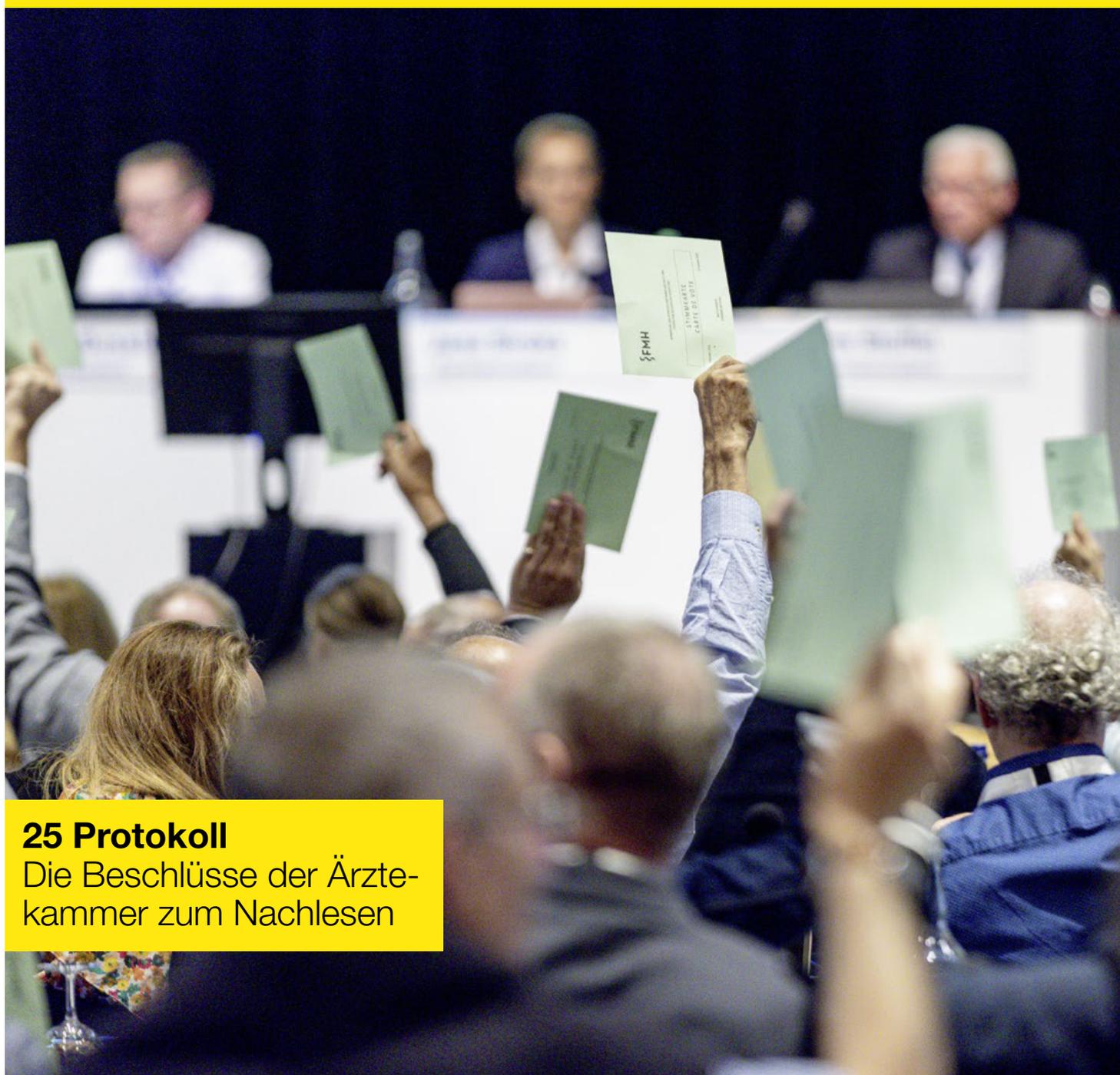


SCHWEIZERISCHE ÄRZTEZEITUNG & SWISS MEDICAL FORUM

Ausgabe 3

18. Januar 2023



25 Protokoll

Die Beschlüsse der Ärztekammer zum Nachlesen

12 **Zulassungssteuerung**
Nebenwirkungen und Risiken der Neuregelung

52 **Post-COVID-19-Fatigue**
Repetitive transkranielle Magnetstimulation

73 **Patient im Mittelpunkt**
Wie ein neuer Ansatz die Arbeit verändert

Positives aus der Psychiatrie



Magdalena Mühlemann
Leiterin Content
Wissenschaft, Fort- und
Weiterbildung
magdalena.
muehlemann[at]emh.ch

Was haben Psychiatrie und Volkswirtschaft miteinander zu tun? «Eine niederschwellige und frühzeitige Inanspruchnahme psychiatrischer Behandlungen vermeidet hohe volkswirtschaftliche Folgekosten», sagt Fulvia Rota, Präsidentin der Schweizerischen Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie. Sie äussert sich damit zur neuen Zulassungsregulierung von ambulant tätigen Ärztinnen und Ärzten durch die Kantone, die bis Ende Juni 2023 umgesetzt werden soll. Im Gegensatz zu anderen Fachrichtungen geht es in der Psychiatrie weniger darum, das Angebot zu begrenzen, sondern vielmehr sicherzustellen, dass es auch in der Peripherie verfügbar ist. Das Dossier von Eva Mell und Julia Rippstein finden Sie ab Seite 12.

Die Zulassungsregulierung war übrigens auch eines der Themen in der Ärztekammer vom 27. Oktober 2022. Die FMH ruft die angeschlossenen Organisationen dazu auf, ihre Fragen, Anliegen und Rückmeldungen im Zusammenhang mit der Umsetzung zu melden. Das grosse Ärztekammerprotokoll von Katharina Meister mit sämtlichen Traktanden und Beschlüssen finden Sie ab Seite 25.

Aber zurück zur Psychiatrie: Wussten Sie, dass bis zur Hälfte aller Patientinnen und Patienten, die eine antidepressive Medikation erhalten, nicht auf diese Therapie ansprechen? Die Behandlung einer therapieresistenten Depression ist aufwendig und führt häufig nicht zur

Remission, schreiben Golo Kronenberg et al. in ihrem Übersichtsartikel im Swiss Medical Forum ab Seite 44. Professionelles Erwartungsmanagement ist daher wichtig. Ist die Depression einmal als «schwierig zu behandeln» eingestuft, steht die Verbesserung der Lebensqualität im Vordergrund. Das neuartige Antidepressivum Esketamin markiert einen qualitativen Sprung in der Therapie. Eine «add-on»-Behandlung mit Esketamin kann die Prognose der therapieresistenten Depression verbessern.

Verbesserung dürfen sich auch Betroffene von Post-COVID-19-Fatigue (mit und ohne Depressionssymptome) erhoffen, also Personen, die mehr als 12 Wochen nach einer durchgemachten Infektion noch immer an chronischer Müdigkeit leiden. Repetitive transkranielle Magnetstimulation (rTMS) könnte Linderung bringen. Bei der rTMS handelt es sich um ein nichtinvasives Verfahren, durch das Hirnareale in ihrer Aktivität gesteigert oder gebremst werden. Ihm widmen sich der Kommentar von Johann Wenzel Schicho (Seite 51) und der Fallbericht von Olivier Seemann und Bernd Krämer ab Seite 52. Bei einer 60-jährigen Patientin haben sich die Fatigue-Symptome mit einer Kombinationstherapie von High- und Low-Intensity-rTMS deutlich gemildert – womit sich der Kreis zur Volkswirtschaft wieder schliesst.

Im Fokus



14

Ich habe heute leider keine Zulassung für Sie

Zulassungssteuerung Die Zulassung ambulant tätiger Ärztinnen und Ärzte soll beschränkt werden. Welche Risiken und Nebenwirkungen für die Fachkräfte und das Gesundheitswesen zu erwarten sind – und was die Ärzteschaft davon hält.

Eva Mell und Julia Rippstein



73

Was möchte diese Patientin eigentlich?

Patientenzentriert Die Fédération des hôpitaux vaudois setzt seit 2019 die internationale Kampagne «What matters to you?» um. Zentral dabei: der konstruktive und respektvolle Austausch zwischen Gesundheitsfachpersonen, Patientinnen und Patienten sowie Angehörigen. Ein erstes Resümee ist ermutigend – dennoch gibt es Herausforderungen.

Gilles Labarthe



78

Ein Dank an mein Leben

Wellbeing Die Forschung zeigt: Wer dankbar ist, lebt gesünder. Wie es gelingen kann, Dankbarkeitsrituale in das eigene Leben zu integrieren und weshalb sich die Massnahme nicht nur für Patientinnen und Patienten lohnt.

Angelo Barrile

Inhaltsverzeichnis

3	Editorial von Magdalena Mühlemann Positives aus der Psychiatrie	25	Ärztammer Beschlussprotokoll der zweiten ordentlichen Ärztkammer 2022
8	REDAKTIONELLE INHALTE	33	Personalien
8	News	34	ORGANISATIONEN
8	Auf den Punkt Neues Virus in Schweizer Zecken	34	Ärztgesellschaft Baselland Gut behandelt zuhause
12	Hintergrund Kann man das zulassen?	38	Spital Oberengadin Regionalspital geht neue Wege
14	Hintergrund Ich habe heute leider keine Zulassung für Sie	41	SWISS MEDICAL FORUM
19	Briefe an die Redaktion	42	Kurz und bündig von Lars C. Huber und Martin Krause
20	Mitteilungen	44	Übersichtsartikel Therapieresistente Depression
71	Wissen Was möchte diese Patientin eigentlich?	48	Medizinische Schlaglichter Schlafkrankheit: der gefährliche Schlaf nach dem Erfolg
74	Wissen Ein Virus mit Nachhaltigkeit	51	Kommentar Hoffnung in der Behandlung von Fatigue nach COVID-Infektion?
76	Praxistipp Ein Dank an mein Leben	52	Der besondere Fall Repetitive transkranielle Magnetstimulation bei Post-COVID-19-Fatigue
78	Porträt Eine Walliser Hebamme zwischen Tradition und Moderne	54	SERVICES
80	Porträt Der witzigste Arzt des Internets	54	Stellenmarkt
82	Zu guter Letzt von Julia Rippstein Detox – ein unnützer Luxus?	64	FMH Services
21	FMH	70	Seminare
22	Leitartikel des Zentralvorstandes «Gut gemeint» ist schlimmer als schlecht	83	Seminare und Veranstaltungen

Impressum

Schweizerische Ärztezeitung

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

Redaktion: 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 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.

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.manuscriptmanager.net/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 João Brooks (Redaktionsassistentin).

Wissenschaftliche Redaktion: Prof. Dr. med. Nicolas Rodondi (Chefredaktor), Prof. Dr. med. Martin Krause (Stellvertretender Chefredaktor), PD Dr. med. Carole Elodie Aubert, Prof. Dr. med. Stefano Bassetti, Prof. Dr. med. Idris Guessous, Prof. Dr. med. Lars C. Huber, Prof. Dr. med. Gérard Waeber, Prof. Dr. med. et phil. Maria M. Wertli.

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 Muttentz, Tel. +41 (0)61 467 85 55, www.emh.ch

Anzeigen: Markus Will, Tel. +41 (0)61 467 85 97, markus.will@emh.ch 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, 6208 Oberkirch, Tel. +41 (0)41 244 60 60, mail@fmhjob.ch, www.fmhjob.ch

Abonnemente FMH-Mitglieder: FMH Verbindung der Schweizer Ärztinnen und Ärzte, Elfenstrasse 18, 3000 Bern 15, Tel. +41 (0)31 359 11 11, Fax +41 (0)31 359 11 12, dlm@fmh.ch

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, sollten in jedem Fall mit den Fachinformationen der verwendeten Medikamente verglichen werden.

Gestaltungskonzept: Agentur Guido Von Deschwanen

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

Fotos: Alle Fotos sind, sofern nicht anders angegeben, zur Verfügung gestellt. Titelbild: Marysmn / Dreamstime



printed in
switzerland



© Evgeniyqw / Dreamstime

Das neue ALS-Virus ist in Schweizer Zecken verbreiteter als das FSME-Virus.

Auf den Punkt

Neues Virus in Schweizer Zecken

Public Health Das neu entdeckte ALS-Virus steht im Verdacht, FSME-ähnliche Symptome auszulösen. In Schweizer Zecken ist es bereits weit verbreitet. Doch welchen Einfluss hat es auf die öffentliche Gesundheit? Das wollen Zürcher Forschende nun herausfinden.

Eva Mell

Ein Patient sucht im Jahr 2017 nach einem Zeckenbiss in China ein Spital auf. Er hat Fieber und andere Symptome der Frühsommer-Meningoenzephalitis (FSME). Doch weder das Virus noch Antikörper dagegen können nachgewiesen werden. Stattdessen findet man in seinem Blut das bis dahin unbekannte Alongshan-Virus (ALS-Virus) [1].

Nun ist klar: Das Virus ist auch in Schweizer Zecken weit verbreitet. Forschende der Vetsuisse Fakultät der Universität Zürich haben den Erreger in Zeckenproben aus der gesamten Schweiz nachgewiesen. Sie stiessen dabei häufiger auf das ALS-Virus als auf das bereits bekannte FSME-Virus. Das Team um den Virologen Prof. Dr. Cornel Fraefel hat die Genomsequenz des neuen Virus aus heimischen Zecken im Dezember 2022 publiziert. Derzeit arbeiten die Forschenden an einem Diagnosetest, um die epidemiologische Situation und einige offene Fragen rund um das Virus zu klären [2]. Cornel Fraefel: «Wir wissen zwar, dass das ALS-Virus in

Zecken mindestens so verbreitet ist wie das FSME-Virus. Die Prävalenz im Menschen kennen wir aber nicht.» Zudem sei bisher unklar, ob die FSME-ähnlichen Symptome bei chinesischen Patientinnen und Patienten tatsächlich durch das ALS-Virus ausgelöst wurden.

Arbeit an diagnostischem Test

Die Forschenden haben bereits einen Reverse-Transkriptase-PCR-Test entwickelt. Das Problem: Viele verschiedene Viren sind – wenn überhaupt – nur für kurze Zeit im Blut der Betroffenen nachweisbar. «Ein negatives RT-PCR-Resultat muss also nicht bedeuten, dass keine Infektion stattgefunden hat», sagt Cornel Fraefel und fügt hinzu: «Viel aussagekräftiger ist der Nachweis von viruspezifischen Antikörpern, die man mithilfe serologischer Tests nachweisen kann.» An solch einem «enzyme-linked immunosorbent assay» (ELISA) arbeitet er derzeit mit seinem Team und geht davon aus, dass der Test in zwei bis drei Monaten anwendbar sei.

Fakten zum ALS-Virus

Das Alongshan-Virus ist ein RNA-Virus, das in die Familie der Flaviviren gehört – genau wie das FSME-Virus, das Dengue- oder Zika-Virus und viele mehr. Innerhalb der Flaviviren nimmt das ALS-Virus mit einigen anderen Viren eine Sonderstellung ein, weil es ein sequenziertes RNA-Genom besitzt. Der Erreger wurde aus chinesischen Patientinnen und Patienten mit FSME-Virus-Symptomen, aber negativer FSME-Virus-Diagnostik isoliert. Doch ob die Ursache für die Symptome tatsächlich in dem neuen Virus liegt, ist damit nicht bewiesen. Im Moment gibt es weder ein kommerzielles serologisches Nachweisverfahren noch einen Impfstoff.

Die Herausforderung dabei: Das Team verfügt über keine ALS-Virus-positive menschliche Probe. «Ohne solches Positivmaterial ist die Validierung des Tests schwierig», sagt der Virologe. In einem ersten Schritt werden Antikörper deshalb mithilfe eines kanadischen Servicelabors in Kaninchen produziert. «Sobald wir den Test etabliert haben, werden wir Patientenproben screenen», erklärt Freafel, der bei diesem

«Wir vermuten, dass das ALS-Virus schon seit längerer Zeit in den Zecken in der Schweiz zirkuliert.»

Vorhaben vom Nationalen Referenzlabor für durch Zecken übertragene Krankheiten sowie anderen universitären Forschungsinstituten und Diagnostiklabors unterstützt wird. «Falls wir tatsächlich ALS-Virus-spezifische Antikörper oder Nukleinsäuren in Patientenproben nachweisen können, werden die Diagnostiklabors in der Schweiz im Rahmen der FSME-Virus-Diagnostik in Zukunft auch auf das ALS-Virus testen», sagt er – und ergänzt: «Wir vermuten, dass das ALS-Virus schon seit längerer Zeit in den Zecken in der Schweiz zirkuliert. Es ist also nicht davon auszugehen, dass die Krankheitsfälle plötzlich ansteigen werden, selbst wenn das Virus tatsächlich humanpathogen wäre.»



Literatur

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



Prof. Dr. Cornel Freafel

Direktor des Virologischen Instituts der Vetsuisse Fakultät an der Universität Zürich

Persönlich

Chief Medical Officer am LUKS



Prof. Dr. med.
Katrin Hoffmann

LUKS Prof. Dr. med. Katrin Hoffmann wird Chief Medical Officer (CMO) und Mitglied der Geschäftsleitung am Luzerner Kantonsspital (LUKS). Als CMO wird Hoffmann das medizinische Kerngeschäft koordinieren und die medizinische Zusammenarbeit zwischen den einzelnen Spitalern des LUKS stärken. Die Fachärztin für Viszeralchirurgie hat in Leipzig Medizin studiert und ist seit 2005 am Universitätsklinikum Heidelberg tätig – unter anderem als Leitende Ärztin in der Klinik für Allgemein-, Viszeral- und Transplantationschirurgie. Seit 2022 bekleidet sie die Funktion Expertin Medical Strategy and Corporate Development. Hoffmann folgt am LUKS auf Dr. med. Guido Schüpfer.

Moos ist stellvertretender Direktor



Dr. med. Rudolf
M. Moos

Hirslanden Dr. med. Rudolf M. Moos ist seit dem 1. Januar stellvertretender Direktor der Klinik Hirslanden. Er übernimmt diese Funktion ergänzend zu seiner Position als Leiter des Bereichs Medizinisches System, die er seit Oktober 2021 inne hat. Zuvor war Moos für die Neuausrichtung des Tumorzentrums am Universitätsspital Zürich verantwortlich sowie für verschiedene Investitions- und Bauprojekte wie beispielsweise das Gesundheitszentrum am Flughafen Zürich. Moos absolvierte das Medizinstudium in Aachen und Tübingen und die Assistenzarztzeit in der Klinik Hirslanden und dem Universitätsspital Zürich. Er verfügt über einen Abschluss in Betriebswirtschaftslehre sowie einen Executive Master of Business Administration in General Management.

Neue Pflegeleiterin für den Bereich Frau-Mutter-Kind



Virginie Briet

CHUV Virginie Briet ist die neue Pflegeleiterin des Bereichs Frau-Mutter-Kind am Universitätsspital Lausanne (CHUV). Bisher verantwortete sie den Pflegebereich der Abteilung für Chirurgie des Universitätsspitals Genf (HUG). Virginie Briet wurde in Auxerre als Pflegefachfrau und in Dijon als Kinderpflegerin ausgebildet. Sie trat 2008 in die Abteilungen Pädiatrie und Gynäkologie-Geburtshilfe des Spitals Freiburg ein. Ab 2012 leitete sie die Abteilung für Gynäkologie und Geburtshilfe des HUG, bevor sie sich 2019 der Chirurgie zuwandte. Virginie Briet trat die Nachfolge von Thierry Penseyres an, der zum Waadtländer Verband für häusliche Pflege gewechselt hat.

Aus der Wissenschaft

Robotik im Einsatz bei Embryonenforschung

Mikrochirurgie Hochpräzise Dissektionen durchführen: Das ist das Ziel des von einem EPFL-Team geschaffenen robotergesteuerten Mikrochirurgie-Geräts. Es soll helfen, die Körperbildung von Wirbeltieren während der Embryonalentwicklung besser zu verstehen. Die für die «robotergestützte Gewebemikromanipulation» konzipierte Plattform ist kompakt (200 x 100 x 70 mm³), hochauflösend (4 nm Position und 25 µ° Drehung) und präzise. Die Forschenden testeten sie im Rahmen einer Studie zur Körperachsenverlängerung im Zebrafischembryo, die in Nature Communications erschienen ist. «Unser Ansatz besteht darin, Verlängerung und Segmentierung durch Mikrochirurgie physisch zu trennen und zu sehen, wie jeder Prozess funktioniert, wenn der andere nicht vorhanden ist», erklärt Andy Oates, einer der Forscher. Die Robotermikrochirurgie ermöglichte es ihnen, den länglichen Schwanz vom Embryo zu entfernen, um ihn separat zu züchten. Die Studie zeigt, dass die dorsale Sehne des Embryos, die als frühe «Wirbelsäule» für die Larve dient, sich verformen konnte und so stark in das Innere des Schwanzes drückte.

doi: 10.1038/s41467-022-35632-4

Wenn Virtual Reality bei der Diagnose hilft

Gamer-Brille Ein Spin-off des Inselspitals setzt auf eine Virtual-Reality-Brille, um Hirnerkrankungen zu diagnostizieren, berichtet SRF. Man weiss schon lange, dass solche Erkrankungen die Bewegungen der Augen oder die Reaktionen der Pupillen beeinflussen. Doch für ärztliche Fachpersonen ist die Beurteilung der Augen aufwendig und fehleranfällig. Diese Aufgabe sollen künftig eine Virtual-Reality-Brille und eine Software übernehmen, die das Spin-off MachineMD zusammen mit dem Schweizer Zentrum für Elektronik und Mikrorotechnik (CSEM) entwickelt. Zwei Bildschirme zeigen einen optischen Reiz, während Kameras die Reaktionen der Augen und Pupillen beobachten. Die Forschenden des CSEM nutzen maschinelles Lernen: Sie füttern die Software mit tausenden Aufnahmen von Augen und den Angaben, auf welchem Punkt im Raum der Fokus liegt. Die Software lernte so selbständig, den Blick richtig zu interpretieren.

<https://bit.ly/3CBZotr>

Preise und Auszeichnungen

Auszeichnung durch Swiss Olympic



V.l.n.r.: Dr. med. Damien Casagrande, Dr. med. Daniel Petek und Olivier Rime von der Sportmedizin des Freiburger Spitals.

HFR Die Sportmedizin des Freiburger Spitals (HFR) hat das von Swiss Olympic anerkannte Label «Sport Medical Base» erhalten. Dieses Zertifikat wird an medizinische Einrichtungen verliehen, die sich für den Leistungssport des Nachwuchses und der Schweizer Elite einsetzen. Bedingung: mindestens zwei sportmedizinische ärztliche Fachpersonen und spezialisierte Physiotherapeutinnen und -therapeuten. Das Angebot muss zudem das Niveau der Landesliga respektive der Nationalmannschaft abdecken. Dr. Daniel Petek, Leitender Arzt Orthopädische Chirurgie und Traumatologie und Leiter der Sportmedizin am HFR, betreut seit sieben Jahren den HC Fribourg-Gottéron und seit sechs Jahren den BCF Elfc Fribourg.

R. Geigy-Preis 2022



V.l.n.r.: Mgeni Tambwe vom Ifakara Health Institute in Tansania und Lorenz Hofer und Astrid Knoblauch vom Swiss TPH.

Swiss TPH Mit dem R. Geigy-Award werden dieses Jahr gleich zwei Projekte gewürdigt: Die Biologen Lorenz Hofer vom Schweizerischen Tropen- und Public Health-Institut (Swiss TPH) und Mgeni Tambwe vom Ifakara Health Institute in Tansania werden für ihre Leistungen beim Aufbau eines Forschungslabors inklusive Zellkultur zur Erforschung der Malaria-Übertragung in Tansania ausgezeichnet. Die Epidemiologin Astrid Knoblauch vom Swiss TPH erhält den Preis für den erfolgreichen Versuch, lebensrettende Medikamente mittels Drohnen zur Landbevölkerung Madagaskars zu liefern. Die R. Geigy-Stiftung verleiht den mit 20 000 Franken dotierten Preis alle zwei Jahre an junge Forschende und Public Health-Spezialistinnen und -Spezialisten.

In Zahlen

Haupttodesursachen



Die in der Schweiz im Jahr 2021 erfassten Todesfälle sind laut Bundesamt für Statistik hauptsächlich auf Herz-Kreislauf-Erkrankungen (27%), Krebs (22%) und COVID-19 (8%) zurückzuführen. Im Jahr 2020 machte das Coronavirus 12% aller erfassten Todesfälle aus.

Die Gesamtzahl der Todesfälle ist jedoch trotz der Pandemie zurückgegangen. Sie fiel von **76 195** auf **71 166**, was nahe am üblichen Durchschnitt ist (etwa **70 000** Todesfälle pro Jahr).



Weitere Todesursachen sind Demenz, Erkrankungen des Kreislaufsystems, Diabetes, Unfälle und gewaltsame Todesfälle. Bei der Grippe wurden nur **zwei tödliche Fälle** registriert.



Kopf der Woche

Ein neuer Ärztepräsident für Zürich



Dr. med. Tobias Burkhardt

AGZ Dr. med. Tobias Burkhardt ist neuer Präsident der Zürcher Ärztesgesellschaft (AGZ). Bereits vor einem Jahr war der Hausarzt aus Männedorf von der Delegiertenversammlung zum Nachfolger von Dr. med. Josef Widler gewählt worden. Nun ist er seit dem 1. Januar offiziell im Amt.

Wichtigstes Anliegen ist für den neuen Präsidenten die Aufrechterhaltung der guten ambulanten Versorgung der Zürcher Bevölkerung durch die niedergelassenen Haus- und Spezialärztinnen und -ärzte. «Wir arbeiten in einem Gesundheitssystem, das Patienten unabhängig ihrer finanziellen Ressourcen höchste Qualität bezüglich Diagnose und Therapie anbieten kann. Das ist weltweit einzigartig und gilt es zu erhalten», sagt Tobias Burkhardt.

Sorge bereitet ihm in diesem Zusammenhang die sich abzeichnende Pensionierungswelle bei den niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten. Deshalb hat die Förderung des Praxisnachwuchses für Burkhardt oberste Priorität. Er selbst hat seine Begeisterung für den Arztberuf auch nach 25 Jahren ärztlicher Tätigkeit nicht verloren: «Ich empfinde es noch immer als Privileg, mit und für Menschen arbeiten zu können.»

Der 51-Jährige betreibt seit 2009 eine eigene Hausarztpraxis und ist seit fünf Jahren Mitglied im Vorstand der

AGZ. Zuvor arbeitete er als Oberarzt im Spital Männedorf und im Spital Limmattal. Sein Medizinstudium absolvierte der Facharzt für Innere Medizin an der Universität Zürich. Danach verbrachte er seine Forschungszeit in Zürich und Birmingham (UK) und die Assistenzarztzeit am Kantonsspital Aarau, dem Kreisspital Männedorf und dem Universitätsspital Zürich.

«Ich empfinde es noch immer als Privileg, mit und für Menschen arbeiten zu können.»

Aus seiner fünfjährigen Vorstandstätigkeit in der AGZ weiss Burkhardt, dass er bei seinen neuen Aufgaben auf die «hervorragende» Zusammenarbeit mit den kantonalen Ärztesgesellschaften, der FMH, den Bezirks- und Fachgesellschaften sowie den Berufsverbänden zählen kann. Diese Einigkeit in ärztlichen Belangen sei wichtig. «Damit sind wir stärker, wenn unser Gesundheitssystem durch Eingriffe bedroht wird», ist Burkhardt überzeugt.

Aufgefallen



Skifahren für alle Ein Skibob für gelähmte Personen: Das an der University of Utah entwickelte Gerät «TetraSki» kommt erstmals nach Europa und wurde in Sörenberg testgefahren. Die Steuerung erfolgt per Hand über einen Joystick oder per Mund, um die Kurvenlage und die Geschwindigkeit zu kontrollieren. Ab der Wintersaison 2023/24 wird der TetraSki über die Website der Schweizer Paraplegiker-Vereinigung buchbar sein.



© Ryan Kwok / Unsplash

Gibt es die Zulassung bald nur noch tröpfchenweise?

Kann man das zulassen?

Höchstzahlen Künftig legen die Kantone fest, wie viele ambulant tätige Ärztinnen und Ärzte es in den verschiedenen Fachgebieten braucht. Welche Folgen die Zulassungssteuerung hat – und ob sich dadurch Kosten senken lassen.

Eva Mell

Artikel 55a Absatz 1 KVG: «Die Kantone beschränken in einem oder mehreren medizinischen Fachgebieten oder in bestimmten Regionen die Anzahl der Ärzte und Ärztinnen, die im ambulanten Bereich zulasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung Leistungen erbringen.» Ein Satz, 29 Worte, rund 14 Sekunden Sprechzeit, die viel verändern werden im Schweizer Gesundheitswesen: Seit Mitte 2021 ist der Artikel in Kraft, bis 30. Juni 2023 haben die Kantone noch Zeit, ihn umzu-

setzen. Die Auswirkungen der Zulassungssteuerung für die Schweizer Ärzteschaft lassen sich nicht in einem Satz zusammenfassen und sie fallen je nach Profil der Person unterschiedlich aus.

Hier die wichtigsten Folgen der neuen Vorgabe im schnellen Überblick [1]:

- Wer neu zulasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung abrechnen will, muss per 1. Januar 2022 über folgende Voraussetzungen verfügen:

1. Kantonale Berufsausübungsbewilligung
2. Eidgenössischer oder von der MEBEKO anerkannter ausländischer Weiterbildungstitel im Fachgebiet, für das die Zulassung beantragt wird
3. Mindestens drei Jahre lang Tätigkeit an einer anerkannten schweizerischen Weiterbildungsstätte in dem Fachgebiet, für das die Zulassung beantragt wird
4. Nachgewiesene Sprachkompetenz in der Sprache der Tätigkeitsregion (hier gibt es Ausnahmen, zum Beispiel für Ärztinnen und Ärzte mit Schweizer Matur, bei der die Amtssprache der Tätigkeitsregion Grundlagenfach war)
5. Nachweis von Qualitätsanforderungen nach Artikel 58g KVV
6. Anschluss an eine zertifizierte Gemeinschaft oder Stammgemeinschaft für das elektronische Patientendossier
 - Von den Neuerungen ist nicht betroffen, wer vor Inkrafttreten der Neuregelung bereits eine Zulassung hatte und Leistungen zulasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung erbracht hat. Auch Ärztinnen und Ärzte, die im ambulanten Bereich eines Spitals oder in einer Einrichtung arbeiten, die der ambulanten Pflege durch Ärztinnen und Ärzte dient, können ihre Tätigkeit in derselben Einrichtung weiter ausführen.
 - Wer bereits eine Zulassung hat, aber in einen anderen Kanton wechseln möchte, muss dort eine neue Zulassung beantragen.
 - Die Zulassung gilt jeweils nur für das beantragte Fachgebiet, das gilt auch für Ärztinnen und Ärzte mit mehreren Weiterbildungstiteln.

Doch nicht alle Ärztinnen und Ärzte, die die Voraussetzungen für eine Zulassung erfüllen, werden sie auch bekommen. Denn die Kantone legen Höchstzahlen fest, die sich an regionalen Versorgungsgraden orientieren. Was bringt solch eine Zulassungssteuerung? Kosten lassen sich damit nicht senken, wie Esther Kraft, Leiterin der Abteilung Daten, Demographie und Qualität der FMH im Interview in der rechten Spalte dieser Doppelseite sagt. Christoph Bosshard, Vizepräsident der FMH und Departementsverantwortlicher Daten, Demographie und Qualität / SAQM, hat seinem Leitartikel zum Thema Zulassungssteuerung in dieser Ausgabe gar den Titel «Gut gemeint ist schlimmer als schlecht» gegeben. Darin erklärt er, weshalb die Berechnungen der Versorgungsgrade auf einer mangelnden Datengrundlage basieren – und macht auf die Folgen für Ärztinnen und Ärzte, Patientinnen und Patienten aufmerksam.

Auf den folgenden Seiten lesen Sie, welche Sorgen die neuen Regelungen verschiedenen Ärztinnen und Ärzten sowie der Swiss Medical Students' Association bereitet.



Literatur

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

FMH

«Die Zulassungsregulierung kann keine Kosten senken»

Esther Kraft, kann die neue Zulassungssteuerung die Kosten im Gesundheitswesen senken?

Nein, die Zulassungsregulierung kann die Kosten nicht senken. Vor dem Hintergrund der Pandemie und der zunehmenden Multimorbidität verwundert es nicht, dass die Nachfrage nach medizinischen Leistungen steigt. Es geht also nicht darum, die Kosten gesamthaft zu senken, sondern darum, das Kostenwachstum mit geeigneten Rahmenbedingungen zu flankieren.

Wie steht die Schweiz bezüglich der Kostenentwicklung im internationalen Vergleich da?

Die Kosten wachsen in allen Industrieländern ähnlich, unabhängig der Gesundheitssysteme und Regulierungen. Jedoch unterscheiden sich die einzelnen Länder in der Qualität, die den Patienten zur Verfügung steht.

Welche Massnahme wäre denn besonders zielführend?

Die Einführung der einheitlichen Finanzierung von stationären und ambulanten Dienstleistungen EFAS. Die Förderung der Ambulantisierung führt zu massiven Kosteneinsparungen, weil ambulante Leistungen fast immer kostengünstiger sind als stationäre. Aktuell geht dies ausschliesslich zu Lasten der Prämienzahlenden, während sich die Kantone finanziell entlasten.

Wo sehen Sie weiteren Reformbedarf?

Des Tarifsystems muss reformiert werden, damit meine ich die Einführung des TARDOC sowie die Entwicklung ambulanter Pauschalen. Das heutige System TARMED ist veraltet und kann seit 2004 nicht mehr weiterentwickelt werden. Darin ist weder die Interprofessionalität noch die Digitalisierung abgebildet, was allein schon reicht, um dessen Dysfunktionalität aufzuzeigen. Auch eine Reform der Prämienverbilligungen ist nötig, damit übermässig belastete Haushalte gezielt von Prämien entlastet werden. In der Schweiz sind das vor allem ältere Menschen sowie Alleinerziehende, deren Prämienlast zu hoch ist.

Was wäre darüber hinaus nötig?

Investitionen in die Qualität der Behandlungen: Je besser in der ärztlichen Behandlung die Indikationsqualität ist sowie die Kompetenz des betroffenen Patienten oder der Patientin, desto kosteneffizienter und optimaler ist der Behandlungspfad. Hier werden auch im Bereich Digitalisierung Investitionen notwendig sein, bevor wir sie zugunsten der Patientensicherheit und Behandlungsqualität nutzen können.

Interview: Eva Mell



Esther Kraft

Leiterin der Abteilung Daten, Demographie und Qualität (DDQ) bei der FMH



© Erwan Hesry / Unsplash

Es gibt neue Regeln für die Zulassung ambulant tätiger Ärztinnen und Ärzte, die auch Höchstzahlen beinhalten.

Ich habe heute leider keine Zulassung für Sie

Zulassungssteuerung Die Zulassung ambulant tätiger Ärztinnen und Ärzte soll beschränkt werden. Welche Risiken und Nebenwirkungen für die Fachkräfte und das Gesundheitswesen zu erwarten sind – und was die Ärzteschaft davon hält.

Eva Mell und Julia Rippstein

Die Kantone sollen die Zulassung von ambulant tätigen Ärztinnen und Ärzten beschränken, die zulasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung abrechnen. Sie haben noch bis zum 30. Juni 2023 Zeit, um die neue Regelung umzusetzen. Welche Folgen wird das für die Ärzteschaft haben? Wir haben Vertreterinnen und Vertreter von Fachgesellschaften und Berufsverbänden gefragt, wie sie dieses Thema bewerten.

Nora Bienz, Vizepräsidentin des Verbands Schweizerischer Assistenz- und Oberärztinnen und -ärzte, sieht in der Neuregelung zwar manche Vorteile: So müssen etwa Ärztinnen und Ärzte aus dem Ausland Sprachkompetenzen nachweisen und mindestens drei Jahre lang in einer anerkannten

schweizerischen Weiterbildungsstätte gearbeitet haben. Aber sie warnt vor den Nebenwirkungen der Zulassungssteuerung: Erfahrene Medizinerinnen und Mediziner bleiben bei einem Zulassungsstopp länger im Spital, wodurch es weniger Stellen für Nachwuchskräfte gibt. Diese Sorge treibt auch Marc Reynaud de la Jara um, Vertreter der Swiss Medical Students' Association.

Fulvia Rota, Präsidentin der Schweizerischen Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, betont, dass die Kantone das ambulante Angebot unbedingt bedarfsgerecht steuern müssen. Doch Jürg Lareida, Präsident des Aargauischen Ärzteverbands, befürchtet, dass die Kantone das Angebot falsch steuern könnten.

«Missglückte Gesetzesvorlage»



Dr. med. Jürg Lareida ist Präsident des Aargauischen Ärzteverbands.

Das Parlament hat in der Sommersession 2020 nach jahrelangem Ringen in einer KVG-Reform das Zulassungsrecht für Leistungserbringer im Gesundheitswesen überwiesen. Ende Juni 2021 hat der Bundesrat das Ausführungsrecht, das per 1.7.2021 in Kraft getreten ist, verabschiedet. Wenige Monate nach Inkrafttreten der Reform sind Vorstösse hängig, die eine Anpassung verlangen. Dies ist ein Indikator einer völlig missglückten Gesetzesvorlage. Dass insbesondere in ländlichen Gebieten ein Mangel an Grundversorgern besteht, ist bekannt. Man muss nur auf die überlasteten Notfallstrukturen hinweisen. Diese Überlastung ist zumindest teilweise auf die fehlenden Hausärzte zurückzuführen. Diesem Phänomen mit einer Beschränkung der Zulassungen zu begegnen, ist geradezu absurd. Das Gesetz weist aber auch weitere Probleme auf: Die Datenlage für die Berechnung der Versorgungslage und der notwendigen Vollzeitäquivalente ist völlig ungenügend. Dies führt zu Verzerrungen, die Gefahr, dass falsch gesteuert wird, ist immens.

Die Entwicklung im Gesundheitswesen zeigt, dass die Konsultationen kürzer werden und die Zahl der Patienten zunimmt. Die Annahme, dass diese Zunahme arztgesteuert ist, entbehrt jeder Grundlage. So haben Erstkonsultationen zugenommen, was patientengesteuert sein muss. Werden nun Vollzeitäquivalente reduziert, führt das zu längeren Wartezeiten und einer qualitativen Verschlechterung der Versorgung. Krankheiten werden später erkannt und behandelt, was zu einer Zunahme der Hospitalisationen und zu einem Kostenanstieg führen wird. Zudem wird in der Bevölkerung die Zufriedenheit mit dem Gesundheitssystem abnehmen. Dabei gibt es auch Kantone, in welchen die Zulassungssteuerung funktioniert und Qualitätsansprüche berücksichtigt werden. So haben wir im Aargau mit der bisher gültigen Regelung gute Erfahrungen gemacht, ohne dass ein administratives Monster geschaffen wurde. Die dreijährige Tätigkeit an einer schweizerischen Weiterbildungsstätte ist ebenso enthalten, wie die Voraussetzung die Sprache zu beherrschen (C1). Es ist zu hoffen, dass die eidgenössischen Räte diese gesetzliche Regelung grundsätzlich neugestalten.

«Es gibt viele Nebenwirkungen»



Dr. med. Nora Bienz ist Vizepräsidentin des Verbands Schweizerischer Assistenz- und Oberärztinnen und -ärzte.

Von der Zulassungssteuerung sind unsere Mitglieder, die Assistenz- und Oberärztinnen und -ärzte in der Schweiz, wie kaum eine andere Gruppe innerhalb der Ärzteschaft betroffen. Der vsao begrüsst einzelne Elemente der Steuerung, insbesondere qualitätsorientierte, wie den Nachweis der Sprachkenntnisse und die Anforderung, drei Jahre an einer Schweizer Weiterbildungsstätte gearbeitet zu haben. Das schafft Anreize, die Weiterbildung in der Schweiz zu absolvieren und stellt sicher, dass die zugelassenen Ärztinnen und Ärzte mit dem Schweizer Gesundheitswesen vertraut sind und sich ausreichend verständigen können.

Das dritte Element, die Definition von Höchstzahlen für einzelne Fachgebiete und Regionen, sehen wir aber kritisch. Die Datenbasis für die Berechnung der Höchstzahlen ist ungenau und beruht primär auf Schätzungen – auf dieser Grundlage fallen jedoch weitreichende Entscheide. Die Einschränkung der Wahlfreiheit von Ärztinnen und Ärzten bezüglich Spezialisierung und Niederlassung mag teilweise notwendig werden, es gilt aber die zahlreichen Nebenwirkungen zu beachten.

Eine Facharztausbildung dauert oft mehr als sechs Jahre. Ändern sich in diesem Zeitraum die Bestimmungen, ist das für die Betroffenen einschneidend. Die Karriereplanung in den Spitälern wird erschwert, da mit einem Zulassungsstopp Staus entstehen können. Erfahrene Ärztinnen und Ärzte bleiben länger als üblich im Spital, wenn der Weg in die freie Praxis versperrt ist. Junge Assistenzärztinnen und -ärzte können nicht nachrücken, sie bleiben stecken. Dies drückt auf die Motivation und führt längerfristig womöglich zu einer Reduktion der Weiterbildungsstellen. Ein weiterer zu befürchtender Nebeneffekt ist der Markt für Zulassungen, der entstehen kann. Ohne geeignete Gegenmassnahmen kann die Verknappung dazu führen, dass Zulassungen gehandelt werden. Dies erschwert jungen, weniger finanzstarken Personen den Weg in die Praxis. Immerhin bleibt den Kantonen viel Spielraum. Sie haben die Möglichkeit, die Versorgung zu sichern. Der vsao und seine Sektionen werden die nächsten Schritte der Kantone deshalb beobachten und sich für eine zurückhaltende Festsetzung der Höchstzahlen einsetzen.

«Die Schweiz braucht mehr Pädiater»



Prof. Dr. med. Nicolas von der Weid ist Vizepräsident von pädiatrie schweiz.

Wir unterstützen die neuen Zulassungsbedingungen, weil sie die Qualität der pädiatrischen Versorgung sichern. Als Berufsverband ist es unser Ziel, dass niedergelassene Pädiaterinnen und Pädiater eine optimale Betreuung bieten und dabei alle erforderlichen Qualitätskriterien erfüllen. Auch wenn die neuen Regeln die Zulassung von Ärztinnen und Ärzten, insbesondere von solchen aus dem Ausland, behindern und sie einige Jahre in einer Weiterbildungsstätte «blockieren» können, sind wir der Ansicht, dass sich dies letztlich positiv auf die Qualität der Versorgung auswirken wird. Allerdings sind wir derzeit mit einem Mangel an Kinderärztinnen und -ärzten konfrontiert, vor allem in den Randgebieten. Ohne mögliche Ausnahmen von der Zulassungssteuerung könnte er sich noch verschärfen. Daher ist es wichtig, dass der Bund den betroffenen Kantonen erlaubt, die Regeln zu lockern, um eine Verschärfung der Situation zu verhindern. In einigen Kantonen sind viele Praktizierende nicht mehr in der Lage, neue Patientinnen und Patienten aufzunehmen, weil sie nicht die Kapazitäten dafür haben. Manche Eltern haben daher keine andere Wahl, als in die Notaufnahme zu gehen, um ihr Kind aufgrund hohen Fiebers oder anhaltenden Hustens untersuchen zu lassen. Eine Verschiebung der Fälle in die Spitäler ist aber nicht wünschenswert, sondern sogar kontraproduktiv. Es scheint also offensichtlich, dass die Schweiz mehr praktizierende Pädiaterinnen und Pädiater braucht. Dieser Mangel wird sich angesichts der Anzahl der Babyboomer, die in den Ruhestand gehen werden, nicht von heute auf morgen beheben lassen. Zwar wurde die Zahl der Studienplätze für Medizin an mehreren Universitäten erhöht, aber das Studium dauert lange, ganz zu schweigen von der Spezialisierung. Ob die Zulassungssteuerung die Gesundheitskosten senken wird, weiss ich nicht. Denn die Pädiatrie ist ein Fachgebiet, das die Gesellschaft wenig kostet und nicht überversorgt ist. Die Konsultation besteht in erster Linie aus einem Gespräch, einer Anamnese und einer klinischen Untersuchung. Zusätzliche Untersuchungen wie eine Kernspintomografie werden nur selten durchgeführt. Auch eine Blutentnahme ist ein seltener Eingriff.

«Das Angebot sicherstellen»



Dr. med. Fulvia Rota ist Präsidentin der Schweizerischen Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie.

Die Zulassungssteuerung geht für das Fach Psychiatrie und Psychotherapie mit wichtigen qualitätssichernden Massnahmen einher. Indem ausländische Psychiaterinnen und Psychiater vor einer allfälligen Praxiseröffnung mindestens drei Jahre in einer SIWF-zertifizierten Institution gearbeitet haben müssen, machen sie sich mit dem lokalen Versorgungssystem vertraut. Jene, deren Muttersprache nicht Deutsch, Französisch oder Italienisch ist, verbessern ihre Sprachkenntnisse. Die Regelung hat überdies den Nebeneffekt, dass den Institutionen ärztliches Personal erhalten bleibt. Aber es stellt sich die Frage, ob es in der ambulanten Versorgung zu Engpässen kommen wird, zumal sich die Nachwuchsproblematik sowohl im stationären als auch im ambulanten Bereich zeigt. In der psychiatrischen Versorgung gibt es regional, aber auch zwischen Stadt und Land, grosse Unterschiede. Es ist deshalb wichtig, dass die Kantone im ambulanten Bereich das Angebot bedarfsgerecht steuern.

In der Schweiz, wo die Psychiaterinnen und Psychiater als Grundversorger tätig sind, betragen die Kosten der psychiatrischen Versorgung gemäss einer Studie des BAG aus dem Jahr 2017 lediglich 9,2% der gesamten Gesundheitskosten. Sie sind damit halb so hoch wie etwa in den Niederlanden, wo Patientinnen und Patienten keinen direkten Zugang zu einem Psychiater, einer Psychiaterin haben. Auch sind in der Schweiz trotz tieferen Kosten die Wartezeiten bedeutend kürzer. In der Psychiatrie steht mit der Zulassungssteuerung im ambulanten Bereich deshalb nicht eine Begrenzung im Vordergrund, um eine kostendämpfende Wirkung zu erzielen. Vielmehr muss es darum gehen, dass das Angebot in der Psychiatrie und ärztlichen Psychotherapie gerade auch in der Peripherie bedarfsgerecht sichergestellt wird. Es ist wichtig, dass Patientinnen und Patienten rechtzeitig die optimale fachärztliche Behandlung erhalten. Die niederschwellige und frühzeitige Inanspruchnahme psychiatrischer Behandlungen vermeidet hohe volkswirtschaftliche Folgekosten. So verringert sich die Wahrscheinlichkeit, dass sich eine psychiatrische Erkrankung chronifiziert oder verschlechtert – und es zu Arbeitsausfällen oder Invalidität kommt.

«Wir sind besorgt»



Marc Reynaud de la Jara ist Mitglied der Swiss Medical Students' Association.

Die Swiss Medical Students' Association (swimsa) ist besorgt aufgrund der Umsetzung der Bedürfnisklausel und möchte die Aufmerksamkeit der Politik auf drei Punkte lenken. Unsere Sorge gilt zunächst unserer Integration als Assistenzärztinnen und -ärzte in Spitälern, sobald wir unser Studium abgeschlossen haben. Die Regeln werden nämlich für Fachkräfte, die ihre Ausbildung abschliessen, einen Anreiz darstellen, ihre Stelle in einem Spital zu behalten. Denn sie können ihre Tätigkeit im gewünschten Fachgebiet weiter ausüben, wenn sie am selben Arbeitsort bleiben. Eine Praxis im selben Kanton können sie hingegen nicht ohne Weiteres eröffnen. Wenn sich zu viele zum Bleiben entschliessen, wird der Überschuss an bereits erfahrenen Ärztinnen und Ärzten die Einstellung von jungen Personen, die eine Spezialisierung beginnen möchten, unsicher machen. Dieses Klima der Unsicherheit wird sich während der Einführung der Zulassungssteuerung verstärken und ein weiterer Grund für die Spitäler sein, das Risiko neuer Anstellungen von Assistenzärztinnen und -ärzten nicht einzugehen. Zweitens: Wie wird es um die Vorhersehbarkeit der Höchstzahlen bestellt sein? Welche Fachrichtungen werden betroffen sein und in welchem Ausmass? Dies wird zu einem der Schlüsselkriterien für die Entscheidung von Medizinstudierenden werden, die ihren Weg oft schon mehrere Jahre vor dem Abschluss ihres Studiums wählen. Es ist somit von entscheidender Bedeutung, dass die Zahlen der künftigen Zulassungen im Voraus zugänglich sind, damit die Studierenden diese wichtige Wahl in voller Kenntnis der Grenzen treffen können, die sie erwarten.

Schliesslich befürchten wir die Auswirkungen der Bedürfnisklausel auf die Attraktivität des Berufs und damit des Medizinstudiums. Wir beginnen heute unser Studium in der Annahme, dass wir später unser Arbeitsumfeld, also den Rahmen (Spital oder Praxis), den Kanton oder die Fachrichtung sehr frei wählen können. Diese Freiheit ermöglicht es uns, unsere persönlichen Stärken und Interessen mit unserer Berufung in Einklang zu bringen. Neue Ärztinnen und Ärzte könnten diese Freiheit verlieren, wenn die neue Regelung den Wettbewerb um Assistenzarztstellen zu stark erhöht.

«Der Mangel wird akzentuiert»



Dr. med. Philippe Luchsinger ist Präsident Haus- und Kinderärzte Schweiz mfe.

Bei den Vorgaben für die Zulassung zur OKP-Abrechnung geht mfe davon aus, dass diese zu einer Qualitätsverbesserung führen, was die Kosten und die Versorgung positiv beeinflussen wird. Auch für die kantonale Zulassungsbegrenzung dürfte dies gültig sein, da Überangebote in definierten Fachgebieten verhindert werden. Aus Sicht von mfe werden Höchstzahlen dazu führen, dass für gewisse Fachgebiete eine Praxiseröffnung am gewünschten Ort allenfalls nicht möglich sein wird. Auch kann es sein, dass durch die Zulassungsbegrenzung junge Ärztinnen und Ärzte ein Fachgebiet wählen, in welchem eine Praxiseröffnung problemlos möglich ist. Kantonale Höchstzahlen sind für eine Steuerung der Versorgung gemäss den Bedürfnissen der Bevölkerung durchaus sinnvoll. Voraussetzung dafür sind aktuelle und verlässliche Daten, und dass die kantonalen Gesundheitsbehörden ihre Verantwortung in der Sicherstellung der Gesundheitsversorgung wahrnehmen. Beides ist noch unzureichend und muss verbessert werden. Da Arbeitsstellen in Spitälern begrenzt sind, geht mfe nicht davon aus, dass junge Fachkräfte länger als bisher in der stationären Versorgung tätig sein werden. Die Zulassungskriterien haben direkte Auswirkungen für die Haus- und Kinderärztinnen und -ärzte: Personen aus dem Ausland ohne gute Sprachkenntnisse und ohne Kenntnis unseres Gesundheitswesens können nicht mehr die von der Schweiz selbst verschuldeten Lücken füllen. Dies wird kurzfristig den Mangel akzentuieren. Kolleginnen und Kollegen aus dem Ausland können aber die geforderten drei Jahre Arbeit als angestellte Fachkräfte mit grundsätzlich eigenverantwortlicher ärztlicher Tätigkeit in Praxen absolvieren, die als Weiterbildungsstätten gelistet sind. Das wird längerfristig zu einer Qualitätserhöhung führen und den aktuellen Mangel in Grenzen halten.

mfe geht auch davon aus, dass die Qualitätsvorgaben dazu führen, dass Hausärztinnen und -ärzte gefördert werden, die integrativ arbeiten, die Kosten im Blick haben und unnötigen Spezialbehandlungen und Fragmentierung entgegenwirken. Die beste Massnahme zur Einsparung von Kosten ist aber, über genügend und gut ausgebildete Ärztinnen und Ärzte zu verfügen.

Briefe an die Redaktion

Eosinophile Granulomatose mit Polyangiitis: Differentialdiagnose

Brief zu: Ali KN, Ramseier A, Caduff C, Ulrich S, Berlier C. Vaskulitiden können verkannt werden. Swiss Med Forum. 2022; 22: 759–62

Die Autorinnen und Autoren haben den eindrücklichen Verlauf einer eosinophilen Granulomatose mit Polyangiitis (EGPA) gut dokumentiert und diskutiert. Ich erlaube mir dazu aber einen kurzen Kommentar sowie eine Ergänzung bezüglich der Differentialdiagnosen.

Im Text heisst es, die Prodromalphase der EGPA sei eine atopische Erkrankung. Dies stammt aus einer früheren Definition nach Erstbeschreibung des damals noch Churg-Strauss-Syndrom genannten Krankheitsbildes. Typisch für das mit der EGPA assoziierte Asthma bronchiale und die einhergehende chronische Rhinosinusitis (oft mit Polyposis nasi) ist eine eosinophile Typ-2-Inflammation, die meist nicht durch eine IgE-getriggerte Reaktion unterhalten wird [1]. Da allerdings 30% der Schweizer Bevölkerung eine Sensibilisierung im Hauttest aufweisen, wovon aber nur die Hälfte eine klinische Aktualität besitzt, kann natürlich auch bei der EGPA teilweise ein positiver Pricktest respektive ein positiver CAP-sx1-Allergie-Screening-Test (Phadiatop™) beobachtet werden [2].

Als Differentialdiagnosen werden im Text die «Aspirin-exacerbated respiratory disease» (AERD), die chronische eosinophile Pneumonie, das Hypereosinophilie-Syndrom (HES), die allergische bronchopulmonale Aspergillose (ABPA) und andere Vaskulitiden erwähnt. Die AERD ist aber nur ein Endotyp eines sehr viel häufigeren Asthma-Phänotyps [3, 4], dessen Symptome die EGPA über Jahrzehnte aufweisen kann, bevor sich dann oft erst viel später die Vaskulitis nachweisen lässt [5]. Es handelt sich dabei um das eosinophile «adult- (respektive late-) onset» Asthma mit nicht allergischer Typ-2-Inflammation. Es wurde von Rackemann schon 1918 beschrieben [6] und dann von ihm 1947 «Intrinsic Asthma» genannt. Ein Korrelat dazu fand sich in mehreren Asthma-Clusteranalysen vor mehr als einer Dekade [7]. Die Pathophysiologie wurde erst vor wenigen Jahren beschrieben [8].

Fast alle Menschen mit schwerem eosinophilen Asthma, die heute eines der modernen Asthma-Biologika erhalten, leiden an diesem

Krankheitsbild. Viele von ihnen zeigen auch eine chronische Rhinosinusitis, oft in Kombination mit einer nasalen Polyposis (CRSwNP). Nur bei circa 10–20% dieser Population lässt sich auch eine Cyclooxygenase-1-(COX1-)Hemmer-Intoleranz nachweisen [9]. Nicht alle dieser Erkrankten manifestieren aber im langen Verlauf ihrer Erkrankung eine EGPA. Insofern stellt dieses eosinophile «late-onset» Asthma mit möglicher CRSwNP die wichtigere Differentialdiagnose der EGPA dar und nicht nur der Endotyp dieser Asthmaform, bei dem noch zusätzlich eine AERD vorhanden ist.

Ergänzend sollte noch angefügt werden, dass das Asthma-Biologikum Mepolizumab sich als wirksam erwiesen hat zur Reduktion der Asthma-Symptome bei der EGPA [10] und entsprechend von Swissmedic in der höheren Dosierung auch für diese Indikation zugelassen worden ist.

*Dr. med. Thomas Rothe
Pneumologie, Kantonsspital Graubünden,
Chur*

Disclosure Statement

Der Autor hat Berater- und Vortragshonorare sowie die Teilnahme an Advisory Boards von AstraZeneca, Sanofi, GlaxoSmithKline, OM Pharma und TEVA deklariert.

Literatur

Die vollständige Literaturliste finden Sie online unter <https://saez.ch/article/doi/saez.2023.21394>

Arbeitsmedizin bewirkt eine zweckmässige Prophylaxe

Der Arbeitgeber ist für das Wohl seiner Arbeiter verantwortlich. Das sollte prioritär für die wichtigen Mitarbeiter im Gesundheitswesen und Bildungswesen gelten.

Die Arbeitsmedizin beginnt mit der Bildung in Schulen. Alle Personen müssen gemäss ihrer Bildung und Fertigkeiten (Eignung) eine Arbeit in einem Beruf (Angebot) suchen. Nicht jeder ist für jede Arbeit gleich geeignet. Eine Berufsberatung schützt vor Enttäuschungen einer Berufseignungsuntersuchung und einer voraussehbaren Berufskrankheit. Für Kranke, speziell mit einer Allergie, ist die medizinische Berufsberatung eine banale ärztliche Tätigkeit: aerobiologisch das Paradigma der Bauernkinder mit Pollenallergien [1]. Im Westen der Schweiz wurde

für Kinder mit einer Allergie eine «Probelehre» empfohlen, hier ist dies eine massive Diskriminierung.

Arbeitsmedizinisch zeigten jedoch die Bauern die höchste altersstandardisierte Morbiditäts- und Mortalitätsrate [2]. Die Statistik berufsbedingter Zusammenhänge im Sozialversicherungswesen wurde schlechter (Hybris der EDV). In der Mortalitätsstatistik wird der Beruf nicht mehr eruiert. Die Berufsbezeichnung «Rentner» ist nichtssagend.

Zur Prävention haben Krankenkassen völlig andere WZW-Interessen (Managed Care, Prämienvergleiche, Generika). Die Wirtschaftlichkeit, berechnet nach toxischen Algorithmen, verstärken die finanziellen Risiken armer Bevölkerungsschichten (Kopfsteuer, Haftpflicht im EpG). Entsprechend nutzlos oder schädlich sind sie für eine langfristige soziale Gerechtigkeit. Die Bildung guter Landärzte ist teuer, Barfussärzte sind billiger, sofern erhältlich.

Arbeitsmedizinische Massnahmen bewirken langfristig eine zweckmässige Prophylaxe und reduzieren nutzloses Verschieben der Verantwortung (innerhalb diverser Krankenkassen, IV, Sozialämter der Kantone und Gemeinden).

Dr. med. Markus Gassner, Grabs



Literatur

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

Briefe einreichen

Briefe an die Redaktion reichen Sie online ein unter:

saez.ch/de/publizieren/leserbrief-einreichen

Mitteilungen

Facharztprüfungen

Facharztprüfung zur Erlangung des Facharzttitels Kardiologie

Datum:

Schriftliche Prüfung – European Exam in Core Cardiology (EEGC)

Dienstag, 13. Juni 2023

Praktische/mündliche Prüfung – SGK

Donnerstag, 16. November 2023

Ort:

Schriftliche Prüfung – European Exam in Core Cardiology (EEGC)

Durchführung ONLINE

Praktische/mündliche Prüfung – SGK

Universitätsspitaler in Basel, Bern und Zürich (in deutscher Sprache)

Hôpitaux Universitaires de Genève (in französischer Sprache)

Anmeldefrist:

28. Februar 2023 (schriftliche Prüfung)

31. August 2023 (praktische/mündliche Prüfung)

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

Facharztprüfung zur Erlangung des Facharzttitels Medizinische Onkologie

Schriftliche Prüfung:

Datum: Samstag, 21. Oktober 2023

Ort: Spital Thun, Krankenhausstrasse 12, A5 Gemeinschaftsraum, 3600 Thun

Die schriftlich-theoretische Prüfung kann auch in Madrid, Spanien während dem ESMO Kongress abgelegt werden (siehe ESMO Informationen, www.esmo.org).

Mündliche Prüfung:

Datum / Zeit: Samstag, 11. November 2023 / ab 9.00 Uhr

Ort: Spital Thun, Krankenhausstrasse 12, 3600 Thun

Anmeldefrist: 31. Juli 2023

Weitere Informationen finden Sie auf der Website des SIWF unter www.siwf.ch → Weiterbildung → Facharzttitel und Schwerpunkte → Medizinische Onkologie oder unter www.esmo.org oder www.sgmo.ch

Schwerpunktprüfung zur Erlangung des Schwerpunktes pädiatrische Nephrologie zum Facharzttitel für Kinder- und Jugendmedizin

Ort und Datum: Universitätsspital Bern, 5.5.2023

Anmeldefrist: 28.2.2023

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

Preis der Schweizerischen Gesellschaft für Chirurgie 2023

Zur Förderung der chirurgischen Forschung vergibt die Schweizerische Gesellschaft für Chirurgie (SGC) einen Preis für wissenschaftliche Arbeiten aus der chirurgischen Forschung. Die Richtlinien in englischer Sprache sind auf der SGC-Homepage unter «Preise der SGC» abrufbar. Folgende Bedingungen müssen erfüllt sein:

- Erstautor muss eine Chirurgin/ein Chirurg und unter 40 Jahre alt sein;
- Originalarbeit (zur Publikation akzeptiert oder vor kurzem publiziert mit Peer-Review) oder angenommene Habilitationsschrift;
- zugrunde liegende Untersuchungen mehrheitlich in der Schweiz durchgeführt;
- pro Autorin oder Autor darf nur eine Publikation eingereicht werden.

Das Preisgeld beträgt 10000 CHF, wobei der Preis je nach Juryentscheid eventuell geteilt werden kann.

Bewerberinnen und Bewerber werden gebeten, die Unterlagen in einer PDF-Datei und unter Angabe der Zeitschrift inklusive dem «Impact Factor», in welcher die Arbeit publiziert wurde oder wird, bis zum 28. Februar 2023 an die Mailadresse der SGC-Geschäftsstelle [info\[at\]sgc-ssc.ch](mailto:info[at]sgc-ssc.ch) zu senden.

Hilfskasse für Schweizer Ärzte – Eingegangene Spenden

Vom 1. Oktober bis 31. Dezember 2022 sind sechs Spenden im Gesamtbetrag von 1275 CHF eingegangen.

Der Stiftungsrat der Hilfskasse für Schweizer Ärzte freut sich sehr, diese Gaben bekannt geben zu dürfen und dankt allen Spenderinnen und Spendern recht herzlich. Damit die Spenden in voller Höhe den Destinatären zukom-

men, haben wir uns entschlossen, für Spenden unter 500 CHF auf den Versand von persönlichen Dankschreiben zu verzichten. Wir hoffen sehr, dass diese Massnahme bei allen Spenderinnen und Spendern auf Verständnis stösst.
*Für die Hilfskasse für Schweizer Ärzte
Die Kassierin des Stiftungsrates*

Ausschreibungen Alfred Vogt-Stiftung

Der *Alfred Vogt-Preis* wird für eine wissenschaftliche Arbeit aus dem Gebiet der Augenheilkunde oder eines mit ihr eng verwandten Bereiches verliehen. In Betracht kommen Arbeiten von Schweizer Autorinnen und Autoren, die sie in der Schweiz oder im Ausland ausgeführt haben, sowie in der Schweiz entstandene wissenschaftliche Arbeiten unabhängig von der Nationalität der Kandidatin oder des Kandidaten. In der Schweiz entstandene Gruppenarbeiten können ebenfalls berücksichtigt werden. Gleiche Arbeiten können nicht ein zweites Mal eingereicht werden. Fortsetzungsarbeiten mit massgebenden neuen Ergebnissen werden akzeptiert. Die Bewerbungen sind bis **8. März 2023** mit dem Onlineformular einzureichen:

forms.alfred-vogt-stiftung.ch/applications

Das *Alfred Vogt-Stipendium* dient der Förderung des akademischen Nachwuchses in der Schweiz. Bewerben können sich junge Akademikerinnen und Akademiker, die Schweizerbürger oder in der Schweiz niedergelassene Ausländerinnen oder Ausländer sind. Die Beiträge sind für Personen bestimmt, die zwischen Dissertation und Habilitation stehen. Bewerbungen sind bis **8. März 2023** mit dem Onlineformular einzureichen:

forms.alfred-vogt-stiftung.ch/scholarships

Der *Heinz A. Oertli-Preis* honoriert herausragende Arbeiten im Bereich der Ophthalmochirurgie. In Betracht kommen Arbeiten von Autorinnen und Autoren aus der Schweiz, die sie in der Schweiz oder im Ausland ausgeführt haben, ebenso wie in der Schweiz entstandene wissenschaftliche Studien unabhängig von der Nationalität der Kandidatin oder des Kandidaten. Der Preis ist mit 25000 CHF dotiert und kann sowohl einer Einzelperson als auch einer Forschergruppe zugeteilt werden, ebenso auch zu gleichen Teilen an zwei Preisträger verliehen werden. Gleiche Arbeiten können nicht ein zweites Mal eingereicht werden.

Die Arbeiten sind in englischer Sprache bis zum **29. April 2023** einzureichen:
forms.alfred-vogt-stiftung.ch/oertli-preis

FMH



«Gut gemeint» ist schlimmer als schlecht

Zulassungssteuerung Die Zulassungsbeschränkung von Ärztinnen und Ärzten durch die Kantone wird zum Eigentor. Die zum 1. Januar in Kraft gesetzte Verordnung gefährdet nicht bloss die Versorgungssicherheit – sie zielt in vielerlei Hinsicht an der Realität vorbei.

Christoph Bosshard



Beschlussprotokoll der zweiten ordentlichen Ärztekammer 2022

Ärztekammer Dr. med. Yvonne Gilli, Präsidentin FMH, eröffnet die Herbst-Ärztekammer 2022 im Kongresshaus Biel. Sie heisst alle Delegierten herzlich willkommen. Zusammen mit dem neuen Generalsekretär Stefan Kaufmann werden die üblichen organisatorischen Punkte erörtert und beschlossen.

Katharina Meister



© Joshua Hoehne / Unsplash

Höchstzahlen für Ärztinnen und Ärzte können unerwünschte Nebenwirkungen haben.

«Gut gemeint» ist schlimmer als schlecht

Zulassungssteuerung Die Zulassungsbeschränkung von Ärztinnen und Ärzten durch die Kantone wird zum Eigentor. Die zum 1. Januar in Kraft gesetzte Verordnung gefährdet nicht bloss die Versorgungssicherheit – sie zielt in vielerlei Hinsicht an der Realität vorbei.



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

Es mutet etwas grotesk an: Wir haben einen Fachkräftemangel, und die Politik setzt eine Zulassungssteuerung für Ärztinnen und Ärzte um, welche Nachfolgelösungen in brachliegenden Praxen verhindert und den eigenen Nachwuchs behindert und die im Alltag erlebte Versorgungsrealität ausblendet: Junge Familien suchen verzweifelt einen Termin in einer pädiatrischen Praxis und mancherorts bestehen Wartezeiten von zwei Monaten und mehr für eine jugendpsychiatrische Konsultation!

Entscheidung vor zwei Dekaden

Der Reihe nach: Vor etwa 20 Jahren verortete die Politik das Allerheilmittel gegen die steigenden Gesundheitskosten in einem Zulassungsstopp. Bereits diese Idee ist für sich eine Herausforderung. Stellen Sie sich vor, Sie würden versuchen, die Anzahl gefahrener Auto-Kilometer mittels Tankstellen-Reduktion zu reduzieren. Ich selbst war vor zwei Jahrzehnten noch im vsao aktiv. Wir hatten uns sehr intensiv über ein Referendum unterhalten. Die damalige politische Grosswetter-

lage liess jedoch die Erfolgsaussichten verblasen. Der Zulassungsstopp nahm seinen Lauf, als vorübergehende Massnahme mehrfach verlängert, und schliesslich vom Parlament im Sommer 2020 in eine definitive Form überführt. Unverändert verspricht man sich dort davon einen kostendämpfenden Einfluss auf die OKP-Kosten. Der FMH ist es in der parlamentarischen Beratung zumindest

«Höchstzahlen für Ärztinnen und Ärzte gefährden die Versorgungssicherheit für die Bevölkerung.»

gelingen, Qualitätskriterien zur Zulassungssteuerung einzubringen, wie beispielsweise die Sprachkompetenzen. Für die FMH ist es zentral, dass Ärztinnen und Ärzte ihren Patientinnen und Patienten in der Sprache der Landesregion begegnen können, in welcher sie tätig sind. Nur so ist gegeben, dass nicht einfach Laborwerte und Röntgenbilder behandelt werden, sondern dass die individuellen Bedürfnisse und soziokulturellen Rahmenbedingungen einfließen können. Weiter sind gute Kenntnisse unseres Gesundheitswesens sowie der soziokulturellen Gegebenheiten in unserem Land unabdingbar für eine Tätigkeit, die zunehmend von Koordinationen und Interprofessionalität geprägte ist.

Der Teufel liegt in der Umsetzung

Da ist einerseits die Frage der prinzipiellen Notwendigkeit der Regulierung, andererseits die Zweckmässigkeit der Umsetzung: Aufgrund der Unmöglichkeit von dringlichen Stellenbesetzungen musste das Parlament bereits Nachbesserungen beziehungsweise Ausnahmeregelungen bezüglich der dreijährigen Tätigkeit an einer anerkannten Weiterbildungsstätte an die Hand nehmen. Des Weiteren sind die vom Gesetzgeber verlangten Kriterien und die methodischen Grundsätze für die Festlegung der Höchstzahlen durch den Bund in Form der definierten Versorgungsgrade nicht belastbar im Sinne des nun avisierten Zwecks. Die Berechnungen dieser Versorgungsgrade basieren auf einer Analyse des Schweizerischen Gesundheitsobservatoriums (Obsan) und der BSS Volkswirtschaftliche Beratung AG (BSS). Die Autoren halten darin klar fest (Kapitel 6.1): «Nur wenn die Annahme getroffen wird, dass die gegenwärtige gesamtschweizerische ambulante Versorgung das richtige Niveau hat, kann der Versorgungsgrad als Mass für Unter- oder Überversorgung interpretiert werden (vgl. auch Unterkapitel 2.2). In den meisten Fällen ist diese Annahme

kritisch. Deshalb ist ein unter- respektive überdurchschnittlicher Versorgungsgrad kein hinreichender Grund, um von einer Unter- oder Überversorgung auszugehen.» Im Klartext: Die statistischen Grundlagen sind ungenügend und erlauben keine Aussagen über eine gegenwärtige, geschweige denn zukünftige Unter- oder Überversorgung an Ärztinnen und Ärzten. Die FMH machte in ihrer Vernehmlassungsantwort auf die mangelnde Datengrundlage und die von den Autoren selbst genannten Einschränkungen für Schlussfolgerungen aufmerksam. Diese Bedenken ignorierte das Eidgenössische Departement des Innern (EDI) in der Verordnung zu den Höchstzahlen jedoch. Aus Sicht der FMH lassen die statistischen Grundlagen aktuell keine belastbare Herleitung der Versorgungsgrade und der darauf basierenden Berechnung der Höchstzahlen zu. Die trotzdem erfolgte Publikation von regionalen Versorgungsgraden hat Folgen für die Aus- und Weiterbildung von Ärztinnen und Ärzten und die Qualität der medizinischen Versorgung. Dies kann dazu führen, dass erfahrene Ärztinnen und Ärzte länger am Spital tätig bleiben müssen, da ihnen der Gang in die eigene Praxis verwehrt wird. Dies wirkt sich wiederum negativ auf die Möglichkeiten von Assistenz-Ärztinnen und -Ärzten in Weiterbildung zum Facharzt aus, da diese auf entsprechende Weiterbildungsplätze und Aufstiegsmöglichkeiten an Spitälern angewiesen sind. Eine Weiterbildungsstätte verliert jegliche Attraktivität, wenn diese Rahmenbedingungen nicht gegeben sind und eine Niederlassungsmöglichkeit nach erfolgter Weiterbildung zu einer Fachärztin/einem Facharzt in dieser Region in weiter Ferne liegt. Damit wird gerade das Ziel, den benötigten Nachwuchs selbst ausbilden zu können, unterlaufen. Und es wird ausgeblendet, dass sich die Workforce der Ärztinnen und Ärzte verändert.

«Der Bund blendet die im Alltag erlebte Versorgungsrealität aus.»

Ruf nach Reduktion der Arbeitszeit

Die MAS-Erhebung 2020, deren Resultate im Herbst 2022 publiziert wurden, zeigt eine rückläufige Zahl der praxisambulant tätigen Ärztinnen und Ärzte. Die von der FMH jährlich publizierte Statistik zeigt die deutliche Überalterung auf: Jede zweite berufstätige Ärztin beziehungsweise jeder zweite berufstätige Arzt in der Schweiz ist 50 Jahre alt und älter und jede beziehungsweise jeder Vierte 60

Jahre alt und älter. Die nachfolgenden Generationen fordern statt der aktuell durchschnittlichen 55 Stunden pro Woche als ärztliches Vollzeitpensum eine landesübliche Arbeitszeit ein – dies ist verbunden mit einer steigenden Tendenz zu Teilzeitarbeit. Politik und Verwaltung verschliessen vor dieser Realität die Augen. Der Fachkräftemangel nimmt stetig zu und gefährdet die Versorgungssicherheit. Diese Bedingungen haben unweigerlich Folgen für die immer wieder diskutierte Qualität. Abgesehen von den obgenannten, leider verkannten Aspekten bezüglich der Berechnungen der Höchstzahlen drängen sich Massnahmen gegen den Fachkräftemangel in allen Berufen des Gesundheitswesens auf – damit die Arbeitskraft unseren Patientinnen und Patienten zugutekommt und nicht primär der Administration. Um die Zufriedenheit im Berufsalltag

«Wenn Eltern keinen Kinderarzt finden, ist das eine folgenschwere Entwicklung.»

zu steigern und der steigenden Ausstiegstendenz entgegenzuwirken, braucht es nun eine rigorose Entlastung von administrativen Arbeiten. So könnten unmittelbar relevante Fachkraftressourcen gewonnen werden. Eine weitere Massnahme umfasst die Bildungsoffensive, um den eigenen Nachwuchs selbst ausbilden zu können. Hier haben wir das Resultat in Form einer eigenverantwortlich tätigen Fachärztin oder eines Facharztes nach sechs Jahren Studium und sechs Jahren Facharzt-Weiterbildung.

...Zu Risiken und Nebenwirkungen fragen Sie Ihren Arzt oder Apotheker ist ein oft wiederholter Slogan. Diese Abwägung von Chancen und Risiken ist nicht nur in der Medizin notwendig. In der Politik heisst dies Regulierungsfolgeabschätzung. Was seitens Politik von der Medizin richtigerweise gefordert wird, stünde auch der Politik selbst gut an!



© Tobias Schmid

Die Delegierten treffen sich zur Herbst-Ärzttekammer 2022 im Kongresszentrum in Biel.

Beschlussprotokoll der zweiten ordentlichen Ärztekammer 2022

Katharina Meister

Protokollführerin

Anmerkung der Protokollführerin: Aus Gründen der Lesbarkeit werden die Traktanden nach Massgabe der Nummerierung und nicht in der Reihenfolge der Diskussion aufgeführt. Am Ende des Beitrags befindet sich ein Glossar der verwendeten Abkürzungen.

Donnerstag, 27. Oktober 2022

1. Begrüssung und Mitteilungen

Dr. med. Yvonne Gilli / Präsidentin FMH eröffnet die Herbst-Ärzttekammer 2022 im Kongresshaus Biel. Sie heisst alle Delegierten herzlich willkommen. Zusammen mit dem neuen

Generalsekretär Stefan Kaufmann werden die üblichen organisatorischen Punkte erörtert und beschlossen.

Gäste

Tobias Burkhardt, designerter Präsident AGZ ab 2023; Nicole Beutler, Les Tailleurs Kommunikation; Joachim Eder, VRP ats-tms AG; Markus Lehmann, Geschäftsführer FMH Services Genossenschaft; Giatgen Spinas, Vizepräsident SIWF; Eva Mell, EMH.

Entschuldigt: Damian Müller, Ständerat Kanton Luzern; René Häller, Geschäftsführer FMH Consulting Services AG; Jean Pierre Keller, Vizepräsident SIWF.



Stefan Kaufmann, Generalsekretär der FMH.

1.1. Einführung der Präsidentin

Yvonne Gilli / Präsidentin FMH: Unsere aktuelle politische Situation entspricht nicht nur einem einfachen Marathon, sie gleicht eher einem Triathlon.

Das *Kostendämpfungspaket 1b* mit dem neuen Artikel 47 c KVG wurde in der Herbstsession verabschiedet. Nach einigen gescheiterten Anläufen konnte sich ein Kompromissvorschlag durchsetzen. Die nun verabschiedete Fassung verpflichtet die Tarifpartner zu einem Kostenmonitoring und Korrekturmassnahmen, sofern solche erforderlich sind. Der Artikel lässt sich aber nicht mehr zur Umsetzung staatlich fixierter Kostenziele oder als Basis für behördliche Tarifeingriffe nutzen. Nicht alle Beteiligten sind mit dem Kompromiss zufrieden, weitere Forderungen und Eingriffe werden angekündigt, wodurch der politische Fokus auf Kostenziele nicht an Aktualität verliert.

Kostenbremse und Kostenziele: Das Parlament hat im Mai 2022 den indirekten Gegenvorschlag zur Kostenbremse-Initiative mit Kostenzielen, Qualitätszielen sowie zusätzlichen Tarifkompetenzen der Behörden befürwortet. Der Bundesrat legt Kosten- und Qualitätsziele für vier Jahre fest, Kantone können darauf eigene Kosten- und Qualitätsziele basieren. Versicherer sollen neu Daten zu Qualitätszielen und Kosteneffizienz liefern. Eine neue Kommission für Kosten- und Qualitätsmonitoring überwacht die einzelnen Leistungsbereiche und empfiehlt Bund und Tarifpartnern Massnahmen. Als Übergangsbestimmung kann der Bundesrat unverzüglich Massnahmen zur Kostendämpfung ergreifen, indem er überhöhte, nicht sachgerechte und nicht betriebswirtschaftliche Vergütungen in der Tarifstruktur Tarmed korrigiert. Ein Postulat der SGK-N fordert, dass erstens keine neuen Tarif-



Die in der Ärztekammer vertretenen Delegierten werden von den FMH-Mitarbeitenden begrüsst und erhalten ihre Sitzungsunterlagen.

systeme genehmigt werden, dass zweitens die Tarmed-Positionen in all jenen Bereichen, in denen keine Unterversorgung besteht, ab 2023 so gekürzt werden, dass kein OKP-Kostenwachstum resultiert, und dass drittens der neue Tarif nur Einzelleistungen vorsehen darf, wo Pauschalen unmöglich sind, bis eine gemeinsame Tarifrevision von *santésuisse*, *curafutura*, FMH und H+ vorliegt.

Das *Kostendämpfungspaket 2* präsentiert sich auch ohne Zielvorgaben und Erstberatung als ein grosses Potpourri. Sogenannte «Netzwerke» als ein neuer Leistungserbringer benötigen Zulassungen und kantonale Leistungsaufträge. Der Bundesrat definiert Anforderungen an Verträge der «Netzwerke», die Kantone definieren den Umfang. Das *Kostendämpfungspaket 2* anerkennt die Notwendigkeit von Koordinationsleistungen – und indirekt auch

ihre unzureichende Vergütung, deshalb ist hier anzusetzen mit einem klaren NEIN zum bundesrätlichen Vorschlag. Es braucht Vereinbarungen der Tarifpartner über die Vergütung von Koordinationsleistungen, ohne Bindung an einen spezifischen Leistungserbringer. Es braucht EFAS, um integrierte Versorgung zu fördern.

Um unseren Anliegen Gehör zu schaffen ist es zentral, dass wir den Parlamentarierinnen und Parlamentariern auch unser Wissen vermitteln und ihnen unsere Lösungsvorschläge darlegen. Wir unterstützen Sie darin gern mit Referenzen, aber auch mit Referaten, die Sie selber halten können. Es ist wichtig und möglich, dass wir unsere Umgebung und unsere zukünftigen Arbeitsbedingungen mitgestalten. Wir brauchen dabei Ausdauer und eine gute Stimmung, um immer wieder zu erfahren, dass wir unsere Ziele auch erreichen können.

Dies führt zu einem weiteren wichtigen Thema der heutigen ÄK, dem Sonderbeitrag *Kommunikation*. Unsere politischen Herausforderungen bedingen eine stärkere, geeinte, effiziente Kommunikation, um Anliegen sichtbar und transparent zu machen. Dazu müssen wir Ressourcen zur Verfügung haben.

Ferner informiere ich Sie über den Stand des ÄK-Beschlusses vom 19. Mai 2022 zu Artikel 8 der Statuten «*Mitgliedschaft Basisorganisationen*». Die Frist für das Einfordern einer Urabstimmung durch die Organisationen und Einzelmitglieder der FMH ist am 17.10.2022 zu Ende gegangen. Ein Bericht zu den Auswirkungen wird an der ÄK 2024 erfolgen.

Und: Zum Schutze all unserer Aktivitäten muss die *Datensicherheit* erhöht werden, somit wird ab 2023 der Zugriff auf myFMH mit einer Zwei-Faktor-Identifikation erfolgen. Informationen dazu werden folgen.



Der Zentralvorstand und der Generalsekretär der FMH (v.l.n.r.): Carlos Beat Quinto, Alexander Zimmer, Philippe Eggmann, Stefan Kaufmann (Generalsekretär), Yvonne Gilli (Präsidentin), Christoph Bosshard, Jana Siroka und Urs Stoffel.

2. Mitteilungen aus dem SIWF

Monika Brodmann / Präsidentin SIWF: Auch das SIWF ist konfrontiert mit vielen Herausforderungen und engagiert sich auf breiter Basis. 21 Fachgesellschaften arbeiten mit dem SIWF zusammen an der Entwicklung von EPAs. Die Schweizerische Gesellschaft für Notfall- und Rettungsmedizin wird zusammen mit dem SIWF einen Facharzttitel anstreben und das erste Weiterbildungsprogramm entwickeln, das von Beginn das Konzept der kompetenzbasierten Bildung integrieren kann. Um die *Entrustable Professional Activities* dokumentieren und durchführen zu können, erarbeitet eine Arbeitsgruppe einen Kriterienkatalog für diese dezentrale Applikation.

Die *Teach-the-Teacher-Kurse* sind neu unter der Leitung von Andrea Meienberg und Jan Breckwoldt. Die Gesamtkoordination wird verbessert und die Schweizer Instruktorgruppe weiter ausgebaut. Ferner entsteht mit der Schweizerischen Medizinischen Interfakultätskommission SMIFK ein Qualitätslabel für Medical Education. Regelmässige Publikationen in der Ärztezeitung zu kompetenzbasierter Bildung, EPAs und ähnlichem werden weiter erscheinen.

Ein sehr erfolgreiches *MedEd-Symposium* am 28. September konnte mit über zweihundert Leuten durchgeführt werden.

Bei der Akkreditierung erarbeitet das SIWF einen grossen Teil Selbstbeurteilungsberichte und wird allen Fachgesellschaften ein elektronisches Hilfsmittel zur Verfügung stellen, womit die Einreichung ihrer Berichte erleichtert werden soll. Die Akkreditierung wird im August 2025 abgeschlossen sein.

Und zum Schluss die gute Neuigkeit, dass das SIWF zum ersten Mal zusammen mit der Universität Genf bei der Entwicklung eines Proposals für den Nationalfonds engagiert war, wofür die Forschungsgruppe um Georges Savoldelli und Nadia Bajwa einen Betrag von über 600 000 Franken zugesprochen bekam.



Monika Brodmann Maeder, Präsidentin des SIWF, im Austausch mit Delegierten der Ärztekammer.



Die Präsidentin der FMH, Yvonne Gilli, führt durch die Ärztekammer und informiert über die wichtigsten gesundheitspolitischen Aktivitäten der FMH.

Christoph Hänggeli / Geschäftsführer SIWF: Seit Inkrafttreten des Freizügigkeitsabkommens mit der EU 2002 werden eidgenössische und EU-Facharzttitel automatisch gegenseitig anerkannt. Dazu mussten unsere Curricula gekürzt und angepasst werden, weil unsere Schweizer Kandidatinnen und Kandidaten weit mehr Zeit für ihre Facharzttitel hätten aufwenden müssen als ihre ausländischen Kollegen. So haben wir das Schwerpunktmodell entwickelt mit dem Effekt, dass «nur» die Facharzttitel anerkannt werden und die Bedingungen für die Schwerpunkte auch von ausländischen Fachärzten erfüllt werden müssen. Die Arbeitsteilung war bis 2022 klar: Das SIWF erteilt eidgenössische und private Titel und die Mebeko ist für die Anerkennung der vierzig EU-Titel gemäss EU-Richtlinie zuständig. Leider ist dieses Erfolgsmodell jetzt mit einem grotesken Entscheid des Bundesverwaltungsgerichts in Frage gestellt. Die MEBEKO sollte neu auch privatrechtliche Titel anerkennen, obschon dies im Medizinalberufegesetz gar nicht vorgesehen ist. Das EDI hat gegen den Entscheid des Bundesverwaltungsgerichts zum Glück Beschwerde erhoben. Der Fall ist jetzt beim Bundesgericht hängig. FMH und SIWF prüfen Massnahmen, um das Schwerpunktmodell zu retten. Das SIWF wird die Schwerpunkte formell aus den eidgenössischen Facharzttitelprogrammen herauslösen und nur noch eine Kategorie von Schwerpunkten anbieten.

3. Ambulante Tarifrevision

Urs Stoffel / Zentralvorstand informiert über den aktuellen Stand der Verhandlungen und das weitere Vorgehen:

- Eine gemeinsame Vereinbarung zum Umgang und Vorgehen zu den zwei Tarifwerken konnte von den Tarifpartnern gemein-

sam erarbeitet werden und wird vor Gründung der OAAAT AG (Organisation Ambulante Arzt-Tarife) unterzeichnet

- Die neue Tariforganisation OAAAT AG soll am 15. November 2022 gegründet werden
- Bis Herbst 2023 werden die beiden Tarifwerke TARDOC und amb. Pauschalen in den bestehenden zwei Tariforganisationen (ats-tms AG und sts SA) weiterentwickelt resp. finalisiert
- Es findet eine gemeinsame Abstimmung der beiden Tarifwerke statt und sie werden spätestens bis Ende 2023 gemeinsam, aber als jeweils eigenständige Tarifprojekte (Einzelleistungstarif TARDOC und amb. DRG Pauschalen) beim Bundesrat zur Genehmigung eingereicht
- Nach Einreichung der Tarifwerke sollen die bisherigen Tariforganisationen liquidiert und die Vermögenswerte daraus in die OAAAT AG überführt werden
- Ab 2024 soll es demnach nur noch eine gemeinsame Tariforganisation geben, die beide Tarifwerke pflegt und weiterentwickelt
- Die FMH wird die Anliegen und Interessen der Ärzteschaft und der Fachgesellschaften auch zu den amb. Pauschalen einbringen
- Die Entwicklung von ambulanten Pauschalen ohne Einbezug der entsprechenden Fachgesellschaften kommt für die FMH nicht in Frage (-> DV-FMH Beschluss vom 15.12.2021)

4. Budget 2023

4.1. Budget 2023 SIWF

Christoph Hänggeli / Geschäftsführer SIWF präsentiert das Budget, die finanzielle Situation ist ausgezeichnet. Die Facharzttitel erreichten 2020/21 Rekordhöhe, es ist kein Einbruch in



Christoph Hänggeli, Geschäftsführer des SIWF.



Mit dem Stimmzettel beziehen die 200 Delegierten der FMH-Ärztammer Stellung.

Sicht. Im Jahr 2023 wird ein moderater Gewinn erwartet bei einem deutlichen Mehraufwand für FB-Plattform, Informatisierung WBS und Personal.

4.2. Sonderbeitrag Kommunikationskampagne 2023-2025

Yvonne Gilli / Präsidentin FMH: Die Gesamtkosten für die Kommunikationskampagne werden auf CHF 1 Mio/Jahr geschätzt. Die geplante Imagekampagne soll über drei Jahre fortgesetzt werden können durch eine zweckgebundene Sonderfinanzierung. Der Zentralvorstand beantragt daher einen zweckgebundenen Sonderbeitrag für die Imagekampagne: Finanziert wird dieser mit einem Beitrag von CHF 20 für die Mitglieder-Kategorien 4 und mit CHF 40 für die Kategorien 1, 2, 3, 5 und 6. Die Imagekampagne hat zum Ziel, die öffentliche Wahrnehmung der Ärzteschaft positiv zu stärken.

4.3. Budget 2023 FMH

Ralf Novacek / Leiter Finanzen FMH: Die Anzahl Mitglieder steigt seit 2005 kontinuierlich an. Innerhalb der Kategorien kommt es zu Verschiebungen. Eine hohe Anzahl von Projekten, die Einführung des TARDOC, veränderte Rahmenbedingungen, die Imagekampagne, die Vorbereitung auf ein allfälliges Referendum sowie die Massnahmen zu Planetary Health prägen das Budget. Während der Pandemie in den beiden Vorjahren, waren insbesondere die Aufwände für Anlässe sowie Aus- und Weiterbildung deutlich geringer. Damit resultiert im Budget 2023 ein negatives Ergebnis von 216 TCH.

4.4. Budget GPK

Ralf Novacek / Leiter Finanzen FMH: Im Budget der GPK bleiben die Kosten mehr oder weniger unverändert über den Zeitablauf. Wir haben etwas höhere Personalkosten, dafür etwas

tieferen Verwaltungskosten. Für die GPK sind im Jahr 2023 finanzielle Mittel in der Höhe von 98 TCH budgetiert.

4.5. Bericht GPK

Philippe Vuillemin / Präsident GPK: Im ersten Halbjahr 2022 stand der von der Ärztekammer im Frühling verlangte Bericht im Zentrum der Arbeit der GPK. Nach Abschluss wurde dieser den Mitgliedern der Ärztekammer und dem Zentralvorstand zugestellt. Entsprechend dem Beschluss der GPK vom Juni 2021 haben die Mitglieder der Kommission die ihnen zugewiesenen Departemente besucht. Auf diese Weise erhält die GPK ein vertieftes Verständnis über die Funktionsweise der FMH und des SIWF. Die GPK hat sich bei der FMH und dem SIWF auf allen Ebenen mit dem Datenschutz beschäftigt und wurde umfassend informiert. Die Aufgabe der GPK umfasst die Amtsführung des ZV anhand der normativen Vorgaben (allgemeine Rechtsordnung, Statuten usw.) gemäss Art. 53, Abs. 2 der Statuten FMH.

4.6. Mitgliederbeiträge 2023

Ralf Novacek / Leiter Finanzen FMH: Es wird über folgende 4 Kategorien abgestimmt: Grundbeitrag, Sonderbeitrag für die nationale Konsolidierungsstelle, Sonderbeitrag für die Revue Médicale Suisse und Sonderbeitrag Kommunikationskampagne.

- Die Ärztekammer genehmigt den Grundbeitrag für 2023: Kat. 1 und 2 = CHF 710.-, Kat. 3 = CHF 475.-, Kat. 4 = CHF 355.-, Kat. 5 = 284.-, Kat. 6 = CHF 178.-, Kat. 7 = CHF 142.-**
Der Grundbeitrag wird mit grosser Mehrheit bei 0 Gegenstimmen und 3 Enthaltungen genehmigt.
- Die Ärztekammer genehmigt den Sonderbeitrag für 2023 zugunsten: NAKO (Na-**

tionale Konsolidierungsstelle) mit CHF 40.00 für die Kat. 1 und 2:

Der Sonderbeitrag wird mit grosser Mehrheit bei 0 Gegenstimmen und 6 Enthaltungen genehmigt.

- Die Ärztekammer genehmigt den Sonderbeitrag für 2023 zugunsten: «Revue Médicale Suisse» von CHF 10.00 für die Kategorien 1,2,3,5 und 6:**

Der Sonderbeitrag wird mit grosser Mehrheit bei 0 Gegenstimmen und 5 Enthaltungen genehmigt

- Die Ärztekammer genehmigt den Sonderbeitrag für 2023 zugunsten: «Kommunikationskampagne 2023-2025» von CHF 40.00 für die Kategorien 1,2,3,5 und 6**

von CHF 20.00 für die Kategorie 4
Der Sonderbeitrag Kommunikationskampagne wird mit grosser Mehrheit bei 1 Gegenstimme und 2 Enthaltungen genehmigt.



Ralf Novacek, stv. Generalsekretär und Leiter der Abteilung Finanzen und Verwaltung, erläutert das Budget 2023 der FMH.

4.7. Budget 2023 konsolidiert

Beschlussantrag

Die Ärztekammer genehmigt das Budget 2023. Im Detail genehmigt sie:

- Budget 2023 des SIWF mit einem Gewinn von TCHF 9
- Budget 2023 der FMH mit einem Verlust von TCHF 216
- Budget 2023 der GPK
- Das konsolidierte Budget 2023 der FMH mit einem Verlust von TCHF 207

Beschluss

Das Budget 2023 der FMH (Ziffer 4.1. bis 4.6.) wird mit grosser Mehrheit bei 0 Gegenstimmen und mit 5 Enthaltungen genehmigt.

5. Projektabschluss Gesamt-sanierung Elfenstrasse

Christoph Bosshard / Zentralvorstand FMH berichtet über die Gesamtanierung inkl. Film zum gelungenen Umbauprojekt: Am 9. Mai 2019 hat die Ärztekammer das angepasste Gesamtprojektbudget inklusive Umzug und Ersatzstandort genehmigt. Er dankt den Delegierten an dieser Stelle noch einmal für das Vertrauen gegenüber dem Zentralvorstand, ein solches Jahrzehnte-Projekt umzusetzen. Heute, am 27. Oktober 2022, darf die FMH bereits auf einige Monate in der neuen Arbeitsumgebung zurückblicken und feststellen, dass die Mitarbeitenden sich rasch an die neuen Räumlichkeiten mit offenen working spaces gewöhnt und angepasst haben und auch die neuen Möglichkeiten rege nutzen. Er hebt hervor, dass es

eine intensive und lehrreiche Zeit mit diversen Herausforderungen für ihn und den Zentralvorstand gewesen ist. Erfreulich, dass die effektiven Projektkosten um 885 TCHF unter den budgetierten Gesamtkosten liegen. Der Grossteil der Bausumme konnte aus Rückstellungen entnommen werden, ein Anteil von CHF 3 Mio wurde in Form einer Hypothek finanziert. Yvonne Gilli dankt Christoph Bosshard herzlich für die geschätzte Arbeit, nicht nur für die sehr grosse Verantwortung, die er getragen hat, auch für die unendlichen Arbeitsstunden, die er in den letzten fünf Jahren für dieses Grossprojekt zusätzlich investiert hat.

Beschlussantrag

Die Ärztekammer beschliesst, die Umsetzung und Fertigstellung des Projekts Grundsanierung Elfenstrasse im Rahmen des Ärztekammerbeschlusses vom 09.05.2019 durch den Zentralvorstand der FMH zur Kenntnis zu nehmen.

Beschluss

Die Delegierten nehmen das Projekt Grundsanierung Elfenstrasse mit grossmehrheitlicher Zustimmung zur Kenntnis.

6. Wahlen und Bestätigungs-wahlen

6.1. Wahl Vizepräsidium FMH

Yvonne Gilli / Präsidentin FMH: Der Zentralvorstand schlägt Philippe Eggimann als zweiten Vizepräsidenten vor.



Philippe Eggimann wird zum zweiten Vizepräsidenten der FMH gewählt. Die Präsidentin der FMH, Yvonne Gilli, gratuliert ihm zur Wahl.

Die BEKAG stellt Antrag auf offenes Wahlverfahren für das Amt des zweiten Vizepräsidenten: Die grosse Mehrheit stimmt diesem Antrag zu, bei 0 Gegenstimmen und 2 Enthaltungen.

Beschlussantrag

Der Zentralvorstand der FMH empfiehlt der Ärztekammer, Dr. med. Philippe Eggimann, Mitglied des Zentralvorstandes der FMH, zum 2. Vizepräsidenten der FMH für die laufende Legislaturperiode 2020-2024 zu wählen.

Beschluss

Dr. med. Philippe Eggimann wird einstimmig gewählt.

6.2. Wahl der Revisionsstelle (BDO AG) für die Periode 2022-2023

Ralf Novacek / Leiter Finanzen empfiehlt der ÄK die Bestätigung der BDO AG, die Zusammenarbeit funktioniert gut, es sei positiv, wenn die Revisionsstelle gute Kenntnisse über das Unternehmen habe. Der leitende Revisor wird alle 7 Jahre gewechselt.

Die Präsidentin schlägt vor, die Wahl der Revisionsstelle offen durchzuführen: Die notwendige zwei Drittel-Mehrheit ist gegeben mit 136 Ja, 0 Nein, 0 Enthaltungen.

Beschlussantrag

Die ÄK wählt die Revisionsgesellschaft BDO in Bern als Kontrollstelle für weitere zwei Jahre (Jahresrechnung 2022 und 2023).



Die Delegierten tauschen sich während des Stehlunchs aus.

Beschluss

Die Revisionsgesellschaft BDO in Bern wird mit grosser Mehrheit, 0 Nein, 1 Enthaltung bestätigt.

6.3. Bestätigungswahl von nominierten DV-Delegierten

Die antragstellende Organisation VEDAG beantragt der Ärztekammer, den folgenden (neuen) Delegierten für die Delegiertenversammlung der FMH zu bestätigen:

VEDAG

bisher	neu
Josef Widler, Zürich	Tobias Burckhard, Zürich ab
	01.01.2023

Beschluss

Der neue DV-Delegierte wird mit grosser Mehrheit, 0 Nein, 10 Enthaltungen bestätigt.

6.4. Bestätigungswahl von nominierten DV-Ersatzdelegierten

Die antragstellende Organisation VEDAG beantragt der Ärztekammer, den folgenden (neuen) Ersatzdelegierten für die Delegiertenversammlung der FMH zu bestätigen:

VEDAG

bisher	neu
Wicky-Frey Gabriela, Sursee	Bernoulli Dennis, Basel ab sofort

Beschluss

Der DV-Ersatzdelegierte wird mit grosser Mehrheit, 0 Nein, 2 Enthaltungen bestätigt.

7. Änderungen in den Statuten

Keine Statutenänderungen

8. Änderungen in der Geschäftsordnung

Keine Änderungen

9. Änderungen in der Standesordnung**9.1. SAMW Richtlinien: Zusammenarbeit von medizinischen Fachpersonen mit der Industrie**

Yvonne Gilli / Präsidentin; Gabriela Lang / Rechtsdienst FMH: Die SAMW Richtlinien «Zusammenarbeit Ärzteschaft – Industrie», welche in Anhang 1 der Standesordnung der FMH aufgenommen sind, beschreiben den adäquaten Umgang mit Interessenkonflikten und enthalten Leitlinien zu deren Reduzierung. Die SAMW hat diese Richtlinien grundsätzlich



Philipp Moline (Newindex) zur neuen Finanzierung der ärztlichen Datensammlung. Links: Josef Widler (Präsident der Ärztesgesellschaft des Kantons Zürich). Rechts: David Fiaux (Trustcenter).

überarbeitet. Die Revision war einerseits notwendig, weil sie angepasst werden musste an das in der Zwischenzeit revidierte Heilmittelgesetz (HMG) und der entsprechenden Ausführungsverordnung über Integrität und Transparenz im Heilmittelbereich (VITH). Andererseits wurde die Aktualisierung zum Anlass genommen, den Geltungsbereich der Richtlinien zu aktualisieren: Sie richten sich nicht mehr ausschliesslich an Ärztinnen und Ärzte, sondern grundsätzlich an medizinische Fachpersonen. Der Zentralvorstand der FMH steht den überarbeiteten Richtlinien «Zusammenarbeit von medizinischen Fachpersonen mit der Industrie» grundsätzlich positiv gegenüber. Er empfiehlt der Ärztekammer, die Richtlinien mit Ausnahme von Ziff.II/3.2.2., 2. Satz in die Standesordnung der FMH aufzunehmen. Der zweite Satz «Geldwerte Leistungen oder Vorteile müssen offengelegt werden und der Umfang der erhaltenen geldwerten Leistungen sollte öffentlich zugänglich sein.» lehnt der Zentralvorstand ab. Das Gesetz fordert berechtigterweise die Transparenz mit Offenlegung von geldwerten Leistungen gegenüber der Aufsichtsbehörde, jedoch nicht die «öffentliche Zugänglichkeit». Der Zentralvorstand erachtet diese Transparenz als wichtig und unterstützt klar definierte Offenlegungspflichten gegenüber Aufsichtsorganen, weil diese Transparenz im Zusammenhang mit einem im Gesetz definierten Zweck und Zusammenhang steht. Eine öffentliche Zugänglichkeit zu erhaltenen geldwerten Leistungen ohne Vorgaben und ohne flankierende Massnahmen erachtet der Zentralvorstand jedoch als problematisch. Falsch oder gar nicht kontextualisiert besteht die Gefahr, dass geldwerte Leistungen medialisiert und falsch interpretiert zur Stimmungsmache, Polarisierung und Diffamierung einzelner Per-

sonen genutzt werden können. Dies würde weder der gewollten Integrität noch der Transparenz dienen. Der ZV empfiehlt deshalb, die überarbeiteten Richtlinien mit Ausnahme von Ziff. II/3.2.2., 2. Satz in die Standesordnung aufzunehmen. Weil der Text der Richtlinien nicht geändert werden kann (Copyright SAMW), wird ein entsprechender Hinweis mittels Fussnote in Art. 18 der Standesordnung (StaO) sowie in Anhang 1 der StaO aufgenommen.

Der VSAO stellt den **Gegenantrag**, dass die Richtlinien vollständig übernommen werden.

Nach eingehender Diskussion werden der Antrag des Zentralvorstands und der Gegenantrag des VSAO zur Abstimmung gegenübergestellt: Die Abstimmung ergibt 71 Ja für den Antrag des Zentralvorstands, 52 Ja für den Gegenantrag des VSAO.

Beschlussantrag

Die Ärztekammer beschliesst, die 2022 von der SAMW ausführlich überarbeiteten Richtlinien «Zusammenarbeit von medizinischen Fachpersonen mit der Industrie» mit Ausnahme von Ziff. II. / 3.2.2., 2. Satz in die Standesordnung der FMH aufzunehmen.

Beschluss

Dem Antrag wird mit 107 Ja, 14 Nein, 10 Enthaltungen zugestimmt.

10. Neue Finanzierung der ärztlichen Datensammlung

Urs Stoffel / Zentralvorstand; Josef Widler / AGZ; Philipp Molina / Newindex; David Fiaux / Vertreter Trustcenter: Eine solide und ärztliche Datengrundlage (Datensammlung, Haltung und Verwertung) ist für die Arbeit der ärztlichen Standesorganisationen unentbehr-

lich. Die vorgeschlagene Neuorganisation hat zum Ziel, die **nachhaltige und langfristige Sicherung** der Existenz der **Datensammlung** durch eine **nutzergerechte Finanzierung sicherzustellen** und so zu gewährleisten, dass auch in Zukunft die nötigen Daten im geeigneten Detaillierungsgrad und in hoher Datenqualität zur Verfügung stehen. Ein wichtiges Ziel ist dabei, die (Wieder-)Herstellung einer nationalen Abdeckung durch eine nationale Finanzierung der Konsolidierung aller Daten.

Das vorgeschlagene Grundprinzip zur Organisation der Datensammlung mit einer nationalen und einer kantonalen Ebene, wurde durch eine breit abgestützte Arbeitsgruppe, die Organisationen der bisherigen Datensammelungs- und Verarbeitungskette umfasst, erarbeitet. Der Zentralvorstand und die Delegiertenversammlung der FMH haben das Grundprinzip der neuen Finanzierung genehmigt. Nach dem allfälligen positiven Entscheid der Ärztekammer zum neuen Grundprinzip, erfolgen im Anschluss die Diskussionen zur konkreten Abgrenzung der kantonalen und nationalen Leistungen sowie wiederum darauf basierend die Diskussion des Kostenteilers je nach Nutzergruppen. Aus diesem Grund schlägt die Arbeitsgruppe, der Zentralvorstand der FMH und die Delegiertenversammlung ein zweistufiges Vorgehen vor:

- Die Beantragung der **Bewilligung des Grundprinzips** an die ÄK am 27.10.2022
- Die **Erarbeitung der konkreten Auswirkungen bezüglich Kostenteiler bezogen auf die Beitragskategorien vor dem Hintergrund der Nutzer-Betroffenheit und der Leistungsaufträge** bis zur ÄK im Herbst 2023.

Die Delegierten des VSAO wie auch die weiteren Wortmeldungen stehen hinter dem Grundprinzip der neuen Finanzierung und der Wichtigkeit der ärzteigenen Datensammlung. Für den VSAO ist es wichtig, dass die Mitgliederbeitrags-Kategorie 4 von der Erhöhung der Mitgliederbeiträge nicht betroffen sein wird. Weiter wünscht der VSAO, in der Arbeitsgruppe vertreten sein zu können, welche nun die Folgearbeiten an die Hand nimmt. Diesem Anliegen wird breite Zustimmung entgegengebracht.

Arbeitsgruppe, Zentralvorstand und Delegiertenversammlung der FMH empfehlen der ÄK folgenden Beschlussantrag.

Beschlussantrag

Die Ärztekammer beschliesst:

- Das **Grundprinzip (Variante nationale Umfinanzierung) der neuen Finanzierung zu genehmigen**
- **Den Zeitplan mit dem zweistufigen Vorgehen zu genehmigen**
- Die **Wichtigkeit der Erreichung der nationalen Abdeckung zu betonen**



Die Delegierten vertreten ihre Basis- und Fachorganisationen an der Ärztekammer. Im Bild: Angelo Barrile, Präsident des Verbands Schweizerischer Assistenz- und Oberärztinnen und -ärzte (VSAO).

Beschluss

Der Antrag wird mit 142 Ja, 0 Nein, 5 Enthaltungen angenommen.

11. Antrag OMCT, VEDAG, SMSR: «Für eine stärkere Präsenz der lateinischen Medizin im ZV der FMH»

Franco Denti / OMCT: Die Ärzte der deutschen Schweiz, der Romandie und der italienischen Schweiz bilden zusammen eine Vielzahl von verschiedenen Stimmen: Nur durch die Einigung in einem einzigen Chor können die Interessen der Ärzteschaft erfolgreich vertreten werden und gleichzeitig das Gewicht und die Glaubwürdigkeit des FMH-Berufsverbands auf nationaler Ebene verstärkt werden. Zu diesem Zweck ist es notwendig, alles dafür zu tun, dass alle Realitäten des schweizerischen Gesundheitswesens, einschliesslich der italienischen Schweiz, im Zentralvorstand der FMH vertreten sind.

Der im Rundschreiben Nr. 2022-10-11 formulierte Beschlussantrag wird ersetzt durch den nachstehenden, statutenkonformen Antrag.

Antrag

Die Ärztekammer beschliesst, ab der nächsten Legislaturperiode (2024-2028) bei Vorliegen gültiger und valabler Kandidaturen am Grundsatz der Präsenz der lateinischen Medizin im FMH-ZV festzuhalten, um damit der Repräsentativität und dem Zusammenhalt der Schweizer Ärzteschaft im FMH-Zentralvorstand Ausdruck zu verleihen.

Es entsteht eine angeregte Diskussion über die Schwierigkeit, dass eine Quotenregelung zur Repräsentativität der lateinischen Schweiz, weitere Forderungen nach sich ziehen würde wie die adäquate Abbildung von Geschlecht, Fachrichtung, Angestellte vs. frei Praktizierende, Alter, etc. Konsus besteht darin, dass bei der Rekrutierung von ZV-Mitgliedern viel mehr Kriterien im Vordergrund stehen und zu berücksichtigen sind: Führungskompetenz, Engagement, politische Erfahrung und Vernetzung, etc. Zahlreiche Delegierten unterstützen das Anliegen der Tessiner Ärztesgesellschaft, möchten dies jedoch nicht statutarisch festlegen.

Nach einem angenommenen Ordnungsantrag auf Abschluss der Debatte wird der **Antrag der OMCT, VEDAG, SMSR: «Für eine stärkere Präsenz der lateinischen Medizin im ZV der FMH» zurückgezogen** mit der ausdrücklichen Bekräftigung, dass das Anliegen bei den Wahlen 2024 in Erinnerung gerufen werden wird. Die Präsidentin dankt für die angeregte Diskussion und verspricht, die Bedeutung der lateinischen Schweiz für den Zentralvorstand im Rahmen der nächsten Gesamterneuerungswahlen zu betonen.

12. Informationen aus Zentralvorstand und Generalsekretariat

Yvonne Gilli / Präsidentin FMH informiert, dass alle Departementsberichte auf myfmh zu finden sind.

Christoph Bosshard / Zentralvorstand FMH informiert über den aktuellen Stand bei der **Zulassungsregulierung** auf eidgenössischer Ebene und nimmt insbesondere Bezug

auf die Situation im Kt. Genf. Die FMH ist intensiv in dieser Thematik unterwegs, sei es im Rahmen der strukturierten Rückmeldung auf EDI-Verordnungsebene zur Herausforderung der Berechnung der Versorgungsgrade, wie auch auf Ebene der Beratung unserer Mitglieder durch den Rechtsdienst. Michel Matter / AMGE berichtet über die besondere Sachlage im Kanton Genf. Es wird darum gebeten, die Thematik Umsetzung Art. 55a (Zulassungssteuerung) anlässlich der nächsten Ärztekammersitzung zu traktandieren. Der Zentralvorstand nimmt dieses Anliegen auf, ist jedoch darauf angewiesen, dass entsprechende Rückmeldungen aus dem Kreis der in der Ärztekammer vertretenen Organisationen, insbesondere den kantonalen Ärztesellschaften, an die FMH gelangen. Alle angeschlossenen Organisationen sind hiermit aufgerufen, ihre Fragen, Anliegen und Rückmeldungen im Zusammenhang mit der Umsetzung der Zulassungssteuerung zu melden. Ein entsprechender Reminder wird über das FMH Weekly erfolgen.

Urs Stoffel / Zentralvorstand FMH: Das Finanzierungskonzept der neuen **QUALAB** mit einer Datenaustauschplattform sieht vor, dass neu eine Gebühr bei der jährlichen Registrierung direkt durch QUALAB erhoben werden soll. Die QUALAB wird seit 2020 zusätzlich noch für Aktivitäten in der Qualitätsentwicklung durch die Leistungserbringer und Kostenträgerverbände gemeinsam finanziert. Bis Ende 2022 müssen sich alle Labors, auch die Praxen mit **Praxislabor**, bei QUALAB registrieren und eine GLN-Nummer beantragen. Die Labors werden von der QUALAB anhand des neuen GLN-Labor-Kodes überprüft. Mittels der Selbstdeklaration muss das Labor belegen, dass es die QUALAB-IQK-Richtlinie regelkonform umsetzt (www.qualab.swiss/Registration-Labor).

13. Varia

Conrad Müller / BL berichtet über die **Unterstützung der Ukraine** seit Beginn des Krieges im Frühjahr 2022. Zwischenzeitlich wurde eine Taskforce zur Unterstützung in verschiedenen Bereichen eingesetzt, wodurch ein wichtiger Know-how-Transfer, eine intensive Zusammenarbeit und Partnerschaften zwischen Spitälern entstanden sind. Unterstützt werden Spitäler mit Materialspenden, Behandlungssupport, u.a. von Kindern mit Kriegsverletzungen, der Wiederaufbau des Gesundheitswesens sowie ukrainische Familien in der Schweiz.

Daten der ÄK 2023-2025

Donnerstag, 08. Juni 2023

Donnerstag, 09. November 2023

Donnerstag, 06. Juni 2024

Donnerstag, 07. November 2024

Donnerstag, 05. Juni 2025

Donnerstag, 06. November 2025

Die Präsidentin dankt allen für das Vertrauen, das dem Zentralvorstand entgegengebracht wird. Zudem verdankt sie die Anwesenheit der Delegierten und die engagierten Diskussionen. Sie wünscht allen eine gute Heimreise und schliesst die Versammlung um 17:30 Uhr.

Glossar

Abkürzungen	Erläuterung
AGZ	Ärztesgesellschaft des Kantons Zürich
AMGE	Ärztesgesellschaft des Kantons Genf
ats-tms	Tarifpartnerschaft: arztarief schweiz – tarif médical suisse
BEKAG	Ärztesgesellschaft des Kantons Bern
BDO	Wirtschaftsprüfungs-, Treuhand- und Beratungsgesellschaft BDO AG
DV	Delegiertenversammlung FMH
EMH	Schweizerischer Ärzteverlag AG
EFAS	Einheitliche Finanzierung ambulanter und stationärer Leistungen der Krankenversicherung
EPA	Entrustable Professional Activities
FMH	Verbindung der Schweizer Ärztinnen und Ärzte
GLN	Global Location Number
GPK	Geschäftsprüfungskommission
H+	Die Spitäler der Schweiz
HMG	Heilmittelgesetz
ICT	Informations- und Kommunikationstechnologie
KÄG	Kantonale Ärztesgesellschaft
KVG	Krankenversicherungsgesetz
KVV	Verordnung über die Krankenversicherung
MEBEKO	Medizinalberufekommission
NAKO	Nationale Konsolidierungsstelle
OAAT	Organisation für ambulante Arzttarife AG
OMCT	Ordine dei medici del canton Ticino
QUALAB	Schweizerische Kommission für Qualitätssicherung im medizinischen Labor
QUALAB-IQK	QUALAB-interne Qualitätskontrolle
SAMW	Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissenschaften
SGK-N	Kommission für soziale Sicherheit und Gesundheit des Nationalrates
SIWF	Schweizerisches Institut für ärztliche Weiter- und Fortbildung
SMSR	Société Médicale de la Suisse Romande
StaO	Standesordnung
Tarmed	Ärztliche Leistungsstruktur
TARDOC	Neue Tarifstruktur ambulante ärztliche Leistungen
VEDAG	Verband Deutschschweizer Ärztesgesellschaften
VITH	Verordnung über die Integrität und Transparenz im Heilmittelbereich
VSAO	Verband Schweizerischer Assistenz- und Oberärztinnen und -ärzte
WBO	Weiterbildungsordnung
ZV	Zentralvorstand

Personalien

Todesfälle / Décès / Decessi

Monique Fournet (1931), † 24.11.2022, Spécialiste en dermatologie et vénéréologie, 1234 Vessy
Friedrich von Planta (1930), † 22.12.2022, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin, 7000 Chur

Praxiseröffnung / Nouveaux cabinets médicaux / Nuovi studi medici

TG

Stephanie Schade-Wyler, Fachärztin für Chirurgie, FMH, Bahnhofstrasse 61, 8500 Frauenfeld

VD

Julie Emilie Amélia Pestuggia, Spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, FMH, Allée du Communet 20, 1196 Gland

Ärztegesellschaft des Kantons Luzern

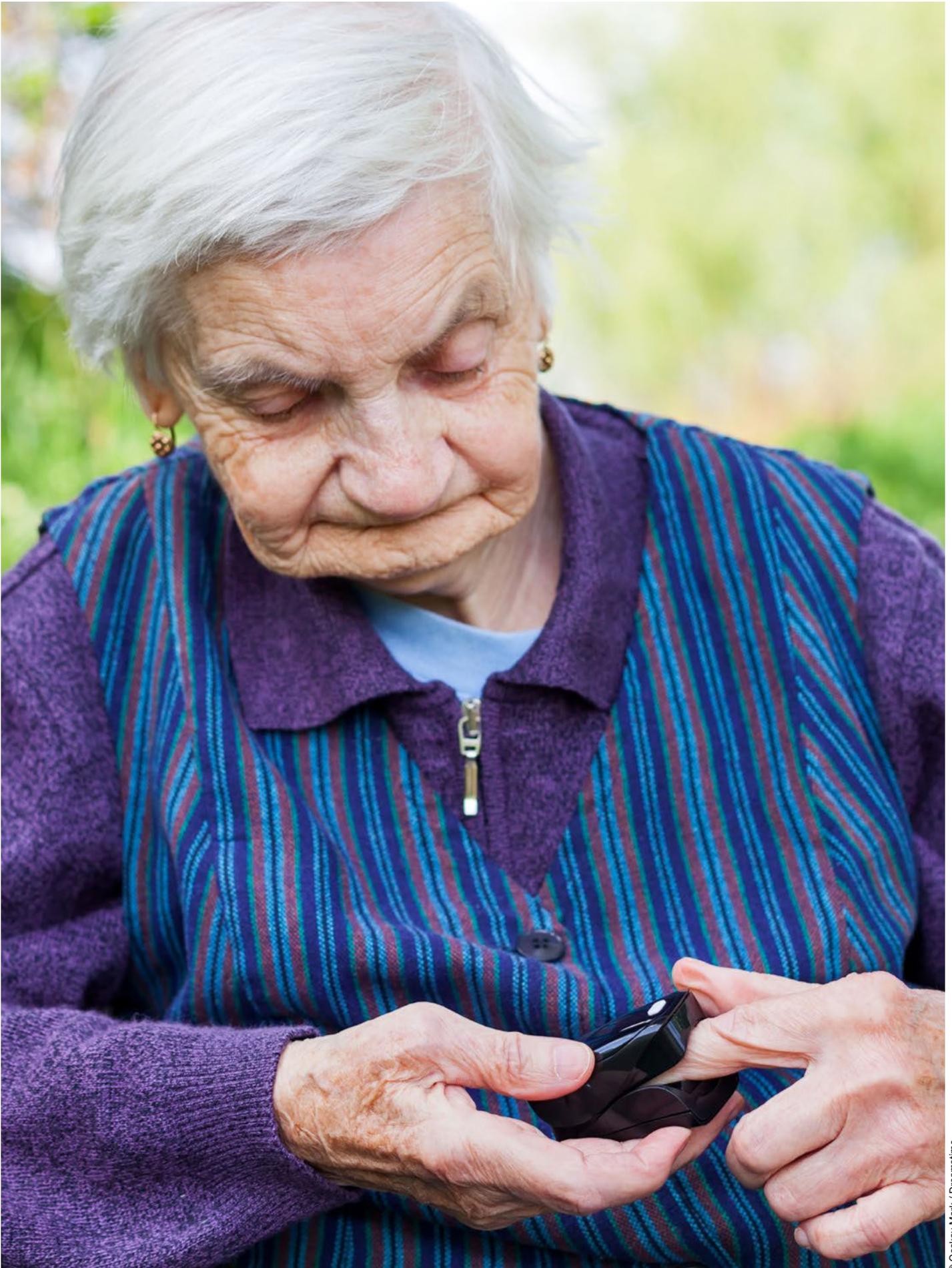
Zur Aufnahme in unsere Gesellschaft hat sich gemeldet:

Lucia Niederberger, Fachärztin für Allgemeine Innere Medizin, FMH, Hausarztpraxis Dr. med. Josef Wey, Bahnhofstrasse 42, 6210 Sursee

Zur Aufnahme in unsere Gesellschaft Sektion Stadt hat sich gemeldet:

Claudia Buser, Fachärztin für Allgemeine Innere Medizin, FMH, Gruppenpraxis Horw, Kantonsstrasse 130, 6048 Horw

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



© Ocskay Mark / Dreamstime

Das Heim-Monitoring stellt eine neue Möglichkeit ausserhalb ambulanter und stationärer Spitalaufenthalte dar.

Gut behandelt zuhause

Heim-Monitoring Die Ärztesgesellschaft Baselland hat während der COVID-Pandemie ein Heim-Monitoring-Projekt gestartet – mit Erfolg: Das alternative Behandlungsmodell trägt dazu bei, die Versorgungsqualität zu steigern, die Spitäler zu entlasten und Kosten einzusparen.

Severin Pöchtrager^a, Tom Goetz^b, Stephan Heider^c, Natja Kirchner^d, Conrad E. Müller^e

^a Dr. med., Leitender Arzt, Klinik Arlesheim; ^b Dr. med., Partner Praxis Zentrum Reinach; ^c Teamleiter, Stiftung Medizinische Notrufzentrale (MNZ); ^d Stellvertretender Teamleiter MNZ; ^e Dr. med., MBA, Vize-Präsident Ärztesgesellschaft Baselland

Durch die COVID-19-Pandemie war das Gesundheitswesen im In- und Ausland einer hohen Belastung ausgesetzt. Auch in den Spitälern waren die Strukturen und das Personal zeitweise überlastet. Durch die COVID-Patientinnen und -patienten, die während den Wellen bis zu 30% der vorhandenen Spitalkapazität in Anspruch nahmen, konnte es bei elektiven Behandlungen zu langen Wartezeiten kommen und damit verbunden zu verzögerter Diagnostik und Therapie mit entsprechend schlechterem Outcome. Die Überlastung hat auch dazu geführt, dass viele Pflegende sowie Ärztinnen und Ärzte ihren Beruf gewechselt haben.

Heim-Monitoring als Chance

Diesen Winter droht eine doppelte Herausforderung durch möglicherweise erneut hohe Patientenzahlen wegen einer weiteren COVID-19-Welle, aber auch durch vermehrte Influenzafälle mangels Immunisierung infolge der Schutzmassnahmen in den letzten zwei Jahren. Die hohen Zahlen an Influenzainfekten in Australien diesen Sommer deuten darauf hin.

Gleichzeitig fehlen immer mehr Pflegekräfte, was bereits eine Reduktion der Akutbetten bis 10% zur Folge hatte. Der Blick ins Ausland zeigt, mit welchen Strategien diesen Herausforderungen begegnet werden könnte. So wurden in Italien früh in der Pandemie Patientinnen und Patienten mit gutem Outcome ausserhalb der Spitäler kontinuierlich überwacht und damit Spitäler entlastet. Und in Singapur wurden bei 17 000 Personen während der zweiten COVID-Welle gute Erfahrungen mit Heim-Monitoring (HM) gesammelt. Das Spital Jeroen Bosch mit 1120 Betten in den Niederlanden entlässt Patientinnen und Patienten nach kolorektaler Chirurgie am ersten Tag nach dem Eingriff mit HM nach Hause.

Projekt im Baselland

Schon heute werden viele Patientinnen und Patienten zu Hause betreut, meist in Zusam-

menarbeit mit Hausärztinnen und Hausärzten und der Spitex. Dabei werden Vitalzeichen punktuell gemessen.

Bei Erkrankungen wie zum Beispiel Erkrankungen der Atemwege oder Urosepsis kann es jedoch sinnvoll sein, den Trend des Krankheitsverlaufs mit einem kontinuierlichen Monitoring zuhause zu erfassen, um bei Verschlechterung frühzeitig reagieren zu können. Die dazu notwendigen Überwachungsgeräte sind verfügbar.

Um zu testen, ob das HM praktikabel und sicher ist, wurde in Zusammenarbeit mit Mitgliedern der Ärztesgesellschaft Baselland, der Stiftung Medizinische Notrufzentrale (MNZ) – einer Notrufzentrale der Ärztesgesellschaften Basel, Baselland, Aargau, Solothurn und Zug – einer Hausarztpraxis und der Klinik Arlesheim das System an ausgewählten Patientinnen und Patienten im Alter zwischen 35 und 90 Jahren getestet.

Die Patientinnen und Patienten können mit der App die eigenen Messdaten auf dem Handy verfolgen.

Die Überwachung basiert auf einfachen, telemedizinisch vernetzten Sensoren, welche die vitalen Daten der Betroffenen kontinuierlich über das Mobiltelefon mittels einer Applikation direkt an das Monitorzentrum der MNZ weiterleiten (siehe Abbildung 1).

Die Patientinnen und Patienten können mit der Applikation die eigenen Messdaten verfolgen, mit der Überwachungszentrale kommunizieren und Feedback über den Krankheitsverlauf geben.

Ablauf bei einem Alarm

Ärztlich festgelegte, individuell an die Personen angepasste Standards bestimmen das Alarmma-

nagement bei der MNZ. Das Alarmmanagement wird von Mitarbeitenden der MNZ ausgeführt mit einem 24/7 ärztlichen Pikettdienst. Da eine Organisation wie die MNZ schon heute mit Notrufgeräten arbeitet, ist sie prädestiniert, um diese Überwachung professionell durchzuführen.

Die Sensoren messen kontinuierlich die Vitalparameter Puls, Sauerstoffsättigung und Atemfrequenz, übermitteln sie an das Mobiltelefon der Betroffenen und dann webbasiert auf das Dashboard der MNZ. Die Messparameter können je nach Bedarf erweitert werden, zum Beispiel durch Messung der Körpertemperatur, des Blutdrucks und des Gewichts. Die Verbundenheit mit der Überwachungszentrale gibt den Betroffenen Sicherheit und den Komfort des Aufenthalts zuhause.

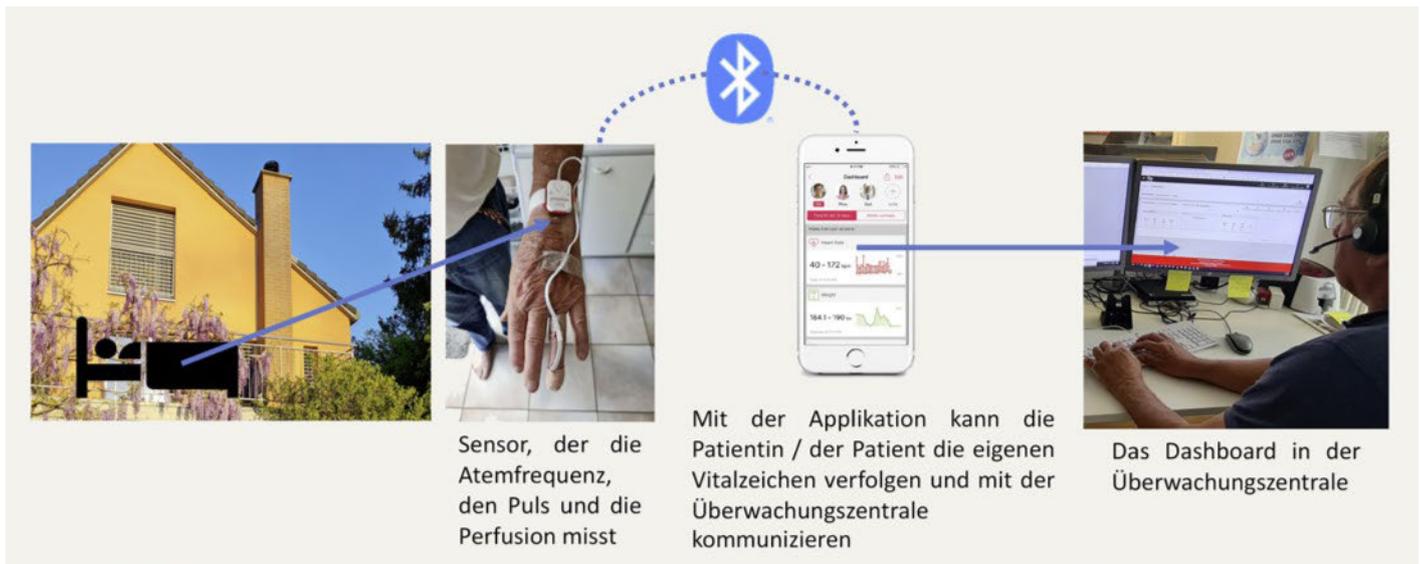
Erfahrungen aus Spitalsicht

In der Klinik Arlesheim wurden in den letzten Monaten mehrere Personen vor dem Austritt aus der Abteilung für Inneren Medizin oder bei einer Konsultation in der Notfallambulanz mit einem HM-System ausgestattet und danach über mehrere Tage gemeinsam mit der MNZ zuhause überwacht und begleitet. Dies hat es ermöglicht in einer Zeit, in der Spitalbetten (Winter 2021/2022) knapp waren, Patientinnen und Patienten frühzeitig zu entlassen oder eine stationäre Aufnahme zu verhindern.

Ob jemand ein HM möchte, wird natürlich mit individuell besprochen. Wenn eine Person für das HM qualifiziert, wird sie über die Möglichkeit des HM aufgeklärt. Vor allem technikaffine Personen haben grosse Freude an dieser Möglichkeit und nutzen sie gerne. Hingegen sind Menschen, die im Umgang mit Smartphones wenig geübt sind, eher zurückhaltend.

Die Anwendung des HM führte auch dazu, dass sich das pflegerische und ärztliche Team weiterentwickeln musste. So mussten Pflegende auf das HM geschult werden und der Verantwortungsbereich des Dienstärztes respektive der

Organisationen



Mit Sensoren ausgestattet können die Patientinnen und Patienten zuhause bleiben. Verschlechtern sich die Vitalwerte, meldet sich die Notrufzentrale.

Dienstärztin in der Klinik wuchs über die Klinikmauern hinaus.

Es ist ein grosser Unterschied, ob Vitalparameter interpretiert werden müssen von Personen, die auf der Intermediate Care Abteilung gepflegt werden, oder von Personen zuhause, von denen nicht unmittelbar bekannt ist, was sie gerade machen. So kam es bei einem der ersten COVID-Patienten mit HM zu einer Verwirrung. Als auf dem Monitor sein Puls plötzlich von 80 auf 155 und die Atemfrequenz von 21 auf 36 pro Minute anstiegen und die Sauerstoffsättigung von 97% auf 91% kamen Gedanken an eine mögliche Lungenembolie, Verschlechterung der Infektion oder andere akuten Ereignisse auf. Nach Anruf beim Patient konnte geklärt werden, dass es ihm gut ging, er hatte nur eine Harasse Wasser aus dem Keller in den dritten Stock getragen.

Ein Beispiel zeigt auf, wie mit HM auch Hospitalisierungen vermieden werden können. Im August 2022 kam ein junger Mann auf die Notfallstation mit einer COVID-Infektion mit moderaten Symptomen. Als er mit einer symptomatischen Therapie nach Hause entlassen werden sollte, wurde er panisch, kurzatmig und wollte auf keinen Fall das Spital verlassen. Er berichtete, dass er im März 2021 bereits eine COVID-Infektion hatte und in einem ähnlichen Gesundheitszustand von einer Notfallambulanz nach Hause geschickt worden war. Fünf Tage später musste er mit einer Sauerstoffsättigung von 82% notfallmässig für mehrere Tage intubiert und auf der Intensivstation behandelt werden. Dies wollte er auf keinen Fall wieder erleben. Als der Patient von der Möglichkeit des HM hörte, war er begeistert. Er liess sich mit dem HM verbinden, konnte dann seine eigenen Vitalparameter am Smartphone sehen und der Austritt war für ihn kein Problem

mehr. Nach sieben Tagen mit HM und mehreren telefonischen Kurzkontakten konnte er wieder vom Monitoring entlassen werden.

Mit dem HM wird das dichotome Gesundheitswesen (ambulant/stationär) verlassen und es ist eine besondere Sorgfalt bei der Zusammenarbeit mit dem ambulant tätigen Fachpersonen nötig. Viele Hausärztinnen und -ärzte zeigten ein grosses Interesse für diese neue Möglichkeit der Gesundheitsversorgung. HM hat das Potential, das Arbeiten in der Akutmedizin zu verändern und in Verbindung mit den ambulant tätigen Kolleginnen und Kollegen aus der Schnittstelle ambulant/stationär eine Nahtstelle zu machen.

Erfahrungen aus Sicht der Arztpraxis

Die Testpraxis ist eine lebhaftige Grundversorger-Gemeinschaftspraxis in der Agglomeration einer grossen Schweizer Stadt. Das HM wurde eingesetzt bei Personen mit urogenitalen und pulmonalen Infekten (zum Beispiel Personen mit COPD und Pneumonie) mit stabilen Kreislaufparametern.

Nach initialer Diagnostik (Labor, Röntgen) wurde der Patient, die Patientin mit dem HM-System verbunden und eine erste Dosis eines intravenösen Antibiotikums verabreicht. Am nächsten Tag erfolgte dann die klinische und laborchemische Nachkontrolle der Infektparameter und allenfalls eine erneute intravenöse Gabe oder die Umstellung auf eine orale Therapie. Durch das HM konnte eine Vorstellung auf dem Notfall respektive eine Hospitalisierung verhindert werden.

Wichtig für ein verlässliches HM ist eine gute Kooperation der Patienten (technisches Verständnis) und eine gewisse Flexibilität auf ärztlicher Seite. So kam es aufgrund eines Fehlalarmes (hohe Herzfrequenz) in einem Fall zur

Rückmeldung durch die Alarmzentrale an einen Arzt am späten Abend. Dieser nahm telefonisch mit der Patientin Kontakt auf. Nach Klärung des Sachverhalts – die Patientin hatte ihre Nähmaschine bedient und so einen Pulsalarm ausgelöst – konnte das Monitoring problemlos weitergeführt werden.

Erfahrungen der Überwachungszentrale

Seit Dezember 2021 hat das MNZ elf Personen mittels HM betreut. Bei Über- oder Unterschreitung der angelegten Grenzwerte des Monitorings gibt es eine Alarmmeldung über unser System, worauf die Mitarbeitenden des MNZ mit der Person Kontakt aufnehmen und den momentanen Zustand erfragen.

Die Mitarbeitenden des MNZ kommen alle aus der Akut- oder Intensivpflege und können basierend auf ihrer Erfahrung die Situation einschätzen, die Betroffenen beraten oder sie gegebenenfalls mit der behandelnden ärztlichen Fachperson verbinden.

Die Erfahrung hat gezeigt, dass die Patientinnen und Patienten sehr dankbar sind, weil sie zu Hause in ihrem gewohnten Umfeld bleiben können und sich trotzdem sicher und gut betreut fühlen.

Erfahrungen aus Patientensicht

Der Patient: 90-jährig, alleinstehend, erkrankt akut an COVID-19 (Fieber, Halsschmerzen, Husten, Tachypnoe und Müdigkeit). Er hat eine koronare Herzkrankheit mit Status nach Stent-einlage, eine chronische Darmentzündung und Übergewicht. Vitalzeichen am Anfang der Heimüberwachung: SpO₂ 92%, AF 28, Puls 90/min., Temp. 38.8, BP 130/85.

Da der Patient noch sehr selbständig ist und sich gut mit dem Mobiltelefon auskennt, wurde er während vier Tagen kontinuierlich mit HM

überwacht. Mit dem HM hat er sich sofort sicherer gefühlt. Die täglichen Routineanrufe vom Team der MNZ hat er sehr geschätzt. Die Anrufe bei den drei Alarmen haben ihm zusätzliche Sicherheit gebracht. Alarm 1 wurde ausgelöst bei hohem Puls nach Arbeiten im Garten, Alarm 2 wegen der Diskonnektion des Sensors nach dem Duschen und Alarm 3 wegen hohem Puls nach Treppensteigen. Der Patient hat sich durch die Sensoren in seiner täglichen Tätigkeit nicht gestört gefühlt. Weil er zuhause bleiben konnte, war es ihm möglich, seinen normalen Tagesablauf in reduziertem Umfang wahr zu nehmen und zum Beispiel Himbeeren zu pflücken. Zuhause hat er sich auch wesentlich mehr bewegt und sich schneller erholt als bei einer Hospitalisation. In einer randomisierten Pilotstudie [1] wurde aufgezeigt, dass Patientinnen und Patienten zu Hause im Durchschnitt 209 Minuten pro Tag aktiv sind versus 78 Minuten im Spital.

Finanzierung als Knackpunkt

Für das HM wurde für ausgewählte COVID-Patientinnen und -Patienten eine Position auf die Mittel und Gegenstände Liste aufgenommen. Es besteht jedoch noch kein Finanzierungsmodell für eine breitere Anwendung, dies

müsste dringend in Zusammenarbeit mit den Leistungserbringern und den Kostenträgern etabliert werden.

Denn mit der breiten Nutzung von HM können Hospitalisationen vermieden oder ausgewählte Personen frühzeitig aus der stationären Behandlung entlassen werden. HM ist kostengünstiger [2,3] als eine stationäre Betreuung und gibt den Betroffenen mehr Autonomie und Sicherheit in Bezug auf nosokomiale Infekte und Vermeidung von Delir. Und es gibt der Hausärztin, dem Hausarzt die Möglichkeit, seine Patientinnen und Patienten sicher zuhause zu therapieren.

Korrespondenz

Severin.Poechtrager[at]klinik-arllesheim.ch



Literatur

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

Das Wichtigste in Kürze

- Heim-Monitoring (HM) ist kostengünstiger als eine stationäre Behandlung: Hospitalisationen werden vermieden und ausgewählte Personen können frühzeitig aus der stationären Behandlung entlassen werden.
- Während der COVID-Pandemie hat die Ärztesgesellschaft Baselland ihre Notrufzentrale (MNZ) in Zusammenarbeit mit der Klinik Arlesheim und einer Hausarztpraxis dazu genutzt, Patientinnen und Patienten via HM zu überwachen.
- Die Betroffenen wurden mit Sensoren ausgestattet und ihre Vitaldaten mittels App direkt an das Monitorzentrum der MNZ übermittelt.
- Den Betroffenen gab das HM Sicherheit und es erleichterte die Arbeit der hausärztlichen Fachperson. Schwierigkeiten ergaben sich bei der Beurteilung der Vitaldaten, weil die Personen zuhause aktiver sind als im Spital.

Organisationen



Die Region um das Spital Oberengadin zieht viele Touristen an – doch Assistenzärztinnen und -ärzte weniger. Ein Mentoring-Projekt schafft Abhilfe.

Regionalspital geht neue Wege

Ausbildungsmodell Das Spital Oberengadin will seine Assistenzärztinnen und -ärzte besser unterstützen. Deshalb werden diese neu von zwei pensionierten Chefärzten als Mentoren begleitet. Davon profitieren Auszubildende gleichermassen wie Kaderärztinnen und -ärzte. Wir haben die Sichtweisen der Beteiligten zusammengestellt.

Paul Biegger^a, Michel Conti^b, Christoph Jäggi^c, Helena Schmidt^d, Hans-Peter Simmen^e

^a ehemaliger Chefarzt, Reparto di chirurgia, Ospedale della Carita; ^b Chefarzt Klinik für Chirurgie, Spital Oberengadin; ^c CEO, Spital Oberengadin; ^d Assistenzärztin Klinik für Chirurgie, Spital Oberengadin; ^e Ehemaliger Direktor der Klinik für Unfallchirurgie, Universitätsspital Zürich

Die Ausbildung auf Assistenzarzniveau in der Schweiz gilt offiziell als gut. Gemäss jährlichen Umfragen von der FMH und dem Schweizerischen Institut für ärztliche Weiter- und Fortbildung (SIWF) schliesst die Globalbeurteilung von 745 ausgewerteten Fragebögen für das Fach Chirurgie im Jahr 2021 mit der Note 4.5 ab [1]. Verbesserungspotential ist also sicherlich vorhanden. Selbst wenn die Bewertung durch die Assistenzärztinnen und -ärzte in erster Linie subjektiv ausfällt, dürften die gewonnenen Erkenntnisse bei einer Rücklaufquote von 70% als repräsentativ gelten. Es ist unbestritten, dass die zahlreichen Aufgaben, die Spitäler erfüllen müssen (Krankenversorgung im Sinne des Leistungsauftrages, Ausbildungsverpflichtungen, Budget einhalten) öfter einer «mission impossible» gleich kommen.

Die schweizweit 1100 Assistenzarztstellen im Jahr 2021 für Chirurgie waren durch 700 Facharztanwärterinnen und -anwärter belegt. Viele Spitäler, speziell in Randregionen, können zudem seit Jahren nur dank Fachpersonen aus dem Ausland funktionieren. Dazu kommt die Problematik, dass wenig Interesse an Ausbildungsstellen in der Peripherie besteht.

Alternative zum bisherigen Modell

Gemäss Frank et al. ist das Ziel einer guten Ausbildung die Vermittlung von Kompetenzen [2]. Gute Ausbildung mit Vermittlung von Kompetenzen hängt wesentlich von Mentorinnen und Mentoren ab. Eine Möglichkeit, die bis dato kaum erwähnt und noch wenig praktiziert wird, ist der Teilzeiteinsatz von emeritierten Chefärztinnen und Chefärzten. Basierend darauf haben wir in der Chirurgischen Klinik am Regionalspital Oberengadin in Samedan ein Pilotprojekt gestartet: Zwei emeritierte Chefärzte decken etwa zehn Tage monatlich ab: Keine Aktivität im Operationssaal, dafür voll disponibel im Notfallbetrieb. Jede Patientin und

jeder Patient wird gemeinsam mit der verantwortlichen Assistenzärztin, dem verantwortlichen Assistenzarzt beurteilt. Die Kaderärztinnen und Kaderärzte können sich derweil voll auf ihre Arbeit im Operationssaal konzentrieren und müssen sich nicht dauernd um Anliegen und Probleme im Notfall kümmern. Dadurch werden die Wartezeiten in der Notfallstation markant verkürzt und die Qualität der Patientenversorgung gesteigert.

Gute Ausbildung mit Vermittlung von Kompetenzen hängt wesentlich von Mentorinnen und Mentoren ab.

Die Ausbildungsphilosophie

In der postuniversitären Ausbildung, speziell in der Chirurgie, sind unter anderen drei Kompetenzen von grosser Bedeutung, kommen jedoch heute zu kurz: Klinisches Argumentieren, praktisches Handling und fachliche Kommunikation [3]. Vor allem Anfängerinnen und Anfänger werden durch die vier «apokalyptischen Reiter» Digitalisierung, Technisierung, Spezialisierung und Ökonomisierung in der professionell-speditiven Behandlung der Patientinnen und Patienten behindert. Dazu kommt administrative Ausuferung, eine Flut von Publikationen, komplexe und immer anspruchsvollere Patientinnen und Patienten. Die Assistenzärztinnen und -ärzte arbeiten an vorderster Front, im Notfallbetrieb und auf den Abteilungen. Dabei sind sie häufig sich selbst überlassen. Wir alle wissen es, auch aus Fehlern kann man lernen und dazu sehr nachhaltig, Fehlerkultur vorausgesetzt [4].

Alle Personen, die sich im Notfall oder in der Notfallsprechstunde für Verlaufskontrollen vorstellen, werden unmittelbar mit den verant-

wortlichen Assistenzärztinnen und Assistenzärzten beurteilt. Die Mentoren instruieren sie auch bei kleinen notfallmässigen Eingriffen wie Repositionen von Gelenken, Wundversorgungen, Thoraxdrainagen etc. Gleichzeitig zur Betreuung der Notfälle, werden monatlich Kurzreferate zu ausgewählten aktuellen Themen sowie interaktive Falldiskussionen angeboten. Ebenso auch Falldiskussionen basierend auf der Sammlung SESAP des American College of Surgeons [5].

Sicht einer Assistenzärztin

Helena Schmidt: Ich empfinde das Ausbildungskonzept durch den Einsatz pensionierter Chefärzte mit langjährig klinischer Erfahrung in der Notaufnahme aufgrund mehrerer Aspekte als sehr bereichernd. Bereits das Wissen über die kontinuierliche physische Präsenz, beziehungsweise nahtlose direkte Erreichbarkeit von erfahrenen Kollegen im Vordergrund tagsüber sowie im Hintergrund nachts vermitteln mir grosse Sicherheit im klinischen Alltag und ermöglichen ein deutlich stressfreieres und hierdurch auch konzentrierteres und produktiveres Arbeiten. Ein weiterer wertvoller Aspekt, der hieraus resultiert, ist, dass Patientinnen und Patienten mit weniger Wartezeit klinisch evaluiert werden können.

Hierbei ist insbesondere von Vorteil, dass die betreuenden pensionierten Chefärzte nicht operativ im Klinikalltag eingebunden sind, grosse Ressourcen zur Verfügung haben und sich Zeit nehmen, anamnestische, klinische und diagnostische Gedankengänge und notwendige Prozeduren in Ruhe didaktisch und praktisch zu begleiten. Bei vollem Operationsprogramm wäre dies unmöglich, weil es das Rückbesprechen von Patientinnen und Patienten erschwert, da sowohl Zeit wie Fokus situationsbedingt limitiert sind.

Organisationen

Ein weiterer Effekt ergibt sich aus der Tatsache, dass die diensthabenden Assistenzärztinnen und -ärzte für die Besprechung mit dem Kader die Notaufnahme nicht verlassen müssen. Damit wird auch die Zusammenarbeit mit dem Pflegepersonal erleichtert. Neben der Begleitung im klinischen Alltag erlebe ich ebenso die theoretisch-praktischen Weiterbildungseinheiten als hilfreich und förderlich.

Insgesamt verbessert sich in meinen Augen durch das Konzept sowohl die Ausbildungsqualität der ärztlichen Fachpersonen in Weiterbildung als auch die Versorgungsqualität.

Sicht des Chefarztes

Michel Conti: Es ist eine immense Herausforderung, eine Chirurgische Klinik in einer landschaftlich schönen und attraktiven Tourismusregion in der Peripherie der Schweiz zu führen. Wir sind einer starken saisonalen Schwankung ausgesetzt. Die Talbevölkerung nimmt im Winter innerhalb einer Woche um mehr als 100 000 Personen zu und wird so zur sechstgrössten Schweizer Stadt.

Ferienzeiten im Flachland tragen zu schwankender Arbeitslast bei. Die Ferienzeiten sind im Voraus bekannt. Wetterbedingungen sowie die weltpolitische und finanzpolitische Lage (Eurokurs vs. Schweizerfranken), sind jedoch nicht beeinflussbar.

Nebst diesen externen Rahmenbedingungen gilt es noch viele andere Vorgaben zu meistern. So muss das Arbeitsgesetz eingehalten werden. Die Bereitschaft, eine chirurgische Disziplin zu wählen sinkt, dafür nimmt die

Das Konzept verbessert sowohl die Ausbildungsqualität als auch die Versorgungsqualität.

Forderung nach guter Work-Life-Balance zu. Hinzu kommen noch die Weiterbildungsaufgaben des SIWF, welche fortschrittlich klingen, jedoch schwer zu realisieren sind. Sogar Zentrumsspitaler mit mehr Manpower haben ähnliche Sorgen.

Aufgrund der vielen Aufgaben eines Chefarztes und seines Kaderns gelingt es schlecht, sich konsequent um die Weiterbildung der Assistenzärztinnen und -ärzte zu kümmern. Das Wissen vermitteln wir «en passant», weil wir einen direkten Kontakt zu unseren auszubildenden Ärztinnen und Ärzten haben. Dank befreundeter ehemaliger Chefärzte mit langjähriger Berufs- und Führungserfahrung sowie Menschenkenntnis habe ich die Chance gesehen, einen neuen, alternativen Ansatz bezüglich Ausbildung zu gehen. Einerseits um den

jungen Ärzten etwas zu bieten und die akkumulierte Erfahrung Emeritierter zu nutzen, andererseits auch, um eine echte Attraktion in der Peripherie zu bieten. Nicht zu sprechen von der Entlastung für uns als Kader.

Wir konnten uns aus einer personellen Notlage durch Innovation und ausserordentliche Anstrengungen relativ unbeschadet retten. Die Auswertung unserer Erfahrungen dauert noch an und ist eine gute Übung in Flexibilität und Selbstdisziplin.

Sicht der Spitalführung

Christoph Jäggi: Im Gesundheitswesen bewegen wir uns in einem hochdynamischen Umfeld. Es ist deshalb unabdingbar, zukunfts- und lösungsorientiert zu denken und zu handeln.

Für unser Spital – das höchstgelegene Akutspital der Alpen – stellt sich beispielsweise die Herausforderung, hoch motivierte und top ausgebildete Fachkräfte in genügender Anzahl zu gewinnen und gleichzeitig den eigenen Nachwuchs in unseren Aus- und Weiterbildungsstätten hervorragend zu schulen.

Gleichzeitig verfügen wir über einen hohen Anteil an Patientinnen und Patienten, welche nicht durch Personen in Weiterbildung bedient werden möchten, sondern erfahrene Fachkräfte wünschen. Entsprechend müssen wir dieser Situation mit neuen, innovativen Bildungsansätzen entgegenwirken um beide Bedürfnisse – das Bedürfnis nach einer top Weiterbildung und den Anspruch auf eine hochstehende fachärztliche Betreuung – zu erfüllen.

Gemeinsam mit einem Team von hocherfahrenen Chirurgen, welche ihre Karriere vor kurzem beendet haben und sich nun vollkommen dem Teaching widmen, testen wir das Konzept «Clinical Reasoning». Junge und unerfahrene Assistenzärztinnen und -ärzte der Chirurgie werden im Rahmen ihrer täglichen Arbeit auf der Notfallstation direkt in den entsprechenden klinischen Denk-, Handlungs- und Entscheidungsprozessen unterstützt und trainiert.

Dank dem logisch-kritischen Argumentieren und den interaktiven Falldiskussionen wird sowohl das praktische klinische Agieren als auch die Kommunikation mit den Patientinnen und Patienten nachhaltig verbessert. Unsere Kaderärztinnen und -ärzte der Chirurgie profitieren ebenfalls von diesem Angebot, indem sie ihre zeitlichen Ressourcen aufgrund der Unterstützung der emeritierten Ärzte besser einteilen können.

Sicht der Mentoren

Paul Biegger und Hans-Peter Simmen: Unsere Aktivität kann in einem Spital in einer Tourismusregion mit erheblichen saisonalen Schwankungen und teilweise hohen Frequen-

zen für alle beruhigend und motivierend wirken. Sie wird vom Kader, den Assistenzärztinnen und -ärzten, der Pflege und von Patientinnen und Patienten, die gelegentlich spontan Rückmeldung geben, sehr begrüsst und hat auch geholfen, Phasen von Personalknappheit zu überstehen. Wir Emeritierten treten nicht in ambitionierten fachlichen Wettstreit mit unseren Kollegen, was zu einer ausgezeichneten Arbeitsatmosphäre beiträgt.

Wir konnten uns aus einer personellen Notlage durch Innovation und grosse Anstrengungen retten.

Wir bemühen uns zudem, der Empfehlung von Hauke Lang, dem Präsidenten der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie zu folgen: Die beste Investition in die nächste chirurgische Generation ist die Lehre, die für das Fach begeistert. Es muss gelingen, junge Menschen für die Chirurgie zu faszinieren, nicht nur verbal, sondern durch Begleitung im Alltag [6]. Last, but not least, können die jungen Kolleginnen und Kollegen auch vom Netzwerk der «Alten» profitieren.

Das Wichtigste in Kürze

- Im Regionalspital Oberengadin unterstützen zwei pensionierte Chefärzte als Mentoren die Assistenzärztinnen und -ärzte der Chirurgie im klinischen Alltag und mit fachlichen Weiterbildungen.
- Ohne Operationsdruck können die Mentoren die Auszubildenden bei jedem Schritt der Patientenbehandlung begleiten. Das entlastet auch die Kaderärztinnen und -ärzte.
- Das Spital konnte so die Ausbildungsqualität verbessern und seine Attraktivität als Arbeitgeber in einer peripheren Region steigern.

Korrespondenz

[hanspeter.simmen\[at\]usz.ch](mailto:hanspeter.simmen[at]usz.ch)
[pbiegger\[at\]gmail.com](mailto:pbiegger[at]gmail.com)



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.

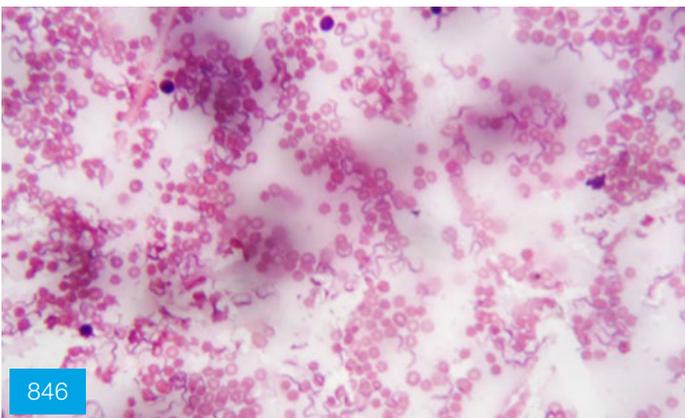


842

Therapieresistente Depression

Psychopharmakotherapie Chronische depressive Syndrome sind häufig und sprechen auf eine antidepressive Therapie oft nur unzureichend an. Spätestens mit der Zulassung des «atypischen» Antidepressivums Esketamin ist es Zeit, gebräuchliche Therapiealgorithmen anzupassen und die Weiterentwicklung von Leitlinien zu diskutieren.

Golo Kronenberg et al.



846

Schlafkrankheit: der gefährliche Schlaf nach dem Erfolg

Tropen- und Reisemedizin Und wenn wir meinen, wir hätten eine Krankheit beseitigt, und in unseren Anstrengungen nachlässig werden, kann es zur Katastrophe kommen. Es ist nicht vorbei, bis es wirklich vorbei ist!

Johannes Blum et al.



850

Repetitive transkranielle Magnetstimulation bei Post-COVID-19-Fatigue

Alternativbehandlung Die 60-jährige Patientin klagte auch drei Monate nach einer nachgewiesenen SARS-CoV-2-Infektion über Müdigkeit, Abgeschlagenheit, Konzentrationsschwäche, Schmerzen im Unterleib, Dünnhäutigkeit, Erschöpfung und Vergesslichkeit.

Oliver Seemann, Bernd Krämer

Journal Club

Kurz und bündig

Prof. Dr. med. Lars C. Huber, Prof. Dr. med. Martin Krause

Wissenschaftliche Redaktion Swiss Medical Forum

Praxisrelevant

Prodromalphase beim Morbus Parkinson

Der Morbus Parkinson zählt zu den häufigsten neurodegenerativen Erkrankungen: In der Schweiz sind mehr als 15 000 Menschen davon betroffen. Die frühzeitige klinische Erkennung ist für Therapieerfolg und Symptomkontrolle entscheidend.

Eine grosse Fall-Kontroll-Studie [1, 2] aus den USA hat deshalb die Symptome zum Zeitpunkt der Diagnosestellung und während der drei Jahre davor analysiert: Nicht ganz unerwar-

tet zeigte sich, dass Personen mit Morbus Parkinson bereits in den drei Jahren vor Diagnosestellung funktionell eingeschränkt waren. Dies betraf vor allem Aktivitäten mit Kraft und Mobilität – signifikant für die Fähigkeiten, eine Strecke von sechs Häuserblocks am Stück zu gehen, aus dem Kniestand selbständig wieder aufzustehen und ein schweres Objekt über Kopf zu heben. Im Fragebogen nicht adressiert wurde die Schwierigkeit beim Schreiben respektive die Veränderung der Schrift (Stichwort: zunehmende Mikrographie) – wie kürzlich eindrucksvoll in dieser Zeitschrift illustriert [3].

Trotz gewisser methodischer Limitationen ist diese Studie ein wichtiger Reminder für die Früherkennung von Parkinson-Patientinnen und -Patienten: zur frühzeitigen symptomatischen Behandlung und für neuroprotektive Interventionen in einer Phase, in der die dopaminergen Neuronen noch eine gewisse Funktionalität haben.

1 JAMA Neurol. 2022, doi.org/10.1001/jamaneurol.2022.4621.
2 JAMA Neurol. 2022, doi.org/10.1001/jamaneurol.2022.4157.
3 Swiss Med Forum. 2022, doi.org/10.4414/smf.2022.09024.
Verfasst am 3.1.23_HU.

Fokus auf...

Systemische Sklerose

- Die systemische Sklerose (SSc) ist eine seltene Autoimmunkrankheit mit Fibrose der Haut («Sklerodermie») respektive der inneren Organe und Entwicklung einer Vaskulopathie.
- Von allen rheumatologischen Krankheiten hat die SSc die höchste Mortalität. Die tiefe Prävalenz und die heterogene Manifestation erschweren die (Früh-)Diagnose.
- Fatigue und Raynaud-Phänomen sind unspezifische Frühzeichen. Eine entscheidende Bedeutung kommt in diesem Setting der Nagelfalzmikroskopie und der Antikörperserologie zu: bei normaler Mikroskopie und fehlendem Nachweis von Antikörpern entwickeln <1,5% der Patientinnen und Patienten eine SSc im Langzeitverlauf.
- Fast alle Betroffenen haben positive antinukleäre Antikörper (ANA). Subserologien sind hilfreich für die weitere Phänotypisierung.
- Eine Organbeteiligung muss aktiv gesucht werden. Am häufigsten beteiligt sind Haut, Magendarmtrakt und Lunge, seltener Herz, Niere und das muskuloskeletale System.
- Prognostisch relevant sind eine Lungenbeteiligung und die Entwicklung einer pulmonal-arteriellen Hypertonie. Zum Screening gehören deshalb neben der klinischen und laboranalytischen Evaluation eine Computertomographie des Thorax und eine Echokardiographie. Mit der Verfügbarkeit von ACE-Hemmern ist die SSc-assoziierte renale Krise hingegen selten geworden.
- Die Therapie richtet sich nach Organbeteiligung und Symptomen: sie basiert primär auf immunmodulatorischen, vasodilatativen und symptomatischen Ansätzen.
- Grundsätzlich ist eine Betreuung dieser komplexen Patientinnen und Patienten an einem Zentrum mit entsprechender Expertise angezeigt. Eine frühe Zuweisung ist für Therapieoptionen (Studienteilnahme) und Behandlungsqualität entscheidend.

Lancet. 2022, doi.org/10.1016/S0140-6736(22)01692-0.

Verfasst am 30.12.2022_HU.

Für Ärztinnen und Ärzte am Spital

Bypass-Operation oder Angioplastie?

Bei peripherer arterieller Verschlusskrankheit (PAVK) sind Ruheschmerzen, Ulzera oder Gangrän an der unteren Extremität eine unbestrittene Indikation zu einer Intervention. Endovaskuläre Ballon-Angioplastie oder chirurgische Bypassoperation?

In einer internationalen, randomisierten Studie wurden bei 1830 Patientinnen und Patienten mit einem Durchschnittsalter von 67 Jahren diese beiden Interventionen verglichen, die Kontrollen erfolgten alle sechs Monate. Der Endpunkt war die Kombination «Amputation/ grosser Rezidiveingriff /Tod». Grundsätzlich waren die Resultate über einen Zeitraum von 1,6 Jahren für die Bypass-Operation und die endovaskuläre Angioplastie vergleichbar. Dies betraf auch sekundäre Endpunkte wie perioperative Morbidität und Mortalität. Bestand aber die Möglichkeit, für die Operation eine intakte Vena saphena magna zu verwenden, zeigte sich über 2,7 Jahre ein signifikanter Vorteil für den chirurgischen Eingriff: 42,6% der chirurgisch Versorgten erlitten den Endpunkt im Gegensatz zu 57,4% bei endovaskulären Eingriffen ($p < 0,001$).

Auch wenn die Erfahrung eine Rolle spielen mag, so ist die Präsenz einer geeigneten

Saphena-Vene für die Wahl der Intervention unbedingt miteinzubeziehen.

N Engl J Med. 2022, doi.org/10.1056/NEJMoa2207899.
Verfasst am 3.1.23_MK.

Auch noch aufgefallen

Weihnachtsreprise: Don't believe (every) hype

Alle Jahre wieder: Seit nunmehr 40 Jahren publiziert das «British Medical Journal» zum Jahresende eine Doppelnummer origineller, skurriler, humorvoller und – nota bene – wissenschaftlich einwandfreier und methodisch hochstehender Artikel.

Unter der Sparte «Don't believe the hype» fand sich 2022 eine Serie von Artikeln zu Trends in Medizin und Gesellschaft, unter anderem eine Arbeit zu den diagnostischen Fähigkeiten von künstlicher Intelligenz (KI) im radiologischen Alltag. Die Autorschaft hat darin untersucht, ob ein KI-Programm das Examen der «Fellowship of the Royal College of Radiologists» erfolgreich absolvieren kann. Der KI-Kandidat, ein kommerzielles Programm, das bereits in zehn europäischen Institutionen zum Einsatz kommt, wurde vorgängig anhand 1 Million Bilder geschult. Verglichen wurde die KI-Leistung mit 26 frisch approbierten Radiologinnen und Radiologen in insgesamt zehn Prüfungssets. Ein Set bestand jeweils aus 30 Bildern, die in 35 Minuten befundet werden mussten, eine Erfolgsrate von 90% (27 Bilder) war zum Bestehen notwendig.

Nach Befundung aller 300 Bilder belegte der KI-Kandidat im Vergleich mit den 26 humanen Examensteilnehmenden den zweitletzten Platz und bestand 2/10 Prüfungen – die Radiologinnen und Radiologen durchschnittlich 4/10.

Allerdings: in einer Prüfung schnitt das KI-Programm am besten ab, was das Potential dieser Technologie unterstreicht. Selbst hoch digitalisierte Medizinbereiche werden aber durch KI in absehbarer Zukunft kaum abgelöst.

BMJ. 2022, doi.org/10.1136/bmj-2022-072826.
Verfasst am 30.12.22_HU.

Das hat uns nicht gefreut

Publish or perish

Randomisiert-kontrollierte Studien (RCT) stehen zuoberst in der Pyramide der medizinischen Evidenz: Ihre Anfälligkeit für systematische Fehler («bias») ist gering, gleichzeitig sind sie wichtige Grundlagen für Metaanalysen und das Entwickeln von Guidelines. Der Impact von fehlerhaft berichteten Resultaten ist entsprechend gross.

Eine Analyse von über 500 RCT aus sechs verschiedenen medizinischen Disziplinen hat die jeweiligen statistischen Kalkulationen

Das hat uns gefreut



© 2022 the Author(s). Published by PNAS, CC BY 4.0.

Aufgabe 19 aus dem «Reading the Mind in the Eyes»-Test mit den Antwortmöglichkeiten: a) arrogant, b) dankbar, c) sarkastisch, d) unsicher.

(Aus: Greenberg DM, et al. Sex and age differences in «theory of mind» across 57 countries using the English version of the «Reading the Mind in the Eyes» Test. Proc Natl Acad Sci USA. 2023;120(1):e2022385119. doi: 10.1073/pnas.2022385119. This open access article is distributed under CC BY 4.0 <https://creativecommons.org/licenses/by/4.0>).

Sind Frauen empathischer als Männer?

Die Antwort ist ja. Dies wurde in einer grossen Studie mit >300 000 Probandinnen und Probanden in 57 verschiedenen Ländern im Alter zwischen 16 und 70 Jahren geprüft. Als Test diente eine häufig eingesetzte Evaluation, nämlich «Reading the Mind in the Eyes», die in englischer Sprache durchgeführt wurde. Dabei muss bei 36 Augen-Fotos aus vier Antworten beurteilt werden, welche Gedanken und Gefühle die Augen am besten ausdrücken. Je mehr richtige Antworten, desto höher die Empathie.

In 36 Ländern wiesen die Frauen signifikant höhere Scores als die Männer auf. In 20 Ländern war er bei Frauen höher oder gleich, der Unterschied aber jeweils nicht signifikant. Die Schweiz gehört zu den letzteren. Nur in Kolumbien schnitten die Männer etwas besser ab, auch hier ohne signifikanten Unterschied. Diese Überlegenheit der Frauen zeigte sich unabhängig vom Alter durchgehend von 16 bis 70 Jahren. In 16 Ländern wurde – um Verständnisprobleme durch die englische Sprache zu vermeiden – der Test auch in die Landessprache übersetzt, ohne dass das Ergebnis sich veränderte.

Eigentlich verwundert dieses Resultat wenig. Wäre es umgekehrt herausgekommen, hätte man den Daten wohl misstraut. Dennoch bemerkenswert, dass das Einfühlungsvermögen der Frau in jeder Kultur und altersunabhängig dem Mann nie unterlegen ist!

Falls Sie auch Lust auf diesen Test in deutscher Sprache haben: asperger-forum.ch (unter «Selbsttests»).

PNAS. 2023, doi.org/10.1073/pnas.2022385119.

Verfasst am 31.12.22_MK.

nachgerechnet. In immerhin 60 Studien (13%) konnte der berichtete p-Wert nicht reproduziert werden, in 11 davon – allesamt positive Studien (!) – lag der p-Wert nach Re-Analyse über dem Schwellenwert von 0,05. Die Autorschaft schlägt deshalb vor zu untersuchen, weshalb diese Fehler aufgetreten sind und wie sie in Zukunft vermieden werden können.

Ob das vorgängige Offenlegen der Rohdaten dazu das richtige Instrument ist oder diese Massnahme die Manipulation nur auf eine andere Ebene verschiebt, mag offen bleiben. Fakt aber ist: Positive Studienresultate lassen sich einfacher publizieren als negative

Daten. Gleichzeitig besteht ein enormer akademischer Druck zu publizieren. Diese Kombination macht den Wissenschaftsbetrieb anfällig für die Schöpfung oder gar das Fabrizieren von Resultaten. Die entsprechende Entwicklung macht natürlich auch vor RCT nicht Halt.

J Gen Intern Med. 2022,
doi.org/10.1007/s11606-022-07799-5
Verfasst am 30.12.22_HU.



© David Petrus Ibars / Dreamstime

Chronische depressive Syndrome sind häufig und sprechen auf eine antidepressive Therapie oft nur unzureichend an.

«State-of-the-art»-Psychopharmakotherapie und Zukunftsperspektiven

Therapieresistente Depression

Chronische depressive Syndrome sind häufig und sprechen auf eine antidepressive Therapie oft nur unzureichend an. Spätestens mit der Zulassung des «atypischen» Antidepressivums Esketamin ist es Zeit, gebräuchliche Therapiealgorithmen anzupassen und die Weiterentwicklung von Leitlinien zu diskutieren.

Prof. Dr. med. Golo Kronenberg, PD Dr. med. Michael Colla, Dr. med. Benjamin Offenhammer, Prof. Dr. med. Sebastian Olbrich, Prof. Dr. med. Erich Seifritz

Klinik für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik, Psychiatrische Universitätsklinik Zürich, Zürich

Einleitung

Bis zur Hälfte aller Patientinnen und Patienten, die eine antidepressive Medikation erhalten, spricht nicht auf diese Therapie an [1]. So ergab etwa die «Sequenced Treatment Alternatives to Relieve Depression»-(STAR*D)-Studie, dass in der ersten Therapiestufe (Citalopram) nur knapp 30% aller Betroffenen eine Remission

erreichten, die Hälfte erst nach mehr als sechs Wochen [2].

Eine der ersten Untersuchungen, die sich mit dem naturalistischen Verlauf der Depression beschäftigte, wurde in Zürich von Angst durchgeführt [3]. 186 Menschen mit unipolarer Depression wurden ab 1959 bis 1985 nachverfolgt. Im Median betrug die Dauer einer

depressiven Episode 5,6 Monate. Die Entwicklung einer chronischen Depression wurde in 13% der Fälle beobachtet [4]. Die «Collaborative Depression Study» (CDS) des «National Institute of Mental Health» (NIMH) ergab, dass von 431 Betroffenen, die initial an einer Depression gelitten hatten, 12% nach fünf Jahren noch nicht genesen waren [5]. Zu ähnli-

chen Befunden kam auch die «Netherlands Mental Health Survey and Incidence Study» (NEMESIS), eine epidemiologische Untersuchung mit 7076 Teilnehmenden. Mit NEMESIS wurden die Verlaufskarakteristika der Depression in der Allgemeinbevölkerung untersucht. Die wesentlichen Ergebnisse lassen sich wie folgt zusammenfassen [6]:

- Die Hälfte aller Betroffenen erreichte innerhalb von drei Monaten eine Genesung. Die durchschnittliche Dauer bis zur Genesung betrug 8,4 Monate.
- Die Symptomatik persistierte in knapp 20% der Fälle über einen Zeitraum von 24 Monaten.
- Ein Einfluss von Behandlung (keine Behandlung, «primary care» respektive «mental health care») auf die Entwicklung von Chronizität konnte nicht nachgewiesen werden.

Tabelle 1 fasst wesentliche Begriffe zusammen, die die antidepressive Therapie möglichst präzise beschreiben.

Therapieresistenz und Pseudotherapieresistenz

Von einer therapieresistenten Depression («treatment-resistant depression» [TRD]) wird gesprochen, wenn die Symptomatik persistiert, obwohl eine adäquate medikamentöse Behandlung zweimal über einen ausreichend langen Zeitraum durchgeführt wurde [7]. Von Pseudoresistenz wird gesprochen, wenn der ausbleibende Behandlungserfolg sich durch andere Faktoren besser erklären lässt [7]. Eine Fehldiagnose kann einer Pseudoresistenz zugrunde liegen, wobei der Übergang zwischen Resistenz und Pseudoresistenz fließend ist. In diesem Zusammenhang ist auch an die depressiogenen Effekte bei chronischem Gebrauch von Opiatschmerzmitteln oder Benzodiazepinen zu denken [8–11]. Der Gebrauch von Benzodiazepinen ist eine wesentliche Determinante von Therapieresistenz [12].

Nicht ausreichende Aufnahme oder beschleunigter Abbau eines Antidepressivums kann einer ungenügenden Therapieantwort ebenfalls zugrunde liegen. Mangelnde Therapietreue ist häufig. Wichtige Risikofaktoren für Nonadhärenz sind eine schwache therapeutische Allianz, komorbide Substanzgebrauchsstörungen oder Persönlichkeitsstörungen, mangelnde Krankheitseinsicht, spezifische Charakteristika des depressiven Syndroms, Medikamentennebenwirkungen, niedrigeres Lebensalter (<40 Jahre) und besondere Überzeugungen der Patientin oder des Patienten [13]. Psychoedukation kann hilfreich sein, ist aber im Bereich der hausärztlichen Versorgung als alleinige Massnahme häufig nicht ausreichend, um die Therapietreue zu verbessern [14].

Daneben sind pharmakokinetische Interaktionen (z.B. Rauchen) und genetische Phänotypen im polymorphen Cytochrom-P450-System (z.B. «ultrarapid metabolizer»-Phänotyp) zu bedenken. Therapeutisches «drug»-Monitoring (TDM) kann hier wertvoll sein [15]. Dagegen ist es im Hinblick auf den aktuellen Wissensstand nicht zu empfehlen, bei ungenügendem Ansprechen auf die Standarddosierung eines Antidepressivums ohne TDM eine Dosissteigerung vorzunehmen [16]. Die klinische Evidenz spricht insbesondere gegen eine sogenannte Hochdosistherapie mit selektiven Serotonin-Wiederaufnahme-Hemmern («selective serotonin reuptake inhibitors [SSRI]) oberhalb des empfohlenen therapeutischen Dosisbereichs [17–22]. Generell sollte berücksichtigt werden, dass – gemäss einer aktuellen Metaanalyse für SSRI – mit Mirtazapin und Venlafaxin in der Akutbehandlung der Depression (n = 19364) optimale Ergebnisse eher im unteren bis mittleren Dosisbereich erzielt werden (Mirtazapin 30 mg; Venlafaxin 75–150 mg). Bei höheren Dosen nimmt die Rate von Therapieabbrüchen zu, bei SSRI und Mirtazapin scheint es zudem zu verringertem Ansprechen zu kommen [23]. Allerdings ist die Interpretation der Befunde von Furukawa et al. [23] nicht unumstritten, da in dieser Metaanalyse «fixed-dose»-Studien betrachtet wurden, die bei ungenügendem Ansprechen keine Dosisanpassung erlaubten [24].

Ergebnisse aus der Grundlagenforschung zeigen, dass das P-Glykoprotein (P-gp), ein Effluxtransporter, der beim Menschen vom *ABCB1*-Gen kodiert wird, für die Konzentration von Antidepressiva im Hirngewebe bedeutsam ist. Inhibitoren des P-gp sind zum Beispiel Verapamil und Cyclosporin A [25].

Interessanterweise existieren Fallberichte, die über einen Nutzen von Verapamil in Kombination mit einem Antidepressivum berichteten, bevor dieser Zusammenhang verstanden war [26, 27]. Polymorphismen des *ABCB1*-Gens können den Wirkspiegel von Antidepressiva im Gehirn reduzieren, sodass der *ABCB1*-Genotyp möglicherweise mit dem Therapieerfolg in Verbindung steht [28, 29]. Nicht betroffen von der Effluxpumpe sind die Antidepressiva Amitriptylin, Duloxetin, Fluoxetin und Mirtazapin [30]. Inwieweit gezielte *ABCB1*-Diagnostik den Einsatz von Antidepressiva noch rationaler machen und damit das Auftreten von (Pseudo-)Therapieresistenz verringern kann, muss weiter untersucht werden.

Der Begriff der Therapieresistenz wurde im wissenschaftlichen Diskurs nicht widerspruchsfrei akzeptiert. Er ist offensichtlich «pharmazentrisch». Wenn einseitig auf die Kriterien der Therapieresistenz fokussiert wird, könnte dies den Blick für das psychosoziale Bedingungsgefüge und sinnvolle nicht pharmakologische Interventionen verstellen. Möglicherweise wird in der Zukunft eine Einteilung der Depressionsbehandlung in verschiedene Stufen an Bedeutung gewinnen, wie sie jüngst von Kasper vorgeschlagen wurde (Tab. 2) [31].

Erscheinungsbild einer therapieresistenten Depression

Zwischenzeitlich wurden Faktoren identifiziert, die mit Therapieresistenz assoziiert sind. Es ergibt sich in etwa folgendes Bild: Personen mit TRD sind schwerer erkrankt, tendenziell älter, hatten einen früheren Krankheitsbeginn und eine höhere Zahl vergangener depressiver Epi-

Tabelle 1: Definition von wesentlichen Begriffen der antidepressiven Pharmakotherapie (in Anlehnung an [67] und [68])

Therapieansprechen («response»)	Abnahme der Symptomschwere um mindestens 50%
Therapieversagen («non-response»)	Abnahme der Symptomschwere um weniger als 25%
Partial-«response»	Abnahme der Symptomschwere um mehr als 25%, aber um weniger als 50%
Therapieresistenz («treatment resistance»)	Therapieversagen trotz zweier adäquater antidepressiver Therapieversuche (Dosierung und Dauer)
Chronische Depression	Depressive Episode über mehr als 24 Monate; hiervon abzugrenzen ist die Dysthymie, die eine chronische, wenigstens mehrere Jahre andauernde leichte depressive Verstimmung darstellt, welche die Kriterien einer Depression aber nicht erfüllt
Remission	Symptomfreiheit (üblicherweise definiert als ≤ 7 Punkte gemessen mit der 17-Hamilton-Depressionsskala)
«Recovery»	(Weitgehende) Remission, die über einen Zeitraum von mindestens zwei Monaten anhält

Tabelle 2: Stufenplan der antidepressiven Behandlung (nach [31])

Stufe	Behandlung
I	Antidepressive Monotherapie
II	Kombinationsstrategien (einschliesslich weiteres Antidepressivum mit anderem Wirkmechanismus, Lithiumaugmentation, atypische Antipsychotika)
III	«Add-on»-Strategien, insbesondere mit Elektrokonvulsionstherapie oder Ketaminbehandlung
IV	Experimentelle Therapien, klinische Studien etc.

soden als Personen ohne TRD [32–34]. Es besteht ein Zusammenhang zwischen dem Gebrauch höherer Dosen von Benzodiazepinen oder Z-Substanzen (Non-Benzodiazepinen) im frühen Krankheitsverlauf und dem Auftreten von Therapieresistenz [35]. Der «melancholische» Subtyp ist häufig [36]. Ein Zusammenhang mit komorbiden psychischen Störungen, insbesondere Angststörungen, wird beschrieben [34]. Kautzky et al. fanden jüngst in einer Replikationsstudie, dass die Symptomschwere, das Vorliegen psychotischer Symptome, ein Suizidrisiko, das Vorliegen einer generalisierten Angststörung, die Wahrscheinlichkeit für eine Hospitalisation, die Einnahme einer höheren Anzahl an Antidepressiva in der Vergangenheit, die Zahl früherer depressiver Episoden sowie die Dauer der aktuellen depressiven Episode in Zusammenhang mit Therapieresistenz stehen [37].

Zum Vorgehen bei Therapieresistenz

Die Behandlung der TRD ist aufwendig und führt häufig nicht zur Remission. Deshalb ist professionelles Erwartungsmanagement wichtig. Konkret bedeutet dies, die richtige Balance zu finden zwischen der Vermittlung einer positiven Erwartungshaltung in Bezug auf die weitere Behandlung und der Notwendigkeit, die Betroffenen auch auf Misserfolge und Rückschläge im Therapieverlauf vorzubereiten. Es kann hilfreich sein, ihnen zunächst das Krankheitsmodell der schwer behandelbaren Depression («difficult-to-treat»-Depression [DTD]) zu vermitteln [38]. Hierbei werden Therapiehindernisse identifiziert, welche im Menschen selbst (z.B. Alter, Lebensgeschichte), in der Erkrankung (z.B. Alter bei Erstmanifestation, Anzahl der Hospitalisationen, Suizidalität, Verwendung von Benzodiazepinen) oder in der Therapie (z.B. Nebenwirkungen) liegen kön-

nen [38]. Ein nicht evidenzbasiertes Vorgehen sollte nur in begründeten Ausnahmefällen erwogen werden. Wie oben ausgeführt handelt es sich bei der «Hochdosistherapie» mit SSRI nicht um ein evidenzbasiertes Vorgehen – es sei denn, Besonderheiten im Cytochrom-System sind nachgewiesen [39]. Besonders hervorgehoben werden muss in diesem Kontext noch, dass die Gabe von Benzodiazepinen über einen Zeitraum von mehr als sechs Wochen vermieden werden soll [40]. In der klinischen Praxis werden Benzodiazepine häufig bei Personen mit Suizidgedanken eingesetzt. Die Bedeutung von Esketamin (S-Ketamin) als neuartiges, schnell wirksames Antidepressivum wird weiter unten dargestellt. Es sei aber schon an dieser Stelle erwähnt, dass eine Nachauswertung der Studien ASPIRE I («A Study to Evaluate the Efficacy and Safety of Intranasal Esketamine in Addition to Comprehensive Standard of Care for the Rapid Reduction of the Symptoms of Major Depressive Disorder, Including Suicidal Ideation, in Adult Participants Assessed to be at Imminent Risk for Suicide») und ASPIRE II ergab, dass Benzodiazepine das rasche Therapieansprechen nicht verbesserten [41]. In mehreren vorausgegangenen Arbeiten kam man im Gegenteil sogar zu dem Ergebnis, dass der Gebrauch von Benzodiazepinen die Wirkung von Esketamin abschwächt [z.B. 42, 43]. Auch im Hinblick auf den postulierten antidepressiven Wirkmechanismus von Esketamin, nämlich eine glutamaterge Disinhibition, die durch Hemmung von GABAergen (GABA: γ -Aminobuttersäure) Interneuronen erreicht wird [44], erscheint die parallele Stimulation von eben diesen GABAergen Interneuronen durch Benzodiazepine fragwürdig.

Durch die Kenntlichmachung der Depression als «difficult to treat» verschiebt sich der Schwerpunkt der Behandlung hin zu einer Verbesserung der Lebensqualität, zur Symptomkontrolle und zur Verbesserung des psychosozialen Funktionsniveaus [38]. Kontextuelle Faktoren werden dabei angemessen berücksichtigt [45]. Mit den Patientinnen und Patienten werden alle Therapieoptionen (z.B. Psychopharmakotherapie, Neurostimulationsverfahren, Psychotherapie) erörtert und im Sinne der gemeinsamen Entscheidungsfindung ein Gesamtbehandlungsplan festgelegt [38].

Die Psychopharmakotherapie steht in dieser Übersicht im Vordergrund. Trotzdem sei darauf hingewiesen, dass die Elektrokonvulsionstherapie (EKT) gerade auch bei der TRD eine gut verträgliche, lange erprobte, unbestritten hochwirksame und insgesamt kostengünstige Behandlungsmodalität darstellt [46, 47]. Allerdings ist zu berücksichtigen, dass die EKT in Europa in erster Linie stationären Patientinnen und Patienten zur Verfügung steht. Mit der

transkraniellen Magnetstimulation (TMS) hat sich daneben in den letzten Jahren ein weiteres Stimulationsverfahren etabliert, über welches gute Behandlungserfolge berichtet wurden [48].

Bezüglich des medikamentösen Vorgehens ist bei Therapieresistenz in erster Linie an Augmentationsstrategien zu denken. Daneben können Kombinationstherapien mit zwei Antidepressiva sinnvoll sein. So wird etwa die Kombination aus einem SSRI und Mirtazapin in der S3-Leitlinie «Unipolare Depression» [49] mit dem Evidenzgrad «klinischer Konsenspunkt» geführt. Als Augmentationsstrategien sind Lithiumaugmentation, die Gabe eines Antipsychotikums der zweiten Generation sowie inzwischen auch die Gabe von Esketamin gebräuchlich. Vor allem für die «älteren» Substanzen erscheint die Evidenz in Form doppelblinder placebokontrollierter randomisierter klinischer Studien («randomized controlled trials» [RCT]) allerdings gering. Studien, in denen die Effektivität verschiedener Antipsychotika miteinander verglichen werden, liegen nicht vor. In den USA sind von der «Food and Drug Administration» (FDA) die atypischen Antipsychotika Aripiprazol, Brexpiprazol sowie retardiertes Quetiapin zur Augmentationsbehandlung zugelassen.

Mit einer Netzwerkanalyse, welche die psychopharmakologische Behandlung und andere somatische Therapieverfahren in der Behandlung der TRD gegenüberstellte, kam man im Jahr 2017 zu dem Ergebnis, dass kurzfristig Ketamin die stärkste Wirkung entfaltet [50]. Eine weitere, im Jahr 2019 publizierte Metaanalyse, in der psychologische und medikamentöse Interventionen verglichen wurden, ergab Hinweise für die Wirksamkeit aller Behandlungsansätze, wobei die Effektstärke bei der pharmakologischen Beeinflussung des NMDA-(N-Methyl-D-Aspartat-)Rezeptors wieder besonders gross war [51].

Ketamin als «add-on»-Therapeutikum

Nasales Esketamin, das linksdrehende Enantiomer des Ketamins, wurde im März 2019 in den USA zugelassen. Die Zulassung in der Schweiz erfolgte am Anfang des Jahres 2020 für die Indikation der TDR. Von der klinischen (Wieder-)Entdeckung des razemischen Ketamins durch Berman et al. [52] bis zur Marktreife lagen mithin fast zwanzig Jahre. Die Tatsache, dass im Vorfeld die neurobiologischen Mechanismen des therapeutischen NMDA-Antagonismus im Tierversuch vorgedacht und experimentell abgestützt worden waren, soll nicht unerwähnt bleiben [53]. Nach Jahrzehnten des Stillstandes markiert Esketamin einen qualitativen Sprung, da es sich von konventionellen Antidepressiva durch den raschen antidepressiven Effekt und den neuartigen Wirkmechanismus abhebt.

Ketamin, als «dissoziatives Anästhetikum» seit Jahrzehnten im Einsatz [54], ist eine sichere Substanz, die aufgrund von sympathomimetischen Eigenschaften eine Bronchodilatation sowie einen Anstieg von Blutdruck und Herzfrequenz bewirkt [55]. Es ist nicht geeignet für Patientinnen und Patienten, für die eine Erhöhung des Blutdrucks respektive des intrakraniellen Drucks ein Risiko darstellt (z.B. bei Vorliegen eines Aneurysmas, Zustand nach intrakranieller Blutung, Zustand nach kardiovaskulärem Ereignis in der jüngeren Vergangenheit) [56]. Bei gleichzeitiger Gabe von Stimulanzien, Modafinil oder Monoaminoxidase-Inhibitoren muss die Gefahr einer Blutdruckerhöhung ebenfalls bedacht werden [56].

Der Einsatz von Esketamin ist an Vorsichtsmassnahmen geknüpft. Die Entscheidung zur Verordnung erfolgt in der Schweiz durch eine Psychiaterin oder einen Psychiater. Es ist zu prüfen, ob beim Einsatz von Esketamin bei Risikopopulationen (Personen mit psychotischen Symptomen sowie bei bipolaren Patientinnen und Patienten) der Nutzen potentielle Risiken überwiegt. Zu den Vorsichtsmassnahmen zählen die Anwendung unter direkter ärztlicher Aufsicht – in einer Einrichtung, in der Fachpersonal mit Kenntnissen in Wiederbelebungsmaßnahmen zur Verfügung steht. Gefährliche Tätigkeiten, etwa die aktive Teilnahme am Strassenverkehr, soll die oder der Behandelte erst am Folgetag nach erholsamem Nachtschlaf ausüben [56].

Die Behandlung mit nasalem Esketamin ist als «add-on»-Therapie konzipiert. Dieses Vorgehen kann sich auf mehrere RCT stützen, welche die Wirksamkeit bei Behandlungsbeginn [57–59] und zur Aufrechterhaltung des Behandlungserfolges nahelegen [60]. Allerdings hat eine jüngst in Japan durchgeführte RCT (n = 202) von «add-on»-Esketamin plus oralem Antidepressivum keine Überlegenheit von nasalem Esketamin gegenüber Placebo ergeben [61]. Nach aktuellem Kenntnisstand könnte die intravenöse Behandlung mit racemischem Ketamin stärker wirksam sein als nasales Esketamin [62].

Nach der Zulassung von Esketamin haben sich jüngst nationale Versorgungsleitlinien geändert [49]. Hier stellen sich eine Reihe von Fragen und einige Punkte müssen bedacht werden:

- Zu welchem Zeitpunkt im Behandlungsverlauf sollte eine Esketaminbehandlung stattfinden, gerade auch in der Abwägung gegen eine EKT?
- Die Therapie mit Esketamin ist als «add-on»-Therapie konzipiert. Viele Menschen, die an einer TRD leiden, erhalten nicht nur ein konventionelles Antidepressivum, sondern eine Reihe zentralnervös wirksamer Medikamente. Es wäre wünschenswert,

wenn Empfehlungen für die Behandlung mit Ketamin auch die Begleitmedikation mit in den Blick nehmen könnten [63].

- Die Kombination von Ketamin mit mehr als einem Antidepressivum, mit Antipsychotika der zweiten Generation und mit Lithium sollte untersucht und es sollten diesbezüglich Empfehlungen erarbeitet werden.
- Teilweise ungeklärt ist auch das Vorgehen nach einer «response» auf «add-on» Ketamin: Erfahrungen mit Protokollen zu Frequenz und Dauer der weiteren Ketaminbehandlung zur Aufrechterhaltung des Therapieerfolges fehlen fast vollständig.
- Ketamin birgt – auch bei ärztlicher Verschreibung – ein gewisses Abhängigkeitsrisiko [64]. Daneben erfordert die Komedikation mit Opiaten und Benzodiazepinen besondere Aufmerksamkeit.
- Welche Rolle soll in Zukunft die Infusion von racemischem Ketamin («off-label»-Einsatz) in der Behandlung der TRD spielen – bei Betroffenen in stationärer psychiatrischer Behandlung, aber auch bei ambulanten Patientinnen und Patienten? Berman et al., die ja die weitere Entwicklung in Gang setzten [52], beschrieben die Effekte einer solitären Ketamininfusion. Theoretische Überlegungen sprechen dafür, dass die intravenöse Gabe von racemischem Ketamin im Vergleich zu nasalem Esketamin womöglich einige Vorteile haben könnte (höhere Bioverfügbarkeit im Vergleich zur nasalen Applikation; gleichzeitige Gabe einer äquimolaren Menge von R-Ketamin, welches unter Umständen eine noch bessere antidepressive Wirksamkeit und ein günstigeres Nebenwirkungsprofil besitzt als das S-Enantiomer [65, 66]).

Das Wichtigste für die Praxis

- Die therapieresistente Depression (TRD) ist eine häufige Störung, deren Behandlung anspruchsvoll ist. Eine Remission ist nicht immer erreichbar.
- Die Behandlung der TRD erfordert Patientenorientierung und professionelles Erwartungsmanagement.
- Einzelne Interventionen ergeben sich aus einem Gesamtbehandlungsplan, der neben der Psychopharmakotherapie sowohl Psychotherapie als auch den Einsatz von Neurostimulationsverfahren in unterschiedlichem Ausmass beinhalten kann.
- Das neuartige Antidepressivum Esketamin markiert einen qualitativen Sprung in der Therapie. Die «add-on»-Behandlung mit Esketamin kann die Prognose der TRD verbessern.

Korrespondenz

Prof. Dr. med. Golo Kronenberg
Klinik für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik (KPPP)
Psychiatrische Universitätsklinik Zürich
Lenggstrasse 31
CH-8032 Zürich
golo.kronenberg[at]pukzh.ch

Disclosure Statement

Die Autoren führten eine klinische Studie zur Wirkung von oralem Ketamin durch (Ketabon GmbH). GK hat deklariert, keine potentiellen Interessenskonflikte zu haben. MC hat Forschungszuschüsse und Ausrüstung erhalten von HMNC Brain Health, Honorare für Fachbeiträge von Recordati und Sunovion und Honorare für Expertengutachten von Lundbeck. BO hat Honorare für Fachbeiträge [Vorträge] erhalten vom Forum für medizinische Fortbildung und er hält privat Aktien von Bristol-Myers Squibb, Roche und Pfizer. SO ist der Mitbegründer von of DeepPsy AG und der Präsident der «International Pharmacology EEG Society IPEG». ES ist in den Advisory Boards von Lundbeck, Janssen, Otsuka, Recordati, Schwabe Pharma, Sunovion, Mepha, Sandoz, Hoffman-LaRoche, von denen er auch Honorare für Beratungen und Fachbeiträge [Vorträge] deklariert. Weiter hat er Honorare für Expertengutachten von Lundbeck und Janssen und Reisezuschüsse von Schwabe Schweiz erhalten. Er ist zudem der Präsident der Swiss Conference of Academic Psychiatry, der Schweizerischen Gesellschaft für Angst und Depressionen und von Swiss Mental Health.



Literatur

Die vollständige Literaturliste finden Sie online unter <https://doi.org/10.4414/smf.2023.09189>.



Prof. Dr. med. Golo Kronenberg
Klinik für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik, Psychiatrische Universitätsklinik Zürich, Zürich

Schlaglicht: Tropen- und Reisemedizin

Schlafkrankheit: der gefährliche Schlaf nach dem Erfolg

Und wenn wir meinen, wir hätten eine Krankheit beseitigt, und in unseren Anstrengungen nachlässig werden, kann es zur Katastrophe kommen. Es ist nicht vorbei, bis es wirklich vorbei ist!

Prof. Dr. med. Johannes Blum^{a,b}, Dr. med. Cornelia Staehelin^c, PD Dr. med. Andreas Neumayr^{a,b}, Prof. Dr. med. François Chappuis^d, Prof. Dr. phil. II. Christian Burri^{a,b}

^a Swiss Tropical and Public Health Institute (Swiss TPH), Allschwil; ^b Universität Basel, Basel; ^c Universitätsklinik für Infektiologie, Inselspital, Universitätsspital Bern, Bern;

^d Service de la médecine tropicale et humanitaire, Hôpitaux Universitaires Genève, Genève

Die Krankheit

Die afrikanische Schlafkrankheit («human African trypanosomiasis» [HAT]) wird durch die Parasiten *Trypanosoma brucei* (*T. b.*) *gambiense* oder *T. b. rhodesiense* verursacht. Da 97% der Patientinnen und Patienten an der *T. b. gambiense*-Schlafkrankheit erkranken, befasst sich der vorliegende Artikel nur mit dieser Spezies. Für die Schweizer Ärztinnen und Ärzte ist jedoch wichtig zu wissen, dass Reisende meist an der *T. b. rhodesiense*-Form

erkranken, einer akuten schweren Erkrankung mit Schanker, hohem Fieber, Kopfschmerzen, Lymphknotenschwellung sowie gastrointestinalen und zentralnervösen Symptomen.

Die *T. b. gambiense*-Schlafkrankheit ist durch einen chronisch progredienten Verlauf über Jahre gekennzeichnet und endet unbehandelt meist tödlich. Die Krankheit verläuft in zwei Stadien, einem ersten hämolymphtischen Stadium und einem zweiten mit Invasion der Trypanosomen in das zentrale

Nervensystem (ZNS). Im ersten Stadium stehen Fieber, Kopfschmerzen, Juckreiz und Lymphadenopathie im Vordergrund, das zweite ist durch unspezifische neurologische oder psychiatrische Symptome wie imperative Schlafstörungen, Kopfschmerzen, Stimmungs- oder Verhaltensänderungen, Krampfanfälle, abnorme Bewegungen und Lähmungen charakterisiert [1]. Zur Behandlung wurde im ersten Stadium lange Pentamidin, im zweiten das ZNS-gängige, toxische Melarsoprol verwendet.

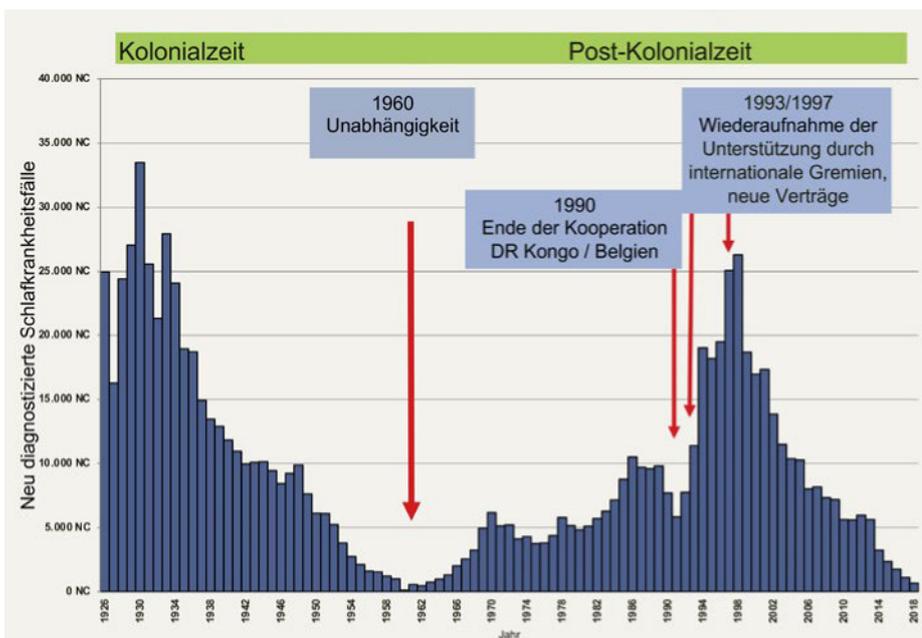


Abbildung 1: Fälle von Schlafkrankheit in der Demokratischen Republik (DR) Kongo pro Jahr von 1926–2018 (modifiziert nach [4]: Mudji J, Benhamou J, Mwamba-Miaka E, Burri C, Blum J. The Flip-side of Eradicating a Disease; Human African Trypanosomiasis in a Woman in Rural Democratic Republic of Congo: A Case Report. *Trop Med Infect Dis.* 2019;4(4):142. doi: 10.3390/tropicalmed4040142. © 2019 by the authors. Licensee MDPI, Basel, Switzerland. This article is an open access article distributed under the terms and conditions of the CC BY 4.0 license (<http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>)).

Der Kampf gegen die Krankheit

Erste Erfolge

Die Epidemiologie der Schlafkrankheit hängt stark von den politischen und sozialen Umständen in einem Land ab. Dies zeigt uns das Beispiel aus der Demokratischen Republik Kongo deutlich (Abb. 1). Zu Beginn des letzten Jahrhunderts wütete die Schlafkrankheit in den ländlichen Gebieten des Kongos und es starben Tausende von Menschen. Die Krankheit trat in endemischen Herden, sogenannten Foci, auf. Ganze Landstriche wurden durch Todesfälle oder Flucht entvölkert. Mit der Entdeckung des Parasiten, dessen Nachweis und den ersten Therapeutika waren die Grundsteine für eine wirksame Bekämpfung gegeben.

Mobile Teams suchten systematisch die Dörfer und untersuchten die Bevölkerung. Neben Anamnese und klinischer Untersuchung wurden serologische Schnelltests durchgeführt. Nach dem Nachweis der Parasiten im Blut oder in den Lymphknoten (Abb. 2–4) erfolgte die Behandlung in einem Zentrum. So gelang es, die Zahl der Betroffenen und die Übertragung



© Johannes Blum

Abbildung 2: Lymphknotenpunktion zur Gewinnung eines Aspirats.

des Erregers zu reduzieren, und um 1960 wurden kaum noch Fälle diagnostiziert.

Rückschläge

Die Methode mit den mobilen Teams war sehr kostspielig und mit Problemen behaftet. Die Diagnostik war schwierig und es brauchte geschultes Personal. Bei der suboptimalen Sensitivität der Methoden wurden die Infektionen der Menschen in den Initialstadien nicht diagnostiziert und es wurde nie die gesamte Bevölkerung erfasst. Die Kampagnen mussten wiederholt durchgeführt werden. Als sich die Kolonialmächte nach 1960 zurückzogen und es in einigen Ländern zu politischer Instabilität, Auseinandersetzungen und fehlendem Einkommen kam, gab es zu wenige finanzielle Mittel für die mobilen Teams. Zudem setzten internationale Institute andere Schwerpunkte wie beispielsweise die HIV-Bekämpfung. Die Aktivitäten der mobilen Teams wurden eingeschränkt. In der Folge kam es zu einem ungebremsen Anstieg der Krankheitsfälle (Abb. 1).

Aufgrund der hohen Toxizität von Melarsoprol und der Unwirksamkeit von Pentamidin im zweiten Stadium war die Bestimmung des Stadiums mittels Lumbalpunktion und Liquordiagnostik, oft unter sehr einfachen Verhältnissen im Dorf, erforderlich. Die Behandlung mit Melarsoprol dauerte mehrere Wochen und führte bei 10% der Fälle zu einer Enzephalopathie und bei 5% zum Tod. Aus Angst vor der Lumbalpunktion oder vor Stigmatisierung flohen die Betroffenen bei Eintreffen der mobilen Teams häufig in den Busch. Ab 1990 bildeten sich zunehmend Resistenzen und Fachpersonen befürchteten um die Jahrtausendwende das Schlimmste.

Das grosse Erwachen, erneute Erfolge und Systemwechsel

Durch die ansteigenden Zahlen aufgeweckt kam es um das Jahr 2000 zu internationalen Anstrengungen und Gelder wurden zugesprochen.

Die Diagnose erfolgt zuerst durch einen serologischen Schnelltest, gefolgt vom Erregernachweis im Blut, Lymphknoten aspirat oder Liquor als Bestätigungstest. In der Vergangenheit wurde mehrheitlich der «card-agglutination test for *T. b. gambiense*» (CATT) eingesetzt, der eine Kühlkette erfordert, nur in Kits mit 50 Testdosen erhältlich und nach Anbruch des Kits nicht lange haltbar ist. Seit Kurzem

sind zwei Schnelldiagnostiktests im Handel. Diese individuellen, thermostabilen Tests erfordern keine Ausrüstung oder Kühlung und können in peripheren Zentren mit limitierten Ressourcen angewendet werden. Auf den effektiven Nachweis des Parasiten in einem spezialisierten Zentrum wird zwar immer noch nicht verzichtet, aber ein Verdacht kann nun peripher und zunehmend ohne mobile Teams erhärtet werden.

Die seit 50 Jahren vernachlässigte Arzneimittelentwicklung machte Fortschritte und nach grossen Anstrengungen steht jetzt das orale Fexinidazol für die meisten Fälle zur Verfügung. Bei klinisch schweren Formen wird immer noch eine Lumbalpunktion durchgeführt und bei pathologischem Liquor die Kombinationstherapie Nifurtimox per os / Eflornithin intravenös angewendet [2]. Die perorale Behandlung kann nun auch in nicht optimal eingerichteten Gesundheitszentren in der Peripherie durchgeführt werden [3]. Durch diese Anstrengungen gingen die Schlafkrankheitsfälle wieder deutlich zurück.

Nicht wieder einschlafen!

Die Fallzahlen sind innerhalb von 100 Jahren von über 100 000 auf unter 1000 gefallen, hatten aber einen schwankenden Verlauf – und das scheinbar gelöste Problem verleitet zum falschen Schluss, man könne sich nun ausruhen. Die neuen diagnostischen Methoden und das Medikament Fexinidazol haben sich zwar in Studien als erfolgversprechend erwiesen, sich aber in der Praxis noch nicht nachhaltig bewährt.



© Johannes Blum

Abbildung 3: Untersuchung von Blut auf Trypanosomen im Felde.



© Johannes Blum

Abbildung 4: Mobiles Team in einem Dorf.

Wegen der geringen Fallzahlen gehen Kenntnisse über die Krankheit verloren und diagnostische Tests und Medikamente sind in peripheren Zentren nicht vorhanden. So erleben wir die Odyssee einer Patientin, bei der an mehreren Gesundheitszentren die Diagnose aus mangelnder Kenntnis und fehlender Diagnostik verpasst wurde.

Die wiederholte Schulung des medizinischen Personals und eine funktionierende Logistik werden darüber entscheiden, ob der Verzicht auf mobile Teams und die zukünftige Abdeckung der Diagnose und Therapie der Schlafkrankheit durch die allgemeinen Gesundheitssysteme gelingen oder ob es wieder ein böses Erwachen geben wird.

Diskussion

Auch Erkrankungen wie Malaria, Kinderlähmung oder Tuberkulose zeigen – trotz komplett unterschiedlicher Transmission –, dass sich ein Nachlassen der Aufmerksamkeit katastrophal auswirken kann. Die COVID-19-Pandemie hat die Bekämpfung der genannten Krankheiten weiter verschlechtert und ein Anstieg der Fälle ist vorprogrammiert. Am Beispiel der Affenpocken haben wir erlebt, wie eine Krankheit, die dank der Pockenimpfung nur in eng umschriebenen und entlegenen Gegenden Afrikas vorkam, sich plötzlich weltweit ausbreiten konnte.

Die Globalisierung der Infektionskrankheiten ist einerseits aus fachlich-medizinischer Sicht faszinierend, aber aus Sicht der globalen Gesundheit unberechenbar und potentiell ver-

heerend. Es braucht eine konstante Aufmerksamkeit und einen immerwährenden Wissenstransfer, auch über Krankheiten, die auf dem Weg zur Elimination sind – es könnte sich sonst rasch ändern.

Korrespondenz

Prof. Dr. med. Johannes Blum
Swiss Tropical and Public Health Institute
Kreuzstrasse 2
CH-4123 Allschwil
[johannes.blum\[at\]swissth.ch](mailto:johannes.blum[at]swissth.ch)

Disclosure Statement

CS ist (ehrenamtlich) Präsidentin der Schweizerischen Fachgesellschaft für Tropen- und Reisemedizin. Die anderen Autoren haben deklariert, keine potentiellen Interessenskonflikte zu haben.

Literatur

- 1 Blum JA, Neumayr AL, Hatz CF. Human African trypanosomiasis in endemic populations and travellers. *Eur J Clin Microbiol Infect Dis.* 2012;31(6):905–13.
- 2 Lindner AK, Lejon V, Chappuis F, Seixas J, Kazumba L, Barrett MP, et al. New WHO guidelines for treatment of gambiense human African trypanosomiasis including fexinidazole: Substantial changes for clinical practice. *Lancet Infect Dis.* 2020;20(2):e38–e46.
- 3 Burri C. Sleeping Sickness at the crossroads. *Trop Med Infect Dis.* 2020;5(2):57.
- 4 Mudji J, Benhamou J, Mwamba-Miaka E, Burri C, Blum J. The flipside of eradicating a disease; human African trypanosomiasis in a woman in rural Democratic Republic of Congo: A case report. *Trop Med Infect Dis.* 2019;4(4):142.



Prof. Dr. med. Johannes Blum
Swiss Tropical and Public Health
Institute, Allschwil
Universität Basel, Basel

Repetitive transkranielle Magnetstimulation

Hoffnung in der Behandlung von Fatigue nach COVID-Infektion?

Personen, die an Long-COVID leiden, können eine Vielzahl von neurologischen, psychiatrischen und internistischen Symptomen erleben. Dazu können unter anderem Fatigue, Konzentrationsstörungen oder Kurzatmigkeit beim Treppensteigen gehören. Dass längerfristige Gesundheitseinschränkungen nach einer akuten Infektion mit SARS-CoV-2 auftreten können, ist seit etwa Mitte des Jahres 2020 bekannt.

Aktuelle Schätzungen gehen davon aus, dass vermutlich mehrere Millionen Menschen weltweit betroffen sind und etwa 15% der Long-COVID-Betroffenen seit mindestens 12 Monaten Symptome haben, wie die Weltgesundheitsorganisation (WHO) kürzlich veröffentlichte [1].

Dies stellt eine erhebliche Belastung für das Gesundheitspersonal und das Gesundheitssystem insgesamt dar. Während sich die Pandemie aufgrund der Einführung vieler lebensrettender Massnahmen positiv verändert hat, sind die Auswirkungen von Long-COVID für alle Länder ernst und erfordern sofortige und nachhaltige Massnahmen, wie Tedros Adhanom Ghebreyesus, Generaldirektor der WHO, kürzlich in einem öffentlichen Aufruf forderte [2].

Nur eine einheitliche Definition von Long-COVID gibt es bisher nicht und spezifische Behandlungsmöglichkeiten sind kaum bekannt. Auf Long-COVID spezialisierte Zentren bieten häufig zwar Diagnostik auf höchstem Niveau an, aber kaum gezielte therapeutische Strategien. In einer Situation, in der mangels Datengrundlage noch keine evidenzbasierten Behandlungsempfehlungen verfügbar sind, sind also kreative Kliniker, die ihre fachliche Expertise nutzen, um Personen, die an Long-COVID leiden, zu helfen, von besonderer Wichtigkeit. Genau das macht den in dieser Ausgabe des Swiss Medical Forum geschilderten Fall so interessant [3]. Herr Professor Seemann blickt auf eine langjährige Erfahrung in der Behandlung von psychiatri-

schon und neurologischen Störungsbildern mittels repetitiver transkranieller Magnetstimulation (rTMS) zurück. Bei dieser Behandlungsmethode handelt es sich um eine nicht invasive Art der Neurostimulation, durch die Hirnareale in ihrer Aktivität gesteigert oder gebremst werden können. In der Schweiz wird sie mittlerweile an verschiedenen Behandlungszentren angeboten und mit Erfolg zur Therapie von verschiedenen Störungsbildern eingesetzt wie zum Beispiel Depressionen, akustischen Halluzinationen im Rahmen von Schizophrenien oder auch in der Therapie von Tinnitus und anderen neurologischen Krankheitsbildern. Die antidepressive Wirksamkeit der transkraniellen Magnetstimulation konnte in verschiedenen Metaanalysen gezeigt werden. Seit 2018 gibt es mit der Schweizerischen Gesellschaft für Interventionelle Psychiatrie (SGIP) eine ärztliche Gesellschaft in der Schweiz, die die richtige und anerkannte Anwendung der transkraniellen Magnetstimulation für psychiatrische Indikationen zum Ziel hat und die Weiter- und Fortbildung in dieser Methode strukturiert. Leider muss angemerkt werden, dass die Behandlung mit rTMS bislang in der Schweiz trotz zum Beispiel für die Behandlung von Depressionen gut belegter Wirksamkeit keine von den Krankenkassen vergütete Behandlung ist.

Hypothetisch könnten einzelne Symptome von Long-COVID als Störung der neuronalen Plastizität als Folge von chronischem Stress begriffen werden, woraus man die Idee ableiten kann, Behandlungsstrategien aus der Depressionstherapie auch hier anzuwenden – wie die rTMS –, was im oben erwähnten Fall mit Erfolg versucht wurde. In Zukunft könnte es eine interessante Frage für die Forschung sein, grössere Long-COVID-Patientenkollektive mit rTMS zu behandeln und die Behandlungsergebnisse mit geeigneten Kontrollgruppen zu vergleichen. Da rTMS eine bereits etablierte, gut verträgliche, neben-

wirkungsarme und kostengünstige Behandlungsart ist und Fatigue nach COVID-Infektion ein grosses Problem darstellt, liegt in dieser Falldarstellung möglicherweise viel Potential.

Korrespondenz

Dr. med. Johann Wenzel Schicho
Sanatorium Kilchberg
Privatklinik für Psychiatrie und Psychotherapie
Alte Landstrasse 70
CH-8802 Kilchberg
[johannwenzel.schicho\[at\]sanatorium-kilchberg.ch](mailto:johannwenzel.schicho[at]sanatorium-kilchberg.ch)

Disclosure Statement

Der Autor hat deklariert, keine potentiellen Interessenskonflikte zu haben.

Literatur

- <https://www.healthdata.org/news-release/who-least-17-million-people-who-european-region-experienced-long-covid-first-two-years>
- <https://www.theguardian.com/society/2022/oct/12/long-covid-who-director-general-oped-tedros-adhanom-ghebreyesus>
- Seemann O, Krämer B. Repetitive transkranielle Magnetstimulation bei Post-COVID-19-Fatigue. Swiss Med Forum. 2023;23(3):850–851.



Dr. med. Johann Wenzel Schicho
Sanatorium Kilchberg, Privatklinik für
Psychiatrie und Psychotherapie, Kilchberg

Effizient und verträglich

Repetitive transkranielle Magnetstimulation bei Post-COVID-19-Fatigue

Prof. h.c. (IOPM) Dr. med. Oliver Seemann, PD Dr. med Bernd Krämer

Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie, Spitäler Schaffhausen, Schaffhausen

Den Kommentar zu diesem Artikel finden Sie auf S. 849 in dieser Ausgabe.

Hintergrund

Psychiatrische Symptome während und nach einer COVID-19-Infektion sind vielfältig. Es finden sich Fatigue in 30–50% [1], Konzentrationsstörungen («brain fog»), Depressionen, Angststörungen, Antriebsmangel, rasche Erschöpfbarkeit, Kopfschmerzen, Gedächtnisstörungen, vegetative Regulationsstörungen, Bewusstseins- und Verhaltensstörungen. Diese Beeinträchtigungen bleiben nach Ausheilen der akuten Infektion in über 50% der Fälle zumindest teilweise über einen Zeitraum von mehr als 60 Tagen bestehen [2]. Das Beschwerdesyndrom, das über eine Zeitspanne von vier Wochen ab Infektion hinaus vorliegt, wird als Long-COVID oder postakute Folgen von COVID-19 («post-acute sequelae of COVID-19») und bei Persistenz von mehr als zwölf Wochen als Post-COVID-Syndrom bezeichnet.

Als mögliche Erklärung für die psychiatrische Problematik nach akuter COVID-19-Infektion wird ein Ansturm von proinflammatorischen Zytokinen vermutet, zum Beispiel Interleukin-(IL-)6 und «C-X-C motif chemokine ligand 10» (CXCL10) [3, 4], der auch für die hohe Mortalität mitverantwortlich gemacht wird. IL-6 und CXCL10 schädigen zudem wahrscheinlich unmittelbar das zentrale Nervensystem (ZNS) und dabei die graue Substanz und möglicherweise auch den Hippocampus respektive den Gyrus parahippocampalis [5–11]. Beide tiefen Hirnstrukturen sind Zentren des Fühlens und Denkens. Dieser Schädigung

folgt eine axonale Degeneration mit verringerter Verfügbarkeit von Serotonin; ausserdem kann sie zum Tod von Gliazellen führen [12]. Weitere Schädigungsmechanismen werden in Gerinnungs- und Blut-Hirn-Schrankenstörungen, der Bildung von Autoimmunantikörpern [12] sowie in mikrostrukturellen Läsionen [13] gesehen.

Von der repetitiven transkraniellen Magnetstimulation (rTMS) ist bekannt, dass sie über die Stimulation des dorsolateralen Präfrontal-Cortex (DLPFC) in verschiedene Netzwerke eingreift und regulierend wirkt. Der DLPFC ist über Assoziationsfasern mit dem orbitofrontalen Cortex, dem Thalamus, den Basalganglien und dem Hippocampus verbunden. Damit ist er von zentraler Bedeutung für Exekutivfunktionen wie Arbeitsgedächtnis, zielgerichtetes Handeln, Problemlösung, Entscheidungsfindung, kognitive Flexibilität und Aufmerksamkeit. Über die Verbindung zum limbischen System wird auch der Gyrus parahippocampalis involviert (Papez-Neuronenkreis), der wiederum eine Schlüsselrolle innerhalb des Default-Mode-Netzwerkes (DMN; Ruhezustandsnetzwerk) einnimmt als Schleuse zum medialen Temporallappen und damit zu Gedächtnisfunktionen. Fatigue, mit und ohne Depressionssymptome, steht im Zusammenhang mit einer Hyperkonnektivität des DMN [14]. Insofern liegt es nahe, das Verfahren der rTMS bei psychiatrischen COVID-19-Symptomen einzusetzen.

Fallbericht

Anamnese und Befunde

Die 60-jährige Patientin klagte auch drei Monate nach einer nachgewiesenen SARS-CoV-2-Infektion über Müdigkeit, Abgeschlagenheit, Konzentrationsschwäche, Schmerzen im Unterleib, Dünnhäutigkeit, Erschöpfung und Vergesslichkeit. Zudem bestand anamnestisch seit 2008 eine Depression, die jedoch vor der Infektion mit Escitalopram in der Dosis von 40 mg zur Remission gebracht worden war. In den vergangenen Jahren traten keine depressiven Symptome auf, auch nicht vor oder im Rahmen der Infektion. Standard-Laborwerte sowie IL-6 waren zu Beginn der Behandlung mit rTMS unauffällig.

Therapie

In der Klinik wurde die High-Intensity-rTMS zunächst fünfmal pro Woche über einen Zeitraum von zwei Wochen angewendet und danach auf einmal pro Woche reduziert. Das verwendete Protokoll (10 Hz, linker DLPFC, Stimulationsdauer 37,5 Minuten, 3000 Impulse, 120% Motor Threshold, Butterfly Coil) entspricht dem von der «Food and Drug Administration» (FDA) zugelassenen, weltweit gängigen Standard-Protokoll bei Depression. Ferner wurden die Patientin nach der zehnten Sitzung angehalten, sich mit einem mobilen Low-Intensity-rTMS-Heimgerät (200 μ Tesla) über mindestens 30 Minuten täglich mit 10 Hz selbst zu stimulieren.

Folgende Assessments kamen zur Anwendung: Beck-Depressions-Inventar (BDI) und «Fatigue Assessment Scale» (FAS). Die FAS besteht aus fünf Fragen zu körperlicher und fünf Fragen zu mentaler Fatigue und eignet sich insbesondere bei chronischen Verläufen.

Verlauf

Vor der Behandlung lagen der BDI-Summenwert bei 5 und der FAS-Summenwert bei 29. Aufgrund der geringen Punktzahl beim BDI kann davon ausgegangen werden, dass keine Depression vorlag.

Nach der zweiten Behandlung sanken der BDI-Wert auf 2 Punkte und der FAS-Wert auf 23 Punkte. Nach zwei Wochen Behandlung konnten wir für den BDI 1 Punkt und den FAS 17 Punkte notieren. Subjektiv fühlte sich die Patientin zu 80% gesund.

Nach einer weiteren Woche Kombinations-therapie (Low- und High-Intensity-rTMS) sanken der BDI auf 0 und der FAS auf 14 Punkte, die Patientin spürte als Restsymptomatik eine leichte Vergesslichkeit und leicht geminderte Belastbarkeit, sodass von einer Remission gesprochen werden konnte. Die Patientin kommt nun weiter einmal wöchentlich zur High-Intensity-rTMS und benutzt das mobile Gerät für drei Stunden täglich. Bei weniger als drei Stunden fühle sie sich weniger wohl.

Als Nebenwirkungen traten passagere und leichte Kopfschmerzen während der High-Intensity-Behandlung auf.

Diskussion

Es gibt bislang sehr wenig Erfahrung zur Behandlung von Fatigue im Rahmen von Erkrankungen des ZNS mit rTMS [15] und noch keine uns bekannte bei Post-COVID-19.

Die Effekte der rTMS erklären sich möglicherweise durch Veränderungen der Netzwerkregulation des DMN infolge von Modulationen des DLPFC. Langfristig könnte durch die rTMS auch die durch COVID-19 gestörte Neuroplastizität angeregt werden [16, 17], sodass funktionale in architektonische Veränderungen übergehen könnten.

Aus unserer Sicht wäre der frühzeitige Einsatz der rTMS, sogar schon während der Akutphase einer SARS-CoV-2 Infektion, möglicherweise für die Prognose günstig. Da auch die Kombination mit Low-Intensity-Heimbehandlung das Behandlungsergebnis verbesserte, gilt

es auch, den frühzeitigen Einsatz derartiger «Gadgets zur Neuromodulation» weiter zu erforschen, was auch schon von anderer Seite gefordert wurde [18].

Das hier vorgestellte Vorgehen empfehlen wir zur Prüfung auch für andere virale Infekte, die das ZNS schädigen [6] und ein «postvirales Erschöpfungssyndrom» basierend auf einem chronifizierten zytokininduzierten Krankheitsverlauf hervorrufen [12].

Schlussfolgerung

Trotz des nicht völlig geklärten Mechanismus der ZNS-Schädigung durch SARS-CoV-2 gibt diese Kasuistik einen Hinweis darauf, dass die rTMS bei sehr guter Verträglichkeit und sehr guter Effizienz geeignet ist, die Fatigue nach SARS-CoV-2 zu verbessern. Die rTMS scheint hier eine Alternative zu Psychotherapie und Psychopharmakotherapie, deren Wirksamkeit manchmal infrage gestellt wird, zu bieten [19].

Das Wichtigste für die Praxis

- Der Zytokin-Ansturm bei COVID-19 kann eine Schädigung des Zentralnervensystems bewirken, insbesondere des Default-Mode-Network, was zur Post-COVID-19-Fatigue führen kann.
- Durch repetitive transkranielle Magnetstimulation (rTMS) kann die Neuroplastizität angeregt und damit die Symptomatik verbessert werden.
- Der Einsatz mobiler rTMS-Geräte für zu Hause, insbesondere im Sinne einer Erhaltungstherapie, ist möglich und wünschenswert.

Korrespondenz

Prof. h.c. Dr. med. Oliver Seemann
Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie
Spitäler Schaffhausen
Nordstrasse 111
CH-8200 Schaffhausen
[oliver.seemann\[at\]spitaeler-sh.ch](mailto:oliver.seemann[at]spitaeler-sh.ch)

Informed Consent

Ein schriftlicher Informed Consent zur Publikation liegt vor.

Disclosure Statement

Die Autoren haben deklariert, keine potentiellen Interessenskonflikte zu haben.

Literatur

- 1 Li L-Q, Huang T, Wang Y-Q, Wang Z-P, Liang Y, Huang T-B, et al. COVID-19 patients' clinical characteristics, discharge rate, and fatality rate of meta-analysis. *J Med Virol.* 2020;92(6):577–83.
- 2 Carfi A, Bernabei R, Landi F. Persistent symptoms in patients after acute COVID-19. *JAMA.* 2020;324(6):603–5.
- 3 Coperchini F, Chiovato L, Rotondi M. Interleukin-6, CXCL10 and infiltrating macrophages in COVID-19-related cytokine storm: not one for all but all for one. *Front Immunol.* 2021;12:668507.

- 4 Hojyo S, Uchida M, Tanaka K, Hasebe R, Tanaka Y, Murakami M, et al. How COVID-19 induces cytokine storm with high mortality. *Inflamm Regen.* 2020;40:37.
- 5 Cho J, Nelson TE, Bajova H, Gruol DL. Chronic CXCL10 alters neuronal properties in rat hippocampal culture. *J Neuroimmunol.* 2009; 207(1-2):92–100.
- 6 Petrisko TJ, Bloemer J, Pinky PD, Srinivas S, Heslin RT, Du Y, et al. Neuronal CXCL10/CXCR3 axis mediates the induction of cerebral hyperexcitability by peripheral viral challenge. *Front Neurosci.* 2020;14:220.
- 7 Van Weering HRJ, Boddeke HWGM, Vinet J, Brouwer N, de Haas AH, van Rooijen A. CXCL10/CXCR3 signaling in glia cells differentially affects NMDA-induced cell death in CA and DG neurons of the mouse hippocampus. *Hippocampus.* 2011;21(2):220–32.
- 8 Satrom KM, Ennis K, Sweis BM, Matveeva TM, Chen J, Hanson L, et al. Neonatal hyperglycemia induces CXCL10/CXCR3 signaling and microglial activation and impairs long-term synaptogenesis in the hippocampus and alters behavior in rats. *J Neuroinflammation.* 2018;15(1):82.
- 9 Klein R, Soung A, Sissoko C, Nordvig A, Canoll P, Mariani M, et al. COVID-19 induces neuroinflammation and loss of hippocampal neurogenesis. *Res Sq [Preprint].* 2021 Oct 29:rs.3.rs-1031824.
- 10 Valkanova V, Ebmeier KP, Allan CL. CRP, IL-6 and depression: a systematic review and meta-analysis of longitudinal studies. *J Affect Disorder.* 2013;150(3):736–44.
- 11 Douaud G, Lee S, Alfaro-Almagro F, Arthofer C, Wang C, McCarthy P, et al. SARS-CoV-2 is associated with changes in brain structure in UK Biobank. 2022;604(7907):697–7.
- 12 Vasilevska V, Steiner J. Inflammation and psychische Erkrankung. *Info Neurologie +Psychiatrie.* 2021;11:42–9.
- 13 Lu Y, Li X, Gend D, Mei N, Wu P-Y, Huang C-C, et al. Cerebral micro-structural changes in COVID-19 patients - an MRI-based 3-month follow-up study. *EClinicalMedicine.* 2020 Aug;25:100484.
- 14 Hogestol EA, Nygaard GO, Alnaes D, Beyer MK, Westlye LT, Harbo HF. Symptoms of fatigue and depression is reflected in altered default mode network connectivity in multiple sclerosis. *PLoS One.* 2019;14(4):e0210375.
- 15 Lefaucher J-P, Chala MA, Mhalla A, Palm U, Ayache SS, Mylius V. The treatment of fatigue by non-invasive brain stimulation. *Neurophysiol Clin.* 2017;47(2):173–84.
- 16 Ueyama E, Ukai S, Ogawa A, Yamamoto M, Kawaguchi Ishii R, et al. Chronic repetitive transcranial magnetic stimulation increases hippocampal neurogenesis in rats. *Psychiatry Clin Neurosci.* 2011;65(1):77–81.
- 17 Guo F, Lou J, Han X, Deng Y, Huang X. Repetitive transcranial magnetic stimulation ameliorates cognitive impairment by enhancing neurogenesis and suppressing apoptosis in the hippocampus in rats with ischemic stroke. *Front Physiol.* 2017;8:559.
- 18 Caulfield KA. Treating the mental health effects of COVID-19: The need for at-home neurotherapeutics is now. *Brain Stimul.* 2020;13(4):939–40.
- 19 Leichsenring F, Steinert C, Rabung S, Ioannidis JPA. The efficacy of psychotherapy and pharmacotherapy for mental disorders in adults: an umbrella review and meta-analytic evaluation of recent meta-analyses. *World Psychiatry.* 2022;21(1):133–45.



Prof. h.c. Dr. med. Oliver Seemann
Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie, Spitäler Schaffhausen, Schaffhausen

Seminare / Séminaires / Seminari

Praxiseröffnung/-übernahme

Zielgruppe: Ärztinnen und Ärzte, die vor einer Praxiseröffnung (Einzel-/Gruppenpraxis), dem Einstieg in eine Gruppenpraxis oder vor einer Praxisübernahme stehen.

Themen

- **Bewilligungen/Berufspflichten** (Praxisbewilligung, Zulassung zur Sozialversicherung)
- **Gesellschaftsformen/Ehe- und Erbrecht** (Vertragswesen, Privat-/Geschäftsvermögen, Güterstand, Erbschaftsplanung)
- **Finanzierung der Arztpraxis** (Businessplan, Kredite, Absicherungsmöglichkeiten)
- **Versicherungen/Vorsorge/Vermögen** (Personen- und Sachversicherungen, Vorsorgeplanung)
- **Praxisadministration** (Leistungserfassungs- und Abrechnungssysteme)
- **Bewertung einer Arztpraxis** (Inventarwert und Goodwill als Verhandlungsbasis)
- **Praxiseinrichtung** (Inneneinrichtung, Kostenbeurteilung)

K01, Donnerstag, 9. März 2023, 09.00 – 16.30 Uhr,

Zürich, Volkshaus

K02, Donnerstag, 4. Mai 2023, 16.00 – 20.30 Uhr,

St. Gallen, Hotel Einstein

K03, Donnerstag, 1. Juni 2023, 09.00 – 16.30 Uhr,

Bern, Hotel Bern

K04, Donnerstag, 7. September 2023, 09.00 – 16.30 Uhr,
Zürich, Volkshaus

Praxisübergabe/-aufgabe

Zielgruppe: Ärztinnen und Ärzte, die ihre Praxis an einen Partner oder Nachfolger übergeben oder liquidieren wollen. Idealtermin: 5–10 Jahre vor geplanter Übergabe oder allfälliger Liquidation (aus steuerrechtlichen und vorsorgeplanerischen Gründen).

Themen

- **Praxispartner- oder Nachfolgesuche** (projektorientiertes Vorgehen in der Nachfolgeplanung)
- **Juristische Aspekte** (Praxisübergabevertrag, allg. Vertragswesen, Übergabe der Krankengeschichten)
- **Bewertung einer Arztpraxis** (Inventarwert und Goodwill als Verhandlungsbasis)
- **Versicherungen/Vorsorge/Vermögen** (Übergabe/Auflösung von Versicherungsverträgen, Pensions- und Finanzplanung)
- **Steuern** (Steueraspekte bei der Praxisübergabe oder Liquidation: Optimierung der steuerlichen Auswirkungen, Liquidations- und Grundstückgewinnsteuer)

K06, Donnerstag, 16. März 2023, 13.30 – 18.00 Uhr,

Zürich, Volkshaus

K07, Mittwoch, 24. Mai 2023, 16.00 – 20.30 Uhr,

St. Gallen, Hotel Einstein

K08, Donnerstag, 22. Juni 2023, 13.30 – 18.00 Uhr,

Bern, Hotel Bern

K09, Donnerstag, 14. September 2023, 13.30 – 18.00 Uhr,
Zürich, Volkshaus

Praxissoftware-Workshop

Zielgruppe: Ärztinnen und Ärzte, die vor einer Praxiseröffnung oder Praxisübernahme stehen oder bereits praxistätig sind.

Themen

- **Anforderungen an ein Praxisinformationssystem** (Einführung)
- **Evaluationsprozess** (projektorientiertes Vorgehen in der Evaluation eines Praxisinformationssystems)
- **Präsentation von sieben führenden Praxisinformationssystemen** (Leistungserfassung, Abrechnen, Agenda, Statistik, Geräteeinbindung, Krankengeschichte, Finanzbuchhaltung usw.)

K13, Donnerstag, 30. März 2023, 13.15 – 17.45 Uhr,

Zürich, Technopark

K14, Donnerstag, 29. Juni 2023, 13.15 – 17.45 Uhr,

Bern, Stadion Wankdorf

Ouverture et reprise d'un cabinet médical

Groupe cible: Médecins sur le point d'ouvrir un cabinet médical (individuel ou de groupe), de joindre un cabinet de groupe ou de reprendre un cabinet existant.

Contenu

- **Aspects juridiques** (contrats en général, autorisations, admission à pratiquer à la charge de l'assurance sociale, dossier patients, droit du travail, formes juridiques, droit matrimonial et le droit successoral)
- **Business plan / passage du statut de salarié à celui d'indépendant** (préparation du plan de financement, les financements, comptabilité, fiscalité, TVA)
- **Lieu d'implantation & aménagement** (implantation, projet et concept d'aménagement, choix du mobilier et des matériaux)
- **Estimation d'un cabinet** (processus d'une estimation, inventaire et goodwill, recommandations)
- **Administration d'un cabinet médical** (gestion d'un cabinet, facturation)
- **Assurances** (questions d'assurances et de prévoyance)

K20, Jeudi, 9 mars 2023, 09.00 – 17.30 h,

Lausanne, Hôtel Aquatis

K21, Jeudi, 15 juin 2023, 09.00 – 17.30 h,

Genève, Hôtel Royal

K22, Jeudi, 7 septembre 2023, 09.00 – 17.30 h,

Lausanne, Hôtel Alpha Palmiers

Remise et cessation d'un cabinet médical

Groupe cible: Médecins désirant remettre un cabinet médical à un associé ou à un successeur ou qui doivent fermer leur cabinet médical. Idéalement 5–10 ans avant la remise prévue (pour des questions de taxation et prévoyance).

Contenu

- **Aspects juridiques** (contrats en général, dossiers patients, autorisations)
- **Estimation d'un cabinet et remise du cabinet** (calcul de l'inventaire et du goodwill comme base de négociation, recherche de succession, recommandations)

- **Assurances/prévoyance/patrimoine** (remise/résiliation des contrats d'assurances, formes de prévoyance, planification de la retraite et des finances)
- **Conséquences fiscales d'une remise ou d'une cessation** (optimisation de l'impact fiscal lors d'une remise/cessation, impôt sur les bénéfices et gains immobiliers, détermination de la date optimale pour la remise/cessation)

K24, Jeudi, 16 mars 2023, 13.30 – 18.30 h,

Lausanne, Hôtel Aquatis

K25, Jeudi, 16 novembre 2023, 13.30 – 18.30 h,

Genève, Crowne Plaza

Atelier consacré au logiciel de gestion du cabinet médical

Groupe cible: Médecins sur le point d'ouvrir un cabinet médical et médecins déjà établis qui veulent changer leur logiciel

Contenu

- **Évaluation d'un système de gestion de cabinet**
- **Présentation en live de logiciels pour la gestion du cabinet** (gestion des données des patients, gestion de la facturation et de l'encaissement, statistiques, gestion de l'agenda, connexion des appareils médicaux au dossier patient, etc.)

K28, Mercredi, 28 juin 2023, 13.30 – 18.00 h,

Lausanne, Hôtel Alpha Palmiers

Apertura e rilevamento di uno studio medico

Gruppo destinatario: Medici in procinto di aprire o di rilevare uno studio medico.

Contenuto

- **Business plan** (preparazione del piano di finanziamento e del credito d'esercizio, prestito bancario)
- **Pianificazione** (insediamento, progetto e pianificazione, mobilio, budget)
- **Valutazione di uno studio medico** (inventario e goodwill)
- **Amministrazione di uno studio medico** (interna allo studio, rapporti con la banca)
- **Assicurazioni** (tutte le assicurazioni necessarie interne ed esterne allo studio)
- **Passaggio dallo stato di dipendente a quello di indipendente**
- **Fiscalità**

K50, Mercoledì, 15 marzo 2023, dalle 16.00 alle 18.00

Chiasso FMH Services (Consulting)

K51, Mercoledì, 11 ottobre 2023, dalle 16.00 alle 18.00

Chiasso FMH Services (Consulting)

Anmeldung/Inscription/Registrazione

www.fmhservices.ch





© Hôpital Riviera-Chablais

Geburtspläne sensibilisieren das Pflegepersonal dafür, auf die Patientinnen einzugehen. Wie hier in der Abteilung für Gynäkologie und Geburtshilfe des Spitals Riviera-Chablais.

Was möchte diese Patientin eigentlich?

Patientenzentriert Die Fédération des hôpitaux vaudois setzt seit 2019 die internationale Kampagne «What matters to you?» um. Zentral dabei: der konstruktive und respektvolle Austausch zwischen Gesundheitsfachpersonen, Patientinnen und Patienten sowie Angehörigen. Ein erstes Resümee ist ermutigend – dennoch gibt es Herausforderungen.

Gilles Labarthe

Ein patientenorientiertes Gesundheitssystem liefert bessere Ergebnisse – das klingt selbstverständlich. Seit dem 19. Jahrhundert beobachtet man jedoch in der modernen Medizin eine zunehmende Asymmetrie. Der Autorität der Fachperson steht eine vermeintlich passive Patientenschaft ohne wissenschaftliche Kenntnisse gegenüber.

Ob bei Konsultationen, Verschreibungen oder Behandlungen – die Asymmetrie hat sich so etabliert, dass sie kaum hinterfragt wird.

Seit 2014 will nun eine internationale Kampagne mehr Harmonie in diese Beziehungen bringen und so zu einem Win-Win-Effekt kommen. Dahinter steht ein einfacher

Gedanke: Neben der üblichen Frage «What's the matter?» («Worum geht es?») sollte bei der ersten Konsultation gleich eine weitere gestellt werden: «What matters to you?» («Was ist Ihnen wichtig?»). Das soll den konstruktiven, respektvollen Austausch zwischen Gesundheitsfachpersonen, Patientinnen und Patienten sowie Angehörigen fördern. Mit ihrem Programm zur Versorgungsqualität schloss sich die Fédération des hôpitaux vaudois (FHV) als erste Institution in der Schweiz 2019 dieser internationalen Kampagne an.

Der Auslöser, ein Artikel im NEJM

Laut Dr. Anthony Staines, Programmbeauftragter für Patientensicherheit und Versorgungsqualität, ist das Konzept an sich nicht gänzlich neu: Die FHV hat zwischen 2011 und 2012 mehrere Programme lanciert, zunächst zur Verminderung von unerwünschten Arzneimittelwirkungen, später von Dekubitalgeschwüren. «Unsere Erfahrung zeigt: Wenn sich die Patientin oder der Patient für die eigene Behandlung interessiert, Fragen stellt und um Erklärungen bittet, trägt das zur Verringerung des Fehlerrisikos bei.» Insgesamt führt eine patientenzentrierte Versorgung zu einer besseren Therapieadhärenz. Man musste daraus lediglich «ein verallgemeinerbares Konzept machen – eine Art Instrument für alle Fachpersonen, das weder Zeit noch zusätzliche Arbeit kostet, sondern sich nahtlos in die Routineversorgung einfügt. Dann stiessen wir auf diese internationale Kampagne», deren Ursprünge der FHV-Verantwortliche nachzeichnet.

Im Jahr 2012 erschien im New England Journal of Medicine (NEJM) ein Artikel über «Shared Decision-Making». Die Autoren beschäftigten sich mit der Bedeutung der vier Wörter «What matters to you?» für die Verbesserung der Arzt-Patienten-Beziehung. Ein sehr praxisnahes Konzept, symbolisiert durch die vier Initialen WMTY, mit hohem Anspruch. WMTY, so Anthony Staines, «fordert das Fachpersonal auf, die Rolle der asymmetrisch informierten Autoritätsperson abzulegen und sich als begleitend oder beratend zu begreifen, sich an den Vorlieben, Werten und Bedürfnissen der Patientinnen und Patienten zu orientieren, um deren Wünsche sowie ihre persönlichen Umstände und Einschränkungen besser zu verstehen und so eine bessere Therapieadhärenz zu erreichen».



«Patientinnen und Patienten, die sich für die ihre Behandlung interessieren, Fragen stellen, um Erklärungen bitten, verringern das Fehlerrisiko.»

Anthony Staines

Programmbeauftragter für Patientensicherheit und Versorgungsqualität, FHV

Die FHV als Pionierin in der Schweiz

Das WMTY-Konzept wurde 2014 an einem Kongress für medizinische Fachkreise vorgestellt und zunächst in Spitälern in Norwegen, später dann in Kanada, Schottland und Belgien getestet. Fünf Jahre danach übernahm die FHV mit Pilotprojekten eine Vorreiterrolle für die Kampagne in der Westschweiz. Anthony Staines weist auf das Versorgungsnetzwerk Réseau Santé Balcon du Jura in Sainte-Croix (VD)

hin, das die Kampagne abteilungsübergreifend allgemein umgesetzt hat. Seit 2022 ist sogar vorgesehen, dass die WMTY-Frage vor chirurgischen Eingriffen im Operationsaal gestellt wird. «Manche Patientenantworten lassen sich einfach handhaben, etwa: Ich habe Angst zu frieren; oder: Ich habe Angst, allein aufzuwachen. Oft genügt es bereits, wenn entsprechend sensibilisierte Anästhesiepflegepersonen im Aufwachraum anwesend sind. Damit kommt man schon mal weiter.»

Anthony Staines erwähnt ein weiteres Beispiel: «Das Spital Riviera-Chablais (HRC) hat diese Frage beispielsweise in der Geburtshilfe, bei Gebärenden auf der Entbindungstation, eingeführt. Die Erfahrungen damit fallen auch aufseiten der Fachpersonen positiv aus: Die Frage wird als sinnstiftend für die Tätigkeit empfunden und lässt sich ohne zusätzlichen Aufwand in den Versorgungsablauf integrieren.» Am HRC bestätigt Valérie Piazza, Leitende Pflegefachfrau und Hebamme der Abteilung für Gynäkologie und Geburtshilfe, diese positiven Erfahrungen, nach einer als «komplex» bezeichneten Implementierungsphase. Bei der Umsetzung der WMTY-Kampagne mit Dr. med. Alexandre Farin, dem Chefarzt der geburtshilflichen Abteilung, waren Entscheidungen notwendig. Zunächst musste festgelegt werden, in welcher der drei Einheiten sie getestet werden sollte: «Im geburtshilflichen Block, also den Kreissälen, auf der gynäkologisch-geburtshilflichen Notfallstation oder im stationären Dienst, also auf der Station. Der für die Teams relevanteste, sinnvollste und am wenigsten widerstandsbehaftete Teil ist für uns der Entbindungsbereich: Das Pflegepersonal ist bereits an den sehr symbolischen Moment der Geburtsplan-Erstellung gewöhnt. Der Geburtsplan führt zu einer Sensibilisierung, einer Zuwendung hin zu dem, was den Patientinnen wichtig ist. Deshalb haben wir in dieser Unterabteilung begonnen.»

Es gibt noch Herausforderungen

Allerdings hat die WMTY-Dynamik so manche Gewohnheit auf den Kopf gestellt: «Unsere morgendlichen und abendlichen Dienstübergaben haben sich beispielsweise inhaltlich verändert», so Valérie Piazza weiter. «Was ist Ihnen wichtig?» ist nun das wichtigste Eintragsfeld, abgesehen von den rein klinischen Daten. Es ist integraler, bisweilen sogar prioritärer Bestandteil unserer mündlichen Dienstübergaben.» Die Hebamme nennt weitere Herausforderungen. Erstens, dem Personal verständlich zu machen, dass es auch «andere Prioritäten als Kodierung und geburtshilfliche Risiken» gibt. «Nur wurde uns das in der Ausbildung so nicht vermittelt.» Und nach einer ersten Phase der Neugier musste bei den Mitarbeitenden einige Monate lang auf der Einhaltung bestanden werden, ehe sie den Mehrwert selbst erkennen und als beruflich erfüllend wahrnehmen konnten. Und schliesslich mussten «falsche Argumente» entkräftet werden: Die WMTY-Frage zu stellen, ist nicht zeitaufwendig. Im Gegenteil, «die Qualität spart uns Zeit», betont Valérie Piazza. Ihr Dienst unterliege den gleichen Budget- und Personalbeschränkungen wie anderswo.

Dieser Ansatz scheint jedoch schwieriger zu verstehen «für ärztliches und Assistenzpersonal, das sich nur vorübergehend, 6 bis 24 Monate lang, bei uns aufhält: Bei diesen Personen gestaltet sich die Investition anders. Es stellt sich das Problem der Reproduzierbarkeit, wenn sie dann ihre Aus-

bildung anderenorts fortsetzen. Manche haben Schwierigkeiten, das Konzept in anderen Einrichtungen anzuwenden.» Tatsächlich wird die Frage «Was ist Ihnen wichtig?» längst nicht in allen öffentlichen Spitälern systematisch gestellt, auch wenn man sie letzten Sommer im Spital Wallis versuchsweise eingeführt hat.



Der neue Ansatz zeigt Wirkung: «Unsere morgendlichen und abendlichen Dienstübergaben haben sich inhaltlich verändert.»

Valérie Piazza

Leitende Pflegefachfrau und Hebamme der Abteilung für Gynäkologie und Geburtshilfe, HRC

Mögliche Ausdehnung auf andere Kantone

«In anderen Kantonen überlegt man, sich der Kampagne anzuschliessen», berichtet Prof. Staines. Entsprechende Deutschschweizer Kantone seien ihm nicht bekannt, doch sei er unter anderem mit der Präsidentin der Schweizerischen Patientenorganisation (SPO), Susanne Gedamke, in Kontakt, die «das Konzept durchaus interessant findet» und befürworte. Derweil stösst WMTY auf Resonanz. Valérie Piazza nennt Patientinnen, die eigens aus anderen Kantonen zum HRC kommen, weil ihnen der neue Ansatz zusagt – vor allem angesichts der Gewaltproblematik in Gynäkologie und Geburtshilfe, die durch die Presse geht und vor kantonalen Parlamenten angeprangert wird.

Im Bereich der staatlichen Politik hat die Waadtländer Staatsrätin für Gesundheit und Sozialwesen, Rebecca Ruiz, bereits ihren Wunsch geäußert, die Kampagne auf Alters- und Pflegeheime auszudehnen. Einige grundsätzliche Widerstände müssten noch ausgeräumt werden, folgert Anthony Staines: «Manche befürchten, dass damit die Büchse der Pandora geöffnet wird und Patientinnen und

Die Frage «Was ist Ihnen wichtig?» wird längst nicht in allen öffentlichen Spitälern systematisch gestellt.

Patienten Forderungen stellen, die teuer und nicht statthaft sind. Solche Fälle sind jedoch selten. In der Regel handelt es sich um sinnvolle Anliegen mit durchaus realistischen Erwartungen. Häufig wird eher um eine Deeskalation der Massnahmen gebeten. Wo die Frage gestellt wird, führt das im Allgemeinen zu einer Kosteneinsparung. Beziffern lässt sich diese noch nicht, man stützt sich bislang auf Erfahrungswerte. Hier gäbe es noch allerhand Interessantes zu untersuchen.»

Versorgungsqualität

«Hauptsächlich fehlt es an Zeit für die Patienten»

Herr Burnand, Sie sind ein der 15 Mitglieder der neuen Eidgenössischen Qualitätskommission (EQK). Die WMTY-Kampagne hat die Schweiz erst 2019 erreicht: warum?

In der Schweiz sind wir relativ langsam in Bezug auf die Versorgungsqualität, obwohl sie seit 30 Jahren im KVG verankert ist. Auf der Grundlage einer Reihe von Indikatoren hat der Bund die Eidgenössische Qualitätskommission eingerichtet, die seit dem Frühjahr 2021 operativ ist. Allerdings sind wir in vielerlei Hinsicht im Rückstand, auch wegen des fraktionierten Gesundheitssystems. Wir haben sehr wenige Indikatoren und Messdaten für die Versorgungsqualität und die Patientensicherheit in der Schweiz. Daneben mangelt es auch an einer entsprechenden «Qualitätskultur» in der Öffentlichkeit, bei der Patientenschaft sowie, aufgrund des geringen einschlägigen Weiterbildungsangebots, auch beim Fachpersonal.

Was bringt diese Kampagne?

Sie bringt uns in der Praxis voran. «Wir müssen den Patienten in den Mittelpunkt stellen», hören wir schon lange. Doch bei der Umsetzung dieses Ansatzes hapert es. Hierzulande mangelt es an entsprechend sensibilisierten und ausgebildeten Fachpersonen. Ein indirekter Indikator zeigt: Die EQK hat für diverse Projektarten umfangreiche Finanzierungen erwirkt. Doch was bisher bei uns eingegangen ist, entspricht nicht ganz dem, was wir uns erhofft haben. Bei dieser Kampagne dagegen könnte man ein schweizweites Programm erwarten, das die Frage in allen Arten von Einrichtungen zu einem Anliegen macht.

Wenn man hört, was in den Alters- und Pflegeheimen passiert, hat man eher den Eindruck, dass die einzelnen Behandlungen zeitlich genau getaktet sind und es den Direktionen darauf ankommt, die Patientenzeit zu reduzieren ...

Zweifellos. Wie ein amerikanischer Kinderarzt und Qualitätsspezialist einmal sagte, ist jedes Versorgungssystem perfekt darauf ausgelegt, genau die Ergebnisse zu erzielen, die es erzielt. Legt man bei ambulanten medizinischen Leistungen den Schwerpunkt komplett auf Zeiteinteilung und leistungsbezogene Finanzierung, werden womöglich unangemessene oder unnötige Leistungen erbracht, doch hauptsächlich fehlt es an Zeit für die Patienten. Dies erklärt zweifellos den Erfolg der Anbieter komplementärmedizinischer Ansätze. Wir haben also definitiv ein Problem mit der Konfiguration unseres Gesundheitssystems.



Bernard Burnand

Facharzt für Prävention und Gesundheitswesen, Mitglied der Section romande der Fédération suisse des patients (FSP), Honorarprofessor der Universität Lausanne, Fakultät für Biologie und Medizin.

Ein Virus mit Nachhaltigkeit

Ständig schlapp Long COVID beeinträchtigt das Leben mancher Patientinnen und Patienten noch Monate oder Jahre nach einer Infektion. Wie viele Menschen betroffen sind – und ob es Medikamente gibt, die helfen. Neue Erkenntnisse aus der Forschung.

Leonie Dolder

Die meisten Menschen, die an einer COVID-Infektion erkranken, erholen sich vollständig, manche aber nicht. Zwar existiert noch keine universelle Definition für Long COVID – die WHO hat aber in einem Konsensus-Statement [1] im Oktober 2021 versucht, eine Vereinheitlichung der Definitionen zu erzielen: «Long Covid tritt [...] in der Regel drei Monate nach Ausbruch von COVID mit Symptomen auf, die mindestens zwei Monate anhalten und nicht durch eine andere Diagnose erklärt werden können.» Die Liste der Symptome ist lang: Zu den häufigsten zählen Müdigkeit (58%), Kopfschmerzen (44%), Konzentrationsdefizite (27%), Haarausfall (25%) und Atemnot (24%) [2]. PD Dr. med. Dominique Braun, Oberarzt in der Klinik für Infektionskrankheiten und Spitalhygiene im Universitätsspital Zürich (USZ), führt aus, dass im Vergleich zu anderen Erkrankungen kein Biomarker zur Diagnose der Krankheit bestehe, was die Diagnose umso schwieriger mache.

Impfung reduziert Risiko

Die Häufigkeit von Long COVID scheint auf den ersten Blick noch nicht verlässlich eingeschätzt werden zu können: Je nach Falldefinition, Datenbasis und Studienmethodik kommen die Analysen zu unterschiedlichen Resultaten [3, 4]. Prof. Dr. med. et phil. Milo Puhan, Direktor am Institut für Epidemiologie, Biostatistik und Prävention der Universität Zürich, betont aber, man könne davon ausgehen, dass 20% aller Personen mit einer bestätigten Infektion an Long COVID erkranken, was etwa 5% aller Infizierten entsprechen.

Die jetzige Forschung kommt zum Schluss, dass das Risiko für Langzeitfolgen mit dem Schweregrad der Erkrankung steigt. In vielen Studien ist übereinstimmend beobachtet worden, dass Mädchen und Frauen häufiger von Long COVID betroffen sind als Jungen und Männer derselben Altersgruppen [5]. PD Dr. med. Braun verweist auf eine aktuelle Studie aus Israel, die belegt, dass eine Booster-Impfung das Risiko für Long COVID reduziert [6].

Die Hoffnungsträger

Die zugrunde liegenden Mechanismen von Long COVID sind noch nicht geklärt, wobei Erkenntnisse hierzu dank intensiver Forschung fortlaufend hinzukommen. Dr. med. Michael Gengenbacher, Ärztlicher Direktor Innere Medizin und Bewegungsapparat von Zurzach Care, führt unter

anderem stationäre Rehabilitationsbehandlungen von Long-COVID-Betroffenen durch. Da das Virus mutiert, seien Medikamente gefragt, die nicht in die Mutation eingebaut und folglich unwirksam werden, so Gengenbacher. «Eine solche Forschung kann nur über Gentechnik genügend reaktiv und adaptiv sein.»

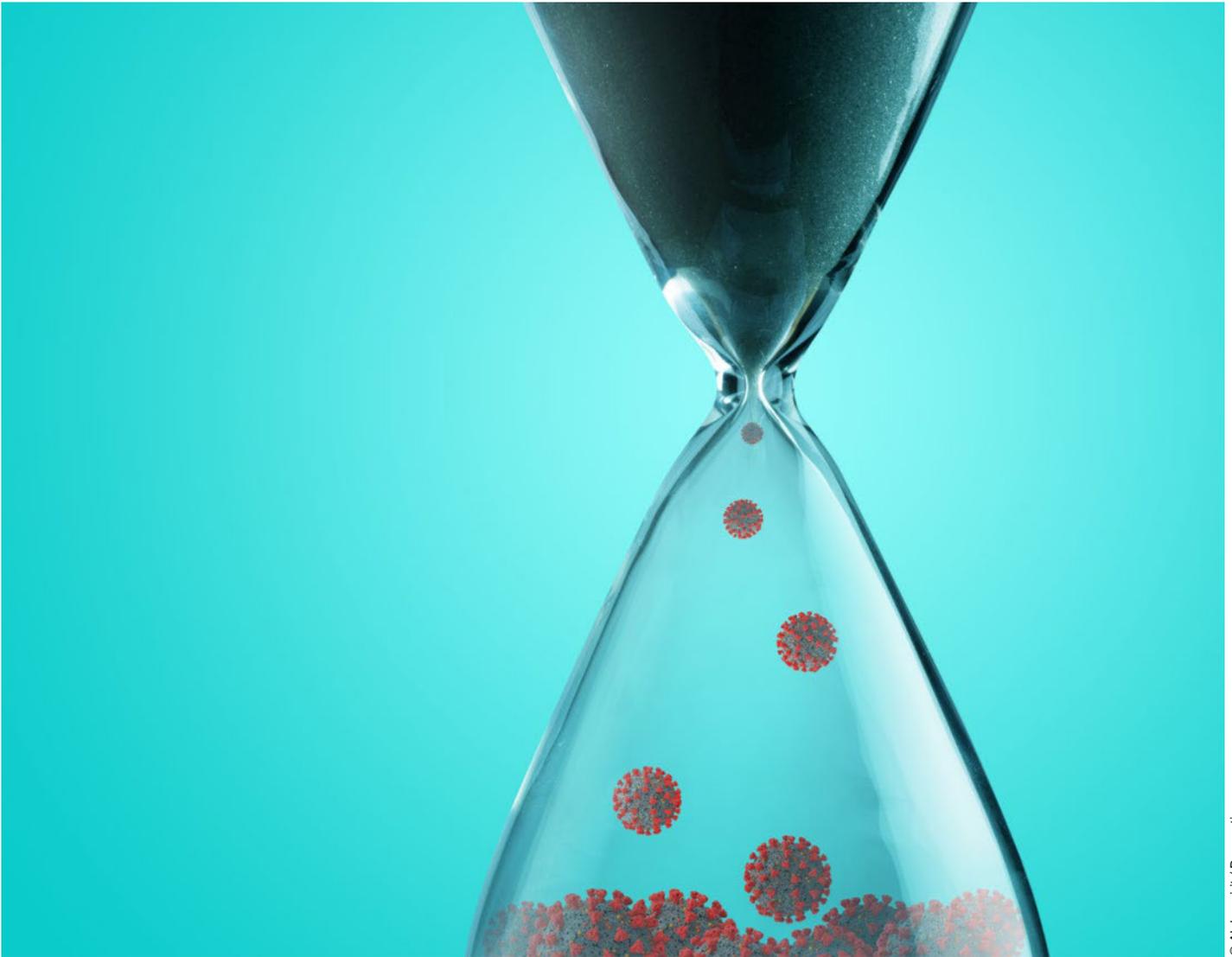
Momentan gebe es keine anerkannte Therapie spezifisch für Long COVID, bestätigt auch Dominique Braun. Aber auch er verweist auf eine aktuelle Studie [7] und erklärt, dass eine Frühtherapie mit Nirmatrelvir (Paxlovid) das Risiko für Long COVID verringern könnte. Die Studie belegt, dass eine Behandlung mit Nirmatrelvir das Risiko um 26% senkte. Bei zehn von zwölf untersuchten Beschwerden schnitten die Teilnehmenden, die nicht mit Nirmatrelvir behandelt wurden, schlechter ab. Dazu gehörten etwa Kurzatmigkeit, Erschöpfung oder Herzrhythmusstörungen. Braun betont aber, dass diese Frühtherapie in der Schweiz aktuell nur für Hochrisikopatienten vergütet werde, um das Risiko für einen schweren Verlauf zu reduzieren. Aktuell läuft eine Studie am Universitätsspital Basel, die den Einfluss von Fampridin auf das Arbeitsgedächtnis bei Patienten mit Long COVID untersucht [8]. Es handelt sich dabei um einen reversiblen Kaliumkanal-Blocker, der bei der Multiplen Sklerose zur Verbesserung der Gehfähigkeit eingesetzt wird.

Somatische Abklärung

Aktuell gibt es mindestens 49 spezialisierte Sprechstundenangebote und 47 Rehabilitationsangebote in der Schweiz [9]. Die Klinik für Infektionskrankheiten am USZ erhält etwa viele Zuweisungen von Hausärzten. Braun führt aus, dass

Long-COVID-Netzwerke

Als Patienteninitiative für Betroffene wurde 2021 der Verein Long COVID Schweiz gegründet. Er setzt sich für eine Anerkennung von Long COVID als Krankheitsbild neuroimmunologischer Ursache ein. Auch das Netzwerk Altea Long COVID setzt sich für Betroffene ein und stellt Informationen rund um das Krankheitsbild zusammen – auch für Fachpersonen.



© Alphaspirit / Dreamstime

Long COVID: Wenn die Symptome auch nach langer Zeit nicht verschwinden.

das USZ sozusagen als Triagestelle fungiere: «Zuerst werden somatische Abklärungen durchgeführt, um andere Erkrankungen, welche die Symptome auslösen könnten, auszuschliessen.» Betroffene sollten pragmatisch behandelt werden, eine Überdiagnostik müsse vermieden werden. Man habe einige Fälle, in denen so beispielsweise eine versteckte Schilddrüsenfunktionsstörung aufgedeckt wurde, die tatsächlich die Ursache der Symptome war. Erst anschliessend werden die Patienten weiter triagiert, je nach Beschwerdebild in die Neurologie, Kardiologie, Pneumologie oder Psychiatrie. Wichtig sei auch die Zusammenarbeit mit der Physio- und Ergotherapie und damit verbunden die Schulung im Energiemanagement.

Eine sozioökonomische Belastung

Long COVID führt neuen Erkenntnissen zufolge häufig zu Störungen im Arbeitsleben. Im Durchschnitt berichten Personen mit schweren Symptomen über eine um 50% verringerte Arbeitsfähigkeit [10]. Es wird sich also auch die Frage nach Leistungen der Invalidenversicherung und der Pensionskasse stellen. Klar ist: Nur mit weiterer Forschung können evidenzbasierte Entscheidungen zum neuen Krankheitsbild getroffen werden. Das BAG publizierte Ende Oktober

Milo Puhans neuntes Update zu Long COVID: Aktuell sind 164 Studien zur Behandlung und Rehabilitation von Langzeit-COVID registriert, davon 23 abgeschlossen [11].

Dazu gehören auch die Studien im Rahmen des Nationalen Forschungsprogramms «COVID-19» (NFP 78) des Schweizerischen Nationalfonds, das 2020 gestartet wurde und über einen Finanzrahmen von 20 Millionen Franken verfügt [12]. Aktuelle Projekte forschen über Langzeitfolgen wie das Immunologische Gedächtnis nach einer COVID-Infektion [13], die kognitiven Beeinträchtigungen durch COVID [14], die Folgen einer Infektion in Bezug auf Herz-Kreislaufkrankungen [15] oder die Auswirkungen der Pandemie auf die psychische Gesundheit [16].

Lesen Sie auch den Fallbericht über Post-COVID im Swiss Medical Forum in dieser Ausgabe.



Literatur

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

Ein Dank an mein Leben

Wellbeing Die Forschung zeigt: Wer dankbar ist, lebt gesünder. Wie es gelingen kann, Dankbarkeitsrituale in das eigene Leben zu integrieren und weshalb sich die Massnahme nicht nur für Patientinnen und Patienten lohnt.

Angelo Barrile

Kennen Sie diese Situation? Ein Patient oder eine Patientin bittet Sie um einen Ratschlag zur Verbesserung der Lebensqualität ausserhalb der Schulmedizin. Oder Sie selbst möchten sich um Ihr Wellbeing kümmern (vielleicht nach dem Lesen meiner letzten Kolumne). Aber Sie wissen nicht, wo beginnen vor lauter Empfehlungen zu Achtsamkeit, Meditation, Atmung, Bewegung, Ernährung, Imagination, Entspannungstechniken, Yoga, Qi Gong, Akupunktur und so weiter. In Buchhandlungen, Podcasts, Newsletters und Websites wimmelt es nur von Ratgebern und Kursen, sei es von Fachpersonen oder solchen, die sich dafür halten. Zugegebenermassen gibt es auch gute, seriöse und für Sie passende Angebote, aber die scheinen gut versteckt oder zu teuer zu sein.

Ich war schon viele Male an diesem Punkt, bis ich realisiert habe, dass ich wohl das Thema anders anpacken sollte. Anstatt mich durch diesen Angebotsdschungel zu kämpfen, habe ich begonnen, mich mit der Forschung zum Thema Lebensstiländerung zu befassen. Faszinierenderweise lässt sich tatsächlich mit seriöser und fachkundiger Anleitung und bei regelmässiger Durchführung im Alltag ein positiver Effekt nachweisen. Dabei gibt es verschiedene Elemente, die sich unterstützend auf unsere Lebensqualität auswirken können. Wir müssen es sozusagen schaffen, in unserem Innern mindestens einen dieser Faktoren zu aktivieren. Dabei ist mir ein Element aufgefallen, das mich etwas überrascht hat: die Dankbarkeit. Sie kann ohne Gesundheitsrisiko den Patientinnen und Patienten empfohlen werden, lässt sich ganz einfach in den Alltag einbauen und ist simpel anwendbar auch ohne teure Kursbesuche.

Was die Glücksforscherin sagt

In der Glücksforschung taucht die Dankbarkeit regelmässig auf. Gemäss der Psychologieprofessorin Sonja Lyubomirsky, die zum Thema Wohlbefinden forscht, ist Dankbarkeit der Faktor, der Glück am zweitstärksten beeinflusst. In der Literatur traf ich ständig auf die Wichtigkeit der Dankbarkeit für ein zufriedeneres und sogar gesünderes Leben. Wer sich täglich ein paar positive Erlebnisse aufschreibt, für die er oder sie dankbar ist, hat weniger körperliche Beschwerden, ist mit dem Leben zufriedener und sieht positiver in die Zukunft als eine Vergleichsgruppe, die Schwierigkeiten notiert.

Dankbare Menschen scheinen resilienter gegen Stress und Depression zu sein.

Dass Dankbarkeit eine «heilende» Wirkung hat, ist schon lange bekannt. Die grossen spirituellen Traditionen erkannten schon vor Jahrtausenden, wie wichtig es ist, dankbar zu sein. Ich nehme an, Sie kennen den Dalai Lama und den verstorbenen Erzbischof Desmond Tutu, zwei äusserst eindrückliche Persönlichkeiten und charismatische Friedensnobelpreisträger. In ihrem «Buch der Freude» beschreiben die beiden die Dankbarkeit als eine der acht Säulen der Freude. Dankbarkeit sei ein gutes Rezept gegen den Neid und helfe das eigene Leben schätzen zu lernen.

Ein Perspektivenwechsel

Beim Praktizieren der Dankbarkeit machen wir uns all jenes bewusst, was wir im Leben haben. Und wir erkennen voller Mitgefühl, dass es zahlreiche Menschen gibt, die all das nicht haben. Der Perspektivenwechsel bringt uns weg von der Fixierung auf Fehler und Mängel. Dankbarkeit hilft uns auch, die Realität wahrzunehmen und zu begrüssen, anstatt ständig unzufrieden auf das zu schielen, was wir gerne hätten. Ja, es geht darum, das Glas halb voll und nicht mehr halb leer zu sehen.

Nun verrate ich Ihnen mein Dankbarkeitsritual. Morgens und abends zähle ich Dinge, Erlebnisse und Menschen auf, für die ich dankbar bin. Es ist so wunderbar, die vielen kleinen (und grossen) Geschenke des Lebens zu erkennen. Dies hat mir sogar in den schwierigsten Zeiten meiner Krebserkrankung die nötige Energie gegeben. Und seit ich ein dankbarer Mensch geworden bin, haben sich die Qualität und Freude in meinem Leben um ein Vielfaches vermehrt. Sie dürfen es gerne selber ausprobieren und auch Ihren Patientinnen und Patienten weitersagen. Bin gespannt, was es bei Ihnen bewirkt.



Angelo Barrile

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



© Luca Bartulović

Eine Walliser Hebamme zwischen Tradition und Moderne

Beruf im Wandel Mitte des vergangenen Jahrhunderts arbeitete Adeline Favre im Walliser Val d'Anniviers als Hebamme. Umgeben von Bauernhöfen, religiösen Gepflogenheiten und traditionellen Rollenbildern vertrat sie die moderne Medizin – bis sie selbst von ihr überholt wurde.

Iris Ritzmann, Eberhard Wolff

Man darf nicht vergessen, dass ich seit Beginn meiner Tätigkeit oft zehn oder zwölf Kinder der gleichen Mutter zur Welt gebracht habe. Familien mit sechs Kindern galten damals als kleine Familie.» Nein, die Geburt eines Kindes ist nicht zwingendermassen ein Glück. Im Walliser Val d'Anniviers, wo Adeline Favre 1908 zur Welt gekommen war, bedeutete Geburt Schmerz, Angst und Armut. Sie war das achte von 14 Kindern. Bei ihrer eigenen Geburt war die Mutter ganz auf sich selbst gestellt, weil die zuständige Hebamme bei Steisslage nicht anders helfen konnte, als in einer Zimmerecke zu beten.

Als Katholikin in Genf

Ausschlaggebend für die junge Adeline, den Hebammenberuf zu ergreifen, war das hohe Ansehen, das dieser Beruf im abgelegenen Tal genoss. Wenn die Hebamme eine Gebärende betreute, erhielt sie gutes Essen und man begegnete ihr dankbar und respektvoll. Adelines Eltern versuchten, ihre Tochter von diesem Wunsch abzubringen. Es war nicht üblich, eine Ausbildung an einem fremden Ort zu absolvieren. Schon gar nicht für ein Mädchen. Das Leben der Frauen sollte sich darin erfüllen, zu heiraten und danach für Kinder und Haushalt zu sorgen. Doch die Siebzehnjährige setzte sich durch.

Ausschlaggebend für die junge Adeline war das hohe Ansehen, das der Hebammenberuf im abgelegenen Tal genoss.

Als klar wurde, dass Adeline nicht ins katholische Freiburg, sondern an die Hebammenschule im calvinistischen Genf gehen würde, für die Walliser der «Ort der Verdamm-

nis» schlechthin, befürchtete ihr Vater, dass sie ihren katholischen Glauben verlieren würde. Seine Ängste waren indes unbegründet: Zu den wenigen erlaubten Aktivitäten ausserhalb der Schule gehörte das Recht der katholischen Schülerinnen, die Messe zu besuchen, was Adeline gerne und regelmässig wahrnahm.

Ein Leben lang Hebamme

Nach drei Jahren intensiver Ausbildung kehrte Adeline 1928 als ausgebildete Hebamme zurück ins Val d'Anniviers. Hier und in der näheren Umgebung führte sie in den folgenden über 30 Jahren Hausgeburten durch, die letzte 1960. Über diese Geburten führte sie Buch – es waren mehr als 8000. Danach war sie weiterhin bis 1974 als Spitalhebamme in Siders tätig. 1981 kamen Gespräche, die sie mit ihren Nichten geführt hatte, in Buchform unter dem Titel «Ich, Adeline, Hebamme aus dem Val d'Anniviers» heraus [1]. Ihre Erinnerungen belegen eindrücklich die Veränderungen, die sie im Verlauf ihrer Berufstätigkeit erlebt hatte.

Erste Frau im Tal mit Auto

Zu ihrem Examen hatte sich Adeline Favre einen ledernen Hebammenkoffer gekauft. Dieser stand gewissermassen für

Frauen in der Medizin

Die Porträtserie stellt in lockerer Folge historische weibliche Persönlichkeiten aus dem medizinischen Umfeld der Schweiz vor. Jede dieser Frauen beschritt eigenwillig ihren Weg. Und nicht selten weisen ihre Geschichten erstaunliche Bezüge zur Gegenwart auf.

die neuen Kenntnisse, die sie sich in der Hebammenschule angeeignet hatte. Das Kofferchen enthielt unter anderem desinfizierendes Pulver und Alkohol, sterile Kompressen, ein hölzernes Stethoskop, Sonden, ein Nähset, eine Milchpumpe und sogar einen Reagenztest zur Feststellung von Eiweiss im Urin.

Adeline Favre verstand sich als moderne Hebamme. Und als solche begegnete sie in der abgelegenen Walliser Bergregion ihrer Kindheit einer zutiefst traditionellen Welt. So beschreibt sie, wie Gebärende noch nach Abgang des Fruchtwassers im Stall die Kuh melkten, dass Wöchnerin-

Der Arzt löste die Plazenta mit blossen Händen oder nahm Einläufe mit dem Walliser Rotwein Dôle vor.

nen ihren Ehemännern auch nach schweren Dammrissen den Beischlaf nicht verwehren durften und strenge Bettruhe nur und einzig am neunten Tag nach der Geburt galt, weil an diesem Tag die Gebärmutter wieder an ihre frühere Stelle zurückfinden sollte. Auch den einzigen Arzt im Tal, den sie bei schweren Geburten beizog, schilderte sie mit kritischem Blick, etwa wenn er die Plazenta mit blossen Händen löste oder bei schwerem Blutverlust Einläufe mit dem Walliser Rotwein Dôle vornahm.

Mit der Zeit hielten Neuerungen Einzug. Adeline Favre begann, den Blutdruck zu messen. Gegen starke Blutungen oder das gefürchtete Wochenbettfieber kamen Medikamente auf, die dann auch ins Val d'Anniviers vordrangen. Und sie besass als eine der ersten Talbewohner und selbstverständlich als allererste Frau der Region ein Auto.

Vom Wandel überholt

Als die Spitalgeburten üblicher wurden, fiel es Adeline Favre jedoch schwer, ihren Beruf unter veränderten Bedingungen durchzuführen. Sie beschreibt, wie sie die gebärenden Frauen im Spital erlebte: «Sie fühlten sich einsam in den vier Spitalwänden, sie konnten sich kaum bewegen und auch nicht mit Angehörigen sprechen. Sie sorgten sich, wie es wohl daheim gehe, wo sie Kinder und Mann allein zurückgelassen hatten. Alle diese Nachteile beunruhigten sie; ein Spitalaufenthalt war oft nicht die optimale Lösung.»

Adeline Favre hatte ihren Weg als moderne Hebamme begonnen. Sie beendete ihn als alte, traditionelle Hebamme.

Ein melancholischer Ton des Verlustes schwingt mit, wenn sie ihre eigenen Bindungen zu den gebärenden Frauen während den Hausgeburten mit der geregelten Betreuung im Spital vergleicht. Das Spital mit seinen neuen Eingriffsmöglichkeiten «bedeutete leider weniger Kontakte mit den Familien der Gebärenden, weniger Freude, weil die Geschwister des Neugeborenen nicht da waren und man ihr Erstaunen und ihre Reaktionen nicht mehr miterlebte». Fast



Adeline Favre 1957 in Sonntagstracht und mit Hebammenkoffer.

scheint es, als vermisste sie das Schubladenbettchen mit den zahlreichen Kindern, das sich herausgezogen neben dem Ehebett befand und während nächtlicher Entbindungen mit einem Leintuch zugedeckt wurde.

Adeline Favre hatte ihren beruflichen Weg als erste moderne Hebamme im Val d'Anniviers begonnen. Sie beendete ihn als alte, traditionelle Hebamme, die nicht mehr so richtig in die moderne Welt zu passen schien. Trotz vieler Anpassungen und willigen Veränderungen hatte die Zeit sie irgendwann eingeholt. Sinnbild hierfür mag wiederum ihr ledernes Hebammenkofferchen sein, das sie nach über fünfzig Jahren noch immer besass. Sie starb im Jahre 1983.



Literatur

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

Der witzigste Arzt des Internets

TikTok Der amerikanische Mediziner William E. Flanary löst mit seinen Videos in sozialen Medien vor allem bei jungen Ärztinnen und Ärzten Lachkrämpfe aus. Doch hinter seiner homöopathisch leichten Fassade verbirgt sich eine ernste Geschichte.

Simon Maurer



Wenn Lachen wirklich die beste Medizin ist, müsste die Pharmaindustrie Videos des amerikanischen Ophthalmologen William «Will» Flanary patentieren lassen und in der Apotheke verkaufen. Schliesslich schafft es kein anderer Arzt, selbst ultimativ gestressten Unterassistentinnen und -assistenten auch nach der 18. Stunde Sonntagsdienst noch ein Schmunzeln zu entlocken. Der Arzt und Komiker ist im Internet beliebt wie kaum ein anderer Mediziner: So folgen ihm über 750 000 Menschen auf Youtube und rund zwei Millionen auf Tiktok.

Flanary ist besser bekannt unter seinem Pseudonym Dr. Glaucomflecken. Unter diesem Namen postet der 37-jährige Amerikaner seine maximal zwei Minuten kurzen Clips. Darin nimmt er Ärztinnen und Ärzte eines Fachgebiets aufs Korn und macht sich über ihre klischeehaften Eigenschaften lustig, über die in Spitälern hinter vorgehaltener Hand schon seit Jahren gelacht wird. Die von Flanary gespielten Charaktere sind immer völlig überzeichnet – und genau das macht sie so lustig.

Die von Flanary gespielten Charaktere sind immer völlig überzeichnet – und genau das macht sie so lustig.

Sein Erfolgsgeheimnis

Da gibt es beispielsweise den Facharzt der Inneren Medizin, der fast in Ohnmacht fällt, als ihm ein junger Assistenzarzt vom signifikanten Fund im Röntgen berichtet. Signifikanz, so belehrt er den Kollegen in einem gefühlt stundenlangen Monolog, könne man nicht so einfach bestimmen. Die konkrete Aussage ist für den Spezialisten nicht auszuhalten und er zwingt seinen Assistenten, so viele vorsichtige Möglichkeitenformen zu benutzen, bis die Aussage gar keine Bedeutung mehr hat.

Oder da ist der Klischee-Orthopäde, der als hypermännlicher Arzt meist direkt aus dem Fitnessstudio kommt und am liebsten nur über seinen Lieblingsknochen redet. Nicht fehlen darf auch der Notfallmediziner – bei Flanary typischerweise ein exzessiver Velofahrer oder Sportler, der Outdoor-Kleider von Patagonia trägt und an Velohelm und Sonnenbrille erkennbar ist. Ebenfalls eine beliebte Figur: Der Psychiater, der sich über die Macken der Ärztinnen und Ärzte aller anderen Fachrichtungen aufregt, wenn sie wieder mal zu einer Sitzung bei ihm verdonnert wurden.

Die Stereotypen sind bei Flanary nicht beleidigend gemeint, sondern mit einem Augen-

zwinkern zu verstehen. Der Amerikaner fürchtet sich auch nicht vor dem Unmut von Kollegen, die seine Witzfiguren nicht lustig fänden, wie er gegenüber statnews.com [1] sagt. Schliesslich schiesse er auch sehr gerne gegen die eigene Zunft der Augenärztinnen und -ärzte, die nichts von Körpermedizin versteht und so gut verdient, dass jeder Ophthalmologe einen sozial auffälligen Handlanger beschäftigt, der ihn treu bedienen muss. Manchmal wird Dr. Glaucomflecken aber auch sozialkritisch und macht Sketches mit Pointen gegen das amerikanische Gesundheitssystem, profitgierige Krankenkassen oder prädatorische Journals. Eine Grenze stellen für Flanarys Komik nur die Patientinnen und Patienten dar, über die macht er sich nie lustig.

Insgesamt haben die Videos Flanary viel mehr Zuspruch als Ablehnung gebracht. So hat beispielsweise die diesjährige Abschlussklasse der renommierten Med School der Universität Yale ihn als Redner für ihre Promotion gewählt – eine Ehre, die sonst eher akademisch wichtigen Professorinnen und Professoren zu Teil wird. Flanary wurde wegen seiner Videos auch schon in der Washington Post und grossen Magazinen porträtiert.

Ernster Hintergrund

Doch bei all dem Witz, den Dr. Glaucomflecken im Internet versprüht: Er hat auch eine andere Seite, welche die meisten seiner Fans nicht kennen. Als er 2013 im vierten Studienjahr war und noch nichts mit Comedy am Hut hatte, bekam der Mann eine verheerende Diagnose – Hodenkrebs. Mit nur 25 Jahren musste er sich einer Hormontherapie mit schlechten Aussichten unterziehen. Während dieser Zeit entdeckte Flanary das Witzerzählen als Methode, um sich mit anderen Betroffenen verbinden und mit der schwierigen Situation umgehen zu können. Der Humor half ihm auch durch die schwierigen Zeiten, als der Krebs zurückkam.

Der Humor half ihm auch durch die schwierigen Zeiten, als der Krebs zurückkam.

So richtig pointiert und bekannt wurde Flanary jedoch erst, nachdem er dem Tod ein zweites Mal ins Auge blickte. Im Mai 2020 erlitt er ausserhalb des Spitals eine lebensbedrohliche Herzrhythmusstörung und überlebte nur, weil ihn seine Frau Kristin – ebenfalls Ärztin – zehn Minuten lang reanimierte, bis der Rettungsdienst kam. Das einschneidende Ereignis änderte Flanarys Sicht aufs Leben und sorgte da-



Dr. Glaucomflecken spielt einen «typischen» Chirurgen.

William E. Flanary

Der US-amerikanische Ophthalmologe schlüpft in seinen kurzen Videos in sozialen Medien in verschiedene Ärzterollen – und nimmt dabei seine Berufskolleginnen und -kollegen liebevoll aufs Korn. Hier geht es zu seinem TikTok-Profil: www.tiktok.com/@drglaucomflecken



für, dass er sich traute, seinen Witz öffentlich auszuleben. Im Juli desselben Jahres postete er sein erstes Video auf TikTok. Und erlebte in der Folge den kometenhaften Aufstieg zu einem der beliebtesten und bekanntesten Ärzte weltweit.

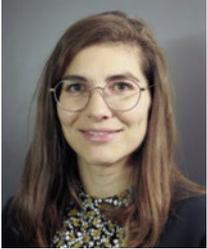
Trotz allem Erfolg online arbeitet William E. Flanary hauptberuflich weiter als ganz normaler Ophthalmologe in Oregon City. Leben könnte er von seinem Hobby aber wohl schon heute. So war die Nachfrage nach seinen Videos zuletzt so gross, dass Flanary sie gar monetarisieren konnte. Auf der Website cameo.com [2] verkauft er täglich drei bis vier personalisierte Videos mit Grussbotschaft für je 250 Franken. In Zukunft kann er sich gar vorstellen, eine eigene Fernsehsendung mit zusammenhängenden Sketches zu präsentieren – wenn seine Beliebtheitswelle bis dahin anhält.



Literatur

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

Detox – ein unnützer Luxus?



Julia Ripstein
Redaktorin Schweizerische Ärztezeitung

«Detox-Kuren sind unnützlich»: Diese unumstössliche Behauptung, die ich auf der Website von Planète Santé lese [1], überrascht mich ein wenig. Wie die meisten von uns, habe ich das Jahr mit zahlreichen Weihnachtsapéros, Betriebsessen und Familientreffen ausklingen lassen und Anfang Januar das Gefühl, meinen Organismus «entgiften» zu müssen. Nicht, dass ich das regelmässig tun würde oder Verfechterin des Fastens wäre. Aber nach den Feiertagen verspüre ich generell eine Schwere in meinem Körper und die Notwendigkeit, ihn zu schonen. Der Artikel beruft sich auf die Meinung von Fachleuten: «Ein Nutzen von Detox-Kuren für unsere Gesundheit ist wissenschaftlich nicht nachgewiesen. Im besten Fall sind sie unnützlich, möglicherweise erweisen sie sich aber auch als schädlich.»

Die Vorzüge solcher Kuren, die gerade in Mode sind – sei es in Form von Frucht- und Gemüsesäften, harntreibendem Tee oder Getränken mit appetitzügelnder Wirkung – und als Wundermittel angepriesen werden, sind ein Trugschluss: Unser Körper ist ein äusserst gut funktionierender Mechanismus, der sich ohne äusseres Zutun selbst regulieren kann, wenn wir ihm ein Übermass an Nahrung zumuten. Die Leber scheidet die Giftstoffe über den Urin aus, und all das funktioniert wunderbar, solange es sich nur um gelegentliche Ausnahmen handelt und nicht zur Gewohnheit wird. «Fette und Zucker sind – auch gelegentlich im Übermass konsumiert – keine Giftstoffe», erklärt Pierre Maechler, Professor für Zellphysiologie und Stoffwechsel an der Universität Genf, im selben Artikel. Und obwohl ich doch wenigstens für ein paar Tage ohne Schokolade auskommen wollte, erwische ich mich nun dabei, wie ich, bestärkt durch das Gelesene, verstohlen zu der Pralinenschachtel schaue, die ich zu Weihnachten bekommen habe.

Im weiteren Verlauf meiner Recherchen gelange ich zu dem mir wohlbekannten Schluss, dass es am wichtigsten ist, auf seinen Körper zu hören und den gesunden Menschenverstand walten zu lassen. Das bedeutet: gute Ernährungsgewohnheiten haben, bevorzugt Obst und Gemüse essen, nicht auf Lebensmittel verzichten, sondern sie variieren (sich auch kleine Genüsse gönnen!), und regelmässig körperlich aktiv sein. Das scheint mir

durchaus machbar ... Doch ich sage das als eine Person, die entsprechend sensibilisiert ist und das Glück hatte, in einem Umfeld aufzuwachsen, in dem auf eine gesunde Lebensweise geachtet wurde. Ich kann mir vorstellen, dass ein Teil der Bevölkerung dieses Glück nicht hat und diese grundlegenden Prinzipien nicht unbedingt kennt.

Da wird mir bewusst, dass das Thema «Detox» eine Sorge privilegierter Menschen ist, deren einzige Sorge es eben ist, nicht zu viel zu essen: Überfluss ist ein Luxus und darüber nachdenken zu können, diesen Überfluss einzuschränken, folglich auch. Ein Thema, das vor dem Hintergrund der aktuellen Inflation an Bedeutung gewinnt: Immer mehr Menschen, vor allem junge Erwachsene und einkommensschwache Haushalte, müssen den Gürtel enger schnallen und Mahlzeiten auslassen. So in Grossbritannien, wo die Bevölkerung unter massiven Preiserhöhungen zu leiden hat [2]. Auch in der Schweiz stehen die Wohltätigkeitsorganisationen einer massiven Nachfrage gegenüber und kommen nicht hinterher [3]. Eine von der prekären Situation betroffene Frau erzählte dem Schweizer Radio und Fernsehen, dass sie das nehme, was eben da sei: «Und manchmal habe ich gar nichts im Kühlschrank.» [4]

Und ich, die ich verstohlen zur Pralinenschachtel geschaut habe, halte mich zurück. Anstatt sich auf ein Lebensmittel zu stürzen oder aus Gründen des «Detox» darauf zu verzichten, wäre es sinnvoller, es voll und ganz zu geniessen und sich darüber im Klaren zu sein, wie glücklich man sich schätzen kann, jederzeit das essen zu können, was man will. Wenn sich bei Ihnen wie bei mir die Pralinenschachteln von Weihnachten stapeln oder Sie Ihren Vorrat an Nudeln und Reis aufgestockt haben, sollten wir uns vielleicht fragen, ob wir diese Vorräte wirklich alle brauchen, und sie an Menschen spenden, die keine Vorräte haben.



Literatur

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

26.01.2023 | 08.45–18.00 Uhr

VZI Wintersymposium 2023

Das alljährlich im Januar stattfindende Wintersymposium der Vereinigung «Allgemeiner und Spezialisierter Internistinnen und Internisten Zürich» bietet ein breites Spektrum an praxisorientierten und aktuellen Beiträgen aus der gesamten Inneren Medizin.

Universität Zürich, Rämistrasse 71, 8006 Zürich, Schweiz
Kontakt: VZI - Vereinigung Allgemeiner und Spezialisierter Internistinnen und Internisten Zürich
vzi-symposium@zuercher-internisten.ch

28.01.2023 | 10.00–16.00 Uhr

MS State of the Art Symposium 2023

The most important MS event in Switzerland for neurologists, doctors and researchers. It will feature talks by internationally renown speakers, a variety of workshops as well as poster presentations with the 1st «Swiss MS-Society Research Prize».

KKL Luzern, Europaplatz 1, 6005 Luzern, Schweiz
Kontakt: Jennifer Mete
jmete@multiplesklerose.ch

29.01.2023–03.02.2023

VENALPINA X

Zum zehnten Mal findet das alle drei Jahre durchgeführte VENALPINA statt. Die fünfjährige Fortbildung wird in Engelberg durchgeführt und richtet sich an Kolleginnen und Kollegen mit Interesse an Phlebologie.

Engelberg, Bahnhofstrasse 16, 6390 Engelberg, Schweiz
Kontakt: Professor Dr. med. Jürg Hafner

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@coacs.de

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

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 | 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-lentzsch.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

09.02.2023 | 17.00–18.30 Uhr

Iron Academy 2023 / FomF-Webinare

Updates pour médecins généralistes: WebUp passionnant avec PD Dr méd. Serban-Georges Puricel (Service de cardiologie, HFR), Dre méd. Mayssam Nehme (Service de médecine de premier recours, HUG) et Dr méd. Stephen Perrig (Centre de Médecine du Sommeil, Service de Pneumologie, HUG).

Kontakt: Nicole Muster
info@ironacademy.ch

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, Verwaltungs-fachleuten und Industrievertretern.

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

**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.