

SCHWEIZERISCHE ÄRZTEZEITUNG & SWISS MEDICAL FORUM

Ausgabe 47

23. November 2022



12 Bund will Top-down
«Neue koordinierte Lösung
schafft keinen Mehrwert»

16 Medizin-Studierende
So tickt der Schweizer
Nachwuchs

28 SAQM-Jubiläum
Qualität hat viele
Aspekte

44 100 Jahre Insulintherapie
Herausforderungen bei der Behand-
lung von Typ-1-Diabetes beim Kind

Konflikte und Fortschritt



Magdalena Mühlemann
Leiterin Content
Wissenschaft, Fort- und
Weiterbildung
[magdalena.muehlemann\[at\]emh.ch](mailto:magdalena.muehlemann[at]emh.ch)

Die Generation Z rückt nach. Die zwischen 1995 und 2010 Geborenen sind es seit ihrer Schulzeit gewohnt, Dinge zu hinterfragen, ihre Meinung zu äussern und ihre Anliegen einzubringen. Auch als Medizinstudierende oder junge Ärztinnen und -ärzte vertreten sie einen ganz eigenen selbstbewussten Individualismus. Sie möchten aufräumen mit dem Ärztemythos des rund um die Uhr arbeitenden Übermenschen, der sich selbst vernachlässigt und dadurch auf Dauer auch seine Patientinnen und Patienten gefährdet, schreibt unser Autor Simon Maurer. Für seinen Hintergrund-Artikel «So tickt die Schweizer Medizinjugend» ab Seite 16 hat er sich umgehört und neueste Studien gewälzt. Er weiss: Der heutige Medizinnachwuchs will alles, Kind und Karriere, Ausland und Schweiz – nur bitte keine Hausarztpraxis.

Zehn Jahre feiert diesen November die Schweizerische Akademie für Qualität in der Medizin (SAQM), die ärzteigene Qualitätsorganisation. Die FMH hatte sie gegründet mit dem Ziel, die ärztliche Qualität zu fördern, Qualitätsfragen in die Aus-, Weiter- und Fortbildung zu integrieren, Forschungsprojekte aufzugleisen und den Wissenstransfer und die Vernetzung voranzutreiben. Eine Würdigung, einen Rückblick, aber auch einen Ausblick bieten Esther Kraft, Michelle Gerber und Christoph Bosshard ab Seite 34. Sie finden, die SAQM werde vielleicht manchmal als etwas

mühsam empfunden, aber sie habe die Zeit seit 2012 genutzt, zusammen mit den Ärzteorganisationen und den Partnern eine Organisation aufzubauen und zu etablieren, die breit abgestützt ist und akzeptiert wird.

Und gleich noch ein Jubiläum: Vor hundert Jahren erstmals als Therapie für Typ-1-Diabetes eingeführt, wird Insulin noch immer als einzige medikamentöse Behandlung eingesetzt. Die jüngsten Fortschritte haben zu einer erheblichen Optimierung der Stoffwechselkontrolle beigetragen, schreiben Claudia Boettcher et al. in ihrem Übersichtsartikel «Aktuelle Herausforderungen in der Therapie des Typ-1-Diabetes beim Kind» ab Seite 44 im Nachgang zum Weltdiabetestag vom 14. November. Die diabetische Ketoazidose als potenziell lebensbedrohliche, jedoch vermeidbare Akutkomplikation kann sowohl im Rahmen der Erstdiagnose Diabetes als auch bei bereits bekanntem Diabetes auftreten. Jede Episode im Verlauf einer Diabetes-Erkrankung bedeutet zudem ein stark erhöhtes Risiko für weitere Episoden, auch noch Jahre später. Die gute Schulung über Anzeichen von Hypoglykämien und die prompte Korrektur zur Reduktion von Hypoglykämien bleiben daher essenziell. Heutige Insulin-Pumpen sind aber zum Glück mit einer kontinuierlichen Glukosemessung verbunden und passen die Insulin-Abgabe automatisch nach oben und nach unten an.

Anzeige

Augenheilkunde von 1899 bis 1954 lebt und gezeichnet



Balder P. Gloor
**Augenheilkunde von 1899 bis 1954
lebt und gezeichnet**
Der Nachlass von Dr. med. Arthur
Gloor-Largiadèr
in der Zentralbibliothek Solothurn
2017. 495 Seiten, 651 Abbildungen,
davon 575 in Farbe, 11 Tabellen,
26 Grafiken,
1 Karte. Gebunden.
CHF 58.– / € (D) 58.–
ISBN 978-3-03754-097-8
EMH Schweizerischer Ärzteverlag

Es ist ein Schatz der Augenheilkunde: der Nachlass des ersten Solothurner Augenarztes Arthur Gloor, der von 1899 bis 1954 in eigener Praxis und von 1905 bis 1941 auch als Augenarzt des Bürgerspitals tätig war. Der Nachlass enthält in 67 Diarien-Bänden die minutiös geführten Krankengeschichten von 45 000 Patienten mit zahlreichen hervorragenden Zeichnungen. Aufgearbeitet hat diesen Nachlass Balder P. Gloor am Ende seiner eigenen Laufbahn als Augenarzt. Damit ist dieses Buch auch ein Spiegel der vom Ende des 19. Jahrhunderts bis zum Anfang des 21. Jahrhunderts reichenden vorwiegend schweizerischen Geschichte der Augenheilkunde, mit zahlreichen Hinweisen auf das gesamtmedizinische Umfeld.

Weitere Informationen finden Sie unter shop.emh.ch

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

 **EMH Media**
SCHWEIZERISCHER ÄRZTEVERLAG
ÉDITIONS MÉDICALES SUISSES

Im Fokus



12

«Neue Netzwerke schaffen keinen Vorteil»

Koordinierte Versorgung Der Bundesrat will «Netzwerke zur koordinierten Versorgung» neu regeln. Doch damit sind die bestehenden Modelle gefährdet. Anne Sybil Götschi, Präsidentin des Schweizer Dachverbands der Ärztenetze, erklärt im zweiten Teil unserer dreiteiligen Serie zu diesem Thema, weshalb sie keinen Mehrwert in dem neuen Konzept sieht.

Interview: Ines Böhm

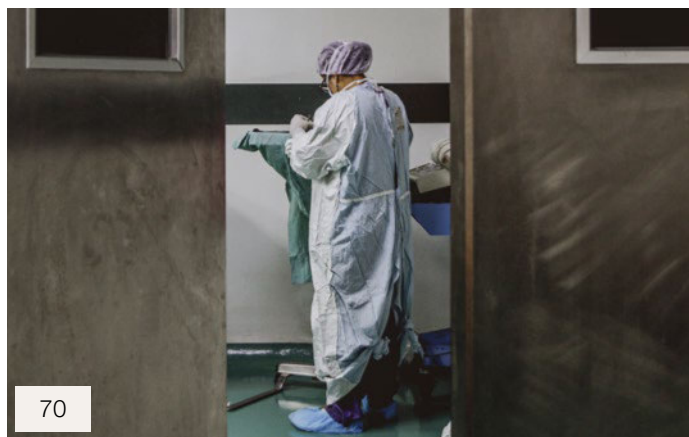


16

So tickt die Schweizer Medizinjugend

Medizinstudierende Die nächste Generation der Ärztinnen und Ärzte tritt selbstbewusst auf und hinterfragt gerne den Status Quo. Sie ist nicht mehr bereit, die eigene Gesundheit für die Karriere zu opfern. Das sorgt für mehr Konflikte, kann aber helfen, die Medizin in der Schweiz zu verbessern.

Simon Maurer



70

Weshalb weniger in der Medizin oft mehr ist

Weniger ist mehr Vitamin-D-Messung, MRI bei Knieschmerzen oder ausführliche präventive Gesundheitschecks: Das sind typische Beispiele für Behandlungen und Abklärungen, die nicht immer sinnvoll sind. Wo die Schweiz steht beim Thema Über- und Fehlversorgung, was noch zu tun ist – und wieso weniger manchmal mehr ist.

Astrid Tomczak-Plewka

Inhaltsverzeichnis

3	Editorial von Magdalena Mühlemann Konflikte und Fortschritt
8	REDAKTIONELLE INHALTE
8	News
8	Auf den Punkt Wie die Antibiotikaverschreibung verbessert werden kann
12	Coverstory «Ich sehe keinen Vorteil in der Schaffung neuer Netzwerke»
16	Hintergrund So tickt die Schweizer Medizinjugend
21	Briefe an die Redaktion
24	Mitteilungen
25	Forum
70	Wissen Weshalb weniger in der Medizin oft mehr ist
72	Praxistipp Zugang zur Notfallkontrazeption: ein echter Hürdenlauf!
74	Zu guter Letzt von Anne-Françoise Allaz Recht auf menschlichen Kontakt
27	FMH
28	Leitartikel des Zentralvorstandes Qualität hat viele Aspekte
30	FMH Aktuell Die Aktivitäten der FMH im Bereich MPA und MPK

34	FMH Aktuell 10 Jahre SAQM – eine Würdigung
37	Personalien
38	ORGANISATIONEN
38	SAMW Tagungsbericht der SAMW zur Implementierungswissenschaft
41	SWISS MEDICAL FORUM
42	Kurz und bündig von Reto Krapf
44	Übersichtsartikel Aktuelle Herausforderungen in der Therapie des Typ-1-Diabetes beim Kind
49	Was ist Ihre Diagnose? Ein einfacher Hautausschlag?
52	Richtlinien «Travelling for two» – Reisen in Schwangerschaft und Stillzeit: Teil 1
57	SERVICES
57	Stellenmarkt
63	FMH Services
68	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)58 510 29 73, emh@asmq.ch

Hinweis: Die angegebenen Dosierungen, Indikationen und Applikationsformen, vor allem von Neuzulassungen, sollen 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: Nicolas Zonvi



printed in
switzerland



© Andrii Zastrozhnov / Dreamstime

Nicht zu wenig, nicht zu viel. Forschende suchen nach Lösungen, um die sachgemässe Abgabe von Antibiotika zu fördern.

Auf den Punkt

Wie die Antibiotikaverschreibung verbessert werden kann

Antimikrobielle Resistenz Neue Interventionsstudien zeigen, dass die Verschreibungspraxis bei Antibiotika verbessert werden kann – wenn Ärztinnen und Ärzte gezielte Unterstützung durch Antibiotic-Stewardship-Programme und diagnostische Tests erhalten.

Noémie Boillat-Blanco

Wie schnell und gefährlich sich die Problematik der Antibiotikaresistenzen entwickelt, hängt wesentlich vom Antibiotikagebrauch in der Humanmedizin ab. Eine gute Verschreibungspraxis ist deshalb nicht nur für den Behandlungserfolg entscheidend, sondern auch mit Blick auf die langfristige Wirksamkeit dieser für die moderne Medizin zentralen Medikamente.

Doch gemäss Studien werden in der Schweiz zu viele Antibiotikagaben als unsachgemäss eingestuft, auch wenn das Land diesbezüglich im internationalen Vergleich sehr gut dasteht. Es gilt deshalb, den Blick auf das vorhandene Verbesserungspotenzial zu richten. Dieses haben mehrere

Projekte des Nationalen Forschungsprogramms «Antimikrobielle Resistenz» (NFP 72) des Schweizerischen Nationalfonds ausgelotet.

Interventionsstudien in Spitälern

Zwei Projekte haben Interventionen in Spitälern erprobt. Im einen boten Infektiologinnen und Infektiologen Schulungen an, prüften wöchentlich die Verschreibungspraxis der Ärztinnen und Ärzte und gaben ihnen direkte Rückmeldungen. Im anderen erhielten Ärztinnen und Ärzte in den hauseigenen Patientenakten ihrer Spitäler Behandlungsleitlinien angezeigt. Wichen sie von diesen ab, mussten sie dies in der Patientenakte begründen.

Beide Interventionen führten zu einer besseren Verschreibungsqualität: Es wurden weniger kritische Antibiotika verwendet. Die Reduktion des Antibiotikagebrauchs war hingegen bei beiden Interventionen gering. Das zeigt, dass langfristig verankerte Stewardship-Programme die Verschreibungspraxis in Spitälern kontinuierlich verbessern können, jedoch keine grossen Sprünge von dieser Art Interventionen zu erwarten sind.

Effekte in der ambulanten Medizin

Grossen Erfolg hatte ein Projekt, in dem Hausärztinnen und -ärzte bei Verdacht auf Lungenentzündung einen Procalcitonintest durchführten, der zwischen bakteriellen und viralen Infekten differenzieren hilft. Durch den Einsatz des Tests gaben die Ärztinnen und Ärzte rund ein Drittel weniger Antibiotika bei Atemwegsinfektionen, ohne dass sich dies negativ auf das klinische Outcome ausgewirkt hätte. Aufgrund dieser Ergebnisse hat die Schweizerische Gesellschaft für Infektiologie die Anwendung des Procalcitonin-Tests in ihre Leitlinien zum Behandlungsmanagement von Lungenentzündungen aufgenommen. Die breite Umsetzung hängt nun davon ab, ob die – erwiesenermassen kosteneffektive – Anwendung kassenpflichtig wird.

In einem weiteren Projekt liessen Forschende über 1500 Hausärztinnen und -ärzte alle drei Monate anonymisiert eine Rückmeldung zu ihren Verschreibungen zukommen. Zudem informierten sie diese – ebenfalls anonymisiert – zu Beginn der Studie über die Resistenzlage und den Antibiotikaverbrauch anderer Arztpraxen in ihrer Region. Innerhalb von zwei Jahren führte dies zu keiner Verbesserung der Verschreibungspraxis. Doch im Rahmen des Projekts entwickelten die Forschenden die Grundlagen für ein Monitoring der Antibiotikaverschreibung in der Grundversorgung. Ein solches wäre eine wichtige Grundlage, um den Effekt von Interventionen in der ambulanten Medizin zu messbar zu machen.

Drei Kernempfehlungen

Die Resultate bestätigen insgesamt, dass die Antibiotikaverschreibung in der Schweiz verbessert werden kann. Dazu müssen Ärztinnen und Ärzte gezielte und effiziente Hilfsmittel erhalten. Das Nationale Forschungsprogramm «Antimikrobielle Resistenz» empfiehlt, 1) langfristige Antibiotic-Stewardship-Programme in Spitälern nach definierten Kriterien des Nationalen Zentrums für Infektionsprävention (Swissnoso) und unter Berücksichtigung neuer Erkenntnisse aus dem NFP 72 umzusetzen, 2) in der Grundversorgung eine nationale Strategie zur Förderung einer guten Antibiotikaverschreibung zu entwickeln und den Antibiotikagebrauch systematisch zu erheben, 3) die Zulassungsverfahren für neue Diagnostika zu beschleunigen und deren Anwendung in der Praxis angemessen zu erstatten.

Mitarbeit: Joachim Frey, Präsident der Leitungsgruppe des NFP 72



Dr. med. Noémie Boillat-Blanco
Infektiologin am Universitätsspital Lausanne (CHUV) und Mitglied der NFP-72-Arbeitsgruppe «Optimized use of antibiotics and behavior changes».

Persönlich

Regine Sauter ist neue H+ Präsidentin



Regine Sauter

© Parlamentsdienste

H+ Die FDP-Nationalrätin Regine Sauter wurde zur Präsidentin des Verbands H+ Die Spitäler der Schweiz gewählt. Die Zürcherin folgt auf Isabelle Moret, die Ende Juni 2022 nach ihrer Wahl in den Waadtländer Staatsrat zurückgetreten ist. Sie tritt das Amt per 1. Januar 2023 an. Regine Sauter ist seit 2015 Nationalrätin und Mitglied der nationalrätlichen Kommission für Soziale Sicherheit und Gesundheit. Beruflich ist sie als Direktorin der Zürcher Handelskammer tätig. Daneben hat sie Einsitz in leitenden Gremien verschiedener Organisationen und in Verwaltungsräten. Sie hat an der Hochschule St. Gallen Staatswissenschaften studiert und mit einem Doktorat abgeschlossen sowie später noch ein Executive MBA absolviert.

Die Allgemeine Innere Medizin bekommt einen neuen Chef



PD Dr. med.
Michael Osthoff

KSW PD Dr. med. Michael Osthoff ist seit dem 1. November Leiter des Zentrums für Allgemeine Innere Medizin sowie der Klinik für Innere Medizin am Kantonsspital Winterthur (KSW). Der Internist und Infektiologe folgt in dieser Funktion auf Prof. Dr. med. Cornel Sieber, der seit Anfang Jahr als Chief Medical Officer den Klinischen Bereich A am KSW leitet. Michael Osthoff war seit 2005, mit einem zweijährigen Abstecher nach Australien an die University of Melbourne, am Universitätsspital Basel tätig; zuletzt als Leitender Arzt in der Klinik für Innere Medizin und Forschungsgruppenleiter im Departement Klinische Forschung.

Stefan Fischli wird Chefarzt Endokrinologie/Diabetologie



Dr. med. Stefan
Fischli

LUKS Dr. med. Stefan Fischli wurde zum Chefarzt Endokrinologie/Diabetologie und klinische Ernährung am Luzerner Kantonsspital (LUKS) gewählt. Er tritt damit die Nachfolge von Prof. Dr. med. Christoph Henzen an. Stefan Fischli trat 2009 als Oberarzt in die Abteilung für Endokrinologie/Diabetologie und klinische Ernährung ein, wurde 2013 zum Leitenden Arzt und 2018 zum Co-Chefarzt befördert. Er hat sein Medizinstudium in Zürich und Paris absolviert. Seine endokrinologische Weiterbildung führte ihn nach Bern. Er gehört zum Kernteam des Schilddrüsenzentrums und hat in den letzten Jahren ein internationales klinisch-wissenschaftliches Netzwerk aufgebaut. Er ist Vorstandsmitglied der Schweizerischen Gesellschaft für Endokrinologie und Diabetologie und der Dachorganisation diabetesschweiz.

Aus der Wissenschaft

Schweizer Export-schlager

Genmutation Unter der Leitung von Prof. Andrea Superti-Furga konnten Teams der Abteilungen für genetische Medizin, Kardiologie und Präzisionsmedizin des Universitätsspitals Lausanne (CHUV) den Schweizer Ursprung einer genetischen Variante identifizieren, die Kardiomyopathie verursacht und besonders in der amischen Bevölkerung verbreitet ist. Die Forschenden identifizierten die Variante MYBPC3 «NM_000256.3:c.3330+2T > G» in heterozygotem Zustand in acht nicht verwandten Schweizer Familien mit Kardiomyopathie, was sie zur am häufigsten vertretenen Kardiomyopathie-Variante in der Westschweiz macht. Die Schweizer Herkunft der Amish, deren Bevölkerung eine hohe Prävalenz dieser Variante aufweist, wird damit bestätigt. Diese Entdeckung fördert auch die Suche nach einer möglichen genetischen Ursache bei Personen mit Herzmuskelerkrankungen.

doi.org/10.1016/j.ejmg.2022.104627

Corona geht auf die Nerven

Neuro-COVID Forschende um Prof. Dr. Gregor Hutter vom Departement Biomedizin der Universität Basel und des Universitätsspitals Basel haben neurologische Symptome von 40 COVID-19-Betroffenen analysiert. Das Team untersuchte, woran sich verschiedene Schweregrade von Neuro-COVID erkennen und vorhersagen lassen. «Wir konnten die Signatur bestimmter Moleküle in Blut und Nervenwasser mit einer überbordenden Immunreaktion im Gehirn, vermindertem Hirnvolumen in verschiedenen Arealen sowie mit neurologischen Symptomen in Verbindung bringen», fasst Hutter zusammen. Diese Biomarker gelte es nun mit einer grösseren Anzahl an Teilnehmenden zu prüfen um einen Bluttest, der bereits zu Anfang einer Infektion schwere Verläufe inklusive Neuro-COVID und Long COVID vorhersagen kann, zu entwickeln.

doi.org/10.1038/s41467-022-34068-0

Preise und Auszeichnungen

Qualitätslabel für Brustzentrum



Dr. med. Ziad Atassi, Klinischer Direktor, Brustzentrum Zürichsee

Brustzentrum Zürichsee Das von der Hirslanden Klinik Im Park und dem See-Spital gemeinsam geführte Brustzentrum Zürichsee wurde für die hochstehende medizinische Behandlungsqualität von Brustkrebs-Patientinnen und -Patienten ausgezeichnet. «Wir freuen uns sehr über diese Auszeichnung. Das ist ein wichtiger Meilenstein für das Brustzentrum Zürichsee und bestätigt die hochstehende medizinische Versorgungsqualität für unsere Patientinnen und Patienten – von der Prävention und Diagnose über die Behandlung bis zur Nachsorge», sagt Dr. med. Ziad Atassi, Klinischer Direktor des Brustzentrums Zürichsee. Das Q-Label wird gemeinsam von der Krebsliga Schweiz (KLS) und der Schweizerischen Gesellschaft für Senologie (SGS) vergeben und umfasst rund 100 Qualitätskriterien.

Engagement ausgezeichnet



Von links nach rechts: Maria Lopez, Siegfried Schiesser und Regula Meyer bei der Preisverleihung am 12. November in Zürich.

Prix Sana 2022 Stellvertretend für die vielen ehrenamtlichen Einsätze, die in der Schweiz geleistet werden, erhalten Maria Lopez, Siegfried Schiesser und Regula Meyer den diesjährigen Prix Sana, der mit je 10 000 Franken dotiert ist. Maria Lopez leitet einen Bauernhof in Bonvillars (VD), auf dem Menschen mit Beeinträchtigung den Alltag verbringen. Siegfried Schiesser (GL) leistet seit Jahren Fahrdienst für das Schweizerische Rote Kreuz und ist im Programm «Senioren für Senioren» der Pro Senectute tätig. Regula Meyer (AG) nimmt seit mehr als 20 Jahren Kinder aus schwierigen familiären Situationen temporär in ihrer Familie auf und betreut Tageskinder.

In Zahlen

Patientenkontakte 2020



Laut Zahlen des Bundesamts für Statistik zur Tätigkeit und finanziellen Situation der Arztpraxen im Jahr 2020 verzeichnete **jede zweite Praxis (49,5%)** weniger Patientenkontakte als 2019.

58,7% der Arztpraxen mit chirurgischer Tätigkeit verbuchten einen Rückgang der Patientenkontakte. Im Gegensatz dazu führten **57%** der psychiatrischen Praxen mehr Konsultationen durch.



Am stärksten ging die Tätigkeit der Arztpraxen im Kanton Tessin zurück. **55,2%** waren von einem Rückgang der Patientenkontakte betroffen; bei **36,6%** verringerten sich diese um **5%** oder mehr.

Kopf der Woche

Er gibt MS-Betroffenen Hoffnung



Prof. emer. Dr. Roland Martin
Universität Zürich

Stammzelltransplantation In einer kürzlich veröffentlichten Studie in der Fachzeitschrift *Science Translational Medicine* (doi.org/10.1126/scitranslmed.abq1693) beschreibt ein Team der Abteilung für Neuroimmunologie und MS-Forschung des Universitätsspitals Zürich (USZ) und der Universität Zürich und der Klinik für Medizinische Onkologie und Hämatologie am USZ den Wirkmechanismus der autologen Stammzelltransplantation (aHSCT). Leiter und Letztautor der Studie ist der mittlerweile emeritierte Professor Roland Martin.

In der Vergangenheit hatte sich Martin dafür eingesetzt, den MS-Betroffenen in der Schweiz eine autologe Stammzelltransplantation zu ermöglichen, die von der Krankenkasse übernommen wird. So betonte der Neurologe 2018 in einem Interview mit der MS-Gesellschaft, dass «die Kosten der aHSCT bereits nach 3 bis 5 Jahren geringer als bei den Standardtherapien» mittels medikamentöser Dauertherapien sind. Ein Vorteil der aHSCT besteht darin, dass es sich um eine Einmaltherapie handelt und somit einen Gewinn an Lebensqualität für Patientinnen und Patienten mit sich bringt. Sofort nachdem das Eidgenössische Departement des Innern (EDI) 2018 die autologe Stammzelltransplantation zugelassen hatte, machte sich sein Team an die Arbeit.

Die Forschenden untersuchten die Immunzellen von 27 MS-Patientinnen und -Patienten, die eine Stammzelltherapie erhalten haben, vor, während und bis zu zwei Jahre nach der Behandlung. Hierbei wird das Immunsystem mit mehreren Chemotherapien komplett zerstört – inklusive jener Untergruppe von T-Zellen, die fälschlich das eigene Nervensystem angreifen. Danach erhalten die Patientinnen und Patienten ihre eigenen Blutstammzellen, die vor der Chemotherapie geerntet wurden, wieder zurück. Aus diesen baut der Körper dann ein komplett neues Immunsystem auf, das keine autoreaktiven Zellen mehr enthält.

Das überraschende Ergebnis der Studie: Nach der Transplantation tauchten wieder sogenannte Gedächtnis-T-Zellen auf. Weitere Analysen zeigten, dass sich diese nicht neu gebildet, sondern die Chemotherapie überlebt hatten. Diese Überbleibsel des ursprünglichen Immunsystems stellten dennoch kein Risiko für eine Rückkehr der MS dar: «Sie sind aufgrund der Therapie vorgeschädigt und können daher keine Autoimmunreaktion mehr auslösen», so Martin. Das Verständnis dieser Mechanismen soll dabei helfen, die erst in wenigen Ländern zugelassene Methode zu etablieren.

Aufgefallen



© Jinaritt Thongruay / Dreamstime

Trinkbarer Virenschutz Ein Team um Chemiker Prof. Dr. Nikolai Kuhnert von der Jacobs University Bremen konnte im Labor zeigen, dass eine chemische Verbindung, die in Kaffee vorkommt, die Interaktion zwischen dem SARS-CoV-2-Spike-Protein des Coronavirus und dem ACE-2-Rezeptor, der Andockstelle für das Virus an der menschlichen Zelle, hemmt. Kaffeetrinken könnte möglicherweise eine Ansteckung verhindern.

«Ich sehe keinen Vorteil in der Schaffung neuer Netzwerke»

Koordinierte Versorgung Der Bundesrat will «Netzwerke zur koordinierten Versorgung» neu regeln. Doch damit sind die bestehenden Modelle gefährdet. Anne Sybil Götschi, Präsidentin des Schweizer Dachverbands der Ärztenetze, erklärt im zweiten Teil unserer dreiteiligen Serie zu diesem Thema, weshalb sie keinen Mehrwert in dem neuen Konzept sieht.

Interview: Ines Böhm

Anne Sybil Götschi, kann ein «Netzwerk zur koordinierten Versorgung», so wie es der Bundesrat nun vorsieht, tatsächlich eine Verbesserung zum herkömmlichen System bringen?

Ich sehe keinen Vorteil in der Schaffung neuer Netzwerke, wir haben schon jetzt eine grosse Anzahl hausärztlich koordinierter Netzwerke, die seit 25 Jahren bestens funktionieren. Mit diesen Netzwerken konnten nachweislich Kosten zwischen 15% und 20% gespart werden [1] und dies bei Qualitätssteigerung.

Können Sie die wesentlichen Eigenschaften von Netzwerken skizzieren, so wie sie im Moment schon bestehen?

Die bisherigen Netzwerke sind unterschiedlich ausgestaltet. Das liegt auch an geografischen und lokalen Gegebenheiten. Es macht einen Unterschied, ob Sie sich in Zürich oder in einem Seitental von Graubünden einem Netzwerk anschliessen. Absolut zentral ist jedoch die koordinierende Tätigkeit der Hausärzte oder der Hausärztinnen im Sinne der medizinischen Gesamtverantwortung. Diese stellt sicher, dass sie über die medizinischen Probleme Bescheid wissen und den Überblick behalten. Bei Bedarf überweisen sie an ausgewählte Spezialisten oder Kliniken und werden von diesen wiederum informiert. Dadurch laufen alle Informationen wieder in der Hausarztpraxis zusammen.

Wie verbreitet sind diese Netzwerke bisher?

Tatsächlich gibt es diese überall in der Schweiz, es existieren nur sehr wenige weisse Flecken auf der Landkarte. Wichtig

ist, dass man überall in der Schweiz Zugang zu einem Ärztenetzwerk hat.

Wie haben sich diese Netzwerke bisher organisiert?

Ärzte und Ärztinnen haben sich von sich aus zu sich teilweise konkurrierenden Netzen zusammengeschlossen. Diese Netze schliessen mit Versicherungen Verträge ab. Einige Versicherungen und Netze bilden schon eine langjährige Partnerschaft, in der sie sich gemeinsam weiterentwickelt haben. Das war eine Bottom-Up-Aufbauarbeit. Alles, was bis jetzt entstanden ist, auch die interprofessionelle Zusammenarbeit, wurde immer wieder an neue Bedürfnisse angepasst, und die Kooperation funktioniert gut.

«Was der Bund im Massnahmenpaket 2 vorsieht, ist eine Top-Down-Lösung.»

Die bereits vorhandenen Netzwerke entwickeln sich laufend weiter. Was ist hier wichtig?

Wir sind der Meinung, dass die koordinierte Hausarztmedizin einen Mehrwert bringt. Daher bemühen sich die bestehenden Netzwerke unter anderem ständig um die Verbesserung der Versorgungsqualität und versuchen über die Digitalisierung eine Entlastung bei alltäglichen Arbeiten zu erreichen. Aber auch die Krankenversicherer müssen sich darum bemühen, Prämiensparmodelle zu vermeiden, die keine vertraglichen Beziehungen mit Leistungserbringern vorsehen.

Dr. med. Anne Sybil Götschi ist Präsidentin des Schweizer Dachverbands der Ärztenetze medswiss.net und Geschäftsführerin der Medsolution AG, Managementpartner für koordinierte Versorgung.





© Nicolas Zornli

Der Bund sehe eine Top-Down-Lösung vor, sagt Anne Sibyl Götschi.

Worin sehen Sie den Erfolg der bestehenden Netzwerke?

Der Erfolg der Ärztenetzwerke beruht auf den Beziehungen der drei beteiligten Interessengruppen: Der Patient oder die Patientin ist völlig frei zu entscheiden, ob er oder sie ein alternatives Versicherungsmodell mit Prämiensparmöglichkeiten wählen möchte und auch ob er sich koordiniert in einem Ärztenetz behandeln lassen möchte oder nicht. Der Arzt oder die Ärztin kann sich einem Netz anschliessen oder auch nicht. Das Ärztenetz ist frei, mit den Krankenversicherungen Verträge abzuschliessen, und ebenso ist die Versicherung frei, ob und mit welchen Netzen sie Verträge eingehen möchte. Es herrscht kein Vertragszwang. Jede involvierte Interessengruppe hat die Möglichkeit, Einfluss zu nehmen. Dies lässt eine wesentlich individuellere Abstimmung zu. Aus dieser Freiheit ist sehr viel Gutes entstanden. Das neue Modell würde diese Freiheit auf massive Weise einschränken.

«Es ist bisher vollkommen unklar, welche Leistungserbringer in den von den Kantonen geschaffenen Netzwerken zusammenarbeiten sollen.»

Was unterscheidet die vom Bundesrat geplanten «Netzwerke zur koordinierten Versorgung» von den bereits bestehenden Ärztenetzwerken?

Was der Bund im Massnahmenpaket 2 vorsieht, ist eine Top-Down-Lösung. So, wie sich die geplanten Netzwerke im Moment für uns präsentieren, werden die Kantone bestimmen, wie die Zusammenarbeit gestaltet werden soll und welche Leistungserbringer zusammenarbeiten. Dann bestünden die Verträge nicht mehr zwischen den Vertragspartnern, also Ärzten und Versicherern, sondern würden unter staatlicher Regulierung stehen. Das geht in Richtung eines Einheitsmodells.

Dort, wo es mehrere gibt, können sich Patientinnen und Patienten bisher für ein Netzwerk ihrer Wahl entscheiden. Es ist nicht offensichtlich, wie der Patient oder die Patientin künftig herausfinden soll, wer in einem solchen Netzwerk

für ihn zuständig ist. Da sind viele Fragen offen: Wird dann das BAG den Patientinnen und Patienten im Voraus die Optionen erklären? Oder der Versicherer? Ist der Patient dann mehreren Netzwerken angeschlossen? Ist der Patient für gewisse Behandlungen bei seinem Hausarzt und für andere Behandlungen in einem Netzwerk? Im Moment haben wir die vielen verschiedenen Netzwerke wie Inseln, die mit Brücken verbunden sind. Die koordinierten Netzwerke werden aussehen wie grosse Inseln, nur dass die Brücken zwischen den Inseln fehlen.

Ein kantonaler Leistungsauftrag für ein Netzwerk soll festlegen, wie die «zu erbringenden Leistungen und der zeitliche und örtliche Tätigkeitsbereich» aussehen sollen [2]. Können Sie sagen, wie man sich ein solches «koordiniertes Netzwerk» konkret vorstellen soll und welche Leistungserbringer in ein solches Netzwerk integriert werden sollen?

Hierzu gibt es noch keine Informationen. Es ist bisher vollkommen unklar, welche Leistungserbringer in den von den Kantonen geschaffenen Netzwerken zusammenarbeiten sollen. Wir wissen auch nicht, welche Leistungsaufträge von den Kantonen kommen sollen.

«Dieser Vorschlag hat das Potenzial, die bestehende und funktionierende Netzwerklandschaft zu torpedieren.»

Wurde bei den neu vorgesehenen «koordinierten Netzwerken» die Erfahrungen, die man mit bestehenden Netzwerken gesammelt hat, berücksichtigt?

Die Expertise von medswiss.net wurde nicht in Anspruch genommen. Auch andere Ärzteorganisationen wie die mfe (Haus- und Kinderärzte Schweiz) wurden meines Wissens nicht befragt. Es wurden in den letzten 25 Jahren Erfahrungen gesammelt, die in den Punkt «koordinierte Netzwerke» des Massnahmenpakets 2 hätten einfließen können.

Wo sehen Sie die grösste Herausforderung für die Ärzteschaft bei den vom Bundesrat vorgeschlagenen «koordinierten Netzwerken»?

Die Herausforderung wird sein, dass dieser Vorschlag das Potenzial hat, die bestehende und funktionierende Netzwerklandschaft zu torpedieren. Ich sehe keinen Mehrwert in dem neuen Konzept. Wir befürchten ausserdem einen administrativen Moloch, denn auch die administrative Seite ist noch vollkommen unausgereift. Es soll dann nur noch über eine gemeinsame Zahlstellenregisternummer (ZSN) abgerechnet werden. Es übersteigt mein Vorstellungsvermögen, wie dies funktionieren kann und wie die Versicherer die Rechnungen kontrollieren können. Es erschliesst sich mir nicht, wo hier Geld eingespart werden kann.

Ein nicht zu vernachlässigender Teil der ärztlichen Tätigkeit umfasst administrative Aufgaben. Ist im Rahmen eines «koordinierten Netzwerks» mit einer Reduktion dieses Aufwands zu rechnen?

Ein grosser Teil des administrativen Aufwands entsteht beim Lesen und Schreiben von Berichten. Diese Aufgaben

muss auch ein Arzt oder eine Ärztin in einem Netzwerk weiterhin übernehmen. Wenn man als Ärztin oder Arzt für ein «koordiniertes Netzwerk» arbeiten wird, wird das Netzwerk direkt mit der Versicherung abrechnen. Das ist dann ähnlich wie in Deutschland, wo die Ärzte mit der Kassenärztlichen Vereinigung abrechnen. Dieses System funktioniert nicht zufriedenstellend, das müssen wir nicht importieren.

Schwierig wird es auch, wenn man als freier Hausarzt oder Hausärztin arbeitet und gleichzeitig in einem Netzwerk, was ja möglich sein wird. Dann muss man für jeden Patienten einzeln feststellen, ob die Rechnung an das Netzwerk oder direkt an die Versicherung geschickt werden muss. Das vermindert den administrativen Aufwand nicht.

Wo sehen Sie die Grenzen, wenn die medizinische Versorgung ausschliesslich über koordinierte Netzwerke erfolgen soll?

Die Grenzen liegen in einem allseitigen Zwang für Patientinnen und Patienten, die Ärzteschaft und die Krankenversicherer. Das widerspricht der Schweizer Tradition. Das ist vermutlich auch der Grund, warum die «Managed Care»-Vorlage 2012 tatsächlich in allen Kantonen mit knapp 69% abgelehnt wurde [3]. Wir haben gesehen, dass sich die «Managed Care»-Landschaft dennoch entwickelt hat, aber die Schweizer Bürgerinnen und Bürger hatten die Freiheit zu entscheiden, wie sie ihre medizinische Versorgung ausgestalten wollen.

«Es gäbe Möglichkeiten, die koordinierte Versorgung zu fördern, auch ohne gesetzliche Vorschriften.»

Gäbe es auch andere Möglichkeiten, ärztliche Netzwerke zu fördern?

Es gäbe Möglichkeiten, die koordinierte Versorgung zu fördern, auch ohne gesetzliche Vorschriften. Dazu bräuchte es nur minimale Revisionen, die nicht in einem neuen Kosten-Massnahmenpaket definiert werden müssen.

Wie könnten solche Massnahmen aussehen?

Die einheitliche Finanzierung ambulanter und stationärer Leistungen (EFAS) ist sehr wichtig zur Durchsetzung von Kostenersparnissen im Gesundheitssystem. Wenn neben den Krankenversicherungen auch die Kantone an den ambulanten Gesundheitskosten beteiligt werden, wird die kostengünstigere ambulante Versorgung insgesamt attraktiver.

Und auch im Rahmen von TARDOC könnte der neue Tarif noch weiterentwickelt werden. Es sind aber schon Möglichkeiten enthalten, Behandlungen interprofessionell abzurechnen. Es wäre auch hilfreich, wenn es eine Liberalisierung bei der Prämienberechnung in den alternativen Versicherungsmodellen gäbe. Förderlich wäre auch, wenn man sich als Arzt oder Ärztin aus den Listenmodellen der Krankenkassen streichen lassen könnte.

Können Sie dafür ein Beispiel nennen?

Im Rahmen von «Chronic Care» können über TARDOC neu koordinierende Leistungen abgerechnet werden. Medizini-

sche Praxiskoordinatorinnen und -koordinatoren mit einer Spezialausbildung zur Betreuung chronisch Kranker entlasten die Hausärzteschaft, indem sie Schulungen und Präventionsmassnahmen anbieten. Für die Behandlung ist weiterhin der Arzt oder die Ärztin zuständig. TARMED bildet in dieser Hinsicht die heutigen Bedürfnisse nicht mehr genügend ab, daher ist es wichtig, TARDOC zügig einzuführen.

Sie können also aus Ihrer heutigen Sicht den Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 2 nicht zustimmen?

Meine Entscheidung zum Massnahmenpaket 2 heisst heute «so nicht». Zumindest der Abschnitt «koordinierte Netzwerke» in diesem Massnahmenpaket ist zu wenig mit konkreten Inhalten gefüllt, daher votiere ich für eine Ablehnung. Wo die Eckpunkte dieses Abschnitts so unklar sind, kann auch das Parlament nicht wirklich wissen, über was es entscheidet.

Es geht mir aber nicht darum, «nein» zu sagen, wir denken jedoch, dass ein so weitreichender staatlicher Eingriff nicht zielführend ist. Es wurden gerade Teile des Massnahmenpakets 1 eingeführt. Hier könnte man zunächst einmal abwarten, was das für Reaktionen hervorbringt, bevor man den nächsten Eingriff in die Gesundheitslandschaft vornimmt



Literatur

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

Der Hintergrund

Im Rahmen des Massnahmenpakets 2 zur Kostendämpfung für die obligatorischen Krankenpflegeversicherung sollen «Netzwerke zur koordinierten Versorgung» entstehen. Darin sollen verschiedene Leistungserbringer der gesundheitlichen Versorgung und ein Koordinationszentrum zusammengefasst werden. Die Leistungsaufträge sollen von den Kantonen bestimmt werden. Schon seit 25 Jahren bestehen ähnliche Netzwerke, die sich im Schweizer Dachverband der Ärztenetze medswiss.net zusammengeschlossen haben.

So tickt die Schweizer Medizinjugend

Medizinstudierende Die nächste Generation der Ärztinnen und Ärzte tritt selbstbewusst auf und hinterfragt gerne den Status Quo. Sie ist nicht mehr bereit, die eigene Gesundheit für die Karriere zu opfern. Das sorgt für mehr Konflikte, kann aber helfen, die Medizin in der Schweiz zu verbessern.

Simon Maurer

Die Zeit der Predigten ist vorbei in den Vorlesungssälen von Schweizer Spitälern: Wo früher ein Professor aus dem Sobotta las und Studierende ehrfürchtig zuhörten, wird heute am Schluss einer Vorlesung oftmals lebendig diskutiert. Denn der Nachwuchs ist aufmüpfig geworden [1], die gesellschaftliche Polarisierung der vergangenen Jahre hat vor den Auditorien der medizinischen Fakultäten keinen halt gemacht.

Am deutlichsten wird das bei Vorlesungen zu medizinischen Themen, die in der Laienpresse ebenfalls heftige Emotionen auslösen. Etwa, wenn es um die gesündeste Form der Ernährung geht. Wird in einer Vorlesung Veganismus oder

den Vorlesungen, was manches Referat mehr zu einem Pingpongspiel zwischen Dozent und Publikum werden lässt.

Das Selbstvertrauen dieser neuen Generation ist weiter in ihrer politischen Ständesvertretung erkennbar: Schon der Verband der Schweizer Medizinstudierenden swimsa (swiss medical students association) führt eigene Kommissionen und Expertengruppen für verschiedenste politische Themen wie sexuelle Gesundheit, psychische Gesundheit oder das Bewältigen der Coronapandemie [2]. Durch die Positionspapiere des Verbandes [3] wird klar: Diese jungen Menschen wollen bei den wichtigen gesellschaftlichen Entscheidungen mitreden.

Die Professorinnen und Professoren werden nicht mehr als unfehlbare Autoritäten angesehen.

die Sinnhaftigkeit von Proteinpulver zum Muskelaufbau angesprochen, kommen garantiert Rückfragen und manchmal gar Widerspruch aus dem Publikum. Denn die Professorinnen und Professoren werden nicht mehr als unfehlbare Autoritäten angesehen. Die heutigen Studierenden sind im Zeitalter von Fake News aufgewachsen und haben in der Schulzeit gelernt, alles Mögliche zu hinterfragen. Im Sinne der wissenschaftlichen Wahrheitssuche tun sie das auch in

Die Balance muss stimmen

«Wir setzen uns dafür ein, dass sowohl die medizinische Ausbildung als auch Public Health verbessert werden. Und sorgen dafür, dass Studierende ab dem dritten Jahr einen Austausch in anderen Ländern machen können», fasst Annina Biri, Vorstandsmitglied und Studentin an der Universität Zürich, das Engagement des Verbandes zusammen. Die politische Ausrichtung und die Schwerpunkte werden jeweils zweimal jährlich an den Generalversammlungen durch die Mitglieder bestimmt. Der Verband ist dabei sehr flexibel, weil die meisten Vorstandsmitglieder nur für ein Jahr gewählt sind. Die grösseren roten Linien versucht man mit Positionspapieren zu setzen, etwa zum Thema «Chancengleichheit im Gesundheitswesen» [4].



© Jacqueline Munguia / Unsplash

Medizinstudierende wollen ihren Weg in die Arbeitswelt anders gestalten als ihre Vorgänger.



Morgan Hetemi sammelt bei einem Auslandssemester neue Erfahrungen.

Es geht aber auch um konkretere Anliegen. «In den letzten Jahren haben wir uns für mehr Freiheit bei der Auswahl der Masterstudienplätze oder mehr Ressourcen für Medizinstudierende eingesetzt», sagt Annina Biri. Während der Pandemie hat die swimsa sich zudem für fairere Arbeitsbedingungen in den Praktika eingesetzt. Gerade dies ist ein Thema, dass alle Mitglieder sehr stark beschäftigt. Denn die Work-Life-Balance wird von vielen fertig ausgebildeten Ärztinnen und Ärzten berufsbedingt vernachlässigt [5].

Die Medizinstudierenden sind nicht bereit, ihre Work-Life-Balance zu vernachlässigen.

«Ich bin nicht bereit, mein Leben komplett dem Arztberuf unterzuordnen», sagt etwa Salome Amstutz, Medizinstudentin im vierten Jahr an der Universität Basel. Die Baslerin bringt zum Ausdruck, wie sich viele ihrer Kommilitoninnen fühlen: «Mir war von Anfang an klar, dass ich in meiner Ausbildung zur Ärztin viel leisten werden muss. Doch ich will das nicht für alle Ewigkeit tun müssen, sonst gefährde ich auf Dauer die Patienten. Und irgendwann will ich Zeit haben, um eine Familie zu gründen.»

Kinderwunsch – ein schwieriges Thema

Die Familienplanung ist für die Mehrheit der Studierenden ein bewegendes Thema. Das ist auch demografisch bedingt, weil die Mehrheit der neu zugelassenen Studierenden mit etwas mehr als 60 Prozent Frauen sind [6], die bei einer

Schwangerschaft im Spital karriere technisch einen schwierigeren Stand haben als ihre männlichen Kollegen. «Ein Professor hat mir geraten, schon während des Studiums Kinder zu gebären, um die Karriere später einfacher voranzubringen», berichtet Amstutz. Sie hat sich wie die meisten Ärztinnen aber anders entschieden, weil sie mit einer abgeschlossenen Ausbildung in der Tasche unabhängiger ist.

Die meisten angehenden Ärztinnen haben sich mit der Karriereplanung schon einmal auseinandergesetzt. In Salome Amstutzes Freundeskreis ist das ein vieldiskutiertes Thema, auch wenn die junge Frau ihren eigenen Weg noch nicht komplett vorgeplant hat. Noch ist sie offen für verschiedenste Spezialisierungen, Amstutz kann sich sowohl ein Leben als Hausärztin, Gynäkologin oder Kinderärztin vorstellen. Wichtig ist ihr dabei aber, dass sie nach dem Studium im Spital zuerst genügend Erfahrung sammeln kann, um auf verschiedenste Patientinnen und Patienten vorbereitet zu sein.

Wie Amstutz geht es den meisten Schweizer Medizinstudierenden. Eine aktuelle Schweizer Studie mit 354 studentischen Teilnehmern [7] mit einem Durchschnittsalter von 20 Jahren fand heraus, dass mehr als die Hälfte der befragten Medizinstudierenden am Anfang ihrer Laufbahn noch keine spezielle Karrierepräferenzen hat. Bezüglich der Beliebtheit von Spezialisierungen zeigte sich allerdings ein anderes Bild: Über 70% der Studierenden sind interessiert an einer Spezialisierung für ein Fach, aber nur 30% können sich ein Leben als Hausarzt oder -ärztin vorstellen. Diese Zahl erstaunt, insofern als in den vergangenen Jahren viel getan wurde, um die positiven Seiten des Hausarztberufs herauszustrichen. So werden an den Universitäten jetzt



Salome Amstutz will ihr Leben nicht komplett dem Arztberuf unterordnen.

früher hausarztmedizinische Vorlesungen abgehalten. Und ein Teil der Studierenden der Universität Zürich, der via «Luzerner Track» an der Universität Luzern unterrichten wird, soll laut Website [8] ausdrücklich zu «kompetenten Generalistinnen und Generalisten für die ambulante und stationäre Patientenbetreuung ausgebildet werden». Die Teilnehmenden müssen sich schon vor dem Studium für diese speziellen Ausbildungsplätze entscheiden.

Die Studierenden wollen schon während des Studiums Erfahrungen im Ausland sammeln.

Am wenigsten Interesse zeigten die Studierenden in der obigen Studie jedoch für eine akademische Karriere oder eine Laufbahn in der Industrie. Einzig die Studentinnen und Studenten der ETH Zürich haben diesbezüglich eine andere Haltung und sind wissenschaftlichen und privatwirtschaftlichen Plänen gegenüber positiver gestimmt.

Landesgrenzen sind keine Grenzen mehr

Ein weiterer markanter Unterschied zu früheren Generationen ist, dass die jetzigen Studierenden deutlich internationaler ausgerichtet sind als viele ihrer Vorgängerinnen. Die eigene Zeitung der swimsa [9], das «swiss medical students national journal», erscheint auf Englisch. Und an den Medizinstudierenden-Kongressen ist die gesprochene Sprache zwischen Romands und Deutschweizerinnen meist ebenfalls Englisch. So sollen die unterschiedlichen

Sprachkenntnisse ausgeglichen und eine Inklusion aller Teilnehmenden ermöglicht werden, auch der ausländischen.

Englischkenntnisse sind für diese Generation eine Notwendigkeit. Dies auch weil die Studierenden schon während des Studiums Erfahrungen im Ausland sammeln wollen. Die von der swimsa angebotenen einmonatigen Forschungs- und Spitalaufenthalte in den Semesterferien [10] sind für viele Länder schnell ausgebucht. Den Vorzug erhalten bei einer Überbuchung jene, die für ihre Wunschreise durch studentische Ehrenämter am meisten Kreditpunkte gesammelt haben. Daneben gibt es für Schweizer Studierende die Möglichkeit, mit dem europäischen Erasmus-Programm ohne Zeitverlust in einer anderen europäischen Stadt zu studieren. Das ist beliebt: So nutzt beispielsweise an der Universität Basel fast jede sechste studierende Person dies Möglichkeit.

Einer, der sich für diesen Weg entschieden hat, ist Morgan Hetemi, der gerade ein Jahr an der Ludwig-Maximilian-Universität in München verbringt. Den Siebtsemestler reizte die Möglichkeit für ein Abenteuer in einer deutschen Grossstadt, wo viermal mehr Leute studieren als an seiner Heimuniversität. Die Erfahrung hilft ihm, Netzwerke für die Zeit nach dem Studium und ein besseres interkulturelles Verständnis der Medizin zu erlangen. «In München ist der Kleingruppenunterricht mit den Studenten aktiver als bei uns», erklärt Hetemi seine ersten Eindrücke. «Eine solche Atmosphäre motiviert mich dazu, häufiger auf die Fragen einer Professorin zu antworten».

Morgan Hetemi kann sich gut vorstellen, nach dem Staatsexamen einen Teil seines Lebens und seiner Fach-



Cato Bonné will mit ihrer Arbeit etwas Sinnvolles tun.

arztausbildung in einem anderen Land zu absolvieren. «Nach ein bis zwei Jahren möchte ich aber schon wieder in die Schweiz zurückkehren», erklärt er. Er und seine Kommilitonen sind bereit, für diesen Traum mehr zu leisten. So überlegt sich Hetemi, das amerikanische Staatsexamen ebenfalls zu absolvieren. Die Studierenden der Schweizer Universitäten haben heute nämlich die Möglichkeit, mit einem dreistufigen Verfahren einen zusätzlichen amerikanischen Studienabschluss zu erlangen. Das ist zwar kompliziert und mit einer Reise für Prüfungen in Genf, Mailand oder München [11] verbunden, vereinfacht aber die Bewerbung für einen Stage in den USA enorm.

Der Wunsch nach einer Einzelpraxis ist heute nur bei den allerwenigsten Studierenden vorhanden.

Angestellt sein wird immer attraktiver

Auch die Berner Drittsemesterstudentin Cato Bonné kann sich vorstellen, ihre Facharztausbildung in verschiedenen europäischen Städten zu absolvieren. Im Gegensatz zu ihren Kommilitoninnen und Kommilitonen weiss Bonné bereits, wohin ihr Weg führen soll: «Ich studiere Medizin, um Gerichtsmedizinerin zu werden.» Denn das Rätsellösen und die philosophischen Aspekte des Berufs haben sie schon seit der 9. Klasse fasziniert. Für ihr Ziel ist Bonné bereit, die eher unbeliebten Nachtdienste zu leisten und auf Patientenkontakt zu verzichten.

«Mir ist wichtig, mit meiner Arbeit etwas Sinnvolles zu tun», erklärt die Stadtbernerin Cato Bonné. Für sie heisst das, dass sie als Gerichtsmedizinerin helfen will, den Menschen eine Erklärung für die Todesursache zu liefern und Verbrechen aufzuklären. Doch die philosophischen Seiten des Arztberufs faszinieren sie ebenfalls, etwa wenn es um Sterbehilfe oder um Fragen zu Leben und Tod geht. Dass sie bedingt durch die Berufswahl immer angestellt sein und keine eigene Praxis haben wird, stört Bonné nicht. «Ich mag es, wenn ich Rahmenbedingungen und Vorgaben für meine Arbeit habe», erklärt sie. Der Wunsch nach einer Einzelpraxis ist heute nur bei den allerwenigsten Studierenden vorhanden.

Diese Generation hat ihre ganz eigenen Vorstellungen vom Arztberuf. Als Teil der Gen Z ist sie geübt im Ausdrücken der eigenen Meinung und scheut wissenschaftliche Debatten mit den dozierenden Autoritäten nicht. Sie vertritt einen ganz eigenen Individualismus und will weg vom Ärztemythos des dauerarbeitenden Übermenschen, der sich selbst vernachlässigt und dadurch auf Dauer seine Patientinnen und Patienten gefährdet. Um dieses Ziel zu erreichen, scheinen die zukünftigen Ärztinnen und Ärzte bereit, auch einen Teil ihrer Autonomie abzugeben.



Literatur

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

Brieft an die Redaktion

Quelques réflexions à propos de la pénurie de médecins généralistes (avec réplique)

1. La densité médicale en Suisse (un médecin pour 250 habitants) figure parmi les plus élevées au monde;
2. Le manque actuel de généralistes, internistes et pédiatres est lié à un choix préférentiel des diplômés vers d'autres disciplines;
3. Les diplômés actuels souhaitent une vie moins harassante et si possible plus lucrative que celle de leurs prédécesseurs généralistes;
4. Les réseaux de cliniques privées structurés contribuent à l'hypertrophie de disciplines et actes lucratifs aux dépens des secteurs médicaux moins rentables; le rôle du médecin interniste généraliste doit être mis en évidence/défini comme primordial dans les soins de première ligne;
5. La seule mesure déjà prise d'augmenter le nombre d'étudiants est à la fois différée (sans effet avant dix ou douze ans) et susceptible même d'être contre-productive (les autres spécialités resteront systématiquement avantagées en l'absence d'un numerus clausus);
6. En tant qu'organisation privée et corporation/syndicat, la FMH répugne à proposer un numerus clausus dans les disciplines lucratives. Les 26 autorités cantonales ne sont pas bien outillées pour définir une clause du besoin (à noter que dans plusieurs pays européens – France, Espagne, Belgique – les facultés de médecine gèrent l'accès aux spécialités et leur reconnaissance);
7. En plus d'un numerus clausus dans les disciplines lucratives, une meilleure rémunération des actes des généralistes (via une diminution de la rétribution des actes techniques) et une promotion des cabinets de groupe, prenant en compte leur répartition dans chaque canton et la féminisation de la profession, apparaissent comme des moyens efficaces de lutter contre la pénurie actuelle de médecins généralistes et internistes.

Prof. hon. Jean-Pierre Wauters, ancien vice-doyen de l'Université de Lausanne, Cully, Dr méd. Jean Martin, ancien médecin cantonal, Echandens

Réplique à «Quelques réflexions à propos de la pénurie de médecins généralistes»

Monsieur le Professeur, Monsieur le Docteur, chers collègues,

Je vous remercie pour votre courrier à la rédaction, qui me donne l'occasion de vous exposer mon point de vue sur ce sujet important. C'est donc avec plaisir que je réponds à vos déclarations, point par point:

1. Comparée au reste du monde (de l'Afghanistan au Zimbabwe), la densité de médecins est effectivement élevée en Suisse. Elle se révèle cependant comparable à celle de pays dont la qualité des soins est analogue. En 2017, la Suisse comptait 4,4 équivalents temps plein de médecins pour 1000 habitants, contre 4,2 en Allemagne et 5,2 en Autriche.
2. Le manque de médecins de premier recours se rapporte surtout au nombre insuffisant que nous en formons, et non à de nouvelles préférences dans leur choix d'une discipline. La plupart des jeunes médecins en Suisse viennent de l'étranger. C'est parmi ceux-ci que l'on trouve moins de médecins de premier recours que d'autres spécialistes.
 - Parmi les médecins ayant suivi leur formation postgraduée en Suisse, ceux qui optent pour des disciplines de premier recours constituent une proportion globalement constante, voire en augmentation au fil des décennies.
 - En 2021, 42% des nouveaux médecins spécialistes installés en Suisse ont obtenu leur diplôme de médecin et accompli leur formation de spécialiste à l'étranger.
 - L'arrivée de ce renfort de l'étranger compense le nombre insuffisant de médecins formés en Suisse aux niveaux prégradué et postgradué; surtout dans les disciplines spécialisées, et moins dans les soins de premier recours. Entre 2009 et 2014, par exemple, 75% des spécialistes en chirurgie cardiaque, 67% en neurologie et 57% en orthopédie avaient accompli la totalité de leur formation à l'étranger. En médecine de premier recours, ils n'étaient que 31%.
3. Ce n'est pas un défaut, mais un mérite de la nouvelle génération que d'insister sur le respect des lois sur le travail. En moyenne,

un médecin en formation à temps plein travaille toujours 56 heures par semaine! De plus, avec la pression croissante sur les coûts de la santé et l'augmentation simultanée des besoins en matière de soins, les diplômés actuels mènent sans doute une vie moins «lucrative» que la génération qui les a précédés.

4. Je partage votre revendication concernant le rôle primordial que doivent tenir les médecins internistes généralistes dans les soins de premier recours. Néanmoins, on ne peut pas imputer aux cliniques privées le fait que la pénurie de médecins en Suisse est particulièrement criante en médecine de premier recours. Comme je viens de l'expliquer, ce problème résulte de déficits au niveau de notre formation.
5. Une augmentation du nombre de places d'études ne peut produire qu'un effet retardé en raison de la longueur des études de médecine et de la formation postgraduée. Mais c'est surtout l'insuffisance de cette augmentation qui constitue le problème. En 2011, le Conseil fédéral estimait qu'il fallait annuellement entre 1200 et 1300 nouveaux médecins pour couvrir les besoins «entièrement avec des professionnels de la santé formés en Suisse». Or, cette même année, pour compléter les 795 diplômes remis en Suisse, il avait déjà fallu reconnaître 1930 diplômes de médecin délivrés à l'étranger. Oui, l'augmentation du nombre de places d'études s'avère urgente, et particulièrement pour pallier la pénurie de médecins de premier recours. En revanche, un numerus clausus relatif aux disciplines spécialisées ne s'appliquerait qu'aux médecins formés en Suisse, ce qui ne correspond donc environ qu'à une moitié de la relève médicale de ces dix dernières années.
6. La FMH s'engage pour des solutions ciblées dans le domaine de la santé. Un numerus clausus dans les disciplines spécialisées ne peut pas résoudre notre problème. Il faut par contre multiplier la formation des médecins, car leur préférence les oriente toujours volontiers vers les disciplines de premier recours.
7. Le renforcement de la médecine de famille est une préoccupation centrale du TARDOC. Son nouveau chapitre à ce sujet et la revalorisation de la prestation médicale par rapport à la prestation technique apportent déjà d'importants changements.

Briefe an die Redaktion

Malheureusement, le Conseil fédéral bloque actuellement cette révision tarifaire. Quant aux cabinets de groupe, ils ont le vent en poupe depuis des années; de 40% en 2011, leur proportion a augmenté à 53% en 2021, sans promotion spécifique ni mesures de contrôle.

Yvonne Gilli, présidente de la FMH

Satz und Kehrsatz (mit Replik)

Brief zu: Balliana S, Kreis J, Immer F. Wie geht's weiter? Schweiz Ärztezg. 2022;103(44):29-30

Die Autorinnen und der Autor zitieren aus der VOX-Analyse der Abstimmung über das Transplantationsgesetz von Mai 2022, die Nein-Stimmenden würden sich mehrheitlich rechtsausen verorten. Die Aussage ist falsch. Die Nachbefragung hat ergeben, dass Personen, die sich in der politischen Ideologie rechtsausen einstufen, mehrheitlich Nein gestimmt haben. Die Umkehrung trifft nicht zu. Zu den Nein-Stimmen haben die genannten Personen 23% beigetragen. Mit anderen Worten: Die genannten Personen machen die Minderheit der Nein-Stimmenden aus, Personen anderer politischer Orientierung die Mehrheit.

Swisstransplant übernimmt unkritisch Behauptungen von gfs, statt sich an die Fakten zu halten.

Dr. med. Georg Stoffel, Seuzach

Replik auf «Satz und Kehrsatz»

Herrn Stoffels Aussagen können wir bestätigen: Wir haben Textpassagen aus der VOX-Analyse von gfs.bern, einer vertrauensvollen, legitimen Quelle, zitiert. Und ja, korrekt ist: Je weiter rechts sich die in der VOX-Analyse befragte Person einordnet, desto eher hat sie an der Urne Nein gestimmt. Wir danken Herrn Stoffel für die aufmerksame Lektüre.

Stephanie Balliana, Head of Communications, Swisstransplant, Bern

Briefe einreichen

Briefe an die Redaktion reichen Sie online ein unter:

saez.ch/de/publizieren/leserbrief-einreichen

Das EPD funktioniert nur, wenn die Patienten darin Vertrauen haben können

Brief zu: Richert V. Das EPD kommt nicht vom Fleck. Schweiz Ärztezg. 2022;103(45):16-9

Neben all den ungelösten technischen Fragen bezüglich des EPD kommt meines Erachtens ein Thema zu wenig zu Wort: Ein EPD macht nur Sinn, wenn alle Diagnosen, Befunde, Medikamente und andere Behandlungen, Allergien und so weiter eines Patienten darin erfasst sind. Sonst entsteht eine sehr gefährliche Scheinsicherheit, wenn nicht mehr nachgefragt wird, ob ein Patient wirklich keine anderen Medikamente einnimmt et cetera. Da es in der Schweiz kaum vorstellbar ist, dass das EPD für alle Einwohner obligatorisch wird und Medizinalpersonen Behandlungen auch gegen den Willen der Patienten im EPD erfassen müssen, klappt das nur, wenn jedermann sicher sein kann, dass in unserem Gesundheitswesen mit den erfassten Daten sorgfältig und verantwortungsvoll umgegangen wird. Das geht über Datenschutz und Patientengeheimnis weit hinaus.

Dies gilt besonders für Erkrankungen und Behandlungen, die schambesetzt sein oder zu Vorurteilen führen können. Ein Patient mit einem Suchtproblem oder mit einem Sexualverhalten, das nicht den 0815-Vorstellungen entspricht, muss sicher sein können, dass er deswegen nicht ausgeschimpft oder mit Schuldzuweisungen eingedeckt wird. Psychisch Kranke dürfen nicht als Spinner behandelt oder nicht ernst genommen werden. Leider kommt das bis heute immer wieder vor. Ich habe selbst erlebt, dass ein Pneumologe einem Jugendlichen, der ihn wegen Asthmaverdacht konsultierte, meinte, sagen zu müssen, dass es nicht gut sei, wenn er ein niedrig dosiertes Neuroleptikum zur Behandlung von Schlafstörungen und selbstverletzendem Verhalten einnehme. Diese Medikation war von einer Fachklinik verordnet worden und hatte mit den Beschwerden des jungen Mannes nichts zu tun! Und auch manche meiner Patienten, die Medikamente wegen eines ADHS einnehmen, bekommen von anderen Ärzten unqualifizierte Abwertungen zu hören.

Patienten, die solche Erfahrungen gemacht haben, werden ein EPD eher ablehnen oder verlangen, dass gewisse Behandlungen und Diagnosen nicht aufgeführt werden. Hier sind wir alle als Ärztinnen und Ärzte gefordert!

Dr. med. Monika Diethelm-Knoepfel, Fachärztin Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie, Uzwil

Die Zulassungsprüfung ist nicht der richtige Weg

Nach 30 Jahren eigener Hausarztpraxis und Vertretungen in 8–9 Kantonen 12 Jahre lang bin ich zu dieser Auffassung gelangt: Manchmal fallen über 40% durch, und ich glaube, dass dies nicht alles ungute Kandidaten wären. Wir haben in der Schweiz zu wenig eigene Ärzte und eigenes Pflegepersonal. Unsere Bevölkerung beklagt sich, dass eine solche Situation herrscht, und in Deutschland mangelt es der Bevölkerung auch an eigenen Ärzten. Mit diesen Zulassungsprüfungen haben wir nicht bessere Ärzte, nur weniger und müssen nur noch mehr ausländische Ärzte suchen. Sehen wir lieber, dass Ärzte und Pflegepersonal unsere Mundart verstehen, reden müssen sie diese sicher nicht.

Dr. med. Roland Scholer, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin, Liestal

Digitalisierung kann eine Krux sein

Brief zu: Goldhahn J. Die Medizin der Zukunft ist digital. Schweiz Ärztezg. 2022;103(43):74-5

Als Hausarzt in einer Praxis in Solothurn habe ich bis zum Weggang meine papiernen Krankengeschichten fein säuberlich von Hand geführt und die Diagnosen- und Medikamentenlisten sorgsam erfasst. Später machte ich längere Vertretungen in Gemeinschaftspraxen und musste mich immer wieder in neue elektronische Krankengeschichte-Programme einarbeiten.

Die Krux: Die Qualität der elektronischen Krankengeschichte ist so gut wie das Verantwortungsbewusstsein der die Daten eingebenden Ärzte, und da gibt es ein weites Spektrum an Kollegen und Kolleginnen ...

Um zum Beispiel den elektronischen Krankengeschichte-Medikamentenwirrwarr – in Vertretung des ferienhalber abwesenden Kollegen – zu enträtseln, blieb manchmal nichts anderes übrig, als den Patienten zum Mitbringen all seiner Tabletten anzuhalten mit dann Auslegeordnung: Da gab's manche Überraschung.

Und leider: Wie mehr Leute an einer elektronischen Krankengeschichte «rumbasteln», desto grösser wird die Fehlerquelle.

Dr. med. Urs-Peter Stäubli, ehemaliger Allgemeinarzt, Rüti bei Büren

Kinderschutz: Ein Aspekt kommt zu kurz

Brief zu: Vahlensieck Y. Detektivinnen im weissen Kittel. Schweiz Ärztezg. 2022;103(44):18–21

Die Autorinnen schildern Aufbau, Abläufe und Vorteile einer Kinderschutzgruppe sehr gut und geben einen Einblick in die konkrete Fallarbeit. Auch wir haben die Erfahrung gemacht, dass die Kinderschutzgruppe sehr viele Fälle innerhalb des Gesundheitswesens behalten und auch lösen kann.

Angesichts des Titels kommt jedoch ein essenzieller Aspekt der Detektivarbeit zu kurz: Am Anfang muss immer eine forensisch korrekte Dokumentation sämtlicher, auch banal erscheinender Verletzungen stehen. Erst diese Beweisaufnahme erlaubt es, Zweitmeinungen einzuholen und Verletzungen eventuell später in einem veränderten Kontext neu einzuordnen. Zudem sind ohne diese Beweismittel den Behörden und Fachleuten, welche im Falle einer Meldung das Geschehene nachweisen müssen, oft die Hände gebunden. Dort, wo die Kompetenz für eine solche Dokumentation fehlt, sollten Pflegende, welche eine Weiterbildung in «forensic nursing» besucht haben (sicher eine gute Investition für sämtliche Kinderkliniken), oder Rechtsmediziner hinzugezogen werden.

Eine zweite Bemerkung gilt der Meldung selbst. Seit Einführung der eidgenössischen Strafprozessordnung sind direkte Meldungen an die Strafverfolgungsbehörden (Polizei, Staatsanwaltschaft) äusserst restriktiv geregelt. Ohne Entbindung kommen solche Meldungen praktisch nur in Notsituationen mit akuter Gefährdung und fehlenden Alternativen in Frage. Meldungen sollten deshalb immer zuerst an die kantonale Erwachsenen- und

Kinderschutzbehörde (KESB) gehen, welche nötigenfalls ihrerseits die Polizei und/oder Strafverfolgungsbehörden einschalten kann.

Dr. med. Marc Bollmann, Chefarzt, Institut für Rechtsmedizin Graubünden, Chur

Patientengespräch: Gedanken zum Titelbild der Ausgabe 45

Augenkontakt – das sieht man auf den ersten Blick. Ist ja auch nicht schwierig mit der jungen Patientin mit so schönen Augen. Sie ist dem Arzt zugewandt und stützt sich mit beiden Armen so weit auf seinen Schreibtisch, dass sie ihre rechte Hand schon fast in seinen Bereich bringt, wo ein Dossier mit Ultraschallbildern liegt. Beide schweigen – ein Blick sagt mehr als tausend Worte. Er ist ergraut, aber voller Vitalität ihr zugewandt. Sogar der rote Kugelschreiber in seiner rechten Hand weist auf sie hin.

Der Bildschirm ist blau ohne Daten, uninteressant. Eine Tastatur ist nicht zu sehen. Das analoge Blutdruckgerät liegt unscharf im Fokus unbeachtet auf dem Tisch. Der rote Schlauch des Stethoskops liegt näher bei der Patientin als beim Arzt.

So macht die Sprechstunde Spass. Auch Berühren wird nicht schwierig sein, wenn dann die klinische Untersuchung gefragt ist.

Wie ist es, wenn die alte ungepflegte Patientin deprimiert in ihren Sessel versinkt, die Stimme leise und vorwurfsvoll verzweifelt? Wenn Augenkontakt kaum möglich ist und Berührung vom Arzt Überwindung braucht? Gleichzeitig sollte er sich am Bildschirm mit

Blick aufs Laborblatt vergewissern, dass er keine Hypothyreose übersieht. Da wird die Sprechstunde zur professionellen Herausforderung.

Dr. med. Urs Glenck, pensionierter Hausarzt, Ebertswil

Anzeige

HÖREN SIE REIN

EMH Podcast EMH Journal Club

Ob vor dem Cheminée oder im Zug: Reto Krapfs «Kurz und bündig» für unterwegs. Der «EMH Journal Club» mit Neuigkeiten aus der Forschung als zweiwöchentlicher Podcast. Alle Folgen finden Sie auf emh.ch/podcast



Mitteilungen

Neubesetzung des Verwaltungsrats von EMH

An einer ausserordentlichen Generalversammlung am 9. November 2022 haben die Aktionärinnen der EMH Schweizerischer Ärzteverlag AG, die FMH Verbindung der Schweizer Ärztinnen und Ärzte und die Petri Holding AG zwei neue Mitglieder in den Verwaltungsrat gewählt. Der Verwaltungsrat besteht aus zwei Vertreterinnen und Vertretern der FMH, zwei Vertretern der Petri Holding AG, und neu einem unabhängigen Mitglied.

Gewählt wurde *Peter Urs Naef* als Präsident des Verwaltungsrats. Peter Urs Naef ist Inhaber eines Beratungsunternehmens in Zürich mit langjähriger Erfahrung in der Medienwelt. Neben seiner Tätigkeit als Management Consultant bekleidet er weitere Verwaltungsratsmandate und unterstützt Start-ups als Business Angel. Er hat EMH in den letzten drei Jahren in der Unternehmensentwicklung begleitet und kennt den Verlag dadurch sehr gut. Peter Urs Naef ist unabhängiges Mitglied des Verwaltungsrats.

Er übernimmt diese Funktion von *Dr. med. Hans Kurt*, der nach 13 Jahren aus dem EMH-Verwaltungsrat ausscheidet. Hans Kurt wurde 2009 in den EMH-Verwaltungsrat gewählt und übernahm 2015 dessen Präsidium. In seine Zeit fällt der Umbruch in der Medienlandschaft, welchen er umsichtig begleitete. Zum einen ging es darum, die finanziellen Einbussen im Inserategeschäft

wettzumachen, zum anderen darum, EMH von einem Unternehmen im Print-Bereich in ein digitales Medienunternehmen zu überführen. In seine Amtszeit fiel auch der Wechsel in der Geschäftsführung und die Neugestaltung der Geschäftsleitung. Wir danken Hans Kurt herzlich für seinen langjährigen Einsatz und seine Verdienste bei EMH und wünschen ihm für die Zukunft alles Gute.

Zusätzlich wird *Dr. med. Jana Siroka*, Fachärztin für Allgemeine Innere Medizin und Intensivmedizin aus Bottmingen, den Verwaltungsrat verstärken. Sie ist Mitglied des Zentralvorstandes der FMH und vertritt neben Dr. med. Urs Stoffel die FMH im Verwaltungsrat. Sie übernimmt diese Funktion von Dr. med. Jean Martin, welcher im Juni aus dem Verwaltungsrat ausgeschieden ist.

Diese Neuorganisation des Verwaltungsrats wurde durch die im letzten Jahr erarbeitete aktualisierte Eigentümerstrategie möglich.

Die Neubesetzung kommt ausserdem zu einem idealen Zeitpunkt, da in den letzten Monaten wichtige Projekte, welche in der Unternehmensstrategie verankert sind, umgesetzt werden konnten. So konnte unter anderem die Zusammenlegung der Schweizerischen Ärztezeitung mit dem Swiss Medical Forum erfolgreich abgeschlossen werden. Ausserdem sind die Arbeiten zur EMH-Plattform für Ärztinnen und Ärzte weit fortgeschritten, sodass der Lancierung des Swiss Health Web in den nächsten Monaten nichts mehr im Wege steht.

Facharztprüfungen

Facharztprüfung zur Erlangung des Facharztstitels Allgemeine Innere Medizin

Datum:

Donnerstag, 1. Juni 2023 von 9.45 bis 15 Uhr

Ort:

MCH Messe Schweiz (Basel) AG, Messeplatz, 4058 Basel

Anmeldefrist:

23. März 2023

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

Anzeige

Unterhaltung und Spannung aus der Feder von Ärzten



Kalte Allianz
von Telemachos Hatzisaak



Sabotageakt
von Telemachos Hatzisaak



Rosas Blut
von Peter Hänni



Der Kardinal hinkt
von Marc Gertsch



EMHMedia
SCHWEIZERISCHER ÄRZTEVERLAG
EDITIONS MEDICALES SUISSES



shop.emh.ch

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



© Vikenty Elizarov / Dreamstime

Dank des Einsatzes der jungen Generation ist eine bessere Welt möglich, meint der Buchautor.

Es braucht persönliches Engagement

Buchbesprechung «Journal de guerre écologique» ist das zweite Werk des Journalisten und Umweltaktivisten Hugo Clément. Eine journalistische Arbeit, die sich auf wissenschaftliche Beobachtungen und Fakten stützt, sagt Jean Martin.

Der 1989 geborene französische Journalist Hugo Clément ist bekannt für starke Meinungen und dafür, dass er sich nicht scheut, bekannte Personen und Unternehmen gegen sich aufzubringen. Gelegentlich bringt ihm dies auch Kritik ein. Er ist Vegetarier und Tierwohl-Aktivist.

Das «Journal de guerre» («Kriegstagebuch») unterstreicht für ihn die Notwendigkeit des persönlichen Engagements. Es ist eine journalistische Arbeit. Der Autor ist gut informiert, er stützt sich auf wissenschaftliche Beobachtungen, Statistiken und wichtige Berichte und verbindet so objektive Daten und Aktivismus für den Planeten.

Clément erzählt von Untersuchungen, die er und sein Team (Kamera und Mikrofon) zwischen Anfang 2019 und 2020, als die Pandemie ausbrach, durchgeführt haben. Im ersten Bericht geht es um die Anhäufung von Müll – vor allem aus dem Westen – an mehreren Stellen auf der Insel Java und in Bangladesch. Zwei

Länder, über die er wie folgt berichtet: «Von den vielen wenig empfehlenswerten Orten, an denen ich mich aufhielt, kam Dacca der Hölle am nächsten!» In Ghana suchen die Armen auf Schutthalde nach Kupfer und anderen Metallen, die lokal zu schweren Nahrungsmittelkontaminationen führen. In Mexiko (Niederkalifornien) kommt es zur illegalen, mafiösen Befischung des Totoaba, eines grossen Fisches, dessen Schwimmblase aufgrund der ihr zugeschriebenen Wunderwirkung in Asien sehr geschätzt wird. In dieselbe Kategorie fällt an verschiedenen Orten weltweit die extensive Befischung von Haien, deren Flossen in der jeweiligen Küche ebenfalls sehr beliebt sind. Solche Massaker gibt es auch ganz in unserer Nähe, beispielsweise auf den Färöer Inseln, bei der traditionellen jährlichen Tötung von Walen.

In Frankreich erinnert Hugo Clément in diesem Kontext an die Bemühungen um den Schutz des grossen Mischwaldgebiets von

Montmain im Morvan-Naturpark und die Bewegung gegen den Kahlschlag und das Wiederaufforsten mit Douglasien (kurzfristig lukrativ, aber zu Lasten der Biodiversität). Im Jura, der die Schweiz betrifft, hat der Autor Freiwillige begleitet, die den Luchs vor seinen ausgewiesenen, wildernden Feinden schützen wollen ... Es wäre wenig überraschend, wenn darunter vor allem auch Jägerinnen und Jäger zu finden wären.

Der Journalist weicht dem norwegischen Spitzbergen im Arktischen Ozean ein grosses Kapitel seiner Untersuchung; in diesem Gebiet zeigt sich die Erderwärmung zwei- bis dreimal so stark wie anderswo. In Australien, einer anderen Klimazone, geht es um die Opposition der Aborigines und ökologischen Fachpersonen gegen die Pro-Kohle-Politik und das Leugnen der Klimaveränderung von Scott Morrison, dem damaligen Premierminister, der die Anlage eines grossen neuen Kohlebergwerks durch einen indischen multinationalen Bergbau-Konzern begünstigte.

In seiner Schlussfolgerung zeigt sich der Autor optimistisch: «Ja, ich bin überzeugt, dass sich da noch etwas machen lässt. Ich bin zuversichtlich, dass sich unsere Gesellschaft – unter dem Druck der Jugend – künftig in Richtung einer Welt bewegen kann, in der das Leben mehr respektiert wird. Initiativen für die Welt von morgen entstehen inzwischen an jeder Strassenecke.» Hierzu gilt es, sinnvolle Massnahmen auf den Weg zu bringen. Empfehlungen, die wir alle bereits kennen und die auch von öffentlicher Seite kommen. Die Frage ist, ob wir den Wandel umfassend genug und vor allem auch schnell genug schaffen! Für Pessimismus bleibt jedenfalls keine Zeit mehr!

Dr. med. Jean Martin, ehemaliger waadtländischer Kantonsarzt



Hugo Clément **Journal de guerre écologique**
Paris: Fayard, 2020

Dies ist Ihre Seite!

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

FMH



28

Qualität hat viele Aspekte

SAQM-Jubiläum Die Schweizerische Akademie für Qualität in der Medizin (SAQM), die ärzteigene Qualitätsorganisation der FMH, wird zehn. Anlass zu einer Reflektion.

Christoph Bosshard



30

Die Aktivitäten der FMH im Bereich MPA und MPK

Jahresbericht Der Bericht liefert einen Überblick über die Aktivitäten, Aufgaben und Herausforderungen im Bereich MPA/MPK in der Berichtsperiode September 2021 bis August 2022.

Aisha Ahmed



34

10 Jahre SAQM – eine Würdigung

SAQM Vor zehn Jahren gründete die FMH die Schweizerische Akademie für Qualität in der Medizin SAQM – und damit die ärzteigene Qualitätsorganisation. Zeit für eine Würdigung, einen Rückblick, aber auch für einen Ausblick.

Esther Kraft, Michelle Gerber, Christoph Bosshard



© Ruth Black / Dreamstime

Zehn Jahre SAQM - ein grossartiger Erfolg der Schweizer Ärzteschaft!

Qualität hat viele Aspekte

SAQM-Jubiläum Die Schweizerische Akademie für Qualität in der Medizin (SAQM), die ärzteigene Qualitätsorganisation der FMH, wird zehn. Anlass zu einer Reflektion.



Christoph Bosshard

Dr. med., Vizepräsident sowie Departementsverantwortlicher Daten, Demographie und Qualität, FMH

Not everything that can be counted counts, and not everything that counts can be counted.»

Albert Einstein

Auf wen kann ich zählen, wenn ich eine gesundheitliche Frage habe? Gerade in der Antwort auf diese Frage spüren wir, wie stark wir uns hier in einer Beziehungsebene, in einer Vertrauensfrage wiederfinden. Wir holen uns diesbezügliche Tipps im Bekannten- und Freundeskreis ab. Glücklicherweise ist, wer über eine bereits bestehende, tragfähige Beziehung in der medizinischen Grundver-

sorgung verfügt. Wie oft habe ich in meiner Sprechstunde erlebt, dass sich Patientinnen und Patienten aus grösseren Ambulatorien bei mir zur Zweitmeinung oder Weiterbetreuung meldeten, obwohl diese Institutionen rein fachlich hervorragende Arbeit geleistet hatten. Den Patientinnen und Patienten, denen ich diesen Umstand so darlegte, fehlte jedoch eine Bezugsperson, welche die Rolle des medizinischen Ankerpunkts im Beziehungsnetz übernehmen muss. Auch hier gilt: Niemand ist während 24 Stunden an 365 Tagen pro Jahr einsatzfähig. Es kommt vielmehr darauf an, die Vertretungen so zu regeln, dass persönl-

che Verbindlichkeiten aufrechterhalten werden können. Auch wenn dies sich nur schwer in Zahlen fassen und messen lässt, ist diese Ebene zentral – auch im Kontext der Informationsflut, die zu jedem Thema ungefiltert und ungewichtet im Internet verfügbar ist.

Wer hilft bei der Einordnung in den persönlichen Kontext? Wer beantwortet Verständnisfragen? Wer kann sich die dazu notwendige Zeit nehmen? Diese Qualitätsaspekte sind für unsere Patientinnen und Patienten enorm wichtig – wenn auch nur schwer messbar und zählbar. In einer aktuell leider immer noch limitationsgeprägten Tarifwelt werden diese – zusätzlich unter dem Druck von Personalengpässen – zunehmend in Frage gestellt, wobei gerade diese letzten beiden Aspekte sehr wohl mess- und nachweisbar sind. Dazu kommen immer mehr administrative Hürden, die unsere Zeit für die Patientinnen und Patienten rarer machen. Auch dafür existieren seit Jahren Studien, welche dieses Problem dokumentieren. Was zwar vordergründig mit Qualitätsnachweisen begründet wird, führt so letztlich zu Qualitätseinbussen. Wir Ärztinnen und Ärzte wissen, dass alles, was eine Wirkung hat, auch eine Nebenwirkung hat. Und wenn die Nebenwirkungen grösser oder bedrohlicher sind als die Wirkungen, sollte man sich das Ganze noch einmal gut überlegen. Hierzu wurde dieses Frühjahr im *New England Journal of Medicine* [1] unter dem Begriff «The Quality Movement» eine interessante Artikel-Trilogie veröffentlicht.

Weniger Regulierung wäre mehr.

Qualitätsakademie wird zehn

Zählend und zählbar ist das 10-Jahres-Jubiläum der Schweizerischen Akademie für Qualität in der Medizin (SAQM), der ärztlichen Qualitätsorganisation der FMH! Nicht, dass sich die Ärzteschaft erst seit zehn Jahren um Qualität kümmern würde. Die diesbezüglichen Verpflichtungen sind sowohl in den Statuten wie auch der Standesordnung der FMH verankert. Bereits vor 64 Jahren, mit der Gründung der Arbeitsgemeinschaft für Osteosynthesefragen AO 1958, wurde die damals noch neue Technik der Osteosynthese in ihrer Anwendung mittels Register begleitet, beforscht, gelehrt und gemeinsam mit der Industrie weiterentwickelt.

Auch die Entwicklung der Qualitätszirkel reicht über ein halbes Jahrhundert zurück und ist heute eine weitere Erfolgsgeschichte, die viel zu wenig erzählt wird, weil für Ärztin-

nen und Ärzte die Qualitätsarbeit selbstverständlicher Teil ihrer Arbeit ist. Mit der Gründung der SAQM wurden diverse Arbeitsgruppeninhalte gebündelt und somit ein Synergie-Nutzen erzielt, der es ermöglichte, neue Projekte anzupacken. Die erste Herausforderung war die Thematik des Behandlungspfads. Wir entwickelten mit klarem Fokus auf die Interprofessionalität mit zehn ärztlichen und elf nichtärztlichen Fachgesellschaften den Behandlungspfad Kolorektalkarzinom, wofür wir einen internationalen Preis erhielten. Welchen Mehrwert eine flächendeckende Implementierung eines solchen Behandlungs-

Zählend und zählbar ist das 10-Jahres-Jubiläum der SAQM.

pfads gegenüber dem Ist-Zustand bieten würde, müsste nun mittels Begleitforschung evaluiert werden können. Gerade hier fehlen jedoch die notwendigen Rahmenbedingungen. Sowohl bezüglich der Daten, denn das Krebsregister erfasst nur epidemiologische Daten, jedoch nicht klinische Daten in einem für unser Projekt notwendigem Umfang, wie auch der Finanzen. Sollte sich eine Möglichkeit entwickeln, so würden wir den Faden gerne wieder aufnehmen. Wir haben allerdings auch gesehen, mit welchem Aufwand die Entwicklung eines solchen Behandlungspfads verbunden ist: Die rund 700 000 Franken für diesen einen Behandlungspfad wurden von den Leistungserbringenden über alle Stufen und Verbände hinweg selbst getragen.

Ein sofort verwendbares Resultat aus diesem Projekt sind die erarbeiteten und einem Praxistest unterzogenen Qualitätskriterien für Patienteninformationsmaterialien. Gerade solche Materialien sind für das Shared Decision Making unabdingbar, ein Thema, das auch im Rahmen eines wissenschaftlichen Grundlagenpapiers aufgearbeitet wurde. Und schliesslich mündet vieles in die heute viel zitierten PROMs und PREMs. Dies wurde durch ein entsprechendes Grundlagenpapier schon vor längerer Zeit aufgearbeitet. Die SAQM initiierte in diesem Kontext das patientenzentrierte Outcome-Register PCOR. Damit sind wir bei der Register-Thematik angekommen, wo ein wissenschaftliches Grundlagenpapier der FMH den Ausschlag zu einer breit abgestützten Arbeitsgruppe zusammen mit der SAMW, ANQ, H+ und Unimed-suisse gab. Daraus resultierten Empfehlungen zum Aufbau und Betrieb von gesundheitsbezogenen, praxiserprobten Registern. Auch die Frage des Misuse/Overuse/Underuse wurde

wissenschaftlich aufgearbeitet; es wurden wertvolle Erkenntnisse für weitere Forschungsfragen und weitere Ansätze gewonnen.

Less is more, auch in der Politik

Ab einem gewissen Punkt sind die Rahmenbedingungen für die weitere Ausrollung schlicht nicht gegeben. Statt nun immer weiter zu regulieren, gäbe es diverse interessante Ansätze, auf denen aufgebaut werden könnte – zum Beispiel die Erfolge der alternativen Versicherungsmodelle, für die es keine neue Gesetzgebung mit staatlich hyperregulierten medizinischen Netzwerken zur integrierten Versorgung braucht, wie sie im Kostendämpfungspaket 2 irritierenderweise vorgeschlagen werden. Erfreulicherweise anerkennt der Bundesrat, dass Koordinationsleistungen Ressourcen bedeuten und dass diese aktuell nicht zur Verfügung stehen. Ob Geld allein reichen wird, bleibt abzuwarten, denn letztlich braucht es Fachkräfte!

Der Qualitäts-Charta der SAQM haben sich seit deren Lancierung vor sechs Jahren mittlerweile 77 Organisationen der Ärzteschaft angeschlossen. Diese stehen für die darin festgehaltenen Grundsätze der Transparenz, Verbindlichkeit und Nachhaltigkeit ein. Das bisher mit der SAQM Erreichte darf uns das notwendige Vertrauen geben, für die Zukunft gerüstet zu sein. Ich danke allen, die mitgeholfen haben, die SAQM voranzubringen und freue mich auf unseren weiteren gemeinsamen Weg!



Literatur

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



© Nyul / Dreamstime

Im Jahr 2022 wurden 1023 MPA-Kandidatinnen geprüft.

Die Aktivitäten der FMH im Bereich MPA und MPK

Jahresbericht Der Bericht liefert einen Überblick über die Aktivitäten, Aufgaben und Herausforderungen im Bereich MPA/MPK in der Berichtsperiode September 2021 bis August 2022.

Aisha Ahmed

Dr. med., Präsidentin der kantonalen Delegierten für MPA-Fragen

Nach den Erfahrungen im ersten Coronajahr haben sich die FMH und die Trägerverbände gemeinsam dafür eingesetzt, dass das praktische Qualifikationsverfahren (QV) 2022 korrekt und unter Einhaltung der Vorgaben durchgeführt werden konnte.

Das grösste Projekt dieses Jahres waren die Vorbereitungen und anschliessend die Durchführung des ersten QV nach neuer Bildungsverordnung (BiVO). Mit grossem Aufwand und viel Engagement erstellten die Fachgruppen der Aufgabenkommission QV die praktischen und schriftlichen Prüfungen. Im November 2021 wurden die Chefexpertinnen und Chefexperten und im Anschluss ab Ende November bis März der Prüfungsexpertinnen und -experten in Zusammenarbeit mit dem EHB geschult. Das QV konnte in allen Kantonen planmässig durchgeführt werden.

Die Aufgabenteilung für MPA- und MPK-Belange sieht zurzeit wie folgt aus:

- Delegierte der kantonalen Ärztesellschaften für MPA-Fragen: Präsidentin Dr. A. Ahmed, Vizepräsidium: Vakant
- Schweizerische Kommission für Berufsentwicklung und Qualität (Kommission B & Q): Präsident Dr. med. J. Orellano
- Aufgabenkommission für das Qualifikationsverfahren (QV) MPA: Präsidium vakant
- Aufsichtskommission überbetriebliche Kurse (ÜK): Präsident Dr. med. Carlos Quinto; Vizepräsident Dr. med. José Orellano
- Oda Berufsbildung MPA (odamed): Präsidentin M. Schenk/SVA; Vizepräsident Dr. med. G. Printzen/FMH
- Die Anliegen der verschiedenen Gremien zuhanden des Zentralvorstands der FMH vertritt Dr. med. Carlos Quinto, Mitglied Zentralvorstand der FMH und Departementsverantwortlicher Public Health und Gesundheitsberufe.
- MPA-Kompetenzzentrum der FMH: Frau Annik Rüedi und Frau Chiwith Baumberger

Das MPA-Kompetenzzentrum mit den oben aufgeführten Gremienverantwortlichen der FMH trifft sich in regelmässigen Abständen, circa alle sechs bis acht Wochen, zu einer Online-Sitzung, um aktuelle Projekte und Anliegen im MPA-/MPK-Bereich zu besprechen. Hierbei wird es unterstützt durch Barbara Weil, Leiterin der Abteilung Public Health und Gesundheitsberufe der FMH und lic. iur. Nils Graf seitens Rechtsdienst der FMH.

An der letzten Delegiertenversammlung fand nach dem offiziellen Teil ein reger Austausch der Delegierten im Rahmen eines World Cafés statt. Diese Möglichkeit soll auch in Zukunft für konstruktiven Austausch bestehen.

Die Anregung, den Versammlungsort turnusmässig zu variieren, konnte aus organisatorischen Gründen in diesem Jahr noch nicht umgesetzt werden.

Dem Wunsch nach mehr Informationen während des laufenden Jahres konnte bereits entsprochen werden, die kantonalen Delegierten für MPA-Fragen haben zu folgenden Themen Informationen erhalten:

- Strahlenschutz und Informationen zur Handlungskompetenz D
- Unterlagen zu Mitarbeitergesprächen
- Musterarbeitsvertrag und Rahmenbedingungen

Themen wie zum Beispiel Wiedereinsteigerinnen/Umsteigerinnen/Abwanderung wurden gemeinsam mit dem Schweizerischen Verband Medizinischer Praxis-Fachpersonen (SVA) und der Association Romande des assistant·es médicaux (ARAM) angegangen und sind noch in Bearbeitung. Es wird nach Möglichkeiten gesucht, die Anzahl qualifizierter MPA zu erhöhen. Dazu werden verschiedenste Ansätze diskutiert, wie zum Beispiel ein zweiter Bildungsweg für MPA.

Die kantonalen MPA-Delegierten sind gefordert, in ihren Kantonen die Zusammenarbeit mit den unterschiedlichen Institutionen zu suchen, Lehrstellenförderung zu betreiben, die Attraktivität des MPA-Berufes aufzuzeigen und zu steigern, um so die Abwanderung von MPA in andere Berufe zu reduzieren.

Die aktive Zusammenarbeit mit den Kantonalen Delegierten für MPA-Fragen ist dem MPA-Kompetenzzentrum ein grosses Anliegen. Sie sind eine wichtige Schnittstelle zwischen den Kantonalen Ärztesverbänden und der FMH in MPA/MPK-Fragen. Ihre Anregungen und Rückmeldungen und ihre Unterstützung bei der Umsetzung von Empfehlungen in ihren jeweiligen Kantonen sind unabdingbar und werden sehr geschätzt.

Im Berichtsjahr wurde in Zusammenarbeit mit Trägerverbänden SVA und ARAM ein neuer Musterarbeitsvertrag mit Rahmenbedingungen für MPA/MPK erstellt und auf der Website MPA-Schweiz.ch publiziert. Ausserdem wurde das ÜK-Reglement überarbeitet und an die neue BiVO angepasst.

Die nachfolgenden Berichte fassen die Tätigkeiten in den oben aufgeführten Kommissionen zusammen.

Schweizerische Kommission für Berufsentwicklung und Qualität

Auch diese Berichtsperiode wurde stark von der COVID-19-Pandemie geprägt. Dennoch ist es wichtig, dass Absprachen, Koordination

und gemeinsame Entscheide im Team getroffen werden.

Für die Kommissionsmitglieder war es nicht möglich, sich physisch zu treffen, sodass die Sitzung im November 2021 via Videokonferenz stattfinden musste und erst im April 2022 eine physische Sitzung vor Ort stattfinden konnte.

Einige Anpassungen für das Qualifikationsverfahren 2022 wurden vorgenommen, damit die Handlungskompetenzen aussagekräftig bewertet werden können.

Gemäss Aufgabenkommission konnten die Chefexperten- und Prüfungsexpertenkurse zusammen mit dem EHB weitere Anpassungen zu den Prüfungsdetails vornehmen.

Die Ausführungsbestimmungen für die Validierung von Bildungsleistungen konnten mit dem Verfahrenskanton Zürich angepasst werden und sind in Kraft gesetzt worden. Das Validierungsverfahren ist bei den Verbänden ARAM, SVA und FMH in Evaluation.

Vielen Dank den Verbänden ARAM und SVA für die gute Zusammenarbeit.

(Dr. med. José Orellano)

Weiterbildung MPA – Bericht aus der Oda Berufsbildung MPA

Die odamed-Generalversammlung hat am 7. Juni 2021 unter dem Vorsitz der Präsidentin Marianne Schenk (SVA) getagt und die statutarischen Traktanden abgearbeitet.

Der Vorstand bestand aus:

- Marianne Schenk (SVA, Präsidentin), Dr. med. Gert Printzen (FMH, Vizepräsident), Marie-Paule Fauchère (ARAM, Mitglied), Fabienne Gross (SVMB, Mitglied) und Dr. med. Sébastien Jotterand (MFE, Mitglied).

Der QS-Kommission (QSK) gehörten an:

- Dr. med. Claude Breitenstein (FMH), Antonella Fransioli (öffentliche Schulen), Christoph Haenssler (SVMB), Anne Jacquier-Delaloye (Bildungsberaterin), Aurore Lambertier (ARAM), Dr. med. José Orellano (FMH), Marianne Schenk (SVA), Clemens Simpson (Bildungsberater) und Noveline Stoffel (SVA). Die QS-Kommission wurde durch die Co-Präsidenten Dr. med. José Orellano und Clemens Simpson geführt.

Zum Ende dieser Berichtsperiode, respektive an der a. o. GV, fanden zudem Neuwahlen statt, die die Mitglieder des Vorstands bestätigten.

Neu besetzt – und einstimmig gewählt

- Dr. med. Gert Printzen (FMH) erhält die Position des Präsidenten (Marianne Schenk



demissionierte, um fortan im odamed-Sekretariat mitzuwirken) und

- die Position der Vizepräsidentin der odamed wird wahrgenommen von Adeline Bach (SVA).

Finanzen:

- Die Finanzen der odamed sind gesichert, und die MPK-Betriebsphase präsentiert sich weiterhin erfolgreich.
- Die odamed hat im Berichtsjahr einen Verlust von 64 100 CHF erzielt.
- Das Eigenkapital beläuft sich per Ende 2021 auf 173 000 CHF.

Berufsprüfung

- Im Berichtsjahr haben wiederum zwei Prüfungsanlässe, die 13. und 14. Berufsprüfung, am Standort Zürich stattgefunden.
- Im November 2021 sind 146 Kandidatinnen angetreten (davon 39 nicht bestanden); 62 KL; 84 PL, Bestanden 107, ≈ 73%
- Im Juni 2022 nahmen 155 Kandidatinnen an der Prüfung teil (davon 52 nicht bestanden); 70 KL; 85 PL, Bestanden 103, ≈ 66%
- Immer noch ist die Kandidatinnen-Zahl in der praxisleitenden (PL) Richtung stark überwiegend.
- Aus den französischen und italienischen Sprachregionen kommen nach wie vor relativ wenige Kandidatinnen.
- Im Zeitraum von 2015 bis 2021 konnten insgesamt erfreuliche 991 Fachausweise ausgestellt werden.
- Da die Kosten einer Prüfungsfeier nicht mehr vom Bund teilsubventioniert werden,

haben leider keine Diplomfeiern stattgefunden.

Mit der tendenziell steigenden Kandidatinnen-Zahl steigt auch weiterhin der Expertenbedarf.

- Mittlerweile können idealerweise Zweier-Expertenteams mit je einem Arzt oder einer Ärztin und einer Praxiskoordinatorin gebildet werden. Somit kann den Kandidatinnen idealerweise auch eine MPK-Expertin der entsprechenden Fachrichtung zugeordnet werden.
- Die Expertinnen und Experten werden initial bei Beginn ihrer Aufgabe einer eintägigen Schulung unterzogen und in den Folgejahren zu Erfahrungstagungen aufgeboten.
- An diesen Tagungen werden vor allem die Erkenntnisse aus den fast lückenlosen Visitationen der Prüfungen vermittelt.
- Die Ergebnisse der Visitationen zeigen, dass die Expertinnen und Experten grossmehrheitlich eine solide Prüfungsarbeit leisten.
- Dies wird durch die relativ geringe Zahl an Beschwerden, 2-3 pro Prüfung, bei jeweils bis zu 30 negativen Prüfungsentscheiden der QS-Kommission, bestätigt.

Die Beschwerdeentscheide des Staatssekretariats für Bildung, Forschung und Innovation (SBFI) sind bis jetzt grossmehrheitlich zugunsten von odamed ausgefallen.

Die QS-Kommission (QSK) befasst sich mit den Themen Prüfungsorganisation, Evaluation, Zulassung zur Prüfung, Erhaltung der Prüfungsergebnisse und Akkreditierung von Bildungsanbietern und Modulen.

Sie ist weiterhin mit den Vorarbeiten für die Teilrevision der Prüfungsordnung beschäftigt, fokussiert zudem auf die nicht in allen Teilen befriedigende Ausbildungsqualität bei den Modul-anbietern und wird dafür das Mittel des Audits an Unterricht und Prüfungen einsetzen. Leider konnte noch immer nicht eine für die FMH reservierte Vertretung in respektive für die QSK besetzt werden; somit auch an dieser Stelle nochmals der Aufruf, die Bitte, dass sich Interessierte bei der Geschäftsstelle melden mögen.

Die Arbeit der Geschäftsstelle ist nach wie vor geprägt durch die steigende Zahl der Prüfungsdossiers und durch die immer grösser werdende Anforderung an die logistische Leistung an den Prüfungsanlässen.

Als Präsident der Oda Berufsbildung MPA richte ich meinen aufrichtigen Dank sowohl an alle Kolleginnen und Kollegen des Vorstands, der QS-Kommission und des Expertenteams, als auch an die in der Geschäftsführung engagierten Mitarbeitenden für ihren steten und engagierten Einsatz zugunsten des Berufsbilds. Mein ganz besonderer Dank – und meine Anerkennung für sein unermüdliches Engagement – gilt unserem Geschäftsführer Bruno Gutknecht!
(Dr. med. Gert Printzen)

Aufgabenkommission für das Qualifikationsverfahren (QV) MPA

Die Aufgabenkommission Qualifikationsverfahren QV MPA hat die innovative Herausforderung der Erarbeitung des digitalen QV im Bereich BK nach neuer BiVo von 2019 mit grösstem Engagement umgesetzt und voller

Elan – mit dem Ziel einer gesamtschweizerischen, einheitlichen Prüfung – diesen «digitalen Weg» beschritten. Unser Projektleiter, Richard Mürger von elern GmbH, war buchstäblich jederzeit einsatzbereit und ebnete als Fels in der Bildungsbrandung jegliche Unebenheiten. Mein ausserordentlicher Dank für seine wertvolle Unterstützung – nicht nur aller Fachgruppen – gilt deshalb ihm!

Wie bereits im letztjährigen Bericht bemerkt, erlaubte das neue und innovative Prüfungskonzept den Prüfungskantonen sowohl den digitalen als auch schriftlichen Ansatz zur Durchführung des Qualifikationsverfahrens QV MPA. Diese Möglichkeit wurde entsprechend akzeptiert und somit mehrheitlich (zu fast 80%) digital geprüft.

Die Umsetzung und das Arbeiten mit der neuen handlungskompetenzorientierten BiVo zeigte einige Schwachstellen der Ausführungsbestimmungen auf, die sich jedoch lösen liessen.

Insbesondere die Vorgegebenen praktischen Arbeiten (VPA) waren in ihrer komplexen Struktur nach der neuen handlungskompetenzorientierten BiVo anspruchsvoll und forderten das ganze Wissen und Können der beteiligten Spezialisten und Spezialistinnen bei der Erstellung der geforderten praxisorientierten Aufgaben.

Für das QV 2022 konnten nunmehr unter Einhaltung aller Vorgaben rund 1023 Prüflinge antreten.

Die Gesamtzahl der Geprüften ist somit im Vergleich zum Jahr 2021 gestiegen (1023 vs. 1019).

Im zur Berichterstellung vorliegenden gesamtschweizerischen Überblick der Noten zeigt sich, dass die Zahl der Ungenügenden im Vergleich zum Jahr 2021 leicht gestiegen ist (76 = 7,4 % vs. 75 = 7,4%).

Ebenso ist neu seit 2022, dass die Berufskunde eine Fallnote darstellt. Die Fallnote nach bereinigten Notenlisten der digitalen Durchführungen beträgt 20 ungenügende von 812 digitalen Kandidatinnen und Kandidaten, was 2,5% entspricht.

Wie prognostiziert, ist es nunmehr möglich, die digitalen Prüfungsergebnisse zu einer Gesamtschau zusammenzufassen, da die digitale Erhebung diese Arbeit extrem beschleunigt.

Gleichwohl war in dieser abgelaufenen Prüfungsperiode der Aufwand für das in der neuer Form zu generierende Qualifikationsverfahren beträchtlich und liess sich nur dank des engagierten Einsatzes aller qualifizierten Beteiligten bewältigen.

Mein Dank gilt einmal mehr allen Mitwirkenden für ihr grosses Engagement!

MPA-Ausbildung

Im Jahr 2022 wurden 1023 MPA-Kandidatinnen geprüft. Von diesen 1023 Kandidatinnen

haben leider 76 (7,4 %) die Prüfung nicht bestanden.

Neben der Problematik rund um die COVID-19-Pandemie beschäftigte uns vor allem das Thema «erstes QV nach neuer BiVo». Die Beantwortung der Fragen, Berücksichtigung berechtigter Anliegen, Umgang mit verschiedensten Ansprüchen und Kritik beanspruchten sehr viel Zeit. Die Lernenden, Schulen, ÜK-Zentren und Lehrbetriebe waren somit auch in diesem Jahr stark gefordert. Sie bewiesen dabei grosse Flexibilität. Der Schul- und ÜK-Betrieb konnte mit Präsenzununterricht aufrechtgehalten werden, der vermehrte Einsatz neuer Medien wurde mit Bravour gemeistert.

Erfahrungsaustausch Schulen

Am 28.4.2022 hat das MPA-Kompetenzzentrum der FMH erstmals zu einem Erfahrungsaustausch mit den für die MPA-Ausbildung zuständigen Schulen und ÜK-Zentren eingeladen. Von den insgesamt 33 Schulen nahmen 26 Schulen daran teil. In Form eines World Cafés wurden mit Elan und Engagement verschiedene Themen zur Umsetzung der neuen BiVo diskutiert. Fazit dieses Erfahrungsaustausches war, dass das MPA-Kompetenzzentrum gemeinsam mit dem EHB Möglichkeiten in der Umsetzung des Leistungskatalogs suchen wird, um eine noch bessere Ausbildungsqualität zu erlangen. Es konnte festgestellt werden, dass in den Schulen die Umsetzung der neuen BiVo dank langjährigen, erfahrenen Berufskundelehrpersonen und ÜK-Berufsbildnerinnen und ÜK-Berufsbildnern gut geklappt hat. Ein erneuter Erfahrungsaustausch ist gewünscht und geplant.

Schlichtungsstelle

In dieser Berichtsperiode sind wiederum weder neue Vermittlungsgesuche beim Schlichter für die Deutschschweiz, Rechtsanwalt und Notar lic. iur. A. Kummer, eingegangen, noch sind Fälle hängig.

Zum Schluss

Ich danke allen, die sich tatkräftig für die Belange der MPA und MPK einsetzen. In unserer Tätigkeit als Ärztinnen beziehungsweise Ärzte sind wir auf kompetente und engagierte MPA und MPK angewiesen. Diese sollen gefördert, geschätzt und korrekt entlohnt werden. In meinen Dank schliesse ich die Kommissionsverantwortlichen, die Delegierten, die Lehrpraxen, die Berufsbildnerinnen, Berufsbildner, die Lehrpersonen an den Berufsschulen und die MPA-Verbände ein. Ein spezieller Dank gebührt auch Frau Annik Rüedi und Frau Chiwith Baumberger, die das MPA-Kompetenzzentrum sehr motiviert und mit grossem Einsatz führen. (Dr. med. Gert Printzen)

Korrespondenz

Dr. med. Aisha Ahmed
mpa[at]fmh.ch



© Andrey Popov / Dreamstime

Die SAQM hat sich der Unterstützung und Sichtbarmachung der langjährigen Qualitätsarbeit verschrieben.

10 Jahre SAQM – eine Würdigung

SAQM Vor zehn Jahren gründete die FMH die Schweizerische Akademie für Qualität in der Medizin SAQM – und damit die ärztliche Qualitätsorganisation. Zeit für eine Würdigung, einen Rückblick, aber auch für einen Ausblick.

Esther Kraft^a, Michelle Gerber^b, Christoph Bosshard^c

^a Leiterin Abteilung DDQ/SAQM; ^b wissenschaftliche Mitarbeiterin DDQ/SAQM; ^c Dr. med., Vizepräsident der FMH, Departementsverantwortlicher DDQ/SAQM

Am 27. November 2012 gründete die FMH offiziell die Schweizerische Akademie für Qualität in der Medizin SAQM mit folgenden Aussagen: Die ärztliche Behandlungsqualität zu sichern und weiterzuentwickeln war schon immer ein Kernanliegen von Ärztinnen und Ärzten. Mit den neu geschaffenen Strukturen der SAQM wurden die Vernetzung unter den Ärzteorganisationen institutionalisiert, die zahlreichen Qualitätsaktivitäten der Ärzteschaft noch besser koordiniert

und zur optimalen Nutzung der begrenzten Ressourcen Synergien hergestellt. Gemeinsam mit den Schweizerischen Ärzteorganisationen und in einer engen Zusammenarbeit mit den Partnerorganisationen aus dem Gesundheitswesen soll die facettenreiche ärztliche Qualität gefördert, Qualitätsfragen in die Curricula der Aus-, Weiter- und Fortbildung integriert, Forschungsprojekte aufgeleitet, die Qualitätskultur weiter gefördert sowie der Wissenstransfer und die Vernetzung gemeinsam vorangetrie-

ben werden. Die SAQM macht als Organisation die Tatsache sichtbar, dass die ärztliche Qualitätssicherung und -entwicklung einen hohen Stellenwert hat und in die Hand der Ärzteschaft gehört [1, 2, 3].

Diese Formulierungen lesen sich vielleicht etwas überholt, sind inhaltlich aber weiter zeitgemäss und aktuell. Die Frage, ob dies zehn Jahre später gut oder schlecht ist, darf an dieser Stelle gestellt werden. Für die Antwortfindung helfen eventuell die nachfolgenden Zeilen.

Die Anfänge der SAQM

Die SAQM konnte dank der Unterstützung der Ärzteorganisationen und des Steuerungsausschusses der ersten Stunde umgehend ihre Arbeiten aufnehmen. An dieser Stelle ein grosses Dankeschön an Dr. med. Hélène Beutler, Dr. med. Jürg Nadig, Dr. med. Johannes Brühwiler und Dr. med. Urs Müller – welche als erste gewählte Mitglieder des Steuerungsausschusses massgeblich zum Gelingen und langfristigen Bestehen der SAQM beigetragen haben. Nicht zu vergessen: die enorme Arbeit und der unermüdlige Einsatz von Martina Hersperger, damalige Leiterin der Abteilung DDQ, sowie von Varja Meyer, damalige wissenschaftliche Mitarbeiterin und operative Leiterin der SAQM. Merci! Ohne diese Personen wäre es uns heute nicht möglich, auf zehn Jahre SAQM zurückzublicken.

Die SAQM setzte sich von Anfang an ein für eine praxisnahe und nutzbringende Qualitätsarbeit. Ausdruck davon ist die direkte Einbindung der Ärzteorganisationen in das Engagement der SAQM durch die Gründung des Forum Qualität. Bei diesen zweimal jährlich stattfindenden Treffen mit den Qualitätsdelegierten fliesst das wertvolle fachspezifische und organisationsbezogene Qualitätswissen gebündelt in die Arbeiten der SAQM ein. Dem hohen Stellenwert der Vernetzung und Kooperation mit den Partnerorganisationen im Gesundheitswesen verleiht die SAQM Ausdruck mit der Initiierung des Dialog Qualität. Der einmal jährlich stattfindende Austausch zu verschiedenen Qualitätsthemen auf nationaler Ebene wird von den beteiligten Organisationen sehr geschätzt [2, 3].

Eine externe Evaluation im Jahr 2015 bekräftigte den Kurs der SAQM und den durch sie ausgelösten Schub im Wissenstransfer zu Qualitätsfragen. Mit den vorhandenen Ressourcen wurden wichtige Entwicklungen angestossen [3].

Facts & Figures SAQM

- Gründung 27.11.2012
- 84 *offizielle Anfragen* an die SAQM eingereicht
- 42 *Newsletter SAQM* wurden verschickt
- 56 Sitzungen des *Steuerungsausschusses der SAQM*
- 20 Treffen der Qualitätsdelegierten der Ärzteorganisationen im Rahmen des *Forum Qualität*
- 12 Treffen mit den Partnerorganisationen im Rahmen des *Dialog Qualität*
- 77 Ärzteorganisationen unterzeichneten die *Qualitäts-Charta der SAQM*



Eindruck von der Gründungsveranstaltung vom 27.10.2012.

Wegweisende Qualitätsthemen

Bereits die ersten Entscheide der SAQM waren langfristig ausgerichtet und sind heute noch relevant. Aufgrund einer der ersten offiziellen Unterstützungsanträge an SAQM beteiligte sich die SAQM/FMH an der Finanzierung der deutschen Übersetzung des «Appraisal of Guidelines for Research and Evaluation» (AGREE II) [4]. Das AGREE II-Tool dient der Beurteilung der Qualität von Guidelines und hat für die Erarbeitung und Verbreitung der medizinischen Guidelines eine hohe Wichtigkeit. Medizinische Guidelines sollen helfen, im Interesse der Patientinnen und Patienten evidenzbasierte Entscheidungen zur bestmöglichen Behandlung zu treffen. Um eine Übersicht über die vielen Guidelines zu ermöglichen, hat die SAQM 2017 die Online-Plattform «Guidelines Schweiz» (www.guidelines.fmh.ch) erstellt. Auf dieser können Fachgesellschaften, Spitäler/Kliniken und weitere Organisationen im Gesundheitswesen die von ihnen anerkannten Guidelines dokumentieren.

Bereits Mitte 2013 gab die SAQM den Startschuss für das Pilotprojekt «Sektorenübergreifender Behandlungspfad Kolorektalkarzinom» (www.saqm.ch > Projekte > Sektorenübergreifender Behandlungspfad Kolorektalkarzinom). Gemeinsam mit 20 medizinischen Fachgesellschaften und nichtärztlichen Berufsgruppen entwickelte die SAQM einen sektoren- und berufsgruppenübergreifenden Behandlungspfad. Dieser soll als Qualitätssicherungs- und Qualitätsentwicklungsinstrument für eine multiprofessionelle evidenzbasierte Patientenbetreuung dienen. Die Gesamtkosten für Entwicklung und Verabschiedung des pionierartigen Behandlungspfades belaufen sich auf circa 700 000 CHF – inklusive der Arbeitsstunden der SAQM und der beteiligten Organisationen sowie der nicht vergüteten Stunden der Projektteammitglieder. Der Auf-

wand wurde ausschliesslich von den beteiligten Leistungserbringer-Organisationen getragen.

Das aktuell vieldiskutierte Qualitätsthema «Patient Reported Outcome Measures» (PROMs) ging die SAQM früh an. 2018 erarbeitete und publizierte sie ein wissenschaftliches Grundlagenpapier (saez.ch/article/doi/saez.2018.17187) zum Thema. Erste Diskussionen zu Registern und PROMs wurden bereits Anfang 2014 geführt, welche dann im Pilotprojekt «Patient Centered Outcome Registry» (PCOR) mündeten. Ziel des Pilotprojekts war,

«Die Verabschiedung des Sektorenübergreifenden Behandlungspfades Kolorektalkarzinom schuf Standards, die schweizweit umgesetzt werden.»

Dr. med. Jürg Nadig,
Dr. med. Jürg Pfisterer

zu untersuchen, ob es möglich ist, mit Hilfe eines fachbereichsübergreifenden Fragebogens Hinweise zur Indikations- und Outcomequalität zu erlangen. Der Fragebogen war patientenzentriert und beinhaltete Daten zur Diagnose, Indikation, Lebensqualität und zur individuellen Zielerreichung. 2017 lagen der Fragebogen und die Infrastruktur vor; dem Roll-out für den Praxistest stand nichts im Wege – ausser unter anderem die ungenügenden Rahmenbedingungen wie die Finanzierung und Integration in den Behandlungsalltag ohne zusätzlichen administrativen Aufwand.

Themen wie Behandlungspfad und Messung von Indikationsqualität sind nur zwei Beispiele, welche die SAQM früh angegangen, konzipiert und zum Teil auch umgesetzt hatte.

Auf wirkliches Interesse seitens der Kostenträger und Behörden stiessen diese beispielhaften Projekte damals nicht. Vielleicht war die SAQM der Zeit auch etwas voraus?!

Sichtbarkeit und Transparenz

Die SAQM hat nicht nur Qualitätsprojekte umgesetzt, sondern sie hat sich der Unterstützung und Sichtbarmachung der langjährigen Qualitätsarbeit der Fachleute im Gesundheitswesen verschrieben. Seit 2013 erhebt sie jährlich die Qualitätsaktivitäten der Ärzteorganisationen als Grundlage für ihre vernetzende und koordinierende Arbeit. Basierend auf dieser Datengrundlage veröffentlicht die SAQM die jeweils aktuellen sowie in naher Zukunft vorgesehenen Aktivitäten in der ärztlichen Qualitätssicherung und -entwicklung und gibt Einblicke in die Entwicklungen des Qualitätsengagements der Ärzteorganisationen über die vergangenen Jahre. Die Publikationen und weitere Informationen finden Sie unter www.saqm.ch > Qualität und Wirtschaftlichkeit > Qualitätsaktivitäten der Schweizerischen Ärzteorganisationen.

Seit langem würdigt die SAQM die Arbeit von Qualitätspionierinnen und -pionieren mit der Verleihung eines Preises für beispielhafte Qualitätsprojekte und unterstützt mit einem Preisgeld deren Weiterentwicklung. Zuerst als Trägerorganisation des Swiss Quality Award und seit 2018 mit dem SAQM-eigenen Qualitätspreis Innovation Qualité (www.innovation-qualite.ch).

Umsetzung Art. 58 KVG

Der Blick auf die Gegenwart zeigt, wie aktuell die Bestrebungen und aufgegriffenen Themen der SAQM weiterhin sind. Im Rahmen der Umsetzung des am 1. April 2021 in Kraft ge-

«Die SAQM soll auch zukünftig ihre integrierende, koordinierende und vernetzende Aufgabe – gegen innen und aussen – wahrnehmen.»

Dr. med. Jürg Nadig,
Dr. med Jürg Pfisterer

setzten revidierten Artikels 58 KVG zu Qualität und Wirtschaftlichkeit ist eine so weit als möglich praxisnahe und koordinierte Umsetzung der gesetzlichen Vorgaben, welche auf den zahlreichen bewährten Qualitätsaktivitäten aufbaut, keine Selbstverständlichkeit, sondern muss von allen Beteiligten erarbeitet werden. Mit dem revidierten Art. 58a KVG sind die Verbände der Leistungserbringer und die

Verbände der Versicherer verpflichtet, national einheitliche Qualitätsverträge zu erarbeiten.

Nach intensiven Verhandlungen mit den Versicherern konnten die Gremien der FMH im Februar 2022 den Vertrag und das entsprechende Konzept verabschieden, dessen Ziel es ist, die Qualitätsentwicklung im praxis-ambulantem ärztlichen Bereich systematisch zu fördern. Die zentralen Eckpfeiler sind die Schaffung einer Lern- und Vertrauenskultur sowie eines kontinuierlichen Verbesserungsprozesses. Leider haben die Verbände der Versicherer den Vertrag und das Konzept nach der Veröffentlichung der bundesrätlichen Qualitätsstrategie und der damit veränderten Spielregeln [5] nicht genehmigt, beziehungsweise nicht darüber entschieden. Die Formulierung in der Qualitätsstrategie des Bundes «Die Qualitätsentwicklung ist somit bereits Teil der durch die OKP vergüteten Leistungen. Eine zusätzliche Finanzierung von Qualitätsmassnahmen auf der Meso- und Mikroebene ist damit nicht vorgesehen» [6] verunmöglicht eine gewissenhafte und ambitionierte Umsetzung der Qualitätsentwicklung im Sinne des Art. 58 KVG.

Engagement fortgesetzt

Für die SAQM heisst das aber nicht «Kopf in den Sand stecken». Im Gegenteil: Die von 77 Organisationen unterzeichnete, 2016 verabschiedete Qualitäts-Charta der SAQM, wird weiter umgesetzt. Die Charta der SAQM (www.saqm.ch > Qualitäts-Charta SAQM) ist eine Willensbekundung zur Kooperation und Vernetzung in Qualitätsfragen in der Schweiz und baut auf den drei Pfeilern Transparenz, Verbindlichkeit und Nachhaltigkeit auf. Sie hält unter anderem folgende Punkte fest:

- Die Definition der Qualität der ärztlichen Leistungen gehört in die Hände der Ärzteschaft.
- Bei jeder Qualitätsarbeit muss der Mehrwert für die Patientinnen und Patienten und/oder die Gesellschaft ersichtlich und der Aufwand zweckmässig sein.
- Qualitätssicherung und -entwicklung benötigt Ressourcen. Synergien sollen daher – wo immer möglich – genutzt werden.
- Qualitätsmessungen müssen valide und verlässlich sein, und wenn möglich auf anerkannten Standards aufbauen. Nur so bringt Qualitätstransparenz einen Mehrwert für die Patientensicherheit und erlaubt eine Qualitätsentwicklung.
- Die Qualitätsarbeit der Ärzteschaft und der damit verbundene administrative Mehraufwand wird honoriert – entweder über die Tarifstruktur und/oder andere Finanzierungsmodelle.

Die vielzähligen Aktivitäten der SAQM und der Ärzteorganisationen finden Sie im aktuel-

len Qualitätsbericht der SAQM und auf www.saqm.ch >SAQM.

Die zu Beginn gestellte Frage, ob es gut oder schlecht ist, dass die vor zehn Jahren formulierten Aussagen inhaltlich weiterhin topaktuell sind, kann wie folgt beantwortet werden: Gut ist, dass die SAQM die Herausforderungen bereits 2012 klar benannte und auch die entsprechenden Massnahmen und Arbeiten in Angriff nahm. Sie hat die Zeit genutzt, zusammen mit den Ärzteorganisationen und den Partnern eine Organisation aufzubauen und zu etablieren, welche breit abgestützt ist und akzeptiert wird – und vielleicht auch ab und zu als mühsam empfunden wird.

An dieser Stelle möchte sich die SAQM bei allen ehemaligen und aktuellen Qualitätsdelegierten der Ärzteorganisationen, bei den ehemaligen und aktuellen Mitgliedern des Steuerungsausschusses sowie unseren Partnern im Dialog Qualität herzlich für die wertvollen, intensiven und bereichernden Diskussionen bedanken, welche eine konstruktive und vernetzende Zusammenarbeit ermöglicht. Die SAQM wird sich weiterhin inhaltlich, fachlich, vernetzend und koordinierend dafür einsetzen, dass die Qualitätssicherung und -entwicklung als eine Kernaufgabe der Ärztinnen und Ärzte weiter gefestigt, ausgewiesen und anerkannt wird.

Korrespondenz
[saqm\[at\]fmh.ch](mailto:saqm[at]fmh.ch)



Literatur

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

Personalien

Todesfälle / Décès / Decessi

Jamal Ibrahim-Gerber (1954), † 23.7.2022, 3612 Steffisburg

Sandra Hauler-Poirier (1972), † 22.8.2022, Fachärztin für Allgemeine Innere Medizin, 2542 Pieterlen

Jiri Modestin (1943), † 6.10.2022, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, 8008 Zürich

Helmuth Rösler (1928), † 7.10.2022, Facharzt für Nuklearmedizin und Facharzt für Radiologie, 3015 Bern

Ärztegesellschaft des Kantons Bern Ärztlicher Bezirksverein Bern Regio

Zur Aufnahme als ordentliche Mitglieder haben sich angemeldet:

Gernot Ortmanns, Praktischer Arzt, FMH, Praxiszentrum im Ring, Kappelenring 6, 3032 Hinterkappelen

Matthias Pollak, Facharzt für Hämatologie, FMH, Hämatologie Praxis Bern, Riedweg 11, 3012 Bern

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 die allfälligen Einsprachen.

Ärztegesellschaft des Kantons Luzern

Zur Aufnahme in unsere Gesellschaft Sektion Stadt haben sich gemeldet:

Stefan Fischli, Facharzt für Endokrinologie / Diabetologie und Facharzt für Allgemeine Innere Medizin, FMH, Luzerner Kantons-
spital, 6000 Luzern 16

Sandra Ledermann Escalera R., Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie, FMH, ab 9.1.2023: Praxis 23, Psychotherapie und Psychiatrie, Mühlemattstrasse 16, 6004 Luzern
Jörg Zimmerli, Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin, FMH, ab 1.5.2023: Kinderarztpraxis am See, Alpenstrasse 1, 6004 Luzern

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

Anzeige



Stellenmarkt

Schweizerische Ärztezeitung

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

Nutzen Sie die neue digitale Karriere-Plattform der SÄZ:

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



jobs.saez.ch





© Pexels

Wie gelangen Erkenntnisse aus der Forschung in den medizinischen Alltag? Dieser Frage ist die SAMW nachgegangen.

Tagungsbericht der SAMW zur Implementierungswissenschaft

Implementierung Nur ein geringer Teil der Erkenntnisse aus der medizinischen Forschung dringt bis in die täglichen Routinen des Gesundheitswesens vor. Die Implementierungswissenschaft möchte diesen Übergang erleichtern. Die Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissenschaften (SAMW) veröffentlicht einen Tagungsbericht zum Thema.

Dr. Lucienne Rey

Freie Wissenschaftsjournalistin, texterey

Die Schweiz investiert hohe Beträge in die medizinische Forschung. Allerdings finden bloss etwa 14 Prozent der Ergebnisse ihren Weg in wissenschaftliche Publikationen [1]. Im Schnitt dauert es gar 17 Jahre [2], bis sie in die Routine der gesundheitlichen Praxis einfließen. In der Fachwelt ist daher von einer «undichten Forschungspipeline» die Rede, die allzu viele Ressourcen – finanzielle Mittel, Forschungsanstrengungen, Erkenntnisse – ungenutzt versickern lässt. Ein Aderlass, der auch den Patientinnen und Patienten schadet: Statistischen Auswertungen zufolge erhalten zwischen 30 und 40 Prozent der medizinisch behandelten Personen eine

Therapie, deren Wirksamkeit nicht belegt ist; bis zu 25 Prozent erleiden gar eine schädliche Behandlung [3].

Ein Netzwerk für höhere Qualität

Einer in der Fachgemeinschaft breit akzeptierten Definition zufolge umfasst die Implementierungsforschung die wissenschaftliche Untersuchung von Methoden, welche die systematische Übernahme von Forschungsergebnissen und anderen evidenzbasierten Praktiken in die alltägliche Routine fördern und damit die Wirksamkeit von Gesundheitsdienstleistungen verbessern. Eine Evaluation des Implementierungserfolgs ist mithin eingeschlossen, denn

letztlich bemisst sich dieser am nachgewiesenen gesellschaftlichen Nutzen [4].

Insbesondere im angelsächsischen Raum hat sich die neue Disziplin im Lauf der vergangenen zehn bis fünfzehn Jahre gut etabliert. Im Oktober 2019 wurde nun mit dem Swiss Implementation Science Network (IMPACT) auch in der Schweiz ein Netzwerk gegründet, das die Implementierungswissenschaft ins Zentrum seiner Tätigkeiten stellt. Angesiedelt ist es am Institut für Pflegewissenschaften der Universität Basel. Mit einer ersten internationalen Konferenz, an die eine Serie vertiefender Meisterklassen anschloss, hat sich IMPACT der interessierten Fachgemeinschaft vorgestellt. Die

SAMW nahm dies zum Anlass, das wichtige Thema auf ihre Agenda zu setzen und zur Bekanntmachung beizutragen.

Fachübergreifende Verständigung

Implementierungswissenschaft baut auf den Methoden der klinischen Forschung auf. Je nachdem, wie belastbar die Evidenz der zu implementierenden Massnahme – beispielsweise einer neuartigen oder veränderten Behandlung – ist, unterscheidet sich das Studiendesign. Im Unterschied zur klinischen Forschung, die in der Regel auf die Intervention fokussiert und Aspekte der Umsetzung vernachlässigt, richtet die Implementierungswissenschaft ihr Augenmerk auf zwei Schwerpunkte, indem sie einerseits den Implementierungspfad nachzeichnet, um die Erfolgsfaktoren der Implementierung zu verstehen, und andererseits deren Ergebnisse erfasst. Die Implementierungswissenschaft berücksichtigt also den ganzen Übergang (in Einzelschritten) zwischen der evidenzbasierten Massnahme und ihren Auswirkungen im Alltag.

Um die Lücke zu überbrücken, die zwischen der Forschung und der Anwendung ihrer Ergebnisse in der Praxis klafft, braucht es somit Fachleute, die mit den unterschiedlichen «Logiken» von Grundlagenforschung und Arbeit in der Praxis vertraut sind – mithin Forschungsteams, die Kompetenzen aus beiden Bereichen vereinen. Implementierungsforschung ist Teamarbeit schlechthin und erfordert eine gemeinsame Sprache. Zu Beginn eines implementierungswissenschaftlichen Vorhabens empfiehlt es sich, dass die Projektgruppe Einigkeit über die zentralen Begriffe herstellt.

Den Kontext kennen – und einbeziehen

Die praktische Umsetzung medizinischer Forschungsergebnisse scheitert oft an den alltäglichen Rahmenbedingungen: etwa an etablierten Gewohnheiten, organisatorischen Strukturen, dem Berufsverständnis einzelner Akteursgruppen. Ein tieferes Verständnis des Kontextes, in den eine Neuerung eingeführt werden soll, ist unerlässlich. Als Kontext gelten die charakteristischen Merkmale und Umstände, in die eine Implementierung eingebettet ist.

Die Kontextanalyse dient unter anderem dazu, die Routinen in der Praxis und das Klima einer Organisation kennenzulernen. Auch lassen sich Akteursgruppen ermitteln, die es frühzeitig einzubinden gilt. Die Kontextanalyse nimmt dabei keineswegs nur medizinische Institutionen in den Blick, sondern auch Patientinnen und Patienten und gegebenenfalls ihre Angehörigen sowie unter Umständen Krankenversicherungen und politische Entscheidungstragende.

Die richtige Wahl treffen

Die Implementierungswissenschaft greift auf eine Vielzahl von Theorien und Modellen zurück, und zwar sowohl für die Analyse des Kontextes als auch bei der Wahl einer geeigneten Implementierungsstrategie. Die infrage kommenden Strategien wiederum variieren in ihrer Komplexität, unterscheiden sich mit Blick auf ihr Zielpublikum und in ihren Wirkungsmechanismen und können auf Kontextfaktoren zielen, die auf unterschiedlicher Ebene angesiedelt sind (beispielsweise auf der persönlichen, institutionellen, gesellschaftlichen oder auch politischen Ebene).

Oft sind Strategien gefragt, die auf mehreren Ebenen beziehungsweise bei verschiedenen Akteursgruppen ansetzen: So kann es darum gehen, auf individueller Ebene das Gesundheitspersonal auszubilden, auf organisatorischer Ebene in der Klinik Lerngemeinschaften zu bilden und auf politischer Ebene Fehlanreize auszuschalten. In solchen Fällen müssen gemischte oder mehrgleisige Strategien zum Einsatz kommen, die aus mehreren – teilweise miteinander verwobenen – Einzelschrittstrategien bestehen.

Für die Wahl der geeigneten Implementierungsstrategie ist das tiefe Verständnis des Kontextes unabdingbar. Es braucht Kenntnisse über die Faktoren, die auf die Implementierung einwirken, ebenso sollten die Wirkungsmechanismen und -prozesse theoretisch untermauert sein. Nicht zuletzt ist auch den Anregungen und Vorschlägen von Betroffenen und Beteiligten Rechnung zu tragen.

In der bisherigen Implementierungsforschung sind allerdings Schwachpunkte im Umgang mit den eingesetzten Strategien zutage getreten, indem diese allzu oft mangelhaft beschrieben, uneinheitlich benannt, nicht ausreichend detailliert dargestellt und zu wenig mit den Implementierungsergebnissen («outcomes») verknüpft wurden.

Erfolgskontrolle als fester Bestandteil

Da der Erfolgsnachweis der Implementierung fester Bestandteil ihrer Definition ist, gilt es auch, frühzeitig Zielgrössen zu bestimmen, an denen sich die positiven Auswirkungen bemesen. Zu nennen sind hier beispielsweise die Durchführbarkeit der Massnahme im Alltag, ihre Akzeptanz bei allen Beteiligten beziehungsweise Betroffenen oder die Dauerhaftigkeit der Anwendung. Zudem berücksichtigt die Implementierungswissenschaft auch Veränderungen in der Qualität der Dienstleistung, etwa Effizienz, Rechtzeitigkeit und Pünktlichkeit. In der Implementierungswissenschaft stehen also andere Ergebnisse im Blickpunkt als bei der Wirksamkeitsanalyse klinischer Studien, welche beispielsweise die Sterblichkeit, die Mobili-

Das Wichtigste in Kürze

- Die SAMW hat einen Tagungsbericht zum Thema «Implementierungswissenschaft» veröffentlicht.
- Die Implementierungswissenschaft zielt darauf ab, Hindernisse beim Übergang zwischen medizinischer Forschung und der Umsetzung ihrer Ergebnisse in der Praxis zu analysieren und besser zu überwinden.
- Interdisziplinarität und das Einbinden breiter Akteursgruppen wie Patientinnen und Patienten, deren Angehörigen sowie Vertreter aus Politik und Krankenversicherungen sind Merkmale implementierungswissenschaftlicher Studien.
- Das im 2019 gegründete und am Institut für Pflegewissenschaft verankerte Swiss Implementation Science Network (IMPACT) hat mit einer Veranstaltungsreihe im Frühjahr 2021 die Initialzündung gegeben, um die noch junge Disziplin in der Schweiz bekannt zu machen und interessierte Fachpersonen miteinander in Kontakt zu bringen.

tät oder Lebensqualität der Behandelten oder allenfalls die Kosten der Therapie betrachtet.

Um die zahlreichen Facetten der Implementierung zu erfassen, hat IMPACT das «Basler Heptagon» der Implementierungswissenschaft entwickelt [5]. Diese Theorie bündelt die unterschiedlichen Schlüsselgrössen, die es in implementierungswissenschaftlichen Studien zu berücksichtigen gilt, und sie diente auch dazu, die erste Einführungsveranstaltung von IMPACT und die Meisterkurse zu strukturieren. Mit dieser Veranstaltungsreihe hat das Netzwerk ein erstes Ziel erreicht, nämlich erfolgreiche Implementierungsprojekte vorzustellen und den Wissens- und Gedankenaustausch innerhalb der Fachgemeinschaft voranzutreiben.

Der Tagungsbericht kann auf der Website der SAMW heruntergeladen werden: samw.ch/berichte

Korrespondenz
v.clerc[at]samw.ch



Literatur

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

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.



767

Herausforderungen in der Typ-1-Diabetes-Therapie beim Kind

100 Jahre Insulintherapie Das 1921 entdeckte Insulin wurde 1922 erstmals als Therapie für Typ-1-Diabetes eingeführt. Hundert Jahre später wird es immer noch als einzige medikamentöse Behandlung eingesetzt. Die jüngsten Fortschritte haben zu einer erheblichen Optimierung der Stoffwechselkontrolle beigetragen.

Claudia Boettcher et al.



772

Ein einfacher Hautausschlag?

Polymorph, schuppig, makulo-papulär Ein 50-jähriger Patient in allgemein gutem Gesundheitszustand sucht die Notaufnahme auf, weil bei ihm vor zwei Monaten nicht juckende, purpurartige, runde, stellenweise tastbare, nicht konfluierende Hautläsionen an den unteren Extremitäten aufgetreten sind, wobei eine bei Palpation schmerzhaft nekrotische krustige Läsion am rechten Bein vorliegt.

Aline Thorens et al.



775

Reisen in Schwangerschaft und Stillzeit: Teil 1

«Travelling for two» Auch Schwangere und Stillende reisen in die (Sub)Tropen. Für Malaria-, Gelbfieber- oder Zikavirus-Risikogebiete ist eine reisemedizinische Beratung besonders wichtig. Teil 1 dieses Artikels fasst die geltenden Empfehlungen der Schweizerischen Gesellschaft für Tropen- und Reisemedizin zusammen.

Jasmin Hiestand et al.

Journal Club

Kurz und bündig

Prof. Dr. med. Reto Krapp

Redaktor Swiss Medical Forum

Praxisrelevant

Sind zugelassene Arzneimittel nicht nur wirksam, sondern auch klinisch nützlich?

In der Schweiz verabreichte Arzneimittel müssen zuerst von Swissmedic aufgrund der eingereichten und/oder publizierten Daten zugelassen werden.

Eine Studie hat nun in Bezug auf die 48 Onkologika, die zwischen 2010 und 2019 zugelassen wurden, zu eruieren versucht, wie viele dieser Medikamente gemäss Kriterien verschiedener Guidelines auch zu einem substantiellen klinischen Nutzen führen. Als Basis wurden im Wesentlichen die Daten der jeweiligen Hauptstudie, die zur Zulassung führte, analysiert. Lediglich etwa die Hälfte der Medikamente hatte zum Zeitpunkt der Zulassung auf ihrem Indikationsgebiet Guideline-orientiert auch einen substantiellen

klinischen Nutzen aufgewiesen. Die Diskrepanzen blieben über die Beobachtungsperiode von zehn Jahren quantitativ etwa konstant.

Die Resultate sind vielleicht etwas ernüchternd, aber auch nicht ganz überraschend. Zulassungsbehörden müssen objektiv die Sicherheit und Robustheit der Wirksamkeitsdaten beurteilen; was dann als substantieller klinischer Effekt gewertet wird, ist wohl etwas subjektiver. Aber vielleicht kann man sich aus diesem Anlass daran erinnern, dass nachgewiesener Effekt nicht direkt mit einem hohen klinischen Nutzen verknüpft ist. Und Guidelines bilden auch bei Weitem nicht immer zu 100% die ganze Realität ab ...

PLoS One. 2022,
doi.org/10.1371/journal.pone.0268545.
Verfasst am 11.11.2022.

Fokus auf...

Tourette-Syndrom

- Ist die wichtigste neurologische Entwicklungsstörung, die 0,3 und 0,9% der Kinder und Adoleszenten zwischen 4 und 18 Jahren betrifft.
- Die Hauptmerkmale sind nicht willentliche motorische und vokale sogenannte «Tics».
- Die Störung weist eine starke genetische Komponente auf, wobei die wichtigsten genomischen Varianten $\frac{4}{5}$ oder mehr der Erblichkeit erklären. Knaben sind 4× häufiger betroffen als Mädchen.
- Laut dem psychiatrischen Diagnosemanual (DSM-5) sind für eine «Tourette-Diagnose» erforderlich: Symptombeginn vor dem 18. Lebensjahr, Symptome mindestens 1 Jahr vorhanden, dabei mindestens zwei motorische Tics und mindestens ein vokaler Tic.
- Im Appendix zur referenzierten Arbeit wird die komplexe Pathophysiologie gut geschildert.
- Häufig bestehen beim Tourette-Syndrom vor allem psychiatrische Komorbiditäten und leider auch eine erhöhte Mortalität, inklusive infolge von Suiziden.
- In der Behandlung sind verhaltenstherapeutische Interventionen erste Wahl (namentlich «comprehensive behavioural intervention for tics»).
- Anti-Psychotika (zuerst atypische wie Risperidon u.a.m.), bei mangelnder Wirksamkeit allenfalls auch Antikonvulsiva wie Topiramate und Antidepressiva wie Desipramin.
- Neuromodulatorische Therapien scheinen vielversprechend, einschliesslich der sogenannten «deep brain stimulation».

Lancet Neurol. 2022, doi.org/10.1016/S1474-4422(22)00303-9.

Verfasst am 11.11.2022.

Eisenzufuhr bei Herzinsuffizienz: Ist die Studie negativ oder doch positiv?

Eine frühere Studie hatte gezeigt, dass bei Herzinsuffizienz mit reduzierter Auswurfraction und Eisenmangel eine intravenöse Zufuhr von Eisen (als Carboxymaltose) die Herzinsuffizienzsymptome und die Lebensqualität für 12 Monate verbesserte [1]. Eine zweite Studie allerdings war in Bezug auf härtere Endpunkte (Mortalität und Hospitalisationen wegen Herzinsuffizienz) negativ, denn sie verfehlte es, einen signifikanten Nutzen der Eisenapplikation auf diese Endpunkte zu zeigen [2].

Eine neue Studie – «IRONMAN» – findet nun mit einer längeren Beobachtungszeit von gut 2,5 Jahren, dass Eisencarboxymaltose im Vergleich zum Verzicht auf Eisenzufuhr die Hospitalisationsrate wegen Herzinsuffizienz und die kardiovaskuläre Mortalität nicht signifikant senken konnte (n = knapp 570 Patientinnen und Patienten in beiden Gruppen [3]). Eingeschlossene Individuen mussten eine Ejektionsfraction von <45% und einen – so definierten – Eisenmangel (Transferrinsättigung <20%, Ferritin <100 µg/l) aufweisen. Die Autorenschaft verwendete dann erhebliche Energie für die Analyse sekundärer Endpunkte und wurden fündig: Ein kombinierter Endpunkt für das Auftreten kardiovaskulärer Todesfälle und eine statistische Auswertung nur der erstmalig aufgetretenen kardiovaskulären Ereignisse inkl Herzinsuffizienz-bedingte Hospitalisationen fiel dann signifikant aus, aber nur sehr knapp (p = 0.045).

Wir sind kurz und bündig weiterhin nicht überzeugt, dass intravenöse Eisenzufuhren basierend auf den freizügigeren Kriterien für einen Eisenmangel (im Vergleich zu Nicht-Herzinsuffizienten) wirklich einen klaren Nutzen bringen.

1 N Engl J Med. 2009, doi.org/10.1056/NEJMoa0908355.

2 Lancet. 2022, doi.org/10.1016/S0140-6736(20)32339-4.

3 Lancet, 2022, doi.org/10.1016/S0140-6736(22)02083-9.

Verfasst am 12.11.2022.

Neues aus der Biologie

COVID-19: Infektion und Booster

In Bezug auf COVID-19 fühlen sich in verschiedenen Diskussionen meist jene Mitmen-

schen sicher, die sich einer sogenannten Hybridimmunität rühmen, also einer Immunität durch einen natürlichen Infekt und durch Booster- oder «Rappel»-Vakzinierung. Das muss aber nicht ein Vorteil sein!

Individuen ohne vorherige COVID-19-Infektion zeigen nach der Booster-Impfung (mRNA-Impfstoffe) einen deutlichen Anstieg der Spike-(S1-)spezifischen, neutralisierenden Antikörper (auch gegen die sogenannten «variants of concern») und der B-Zellen. Diese Veränderungen werden auch durch einen natürlichen Infekt ausgelöst. Wird nun im Sinne eines Boosters revakziniert, steigt die Antikörperantwort nicht ohne Weiteres an. Dies hängt vom Intervall zwischen Infekt und Booster ab: Liegt der Infekt mehr als 180 Tage zurück, stimuliert der Booster die Immunantwort, während diese innerhalb weniger als 180 Tage paralytisch ist (das heisst auf den durch den Infekt induzierten Niveaus verbleibt).

Die 4-Monats-Regel in der aktuellen Empfehlung ist primär durch Bedenken verstärkter Impfnebenwirkungen motiviert. Sie bekommt aber vor dem Hintergrund dieser Studie weiteren Sinn und das Intervall sollte vielleicht im Hinblick auf eine optimale Booster-Wirkung sogar noch etwas verlängert werden.

Cell. 2022, doi.org/10.1016/j.cell.2022.09.032.
Verfasst am 12.11.2022.

Auch noch aufgefallen

Hoffnung für therapieresistente Depressionen?

Die therapieresistente Depression ist eine Krankheit mit wenig guten Behandlungsmöglichkeiten und die Wahrscheinlichkeit einer Remission nimmt mit jedem Zyklus einer neuen antidepressiven Therapie weiter ab: Von 30% bei der ersten Behandlung zu nur noch 13% nach dem vierten Therapieversuch.

Psilocybin ist ein «Psychodelikum» und eine Pilzsubstanz (ein sogenanntes Tryptamin-Alkaloid), die in Pilotstudien eine ermutigende antidepressive Wirkung gezeigt hat. Eine Einzeldosis von 25 mg (im Vergleich zu 10 und 1 mg) verbesserte einen Depressions-Score nach drei Wochen, aber nicht mehr später. Suizidale Ideen und Verhaltensmuster waren nicht gebessert. Nebenwirkungen wie Kopfschmerzen, Nausea und Schwindel waren häufig (bei 4 von 5 Patientinnen und Patienten). Also leider keine ermutigenden Resultate!

N Engl J Med. 2022, doi.org/10.1056/NEJMoa2206443.
Verfasst am 13.11.2022.

Vitamin-D-Bestimmungen lohnen sich

Bei älteren Männern (60–87 Jahre) vermochten die 25-Hydroxy-Vitamin-D-(25[OH]D-)Spiegel («Vitamin D») den Verlauf der Knochenmasse

Auch noch aufgefallen



Gesichtsmasken scheinen doch wirksam zu sein.

Masken und SARS-CoV-2-Übertragung

Die Wirksamkeit von Gesichtsmasken wird von vielen Kreisen angezweifelt und man muss in der Gegenargumentation zugeben, dass es keine klassischen prospektiven, verblindenden Wirkungsnachweise dazu gibt oder geben kann.

Aber folgende Daten sind hilfreich: Während der Omikron-Welle im Winterhalbjahr 2021/2022 wurde in der Region Boston die Maskenpflicht im Februar 2022 in einem grossen Teil der Schulkreise sukzessive aufgehoben und in einem anderen weitergeführt. In den ersten 15 Wochen traten laut dieser Studie in den Schulkreisen mit aufgehobener Maskenpflicht im Vergleich zu vorher und im Vergleich zu Kreisen mit weitergeführter Tragpflicht 45 COVID-19-Fälle mehr pro 1000 Personen (Schülerschaft und Lehrpersonal zusammengenommen) auf.

Somit kann man sagen: Also doch wirksam! Die Abbildung 2 in der referenzierten Arbeit ist eindrücklich.

N Eng J Med. 2022, doi.org/10.1056/NEJMoa2211029.

Verfasst am 13.11.2022.

und der Knochenarchitektur innerhalb der nächsten vier und acht Jahre verlässlich vorauszusagen. Je tiefer die Vitamin-D-Spiegel, desto schneller und ausgeprägter der Abfall der Knochenmasse, der Knochenqualität und daher der Frakturwahrscheinlichkeit. Die Kontrollgruppe bestand aus Männern mit einem Vergleichswert von Vitamin D von 70 nmol/l (30 ng/ml). Also: Kenne Deine Vitamin-D-Spiegel!

J Bone Miner Res. 2022, doi.org/10.1002/jbmr.4657.
Verfasst am 12.11.2022.

Sollen wir uns darüber freuen oder nicht?

Effekt der medizinischen Abklärung der altersabhängigen Fahr(un)tüchtigkeit

Können die flächenweit obligatorischen medizinischen Untersuchungen bei älteren Individuen

in der Schweiz ernsthaftere Autounfälle durch diese Verkehrsteilnehmenden reduzieren?

Eine vergleichende Studie mit Deutschland und Österreich findet – im Gegensatz zur Erwartung – keinen messbaren Effekt der medizinischen Abklärung auf das Risiko, als ältere Fahrerinnen oder älterer Fahrer einen ernsthaften Autounfall zu verursachen. Wie geht es nun weiter?

Swiss Med Wkly. 2022, doi.org/10.57187/smw.2022.40005.
Verfasst am 13.11.2022.



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

100 Jahre Insulintherapie

Aktuelle Herausforderungen in der Therapie des Typ-1-Diabetes beim Kind

Das 1921 entdeckte Insulin wurde 1922 erstmals als Therapie für Typ-1-Diabetes eingeführt. Hundert Jahre später wird es immer noch als einzige medikamentöse Behandlung eingesetzt. Die jüngsten Fortschritte haben zu einer erheblichen Optimierung der Stoffwechselkontrolle beigetragen.

PD Dr. med. Claudia Boettcher^a; Dr. med. Marie-Anne Burckhardt^{b,c}, PhD; Dr. med. Katrin Heldt^d; Dr. med. Sara Bachmann^{b,c}; Dr. med. Mariarosaria Lang-Muritano^{e,f}; PD Dr. med. Michael Hauschild^g; PD Dr. med. Philippe Klee^h, PhD; Dr. med. Mirjam Dirlwanger^h; Prof. Dr. med. Valérie M. Schwitzgebel^{h,i}

^a Pädiatrische Endokrinologie, Diabetologie und Metabolik, Inselspital, Universitätskinderklinik Bern, Bern; ^b Pädiatrische Endokrinologie und Diabetologie, Universitätskinderhospital beider Basel (UKBB); ^c Departement Klinische Forschung, Universität Basel, Basel; ^d Pädiatrische Endokrinologie und Diabetologie, Ostschweizer Kinderspital St. Gallen, St. Gallen; ^e Pädiatrische Endokrinologie und Diabetologie, Universitäts-Kinderspital Zürich, Zürich; ^f Forschungszentrum für Kinder, Universitäts-Kinderspital Zürich, Zürich; ^g Unité d'endocrinologie, diabétologie et obésité pédiatrique, Département femme-mère-enfant (DFME), Centre hospitalier universitaire vaudois (CHUV), Lausanne; ^h Unité d'endocrinologie et diabétologie pédiatriques, Département de pédiatrie, gynécologie et obstétriques, Hôpitaux universitaires de Genève, Genève; ⁱ Centre facultaire du diabète, Université de Genève, Genève

Einleitung

Typ-1-Diabetes (T1D) ist eine der häufigsten chronischen Erkrankungen bei Kindern, mit einer jährlichen Inzidenzzunahme von 3% [1]. Die Ätiologie des T1D ist unbekannt, aber eine Dysregulation der Autoimmunität, dokumentiert durch die Zirkulation von Autoantikörpern, sowie eine genetische Prädisposition sind ursächlich beteiligt. Das Risiko, an T1D zu erkranken, beträgt bei Kindern 0,4%; gibt es bereits an T1D-erkrankte Familienangehörige, steigt das Risiko um das Zehnfache. Neueste Daten weisen auf einen deutlichen Anstieg der weltweiten Inzidenz während der Corona-Pandemie hin [2–5]. Ziel dieses Beitrags ist es, die neuesten Entwicklungen und aktuellen Herausforderungen bei der Behandlung des T1D bei Kindern darzustellen.

Kann die Ketoazidose bei der Diabetes-Diagnose verhindert werden?

Die diabetische Ketoazidose (DKA) ist eine potentiell lebensbedrohliche, jedoch vermeid-

bare Akutkomplikation beim neu diagnostizierten, aber auch bereits behandelten T1D. Werden die Kardinalsymptome Polyurie, Polydipsie, Müdigkeit und Gewichtsabnahme verkannt und die frühzeitige Diagnose T1D verpasst, droht eine DKA. Diese geht unter anderem mit den klinischen Zeichen Dehydratation, Tachykardie, Übelkeit, Bauchschmerzen und Erbrechen, vertiefter Atmung und Azeton-Geruch sowie zunehmender Bewusstseinstörung und Koma einher [6]. Akut birgt die DKA die Gefahr eines Hirnödems [7] sowie in Einzelfällen auch heute noch den Tod [8]. Langfristig ist eine DKA bei Manifestation mit einer dauerhaft schlechteren glykämischen Kontrolle verbunden [9]. Jede DKA-Episode im Verlauf einer Diabetes-Erkrankung bedeutet zudem ein stark erhöhtes Risiko für weitere Episoden, auch Jahre später [10]. Aktuelle Arbeiten internationaler Diabetes-Register zeigen länderabhängige DKA-Raten bei T1D-Manifestation im Kindes- und Jugendalter zwischen knapp 20%



Abbildung 1: Poster zur Prävention der diabetischen Ketoazidose (Nachdruck mit freundlicher Genehmigung von «diabetesschweiz»).

(Schweden) und 41% (Italien) mit zuletzt steigender Tendenz [11, 12]. Als Risikofaktoren für eine DKA bei Manifestation eines T1D gelten insbesondere Alter unter sechs Jahren, Migrationshintergrund und teilweise weibliches Geschlecht. Zu Beginn der Corona-Pandemie dokumentierte das deutsch-österreichisch-schweizerisch-luxemburgische DPV-Register einen dramatischen Anstieg der DKA-Rate bei Manifestation eines T1D von 25% im Jahr 2019 auf 45% im Jahr 2020 (Kinder <6 Jahre: 52%) [13]. Als mögliche Gründe hierfür wurden Angst vor einer COVID-19-Infektion durch Inanspruchnahme medizinischer Einrichtungen und ein reduziertes medizinisches Angebot während der Pandemie angeführt. Aufklärungsprogramme zur Senkung der DKA-Rate sind erfolversprechend: So konnte zum Beispiel in Australien durch ein zweijähriges Programm die DKA-Rate von 38 auf 14% gesenkt werden [14]. Auch lokal begrenzte, jedoch intensive Präventionsprogramme, die unter anderem im Rahmen von Schuleintrittsuntersuchungen aufklärten, zeigen Erfolg [15]. In der Schweiz wurde 2021 unter Mitarbeit der Patientenorganisation «diabetesschweiz» eine Präventionskampagne in Form einer Plakataktion in Arztpraxen und Spitälern lanciert (Abb. 1). Weitere, schweizweite Aktionen sind in Planung.

Wie kann das Risiko der Hypoglykämie reduziert und deren Behandlung verbessert werden?

Die Hypoglykämie ist die häufigste Akutkomplikation der Insulin-Behandlung bei Kindern mit T1D. Die Definition der Hypoglykämie und der verschiedenen Grade ist in Tabelle 1 aufgeführt [16].

Schwere Hypoglykämien sind heutzutage selten, die Inzidenz variiert je nach Population zwischen circa 1,5 und 7,1 Ereignissen pro 100 Patientinnen und Patienten pro Jahr. Dieser Fortschritt ist modernen Insulinen und verbesserten Technologien wie kontinuierlichen Glukose-Monitoring (CGM-) Systemen mit Alarmfunktion und «hybrid closed loop»-Systemen zu verdanken, womit heute eine gute Stoffwechseleinstellung ohne vermehrte Hypoglykämien möglich ist. Ein tiefer HbA_{1c}-Wert ist kein Risikofaktor mehr für schwere Hypoglykämien [17]. Risikofaktoren sind heute noch junges Alter, Hypoglykämie-Wahrnehmungsstörung sowie eine Vorgeschichte von schweren Hypoglykämien [18]. Bei Kindern mit Diabetes sind kognitive Beeinträchtigungen wie Gedächtnis- und Lernschwierigkeiten beschrieben. Wiederholte schwere Hypoglykämien stellen einen Risikofaktor dafür dar. Neuere Erkenntnisse zeigen aber, dass ebenso Ketoazidose, Hyperglykämie und Blutzuckerschwankungen eine Rolle

Tabelle 1: Definition der Hypoglykämie

Hypoglykämie-Grad	Definition
3,0–3,9 mmol/l	Hypoglykämie mit Handlungsbedarf
<3,0 mmol/l	Relevante Hypoglykämie
Schwer	Kognitive Beeinträchtigung, Fremdhilfe*
Hypoglykämie-Koma	Koma, Krampf

* Das Kriterium Fremdhilfe ist bei kleinen Kindern, die zur Korrektur von auch milden Hypoglykämien Hilfe benötigen, nicht anwendbar.

spielen [19]. Dennoch stellt die Angst, insbesondere vor schweren und nächtlichen Hypoglykämien, eine grosse Belastung für Eltern dar und kann eine Barriere für eine normnahe Blutzuckereinstellung sein. Eine gute Schulung über Anzeichen von Hypoglykämien und deren prompte Korrektur sind sehr wichtig und leisten einen Beitrag zur Reduktion von Hypoglykämien [20]. Hypoglykämien, auch ohne Symptome, sollten sofort mit der Einnahme von rasch resorbierbaren Kohlenhydraten korrigiert werden. Bei schweren Hypoglykämien mit Bewusstlosigkeit steht als Laietherapie Glukagon zur Verfügung, das neu auch als Nasenspray erhältlich ist. Aktuell werden Glukose-sensitive Insuline erforscht, die in der Lage sind, auf einen Blutzuckeranstieg oder -abfall passend zu reagieren, im Sinne eines «intelligenten» Insulins. Die erste Erprobung eines solchen «Compounds» bei Menschen scheiterte an der Pharmakokinetik und -dynamik [21]. Die Errungenschaften der letzten drei Jahre lassen jedoch auf einen schnellen Fortschritt hoffen und veranschaulichen gleichzeitig, wie gross die Hürden nach 40 Jahren Forschung immer noch sind [22, 23].

Neue Technologien zur Glukosemessung

Seit den 1990er Jahren wurden minimalinvasive Geräte entwickelt, die automatische und kontinuierliche Glukosemessungen in der subkutanen interstitiellen Flüssigkeit ermöglichen. Diese Geräte verwenden verschiedene Nachweissysteme, darunter Techniken, die auf enzymatischen Reaktionen, Elektroden und Fluoreszenz basieren [24]. Die durch das CGM erhaltenen Indikatoren wie «time in range» (TIR), die prozentual die Anzahl der Glukosewerte in einem Intervall angeben, ersetzen oder ergänzen zumindest die HbA_{1c}-Werte als *Indikator* für die Diabetes-Kontrolle [25]. CGM-Geräte können derzeit nicht als absolut zuverlässig angesehen werden. Sie können Ungenauigkeiten aufweisen, die mit den Schwankungen der Latenzzeit zwischen Blutglukosewert und interstitiellem Glukosewert (4–10 Minuten), der Insertionsstelle des Sensors, körperlicher Betätigung, Temperaturschwankungen oder der potentiellen Interferenz durch Medikamente zusammenhängen. Die derzeitigen Einschränkungen der CGM-Systeme machen es erforderlich,

die Verfügbarkeit von blutigen Kapillarmessmethoden als wesentlichen Bestandteil der Überwachung von T1D aufrechtzuerhalten. Bequemere und tragbarere Geräte werden derzeit entwickelt, die auf neuen, nicht- oder minimalinvasiven Technologien wie Mikrowellen und optischen Technologien beruhen [26]. Vielversprechend sind neue elektrochemische Methoden, wie die Extraktion der interstitiellen Flüssigkeit mithilfe von Mikronadeln, oder die Entwicklung neuer enzymatischer Biosensoren, die Nanomaterialien integrieren. Darüber hinaus werden Glukosemessungen in anderen Flüssigproben wie Speichel, Tränen und Schweiß getestet [24]. Die Herausforderung bei all diesen Methoden bleibt die Genauigkeit und Stabilität sowie die Empfindlichkeit und Spezifität.

Automatisierte Insulin-Abgabe als neuer Goldstandard

Die Entwicklung präziserer Sensoren zur Messung der interstitiellen Glukose und kleiner, ausreichend leistungsfähiger Prozessoren hat die Entwicklung von Algorithmen für die automatisierte Insulin-Abgabe («automated insulin delivery» [AID]) ermöglicht. Das Prinzip dieser Systeme besteht darin, ein CGM über einen Algorithmus kontinuierlich mit einer Insulinpumpe zu verbinden. Sogenannte «closed loop»-Algorithmen passen die Insulin-Abgabe sowohl nach oben als auch nach unten an den aktuellen oder erwarteten Blutzuckerspiegel an. Die heutigen Systeme erfordern die Ankündigung einer bevorstehenden Mahlzeit durch den Benutzer, um postprandiale Hyperglykämien zu vermeiden, und werden «hybrid closed loop»-System genannt.

Die Einführung dieser Systeme verändert die Diabetes-Behandlung radikal, da sie die Insulin-Abgabe an die täglichen Schwankungen des Insulin-Bedarfs einer Person individuell anpassen, kleinere Ungenauigkeiten bei der Beurteilung der aufgenommenen Kohlenhydratmenge korrigieren und schliesslich viele andere, nicht vorhersagbare Faktoren, die den Blutzuckerspiegel beeinflussen, ausgleichen können. Diese Systeme weisen zahlreiche Vorteile bezüglich der Stoffwechselkontrolle auf, aber auch in Bezug auf eine verbesserte

Tabelle 2: Empfehlungen zur Nährstoffverteilung

Nahrungskomponente	Prozent-Anteil Gesamtenergie
Kohlenhydrate gesamt	45–55% davon Saccharose <10%*
Fett	30–35% davon <10% gesättigte und Trans-Fettsäuren
Protein	15–20%

* Das längerfristige Ziel liegt sogar nur bei 5%.

Lebensqualität der Patientinnen und Patienten, insbesondere in der Nacht [27, 28]. Die derzeit erhältlichen Systeme wurden in randomisierten Studien getestet, die über einen Zeitraum von mindestens sechs Monaten in einem «real life»-Kontext durchgeführt wurden. Im Vergleich zu einer Behandlung mit Insulin-Pumpe und Glukosesensor allein (ohne Algorithmus) sind alle bewerteten Algorithmen mit einer deutlich besseren Diabetes-Kontrolle verbunden [29]. In der Schweiz sind derzeit vier Systeme zugelassen: Das System «780G» von Medtronic [30], «ControlIQ» von Tandem [31], «CamAPS» von Ypsopump [61] und «DBLG1» von Diabeloop [32]. Weitere Systeme, insbesondere für den Anschluss von schlauchlosen Pumpen, wie zum Beispiel «Omnipod 5», sind angekündigt [33]. Den heute verfügbaren kommerziellen Systemen gingen Systeme voraus, die von den Anwendern selbst entwickelt und der gesamten Diabetes-Gemeinschaft frei zur Verfügung gestellt wurden. Die bekanntesten «Do-it-yourself»-Systeme sind «AndroidAPS» und «Loop». Diese Systeme werden nicht von regulatorischen Behörden wie der «Food and Drug Administration» (FDA) oder Swissmedic genehmigt [33]. Um die Betroffenen auf ihrem

Weg zu begleiten, bleibt die therapeutische Schulung wichtig. Insbesondere die Berechnung der Kohlenhydrate und das präprandiale Auslösen von Insulin-Boli bleiben grundlegend, da die Algorithmen für diese Handlungen eine manuelle Durchführung fordern. Schliesslich bleibt auch das allgemeine Wissen über Diabetes wichtig, damit die Patientinnen und Patienten verstehen, wie ihr System funktioniert, realistische Erwartungen an ihre Geräte haben und im Falle eines technischen Versagens die Therapie manuell weiterführen können [34]. Das heisst, Voraussetzung für den Therapieerfolg ist nach wie vor, dass die Patientinnen und Patienten respektive die Eltern ein dominanter und aktiver Teil der Behandlung bleiben.

Gesunde Ernährung: immer noch ein Hauptpfeiler der integralen Diabetes-Behandlung

Das Ernährungsmanagement ist wichtiger Bestandteil der Diabetes-Therapie, denn nur die Kenntnis der Blutzuckerwirksamkeit der Nahrungskomponenten erlaubt eine adäquate Insulin-Dosierung. Die Ernährungsempfehlungen berücksichtigen die ausreichende Energie- und Nährstoffzufuhr für eine altersgemässe Entwicklung, persönli-

che Vorlieben, körperliche Aktivität sowie Prävention und Management von Übergewicht/Adipositas. Grundsätzlich sollten möglichst frische und wenig verarbeitete (unprozessierte) Nahrungsmittel bevorzugt werden [35].

Eine optimale glykämische Kontrolle setzt ein Gleichgewicht zwischen Nahrungsaufnahme, Stoffwechselbedarf, Energieaufwand und Insulin-Wirkprofilen voraus [36, 37]. Die korrekte Berechnung des Kohlenhydratgehalts («carb counting») ist weiterhin Teil des Diabetes-Alltags, wobei es heutzutage verschiedene Diabetes-Apps gibt, welche dies erleichtern [38]. Die internationalen Leitlinien empfehlen keine kohlenhydratreduzierte Diät bei Kindern und Jugendlichen mit T1D [39, 40], allerdings sollte der Verzehr von Saccharose auf <10% der gesamten täglichen Energiezufuhr beschränkt werden (Tab. 2). Süssgetränke (auch Fruchtsäfte) sollten grundsätzlich vermieden werden.

Nach Mahlzeiten mit hohem Fett- und Eiweissanteil wird im Rahmen des CGM häufig ein verzögerter Blutzuckeranstieg beobachtet. Zunehmend wird deshalb neben der Kohlenhydrateinheit (KHW) die Fett-Protein-Einheit (FPE) verwendet. Eine FPE steht für 100 kcal in Form von Fett und Eiweiss (Tab. 3). Der Insulin-Bedarf für 1 FPE entspricht dem für 10 g Kohlenhydrate, wobei der Insulin-Bolus zeitverzögert abgegeben werden sollte.

Studien deuten darauf hin, dass die KHW- und FPE-basierte Insulin-Berechnung zu niedrigerem postprandialen Glukoseanstieg nach Verzehr von kohlenhydrat- und fett-/proteinreichen Mahlzeiten führt [39, 40].

Wie kann körperliche Aktivität in die Behandlung integriert werden?

Körperliche Aktivität (KA) bei Kindern mit T1D hat einen positiven Einfluss auf das Lipidprofil, die Ausdauer, die Körperzusammensetzung und auch auf die Lebensqualität [41, 42]. Für Kinder mit T1D wird empfohlen, täglich mindestens 60 Minuten moderaten Sport zu treiben und dreimal pro Woche eine intensive Aktivität zur Stärkung der Muskeln und Knochen durchzuführen [43]. Die Wirkung von körperlicher Aktivität auf den Blutzuckerspiegel hängt von der *Dauer*, der *Intensität* und der *Art* der Aktivität ab (Tab. 4) sowie von der Uhrzeit und dem aktiven Insulin im Körper, das mit dem letzten abgegebenen Insulin-Bolus verbunden ist.

Eine moderate aerobe Aktivität senkt den Blutzuckerspiegel, indem sie den Glukosetransport in den Muskel verstärkt, während eine intensive anaerobe Aktivität unter dem Einfluss der Gegenregulationshormone den Blutzuckerspiegel erhöht, da die Glukoseproduktion in der Leber die Verwertung im Mus-

Tabelle 3: Pankowska-Algorithmus für die Fett-/Protein-Einheit

Fett-/Protein-Einheit (FPE)	Energiegehalt	Wirkdauer auf den Stoffwechsel
1 FPE	100 kcal	3 Stunden
2 FPE	200 kcal	4 Stunden
3 FPE	300 kcal	5 Stunden
>4 FPE	>400 kcal	7–8 Stunden

Tabelle 4: Beispiele für körperliche Aktivitäten nach Aktivitätstyp und Intensität

Aktivitätstyp	Intensität leicht bis mässig	Intensität mässig bis hoch
Aerob	Wandern, Velofahren	Laufen, Velofahren, Skifahren, Schwimmen
Anaerob	Turnen/Gymnastik	Sprint, Gewichtheben, Muskelaufbau
Gemischt		Fussball, Handball, Hockey, Tennis, Mannschaftssport

kel übersteigt [41, 43–45]. Daher ist es wichtig, die Insulin-Dosen und die Kohlenhydrataufnahme an diese verschiedenen *Variablen* anzupassen, auch wenn die Aktivität des Kindes oft spontan bleibt. Die praktischen Empfehlungen sind in Tabelle 5 aufgeführt.

Die Verwendung von «hybrid closed loop»-Systemen erleichtert die Prävention und Erkennung von Hypoglykämien, aber das Management der KA bleibt auch mit dieser fortschrittlichen Technologie eine Herausforderung. Die Anpassungsempfehlungen sollten immer auf die Patientinnen und Patienten zugeschnitten sein und auf den individuellen Erfahrungen aufgebaut werden [46, 47].

Die psychologischen Auswirkungen des T1D müssen besser berücksichtigt und therapeutisch angegangen werden

Die Diagnose eines T1D ist zunächst eine Belastung für jede Familie, daher sollte eine psychologische Betreuung von Beginn an dazugehören. Die interdisziplinäre Diabetes-Betreuung umfasst neben dem Team aus Ärztinnen und Ärzten, Diabetes-Fachberatung und Ernährungsberatung ein psychologisches Coaching (Abb. 2) [48].

Ausserdem sind ein gut funktionierendes Familiensystem und das soziale Umfeld zentral und haben einen positiven Einfluss auf das Diabetes-Management [49]. Dies kann aber auch eine Belastung sein, da Eltern gerade bei jüngeren Kindern auch zu Therapeuten werden.

Die Angst vor der (nächtlichen) Hypoglykämie wird von Kindern und Jugendlichen mit T1D und vor allem deren Eltern als eine der Hauptsorgen erwähnt [50, 51], obwohl schwere Hypoglykämien, wie bereits erwähnt, selten sind. Studien zeigen auch, dass Kinder und Jugendliche eine höhere Inzidenz für Depression, Angststörungen und auch Essstörungen haben [52–54]. Die regelmässige Evaluation der psychischen Gesundheit durch das behandelnde interdisziplinäre Diabetes-Team

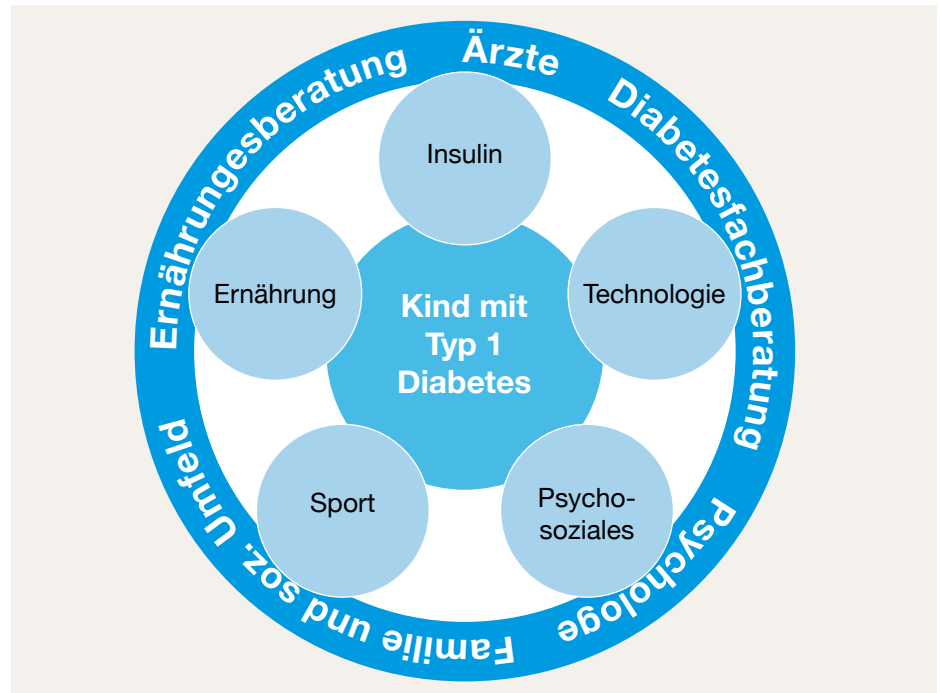


Abbildung 2: Interdisziplinäre Behandlung des Kindes und Jugendlichen mit Typ-1-Diabetes.

mit der Möglichkeit zur raschen psychologischen Unterstützung ist empfohlen [48].

Die moderne Diabetes-Technologie wie CGM-Systeme und Insulin-Pumpen mit automatisierter Insulin-Dosierung kann die Hypoglykämie-Angst reduzieren und die Lebensqualität verbessern [48, 56]. Gleichzeitig können sie aber auch mehr Belastung durch häufige Alarme oder Überforderung aufgrund der Datenmenge hervorrufen und die Sichtbarkeit des Diabetes gegen aussen erhöhen. Die Möglichkeit des «Überwachens» der Blutzuckerwerte, etwa durch Bezugspersonen, kann eine Erleichterung (zum Beispiel bei jüngeren Kindern) darstellen oder auch Konfliktpotential (zum Beispiel bei Adoleszenten) bieten [57]. Zusätzlich spielt für die Lebensqualität eine einfache Integration der Technologie in den Alltag eine wichtige Rolle [57, 58].

Perspektiven

- Der Bedarf zur Entwicklung von «intelligenten» Insulinen mit variabler Wirkung, die sich an den Blutzuckerspiegel anpassen, ist offensichtlich.
- Die Fortschritte in der Genetik ermöglichen es, Menschen zu identifizieren, die ein erhöhtes Risiko für die Entwicklung von T1D haben. Diese Population könnte als Kohorte dienen, um neue Behandlungsmethoden wie Immunmodulatoren zu erforschen, um die Entstehung eines Diabetes zu verhindern. Die Einführung der personalisierten Behandlung (= Präzisionsmedizin) würde darauf folgen.
- Die Entwicklung neuer Algorithmen durch künstliche Intelligenz wie «machine learning» zur Unterstützung der Behandlung wird fortgesetzt.

Tabelle 5: Anpassungen der Insulin-Dosis und der Kohlenhydratzufuhr an die körperliche Aktivität (modifiziert nach ISPAD-Guidelines [60])

Handlung	Mittel
Überwachung des Blutzuckers / der interstitiellen Glukose	Ermutigen Sie die Kinder, die Glukosewerte vor, während und nach der KA zu kontrollieren. Die Verwendung des kontinuierlichen oder intermittierend gescannten interstitiellen Glukosemonitorings (CGM-isCGM) ist angemessen, muss aber die durch die Pfeile angezeigten Trends einbeziehen [59, 60]
Anpassung der Insulin-Dosis	Vorgesehene sportliche Betätigung länger als 30 Minuten: Reduktion der Insulin-Dosis der KA vorausgehenden Mahlzeit um 25–75% oder der Insulin-Dosis der nach der KA eingenommenen Mahlzeit. Bei Therapie mit Insulin-Pumpe kann die Pumpe mindestens 90 Minuten vor Beginn der Aktivität abgekoppelt oder die Basalrate vorübergehend auf das Menu «Sport» eingestellt werden. Nach wiederholter KA sollte die Basalrate vor dem Schlafengehen reduziert oder die Dosis des Basalinsulins um 20–50% reduziert werden [44].
Zusätzliche KH-Zufuhr	Vor der KA, wenn der Blutzuckerspiegel <7 mmol/l liegt, 10–20 g KH einnehmen [59]. Bei untrainierten Kindern oder Kindern mit hohem Hypoglykämie-Risiko kann ein Blutzuckerspiegel von >9 mmol/l empfohlen werden. Es ist auch möglich, ab einer Stunde anhaltender KA einen Snack hinzuzufügen.

KA: körperliche Aktivität; KH = Kohlenhydrate; ISPAD: International Society for Pediatric and Adolescent Diabetes.

- Weitere Forschungsschwerpunkte sind die Transplantation von aus Stammzellen entwickelten β -Zellen, die Verbesserung des Überlebens von β -Zellen, die Regeneration von β -Zellen und die Transdifferenzierung von anderen Körperzellen in β -Zellen.

Schlussfolgerungen

Da die Häufigkeit einer Ketoazidose bei beginnendem Diabetes umgekehrt proportional zum Alter ist, tragen Kleinkinder (<6 Jahre) das höchste Risiko. Die Ketoazidose könnte durch eine frühzeitige Diagnose verhindert werden, dies rechtfertigt eine nationale Präventionskampagne, umso mehr in einer Zeit, in der sich die medizinische Welt auf COVID-19 konzentriert hat. Die Allgemeinmedizinerinnen und -mediziner spielen eine entscheidende Rolle in der Früherkennung des T1D. Der technologische Fortschritt mit der Entwicklung der kontinuierlichen Glukosemessung sowie die automatisierte Insulin-Abgabe durch Hybrid-Insulin-Pumpen haben entscheidend zur Verbesserung der Stoffwechselkontrolle beigetragen. Ernährung und körperliche Aktivität, die in die automatisierte Insulin-Abgabe zu integrieren sind, bilden zwei weitere Säulen in der Behandlung von T1D. Die psychologische Belastung

Das Wichtigste für die Praxis

- Präventionskampagnen können das Auftreten der Ketoazidose erheblich reduzieren. Die systematische Einbeziehung von Diabetes in die Differentialdiagnose könnte die Rate der versäumten Diagnosen bei jüngeren Patientinnen und Patienten senken.
- Die Fortschritte bei der Behandlung von Typ-1-Diabetes, insbesondere die automatisierte Insulin-Abgabe, ermöglichen einen HbA_{1c}-Wert nahe der Norm, ohne das Risiko einer schweren Hypoglykämie zu erhöhen.
- Die gute Schulung über Anzeichen von Hypoglykämien und die prompte korrekte Korrektur sind zur Reduktion von Hypoglykämien essentiell.
- Automatisierte Insulin-Abgabe: Die technologisch fortschrittlichsten Systeme auf dem Schweizer Markt sind Insulin-Pumpen, die mit einer kontinuierlichen Glukosemessung verbunden sind und die Insulin-Abgabe sowohl nach oben als auch nach unten anpassen.
- Die psychologische Betreuung der gesamten Familie, die das erkrankte Kind umgibt, ist von grösster Bedeutung, da Depressionen, Essstörungen sowie Angstzustände häufig auftreten.

durch den Diabetes und der Abhängigkeit von digitalen Hilfsmitteln darf nicht unterschätzt werden.

Korrespondenz

Prof. Dr. med. Valérie Schwitzgebel
Unité d'endocrinologie et diabétologie pédiatriques
Département de pédiatrie, gynécologie et obstétriques
Hôpitaux universitaires de Genève
Rue Willy Donzé 6
CH-1211 Genève 14
[Valerie.Schwitzgebel\[at\]unige.ch](mailto:Valerie.Schwitzgebel[at]unige.ch)

Disclosure Statement

CB hat deklariert, Tagungs-/Reisezuschüsse von NovoNordisk im Rahmen der ESPE-Jahrestagung 2022 erhalten zu haben. KH hat angegeben, Zuschüsse von Amryt Pharma (Vortragshonorar, Leptin Forum, 2021) und von NovoNordisk (Teilnahme an der Jahrestagung der Europäischen Gesellschaft für pädiatrische Endokrinologie 2021) erhalten zu haben. PK hat deklariert, Vortrags-/Reisezuschüsse (Pädiatrie Update Refresher 2020, ESPE Jahrestagung 2019) erhalten zu haben. VMS hat aufgeführt, Zuschüsse von Eli Lilly (Vortragshonorar, zuhanden Institution) sowie der Insulet Corporation (Teilnahme an Advisory Board, zuhanden Institution) erhalten zu haben. Die anderen Autoren haben deklariert, keine potentiellen Interessenskonflikte zu haben.

Empfohlene Literatur

- 6 Wolfsdorf JL, Glaser N, Agus M, Fritsch M, Hanas R, Rewers A, et al. ISPAD Clinical Practice Consensus Guidelines 2018: diabetic ketoacidosis and the hyperglycemic hyperosmolar state. *Pediatr Diabetes*. 2018;19(Suppl. 27):155-77.
- 17 Haynes A, Hermann JM, Clapin H, Hofer SE, Karges B, Jones TW, et al. Decreasing trends in mean HbA1c are not associated with increasing rates of severe hypoglycemia in children: a longitudinal analysis of two contemporary population-based pediatric type 1 diabetes registries from Australia and Germany/Austria between 1995 and 2016. *Diabetes Care*. 2019;42(9):1630-6.
- 29 Karageorgiou V, Papaioannou TG, Bellos I, Alexandraki K, Tentolouris N, Stefanadis C, et al. Effectiveness of artificial pancreas in the non-adult population: a systematic review and network meta-analysis. *Metabolism*. 2019;90:20-30.
- 35 Popkin BM, Barquera S, Corvalan C, Hofman KJ, Monteiro C, Ng SW, et al. Towards unified and impactful policies to reduce ultra-processed food consumption and promote healthier eating. *Lancet Diabetes Endocrinol*. 2021;9(7):462-70.
- 55 Abraham MB, de Bock M, Smith GJ, Dart J, Fairchild JM, King BR, et al. Effect of a hybrid closed-loop system on glycemic and psychosocial outcomes in children and adolescents with type 1 diabetes: a randomized clinical trial. *JAMA Pediatr*. 2021;175(12):1227-35.



Literatur

Die vollständige Literaturliste finden Sie online unter <https://doi.org/10.4414/smf.2022.09285>.



PD Dr. med. Claudia Boettcher
Pädiatrische Endokrinologie,
Diabetologie und Metabolik, Inselspital,
Universitätskinderklinik Bern, Bern

Polymorph, schuppig, makulo-papulär

Ein einfacher Hautausschlag?

Dr. med. Aline Thorens^a, Dr. med. Ioannis Kokkinakis^a, Dr. med. Sofia Bogiatzi^b, Prof. Dr. med. Bernard Favrat^a, Prof. Dr. med. Curdin Conrad^b, Dr. med. Teofila Seremet^b

^a Centre Universitaire de médecine générale et de santé publique (Unisanté), Lausanne; ^b Service de Dermatologie, Centre hospitalier universitaire vaudois (CHUV), Lausanne

Fallbeschreibung

Ein 50-jähriger Patient in allgemein gutem Gesundheitszustand sucht die Notaufnahme auf, weil bei ihm vor zwei Monaten nicht juckende, purpurartige, runde, stellenweise tastbare, nicht konfluierende Hautläsionen an den unteren Extremitäten aufgetreten sind, wobei eine bei Palpation schmerzhafte nekrotische krustige Läsion am rechten Bein vorliegt (Abb. 1 sowie Abb. S1A im Online-Appendix dieses Artikels). Alte hyperpigmentierte Läsionen mit Anzeichen einer chronischen Veneninsuffizienz sind vorhanden. Der Rest der klinischen Untersuchung ist unauffällig.

Frage 1

Welche der Differentialdiagnosen, die bei diesem Krankheitsbild in Betracht gezogen werden müssen, ist zum jetzigen Zeitpunkt am wenigsten wahrscheinlich?



Abbildung 1: Klinisches Bild: Purpurische Läsionen runder Morphologie mit einigen älter aussehenden hyperpigmentierten Läsionen und krustige Läsion am rechten Bein. Ein schriftlicher Informed Consent für die Publikation liegt vor.

- Eine Reaktion auf Stiche von Gliederfüßern
- Eine leukozytoklastische Vaskulitis
- Eine Pityriasis lichenoides et varioliformis acuta (PLEVA)
- Eine lymphomatoide Papulose
- Eine sekundäre Syphilis

Eine gründliche Anamnese erlaubt es uns, einige dieser Diagnosen auszuschliessen. Der Patient erinnert sich nicht, durch Gliederfüßer gestochen worden zu sein, und klagt nicht über Juckreiz, überdies sind diese Läsionen im Allgemeinen einmalig und einseitig. Er erklärt, ungeschützten Geschlechtsverkehr ausschliesslich mit seiner Frau zu haben. Urogenitale Symptome liegen nicht vor. Die letzte Untersuchung auf sexuell übertragbare Infektionen ist jedoch schon mehrere Jahre her. Eine sekundäre Syphilis manifestiert sich ungefähr 3–10 Wochen nach der primären Inkubation und in Form eines stark variablen Hautausschlags. Eine leukozytoklastische Vaskulitis kann in Form palpabler purpurischer Läsionen, einige davon nekrotisch und überwiegend auf den unteren Extremitäten, vorliegen. Die PLEVA manifestiert sich mit polymorphen, oft makulopapulösen Läsionen mit einer feinen Desquamation und einer hämorrhagischen Nekrose. Eine lymphomatoide Papulose tritt in Form einer Eruption von Papeln von 0,5–1 cm Durchmesser, manchmal mehr, auf, die durch glimmerartige Schuppen bedeckt sind oder die hämorrhagisch und nekrotisch werden [1].

Frage 2

Welche zusätzliche Untersuchung ist am wenigsten relevant für die Differentialdiagnose?

- Detaillierte Blutuntersuchung
- Urinsediment
- Hautbiopsie
- Doppler-Sonographie der unteren Extremitäten
- Computertomographie (CT) von Thorax und Abdomen

Eine Blutuntersuchung (vollständiges Blutbild, Nierenfunktion, Leberfunktion, Serologie für Hepatitis B und C, HIV und Syphilis, Elektrophorese der Serumproteine) bleibt unauffällig. Die ergänzenden Autoimmununtersuchungen ergaben einen normalen Wert für den Rheumafaktor, die Blutsenkungsgeschwindigkeit, anti-kernukleären Antikörper, ANCA-PR3, ANCA-MPO (Anti-Neutrophilen-Zytoplasma), Basalmembran-Antikörper, Kryoglobuline und Komplement-Antikörper C3 und C4. Das Urinsediment und der Albumin-Kreatinin-Quotient sind normal, was die Wahrscheinlichkeit einer Nierenerkrankung senkt. Eine Doppler-Sonographie der unteren Extremitäten zeigt beidseitig eine Insuffizienz der grossen Beinvenen und schliesst eine tiefe Venenthrombose aus. Wir hielten eine CT von Thorax und Abdomen in diesem Stadium nicht für sinnvoll, da dies uns in unserer Differentialdiagnose nicht weitergebracht hätte. Die Hautbiopsie an den Läsionen des linken Beins zeigte eine fokale Parakeratose, Dyskeratose, unregelmässige Akanthose mit Grenzflächenbefall und eine vakuoläre Degeneration der Basalschicht an mehreren Herden, isolierte Keratinozytennekrosen, ein entzündliches lymphohistiozytär-lichenoides Infiltrat der oberflächlichen Dermis und zahlreiche Herde mit extravasierten Thrombozyten (Abb. 2).

Frage 3

Welche Diagnose stellen Sie?

- Eine PLEVA
- Eine leukozytoklastische Vaskulitis
- Eine sekundäre Syphilis
- Eine lymphomatoide Papulose
- Ein polymorphes Erythem

Die Abwesenheit einer Schädigung der Gefässwand entkräftet die Diagnose Vaskulitis (ebenso wie ein negativer Autoimmunstatus). Das Fehlen eines dichten dermalen lymphozytären Infiltrats mit atypischen CD30+-Lymphozyten entkräftet auch die Diagnose einer lymphomatoiden Papulose. Anhand des Infektionsnachweises kann

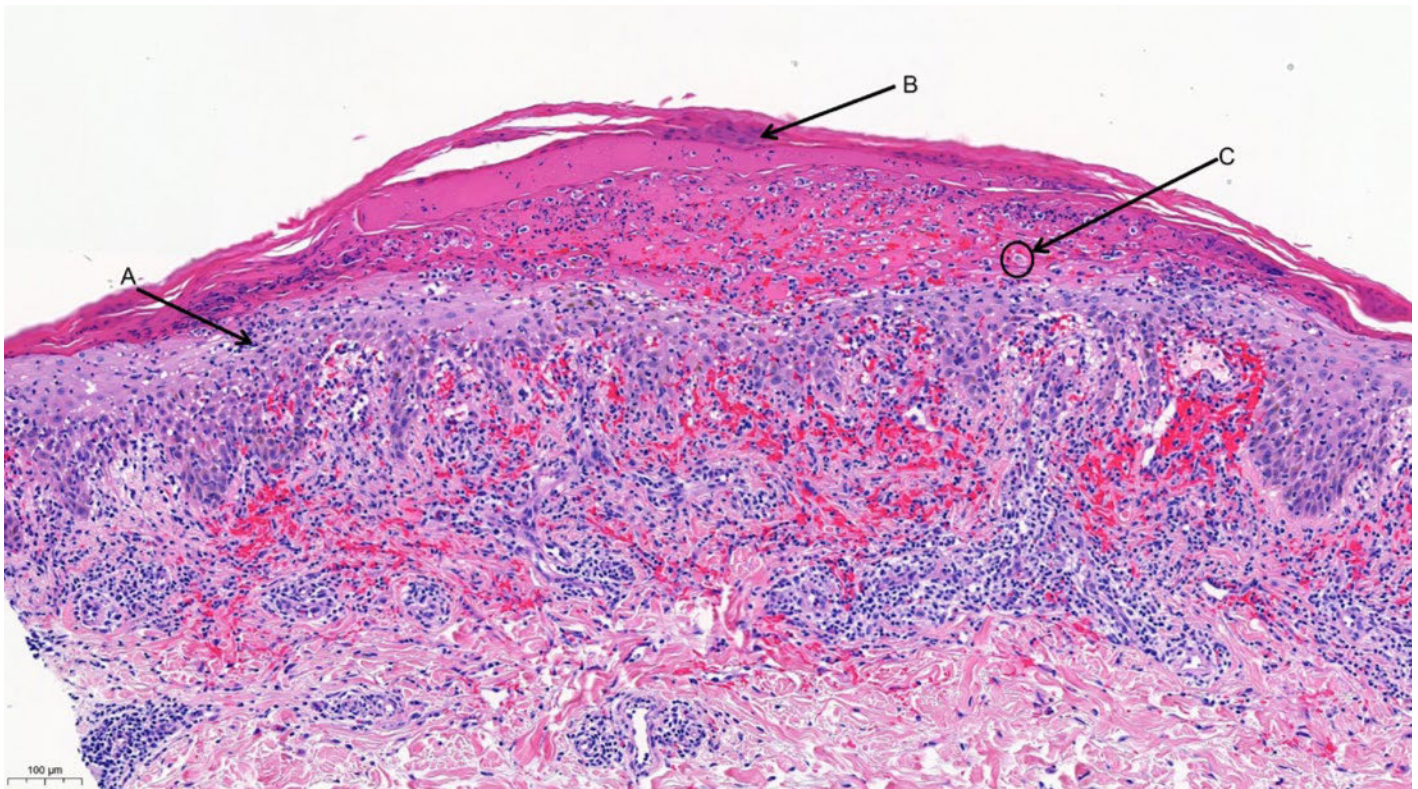


Abbildung 2: Histopathologischer Schnitt der ersten Hautbiopsie. 10-fache Vergrößerung, Färbung mit Hämatoxylin und Eosin. Die Markierung in der Abbildung beträgt 100 µm. **A)** Lichenoides Infiltrat der oberflächlichen Dermis. **B)** Parakeratose. **C)** Nekrotischer Keratinozyt.

eine sekundäre Syphilis ausgeschlossen werden. Es gibt kein Argument für ein polymorphes Erythem, weder am klinischen Bild (keine kokardenförmigen Läsionen, keine palmoplantare Schädigung, keine Schädigung der Schleimhäute) noch an der Hautbiopsie. Das Resultat der Biopsie ist kompatibel mit der Diagnose einer PLEVA. Die lichenoid Pityriasis ist eine entzündliche dermatologische Erkrankung, die ein Spektrum an Erkrankungen von der akuten Form – der PLEVA – bis hin zur chronischen Form – der chronischen lichenoiden Pityriasis – umfasst. Die Ätiologie ist noch unklar. Die Erkrankung tritt am häufigsten zwischen dem 10. und 30. Lebensjahr auf und betrifft vor allem Männer mit einem Verhältnis von 1:2 [1]. Die Patientinnen und Patienten entwickeln rasch einen makulopapulösen Ausschlag mit einer feinen Desquamation, welcher sich zu purpurischen, hämorrhagischen und nekrotischen Papeln entwickeln kann. Die Läsionen sind oft polymorph und befinden sich in unterschiedlichen Entwicklungsstadien. Die betroffenen Körperteile sind im Allgemeinen der Rumpf und die unteren Extremitäten. Die Läsionen sind schmerzlos, können aber gelegentlich jucken und schmerzen. Sie können Folgeerscheinungen in Form von hypo- oder hyperpigmentierten Läsionen hinterlassen. Im Allgemeinen haben die Be-

troffenen keine anderen Symptome, können aber über Arthralgien, Bauchschmerzen, Fieber und Adenopathien berichten [1, 2].

Frage 4

Welche Behandlung ist am wenigsten geeignet?

- Systemische Kortikoide
- Keine Behandlung und klinische Nachsorge
- Topische Kortikoide
- Systemische Antibiotikatherapie
- Lichttherapie

Die Behandlung hängt vorrangig vom Schweregrad der Erkrankung ab. Die meisten Fälle weisen eine leichte Form der Erkrankung mit wenigen Symptomen auf, die zeitlich selbstlimitierend ist. In diesem Fall wird ein konservativer Zugang mit einer klinischen Überwachung und eventuell einer topischen Behandlung auf Grundlage von Kortikoiden vorgeschlagen. Bei einer Erkrankung mit ausgedehnter und/oder persistierender (PLC) und/oder symptomatischer Schädigung wird eine systemische Behandlung vorgeschlagen. Die First-Line-Behandlung besteht in einer Antibiotikatherapie mit Tetracyclin oder Erythromycin sowie einer Lichttherapie über 2–3 Monate. Ist diese nicht erfolgreich, kann eine Behandlung mit Methotrexat verschrieben werden. Es ist jedoch wichtig zu erwähnen, dass es bis heute nur wenige Studien zu systemischen

Behandlungen gibt, was auf die Seltenheit der Erkrankung und die unterschiedliche Dauer bis zur Spontanheilung zurückzuführen ist [2, 3].

Unser Patient wurde zur Symptomlinderung vier Wochen lang mit topischen Kortikoiden behandelt.

Frage 5

Welche der folgenden Aussagen ist in Bezug auf die Prognose einer PLEVA korrekt?

- Die Erkrankung tendiert dazu, chronisch zu werden.
- Das maligne Potential einer PLEVA ist hoch.
- Das Rezidivrisiko ist gering.
- Eine biologische Nachsorge ist für die langfristige Nachsorge obligatorisch.
- Die Läsionen tendieren dazu, zeitlich selbstlimitierend zu sein.

Der Krankheitsverlauf ist unterschiedlich und dauert von einigen Wochen über Monate bis hin zu Jahren mit einem hohen Rezidivrisiko [1, 4]. Die Läsionen tendieren dazu, zeitlich selbstlimitierend zu sein, und eine Spontanheilung ist häufig. Es gibt jedoch eine seltene Form – die «febrile ulzeronekrotische Mucha-Habermann-Krankheit» – bei der die schnelle Bildung von ulzero-bullösen Läsionen auftritt, die sich zusätzlich infizieren können und mit anderen Organschäden verbunden ist, was eine hohe Mortalitätsrate zur Folge hat.

Eine der Hypothesen zur Ätiologie der Pityriasis Lichenoides ist, dass sie Teil einer proliferativen Störung klonaler T-Zellen ist und die Immunantwort des Wirts entscheidend für die Progression zu einem kutanen Lymphom ist. Diese Hypothese bleibt bislang jedoch umstritten [1, 2].

Unser Patient wird sieben Monate später erneut gesehen und zeigt eine günstige Entwicklung. Während der Nachsorge stellen wir postinflammatorisch aussehende hyperpigmentierte makuläre Läsionen ohne aktive Läsionen fest (Abb. S1B und S1C im Online-Appendix). Somit bestand keine Notwendigkeit einer systemischen Behandlung.

Diskussion

Die PLEVA ist eine seltene Erkrankung, deren Ätiologie noch unklar ist. An diese Diagnose sollte bei jeder polymorphen, schuppigen, makulo-papulären Hautschädigung mit geringen Symptomen gedacht werden. Die wichtigsten Differentialdiagnosen sind: lymphomatoide Papulose, leukozytoklastische Vaskulitis, polymorphes Erythem, sekundäre Syphilis, Tropfсориаis und das Gianotti-Crosti-Syndrom (Tab. 1).

Die Diagnose wird durch eine Kombination aus dem klinischen Bild (auch dem klinischen Verlauf) und den in der Hautbiopsie gefundenen Elementen gestellt, die die Diagnose lenken können. Die Behandlung ist je nach Schwere der Erkrankung unterschiedlich (Tab. S1 im Online-Appendix dieses Artikels). Bei einem leichten Befall wird eine konservative Behandlung vorgeschlagen. Die Dauer des Verlaufs kann von Wochen über Monate bis hin zu Jahren variieren und die Läsionen tendieren dazu, zeitlich selbstlimittierend zu sein [1].

Antworten

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

Korrespondenz

Dr. med. Aline Thorens
Centre Universitaire de médecine générale
et de santé publique (Unisanté)
Rue du Bugnon 44
CH-1011 Lausanne
aline.thorens[at]unisanté.ch

Informed Consent

Ein schriftlicher Informed Consent zur Publikation liegt vor.

Verdankung

Die Autoren möchten Prof. Daniel Hohl für die Aufsicht des Befunds der dermatopathologischen Untersuchung danken.

Disclosure Statement

Die Autoren haben deklariert, keine potentiellen Interessenkonflikte zu haben.

Tabelle 1: Differentialdiagnosen einer PLEVA, zu berücksichtigen bei jeder Person mit einer polymorphen Hautschädigung makulopapulöser squamöser Art [1, 5]

	Häufigkeit	Merkmale
Inflammatorisch		
Polymorphes Erythem	Häufig	<ul style="list-style-type: none"> • Kokardenförmige Läsionen, oft an den Gliedmassen • Schädigung der Schleimhäute möglich • Reaktion auf einen infektiösen Erreger (häufig Herpes-simplex-Virus und <i>Mycoplasma pneumoniae</i>)
Lichenoides Arzneimittelexanthem	Selten	<ul style="list-style-type: none"> • Kenntnis der eingenommenen Arzneimittel
Leukozytoklastische Vaskulitis	Selten	<ul style="list-style-type: none"> • Purpura vorwiegend an den unteren Gliedmassen • Gelegentlich systemische Symptome
Tropfсориаis	Etwa 0,2%	<ul style="list-style-type: none"> • Generalisierte multiple Läsionen, klein, ovalär und squamös • Pruritus • Oft nach einer Infektion mit <i>Streptococcus beta-haemolyticus</i>
Gianotti-Crosti-Syndrom	Selten, betrifft vor allem Kinder	<ul style="list-style-type: none"> • Diffuses Exanthem • Assoziiert mit einer Infektion mit dem Epstein-Barr-Virus
Dermatitis herpetiformis	10–75/100 000	<ul style="list-style-type: none"> • Symmetrischer papulovesikulärer Ausschlag auf der Oberfläche der Extensoren • Pruritus • Häufig assoziiert mit Zöliakie
Tumoral		
Lymphomatoide Papulose	Selten	<ul style="list-style-type: none"> • Generalisierte papulonoduläre Läsionen
Infektiös		
Sekundäre Syphilis	6,3 auf 100 000	<ul style="list-style-type: none"> • Makulopapulöse Läsion, palmoplantare Schädigung häufig • Systemische Symptome • Ungeschützter Geschlechtsverkehr
Rickettsiose	Endemische Gebiete	<ul style="list-style-type: none"> • Reise mit bekanntem Insektenstich • Rash mit zentripetalem Ausschlag • Systemische Symptome • Palmoplantar keine Symptome
Hauttuberkulose	Selten, vor allem in tropischen Ländern	<ul style="list-style-type: none"> • Die Klinik hängt von der Infektionsstelle ab • Infektion parallel mit einer Lungentuberkulose
Varicella	Häufig, vor allem bei Kindern	<ul style="list-style-type: none"> • Rasches Auftreten eines papulovesikulären Ausschlags in verschiedenen Entwicklungsstadien • Pruritus, erhöhte Kontagiosität • Systemische Symptome

PLEVA: Pityriasis lichenoides et varioliformis acuta.

Literatur

- 1 Fernandes NF, Rozdeba PJ, Schwartz RA, Kihiczak G, Lambert WC. Pityriasis lichenoides et varioliformis acuta: a disease spectrum. *Int J Dermatol.* 2010; 49(3):257–61.
- 2 Bowers S, Warshaw EM. Pityriasis lichenoides and its subtypes. *J Am Acad Dermatol.* 2006;55(4):557–72.
- 3 Bellinato F, Maurelli M, Gisondi P, Girolomoni G. A systematic review of treatments for pityriasis lichenoides. *J Eur Acad Dermatol Venereol.* 2019;33(11):2039–49.
- 4 Ediale C, Felix K, Anderson K, Ahn C, McMichael AJ. An Atypical Presentation of PLEVA: Case Report and Review of the Literature. *J Drugs Dermatol JDD.* 2019;18(7):690–1.

5 Wolff K, Johnson RA, Suurmond D. Fitzpatrick atlas en couleurs de dermatologie clinique. Paris: Médecine – sciences Flammarion; 2005.

Der Online-Appendix ist als separates Dokument verfügbar unter: <https://doi.org/10.4414/smf.2022.09027>.



Dr. med. Aline Thorens
Centre Universitaire de médecine générale et de santé publique (Unisanté), Lausanne



Schreibt vor dem Hintergrund eigener Erfahrungen: Jasmin Hiestand.

Empfehlungen der Schweizerischen Gesellschaft für Tropen- und Reisemedizin

«Travelling for two» – Reisen in Schwangerschaft und Stillzeit: Teil 1

Auch Schwangere und Stillende reisen in die (Sub)Tropen. Für Malaria-, Gelbfieber- oder Zikavirus-Risikogebiete ist eine reisemedizinische Beratung besonders wichtig. Teil 1¹ dieses Artikels fasst die geltenden Empfehlungen der Schweizerischen Gesellschaft für Tropen- und Reisemedizin zusammen.

Dr. med. Jasmin Hiestand^{a,b}, DTM&H; Prof. Dr. pharm. Ursula von Mandach^c; PD Dr. med. Esther Künzli^{d,e}, DTM&H, MSc; Andrea Burch^{c,f}, MSc, dipl. Apothekerin; Dr. med. Claudine Kocher^g; Dr. med. Franziska Krähenmann^h; für die Schweizerische Fachgesellschaft für Tropen- und Reisemedizin

^a Hausarztpraxis Eidmatt, Wädenswil; ^b Institut für Epidemiologie, Biostatistik und Prävention, Universität Zürich, Zürich; ^c Schweizerische Akademie für Perinatale Pharmakologie (SAPP), Zürich; ^d Departement Medizin, Schweizerisches Tropen- und Public Health Institut (Swiss TPH), Basel; ^e Universität Basel, Basel; ^f Kantonsapotheke Zürich, Schlieren;

^g Abteilung für Infektiologie und Infektiologie und Spitalhygiene Hirslanden Zentralschweiz, Klinik St. Anna, Luzern; ^h Klinik für Geburtshilfe, Universitätsspital Zürich, Zürich

¹ «Travelling for two» – Reisen in Schwangerschaft und Stillzeit: Teil 2.¹ erscheint in der nächsten Ausgabe des Swiss Medical Forum.

² H: Hämolyse, EL: Erhöhung der Leberenzymwerte («elevated liver enzymes»), LP: Thrombozytopenie («low platelet count»).

Einleitung

Während einer unkomplizierten Schwangerschaft ist das Reisen nicht generell kontraindiziert. Am besten geeignet ist das zweite Trimenon (nach der 16. bis einschliesslich 24. Schwangerschaftswoche [SSW]), da sich die Schwangere in diesem Zeitraum meist am wohlsten fühlt und das Risiko für Komplikationen am geringsten ist. Zu bedenken ist, dass die medizinische Versorgung am Reiseziel bei Schwangerschaftskomplikationen, geburtshilflichen und insbesondere neonatologischen Notfällen unzureichend sein kann.

Stillen auf Reisen bietet Mutter und Baby viele Vorteile neben der kostenlosen Verfügbarkeit der Nahrung: Schutz vor Kontamination, welche bei der Zubereitung von Flaschenahrung auftreten kann, sowie ausreichendes Vorhandensein – auch bei heissem Klima. Kulturelle Unterschiede und die Akzeptanz des Stillens in der Öffentlichkeit an der Reisedestination sollten jedoch bedacht werden [1, 2].

Reisevorbereitung

Eine Reiseberatung sollte idealerweise mindestens sechs Wochen vor geplanter Abreise stattfinden, zusätzlich zu einer gynäkologisch-geburtshilflichen Einschätzung der Reisefähigkeit. Relative respektive absolute Kontrain-

dikationen für eine Reise sind unter anderem Frühgeburtsrisiko, Placenta praevia sowie Rhesusunverträglichkeit [1].

Checkliste

- Flugtauglichkeit respektive Reisefähigkeit beurteilen (Richtlinien der Fluggesellschaft, Kreuzfahrtgesellschaft oder Ähnliches vorgängig abklären).
- Mutterpass ausstellen (lassen) mit Kontaktangaben der behandelnden Gynäkologin / des behandelnden Gynäkologen, errechnetem Geburtsdatum sowie weiteren Details zur Schwangerschaft und Blutgruppe.
- Kranken- und Unfallversicherung: Sind Kosten für eine geburtshilfliche und neonatologische Behandlung im Ausland und für eine Repatriierung abgedeckt? Arzt- und Spitalkosten können im Ausland wesentlich höher sein und müssen oft sofort bezahlt werden. Gegebenenfalls Zusatzversicherung abschliessen oder europäische Krankenversicherungskarte für Reisen innerhalb der EU beantragen.
- Wichtige Notfallnummern (auch der Botschaft / des Konsulats) mitführen und sich nach Spitälern mit geburtshilflicher und neonatologischer Versorgung erkundigen. Informationsquellen: Eidgenössisches Departement für auswärtige Angelegenheiten

Die Artikel in der Rubrik «Richtlinien» geben nicht unbedingt die Ansicht der SMF-Redaktion wieder. Die Inhalte unterstehen der redaktionellen Verantwortung der unterzeichnenden Fachgesellschaft bzw. Arbeitsgruppe; im vorliegenden Artikel handelt es sich um die Schweizerische Gesellschaft für Tropen- und Reisemedizin.

EDA, Schweizerische Rettungsflugwacht Rega [3–4].

- Aufklärung der Schwangeren über Notfälle: schweres Erbrechen / Durchfall mit Dehydratation; vaginale Blutungen; vor-/frühzeitiger Blasensprung und Wehen; Becken-/Bauchschmerzen, insbesondere Oberbauchschmerzen (im Rahmen eines HELLP²-Syndroms), Präeklampsie (Wassereinlagerungen, starke Kopfschmerzen, Übelkeit und Erbrechen, Visusstörungen), Beinvenenthrombose und Lungenembolie (ungewohnte Beinschwellungen und -schmerzen, Atemnot).
- Reiseimpfungen durchführen (siehe Teil 2 dieses Artikels in der nächsten Ausgabe).
- Reiseapotheke besprechen (Tab. 1).

Tabelle 1: Reiseapotheke für Schwangere und Stillende [2, 10, 32]

Indikation	Medikament/Material	Anmerkungen
Allergien/ Insektenstiche	Systemische Antihistaminika der Wahl: <ul style="list-style-type: none"> • in der SS: Loratadin, Cetirizin • in der Stillzeit: Cetirizin. CAVE Sedation des gestillten Säuglings. Einzelapplikationen unter guter Beobachtung des Kindes (Schläfrigkeit, Trinkverhalten) erlaubt, Langzeitapplikationen nur mit Verwerfen der Milch. Topische Antihistaminika der Wahl: <ul style="list-style-type: none"> • Azelastin, Levocabastin Topische Glukokortikoide der Wahl: <ul style="list-style-type: none"> • Budesonid, Hydrocortison Systemische Glukokortikoide der Wahl: <ul style="list-style-type: none"> • Prednisolon, Hydrocortison Bei schwerer allergischer Reaktion: <ul style="list-style-type: none"> • Adrenalin i.m. (Epipen®) 	Bei einer schweren allergischen Reaktion sollte nicht mit einer Anwendung von Epipen® gezögert werden, auch wenn keine kontrollierten Studien bei Schwangeren existieren.
Abschwellende Nasenpräparate	Xylometazolin i.n., Oxymetazolin i.n.; Kochsalzlösung i.n.	Eine vorübergehende Anwendung von abschwellenden Nasentropfen ist für max. 7 Tage möglich.
Antazida	In SS und Stillzeit: Pantoprazol, Aluacol® (Kombination aus Aluminium-, Kalzium- und Magnesiumsalzen)	
Durchfall, Übelkeit/ Erbrechen	s. Teil 2 des Artikels*: «Reisediarrhoe und Erbrechen»	
Fieber/Schmerzen	Analgetikum/Antipyretikum der Wahl während der gesamten Schwangerschaft und Stillzeit: <ul style="list-style-type: none"> • Paracetamol Bei ungenügender Wirkung von Paracetamol: <ul style="list-style-type: none"> • NSAR: CAVE Schwangerschaft. Ibuprofen ist NSAR der Wahl in der Stillzeit. • Tramadol 	<ul style="list-style-type: none"> • Paracetamol: max. 1 Woche kontinuierlich • NSAR in SS: Im 1. Trimester wegen unzureichender Datenlage nur Einzeldosen erlaubt, im 2. und 3. Trimenon wegen Gefahr eines vorzeitigen Verschlusses des Ductus Botalli nicht erlaubt.
Hämorrhoiden	Sitzring, Sitzbad mit Eichenrinde, Kamillentee oder sehr verdünntem Kamillenextrakt. Ggf. Procto Glyvenol® (Tribenosid Lidocain), Weleda® Hämorrhoidal-Suppositorien, (Hamamelis und Rosskastanie), kurzfristig Scheriproct® (Prednison, Cinchocain)	
Harnwegsinfekte	Amoxicillin/Clavulansäure, alternativ Sulfamethoxazol/Trimethoprim	
Husten	Hustentee mit Schleimdrögen (Malve, Eibisch) CAVE: Codein ist kurz vor Geburt und während der Stillzeit kontraindiziert.	Bei Codeineinnahme kurz vor Geburt Gefahr einer Atemdepression und Entzugerscheinungen des Neugeborenen.
Kinetose	s. Teil 2 des Artikels*: «Weitere reisemedizinische Themen»	
Malaria	s. Kapitel «Malaria»	
Moskitorepellentien	s. Kapitel «Moskitoschutz»	
Vaginalmykose	Lokal: <ul style="list-style-type: none"> • Clotrimazol, Miconazol, Nystatin Systemisch bei hartnäckigen Fällen: <ul style="list-style-type: none"> • Fluconazol als Einmaldosis p.o. möglich 	
Desinfektion, Verbandsmaterial, Wundheilung	<ul style="list-style-type: none"> • Octenisept farblos (Desinfektionsspray) • Ialugen Plus® (Creme) • Bepanthen MED® Creme • NAAPREP® (physiologische Kochsalzlösung) • DermaPlast® CoFix (selbsthaftende Fixierbinde) • DermaPlast® Telfa Wundauflage • Pflaster • elastische Binde(n) 	Povidon-Iod (Betadine®-Produkte) in der Schwangerschaft und Stillzeit aufgrund der Gefahr einer Hypothyreose des Babys nur kurzzeitig verwenden
Verstopfung	Ballaststoffreiche Ernährung, ausreichende Flüssigkeitszufuhr, Quell- und Füllmittel (Leinsamen, Weizenkleie, Indische Flohsamenschalen [<i>Plantago ovata</i>]). Bei unzureichender Wirkung: <ul style="list-style-type: none"> • Lactulose, Macrogol, orale Magnesiumsalze (z.B. Magnesiumaspartat 5–15 mmol/Tag) 	

* Hiestand J, von Mandach U, Künzli E, Burch A, Kocher C, Krähenmann F, für die Schweizerische Fachgesellschaft für Tropen- und Reisemedizin. «Travelling for two» – Reisen in Schwangerschaft und Stillzeit: Teil 2. Swiss Medical Forum. 2022;22(48).
NSAR: nichtsteroidales Antirheumatikum; SS: Schwangerschaft.

- Thromboseprophylaxe besprechen, insbesondere bei Langstreckenflügen.
- Aktuelle Ausbruchsgeschehen an der Reise-destination prüfen (z.B. unter <https://www.healthytravel.ch>) ([5]).
- Bei Stornierung einer bereits gebuchten Reise Zeugnis für Reiserücktrittsversicherung ausstellen.

Darüber hinaus ist mit stillenden Frauen Folgendes zu besprechen:

- Die Milchproduktion kann aufgrund verschiedener Faktoren (Dehydratation, Stress etc.) vermindert sein. Hier helfen häufiges Ansetzen und ausreichende Flüssigkeitszufuhr; zudem kann auf lactationsfördernde pflanzliche Nahrungsmittel (z.B. in arabischen Ländern Sesam und Datteln) zurückgegriffen werden.
- Anzeichen einer Mastitis sind Milchstau, Überwärmung, Rötung/Schmerzen der Brust, Fieber, Schüttelfrost. Linderung verschaffen Ruhe nach dem Anlegen, Brustkühlen, Einnahme nichtsteroidaler Antiphlogistika (NSAR). Bei fehlender Besserung nach 24 Stunden soll eine ärztliche Praxis aufgesucht werden. Für den Fall einer schlechten medizinischen Versorgung am Reiseziel können gegebenenfalls Antibiotika zur Selbsttherapie verordnet werden [2].
- Abgepumpte Muttermilch darf laut «Transportation Security Administration» (TSA) auch in Mengen über 100 ml im Handgepäck mitgeführt werden [6].
- Elektrische Milchpumpen benötigen einen passenden Stromadapter. Sowohl beim Abpumpen als auch bei Lagerung und Transport der Milch ist auf sorgfältige Hygiene und korrekte Temperatur (sofortige Kühlung) zu achten. Ist dies nicht gewährleistet, sollte die abgepumpte Milch verworfen werden. Milchpumpenaufsatz und Trinkflaschen können durch fünfminütiges Abkochen sterilisiert werden. Eventuell können Dampfsterilisatoren bei ungeeigneter Stromspannung im Ausland die erforderliche Temperatur nicht erreichen [2, 7].

Unfallvermeidung

Schwangere sollten – wie Nichtschwangere auch – auf Flügen sowie Auto- und Busreisen einen Sicherheitsgurt tragen. Für Schwangere bietet ein Dreipunktgurt den besten Schutz, der Schultergürtel sollte zwischen den Brüsten und der Beckengurt über den Oberschenkeln liegen. Bei einem Zweipunktgurt, zum Beispiel im Flugzeug, sollte der Beckengurt tief zwischen Abdomen und Becken getragen werden, sodass im Falle eines Unfalls der kleinstmögliche

Druck auf den Bauch entsteht [8]. Während eines ruhigen Fluges ohne Platzanweisungen ist ein regelmässiges Aufstehen und Umhergehen empfohlen, da längeres angeschnalltes, enges Sitzen Übelkeit, Kontraktionen und Thrombosen fördern können.

Nach Abdominaltrauma im Rahmen eines Unfalls besteht die Gefahr einer partiellen oder totalen Plazentaablösung. Da diese auch verzögert stattfinden kann, ist Vorsicht geboten und eine Dauer-Kardiotokographie (Dauer-CTG) wird empfohlen. Bei unfallbedingter fetomaternaler Transfusion ist im Falle einer Rhesusnegativität der Mutter eine Anti-D-Prophylaxe indiziert, die unter Umständen im Ausland nicht verfügbar ist [1].

Flugreisen

Die meisten Fluggesellschaften erlauben bei unkomplizierten und regelrecht verlaufenden Einlingsschwangerschaften Flüge bis Ende der 36. SSW, bei Mehrlingsschwangerschaften bis Ende der 32. SSW. Nach der 28. SSW ist eine ärztliche Bestätigung der Flugtauglichkeit mit errechnetem Geburtstermin mitzuführen [11]. Bei Risikoschwangerschaften und Komplikationen (z.B. Gestationsdiabetes, arterieller Hypertonie, Präeklampsie, vorzeitigen Kontraktionen und Blutungen) empfiehlt sich immer eine geburtshilfliche Beurteilung der Flugtauglichkeit [1].

Flughysiologisch ergeben sich für Mutter und Kind normalerweise keine besonderen Gefahren. Der Kabinendruck beträgt drei Viertel des Atmosphärendrucks, entsprechend etwa 750 hPa, was einer Höhe von 2500 m über dem Meeresspiegel entspricht. Dadurch besteht eine gewisse hypobare Hypoxie, die meist nur bei vorbestehenden kardiovaskulären Erkrankungen, Sichelzellanämie oder schwerer Anämie (Hämoglobinwert <8,0 g/dl) der Mutter zu Komplikationen führen kann. In der Spätschwangerschaft kann es aufgrund einer Kompression des Darms durch den Uterus und die Ausdehnung der Darmgase bei geringem Umgebungsdruck zu unangenehmem Meteorismus kommen. Prophylaktisch sind eine nicht blähende Diät und ein Verzicht auf kohlenstoffhaltige Getränke zu empfehlen [1, 12].

In grosser Flughöhe besteht eine erhöhte natürliche Strahlenexposition. Diese minimale Dosis stellt keine relevante Gefahr dar, kann aber für häufig fliegende Schwangere (z.B. Pilotinnen, Kabinenpersonal) ein Problem sein, wenn der Jahresgrenzwert von 1 mSv erreicht wird.

In Teilen der USA und vereinzelt auch in Europa werden an Flughäfen bei der Sicherheitskontrolle «Backscatter» (Rückstreuungs-

personenscanner) zur Personenkontrolle eingesetzt, die eine geringe Strahlendosis als normale Ganzkörperscanner erzeugen. Die Strahlenbelastung durch diese Geräte ist allerdings weitaus niedriger als die Strahlendosis, die man beim anschliessenden Flug infolge der Höhenstrahlung erhält und daher ebenfalls unbedenklich [1, 12, 13].

Kreuzfahrten

Die meisten Kreuzfahrtgesellschaften erlauben Schwangeren das Reisen bis zur 28. SSW, manche nur bis zur 24. SSW. Gesundheitliche Risiken sind zum einen das Sturzrisiko bei hohem Wellengang, zum anderen aggravierte Kinetose sowie eine erhöhte Ansteckungsgefahr für gastrointestinale und respiratorische Infekte [1].

Moskitoschutz

Schwangere sind für Malaria übertragende *Anopheles*-Moskitos attraktiver als Nichtschwangere [14]. In Malariagebieten sollten Aufenthalte im Freien zur Hauptaktivitätszeit des *Anopheles*-Moskitos zwischen Abenddämmerung und Morgengrauen vermieden werden. In den meisten tropischen und subtropischen Regionen – insbesondere in städtischen Gebieten – ist ein Mückenschutz nicht nur nachts, sondern auch tagsüber wichtig, da Arbovirose wie Dengue- und Chikungunya-Fieber sowie Zikavirus-Infektionen von tagaktiven *Aedes*-Moskitos übertragen werden. Lange Kleider und das Schlafen unter einem dicht schliessenden Moskitonetz sind empfohlen. Pyrethroide (Permethrin) zur Vorbehandlung von Textilien wirken sowohl als Repellent als auch als Insektizid und werden von der Weltgesundheitsorganisation (WHO) und den US-amerikanischen «Centers for Disease Control and Prevention» (CDC) auch in der Schwangerschaft und Stillzeit empfohlen [1, 15].

Für Schwangere und Stillende werden Diethyltoluamid (DEET)-haltige Hautrepellentien in der normalen Konzentration (20–30%) empfohlen [1, 15, 16]. Eine Studie zur DEET-Exposition im zweiten und dritten Trimester bei 897 Frauen in Thailand zeigte keine toxischen Effekte auf das Kind [17]. Zum Gebrauch im ersten Trimester gibt es keine humanen Studien. Auch bei Stillenden konnten keine Nebenwirkungen für den Säugling nachgewiesen werden [18]. Das Repellent sollte nicht im Bereich der Brüste aufgetragen und die Hände sollten vor dem Stillen gewaschen werden [2, 19]. Es gibt keine humanen Studien zur Anwendung von Icaridin, Citriodiol (p-Menthan-3,8-diol [PMD]) oder IR3535 (Ethylbutylacetylaminopropionat [EBAAP]) in

Schwangerschaft und Stillzeit. Die Vorteile von Icaridin gegenüber DEET sind, dass es in einer geringeren Konzentration verwendet und schlechter resorbiert wird [20].

Malaria

Schwangeren wird von Reisen in Malariaendemiegebiete abgeraten [19]. Die Realität zeigt jedoch etwas anderes: Eine retrospektive Studie des Zentrums für Reisemedizin, Universität Zürich, ergab, dass 75% der reisemedizinischen Kundinnen mit bestätigter oder vermuteter Schwangerschaft eine Reise in Malariaendemiegebiete planten [21]. Schwangere haben im Vergleich zu Nichtschwangeren ein dreifach erhöhtes Risiko für eine schwere Malaria aufgrund der plazentaren Sequestration von *Plasmodium falciparum* [22], dem Erreger der Malaria. Zudem ist die Prävalenz höher als bei nicht schwangeren Frauen [23]. Komplikationen sind eine maternale Anämie, vorzeitige Wehen, Aborte, intrauteriner Fruchttod (IUFT), Wachstumsrestriktion und eine konnatale Malaria beim Kind durch diaplazentare Übertragung [1, 22].

Falls Schwangere eine Reise in ein Gebiet mit Malariarisiko nicht vermeiden können, sind ein optimaler Moskitoschutz und eine medikamentöse Prophylaxe auch für Gebiete mit niedrigem Malariarisiko unabdingbar (siehe Kasten «Übersichtskarte Malaria»). Auch bei Einnahme einer Malariaprophylaxe muss bei jedem Fieber oder bei unklaren Krankheitssymptomen an eine Malaria gedacht werden und möglichst rasch eine Diagnostik und gegebenenfalls eine entsprechende Therapie erfolgen. Eine Notfalltherapie zur Selbstbehandlung («stand-by») wird für Schwangere nicht empfohlen, bei malariaverdächtigen Symptomen ist ohne Verzögerung ärztliche Hilfe aufzusuchen [24, 25].

Malariaprophylaxe in der Schwangerschaft

Da eine Schwangerschaft ein Ausschlusskriterium in den allermeisten Medikamentenstudien ist, stammen die meisten Daten zur Anwendung von Malariamedikamenten bei Schwangeren aus Geburtenregistern respektive Datenbanken zur Medikamentensicherheit und betreffen eine versehentliche Exposition in der perikonzeptionellen Periode und im ersten Trimester [26].

Aufgrund der fehlenden Zulassung erfolgt die Anwendung aller Malariamedikamente in der Schwangerschaft und Stillzeit «off-label».

Bei Mefloquin geht man aufgrund der Erfahrung bei mehreren Tausend schwangeren Frauen davon aus, dass kein erhöhtes Risiko einer Fehlbildung oder eines toxischen Effektes auf den Fötus besteht [27]. Es ist die Malariaprophylaxe erster Wahl und wird vom Bundesamt für Gesundheit (BAG) und vom Schweizer

Expertenkomitee für Reisemedizin (EKRM) der Schweizerischen Gesellschaft für Tropen- und Reisemedizin für die gesamte Schwangerschaft empfohlen [24]. Der Einsatz von Mefloquin hat jedoch Limitationen: Zum einen bestehen in gewissen Regionen Resistenzen, zum anderen verbietet das Nebenwirkungsprofil die Anwendung bei Patientinnen mit neuropsychiatrischen Erkrankungen. Auch Chloroquin ist in der Schwangerschaft erlaubt, kann aber aufgrund weit verbreiteter Resistenzen nur in der Karibik und in Zentralamerika eingesetzt werden.

Es gibt keine ausreichenden Sicherheitsdaten für Atovaquon/Proguanil, weshalb es nur nach strenger Nutzen-Risiko-Abwägung verschrieben werden sollte, falls keine anderen Optionen offenstehen. Atovaquon wirkt antimitchondrial und Proguanil ist ein Antifolat; beide Substanzen sind theoretisch teratogen. Die Studienergebnisse sind heterogen: Eine dänische Geburtenregisterstudie und ein systematisches Review zeigten kein erhöhtes Risiko für Fehlbildungen oder andere unerwünschte Ereignisse nach fetaler Atovaquon/Proguanil-Exposition [28, 29]. Eine Analyse unerwünschter Ereignisse nach Einnahme von Atovaquon/Proguanil (von GlaxoSmithKline) in der Schwangerschaft zeigte eine erhöhte Fehlbildungsrate ohne spezifisches Muster [30]. Untersuchungen von in der US-Armee tätigen schwangeren Frauen zeigten eine beunruhigend erhöhte Rate an Aborten und an neonatologischen Komplikationen nach Einnahme von Atovaquon/Proguanil, die jedoch nicht statistisch signifikant waren [31]. Doxycyclin ist aufgrund seines fruchtschädigenden Potentials vor allem in der zweiten Schwangerschaftshälfte kontraindiziert [19].

Malariamedikamente in der Stillzeit

Mefloquin ist Malariamedikament der Wahl für stillende Mütter. Über Mefloquin weiss man, dass es nur in geringen Mengen über die Muttermilch ausgeschieden wird; unerwünschte Ereignisse sind nicht bekannt. Chloroquin wird in der Muttermilch ausgeschieden. Ein Abstillen respektive Verwerfen der Muttermilch während der Einnahme wird empfohlen [33]. Atovaquon/Proguanil kann auch in der Stillzeit unter strenger Risiko-Nutzen-Abwägung verschrieben werden. Es ist nicht bekannt, ob Atovaquon muttermilchgängig ist; Proguanil tritt in kleinen Mengen in die Muttermilch über [2]. Die US-amerikanischen CDC empfehlen Atovaquon/Proguanil ab einem Gewicht des gestillten Säuglings von 5 kg, da keine Sicherheitsdaten für die Anwendung bei Kindern <5 kg vorliegen [1]. Doxycyclin ist für Stillende kontraindiziert [2]. Artemether/Lumefantrin zur Notfall-

Selbstbehandlung («stand-by») ist für stillende Frauen erlaubt, sofern der gestillte Säugling >5 kg wiegt. Da es keine Daten zum Übertritt in die Muttermilch gibt, soll das Stillen von kleineren Säuglingen (<5 kg) während der Einnahme dieses Arzneimittels vermieden werden. Dies bedeutet aufgrund der langen Eliminationshalbwertszeit von Lumefantrin, dass für vier Wochen abgepumpt und die Milch verworfen respektive abgestillt werden sollte [2, 9].

Malariamedikamente, die die Mutter einnimmt, gehen nicht in ausreichenden Mengen in die Muttermilch über, daher benötigen gestillte Säuglinge eine eigene Malariaprophylaxe [1, 19].

Verdankung

Herzlichen Dank an PD Dr. med. Andreas Neumayr, Swiss TPH, Allschwil, für die kritische Durchsicht des Manuskriptes und die produktiven Diskussionen.

Disclosure Statement

Die Autorinnen haben deklariert, keine potentiellen Interessenskonflikte zu haben.

Korrespondenz

Dr. med. Jasmin Hiestand, DTM&H
Hausarztpraxis Eidmatt
Eintrachtstrasse 16
CH-8820 Wädenswil
jasmin.hiestand[at]hin.ch



Literatur

Die vollständige Literaturliste finden Sie in der Online-Version des Artikels unter <https://doi.org/10.4414/smfm.2022.09207>.

Übersichtskarte Malaria



Empfehlungen zur Malariaprävention, Bundesamt für Gesundheit (BAG) (2021) [32]

Berufshaftpflicht

Einfach gut abgesichert praktizieren

Sonderkon-
ditionen für
Mitglieder von
FMH Services

Feinheiten machen den Unterschied **Umfassende Berufshaftpflichtversicherung für Ärztinnen und Ärzte**

- Führende Speziallösung für selbständige Ärzte und Gruppen-
praxen
- Prämien sparen dank exklusivem Rahmenvertrag
- Auf Medizinalrecht spezialisierte Juristen

INSURANCE

Roth Gygax & Partner AG
Moosstrasse 2
3073 Gümligen
Tel. 031 959 50 00
mail@fmhinsurance.ch
www.fmhinsurance.ch



Von der FMH Services Genossenschaft empfohlenes, rechtlich und wirtschaftlich selbstständiges Unternehmen.

Seminare und Veranstaltungen

12.12.2022–13.12.2022

Cardiology Update London 2022

Cardiology Update London will offer an up-to-date overview of current diagnosis, prevention, & management of the most important cardiovascular conditions delivered by a world-class teaching faculty.

Royal Society of Medicine, Wimpole Street 1,
London W1G 0AE, Vereinigtes Königreich
Kontakt: Dr. Ruth Amstein
ruth.amstein@zhh.ch

12.12.2022

!! ACHTUNG - NEUER TERMIN und VERANSTALTUNGORT !!**21. Wiener Rheumatag - Ärztliche Fortbildung**

Gesellschaft der Ärzte in Wien - Billrothhaus,
Frankgasse 8, 1090 Wien, Österreich
Kontakt: Ärztezentrale Med.Info
azmedinfo@media.co.at

09.01.2023–11.01.2023

CAS Leadership in Health Care Organisations Modul 1

Führung in Gesundheitsorganisationen gestaltet sich fordernder denn je. Wie kann Führung unter diesen Bedingungen gelingen? Das Einstiegsmodul behandelt die beiden zentralen Themen «Leadership» und «Organisationen des Gesundheitssystems».

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

12.01.2023 | 15.00–18.00 Uhr

Einführungstag Homöopathie online

Wissen um Grundbegriffe der Homöopathie, Behandlung einfacher Verletzungen nach Indikationslisten. Der Einführungstag ist Teil der Weiterbildung zum Fähigkeitsausweis Homöopathie (SVHA), kann aber auch als Fortbildungsveranstaltung besucht werden.

Kontakt: Franziska Bläuer
academy@svha.ch

14.01.2023 | 08.30–16.00 Uhr

42. Jahrestagung der Schweizerischen Arbeitsgesellschaft für Koloproktologie

Update in IBD-Management; Everyday Worries of Coloproctologists; Rectal Cancer in 2023.

Kursaal Bern, Kornhausstrasse 3, 3013 Bern, Schweiz
Kontakt: PD Dr. med. Miriam Thumshirn
secretary@coloproct.ch

18.01.2023–19.01.2023

30th Lucerne Course in Clinical Echocardiography

It is our pleasure to invite you to the 2023 Lucerne Course in Clinical Echocardiography. The 30th edition of this traditional and very popular event will be held as a hybrid meeting, giving you the chance to interact with key opinion leaders.

KKL Luzern, Europaplatz 1, 6005 Luzern, Schweiz
Kontakt: Swiss Society of Cardiology (SGK/SSC)
echokurs@swisscardio.ch

19.01.2023–20.01.2023

Ausbildung für Begutachtung - Modul 5.1

Die modular aufgebaute Gutachterausbildung, die mit einem Zertifikat abschliesst, gliedert sich in 5 Kurse zu je 2 Tagen. Das Modul 1 muss als Erstes und das Modul 5 als Letztes besucht werden. Weitere Informationen finden Sie auf unserer Website.

ZOOM, Riggerbachstrasse 10, 4600 Olten, Schweiz
Kontakt: Administrative Office Swiss Insurance Medicine
info@swiss-insurance-medicine.ch

20.01.2023–21.01.2023

MTA-Seminar

Fortbildung für Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Schlaflabore und schlafmedizinischen Praxen / Ambulanzen.

Kassenärztliche Vereinigung Hamburg, Humboldtstraße 56, 22083 Hamburg, Deutschland
Kontakt: Elvira Sommerfeld
elvira.sommerfeld@wikonect.de

20.01.2023–21.01.2023

Freiburger Knorpeltage 2023

Freuen Sie sich auf spannende Symposien, Diskussionen, Workshops und Vorträge zur Knorpeltherapie an Kniegelenk, Schulter, Hüftgelenk und Sprunggelenk, alles unter dem Motto «Regeneration & Innovation».

Freiburg, Konrad-Adenauer-Platz 1, 79098 Freiburg im Breisgau, Deutschland
Kontakt: Meike Heidt
Meike.Heidt@intercongress.de

20.01.2023–21.01.2023

Swiss Pelvic and Acetabular Course

Fractures of the pelvic ring and the Acetabulum continue to represent a challenge in both patients with acute severe trauma and increasingly in the elderly despite low energy injuries.

Universitätsspital Zürich, Schweiz, Rämistrasse 100, 8091 Zürich, Schweiz
Kontakt: Anja Eichin
Anja.Eichin@intercongress.de

21.01.2023 | 17.00–16.00 Uhr

24. Jahrestagung der NVSM

Kassenärztliche Vereinigung Hamburg, Humboldtstraße, 22083 Hamburg, Deutschland
Kontakt: wikonect GmbH
info@wikonect.de

21.01.2023–28.01.2023

61. Fachtagung für Neurophysiologie und angrenzende Gebiete

Praktische Kurse für EMG, EEG, Ultraschall, Neurorehabilitation und Neuroophthalmologie sowie Vorträge aus dem gesamten Gebiet der Neurologie und Neuropädiatrie.

Grindelwald, Dorfstrasse 200, 3818 Grindelwald, Schweiz
Kontakt: Prof. Dr. J. Mathis
johannes.mathis@belponline.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.

23.01.2023 | 08.00–21.00 Uhr

SGML23 - Laser & Procedures Zurich

Wir begrüßen ausgewählte und internationale Referenten für ein hochqualitatives Programm zur State-of-the-art Lasermedizin und führen Workshops durch, die sich insbesondere an das medizinische Praxispersonal richten.

Kunsthaus Zürich, Heimplatz 1, 8001 Zürich, Schweiz
Kontakt: Adam Jasinski
info@sgml.ch

23.01.2023–25.01.2023

CAS Managing Medicine Modul 5: Studienreise

Medizinische Versorgung wird geplant, gestaltet, erbracht und bewirtschaftet. Kurz: Sie wird gemanagt. Im CAS Managing Medicine lernen Sie, worauf es dabei ankommt. Im fünften Modul wird eine «Discovery Journey» in ein anderes Land unternommen.

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

24.01.2023 | 09.00–16.45 Uhr

Nationale Fachtagung Früherkennung und Frühintervention (F+F): «Hinschauen und handeln – wer, wann, wie? Früherkennung und Frühintervention in verschiedenen Lebenssituationen»

Der Ansatz der F+F hilft Fachpersonen, Menschen in herausfordernden Situationen zu unterstützen, indem sie erste Anzeichen von Problemen frühzeitig erkennen und den Dialog suchen. Doch wie lässt sich ein solcher Ansatz konkret im Alltag umsetzen?

Kongresshaus Biel, Zentralstrasse 60, 2501 Biel, Schweiz
Kontakt: Olayemi Omodunbi
omodunbi@fachverbandsucht.ch

26.01.2023–27.01.2023

Fortbildung zum zertifizierten Arbeitsfähigkeitsassessor (ZAFAS) - Modul 1

Der Fortbildungskurs richtet sich an praktizierende Ärzte der Schweiz, die ihr Know-How im Bereich des Arbeitsfähigkeitsassessments verbessern wollen. Weitere Informationen finden Sie auf unserer Website.

Hotel Arte, Olten, Riggengbachstrasse 10, 4600 Olten, Schweiz
Kontakt: Administrative Office Swiss Insurance Medicine
info@swiss-insurance-medicine.ch

27.01.2023 | 09.00–17.30 Uhr

Komplexe posttraumatische Belastungsstörung

Bern, Schweiz
Kontakt: Chantal Engel
info@sgvt-sstcc.ch

31.01.2023–03.02.2023

27. Jahrestagung der Österreichischen Gesellschaft für Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie

Kur- und Kongresszentrum Bad Hofgastein, Tauernplatz 1, 5630 Bad Hofgastein, Österreich
Kontakt: Frau Irina Berger
andreas.kolk@i-med.ac.at

02.02.2023–03.02.2023

Expertises médicales - module 3

La formation est subdivisée en cinq modules de deux jours chacun, répartis sur 2 ans, visant à l'obtention d'un certificat. Le Module 1 doit être visité en premier et le Modul 5 en dernier. Plus d'informations vous trouverez sur notre site web.

Beaulieu SA, Avenue Bergières 10, 1004 Lausanne, Schweiz
Kontakt: Administrative Office Swiss Insurance Medicine
info@swiss-insurance-medicine.ch

02.02.2023–04.02.2023

25th DÜSSELDORF INTERNATIONAL ENDOSCOPY SYMPOSIUM

Onsite & Online Hybrid Event Live-Demonstrations by an internationally renowned faculty from the endoscopy unit of the Evangelisches Krankenhaus Düsseldorf

Maritim Hotel Düsseldorf, Airport City, Maritim-Platz 1, 40468 Düsseldorf, Deutschland
Kontakt: Nina Toy
endo@coocs.de

03.02.2023–04.02.2023

JAKademie interdisziplinär 2.0

Aktuelle Themen wie: kardiovaskuläre Komorbiditäten, Safetyupdates, Bildgebung, Remission und die Pharmakologie der Jak-Inhibitoren werden auch 2023 wieder aus der Sicht des Rheuma- und des Gastroenterologen diskutiert.

Radisson Blu Hotel Frankfurt, Franklinstraße 65, 60486 Frankfurt am Main, Deutschland,
Kontakt: Galapagos Biopharma Germany GmbH
elvira.sommerfeld@wikonect.de

03.02.2023 | 09.00–17.30 Uhr

TCC pour TSA: adaptations de la TCC aux Trouble du Spectre Autistique

Espace Riponne, Place de la Riponne, Lausanne, Schweiz
Kontakt: Chantal Engel
info@sgvt-sstcc.ch

03.02.2023 | 08.30–17.45 Uhr

149. Jahrestagung der Nordwestdeutschen Gesellschaft für Innere Medizin

Innere Medizin, Kardiologie, Gastroenterologie, Allgemeinmedizin, Hämatologie, Onkologie, Endokrinologie, Rheumatologie, Nephrologie.

Handelskammer Hamburg, Adolphsplatz 1, 20457 Hamburg, Deutschland
Kontakt: Nordwestdeutsche Gesellschaft für Innere Medizin (NWGIM)
info@kmb-lentsch.de

09.02.2023 | 15.30–21.30 Uhr

FMH/SIM Arzthaftungsmodul

Die FMH führt gemeinsam mit der Swiss Insurance Medicine (SIM) ein Arzthaftungsmodul für medizinische Gutachter durch.

Klinik Hirslanden Zürich, Zürich, Schweiz
Kontakt: Administrative Office Swiss Insurance Medicine
info@swiss-insurance-medicine.ch

15.02.2023–18.02.2023

WIT 2023 - 41. Wiener Intensivmedizinische Tage

AKH Wien, Währinger Gürtel 18-20, 1090 Wien, Österreich
Kontakt: Sekretariat
office@wit-kongress.at

15.02.2023–17.02.2023

33. Symposium Intensivmedizin + Intensivpflege Bremen

Das Symposium Intensivmedizin + Intensivpflege Bremen 2023 findet zum 33. Mal statt. Es ist das größte verbandsunabhängige Treffen von Intensivmedizinern und -pflegern, Verwaltungsfachleuten und Industrievertretern.

Messe und Congress Centrum Bremen, Findorffstraße 101, 28215 Bremen, Deutschland
Kontakt: Claudia Burgess
service@intensivmed.de



© S. Obijio / Utopia

Muss es die maximale Medizin sein? Nicht in jedem Fall ist ein Eingriff sinnvoll.

Weshalb weniger in der Medizin oft mehr ist

Überversorgung Vitamin-D-Messung, MRI bei Knieschmerzen oder ausführliche präventive Gesundheitschecks: Das sind typische Beispiele für Behandlungen und Abklärungen, die nicht immer sinnvoll sind. Wo die Schweiz steht beim Thema Über- und Fehlversorgung, was noch zu tun ist – und wieso weniger manchmal mehr ist.

Astrid Tomczak-Plewka

Die medizinischen Leistungen in der Schweiz nehmen zu. Ein Grund dafür ist die demografische Entwicklung: Die Bevölkerung wird immer älter und damit gebrechlicher. Zudem gibt es mehr chronische Krankheiten, die behandelt werden müssen beziehungsweise behandelt werden können. Doch nicht jede Behandlung ist medizinisch sinnvoll. Zum Beispiel im Rahmen der Initiative smarter medicine [1] engagie-

ren sich Fachgesellschaften gegen unnötige medizinische Eingriffe, die sich nicht medizinisch begründen lassen.

Patienten fordern Behandlungen ein

«Die Problematik betrifft alle medizinischen Fachgebiete», sagt Stefan Neuner-Jehle, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin und Professor am Institut für Hausarztmedizin der Universität Zürich, der sich mit Fragen zu Volumen und

Qualität in der Medizin auseinandersetzt. Einen Grund für unnötige medizinische Eingriffe sieht er darin, dass in der Gesellschaft der Wunsch nach möglichst umfassenden medizinischen Leistungen gross ist und Patientinnen und Patienten diese auch einfordern. «Ärztinnen und Ärzte spüren diese Erwartungshaltung», sagt Neuner-Jehle.

Das Bewusstsein dafür, dass die «maximale Medizin» nicht immer das Beste ist, ist bei vielen Ärztinnen und Ärzten bereits vorhanden.

Die neuen technologischen Möglichkeiten sollten allerdings wohlüberlegt genutzt werden: «Die Versuchung ist gross, ein hoch technisiertes Verfahren zu wählen, um möglichst hohe Klarheit zu erlangen», sagt Neuner-Jehle und bezeichnet dies als «Technologiefalle». Erschwerend sei auch der «action bias», also die Auffassung, dass es besser ist, etwas zu tun, als nichts zu unternehmen.

Ein Beispiel für diese zwei Fallstricke ist das Knie: Kommt ein Patient mit Knieschmerzen in eine Praxis, wird laut Neuner-Jehle niederschwellig ein MRI angeordnet – und zwar auch dann, wenn die Schmerzen nicht von einem Unfall her rühren. «Oft wünschen auch die Patienten eine solche Untersuchung, weil sie wissen wollen, was los ist», so Neuner-Jehle. Fast alle Menschen haben mit zunehmendem Alter Abnutzungserscheinungen im Knie, diese werden bei der MRI-Untersuchung sichtbar. In der Folge werde dann oft eine Arthroskopie durchgeführt und ein Teil des Meniskus entfernt, «obwohl es nichts nützt und hohe Kosten verursacht», so der Hausarztprofessor [2].

Damit bringt er auf den Punkt, was der Verein «smarter medicine – Choosing Wisely» auf seiner Website folgendermassen formuliert: «MRIs bei Patienten mit vorderen Knieschmerzen liefern in der Regel keine zusätzliche Information.» [3] Der Verein publiziert regelmässig Top-5-Listen von aktuell 20 Fachgesellschaften, in denen auf unnütze Behandlungen in den jeweiligen Fachbereichen hingewiesen wird. Die MRI-Aufnahmen bei Kniebeschwerden stehen auf der Liste, andere Beispiele sind etwa regelmässige ausführliche Gesundheitschecks bei asymptomatischen Personen oder die Messung von 25(OH)-Vitamin D als Routine bei Personen ohne Risikofaktoren für einen Vitamin-D-Mangel.

In der Gesellschaft ist der Wunsch nach möglichst umfassenden medizinischen Leistungen gross.

«Gerade die MRI-Untersuchungen sind ein gutes Beispiel für die Verknüpfung von Diagnostik und daraus folgenden operativen Eingriffen», sagt Neuner-Jehle. «Es geht ja letztlich darum, eine gute Abklärung zu machen, um die Kaskade an unnötigen Behandlungen und Eingriffen zu vermeiden.» Allerdings seien auch Patientinnen und Patien-

ten in der Pflicht, die Notwendigkeit von Interventionen kritisch zu hinterfragen – beim Knie könnten Betroffene beispielsweise darauf hinweisen, dass sie es zuerst mal mit Physiotherapie versuchen möchten. Allerdings sei das natürlich der Idealfall. «Häufig besteht der Wunsch nach maximaler Medizin», so Neuner-Jehle.

Diskrepanz zwischen Wissen und Anwenden

Immerhin: Das Bewusstsein dafür, dass diese «maximale Medizin» nicht immer das Beste ist, ist bei vielen Ärztinnen und Ärzten bereits vorhanden, wie PD Dr. med. Carole Aubert, Fachärztin für Allgemeine Innere Medizin, Leitende Ärztin am Inselspital und Scientific Coordinator am Berner Institut für Hausarztmedizin, festhält: «Studien [4] bei Hausärztinnen und Hausärzten zeigen, dass die überwiegende Mehrheit die smarter medicine-Empfehlungen für die Allgemeine Innere Medizin kennen und gut akzeptieren». Doch selbst wenn sie über die Fallstricke Bescheid wissen, gebe es nicht immer Konsequenzen. «Wissen und Anwenden sind zwei Paar Schuhe», sagt Stefan Neuner-Jehle. So hat eine Studie [2] im Zeitraum von 2012 bis 2015 Arthroskopien unter die Lupe genommen – es gab keinen Rückgang bei diesen Eingriffen.

Neues Anreizsystem nötig

Wie sich die Zustände ändern könnten? Dazu sagt Neuner-Jehle: «Heute wird ein Orthopäde belohnt, wenn er einen Eingriff vornimmt. Aber es müsste einen Anreiz dafür geben, bei Eingriffen zurückhaltend zu sein – einen Bonus für die so geleistete Qualität.» Zeigt die Initiative smarter medicine also gar keine Wirkung? «Kurzfristig ist der Erfolg tatsächlich beschränkt», sagt Neuner-Jehle. Allerdings geht er davon aus, dass sich langfristig etwas ändern wird, «sofern die Gesundheitspolitik die Rahmenbedingungen verändern wird».

Einen Beitrag dazu liefern auch die Qualitätszirkel, in denen sich niedergelassene Ärztinnen und Ärzte regelmässig darüber austauschen, was eine qualitative Medizin ausmacht. Und schliesslich geht es auch darum, den medizinischen Nachwuchs auf die Problematik zu sensibilisieren. An vielen Universitäten werde mittlerweile gelehrt, dass in gewissen Situationen weniger mehr ist. Allerdings ist das nicht immer einfach zu vermitteln, denn: «Die jungen Leute wollen ja erst mal das Handwerk lernen und das Gelernte auch anwenden», so der Professor. «Aber die erste Pflicht von Ärztinnen und Ärzten ist es, nicht zu schaden – und erst dann zu helfen. Das ist seit der Antike so, und an diesem Grundanspruch hat sich nichts geändert. Und das vermitteln wir auch den jungen Studentinnen und Studenten als wichtigen Grundwert.»



Literatur

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

Zugang zur Notfallkontrazeption: ein echter Hürdenlauf!

Recht Die Rechte der Frauen in Sachen sexuelle und reproduktive Gesundheit werden angefochten. Neben dem in einigen Ländern bedrohten Recht auf Schwangerschaftsabbruch sind subtilere Restriktionen wahrnehmbar, selbst in der Schweiz. Beispiel: die orale Notfallkontrazeption (NK).

Mélanie Levy

Der Zugang zur NK wurde 2002 liberalisiert. Seither ist sie rezeptfrei in allen Schweizer Apotheken erhältlich. Im Jahr 2021 wurden ca. 100 000 Packungen verkauft. Empirische Untersuchungen machen jedoch deutlich, dass die Begleitumstände bei der Beschaffung als stigmatisierend empfunden werden können [1].

Trotz aller Liberalisierungsschritte bleibt der Zugriff strengen Zugangsregelungen unterworfen. Das Heilmittelgesetz sieht die Pflicht zu Dokumentation, Beratung und persönlicher Übergabe vor. Die interdisziplinäre Expertengruppe Notfallkontrazeption erstellte ein Protokoll für die Aushändigung der NK, das weitere Bedingungen beinhaltet. Betroffene Frauen müssen sich zu einem Gespräch in einem Nebenraum der Apotheke einfinden, einen detaillierten Fragebogen ausfüllen und erhalten Informationen zu den Risiken der NK, sexuell übertragbaren Infektionen, Verhütungsmethoden und gynäkologischen Kontrolluntersuchungen. Schliesslich müssen sie die Kosten für die NK übernehmen, da Verhütung nicht im Leistungskatalog der Krankenpflegeversicherung enthalten ist. Diese variieren und steigen vor allem abends und wochenends.

Willkürliche Altersgrenze bei 16 Jahren

Die NK ist altersunabhängig für alle Frauen zugelassen. Allerdings sieht das Übergabeprotokoll vor, dass die Apotheken unter einer Altersgrenze von 16 Jahren die Urteilsfähigkeit der Betroffenen evaluieren sollen. Diese Altersgrenze mag für das vom Strafrecht vorgesehene Schutzalter relevant sein, in Sachen freie Einwilligung ist sie jedoch nicht zutreffend. Die Einwilligung zu einer medizinischen Behandlung ist ein höchstpersönliches Recht, für welches das Schweizerische Zivilgesetzbuch keine spezifische Altersgrenze vorsieht. Gemäss ständiger Rechtsprechung lässt sich die Urteilsfähigkeit im medizinischen Bereich für ein Alter ab 12 beziehungsweise 13 Jahren annehmen. Diese Altersgrenze wurde auch in Bezug auf die Corona-Impfung bestätigt. Eine im Zusammenhang mit der NK durchgeführte systematische Evaluierung der Urteilsfähigkeit von jungen Frauen im Alter von 12 bis 16 Jahren verstösst gegen geltendes Recht. Gleiches gilt für die Überweisung ins Spital oder Zentrum für Familienplanung und für die Anwesenheitspflicht oder Zustimmung gesetzlicher Vertreter.

Doppelte Zugangsbenachteiligung

Diese praktischen Hindernisse haben Auswirkungen auf den Zugang zur NK. Sie sind Ausdruck einer – häufig stigmatisierende – Kontrolle der sexuellen und reproduktiven Gesundheit der Frau. Diese Hindernisse sind umso problematischer, als sie sich im Zusammenhang mit allfälligen Gesundheitsrisiken medizinisch nicht voll rechtfertigen lassen. Das Prinzip der informierten Zustimmung des Patienten und seine Sicherheit bei der Medikamentengabe wird dadurch verfremdet.

Im Zusammenhang mit dem Zugang zur Notfallkontrazeption stützt sich Schweizer Recht auf ein liberales Paradigma. Laut Bundesrat liegt es in der (finanziellen) Verantwortung der Frau, eine unerwünschte Schwangerschaft zu vermeiden. Der Zugang zur NK ist vermeintlich garantiert, da sie in der Apotheke erhältlich ist. Diese Annahme lässt jedoch die erheblichen Zugangsbeschränkungen ausser Acht. Die individuelle Verantwortung und der in der Apotheke bestehende Kontrollmechanismus sind nicht nur widersprüchlich, sie schaffen gleichzeitig auch eine doppelte Zugangsbenachteiligung je nach Alter, sozio-ökonomischer Situation, Migrationsstatus und Wohnort der Frau.

Sowohl das internationale als auch das Schweizer Recht garantieren den diskriminierungsfreien Zugang zur Gesundheitspflege, inklusive zur Gesundheitspflege der Frau und zur Familienplanung. Das Beispiel NK zeigt, dass diese Zugangsgleichheit durch professionelle Kontrollmechanismen bei der Medikamentenabgabe bedroht sein kann.



Literatur

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



Prof. Dr. Mélanie Levy

Assistenzprofessorin und Co-Direktorin am Institut für Gesundheitsrecht, Rechtsfakultät der Universität Neuenburg, Leiterin eines SNF Eccellenza-Forschungsprojekts



© Luca Bartulovic

Recht auf menschlichen Kontakt



Anne-Françoise Allaz

Prof. Dr. med., Mitglied des Advisory Boards der Schweizerischen Ärztezeitung

Der Kanton Wallis plant, das «Recht auf menschlichen Kontakt» als Grundrecht in seine neue Verfassung aufzunehmen. Wie kommt es zu diesem innovativen Vorschlag? Laut werstimmtwie.ch ist das Ziel, «sicherzustellen, dass jede Person in wesentlichen Situationen menschliches Eingreifen verlangen kann. Damit soll zum Beispiel verhindert werden, dass die Pflege vollständig von Robotern übernommen wird oder dass eine Entscheidung vollautomatisch ohne menschliches Zutun getroffen wird» [1].

Dass es neuer Gesetze bedarf, um den «Nutzerinnen und Nutzern» von Pflege und Medizin den Zugang zu menschlichem Kontakt zu garantieren, scheint mir schwindelerregend. Haben die Mitglieder des Verfassungsrats im Wallis ein bisschen zu viel Science Fiction genossen? Wohl kaum. Ohne grosses Aufheben führt die Roboterindustrie ihre humanoiden Figuren in die Pflege von vor allem älteren Menschen ein, nicht nur in Japan. Roboter sind heute in der Lage, viele unterstützende pflegerische Aufgaben selbstständig zu übernehmen; «soziale Roboter» können kognitive Aktivitäten und Interaktionen fördern. Die Maschinen sind kommunikativ geworden und können Emotionen immer besser erkennen. Ihre Präsenz nimmt zu, sowohl im Privat- als auch im Pflegebereich [2]. Auf die Frage, warum solche Roboter als Ergänzung zur menschlichen Hilfeleistung eingesetzt werden, heisst es meist: weil es schlicht unmöglich ist, alle erforderlichen Pflegeleistungen für eine alternde Bevölkerung zu erbringen. Hinzu kommen die Kosten und der generelle Mangel an Pflegepersonal. Die Fortschritte in diesem Bereich erfolgen schnell und auf breiter Front. Sie werden durch Innovationsprogramme wie Horizon 2020 gefördert oder von ambitionierten Unternehmen vorangetrieben, die das riesige Marktpotenzial erschliessen möchten.

Angst vor Entmenschlichung? Ach was! «Die Perfektion der Roboter, gerade beim Design, wird dafür sorgen, dass die Technologie immer menschenähnlicher wird», heisst es in einem Artikel des «Senior Magazine». Was gibt es dem noch hinzuzufügen? Tatsächlich zeigt eine aktuelle wissenschaftliche Bestandsaufnahme,

dass «soziale» Roboter in den letzten zehn Jahren an Akzeptanz gewonnen haben [3].

Im Walliser Gesetzesentwurf wird anerkannt, wie wertvoll und unersetzlich menschliche Präsenz ist, gerade auch bei medizinischen und pflegerischen Tätigkeiten. Für alle Angehörigen der Gesundheitsberufe ist dies eine Selbstverständlichkeit, da es sich dabei um eine der zentralen Säulen unserer Berufe handelt. In der Medizin bedeutet Präsenz, Beschwerden und Leiden wahrzunehmen und auf eine persönliche Art und Weise darauf einzugehen. Dies kann mit Worten sein oder durch das gemeinsame Erleben der Stille; es kann auch ein Geheimnis sein, das man hört und bewahrt. Präsenz kann die dauerhafte Begleitung einer Patientin oder eines Patienten und die Unterstützung der Angehörigen sein. Mitunter ist es schlicht und ergreifend eine Berührung und die Tatsache, dass man da und verfügbar ist. Es geht darum, dass man sich auf uns verlassen kann, dass wir professionell und kompetent handeln. Und es geht auch um die individuelle Art und Weise, wie wir alle in diesem Beruf Präsenz zeigen.

Die Fähigkeiten der Roboter, die zur Unterstützung der Pflege angeboten werden, sind beeindruckend und nützlich. Aber haben wir wirklich schon erfasst, welche Zukunft sie verheissen? Die zunehmende Präsenz von Robotern in unserem Leben, von der der Gesetzesentwurf zeugt, zwingt uns dazu, uns zu unseren menschlichen und humanistischen Werten zu bekennen. Wir müssen unsere Identität, unsere Ethik, unsere Prioritäten und unsere Grenzen überdenken. Dies betont unter anderem Johan Rochel [2], Co-Direktor des Labors für Innovationsethik Ethix. Die Ärzteschaft sollte sich diese Gelegenheit, über die Fundamente unseres Tuns nachzudenken, nicht entgehen lassen.



Literatur

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