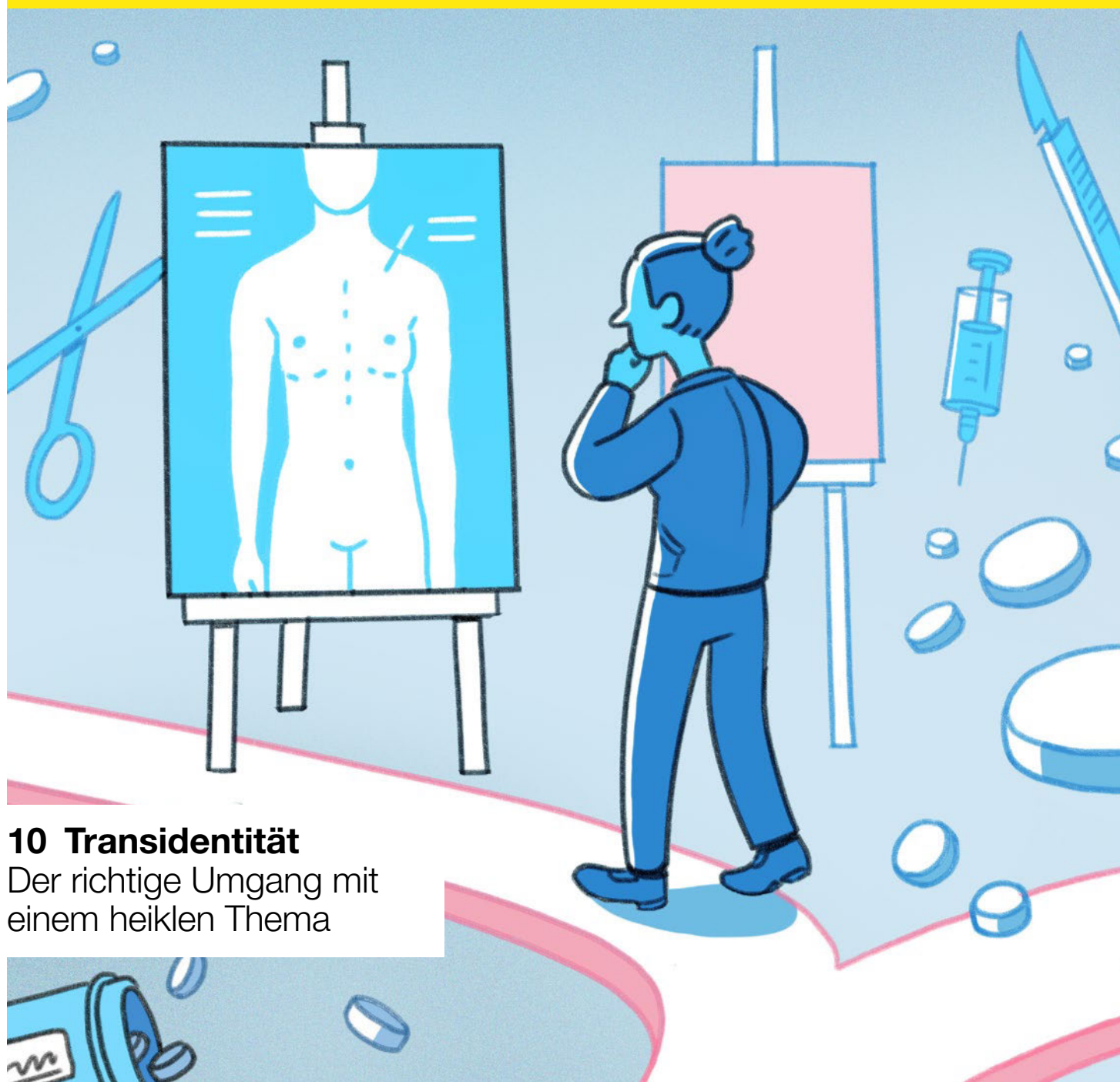


# SCHWEIZERISCHE ÄRZTEZEITUNG & SWISS MEDICAL FORUM

Ausgabe 4  
25. Januar 2023



## 10 Transidentität

Der richtige Umgang mit einem heiklen Thema

### 14 Grundversorgung

Freie Wahl den Versicherten – oder doch nicht?

### 24 Digitalisierung

Warum die Gesetzgebung hinterherhinkt

### 40 Geschlechtsinkongruenz

Keine stigmatisierende Psychopathologisierung mehr

# Keine Monster mehr



**Eva Mell**

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

Manchmal braucht es Mut, eine medizinische Praxis zu betreten. Weil die Patient:innen nicht sicher sein können, dass sie dort unvoreingenommen behandelt werden. Geschlechtsinkongruenz (GI) heisst die Diagnose, die bei noch vielen Ärzt:innen Ratlosigkeit hervorruft. Wie umgehen mit Menschen, die sich nicht mit dem Geschlecht identifizieren, das in ihrem Geburtsregister eingetragen ist? Wie reagieren, wenn sie von ihrem Leidensdruck erzählen? Die Unsicherheit ist durchaus nachvollziehbar, wenn man sich vor Augen führt, wie dieses Thema lange Zeit behandelt wurde. In der zehnten Revision der «International Classification of Diseases», kurz ICD-10, wurden Menschen mit GI noch als psychisch krank klassifiziert.

## Die ICD-10 klassifizierte Menschen mit Geschlechtsinkongruenz noch als psychisch krank.

Erst Anfang 2022 trat die ICD-11 in Kraft. Darin wird GI als ein Gesundheitszustand betrachtet, bei dem Menschen ihr eigenes Geschlecht anders verstehen, als es ihnen bei der Geburt anhand ihrer Genitalien zugewiesen wurde. Wie sich der Paradigmenwechsel in den vergangenen Jahren entwickelt hat und wie Ärzt:innen mit trans Personen umgehen

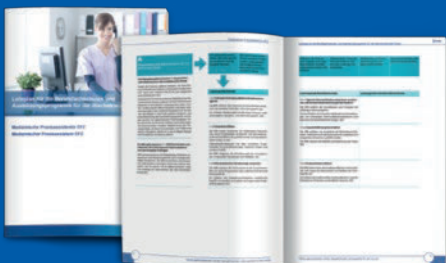
können, lesen Sie im Übersichtsartikel von Hannes Rudolph et al. auf Seite 40. Welche geschlechtsangleichenden Behandlungsoptionen es für die Behandlungssuchenden gibt, erfahren sie in einem weiteren Übersichtsartikel von David Garcia Nuñez et al. auf Seite 46.

In seiner Karriere erlebte David Garcia Nuñez den Paradigmenwechsel mit. Als Assistenzarzt sah er, dass eine trans Frau keine Hormontherapie erhielt, weil sie im Anschluss keine geschlechtsangleichende Operation wünschte. Die Meinung der Ärzt:innen damals: «Wir erschaffen keine Monster.» Im Artikel von Santina Russo auf Seite 10 erklärt der Mediziner, dass die Behandlungssuchenden heute als Expert:innen für ihr Geschlecht betrachtet werden. Dort lesen Sie übrigens auch, weshalb ich mich hier entschlossen habe, den Gender-Doppelpunkt zu verwenden.

Weiterbildung ist die grundlegende Voraussetzung, damit solch ein Paradigmenwechsel gelingen kann. Das Schweizerische Institut für ärztliche Weiter- und Fortbildung SIWF sieht es als eine wichtige Aufgabe, Weiterbildende aktiv zu unterstützen. Deshalb fördert es auch in diesem Jahr Projekte von Weiterbildungsverantwortlichen in ganz verschiedenen Bereichen. Zwei Themen stehen dabei aktuell im Fokus: die kompetenzbasierte Weiterbildung sowie der Bereich Planetary Health. Alle Details zur Ausschreibung lesen Sie auf Seite 26.

Anzeige

## Lehrplan für die Berufsfachschulen und das Ausbildungsprogramm für die überbetrieblichen Kurse



- Hauptaugenmerk auf die Vernetzung des Lernstoffs «Berufsfachschule», «Betrieb» und «überbetriebliche Kurse»
- In Deutsch und Französisch
- Gedruckt und als eBook

[shop.emh.ch](http://shop.emh.ch)

 **EMH Media**  
SCHWEIZERISCHER ÄRZTEVERLAG  
EDITIONS MEDICALES SUISSES



## Inhaltsverzeichnis

3	<b>Editorial von Eva Mell</b> Keine Monster mehr
<b>6</b>	<b>REDAKTIONELLE INHALTE</b>
6	<b>News</b>
6	<b>Auf den Punkt</b> Am Rande einer Katastrophe
10	<b>Coverstory</b> Der schwierige Weg zu sich selbst
14	<b>Essay</b> Freie Wahl den Versicherten
17	<b>Briefe an die Redaktion</b>
20	<b>Mitteilungen</b>
21	<b>Forum</b> Gefahren aus dem Eis
22	<b>Forum</b> Bring- oder Holschuld?
78	<b>Wissen</b> Damit weniger Frauen sterben
80	<b>Praxistipp</b> Haben Sie noch Fragen?
82	<b>Zu guter Letzt von Stefan Kuster</b> Digitalisierung – et al.
<b>23</b>	<b>FMH</b>
24	<b>Leitartikel des Zentralvorstandes</b> Die Digitalisierungstauglichkeit von Gesetzen
26	<b>SIWF</b> Ärztliche Weiterbildung unterstützen – auch in Zukunft

## 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. Der Name der Verfasserin / des Verfassers ist in jedem Fall klar auszuweisen. Die kommerzielle Nutzung ist nur mit ausdrücklicher vorgängiger Erlaubnis von EMH und auf der Basis einer schriftlichen Vereinbarung zulässig.

## Swiss Medical Forum – Schweizerisches Medizin-Forum

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

**Redaktion im Verlag:** Magdalena Mühleemann (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



28	<b>FMH Aktuell</b> Ausgewählte rechtliche Fragen zum Medikationsplan
30	<b>Personalien</b>
<b>32</b>	<b>ORGANISATIONEN</b>
32	<b>IMC-Symposium</b> Symposium am Nerv der Zeit
34	<b>Kein Täter werden Suisse</b> Kindesmissbrauch verhindern
<b>37</b>	<b>SWISS MEDICAL FORUM</b>
38	<b>Kurz und bündig von Lars C. Huber und Martin Krause</b>
40	<b>Übersichtsartikel</b> Der neue affirmative Umgang mit Geschlechtervielfalt
46	<b>Übersichtsartikel</b> Geschlechtsangleichende Behandlungsoptionen
50	<b>Schlaglichter</b> Patientenverfügung – wann und wofür?
<b>66</b>	<b>SCHWERPUNKT: UROLOGIE</b>
66	Die Patientenselektion ist fundamental
68	COVID-19 verschlechtert die Samenqualität
72	PSMA-Therapie des Prostatakarzinoms
74	Antibiotikafrei behandeln bei Harnwegsinfekten
<b>52</b>	<b>SERVICES</b>
52	<b>Stellenmarkt</b>
58	<b>FMH Services</b>
83	<b>Seminare und Veranstaltungen</b>

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

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

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

**Anzeigen:** Markus Will, Tel. +41 (0)61 467 85 97, markus.will@emh.ch und Philipp Lutzer,  
Tel. +41 (0)61 467 85 05, philipp.lutzer@emh.ch

**Stellenmarkt und Rubrikanzeigen:** Inserateannahme, Tel. +41 (0)61 467 85 71, stellenmarkt@emh.ch

**Rubrik FMH Services:** FMH Consulting Services, Stellenvermittlung, 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: Caroline Murphy



printed in  
switzerland

## Im Fokus



10

## Der schwierige Weg zu sich selbst

**Transidentität** Geschlechtsangleichende Operationen gelten nach wie vor als exotische Behandlungen in der Medizin. Das Thema ist stigmatisiert. Was helfen würde: wenn Ärzt:innen trans Menschen zuhören, anstatt ihnen aus dem Weg zu gehen.

Santina Russo

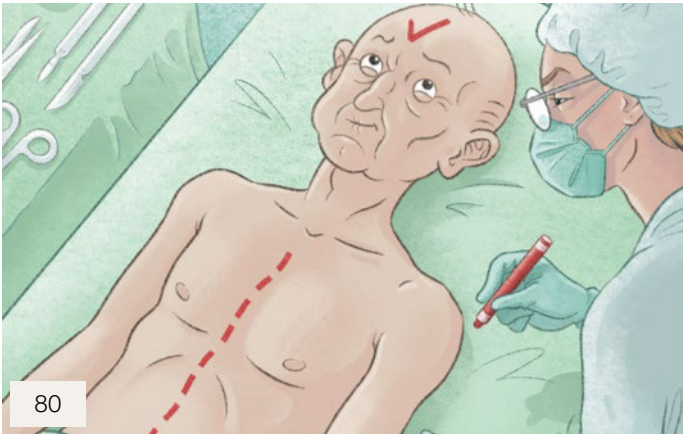


14

## Freie Wahl den Versicherten

**Grundversorgung** Geht es um die Arztwahl, haben Patientinnen und Patienten das Sagen. Das möchte die Branchenorganisation santésuisse ändern und ein «Gatekeeping» einführen. Ein Schritt zulasten der Versicherten und der Grundversorger?

Felix Huber



80

## Haben Sie noch Fragen?

**Recht** Patientinnen und Patienten müssen über einen medizinischen Eingriff aufgeklärt werden und ihm zustimmen, sonst ist die Behandlung rechtswidrig. Was Ärztinnen und Ärzte beachten sollten, damit die Aufklärung gelingt.

Andrea Büchler



Die Notaufnahme in Martigny empfängt Patientinnen und Patienten zurzeit nur am Tag.

## Auf den Punkt

# Am Rande einer Katastrophe

**Schliessung** In Martigny ist die Notaufnahme seit dem 9. Januar nachts geschlossen: Immer mehr Patientinnen und Patienten stiessen auf immer weniger Personal. Warum das Gesundheitssystem an seine Grenzen stösst, erklärt Vincent Frochoux im Interview.

Interview: Julia Rippstein

### Die Schliessung einer Notaufnahme über Nacht ist eine radikale Massnahme. Wie ist es dazu gekommen?

Hauptgrund ist der Mangel an Notärztinnen und -ärzten auf Kaderstufe und am Ausbildungsende. Für die Standorte Martigny und Sitten verfügen wir über einen Personalbestand von 18,6 Vollzeitäquivalenten (VZÄ). Derzeit fehlen jedoch mehr als 3,5 VZÄ, also 20% des gesamten Personalbestands. Hinzu kommt, dass die nächtliche Versorgung in Sitten nicht ausreichend ist: Die Zahl der Patientinnen und Patienten steigt seit Jahren, während der Personalbestand

nicht mithält. Die Notaufnahme in Martigny benötigt konstant nächtliche Ressourcen. Wegen des Personalmangels war es nicht möglich, Personal nach Martigny zu verlegen.

### Hat man versucht, andere Lösungen zu finden?

Im Sommer 2021 waren wir mit einer ähnlichen Situation konfrontiert. Um diese zu lösen, hatten wir eine Schicht in Sitten gestrichen, um die Aufsicht in Martigny sicherzustellen. Dies führte zu einer nahezu katastrophalen Situation am Standort Sitten. Es kam also nicht in Frage, dies erneut einzuführen und die Belegschaft in Sitten zu reduzieren.

### Wie lange wird die nächtliche Schliessung andauern?

Es wurde noch keine Frist festgelegt. Solange der gesamte Personalbestand nicht rekrutiert und eine organisatorische Lösung zur Bewältigung der Arbeitsbelastung in Sitten



**Dr. Vincent Frochoux**  
Chefarzt, Notfallabteilung, Spitalzentrum Unterwallis  
(Centre Hospitalier du Valais Romand, CHVR)

nicht gefunden werden kann, wird es nicht möglich sein, Personal nach Martigny zu verlegen.

#### Was ist mit der Leitung des CHVR? Unterstützt sie Sie bei der Suche nach einer Lösung?

Unsere Entscheidung wurde von der Direktion sehr gut verstanden und vorbehaltlos unterstützt. Wir arbeiten zusammen, um Lösungen zu finden.

#### Glauben Sie, dass sich die Situation verbessern wird?

Ich werde mich zu diesem Punkt nicht äussern.

#### Wie reagieren die Patientinnen und Patienten?

Wir haben bisher [Stand 17. Januar] keine Reaktionen oder Kommentare erhalten, weder positive noch negative.

#### Hat es Konsequenzen für die ländliche Bevölkerung, die auf den Standort Martigny angewiesen ist?

Die präklinische Versorgung, die von der kantonalen Walliser Rettungsorganisation gewährleistet wird, wurde zu 100% beibehalten. Für die Menschen, die diese in Anspruch nehmen, ändert sich also nichts. Was Personen betrifft, die selbstständig in die Notaufnahme kommen, so sind uns, wie bereits gesagt, keine Beschwerden bekannt.

#### Was sagt die Schliessung über das schweizerische Gesundheitssystem aus?

Die aktuelle Lage entwickelt sich langsam aber sicher zu einer Katastrophe, das System stösst an seine Grenzen. Ich teile die Ansicht von Prof. Vincent Ribordy, Co-Präsident der Schweizerischen Gesellschaft für Notfall- und Rettungsmedizin: Die Zahl der Konsultationen explodiert, die Verfügbarkeit von Spitalplätzen wird immer schwieriger, während das Personal ständig abnimmt.

#### Wie lässt sich dieser Personalmangel erklären?

Der Mangel an Notärztinnen und -ärzten betrifft die ganze Schweiz. Die Zahl der Notaufnahmen steigt jedes Jahr um 4 bis 5%, ohne dass die Personalressourcen mithalten und angepasst werden. Die Notfallstationen werden autonomer, was mehr ärztliche Fachpersonen erfordert.

#### Viele sind vor allem erschöpft ...

Ja, das stimmt. Einige entscheiden sich, den Beruf aufzugeben, weil die Arbeitszeiten sehr belastend sind: 65% der Schichten finden ausserhalb der üblichen Arbeitszeiten statt. Diese «schädlichen» Aspekte erschöpfen, das ist eine Tatsache. Unter dem medizinischen und pflegerischen Personal hat sich ein Teufelskreis entwickelt: Die erfahrenen Mitarbeitenden müssen die jüngeren coachen, die die Aufgaben langsamer erledigen und sich auf Erstere verlassen. Wenn diese erfahrenen Mitarbeitenden mehr arbeiten, erschöpfen sie sich und werden durch Neulinge ersetzt.

#### Wie ist die Stimmung bei den Notärztinnen und Notärzten?

Aus medizinischer Sicht haben wir diese Entscheidung nur widerwillig getroffen. Die Ärzte empfinden sie als Versagen. Es ist eine schwierige Situation. Und da man nicht weiss, wann sich die Dinge verbessern werden, entsteht Unsicherheit. Aktuell ist die Zufriedenheitsrate nicht sehr hoch.

#### Persönlich

### Viszeralchirurg neu in Genolier



Dr. med. Olivier Tobler

**Klinik Genolier** Dr. med. Olivier Tobler verstärkt als Spezialist für Viszeralchirurgie die Clinique de Genolier, die zum Swiss Medical Network gehört. Der Facharzt für Chirurgie war zuvor zwei Jahre lang als Oberarzt im Gebiet der Viszeralchirurgie am Universitätsspital Genf (HUG) tätig. Davor ebenfalls während zwei Jahren als stellvertretender Oberarzt am Spital Nyon. Nach dem Studium an der Universität Genf arbeitete Tobler von 2012 bis 2017 auf verschiedenen chirurgischen Abteilungen am HUG und spezialisierte sich auf Viszeralchirurgie. Seine Schwerpunkte liegen bei der Chirurgie des Verdauungstraktes, der Chirurgie der Bauchwand und der onkologischen Chirurgie.

### Klinische Professur für Sarah Tschudin Sutter



Prof. Dr. med. Sarah Tschudin Sutter

**UNIBAS** Prof. Dr. med. Sarah Tschudin Sutter wurde per 1. Februar zur Klinischen Professorin an der Medizinischen Fakultät der Universität Basel (UNIBAS) ernannt. Sie ist seit 2018 als Assistenzprofessorin für Infektionsepidemiologie am Departement Klinische Forschung tätig. Daneben ist sie seit Februar 2021 stellvertretende Chefärztin der Klinik für Infektiologie und Spitalhygiene am Universitätsspital Basel. Die Fachärztin für Innere Medizin und Infektiologie hatte bereits ihr Medizinstudium und ihre Facharzt Ausbildung in Basel absolviert. Danach war sie von 2011 bis 2013 am Johns Hopkins Hospital (USA) als Postdoc tätig. Ausserdem war Tschudin Sutter Mitglied der wissenschaftlichen COVID-19-Task-Force.

### Direktionswechsel an der BFH



Prof. Dr. oec. Urs Brügger

**BFH** Prof. Dr. Urs Brügger verlässt Ende März die Berner Fachhochschule (BFH). Brügger war seit 2018 als Direktor des Departements Gesundheit, zudem verantwortete er das Ressort Chancengleichheit. Der Ökonom wird sich in Zukunft in selbstständiger Funktion im Schweizer Gesundheitswesen engagieren. Die Interimsleitung des Departements übernehmen Prof. Dr. Klazine Van der Horst, Leiterin Forschung, sowie Prof. Dr. Eugen Mischler, Leiter Lehre, und Fabian Schwach, Leiter Services und Weiterbildung.

## Aus der Wissenschaft

## Leuchtendes Hormon

**Neurowissenschaften** Oxytocin im Gehirn mithilfe eines fluoreszierenden Sensors messen. Diese neue Methode wurde von Prof. Ron Stoop vom Zentrum für psychiatrische Neurowissenschaften der Abteilung für Psychiatrie des Waadtländer Universitätsspitals (CHUV) entwickelt. In ihrer Studie, die in Zusammenarbeit mit einer Gruppe von Forschenden der Universität Peking durchgeführt wurde, beschreibt das Forschungsteam die faserbasierte photometrische Fluoreszenztechnik. Fluoreszierende Sensoren, die aus einem Rezeptor bestehen, werden mit einem fluoreszierenden Protein gekoppelt und können so eine Vielzahl von Oxytocin-Dynamiken im Gehirn signalisieren. Diese Messungen ermöglichen es nun, die Verabreichung von Oxytocin zu untersuchen, um bestimmte kognitive und emotionale Dysfunktionen, die mit neurologischen Entwicklungsstörungen wie Autismus-Spektrum-Störungen und Störungen des Sozialverhaltens oder mit neuronaler Alterung einhergehen, besser behandeln zu können.

doi.org/10.1038/s41587-022-01561-2

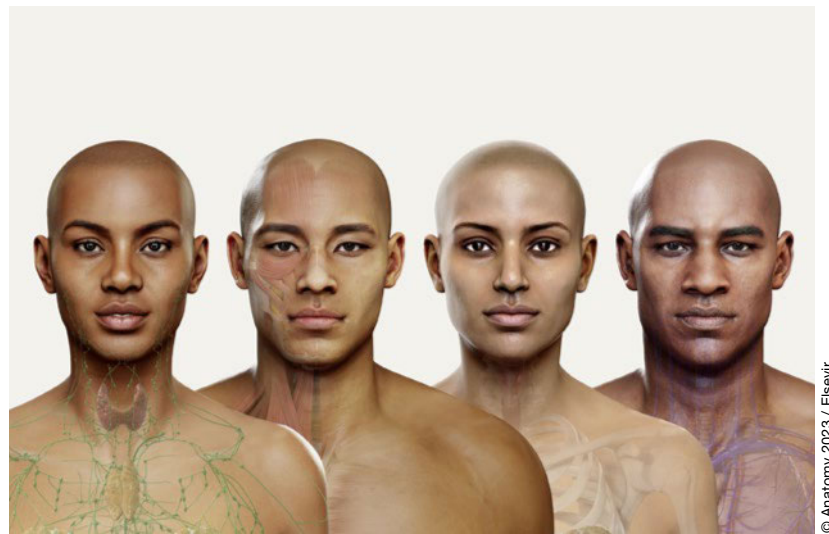
## Übertherapie bei Blinddarmtumoren

**Onkologie** Die Entfernung der rechten Hälfte des Dickdarms bei ein bis zwei Zentimeter grossen neuroendokrinen Tumoren ist nicht gerechtfertigt. Eine multizentrische Studie unter der Leitung des Inselspitals und der Universität Bern liefert erstmals konkrete Belege hierfür. Der Studienleiter PD Dr. med. Reto Kaderli, Leitender Arzt an der Universitätsklinik für Viszerale Chirurgie und Medizin am Inselspital, erklärt: «Unsere Ergebnisse weisen deutlich darauf hin, dass Lymphknotenmetastasen bei solchen Tumoren ungefährlich sind und eine rechtsseitige Hemikolektomie nicht notwendig ist, wenn der Tumor bereits durch die Entfernung des Wurmfortsatzes beseitigt werden konnte. Damit konnte eine bisher gültige Lehrmeinung zu den Folgen von Lymphknotenmetastasen bei neuroendokrinen Tumoren widerlegt werden.» Der Forscher ist überzeugt, dass diese Erkenntnisse bereits dieses Jahr in die Leitlinien zur Behandlung neuroendokriner Tumore einfließen und sich auf Tumorklassifikationen auswirken werden.

doi.org/10.1016/S1470-2045(22)00750-1

## Vermischtes

## Farbe ins Anatomiestudium bringen



Complete Anatomy 2023 bietet neue Möglichkeiten zur Modellpersonalisierung.

**Diversität** In der Gesundheitsbildung mangelt es an Vielfalt. Die neueste Version der 3D-Anatomie-Lernplattform Complete Anatomy 2023 will diesen Mangel beheben, indem sie neue Möglichkeiten zur Modellpersonalisierung bietet, darunter eine umfangreiche Auswahl an Hauttönen. Ziel ist es, das Bild des hellhäutigen europäischen Mannes als universellen Standard zu hinterfragen, wie das Unternehmen in seiner Pressemitteilung mitteilt. So fehle es im Anatomiestudium immer noch an ver-

schiedenen Hautfarben und Gesichtszügen, was sich negativ auf die Patientenversorgung auswirken könne. Dies sei besonders bei dermatologischen Erkrankungen wie Hautkrebs der Fall. So kann es zu einer ungenauen oder verzögerten Diagnose kommen, wenn eine medizinische Fachkraft nicht damit vertraut ist, wie Melanome auf verschiedenen Hauttönen aussehen.

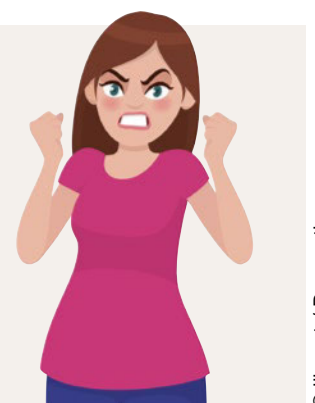
Zur Online-Lernplattform geht's hier: [www.3d4medical.com](http://www.3d4medical.com)

## Zitat der Woche

«Es kommt beinahe täglich zu verbaler Gewalt und unangenehmen Situationen für das Personal.»

**Daniel Saameli**

Mediensprecher der Insel Gruppe gegenüber dem Schweizer Radio und Fernsehen über die Situation im Notfallzentrum der Kinderklinik Bern



© illuart / Dreamstime

## Kopf der Woche

## Solange Peters leitet strategischen Rat



© CHUV

**MD, Phd Solange Peters**

Universitätsspital Lausanne (CHUV)

**Onkologie** Die Entwicklung neuer Krebstherapien, medizinischer Geräte und diagnostischer Lösungen soll beschleunigt werden. Dies ist das Ziel des Paris-Saclay Cancer Cluster (PSCC), Preisträger des von Emmanuel Macron initiierten Aufrufs zur Interessenbekundung «Biocluster».

Die Professorin Solange Peters, Leiterin der medizinischen Onkologie am Waadtländer Universitätsspital (CHUV), wird den Vorsitz des strategischen Rates (SAB für Strategic Advisory Board) des PSCC übernehmen. Dem Gremium gehören neun internationale Experten an. Die Rolle des SAB besteht darin, das PSCC-Team bei der Entwicklungs- und Umsetzungsstrategie des Bioclusters sowie bei wissenschaftlichen, medizinischen, translationalen und technologischen Aspekten zu beraten.

«Das PSCC ist eine einzigartige Initiative in Frankreich, aber auch in Europa. Wir und die anderen Mitglieder des SAB freuen uns sehr, dass wir aktiv an seinem Aufbau und hoffentlich auch an seinem Erfolg mitwirken können. Unser Team ist betont multidisziplinär und ich freue mich sehr auf diese noch nie da gewesene kollektive Emulation im Dienste der Ambitionen des PSCC», sagt Solange Peters in einer Pressemitteilung.

In der Abteilung für Onkologie der Universität Lausanne baut Solange Peters ein translationales Programm in Zusammenarbeit mit den Laboren für molekulare Onkologie der Eidgenössischen Technischen Hochschule Lausanne und des Ludwig Instituts auf. Ihre aktuellen Forschungsprojekte konzentrieren sich auf Innovationen in der Immuntherapie zur Behandlung von nicht-kleinzelligem Lungenkrebs (NSCLC), kleinzelligem Lungenkrebs (SCLC), bösartigen Tumoren des Thymus und Mesotheliom sowie auf zielgerichtete Therapien bei onkogenabhängigem NSCLC.

Solange Peters ist ein aktives Mitglied des Bildungsprogramms der Europäischen Gesellschaft für Medizinische Onkologie (ESMO). 2020 bis 2022 war sie deren Vorsitzende. Sie ist darüber hinaus Mitglied der ESMO-Fakultät für Lungenkrebs und andere Krebserkrankungen des Thorax. Ausserdem hat sie das ESMO Women for Oncology Committee gegründet. Darüber hinaus ist sie Mitglied der AACR (American Association for Cancer Research) und der EORTC (European Organisation for Research and Treatment of Cancer).

## Aufgefallen



© Eduardo Gonzalez Diaz / Dreamstime

**Ernährungstherapie** Eine personalisierte Ernährung verbessert die Energie- und Proteinzufuhr von hospitalisierten Patienten und reduziert so schwere Komplikationen und die Sterblichkeit. Professor Philipp Schütz und sein Forschungsteam vom Kantonsspital Aarau hatten dies 2019 in ihrer EFFORT-Studie gezeigt ([doi.org/10.1016/S0140-6736\(18\)32776-4](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(18)32776-4)). Nun erhielten sie den mit 100 000 Franken dotierten Theodor-Naegeli-Preis 2022.



# Der schwierige Weg zu sich selbst

**Transidentität** Geschlechtsangleichende Operationen gelten nach wie vor als exotische Behandlungen in der Medizin. Das Thema ist stigmatisiert. Was helfen würde: wenn Ärzt:innen trans Menschen zuhören, anstatt ihnen aus dem Weg zu gehen.

Santina Russo

**K**ommt eine trans Frau zum Arzt ...»: Nein, solche Witze gibt es nicht. Dabei witzeln wir Menschen sonst über fast alles. Doch die Beziehung zwischen Ärzt:innen und trans Personen ist zu ernst, zu zerrüttet. Denn anstatt auf Verständnis und Fachkompetenz treffen trans Menschen bei Ärzt:innen zu häufig auf Unwissen, Unverständnis, Unsicherheit.

«Eines der Probleme liegt darin, dass viele Mediziner:innen den Gefühlen und dem Erleben von trans Menschen misstrauen», sagt David Garcia Nuñez, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie und Leiter des Innovations-Focus Geschlechtervarianz am Universitätsspital Basel (USB). Das sei unverständlich, denn keine andere Patient:innengruppe müsse ihre Symptome beweisen, obwohl diese beispielsweise in der Psychiatrie vielfach schwierig zu bemessen sind. «Selbst wenn jemand sagen würde, er sei der König von England, würde das nicht negiert, sondern darauf eingegangen.»

## Anstatt auf Fachkompetenz treffen trans Menschen bei Ärzt:innen zu häufig auf Unwissen.

### Geschlechterspannungen

Dabei ist es nicht kompliziert: Bei trans Menschen stimmt das Aussehen nicht mit ihrer gefühlten Geschlechtsidentität überein. Dieser Widerspruch kann zu Spannungen führen, dann sprechen Garcia Nuñez und seine Fachkolleg:innen

von Geschlechtsdysphorie. Diese hat körperliche und soziale Anteile. Symptome aufgrund der körperlichen Dysphorie können sein: Unbehagen gegenüber den eigenen Geschlechtsorganen oder anderen Körpermerkmalen, die einen als Mann oder Frau erkennbar machen, etwa die Gesichtsbehaarung oder die Stimme. Soziale Geschlechtsdysphorie wiederum entsteht dadurch, dass Betroffene von anderen Menschen stets anders gelesen werden, als sie selbst sind.

«In unserer Gesellschaft spielt das Geschlecht eine derart grosse Rolle, dass wir uns laufend für das eine oder andere entscheiden müssen», sagt Garcia Nuñez. So wird schon nur die WC-Frage zum Hindernis. Gehe ich dort, wo ich von aussen gesehen hinpasse oder dort, wo ich mich richtig fühle? «Aus solchen Situationen ergeben sich Mikroaggressionen, mit denen trans Personen immer wieder umgehen müssen», sagt der Psychotherapeut. Viele entwi-

## Trans Menschen: keine Einzelfälle

Laut Studien erachten sich rund fünf Prozent der Bevölkerung als «geschlechtsdivers» [1]. 0,5 Prozent der Menschen durchlaufen laut David Garcia Nuñez medizinische Transitionsmassnahmen. Auf die Schweiz hochgerechnet sind das rund 40 000 Menschen. Zum Vergleich: In der Schweiz gibt es rund 50 000 Bauernhöfe. Fast überall dort, wo man einen solchen sieht, könnte also auch eine trans Person stehen.



© Caroline Murphy

Immer wieder fühlen sich trans Personen von Ärzt:innen missverstanden.

ckeln psychische Begleitprobleme, etwa Depressionen oder Angststörungen – eine Folge der Geschlechtsspannungen, aber auch des Stigmas gegenüber trans Menschen in der Gesellschaft und in der Medizin.

### Unrühmliche Vergangenheit

Denn noch bis vor wenigen Jahren galt das Transsein an sich als krank. In den 1950er Jahren führte man dafür den Begriff Geschlechtsidentität ein: Weil die Geschlechtsidentität von trans Personen nicht mit ihren biologischen Merkmalen übereinstimmte, wurden sie als psychisch gestört erklärt. Betroffene, die eine Behandlung wünschten, mussten darum erst einmal ein Jahr zum Psychiater in die Therapie, in der Rolle ihres «gewünschten» Geschlechts. Das nannte man «den Alltagstest». Dabei sollten die Therapeut:innen den Wunsch zur Transition überprüfen und die trans Personen im Zweifelsfall quasi vor sich selbst retten. Erst danach ver-

### Therapeut:innen sollten den Wunsch zur Transition überprüfen und die Personen im Zweifelsfall vor sich selbst retten.

schrieb man allenfalls Hormone und ein weiteres Jahr später zog man einen chirurgischer Eingriff in Betracht. Umgekehrt gab es ohne den Wunsch nach einer Operation auch keine Hormone. Und: Wer vom Aussehen her nicht schon etwas passte, wem man also die Transition nach den Inter-

ventionen noch angesehen hätte, wurde im Behandlungsprogramm abgelehnt – und allein gelassen.

«Dieser wenn-schon-denn-schon-Ansatz war paradox, weil wir gerade in der Medizin sonst stark auf die individuellen Situationen und Bedürfnisse der Patient:innen eingehen», sagt Garcia Nuñez heute. Damals musste er als Assistenzarzt selbst Dinge tun, die er ausserordentlich bedauerte. Beispielsweise wurde einer von ihm begleiteten trans Frau

### Die Ärzt:innen entscheiden nicht mehr darüber, ob jemand eine Behandlung bekommt oder nicht.

die hormonelle Behandlung verwehrt, weil sie nachfolgend keine geschlechtsangleichende Operation wünschte – weil sie mit ihrem Leben sonst zufrieden war und auch eine gute Sexualität mit ihrer Lebenspartnerin hatte. «Wir produzieren keine Monster», urteilte die damalige Professorenrunde, wie Garcia Nuñez erzählt. Zu dieser Zeit hatte er nicht die Macht und Position, um das zu verhindern. «Am liebsten hätte ich aber gesagt: Ihr spinnt doch alle.»

Zusammen mit seinen Kolleg:innen fing er ab 2010 am Universitätsspital Zürich (USZ) und ab 2015 als Leiter der Geschlechtervarianz am USB an, diesen starren Ansatz aufzubrechen. Heute konzentriert sich das Verfahren auf die individuellen Geschlechterspannungen. Eine interdisziplinäre Fachgruppe erarbeitet zusammen mit den Betroffenen,



© Caroline Murphy

Der Dialog mit trans Personen und die Weiterbildung öffnen Türen und neue Einblicke.

wo deren Probleme und Bedürfnisse liegen, und legt einen medizinischen Transitionsplan fest. Mit dabei sind: die Dermatologie, die etwa für die Bartbehaarung zuständig ist; die Endokrinologie für die Hormongabe; die Logopädie für die Stimmgebung vor allem bei trans Frauen; schliesslich die Chirurgie, die Gynäkologie, die Urologie, die Psychologie und Psychiatrie. Zusätzlich kommen bei Fragen um die Familienplanung Kolleg:innen der Reproduktionsmedizin und bei inter Personen manchmal Genetiker:innen hinzu. Wichtig ist: Die Ärzt:innen entscheiden nicht mehr darüber, ob jemand eine Behandlung bekommt oder nicht. Die urteilsfähigen trans Personen entscheiden selbst – so wie in jedem anderen medizinischen Bereich auch.

## Zugenommen haben auch plastische Eingriffe im Gesicht, vor allem bei trans Frauen.

### Immer mehr Behandlungen

Zwar wird auch heute häufig eine gewisse Abfolge bei den Behandlungen eingehalten, aber nur aus medizinischen Gründen. So sei etwa ein Brustaufbau bei einer trans Frau nicht sinnvoll, bevor sie nicht rund ein Jahr lang Östrogen genommen habe, sagt Matthias Waldner, Oberarzt und Teamleiter Plastische Chirurgie am USZ. «Das Hormon bewirkt, dass die Brust wächst, und diese Veränderung dauert seine Zeit. Erst danach können wir zusammen mit den Patientinnen einen Brustaufbau hin zum gewünschten Aus-

sehen planen», erklärt er. Ansonsten unterscheiden sich die Eingriffe zum Brustaufbau bei trans Frauen sowie Brustentfernungen bei trans Männern nicht von Operationen an der Brust von cis Patientinnen, also Frauen, deren Geschlechtsidentität mit dem in ihrem Geburtsregister eingetragenen Geschlecht übereinstimmt.

Inzwischen führt Waldner jährlich über 100 Eingriffe an trans Personen durch, Tendenz steigend. Etwa 40-mal pro Jahr führt er eine Vaginoplastik durch, bei welcher die Penishaut eingestülpt und daraus eine Vagina geformt wird. Seit einigen Jahren operiert er nach der sogenannten Preecha-Technik, die schonender ist als frühere Methoden. «Inzwischen können wir das Ergebnis zuverlässig vorhersagen und allfällige Komplikationen gut behandeln», sagt Waldner. Und: Neun von zehn Patientinnen sind nach der Heilung orgasmusfähig. Deutlich seltener führt Waldner eine Phalloplastik durch, bei welcher aus den weiblichen Genitalien und aus Gewebe aus dem Unterarm ein Penis geformt wird. «Diese Operation ist komplex und häufig mit Komplikationen verbunden.» Aber auch hier haben die Chirurg:innen in den letzten Jahren Fortschritte gemacht. Zugunommen haben zudem plastische Eingriffe im Gesicht, vor allem bei trans Frauen. Viele wünschen sich eine weniger stark gewölbte Stirn, eine feinere Nase, ein weniger ausgeprägtes Kinn – ein Gesicht also, das als weiblicher wahrgenommen wird.

Auch am USB werden immer mehr trans Personen behandelt: Im Jahr 2015 waren es noch rund 50 Personen, 2021 schon mehr als 250. Von diesen liessen rund 130 auch eine Operation durchführen. Neben den Unispitälern

Zürich und Basel betreuen auch das CHUV in Lausanne sowie einige niedergelassene Ärzt:innen trans Menschen.

### Bleibendes Stigma

Mittlerweile haben sich nicht nur die Verfahren von den früheren Zwängen gelöst, die neue Sicht hat sich 2022 auch erstmals im revidierten ICD-11 verfestigt. Die vorherige «Störung der Geschlechtsidentität» wurde hinauskomplimentiert und dafür eine Kategorie eingelassen, die nicht mehr pathologisiert. «Ähnlich wie eine Schwangerschaft», erklärt Garcia Nuñez. «Das ist auch ein Gesundheitszustand, der Behandlung benötigt, aber keine Krankheit darstellt.»

## Das Stigma durch die jahrzehntelange Pathologisierung von trans Menschen wirkt nach.

Doch das Stigma durch die jahrzehntelange Pathologisierung wirke nach, sagt Marc Inderbinen. Er ist Psychologe und Peer-Berater bei der Beratungsstelle für trans Personen der Aids-Hilfe beider Basel. Ihm begegnet häufig, dass trans Personen befürchten, von Mediziner:innen be- und verurteilt zu werden. Nicht zu Unrecht: Fast wöchentlich erzählen ihm Klient:innen im Beratungsgespräch von Ärzt:innen, die sie nicht ernst genommen haben – oder schlicht überfordert waren. «Das muss sich ändern», sagt Inderbinen. «Auch Ärzt:innen, die keine Erfahrung mit dem Thema Trans haben, sollten ihre Verantwortung wahrnehmen und die Gefühle ihrer Patient:innen ernst nehmen, anstatt sie einfach wegzuschicken.» Sie könnten daran arbeiten, sich fehlendes Wissen anzueignen. Informationen gibt es etwa auf der Website und an Anlässen der Fachgruppe Trans.

### Von Vorurteilen zum Dialog

Auch David Garcia Nuñez erlebt häufig, dass Hausärzt:innen und Psychiater:innen mit Scheu oder gar Unwillen auf das Thema reagieren. Erst kürzlich bekam er eine Zuweisung von einem Kinder- und Jugendpsychiater, der offen bekannte, keine Lust zu haben, sich mit der Transgender-Thematik seines jungen Patienten zu befassen. «So etwas ist unerhört», findet Garcia Nuñez. Die Wende in der Fachwelt sei wichtig, aber diese müssten nun alle Ärzt:innen mitgehen, fordert der Spezialist. Dazu müssten sie sich von der Idee verabschieden, trans Menschen seien Einzelfälle, die ausschliesslich an Universitätsspitalern behandelt werden. Unter anderem wünschte er sich, dass Hormone für trans Personen auch vermehrt von Hausärzt:innen verschrieben würden. So würde die Behandlung schneller und einfacher.

Bedingung dafür sei allerdings, sagt Garcia Nuñez, dass Medizin und Gesellschaft anfangen, verschiedene Schattierungen zwischen den Geschlechtern zu akzeptieren. Er empfiehlt Ärzt:innen und Therapeut:innen, trans Menschen einfach mal ruhig zuzuhören, ohne sie reflexartig ins männliche oder weibliche Geschlecht pressen zu wollen. «Die Vorstellung, dass trans Menschen nach einer Behandlung wieder nahtlos in die traditionelle Geschlechterordnung passen sollten, übt auch heute noch einen wahnsinnigen Druck auf sie aus.»

Das bestätigt Marc Inderbinen: «Die Angst, nach einer Operation diskriminiert oder gar angegriffen zu werden, weil sie dann nicht mehr eindeutig wie eine Frau oder ein Mann aussehen, ist bei vielen sehr präsent.» Der Peer-Berater wünschte sich zudem, dass trans Menschen vermehrt in das medizinische Vorgehen miteinbezogen würden, etwa in Sounding Boards. «Dieser Dialog würde helfen, trans Personen die Angst vor dem Stigma durch Ärzt:innen zu nehmen.» Eine weitere Lücke gilt es in der medizinischen Ausbildung zu stopfen. Denn bisher ist die Trans-Thematik darin kaum Thema: In Basel hören die Studierenden dazu zwei Stunden Vorlesung in sechs Jahren, in Zürich eine Stunde – viel zu wenig.

Nach wie vor darf es also nicht verwundern, dass viele trans Menschen gegenüber Mediziner:innen vor allem Skepsis und Angst verspüren. «Wir versuchen, ein Rettungshafen zu sein», sagt David Garcia Nuñez – und wünscht sich, dass es in der Medizin noch viel mehr solch sichere Häfen für trans Personen gäbe. Nur so können alle Beteiligten vielleicht irgendwann sogar über die Vergangenheit lachen.

*Lesen Sie auch die beiden Artikel zum Thema im Swiss Medical Forum ab den Seiten 40 und 46.*



### Literatur

Vollständige Literaturliste unter [www.saez.ch](http://www.saez.ch) oder via QR-Code

## Schreibweisen in diesem Artikel

Wir haben uns entschieden, in diesem Artikel eine andere Schreibweise zu verwenden, als wir es für gewöhnlich tun. Das klein geschriebene «trans» ist die bevorzugte Schreibweise der trans Community. Im Vergleich zum Substantiv Transmenschen ist diese Schreibweise weniger ein Label, sondern ein gewöhnliches Adjektiv. Die Schreibweise ist laut Duden sprachlich korrekt. Zudem nutzen wir in diesem Beitrag den Genderdoppelpunkt, um auch nichtbinäre Personen typografisch sichtbar zu machen.



© CristinaConti / Dreamstime

Offen oder zu? Die Branchenorganisation santésuisse möchte die freie Arztwahl abschaffen.

# Freie Wahl den Versicherten

**Grundversorgung** Geht es um die Arztwahl, haben Patientinnen und Patienten das Sagen. Das möchte die Branchenorganisation santésuisse ändern und ein «Gatekeeping» einführen. Ein Schritt zulasten der Versicherten und der Grundversorger?

Felix Huber, Leander Muheim, Robin Schmidt

Die Branchenorganisation der Schweizer Krankenversicherer santésuisse schlägt einen Systemwechsel in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung vor und möchte die Gatekeepermodelle zum Standard erklären. Das berichtete kürzlich der Tages-Anzeiger [1]. Der Vorschlag klingt gut, taugt aber weder für eine nachhaltige Kostenkontrolle noch für eine Verbesserung der Behandlungsqualität. Die Versicherungen sollten ihre Gatekeepermodelle besser ausmisten.

## Heterogene Versicherungslandschaft

Nimmt man alle Modelle des Gatekeepings oder der alternativen Versicherungsmodelle (AVM) zusammen, so findet

man eine grosse Heterogenität. Darunter fallen nebst dem Hausarztmodell auch telemedizinische Modelle, die über ein Callcenter die Behandlung zu steuern versuchen oder Listenmodelle, bei denen Krankenversicherungen ohne Einverständnis die Ärztin oder den Arzt zum Gatekeeper und Koordinator ernennen oder eine x-beliebige Stelle zum Koordinator ernennen.

Die letzten beiden Modellgruppen verhindern vielleicht manchmal, dass ein Patient oder eine Patientin mit einer Bagatelle auf dem Notfall landet, sie eignen sich aber nicht, um multimorbide chronisch kranke Personen zu betreuen. Sie übertragen niemandem eine eindeutige Verantwortung und schaffen keine Anreize für Prävention oder eine dauer-

hafte therapeutische Beziehung. Gerade bei den Hochkostenfällen kann nur eine hausärztlich koordinierende Medizin auf Basis eines mit den Leistungserbringern abgeschlossenen Vertrags und einer sorgfältigen und kontinuierlichen Betreuung der Patientinnen und Patienten eine bessere Qualität und gleichzeitig Kosteneinsparungen erreichen.

## Die Steuerung über den Prämienrabatt funktioniert bestens und braucht keine Systemumstellung.

### Scheinmodelle verhindern

Es macht keinen Sinn, diese sehr unterschiedlichen Ansätze der medizinischen Behandlung zum Standardmodell zu erklären. Eine solche Regelung würde nur die Entstehung weiterer Scheinmodelle fördern, möglicherweise wenig differenzierten Netzstrukturen Tür und Tor öffnen, indem diese die unzähligen Leistungserbringer absorbieren würden, die aus der freien Arztwahl verdrängt würden. Wir sollten nicht vergessen, dass sich die hausärztlich koordinierten Modelle nur so stark entwickeln konnten, weil es keine Vorschriften gab.

Wenn heute 75% der Bevölkerung ein Modell mit eingeschränkter Wahl des Zugangs zur medizinischen Versorgung gewählt haben, dann hat dies in erster Linie mit den tieferen Prämien in diesen Modellen zu tun. Die Steuerung über den Prämienrabatt funktioniert also bestens und braucht keine Systemumstellung mit neuen Vorschriften und Verordnungen. Ein AVM-Obligatorium würde vom heutigen Bundesamt für Gesundheit (BAG) mit Sicherheit mit dem bekannten, praxisfernen Kontrollzwang durchreguliert werden und die weitere Entwicklung dieser Modelle abwürgen.

### Zwei kleine Änderungen reichen

Wirkliche Kosteneinsparungen und Verbesserungen der medizinischen Behandlungsqualität brauchen schon etwas mehr als einen bunten Haufen von zufällig agierenden Instanzen, die irgendwie die Etiketten der verschiedenen Modelle neu mischen und sich davon eine gewisse Optimierung der Behandlungspfade erhoffen.

Es braucht dazu klare Zuständigkeiten und vertragliche Vereinbarungen zwischen Leistungserbringern und Versicherern. Es braucht die kontinuierliche Betreuung und sorgfältige Dossierführung durch die Hausärztin oder den Hausarzt und veritable Anreize, um eine therapeutische Beziehung zu fördern. Ein bloss zufälliges Gatekeeping von Fall zu Fall reicht da bei weitem nicht. Das zeigen alle Studien zur Kosteneinsparung und zur Behandlungsqualität.

Lassen wir doch weiterhin die Patientinnen und Patienten entscheiden, welches Modell sie wählen möchten. Wenn wir Prämien wollen, welche vernünftiges Verhalten belohnen, braucht es keine Systemumstellung, sondern nur einzelne minimalinvasive Eingriffe.

Seriös arbeitende Hausärztinnen und Hausärzte in vertraglichen Netzwerken wollen nicht auf billigen Listen, die sich dem Patienten, der Patientin gegenüber irreführenderweise als Hausarztmodell ausgeben, angepriesen werden. Sie sollen sich von den Listenmodellen streichen lassen können.

Das BAG soll mit der Prämienkontrolle bei den AVM aufhören. Versicherungen sollen ihre Prämien frei festlegen können.

Dazu braucht es lediglich diese zwei kleinen Änderungen im Bundesgesetz über die Krankenversicherung (KVG) und in der Verordnung über die Krankenversicherung (KVV). Aber auch ohne Korrektur dieser beiden Systemfehler wird es in Zukunft eine Steuerung in sinnvolle Modelle geben. Denn bei den guten Hausärztinnen und Hausärzten wird es nur noch Platz für Personen mit dem richtigen Versicherungsprodukt geben.

### Echte Hausarztmodelle bevorzugen

Schon heute sind praktisch alle Hausarztpraxen überfüllt und können keine neuen Patientinnen und Patienten mehr annehmen. In den echten, vertraglichen Hausarztmodellen, welche den persönlichen Arztzugang sichern, wird die kostbare Aufgabe der hochqualifizierten und anspruchsvollen Betreuung von chronisch kranken Menschen aber auch weiterhin bei neuen Patientinnen und Patienten gewährleistet sein. Dadurch, dass chronisch kranke Personen vermehrt das echte Hausarztmodell wählen werden und die Hausärztinnen und Hausärzte ihre Kapazitäten zunehmend an diese echten Hausarztmodelle koppeln müssen, wird sich vieles erübrigen und die koordinierte Versorgung wird einen Schub erfahren.

## Wenn wir Prämien wollen, die vernünftiges Verhalten belohnen, braucht es nur einzelne minimalinvasive Eingriffe.

### Unnötigen Aktivismus vermeiden

Verfallen wir also keinem neuen Aktivismus. Es braucht keine neuen Vorschriften und keinen Systemwechsel. Das lenkt nur von den eigentlichen Hausaufgaben ab. Führen wir jetzt endlich die einheitliche Finanzierung (EFAS) und den TARDOC ein und hören sofort auf, die Zulassung von Hausärztinnen und Hausärzten zu beschränken. Wenn die Versicherungen etwas tun wollen, um die Gesundheitsversorgung voranzubringen, sollen sie sich auf sinnvolle Modelle fokussieren und sich von Prämiensparmodellen verabschieden, welche die koordinierende Versorgung

## Gatekeeping im Gesundheitswesen

Im Schweizer Versicherungsmodell gilt zurzeit die freie Arztwahl. Versicherte können entscheiden, ob sie sich von einer Hausärztin, einem Hausarzt oder direkt von einer Spezialistin oder einem Spezialisten behandeln lassen. Sie können diese Wahlfreiheit einschränken, um von vergünstigten Prämien zu profitieren. Mit einem gesetzlich vorgeschriebenen «Gatekeeping» würden alle Versicherten verpflichtet, sich als erstes an eine hausärztliche Fachperson, ein Ärztenetzwerk oder ein telemedizinisches Angebot zu wenden.

beanspruchen aber nicht mitfinanzieren. Die Versicherungen haben es bereits in der Hand, sinnvolle Modelle zu gestalten und viele machen dies auch erfolgreich.

### Ein Systemwechsel ist nicht angezeigt

Mit ihrem Vorschlag will santésuisse den Kontrahierungszwang abschaffen und löst damit eine Lawine von unklaren Verfahrensfragen aus, die zu jahrelangen Rechtsstreitereien führen wird. Das sture Verhalten von santésuisse bei der



**Felix Huber**  
Dr. med., Präsident mediX schweiz



**Leander Muheim**  
Dr. med., Vizepräsident mediX schweiz



**Robin Schmidt**  
Leiter Unternehmensentwicklung mediX zürich

neuen Abgeltung der nichtärztlichen Psychotherapie lässt grüssen. Wir haben in der hausärztlich koordinierten Versorgung mit Vertrag den Kontrahierungszwang längst abgeschafft. Aber in diesen Modellen entscheiden die Ärztenetze und nicht die Versicherer, wer unter Vertrag genommen wird.

Wir brauchen also keinen Systemwechsel. Und wir brauchen auch keine staatliche Regelung der koordinierten Versorgung, wie sie im Massnahmenpaket 2 auf groteske Weise vorgeschlagen wird. Das Eidgenössische Departement des Innern respektive das BAG soll das Massnahmenpaket 2 einfach versenken. Auch viele runde Tische machen die Vorlage nicht besser und sind reine Zeitverschwendung. Die Kooperation mit weiteren Akteuren im Gesundheitswesen kann in der hausärztlich koordinierten Versorgung vertraglich geregelt werden. Dazu braucht es keine neuen Gesetze und Vorschriften.



### Literatur

Vollständige Literaturliste unter [www.saez.ch](http://www.saez.ch) oder via QR-Code

# Briefe an die Redaktion

## Ophthalmologisches Screening bei Typ-2-Diabetes (mit Replik)

Brief zu: Lincke J, Laimer M, Zinkernagel M. Chronische Komplikationen bei Diabetes mellitus. *Swiss Med Forum*. 2022;22(43):706–10.

Mit Interesse habe ich den Übersichtsartikel «Chronische Komplikationen bei Diabetes mellitus» in der Ausgabe des *Swiss Medical Forum* vom 26. Oktober 2022 gelesen.

In Anlehnung an die Richtlinien der «American Academy of Ophthalmology» (AAO) von 2019 [1] wird sowohl im Text als auch in Tabellen 1 und 2 empfohlen, Patient:innen mit Typ-2-Diabetes, die zum Zeitpunkt der Diabetes-Diagnosestellung an keiner diabetischen Retinopathie leiden, jährlich zum ophthalmologischen Screening zu schicken. In besagten Richtlinien [1] wird die Empfehlung zum jährlichen Screening mit 21 Referenzen begründet [2–22]. Nach Durchsicht dieser 21 Referenzen (mehrheitlich Querschnittsstudien zu verschiedenen Modalitäten, wie die diabetische Retinopathie erfasst werden kann) bleibt unklar, weshalb das ophthalmologische Screening bei Typ-2-Diabetes ohne diabetische Retinopathie jährlich angezeigt ist.

In einem Review über 26 Studien aus 2017 [23], in dem es explizit um die Screening-Intervalle zur Früherfassung der diabetischen Retinopathie ging und der erstaunlicherweise keine Erwähnung fand in den eingangs erwähnten Richtlinien der AAO [1], kommt der Autor zum Schluss, dass ein ophthalmologisches Screening alle zwei Jahre bei Patient:innen mit Typ-2-Diabetes ohne diabetische Retinopathie sicher ist. Darüber hinaus gibt es mehrere prospektive Untersuchungen an kumulativ über 9000 Patient:innen, gemäss denen ein Screening-Intervall von bis zu drei Jahren sicher ist [24–26].

Zusammenfassend scheinen keine überzeugenden prospektiven Daten zu existieren, die ein jährliches ophthalmologisches Screening rechtfertigen würden, aber mehrere prospektive Studien, in denen sich ein Screening

alle zwei (bis drei) Jahre als sicher herausstellte. Dementsprechend würde ich angesichts jährlich steigender Gesundheitskosten ein Korrigendum in der sonst hilfreichen und lesenswerten Übersichtsarbeit von Lincke et al. begrüssen (z.B. ophthalmologisches Screening bei Patient:innen mit Typ-2-Diabetes ohne diabetische Retinopathie alle zwei Jahre).

PD Dr. med. Martin Feller, MSc (Epidemiology)  
Bernser Institut für Hausarztmedizin

### Disclosure Statement

Der Autor hat deklariert, keine potentiellen Interessenskonflikte zu haben.

### Literatur

Die vollständige Literaturliste finden Sie online unter <https://saez.ch/article/doi/saez.2023.21306>.

## Replik auf «Ophthalmologisches Screening bei Typ-2-Diabetes»

Wir danken PD Dr. Feller für den Leserbrief. Unser Artikel referenziert, wie von Herrn Feller hervorgehoben, die Empfehlungen der «American Academy of Ophthalmology», die für Patient:innen mit Typ-2-Diabetes jährliche Kontrollintervalle empfehlen [1]. In Anbetracht der steigenden Gesundheitskosten sind die Ergebnisse von Scanlon [2] durchaus erwähnenswert und längere Kontrollintervalle sind zu erwägen. Aufgrund der, wie in unserem Artikel auch erwähnten, Symptombefreiheit in den frühen Stadien der diabetischen Retinopathie sollte dies jedoch nur unter gewissen Voraussetzungen stattfinden. Einerseits besteht bei längeren Intervallen die Gefahr, dass die Verlaufskontrollen versäumt oder gar nicht mehr wahrgenommen werden. Andererseits kann eine diabetische Retinopathie im Falle einer suboptimalen Blutzuckereinstellung auch sehr schnell voranschreiten. Diesbezüglich sind eine gute Kommunikation zwischen Grundversorger:innen und Ophthalmolog:innen sowie eine sorgfältige diabetologische Betreuung notwendig. Im Falle von steigenden oder stark schwankenden Blutzuckerwerten sollte frühzeitig wieder eine ophthalmologische Kontrolle veranlasst werden. Ebenfalls sollte den Patient:innen die Relevanz der Kontrollen stets wieder vor Augen geführt werden und bei Versäumen der Kontrollen eine erneut Zuweisung erfol-

gen. Unter diesen Voraussetzungen wäre ein längeres Kontrollintervall durchaus möglich und natürlich auch kostensparender.

Dr. med. Joel Lincke, Universitätsklinik für Augenheilkunde, Inselspital, Bern

### Disclosure Statement

Der Autor hat deklariert, keine potentiellen Interessenskonflikte zu haben.

### Literatur

- 1 Flaxel CJ, Adelman RA, Bailey ST, Fawzi A, Lim JI, Vemulakonda GA, Ying GS. Diabetic Retinopathy Preferred Practice Pattern®. *Ophthalmology*. 2020;127(1):P66–P145.
- 2 Scanlon PH. Screening Intervals for Diabetic Retinopathy and Implications for Care. *Curr Diab Rep*. 2017;17(10):96.

## Arbeiten Ärztinnen und Ärzte in der Weiterbildung immer noch zu viel?

Brief zu: Mell E. Die Hoffnung leuchtet. *Schweiz Ärzteztg*. 2022;103(5152):18-21

In der SÄZ vom 21.12.2022 formuliert der Präsident des vsao seine festtägliche Hoffnung, dass Assistenz- und Oberärztinnen und -ärzte an Schweizer Spitälern noch weniger arbeiten müssten, um ihre «eigenen Bedürfnisse» besser in den Vordergrund ihres Lebens zu rücken. Dass die Ärzteschaft weniger, viel weniger arbeiten sollte, sei angeblich auch ein Gewinn für die Kranken. Ich habe zeit meines Lebens die berüchtigten «60 bis 80 Stunden pro Woche» gearbeitet und stelle fest, dass ich ob diesem angeblich verantwortungslosen Arbeitseinsatz dennoch keinen Schaden erlitten sondern viel Gewinn gebucht habe, nicht nur für mich persönlich. Es reichte mir für den Erwerb einer reichen klinischen Erfahrung, für Facharzttitle, für eine akademische Karriere, für die Leitung einer Klinik an einem grossen Schweizer Spital, für ein immer noch intaktes Familienleben, für Musik mit Pflege des pianistischen Kammermusikrepertoires, und für viele private Reisen. Freude herrschte trotz mehr als 50 Wochenstunden – wohl auch bei den Patientinnen und Patienten.

Die Ärztegeneration Z, die mit Rückenwind des vsao «noch stärker eigene Bedürfnisse» in den Vordergrund stellen will, muss sich überlegen, ob sie den Anforderungen eines anspruchsvollen Berufs wirklich zur Gänze gerecht wird. Wer mehr arbeitet,

### Briefe einreichen

Briefe an die Redaktion reichen Sie online ein unter:

[saez.ch/de/publizieren/leserbrief-einreichen](https://saez.ch/de/publizieren/leserbrief-einreichen)



gewinnt in weniger Zeit mehr klinische Erfahrung. Ein Plus. Wer in einem hohen Beschäftigungsgrad klinisch tätig ist, schafft mehr Kontinuität in der Patientenbetreuung. Ein Plus. Der Arztberuf ist kein «Nine-to-five-Job», in dem punktgenau bei Schichtwechsel der elektronische Griffel niedergelegt wird, wie in der Verwaltung, welche die Schalteröffnungszeiten ihrer Ämter mit helvetischer Präzision einhält. Wer im Dienst Patientinnen und Patienten mit Herzinfarkt behandelt oder bei einer Notfalloperation mitmacht, sollte meines Erachtens am nächsten Morgen nachsehen, wie es denn dem Kranken geht, anstatt einem fein austarierten Überzeitkompensationseinsatzplan nachzuleben. Die Patienten werden es schätzen, und der persönliche Lerneffekt wäre wichtig. «Früher» war nicht alles besser. Aktuell wird nun aber das Kind mit dem Weiterbildungsbade ausgeschüttet. Wäre dem denn nicht Gegensteuer zu geben?

Prof. em. Dr. med. Martin Fey, Zollikofen

## Korrekte Anwendung von Arzneimitteln

Medikamente sind allein nur wegen der Arzneiform beratungsbedürftig. Die Information und Aufklärung des Patienten über die korrekte Anwendung seiner Arzneimittel ist nebst den Aspekten über die Wirkung des Medikaments von zentraler Bedeutung. Hier sind auch die MPA insbesondere in Arztpraxen mit einer Patientenapotheke gefordert. Viele Medikamente sind kompliziert anzuwenden. Eine Tablette zu schlucken ist relativ einfach, schwieriger ist die sichere Anwendung anderer Arzneiformen wie zum Beispiel Inhalativa oder wenn Erkrankte sich selbst spritzen müssen. Patienten erkundigen sich, ob die Tablette geteilt oder der Inhalt einer Kapsel in Wasser gelöst werden darf. Eine einmalige Beratung der Patienten bei der Abgabe von mehreren Arzneimitteln oder eines Rezeptes sichert auf die Dauer nicht deren richtige Anwendung. Vier von zehn betroffenen Patienten, die dauerhaft drei oder mehr Arzneimittel brauchen, verwenden auch Arzneimittel, die nicht geschluckt werden. An erster Stelle stehen Arzneimittel zur Inhalation (14% der Patienten), knapp gefolgt von Arzneimitteln zur Anwendung am Auge (13%) und Arzneimitteln, die selbst gespritzt werden wie beispielsweise Insulin (12%).

Diese Ergebnisse stammen aus einer Forsa-Umfrage 2021 im Auftrag der Bundesvereinigung Deutscher Apothekerverbände (ABDA) [1]. Fast alle Patienten, die «schwierige» Arzneiformen anwenden, fühlen sich im Umgang mit ihren Medikamenten recht sicher. Aber bei mehr als der Hälfte (53%) dieser Patienten fand nie eine Überprüfung der sicheren und richtigen Anwendung durch eine medizinische oder pharmazeutische Fachkraft statt. Patienten wähnen sich teilweise in falscher Sicherheit. Es kann aber nur nachhaltig funktionieren, wenn sich jemand aus dem Praxisteam die Selbstanwendung von den Patienten zeigen lässt, anschliessend auf mögliche Anwendungsprobleme individuell eingeht und sie behebt. Was bedeutet dies für die MPA? Sie setzen sich vertieft mit den Arzneimittelformen auseinander. Sie kennen die wichtigsten Arzneiformen, ihre besonderen Eigenschaften und Unterschiede. Sie können den Patienten bei Fragen über Arzneiformen Auskunft geben. Sie können falls nötig anspruchsvolle Arzneiformen korrekt in der Praxis am Patienten anwenden beziehungsweise erklären.

Rudolf Wartmann, Berater im Gesundheitswesen, Wettingen

### Literatur

1 <https://www.pharmazeutische-zeitung.de/patienten-brauchen-mehr-unterstuetzung-128446/>

## Ärztmangel und die «Alten»

Brief zu: Wille N, Gilli Y. Ärztemangel: Nicht nur die Energie kommt aus dem Ausland. Schweiz. Ärzteztg. 2023;103(0102):30-32

Es herrscht, wie im Artikel beschrieben, ein Fachkräftemangel. Deshalb werden viele Ärztinnen und Ärzte aus dem Ausland angeworben – mit entsprechenden Problemen bei der Ausübung des Berufes in einem fremden Land und dem daraus folgenden Ärztinnen- und Ärztemangel in den Herkunftsländern. Mich erstaunt, dass es kaum ein Thema ist, Ärztinnen und Ärzte um die Pensionierung und nachher vermehrt zu motivieren, diesen wunderschönen Beruf möglichst lange auszuüben und das Wissen und Können der Gemeinschaft zur Verfügung zu stellen. Meine Erfahrung ist eher, dass ich als älterer, weiter praktizierender Arzt belächelt und als Worka-

holic bedauert werde. Dabei bezahle ich weiterhin AHV, muss in Zürich entweder weiter Notfalldienst machen oder eine Ersatzabgabe leisten und alle 3 Jahre mich um eine Berufsausübungsbewilligung bemühen. Was nicht sehr motivierend ist ...

Dr. med. Markus Scheuring, Zürich

## BAG provoziert akuten Notstand von psychisch Kranken

Ab 1. Januar 2023 können neu auch psychotherapeutisch ausgebildete Psychologen und nicht nur Psychiater selbständig mit den Krankenkassen abrechnen. Über die Honorierung von Psychologen, die sich noch in Weiterbildung in psychiatrischen Praxen befinden und dort Patienten therapieren, haben sich die verschiedenen Akteure heillos zerstritten, sodass das BAG am 5. Dezember beschloss, eine «Übergangslösung» nicht weiterzuführen, welche die vorläufige weitere Bezahlung dieser Therapien erlaubt hätte – das bedeutet jetzt den zwangsweisen Abbruch der laufenden Psychotherapie bei möglicherweise über zehntausend Patienten (von dieser Zahl spricht das BAG am 9.11.2022). Die Annahme, es wäre möglich, in der heutigen angespannten Versorgungslage für Psychotherapien, Nachfolgetherapieplätze in angemessener Frist zu finden, wäre geradezu zynisch.

Wer die komplexen Diskussionen verfolgt hat, kann den Entscheid des BAG ein Stück weit nachvollziehen, aber trotz allen vorausgegangenen Auseinandersetzungen, Warnungen, Mahnungen und Drohungen hat buchstäblich niemand damit gerechnet, dass am Schluss ausgerechnet eine Institution wie das BAG «einfach den Stecker rausziehen», «Patienten auf die Strasse stellen», und «Patienten im Stich lassen» würde.

Was sind die voraussehbaren Folgen erzwungener Therapieabbrüche: depressive Reaktionen bis hin zu Suiziden, insbesondere bei Jugendlichen, psychosomatische und psychotische Zusammenbrüche. Jeder derartige Fall wäre einer zu viel.

Für solche Folgen werden Verantwortliche gesucht werden.

Es muss jetzt so rasch wie irgendwie möglich verhindert werden, dass weitere Therapie-

abbrüche erzwungen werden – unbesehen aller vorausgegangenen, komplexen Ereignisse, und abgesehen von allen noch nicht gelösten Fragen.

Bei allem Respekt für die verschiedenen Interessengruppen: An erster Stelle muss das Wohl von psychisch kranken Menschen stehen («die Stärke des Volkes misst sich am Wohl der Schwachen»). Möglicherweise wäre ein rückwirkender Aufschub des Entscheides des BAG vom Anfang Dezember die rascheste, ultraprovisorische Lösung.

*Dr. med. Alexander Moser, Zürich*

## **Dépistage de maladies cardiaques: les généralistes sont des acteurs clés**

Lettre concernant: Mell E. La poitrine qui tiraille, est-ce normal? Bull Med Suisses. 2022;103(5152):8-9

Dans une interview («La poitrine qui tiraille, est-ce normal?») paru dans le dernier BMS de 2022, le Professeur Wyss, cardiologue, constate que de plus en plus de jeunes gens en bonne santé se font examiner le cœur [1]. À la question si les médecins de premier recours ne devraient plus envoyer autant de cas chez les cardiologues, il répond: «Non, cela est dans l'air du temps et ne correspond ni aux exigences de la population ni à celles des médecins en matière de soins de qualité». Puis il ajoute: «Mais lors d'une première consultation, le généraliste a peu de chances de convaincre la personne que tout va bien avec son cœur, car il ne la connaît pas et ne sait pas ce dont elle a besoin en terme de communication.»

Ces constats sont inquiétants. Les médecins généralistes sont justement les acteurs clés pour accueillir et suivre les personnes présentant des non-cardiac chest pains (NCCP) [2], d'autant plus quand elles sont en bonne santé physique [3]. Une anamnèse approfondie associée à un examen clinique et un entretien sont alors les interventions thérapeutiques primordiales [4]. Vouloir systématiquement exclure des pathologies cardiaques sans créer une alliance thérapeutique a pour effet qu'une partie de ces patients continuera à souffrir et à errer dans l'univers médical malgré des examens diagnostiques rassurants [5].

Les médecins généralistes sont compétents pour diagnostiquer des maladies somatiques chez des patients avec NCCP et identifier ceux dont les symptômes sont l'expression

d'une problématique psycho-sociale. Il est crucial que ces derniers puissent intégrer, dès la première consultation, les liens qui existent entre psyché/émotions et corps [2, 3]. Il ne s'agit pas de «convaincre le patient que tout va bien avec son cœur», mais de créer un lien et l'impliquer dans la prise en charge.

La proposition d'adresser systématiquement des personnes en bonne santé en cardiologie constitue, selon nous, une pratique inadéquate. En revanche, une approche collaborative, réservant la consultation cardiologique à des situations spécifiques et suivant un modèle de soins intégrés semble bien plus pertinente, limitant les coûts tout en assurant des soins de qualité [6].

*Prof. Friedrich Stiefel, chef de service, Psychiatrie de liaison, CHUV, Lausanne;*

*Prof. Nicolas Senn, médecin chef, Département de médecine de famille, Unisanté, Lausanne*



### **Références**

Liste complète des références sous [www.bullmed.ch](http://www.bullmed.ch) ou via code QR

# Mitteilungen

## Facharztprüfungen

### Facharztprüfung zur Erlangung des Facharzttitels für Infektiologie

**Ort:**

Inselspital Bern; Universitätsspital Basel;  
CHUV Lausanne; Hôpitaux Universitaires de  
Genève; Universitätsspital Zürich

**Datum:**

Mittwoch, 30. August 2023

**Anmeldefrist:**

bis 14. Mai 2023

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

## Neuer Innovationspreis Prix Lumière

Die Schweizerische Gesellschaft für Allgemeine Innere Medizin (SGAIM) hat mit dem «Prix Lumière» einen neuen Innovationspreis in der Höhe von 10 000 CHF geschaffen, der innovative Ideen, welche die Arbeitsbedingungen im Fachgebiet der Allgemeinen Inneren Medizin verbessern, auszeichnet. Reichen Sie Ihr bereits abgeschlossenes Projekt bis zum *30. März 2023* bei der Geschäftsstelle der SGAIM in elektronischer Form via [lars.clarfeld\[at\]sgaim.ch](mailto:lars.clarfeld@sgaim.ch) mit dem Vermerk «Prix Lumière 2023» ein. Die Einführung der Innovation darf nicht länger als fünf Jahre zurückliegen und muss sich auf den Arbeitskontext der Allgemeinen Inneren Medizin beziehen. Weitere Informationen finden Sie unter: [www.sgaim.ch/prixlumiere](http://www.sgaim.ch/prixlumiere)



Bei Mensch und Tier beliebt: die immer wärmer werdende Arktis.

# Gefahren aus dem Eis

**Klimawandel** Der Tourismus in der Arktis birgt gesundheitliche Risiken. Grund dafür ist die Klimaerwärmung: Taut der Permafrost auf, werden Bakterien sowie Viren freigesetzt – und mit ihnen Krankheiten aus der Vergangenheit.

Der arktische Tourismus ist zwischen 2006 und 2016 um 600 Prozent gewachsen [1]. Fachleute sprechen von zunehmender «Arktifizierung» der Tourismusbranche. Vor vierzig Jahren legten Passagierschiffe in den Gewässern der kanadischen Arktis nur knapp 3500 Kilometer zurück – vor rund zehn Jahren waren es bereits 69000 Kilometer. Im Zuge der Eisschmelze in der nördlichen Polarregion dringen unter anderem Kreuzfahrtschiffe und Landfahrzeuge in Regionen vor, die noch vor einigen Jahren unzugänglich waren. Dadurch werden Reisende heute gesundheitlichen Risiken ausgesetzt – etwa indem sie mit tauenden arktischen Permafrostböden in Berührung kommen.

## Fehlende Permafrostimmunität

Permafrost bedeckt gegenwärtig rund 23 Millionen Quadratkilometer des nördlichen Polargebiets. In den nächsten acht Jahrzehnten sollen bis zu 90 Prozent durch das Tauen verschwinden [2].

Tauende Permafrostböden setzen neben Treibhausgasen, Schwermetallen, Parasiten sowie Pilzsporen auch Bakterien sowie Viren frei [3]. Vereinzelt sprechen Forschende von sogenannter Permafrostimmunität («permafrost immunity»), um auf das Ausmass der Risiken aufmerksam zu machen [4].

## Krankheiten aus der Vergangenheit

Allein auf der Jamal-Halbinsel, einem rund 120000 Quadratkilometer grossen Gebiet im Nordwesten Sibiriens, sind zwischen 1811 und 2018 in Verbindung mit tauendem Permafrost 739 Ausbrüche von Sibirischem Milzbrand verzeichnet. Bei einem Milzbrandausbruch im Jahr 2016 wurden 266 Personen infiziert, ein Zwölfjähriger starb. Ein anderes Beispiel ist das Virus Alaskapox, das 2015 im US-Bundesstaat Alaska entdeckt wurde. In den bisherigen Fällen hat es bei Infizierten schmerzende Hautläsionen verursacht [5].

Zu bekannten Bakterien, die laut Forschenden im Zusammenhang mit tauendem Perma-

frost stehen, gehören *Yersinia pestis*, *Bartonella quintana*, *Salmonella Typhimurium*, *Mycobacterium leprae*, *Mycobacterium tuberculosis*, *Rickettsia prowazekii*, *Staphylococcus aureus* und *Borrelia recurrentis*, *Bartonella henselae* und Viren der Anelloviridae-Familie [6]. Hinzu kommen jene Viren und Bakterien, die bislang noch unbekannt sind [7], sowie Mikroorganismen, die resistent gegen Antibiotika sind [8].

## Tiere auf Wanderschaft

Aus epidemiologischer Sicht ist ebenfalls zu erwähnen, dass infolge des Abtauens des Permafrosts die Tundra-Landschaft beständig durch die Taiga ersetzt wird: Durch den Wandel der Landschaften verschieben sich die Lebensräume verschiedener Arten – etwa von Nagetieren und Insekten – in den Norden, was zoonotische Infektionskrankheiten bei arktischen Reisenden wahrscheinlicher macht. In den letzten Jahren sind beispielsweise Ausbrüche des Puumalavirus in der finnischen und schwedischen Arktis dokumentiert [9]. In der norwegischen Arktis halten indigene Gemeinschaften semi-domestizierte Rentiere. Diese erfreuen sich bei Touristinnen und Touristen grosser Beliebtheit, stellen jedoch Reservoirwirte für vektorübertragene Erkrankungen dar [10].

## Nachhaken bei der Reiseanamnese

Die nordpolaren Gebiete sind aktuell aufgrund der zügigen und nicht leicht zu prognostizierenden Veränderungen epidemiologisch relevant, gleichzeitig schwer einschätzbar. Angesichts der steigenden Beliebtheit arktischer Destinationen auch bei Reisenden aus der Schweiz empfiehlt sich ein grundsätzliches Bewusstsein um die Präsenz bekannter sowie unbekannter Krankheitserreger in der Arktis, die durch den Klimawandel verstärkt wird [11]. Dieses Bewusstsein sollte im medizinischen Alltag unter anderem beim Erheben der Reiseanamnese zum Zuge kommen: Grundsätzlich gilt es, Krankheiten nicht auszuschliessen, wenn sie auf den ersten Blick den traditionellen Vorstellungen vom arktischen Klima widersprechen.

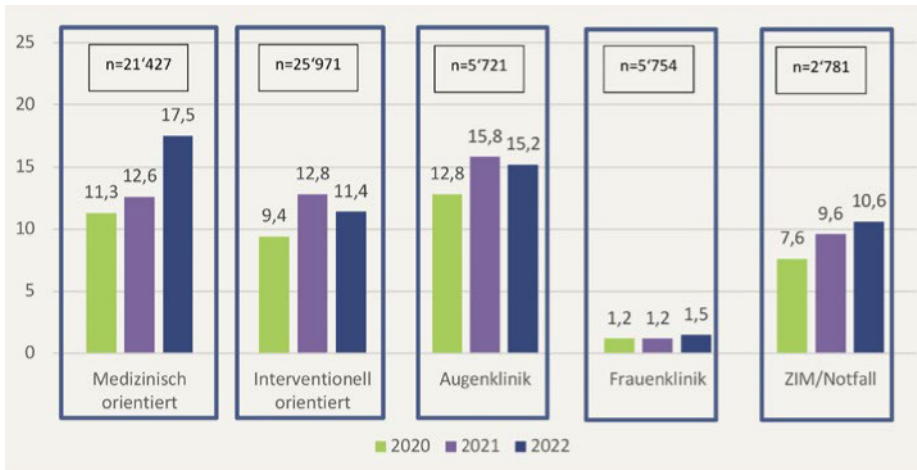
Anna Gielas

Dr. phil., MSCA Individual Fellow, Scott Polar Research Institute, University of Cambridge, Vereinigtes Königreich



## Literatur

Vollständige Literaturliste unter [www.saez.ch](http://www.saez.ch) oder via QR-Code



Anteil Krankenakten mit einer hinterlegten Patientenverfügung. Auswertung der letzten drei Jahre (bis 16.8.2022) im Luzerner Kantonsspital, Luzern. Säuglinge und Kinder wurden nicht berücksichtigt. Die Gruppierung erfolgte nach Fachrichtungen.

## Bring- oder Holschuld?

**Medizinethik** Patientenverfügungen werden vor allem in Extremsituationen benötigt, etwa wenn eine hospitalisierte Person ihren Willen nicht mehr selbst äussern kann. Doch welche Pflichten haben Spitalärztinnen und Spitalärzte im Umgang mit diesen Dokumenten?

Im Oktober 2022 hat die FMH ihre überarbeiteten Formulare zum Erstellen einer Patientenverfügung an dieser Stelle publiziert und diese auf ihrer Homepage aufgeschaltet [1]. Eine entscheidende Neuerung ist, dass sowohl in der Kurz- als auch in der Langfassung Raum für eine Beschreibung der eigenen Werte haltung vorgesehen ist. Im Falle einer gesundheitlichen Krise mit Verlust der Entscheidungsfähigkeit ist es wegweisend, was eine Patientin oder ein Patient über Krankheit und Sterben denkt, insbesondere welche Vorstellung von Lebensqualität vorherrscht. Die Lektüre einer solchen Standortbestimmung ist für das Behandlungsteam oft wertvoller als Kreuzchen zu schwarz-weiss-Situationen in einem Formular. Viele Menschen sind wahrscheinlich überfordert, solche Selbstreflexionen zu formulieren. Abgegebene Formulare bleiben deshalb oft im «to-do»-Stapel liegen. Eine fachliche Beratung – oder mindestens die Gegenlektüre der Patientenverfügung durch eine Fachperson – ist deshalb dringend empfohlen. Dies betont auch Caroline Hartmann im Begleitartikel zu den neuen FMH-Formularen [2].

### Oft gehört, wenig genutzt

Die Patientenverfügung ist in breiten Bevölkerungskreisen bekannt. Trotzdem hat nur eine Minderheit eine solche erstellt. Dies zeigt eine Umfrage, die 2017 im Auftrag von Pro Senectute Schweiz durchgeführt wurde. Demnach kennen 45% der über 65-Jährigen in der Deutschschweiz die Möglichkeit einer Patientenverfügung gut, 31% haben zumindest schon davon gehört, aber nur 27% haben eine solche ausgefüllt [3]. In Zeiten der Pandemie dürfte der Anteil einiges höher liegen.

Sind Patientenverfügungen in den Krankenakten auch verfügbar? Eine Analyse mit Hilfe des neuen Klinikinformationssystems des Luzerner Kantonsspitals LUKIS/EPIC erlaubt dazu eine Aussage [4]. In durchschnittlich 12% der Krankenakten hospitalisierter Erwachsener wurde eine Patientenverfügung hinterlegt. In den medizinisch orientierten Abteilungen liegt der Anteil leicht höher als bei den interventionellen Disziplinen. Den höchsten Anteil finden wir in der Augenklinik, den tiefsten in der Frauenklinik. Das mag in der Altersstruktur der dort Hospitalisierten liegen (siehe Abbildung). Wie oft eine Patientenverfügung tatsächlich eine

therapeutische Entscheidung bei Urteilsunfähigen beeinflusst hat, lässt sich damit nicht sagen.

### Aufgaben der Ärzteschaft im Spital

Für Ärztinnen und Ärzte besteht gemäss ZGB Art. 372 nur bei Urteilsunfähigen die Verpflichtung aktiv nach dem Vorhandensein einer Patientenverfügung zu forschen. Vorbehalten sind Notfallsituationen: Im Zweifel für das Leben! Im Normalfall gilt die «Bringschuld». Das heisst, eine Patientin oder ein Patient soll bei Spitaleintritt die Patientenverfügung mitbringen, um diese in die Krankenakte aufzunehmen.

Wird eine Verfügung beigebracht, so muss diese gelesen und deren Inhalt bei Bedarf im Gespräch – allenfalls gemäss ZGB 378 mit der gesetzlichen Stellvertretung – präzisiert werden. Besonders heikel sind Einträge wie «keine Reanimation» oder «keine Intensivstation». Grundsätzlich muss der Patientenverfügung Folge geleistet werden. Von einer Patientenverfügung abweichende Entscheide müssen begründet und dokumentiert werden. Zum Beispiel, wenn eine Verfügung nicht – oder nicht mehr – auf die aktuelle Krankheitssituation zutrifft oder Zweifel bestehen, ob das dem aktuellen Willen entspricht.

### Aufklärung und Unterstützung

Ärztinnen und Ärzte in der Grundversorgung sind aufgefordert, ihre Patientinnen und Patienten vermehrt auf die Bedeutung einer Patientenverfügung aufmerksam zu machen. Das Angebot, sie bei deren Abfassung fachlich zu unterstützen oder das erarbeitete Dokument zu besprechen, erhöht die Chance, dass eine empfangergerechte (im Entscheidungsfall hilfreiche) Verfügung resultiert. Ärztinnen und Ärzte der stationären Versorgung sind aufgefordert, Patientenverfügungen nicht erst bei eingetretener Urteilsunfähigkeit zu lesen, sondern frühzeitig interpretationsbedürftige Passagen im Gespräch zu klären. Das bioethische Prinzip der Autonomie fordert, dass bei fehlender Entscheidungsmöglichkeit möglichst nach dem Willen betroffener Menschen medizinisch gehandelt wird.

*Prof. Dr. med. Gregor Schubiger, Ethik-Forum, Luzerner Kantonsspital*

*Dr. med. Guido Schüpfer, CMO Luzerner Kantonsspital*

*Lesen Sie auch den Artikel zum Thema auf Seite 50.*



### Literatur

Vollständige Literaturliste unter [www.saez.ch](http://www.saez.ch) oder via QR-Code

# FMH



24

## Die Digitalisierungstauglichkeit von Gesetzen

**Digitalisierung** An dieser Stelle erwartet die Leserschaft – passend zum Jahreswechsel – einen Rückblick auf das vergangene Jahr und einen Ausblick auf das, was die Ärzteschaft im digitalen Bereich für das Jahr 2023 erwartet.

**Alexander Zimmer**



26

## Ärztliche Weiterbildung unterstützen – auch in Zukunft

**SIWF-Projektförderung** Auch in diesem Jahr unterstützt der SIWF die Projekte von Weiterbildungsverantwortlichen. Wir haben einen Überblick erstellt, welche Voraussetzungen die Anträge erfüllen müssen und welche Themen bevorzugt unterstützt werden.

**Monika Brodmann**



28

## Ausgewählte rechtliche Fragen zum Medikationsplan

**Recht** Ärztinnen und Ärzte, die bei der Behandlung Medikationspläne zum Einsatz bringen, haben auch in diesem Zusammenhang die ärztlichen Sorgfalts-, Aufklärungs- und Dokumentationspflichten sowie datenschutzrechtliche Vorgaben wahrzunehmen.

**Iris Herzog-Zwitter**



Die Medizin wird immer digitaler. Das hat Auswirkungen auf die Arbeit der Ärztinnen und Ärzte.

## Die Digitalisierungstauglichkeit von Gesetzen

**Digitalisierung** An dieser Stelle erwartet die Leserschaft – passend zum Jahreswechsel – ein Rückblick auf das vergangene Jahr und ein Ausblick auf das, was die Ärzteschaft im digitalen Bereich für das Jahr 2023 erwartet.



**Alexander Zimmer**  
Dr. med., Mitglied des Zentralvorstandes und Departmentsverantwortlicher Digitalisierung/eHealth

An Themen für einen Jahresrückblick aus Sicht der Digitalisierung in der Medizin – was mich beschäftigt oder auch beschäftigen muss – mangelt es nicht: Der Bund hat mit dem Bundesgesetz über elektronische Identifizierungsdienste (E-ID-Gesetz) im vergangenen Jahr die Grundlagen für eine sichere Identifizierung von Bürgerinnen und Bürgern im Internet geschaffen und somit den Schweizer Pass digitalisiert. Es liegt auf der Hand, dass die neue elektronische Identität im ärztlichen Alltag bedeutsam sein wird. Auch die Sekundärnutzung von klini-

schen Daten für Forschungszwecke soll in der Schweiz in diesem Jahr mit einer Gesetzesvorlage besiegelt werden. Ein «Nationales System

**Gesetzestexte spiegeln die Arbeit von Gesetzesautoren wider – selten die Praxis.**

zur Weiterverwendung und Verknüpfung von Gesundheitsdaten» soll hierbei Sorge tragen für eine bessere Nutzung von Gesundheits-

daten für eine qualitativ hochstehende und effiziente Gesundheitsversorgung [1]. Schliesslich wird auch das elektronische Patientendossier (EPD) im Jahr 2023 wieder in den Fokus der Öffentlichkeit rücken: Fünf Jahren nach Inkrafttreten des Bundesgesetzes über das EPD (EPDG) fällt dieses Jahr der Startschuss für eine umfassende Revision. Bereits während des Aufbaus von Stammgemeinschaften und Gemeinschaften wurde schnell erkannt, dass Anpassungen des Ausführungsrechts notwendig sind – was zu höheren Kosten und Verzögerungen führte.

### Gesetze hinken Fortschritt hinterher

Eine wichtige Ursache der Probleme von Digitalisierungsprojekten ist schnell ausgemacht: Der Gesetzgebungsprozess ist schwerfällig und kann so dem Umstand des raschen Technologiefortschritts kaum Rechnung tragen. Wie sich das in der Praxis auswirkt, konnte der Bund bereits bei der Einführung der Versichertenkarte vor über zehn Jahren erfahren: Aufgrund von Interpretationsspielräumen in der zugrundeliegenden Spezifikation der Verordnung über die Versicherten-

### Der Gesetzgebungsprozess ist viel zu schwerfällig und trägt dem raschen digitalen Fortschritt kaum Rechnung.

karte entstanden zwei Umsetzungsvarianten, die untereinander nicht kompatibel waren. Hierbei stellt sich die Frage, wie «digitalisierungstauglich» Gesetze überhaupt sind. Ein McKinsey-Bericht im Auftrag der deutschen Bundesregierung kommt zum Schluss, dass die Gesetzgebung in Deutschland angesichts des gesellschaftlichen Wandels und neuer technologischer Möglichkeiten vor grossen Herausforderungen steht [2]. Zwar können im Bereich der Digitalisierung sehr rasch Leuchtturmprojekte entstehen. Diese sind jedoch selten skalierbar und entfalten ihre Wirkung somit nicht flächendeckend. Ein Vorzeigeprojekt, bei dem diese Skalierung gelungen ist, ist zweifelsohne das Schweizer COVID-Zertifikat. Gleichzeitig können bestehende Rechtsvorschriften aber auch Innovationen verhindern. Als Beispiel wird im McKinsey-Bericht angeführt, dass die Schriftformerfordernisse in den Gesetzen ein Hemmfaktor für die Wirkung von Digitalisierungsgesetzen darstellt. Dies erinnert uns in der Schweiz an die bürokratischen Hürden bei der Eröffnung eines EPD. Bis anhin war die Eröffnung für Patientinnen und Patienten mit einer persönlichen

Vorsprache vor Ort verbunden. Zwar können die Stammgemeinschaften den Patientinnen und Patienten bereits heute die Möglichkeit anbieten, ein EPD online von zu Hause aus zu eröffnen. Für den sicheren Zugriff auf das EPD brauchen diese aber auch eine zertifizierte elektronische Identität. Jedoch: Wie die Patientinnen und Patienten diese erhalten, unterscheidet sich von EPD-Anbieter zu EPD-Anbieter, schreibt die Kompetenz- und Koordinationsstelle von Bund und Kantonen eHealth Suisse [3]. Diese und weitere Hürden in der Umsetzung des EPD haben schliesslich zu einer schlechten Skalierung beigetragen: Etwa nur ein Promille der Bevölkerung in der Schweiz hat aktuell ein EPD eröffnet.

### Praxistauglichkeit selten geprüft

Die Gründe für eine mangelnde Digitalisierungstauglichkeit von Gesetzen sind nicht nur in innovationshemmenden Vorschriften zu suchen. Bei neuen Gesetzesprojekten fehlt zumeist der Einbezug von Expertinnen und Experten aus der Praxis oder Wissenschaft. Folglich sind die Gesetzestexte oft weder praxis- noch digitaltauglich. Dieser Missstand war schliesslich der Auslöser für die Gründung der Interprofessionellen Arbeitsgemeinschaft eHealth (IPAG eHealth), in der sich die FMH seit Jahren engagiert. Die IPAG eHealth setzt sich dafür ein, dass bei neuen Digitalisierungsvorhaben des Bundes die Bedürfnisse der Leistungserbringer eingebracht und berücksichtigt werden [4].

Angesichts der Gesetzesrevisionen und -vorlagen, die uns im neuen Jahr im Bereich der Digitalisierungen erwarten, bleiben folgende Herausforderungen der Ärzteschaft weiterhin bestehen, die im Regulierungsprozess dringlich berücksichtigt werden müssen:

1. **Fehlende technische Kenntnisse:** Manche Ärztinnen und Ärzte haben möglicherweise Schwierigkeiten, sich mit neuen technischen Systemen vertraut zu machen und sie effektiv zu nutzen.
2. **Datenschutz und Datensicherheit:** Die Verwaltung von Patientendaten erfordert ein hohes Mass an Datenschutz und Datensicherheit, um sicherzustellen, dass die Privatsphäre der Patienten gewahrt bleibt.
3. **Kosten:** Die Einführung neuer technologischer Systeme kann teuer sein und für manche Krankenhäuser und Arztpraxen eine finanzielle Belastung darstellen.
4. **Zeit:** Die Einführung neuer Systeme kann Zeit erfordern, die Ärztinnen und Ärzte möglicherweise für die Patientenversorgung aufwenden müssten.
5. **Akzeptanz:** Nicht alle Patientinnen und Patienten sind mit der Verwendung von Technologie in der Medizin einverstanden und

Ärzte müssen möglicherweise Vorurteile oder Bedenken ausräumen [5].

Insgesamt gibt es viele Faktoren, welche die Digitalisierung in der Medizin beeinflussen. Ärztinnen und Ärzte müssen sorgfältig abwägen, wie sie diese Technologien am besten in ihrer täglichen Arbeit nutzen können.

### Die FMH steht der Ärzteschaft bei den digitalen Herausforderungen zur Seite.

Ich muss zugeben, dass ich mir bei der Beschreibung dieser Herausforderungen von der künstlichen Intelligenz helfen liess («Nenne mir die wichtigsten Herausforderungen der Ärzteschaft im Bereich der Digitalisierung»). Auch wenn der Text von Chat GPT auf den ersten Blick erstaunlich gute Antworten gibt, muss dieser Hype kritisch hinterfragt werden. Denn das, was uns hier vermittelt wird, ist nicht Intelligenz, sondern das Ergebnis einer Maschine, die darauf trainiert wurde, das nächste Wort auf eine eloquente Art und Weise vorherzusagen.

Bereits jetzt beginnen Forscherinnen und Forscher Anwendungen in der Medizin zu konzipieren, die auf dieser Technologie basieren. Dies führt uns zum letzten Punkt, der im Zusammenhang mit der Digitaltauglichkeit von Gesetzen diskutiert werden muss: Wo zeigen wir Ärztinnen und Ärzten die Grenzen in Bezug auf die Digitalisierung in der Medizin auf? Einen ersten Schritt hat die FMH mit Ihrer Broschüre «Künstliche Intelligenz im ärztlichen Alltag gemacht» [6]. Die FMH steht Ärztinnen und Ärzten bei der Bewältigung der Herausforderungen im digitalen Bereich auch im neuen Jahr zur Seite und wird aktuelle Themen rund um die Digitalisierung unter anderem in der Schweizerischen Ärztezeitung aufgreifen.



#### Literatur

Vollständige Literaturliste unter [www.saez.ch](http://www.saez.ch) oder via QR-Code





© Anuchit Singkhom / Dreamstime

Originell und vielfältig: Das SIWF sucht Projekte, die einen Beitrag zur methodischen und didaktischen Unterstützung der Weiterbildung leisten.

# Ärztliche Weiterbildung unterstützen – auch in Zukunft

**SIWF-Projektförderung** Auch in diesem Jahr unterstützt das SIWF die Projekte von Weiterbildungsverantwortlichen. Wir haben einen Überblick erstellt, welche Voraussetzungen die Anträge erfüllen müssen und welche Themen bevorzugt unterstützt werden.

**Monika Brodmann Maeder<sup>a</sup>, Raphael Stolz<sup>b</sup>**

<sup>a</sup> PD Dr. med., Präsidentin des Schweizerischen Instituts für ärztliche Weiter- und Fortbildung SIWF; <sup>b</sup> Dr. med., Vizepräsident des Schweizerischen Instituts für ärztliche Weiter- und Fortbildung SIWF

Eine der wichtigsten Aufgaben des Schweizerischen Instituts für ärztliche Weiter- und Fortbildung SIWF ist es, die Weiterbildenden aktiv zu unterstützen und die Qualität der ärztlichen Weiterbildung weiterzuentwickeln. Deshalb hat das Institut in den

letzten Jahren schon viermal eine Ausschreibung zur Förderung von Weiterbildungsprojekten lanciert. Die Jury war jedes Mal von der überraschenden Vielfalt, von der Originalität und von der Qualität der meisten eingereichten Projekte sehr beeindruckt, und die Auswahl

derjenigen unter ihnen, denen ein Fördergeld zugesprochen werden konnte, war nicht einfach. Da das Feedback so positiv war und da die Mehrheit der eingereichten Projekte ein erfreulich hohes Niveau hatten, war die Entscheidung einfach: das Projekt wird fortgeführt!

## SIWF-Projektförderung: Projektanträge jetzt einreichen!

Das SIWF fördert Projekte, welche die ärztliche Weiterbildung direkt unterstützen. Haben Sie eine Idee oder bereits ein überzeugendes Konzept, das Sie umsetzen möchten? Teilnahmeberechtigt sind Ärztinnen und Ärzte mit einer Weiterbildungsfunktion an einer anerkannten schweizerischen Weiterbildungsstätte. Senden Sie Ihren Projektantrag in elektronischer Form an [info\[at\]siwf.ch](mailto:info[at]siwf.ch) mit dem Vermerk «SIWF-Projektförderung».

**Einsendeschluss: 15. März 2023**

**Informationen finden Sie auch auf [www.siwf.ch](http://www.siwf.ch). Bei Fragen wenden Sie sich bitte an: [info\[at\]siwf.ch](mailto:info[at]siwf.ch) oder Tel. 031 503 06 00.**

*Rechtliche Hinweise: Das SIWF behält sich das Recht vor, den Projektwettbewerb bei Vorliegen besonderer Umstände abzusagen oder die Teilnahmebedingungen und die Beitragssumme zu ändern. Über den Wettbewerb wird keine Korrespondenz geführt, der Rechtsweg ist ausgeschlossen. Mitglieder der Jury dürfen sich nicht für eine SIWF-Projektförderung bewerben.*

Die Geschäftsleitung des SIWF hat deshalb beschlossen, die Projektförderung dieses Jahr zum fünften Mal auszuschreiben mit dem Ziel, einen konkreten Beitrag zur methodischen und didaktischen Unterstützung der Weiterbildung

## Die Geschäftsleitung des SIWF hat beschlossen, die Projektförderung zum fünften Mal auszuschreiben.

zu leisten. Obwohl die zeitliche Belastung grösser und die Arbeitsbedingungen nicht einfacher werden, hoffen wir wiederum auf möglichst viele initiative, einflussreiche Weiterbildende, welche kreative Ideen haben und Wege suchen, diese zu realisieren.

Die Gebühren für die Erteilung der Facharztstitel bilden die finanzielle Grundlage des SIWF, und getragen werden sie von den Ärztinnen und Ärzten in Weiterbildung. Es ist uns deshalb ein besonderes Anliegen, diese Mittel nicht nur für die strukturellen und administrativen Aufgaben (Anerkennung von Weiterbildungsprogrammen und von Weiterbildungsstätten, Evaluation der Weiterbildung, Titelerteilung) einzusetzen, sondern bestmöglich auch dazu beizutragen, Neues und Kreatives in der Weiterbildung zu fördern.

### Projekthalt und Methodik

Die SIWF-Projektförderung richtet sich an Weiterbildungsverantwortliche von anerkannten schweizerischen Weiterbildungsstätten – sowohl an Einzelpersonen als auch an Teams. Der Projekthalt und die Methodik sind weitgehend offen. Für das SIWF sind aber Projekte mit Inhalt zur kompetenzbasierten Bildung (CBME), EPAs, Einführung von CBME in den Weiterbil-

dingsstätten, Lernkultur und Faculty Development speziell von Interesse. Ebenfalls werden Projekte zum Thema Planetary Health bevorzugt unterstützt. (siehe QR-Code für weitere Informationen zu CBME und Planetary Health).

### Voraussetzungen

Anträge für eine SIWF-Projektförderung müssen folgende Punkte enthalten:

- Ziel des Projekts
- Beschreibung der Methode und des Produkts beziehungsweise des erwarteten Resultats
- Nutzen für die ärztliche Weiterbildung
- Was bringt das Projekt Neues?
- Breite der Nutzungsmöglichkeiten, Übertragbarkeit, Anwendbarkeit an anderen Institutionen
- Evaluationskriterien und Messgrößen
- Zeitplan
- Detailliertes Budget der Gesamt- oder Teilfinanzierung
- Projektverantwortliche Person mit den Kontaktangaben

## Das vorgeschlagene Projekt muss umsetzbar und auch für andere Weiterbildungsstätten anwendbar sein.

Das vorgeschlagene Projekt muss umsetzbar und – allenfalls mit Adaptationen - auch für andere Weiterbildungsstätten anwendbar sein. Die Unterstützung des Projekts kann entweder die vollständige Finanzierung oder einen Beitrag an ein grösseres Projekt umfassen. Das Projekt sollte bis im Juni 2024 abgeschlossen sein, ein erster Zwischenbericht wird per Ende 2023 erwartet.

Die Projektanträge können bis zum 15. März 2023 in elektronischer Form an [info\[at\]siwf.ch](mailto:info[at]siwf.ch) mit dem Vermerk «SIWF-Projektförderung» eingereicht werden. Anschliessend beurteilt eine aus Mitgliedern des SIWF-Vorstands und der SIWF-Geschäftsleitung zusammengesetzte Jury die eingegangenen Anträge. Der Entscheid der Jurorinnen und Juroren, welche Projektanträge in welchem Umfang unterstützt werden können, ist voraussichtlich bis etwa Mitte Mai 2023 zu erwarten. Der Beitragsrahmen für eine vollständige Projektfinanzierung beträgt zwischen 40 000 bis 60 000 CHF, für Teilfinanzierungen sind Beträge zwischen 10 000 bis 20 000 CHF vorgesehen. Die Aufteilung und Ausschöpfung der zur Verfügung stehenden Gesamtsumme liegt in der Kompetenz der Jury.

### Neue Impulse

Die abgeschlossenen Projekte werden auf [www.siwf.ch](http://www.siwf.ch) und allenfalls in der Schweizerischen Ärztezeitung publiziert sowie an einer Veranstaltung des SIWF vorgestellt. Die Ergebnisse der geförderten Projekte werden damit sowohl Fachleuten als auch einem breiteren Publikum zugänglich gemacht und sollen neue Impulse für weitere Projekte zur Verbesserung der ärztlichen Weiterbildung geben.

### Korrespondenz

[info\[at\]siwf.ch](mailto:info[at]siwf.ch)

## Zwei Themen im Fokus

Via QR-Code erhalten Sie weitere Informationen über die Unterstützung von Projekten zum Thema Planetary Health und CBME.



Planetary Health (Link: [bit.ly/3GPTJGj](https://bit.ly/3GPTJGj))



CBME (Link: [bit.ly/3kpPOUf](https://bit.ly/3kpPOUf))



© Tibor Ázuri / Dreamstime

Medikamente einnehmen nach Plan: Damit sind rechtliche Aspekte verbunden.

# Ausgewählte rechtliche Fragen zum Medikationsplan

**Recht** Ärztinnen und Ärzte, die bei der Behandlung Medikationspläne zum Einsatz bringen, haben auch in diesem Zusammenhang die ärztlichen Sorgfalts-, Aufklärungs- und Dokumentationspflichten sowie datenschutzrechtliche Vorgaben wahrzunehmen.

**Iris Herzog-Zwitter<sup>a</sup>, Reinhold Sojer<sup>b</sup>**

<sup>a</sup> Dr. iur., Juristin Abteilung Rechtsdienst FMH; <sup>b</sup> Dr. rer. biol. hum., Abteilungsleiter Digitalisierung / eHealth FMH

Die Kommunikation über die Einnahme von Medikamenten ist mitentscheidend für den Erfolg der Arzneimitteltherapie. Patientinnen und Patienten, die über eine bessere Kommunikation mit der Ärztin oder dem Arzt, bessere Erklärungen zur Einnahme ihrer Medikamente und mehr Informationen zur Medikation berichten, zeigen eine bessere Therapieadhärenz [1]. Ein schriftlicher Medikationsplan kann dies unterstützen, sodass Patienten besser über ihre Therapie informiert sind. Er hilft den Patientinnen und Patienten bei der richtigen Einnahme beziehungsweise Anwendung ihrer Medikamente. Er enthält eine Übersicht über sämtliche einzunehmende verschreibungspflichtige und frei verkäufliche Arzneimittel mit Einnahmegrund, Dosierung und Einnahmehinweisen.

## Der Medikationsplan unterstützt die Patientinnen und Patienten bei der Anwendung ihrer Medikation.

Auch zur Erfüllung der von Rechtsprechung, Gesetzgebung und Landesrecht vorgegebenen ärztlichen Aufklärungspflichten kann ein Medikationsplan unterstützend eingesetzt werden. Zusätzlich zu den allgemeinen ärztlichen Aufklärungspflichten informieren Ärztinnen ihre Patientinnen und Patienten, dass sie einen Medikationsplan erhalten können. Die Aufklärungspflicht und die Dokumentationspflicht bleibt immer bei der verschreibenden Ärztin oder dem verschreibenden Arzt.

Den Patientinnen und Patienten soll ein verständlicher Einnahmeplan zur Verfügung gestellt werden. Der Medikationsplan unterstützt sie bei der richtigen Anwendung ihrer Medikation. Die gute Lesbarkeit und Verständlichkeit ist unabdingbar.

### Die ärztlichen Pflichten

Die behandelnde Ärztin oder der behandelnde Arzt hat basierend auf den *ärztlichen Sorgfaltspflichten* die Medikamentenabgabe vorzunehmen. Die Verschreibung von Medikamenten erfolgt dem Erstellen der therapeutischen Vereinbarung und ist der individuellen Situation der Patientin oder des Patienten anzupassen [2].

Ärztinnen und Ärzte haben die Informationen einzuholen beziehungsweise zu verifizieren, wenn ein Patient sie darüber informiert, dass weitere Ärzte involviert sind oder waren. Ärztinnen und Ärzte sollten bei der Erstellung des Medikationsplans auch nach Medikamenten oder weiteren Heilmitteln und Substanzen fragen, die die Patientin oder der Patient selbst einnimmt und die potenziell mit der aktuellen

Medikation interagieren könnten. Die Verantwortung für die verschriebenen, auf dem Medikationsplan aufgeführten Arzneimittel liegt aber immer weiterhin bei der Ärztin oder dem Arzt, der die Medikamente verschrieben hat.

Sofern Ärztinnen und Ärzte den Patientinnen und Patienten einen Medikationsplan abgeben, sollten sie diese informieren, dass der Medikationsplan bei Arzt- und Apothekenbesuchen stets mitgeführt und vorgelegt werden sollte. Sie sind dazu zu motivieren, ihren Medikationsplan jeder Fachärztin und jedem Facharzt vorzulegen beziehungsweise beim Apotheken- und Krankenhausbesuch mitzunehmen. Es ist ratsam den Patientinnen und Patienten die Medikation inklusive der Einnahmehinweise anhand des Medikationsplans noch einmal zu erläutern und auf die Besonderheiten des Dokumentes hinzuweisen (*Aufklärungspflicht*).

Zusätzlich hat die behandelnde Ärztin oder der behandelnde Arzt *Dokumentationspflichten* wahrzunehmen. Aufzeichnungspflichtig sind aus medizinischer Sicht die für die ärztliche Behandlung wesentlichen medizinischen Fakten. Informationen zu Diagnosen, Probleme, Indikation zur Medikation und vor allem auch der Historienverlauf der Medikamentenabgabe sind für die Therapiesicherheit und im Sinne der Patientensicherheit zu dokumentieren. Relevant ist, wer was und wann eingetragen beziehungsweise verordnet hat. Die Nachvollziehbarkeit der einzelnen Behandlungsschritte einschliesslich die Zuordnung der Medikation der behandelnden Ärztin beziehungsweise des behandelnden Arztes ist ein wesentlicher Punkt.

## Voraussetzung für die Nutzung des Medikationsplans ist die Patienteneinwilligung zur Datenverarbeitung.

### Mitwirkungspflichten der Patienten

Patientinnen und Patienten haben gegenüber der behandelnden Ärztin oder dem behandelnden Arzt ebenso die Pflicht, diese über eine allfällige Medikamentenabgabe von weiteren behandelnden Ärztinnen und Ärzten zu informieren. Der Erfolg des Medikationsplanes hängt erheblich davon ab, dass die Patientin beziehungsweise der Patient alle Arzneimittel inklusive der Selbstmedikation angibt und die Ärztin respektive den Arzt über allfällige Medikationsunverträglichkeiten informiert.

### Datenschutzrechtliche Vorgaben

Grundsätzlich sind im Zusammenhang mit der Erstellung und Weitergabe von Medikations-

## Wie die FMH hilft

Die FMH liefert Antworten zu ausgewählten rechtlichen Fragen beim Einsatz eines Medikationsplans. Das Dokument ist abrufbar unter: [www.fmh.ch/themen/ehealth/standards-interoperabilitaet.cfm#i149084](http://www.fmh.ch/themen/ehealth/standards-interoperabilitaet.cfm#i149084).

plänen die datenschutzrechtlichen Vorgaben zu beachten und einzuhalten. Voraussetzung für die Nutzung des Medikationsplans ist, dass die Patientin oder der Patient in die Bearbeitung ihrer oder seiner Daten eingewilligt hat. Damit können die abgabeberechtigten Gesundheitsfachpersonen den Medikationsplan bearbeiten. Bei einem elektronischen Medikationsplan ist die Patientin oder der Patient darüber aufzuklären, wo die Daten gespeichert werden und in welcher Form diese bearbeitet werden. Ebenso ist über die relevanten datenschutzrechtlichen Vorgaben aufzuklären und die diesbezügliche Einwilligung einzuholen.

**Korrespondenz**  
ehealth[at]fmh.ch



### Literatur

Vollständige Literaturliste unter [www.saez.ch](http://www.saez.ch) oder via QR-Code

# Personalien

## Todesfälle / Décès / Decessi

*Rolf Schaffner* (1951), † 8.10.2022, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin, 8704 Herrliberg

*Christian Georg Geschka* (1950), † 8.12.2022, Praktischer Arzt, 9042 Speicher

*Otto Fuss* (1944), † 18.12.2022, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin, 1173 Féchy

## Ärztegesellschaft des Kantons Bern Ärztlicher Bezirksverein Bern Regio

Zur Aufnahme als ordentliche Mitglieder haben sich angemeldet:

*Anice Anne Belz*, Fachärztin für Gynäkologie und Geburtshilfe, FMH, Frauenzimmer Bern AG, Monbijoustrasse 22, 3011 Bern

*Viviane Brauer*, Fachärztin für Gynäkologie und Geburtshilfe, Riedweg 3, 3012 Bern

*Anja Brunner*, Fachärztin für Gynäkologie und Geburtshilfe, FMH, Riedweg 3, 3012 Bern

*Peter Diel*, Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, FMH, Orthopädie Sonnenhof, Salvisbergstrasse 4, 3006 Bern

*Andrea Rahel Hänni Johner*, Fachärztin für Anästhesiologie, FMH, Hirslanden Klinik Permanence, Bümplizstrasse 83, 3018 Bern

*Corinne Jampen*, Fachärztin für Allgemeine Innere Medizin, FMH, Rodtmattstrasse 83, 3014 Bern

*Pascal Krayer*, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin, FMH, Südland Praxis Effinger, Effingerstrasse 15, 3008 Bern

*Nicole Webber*, Fachärztin für Kinder- und Jugendmedizin, FMH, Praxis Bienzgut, Bernstrasse 77, 3018 Bern

Zur Aufnahme als ordentliche Mitglieder in leitender Funktion haben sich angemeldet:

*Moritz Caspar Deml*, Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, FMH, Leitender Arzt, Universitätsklinik für Orthopädie und Traumatologie, Inselspital Bern, 3010 Bern

*Lukas Ebner*, Facharzt für Radiologie, FMH, Leitender Arzt, Institut für Diagnostische, Interventionelle und Pädiatrische Radiologie, Inselspital Bern, Freiburgstrasse, 3010 Bern

Einsprachen gegen diese Vorhaben müssen innerhalb 14 Tagen seit der Veröffentlichung

schriftlich und begründet bei den Co-Präsidenten des Ärztlichen Bezirksvereins Bern Regio eingereicht werden. Nach Ablauf der Frist entscheidet der Vorstand über die Aufnahme der Gesuche und über die allfälligen Einsprachen.

## Ärztegesellschaft des Kantons Luzern

Zur Aufnahme in unsere Gesellschaft hat sich gemeldet:

*Daniel Lindegger*, Facharzt für Ophthalmologie, Hubelweid 5, 6204 Sempach

Zur Aufnahme in unsere Gesellschaft Sektion Stadt haben sich gemeldet:

*Regula Monika Friedli-Kronenberg*, Fachärztin für Allgemeine Innere Medizin, FMH, Aerztezentrum Seetal 11, Seetalstrasse 11, 6020 Emmenbrücke

*Reto Kurmann*, Facharzt für Kardiologie und Facharzt für Allgemeine Innere Medizin, FMH, Kardiologie Praxis Luzern, Haldenstrasse 25, 6006 Luzern und Herzzentrum Luzern, Luzerner Kantonsspital Luzern, 6000 Luzern 16

*Tobias Nyffenegger*, Facharzt für Kardiologie, FMH, Cardio Center Luzern, Seidenhofstrasse 9, 6003 Luzern

*Vanda Petra Pintér*, Fachärztin für Kinder- und Jugendmedizin, Zentrum für Kinder- und Jugendmedizin am Sonnenplatz, Gerliswilstrasse 74, 6020 Emmenbrücke

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

## Unterwaldner Ärztegesellschaft

Zur Aufnahme in unsere Gesellschaft hat sich gemeldet:

*Thomas Schefer*, Facharzt für Kardiologie und Facharzt für Allgemeine Innere Medizin, FMH, Zentrum für Herz- und Präventionsmedizin Nidwalden AG, Ennetmooserstrasse 19, 6370 Stans

Einsprachen gegen diese Aufnahmen sind mit Begründung innert 20 Tagen an die Präsidentin der Unterwaldner Ärztegesellschaft, Dagmar Becker, Mondmattli 3, 6375 Beckenried, zu richten.

## Ärztegesellschaft des Kantons Zug

Zur Aufnahme in die Ärzte-Gesellschaft des Kantons Zug als ordentliche Mitglieder haben sich gemeldet:

*Mark Bohnhoff*, Facharzt für Anästhesiologie, FMH, Plastische Chirurgie Zug, Postplatz 1, 6300 Zug

*Martin Nufer*, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin, FMH, Klinik Adelheid, Höhenweg 71, 6314 Unterägeri

*Aferdita Reci*, Fachärztin für Allgemeine Innere Medizin, FMH, Praxis Herti, Hertizentrum 12, 6300 Zug

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



Auf dem 2. IMC-Symposium standen aktuelle Themen aus dem Gesundheitswesen im Fokus.

© Aline Locher

# Symposium am Nerv der Zeit

**Strategie und Management** Ressourcenknappheit, Rekrutierung von Fachkräften und Strategien bei hoher Arbeitsbelastung: Unter dem Schwerpunktthema «Ressourcen auf der IMCUs: Strategien und Management» wurden zukunftsorientierte Handlungsmöglichkeiten im Gesundheitswesen aufgezeigt.

Jolanda Contartese<sup>a</sup>, Werner Z'Graggen<sup>b</sup>, Brigitte Hämmerli<sup>c</sup>, Aline Locher<sup>d</sup>

<sup>a</sup> Dr. med., Präsidentin IMC, Kantonsspital Baden AG, <sup>b</sup> Prof. Dr. med., Vize-Präsident IMC, Inselspital Bern, <sup>c</sup> Präsidiumsmitglied Fachpflege, Inselspital Bern, <sup>d</sup> Generalsekretariat SGI, IMK AG, Basel xxx

Die Bevölkerung in der Schweiz erfreut sich nach der COVID-19-Pandemie aktuell an der zurückgewonnenen Normalität, wenn auch mit Vorsicht. Dennoch: Die vergangenen zwei Jahre haben Spuren hinterlassen, insbesondere im Bereich der Gesundheitsversorgung. Bereits vor der COVID-19-Pandemie herrschte im Gesundheitswesen Ressourcenknappheit – es fehlte an qualifizierten Pflegefachpersonen, Ärztinnen und Ärzten. Die Pandemie hat diesen Mangel massiv verschärft.

Im Juni 2022 fand nach einer rund zweijährigen COVID-19 bedingten Pause das 2. Swiss Intermediate Care (IMC) Symposium 2022 im Inselspital Bern statt. Unter Anwesenheit von Pflegefachpersonal und Ärzteschaft lag der Schwerpunkt des interdisziplinären und inter-

professionellen Symposiums auf «Ressourcen auf der IMCUs: Strategien und Management». Die Vorträge behandelten hochaktuelle Themen des Gesundheitswesens, wie unter anderem die Rekrutierung von Pflegepersonal, der Umgang mit Strategien bei Ressourcenknappheit, Strategien bei hoher Arbeitsbelastung und besondere Herausforderungen für das Behandlungsteam während der Pandemie. Parallel zu den Vorträgen fanden Hands-on-Workshops statt, die zusätzliche wichtige Themen wie Aggressionsmanagement, Aufbau einer neuen IMC oder die Digitalisierung im Akutspital thematisierten. Quintessenz des Tages: Das Gesundheitswesen braucht dringend bedürfnisorientierte Verbesserungen. Das Ziel muss sein, künftig den Bedürfnissen aller Parteien auf den IMC Stationen – Fachpersonal, Patien-

tinnen und Patienten sowie Angehörigen – besser gerecht zu werden. Dabei bildet die transparente Kommunikation die Basis, es müssen aber dringend auch neue Strategien bei der Rekrutierung von Personal, für die Steigerung der Attraktivität des Berufs und für die Bewältigung von Belastungssituationen herangezogen werden.

## Rekrutierung im digitalen Zeitalter

Mit Blick auf die Zukunft ist die Sicherung des Nachwuchses sowohl in der Pflege als auch in der Ärzteschaft eine der aktuell grössten Herausforderungen. Mit welchen Strategien kann zukünftiges Fachpersonal aktiv angeworben werden? Die Generation Z, geboren um die Zweitausendwende und aufgewachsen inmitten des digitalen Wandels, verbringt einen

Grossteil der Zeit auf Plattformen wie Facebook, Youtube oder TikTok. Wenn Arbeitgeber ihren potenziellen Nachwuchs also effektiv abholen möchten, müssen sie neue Wege einschlagen: Gemeint sind moderne Stellenausschreibungen und Bewerbungsverfahren, die schnell zugänglich und unkompliziert sind. Zur Unterstützung im Umgang mit sozialen Medien können Institutionen Medienfachpersonen beiziehen. Auch der öffentliche Online-Auftritt eines Spitals oder einer Klinik hat einen Einfluss auf den ersten Eindruck des zukünftigen Arbeitgebers. Das Erscheinungsbild im World Wide Web sollte ansprechend, informativ und mit modernen Tools ausgerüstet sein.

### Attraktivität des Berufs steigern

Während der Bedarf an medizinischen Leistungen und ausgebildetem Gesundheitspersonal steigt, nimmt die Fluktuationsrate von Fachkräften im Gesundheitswesen ebenfalls weiter zu. Neben der wichtigen Personalgewinnung ist also die langfristige Personalsicherung existenziell. Um dies zu erreichen, muss die Attraktivität des Berufs dringend gesteigert werden.

Infolge der überdurchschnittlich hohen Herausforderungen während der COVID-19-Pandemie haben sich weitere zahlreiche Gesundheitsfachpersonen beruflich neu orientiert, Tendenz steigend. Die Konsequenz: Es herrscht ein besorgniserregender Fachkräftemangel auf den Stationen. Studien, welche während der Pandemie durchgeführt wurden, zeigen das Leiden des Gesundheitsfachpersonals mit steigenden Frequenzen für Depression, posttraumatische Belastungsstörung, Burnout im Zusammenhang mit der zunehmenden Arbeitsbelastung. Die WHO identifiziert Gesundheitsfachpersonen mittlerweile als vulnerable Gruppe, bei denen das Risiko, an psychischem Leiden zu erkranken, im Vergleich zur restlichen Bevölkerung, um ein Zehnfaches erhöht ist. Strategien zur Steigerung der psychischen und physischen Gesundheit der Fachkräfte sowie zur Steigerung der Attraktivität des Berufs sind dringend notwendig. Verbesserungen braucht es unter anderem in folgenden Bereichen: gute Sozialleistungen, angemessene Entlohnung, attraktive Weiterbildungs- und Entwicklungsmodelle sowie an unterschiedliche Lebensabschnitte adaptierbare und moderne Arbeitszeitmodelle.

### Strategien bei hoher Arbeitsbelastung

Der Fachkräftemangel, das anspruchsvolle Arbeitspensum sowie der hohe ökonomische Druck haben negative Auswirkungen auf das psychische und physische Wohlergehen des Fachpersonals, ihr privates Leben und Umfeld, den Teamgeist auf den Stationen, und gefähr-

den nicht zuletzt die Behandlungsqualität der Patientinnen und Patienten infolge von Übermüdung, Überlastung und Überforderung. Es ist ein grosses Anliegen, dass die Managements der Spitäler und Kliniken sich dieser Probleme bewusst sind und diese auch angehen, um den Fachkräften bestmöglich Unterstützung zu bieten. Der Arbeitgeber kann seinen Mitarbeitern Zugang zu Strategien und Methoden zur Steigerung der Resilienz bei hoher Arbeitsbelastung in Form von Kursen, Ansprechpersonen oder Anleitungen ermöglichen. Die WHO veröffentlichte zudem ein Handbuch für Personen, die in ihrem Umfeld besonders hohem Stress ausgesetzt sind. Der psychologische Ratgeber nennt sich Problem management plus (PM+). Damit unterstützt die WHO Personen mit Strategie- und Methodenvorschlägen, mittels derer Anwendung eine Verbesserung der eigenen psychischen Gesundheit und des psychosozialen Wohlbefindens erlangt werden können [1].

### Effektiv zusammenarbeiten

Eine gut funktionierende interprofessionelle und interdisziplinäre Zusammenarbeit bildet die Grundlage für eine optimale Behandlungsqualität von Patientinnen und Patienten. Dazu gehören eine transparente Kommunikation über Vorgehen und Entscheidungen, Informationsaustausch, die Definition eines gemeinsamen Ziels, Teamfähigkeit sowie genügend Ressourcen auf den Stationen. Diese Anforderung betrifft alle auf den Stationen tätigen Berufsgruppen, denn interprofessionelle und interdisziplinäre Zusammenarbeit kann nicht getrennt werden. Das gilt für die Teamarbeit innerhalb einer IMC-Station als auch für die Zusammenarbeit zwischen Intensivstation, IMC- und Normal-Bettenstation. Ziel aller Teams muss immer die optimale und effektive Gesundheitsversorgung sein. Strategien zur Optimierung der Kommunikation innerhalb der interdisziplinären und interprofessionellen Teams gilt es zu fördern, um den Teamgeist zu stärken und den hohen medizinischen Ansprüchen gerecht zu werden. Gegenseitiges Vertrauen und Respekt auf allen Ebenen im Gesundheitswesen sind die Grundsätze dieser Kommunikation.

Angesichts des demographischen und epidemiologischen Wandels sowie der stetigen Erweiterung der medizinischen Möglichkeiten stehen Pflegefachpersonen, Ärztinnen und Ärzte mehr denn je vor der Herausforderung, wie sie den wachsenden Bedarf an medizinischen Leistungen decken und gleichzeitig die Gesundheit des Personals und die Attraktivität des medizinischen Berufs aufbauen und aufrechterhalten können. Diese dringlichen Themen, die die IMC und das gesamte Gesund-

heitswesen aktuell betreffen, benötigen Strategien, mit denen Probleme erfolgreich angegangen und Verbesserungen erzielt werden können. Die grosse Vielfalt der Vorträge am 2. IMC-Symposium deckte ein breites Spektrum an relevanten und hochaktuellen Schwerpunktthemen ab. Die spannenden und intensiven Diskussionen haben gezeigt: Diese Themen treffen den Nerv der Zeit.

### Korrespondenz

aline.locher[at]imk.ch



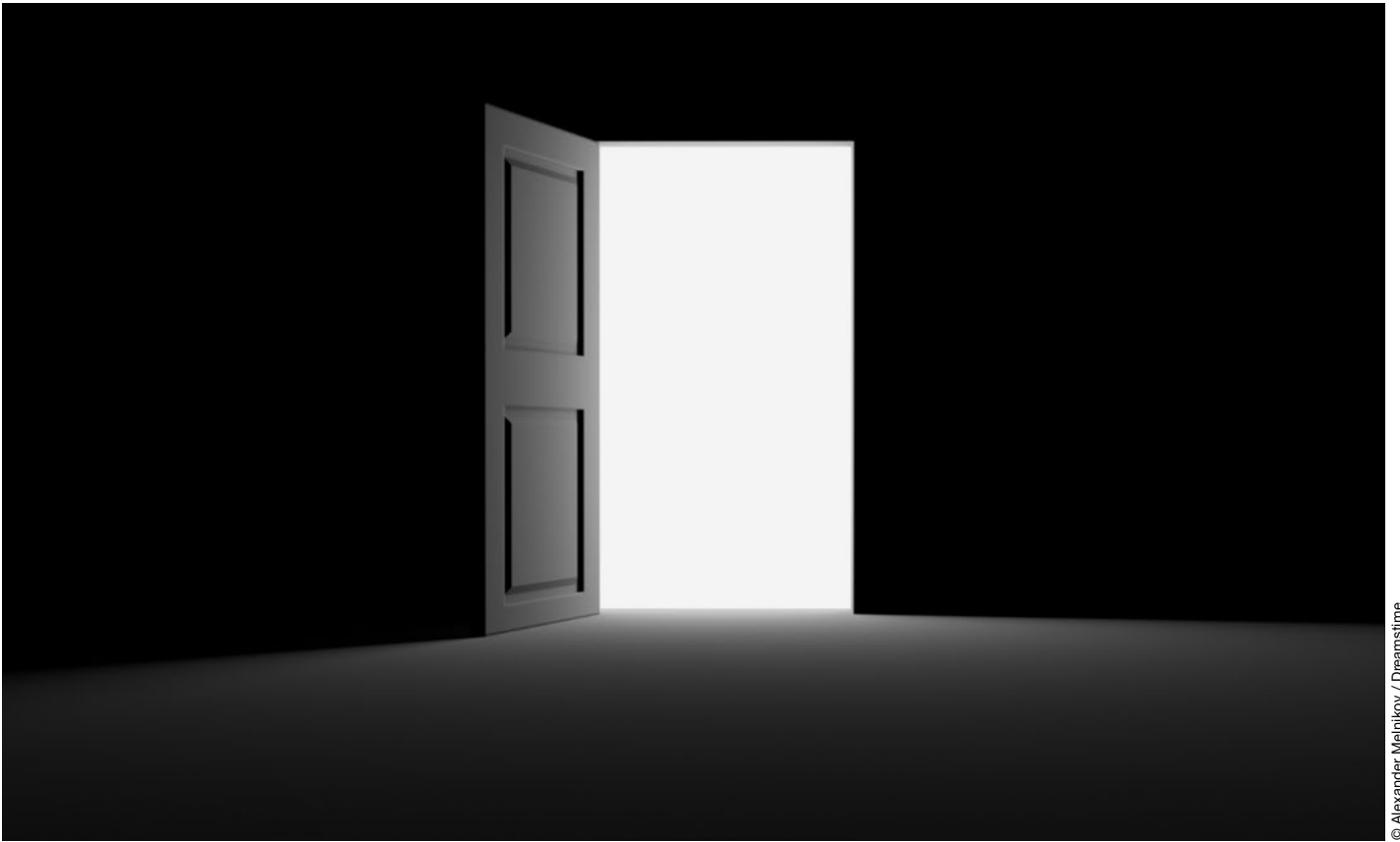
### Literatur

Vollständige Literaturliste unter [www.saez.ch](http://www.saez.ch) oder via QR-Code

## IMC und KAIMC

Immer häufiger überschreitet der Bedarf für Überwachung und Pflege die Ressourcen von Normal-Bettenstationen. Zur Sicherstellung einer adäquaten Betreuung werden deshalb in vielen Spitälern Intermediate Care-Units (IMC-U) eingerichtet. Intermediate Care-Units sind Stationen, auf denen Patientinnen oder Patienten behandelt werden, die nicht einer Intensivstation bedürfen, für eine Behandlung auf einer normalen Bettenstation jedoch zu krank und zu pflegebedürftig sind. Die KAIMC ist eine interdisziplinäre Kommission im Auftrag der Schweizerischen Gesellschaften für Intensivmedizin, Anästhesiologie und Reanimation, Kardiologie, Chirurgie, Kinderchirurgie, Allgemeine Innere Medizin, Neonatologie, Pädiatrie und der Swiss Federation of Clinical Neuro-Societies. Sie prüft die Einhaltung der Richtlinien durch die Stationen, die bei der Kommission einen Antrag auf Anerkennung gestellt haben oder bereits als IMC-Stationen anerkannt sind. Aktuell sind schweizweit 44 IMCs von der KAIMC anerkannt. Im Juni 2022 ist die neue IMC Webseite online gegangen mit allen wichtigen Informationen zur KAIMC, Richtlinien, Anerkennung und einer Übersicht aller IMC Stationen.

**Nächste Veranstaltung: 3. Swiss Intermediate Care Symposium, 19. Januar 2024, Inselspital Bern**



© Alexander Meitkov / Dreamstime

Der Verein «Kein Täter werden Suisse» hilft Betroffenen, ihre pädophile oder hebephile Neigung zu akzeptieren und in ihr Selbstbild zu integrieren.

# Kindesmissbrauch verhindern

**Prävention** Niederschwellig, anonym und in Zürich sogar kostenlos – der Verein «Kein Täter werden Suisse» hilft Personen, die sich zu Kindern und Jugendlichen hingezogen fühlen. Die Bilanz nach dem ersten Jahr zeigt: Betroffene sind froh um das Angebot, das ihnen präventive Hilfsmittel vermittelt.

**Fanny de Tribolet-Hardy<sup>a</sup>, Tanya Kochuparackal<sup>b</sup>, Lorenzo Soldati<sup>c</sup>, Elmar Habermeyer<sup>d</sup>**

<sup>a</sup> M.Sc., Psychologin, Klinik für Forensische Psychiatrie, Psychiatrische Universitätsklinik Zürich, <sup>b</sup> Dr. med., Leitende Ärztin, Klinik für Forensik, Universitäre Kliniken Basel,

<sup>c</sup> Dr. med., Leitender Arzt, Ambulanz für Sexualmedizin und Sexualwissenschaft, Abteilung für psychiatrische Spezialgebiete, Abteilung für Psychiatrie, Universitätsspitaler Genf,

<sup>d</sup> Prof. Dr. med., Direktor, Klinik für Forensische Psychiatrie, Psychiatrische Universitätsklinik Zürich

**S**exueller Kindesmissbrauch gehört zu den schwersten und für die Opfer weitreichendsten Delikten. Metaanalysen legen nahe, dass weltweit etwa 13.4% bis 19.7% der Mädchen und rund 5.7% bis 8.8% der Jungen von sexuellem Missbrauch betroffen sind [1, 2]. Laut einer Schweizer Schülerbefragung (N=7000) gaben 22% der Mädchen und 8% der Jungen an, Opfer einer körperlichen Viktimisierung (das heisst in sexueller Absicht nicht einvernehmlich berührt oder geküsst werden) geworden zu sein [3]. 40% der Mädchen und 20% der Jungen beschrieben zudem Hands-off-Übergriffe (im

Sinne von Exhibitionismus, Belästigung über elektronische Medien).

Diese hohen Viktimisierungsraten spiegeln sich kaum in der polizeilichen Kriminalstatistik wider. So wurden schweizweit in den letzten zehn Jahren jährlich zwischen ca. 1100 und 1300 Fälle von sexuellem Kindesmissbrauch gemeldet [4]. Die Polizeistatistik 2020 nennt erstmalig Zahlen zu Cyber-Sexualdelikten (verbotene Pornografie, Cybergrooming, Live-Streaming von Missbrauchshandlungen), wobei im Jahr 2020 insgesamt 2612 Cyber-Sexualdelikte erfasst und 283 Geschädigte ermittelt wur-

den, wovon es sich in 80% der Fälle um Minderjährige, grösstenteils zwischen 10- und 14-jährig, handelte [5].

## Dunkelfeld wegen fehlender Meldungen

Die Diskrepanz zwischen Anzeigeraten und selbstberichteter Viktimisierung wird auf eine niedrige Anzeigebereitschaft zurückgeführt [6]. Dies verdeutlicht sich auch im Rahmen der Schweizerischen Schülerbefragung [3], wonach nur in 3 bis 5 % der Fälle eine spezialisierte Organisation oder die Polizei involviert wurde. Dazu wird resümiert, dass die tiefe Anzeigebereitschaft



reitschaft unter anderem durch Nähe zwischen Opfer und Täter, junges Alter, sowie geringes Vertrauen in die Behörden begünstigt wird.

Es kann festgehalten werden, dass ein grosses Dunkelfeld im Bereich von sexuellem Missbrauch von Kindern sowie der Cyber-Sexualde-

## Es muss ein grosses Dunkelfeld im Bereich von sexuellem Missbrauch von Kindern angenommen werden.

likte zum Schaden Minderjähriger angenommen werden kann. Während die Strafverfolgung ein wesentliches und notwendiges Element darstellt, um sexuelle Gewalt gegen Kindern einzudämmen, erreicht sie nur einen geringen Teil der Täter. Entsprechend sind neben restriktiven auch präventive Strategien zur Verhinderung von sexuellem Kindesmissbrauch angezeigt [3, 7, 8].

### Täterbezogene Sekundärprävention

Täterbezogene Sekundärprävention von sexuellem Kindesmissbrauch fokussiert auf die Behandlung von Personen mit sexuellen Interessen an prä- oder frühpubertären Personen. Solche sexuellen Interesse an präpubertären Kindern werden in den gängigen Klassifikationssystemen nach Internationaler statistischer Klassifikation der Krankheiten ICD-10 [9] oder dem Klassifikationssystem für psychische Störungen DSM-5 [10] als Pädophilie beziehungsweise Pädophile Störung beschrieben. Pädophile Interessen betreffen präpubertäre Kinder, das heisst in der Regel Kinder unter 13 Jahren, wobei im Rahmen der Diagnosestellung weniger das Alter, sondern das präferierte Körperschema im Verhältnis zur Pubertätsentwicklung von Bedeutung ist.

Ein weiterer wichtiger Aspekt bei der Diagnosestellung stellt die Differenzierung zwischen Pädophilie und Pädophiler Störung nach DSM-5 dar. So liegt eine Störung nur dann vor, wenn jenseits der sexuellen Präferenz für prä-/peripubertäre Körperschemata auch selbst- oder fremdschädigende Aspekte erkennbar sind. Diese Unterscheidung zwischen sexueller Präferenz und paraphiler Störung soll künftig auch im ICD-11 vorgenommen werden [11]. Epidemiologische Daten schätzen die Prävalenz der Pädophilie beziehungsweise pädophilen Störungen in der Allgemeinbevölkerung auf ca. 1%, wobei Männer häufiger betroffen sind als Frauen [12].

### Viele werden nicht zu Tätern

Obwohl in der öffentlichen Wahrnehmung und medialen Darstellung häufig ein enger, teilweise sogar kausaler Zusammenhang zwischen sexuellen Interessen an Kindern und sexuellem Kindesmissbrauch postuliert wird,

lässt sich dieser anhand empirischer Ergebnisse weniger eindeutig herleiten. So legen Untersuchungen über Straftäterpopulationen nahe, dass nur ca. 25 bis 50% der sexuellen Missbrauchstäter pädosexuelle Präferenzen aufweisen [13–15]. Dennoch gilt sexuelles Interesse an Kindern und Jugendlichen als relevanter Risikofaktor für wiederholte sexuelle Hands-on und Hands-off Delikte [16]. Täter mit einer pädophilen Störung weisen ein höheres Rückfallrisiko auf (50 bis 80%) als diejenigen Missbrauchstäter ohne Pädophilie (10 bis 25%) [17].

Studien über Menschen mit pädophilen Interessen ausserhalb des Justizsystems liegen kaum vor [8]. Jedoch wird grundsätzlich davon ausgegangen, dass analog zu anderen sexuellen Präferenzen auch pädophile Interessen kontrolliert werden können, entsprechend sollten solche Interessen nicht mit pädophilem Verhalten gleichgesetzt werden [17]. Diese Annahme wird durch Befragungen bestärkt, wonach ein substantieller Anteil von Personen mit sexuellen Interessen an Kindern angab, keine illegalen Handlungen begangen zu haben [8, 18].

Insofern ist zu resümieren, dass Pädophilie und sexueller Kindesmissbrauch nicht synonym verwendet werden sollten und eine differenzierte Betrachtung erforderlich ist. Personen mit pädophilen sexuellen Interessen weisen dennoch ein erhöhtes Risiko für Missbrauchshandlungen auf, weshalb sie als relevante Zielpopulation im Rahmen der Sekundärprävention zu adressieren sind.

### Netzwerk «Kein Täter werden Suisse»

Der Ursprung von einzel- oder gruppentherapeutischen präventiven Behandlungsangeboten für Personen mit pädophiler Neigung/Störung ist im europäischen Raum vor allem in Deutschland zu verorten [19, 20]. In der Schweiz gewannen sekundärpräventive Massnahmen zur Verhinderung von sexuellem Kindesmissbrauch im Jahr 2016 an politischer Bedeutung als neben einer Verschärfung des Sexualstrafrechts auch die Prüfung präventiv wirksamer Strategien gefordert wurden.

## Bei der Diagnosestellung ist weniger das Alter, sondern das präferierte Körperschema von Bedeutung.

Basierend auf dem dazu erstellten Forschungsbericht von Niehaus, Pisoni und Schmidt [8], der einen Mangel an Hilfs- und Therapieangeboten für Betroffene skizziert, empfahl der Bundesrat im September 2020 unter anderem den Aufbau sprachregionaler/kantonalen Bera-

tungs- und Behandlungsangebote [21].

Das Autorenteam verweist aufgrund der zu erwarteten Ressentiments gegenüber dieser Patientengruppe, aber auch wegen der Angst der Betroffenen vor Stigmatisierung, auf die Notwendigkeit eines anonymen und staatlich subventionierten Angebots. Vor diesem Hintergrund wurde mit Unterstützung der Gesundheitsdirektion des Kantons Zürich im Mai 2021 die Präventionsstelle Pädosexualität an der Psychiatrischen Universitätsklinik Zürich (PUK) gegründet. Im Juni 2021 konstituierte sich der Verein «Kein Täter Werden Suisse» mit Standorten in Basel, Frauenfeld, Genf und Zürich ([www.kein-taeter-werden.ch](http://www.kein-taeter-werden.ch)).

### Zielgruppe der Angebote

Die Spezialangebote von Kein Täter Werden Suisse richten sich an Erwachsene und Jugendliche, die sich sexuell von präpubertären oder frühpubertären Kindern angezogen fühlen oder/und befürchten, in diesem Zusammen-

## Eine kantonale Subventionierung des Behandlungsangebots liegt gegenwärtig nur im Kanton Zürich vor.

hang Straftaten zu begehen. Ausschlusskriterien umfassen ein laufendes Strafverfahren sowie juristische Behandlungsaufgaben. Diese, sich im sogenannten Hellfeld befindliche Subgruppe kann regulären, kostenpflichtigen forensisch-psychiatrischen Behandlungsangeboten zugeführt werden.

Um Betroffenen ausserhalb eines strafrechtlichen Rahmens den Zugang zum Angebot zu erleichtern, werden niederschwellige und anonyme Kontaktmöglichkeiten angeboten, beispielsweise über eine Hotline zu Sprechstundenzeiten oder per E-Mail. Solche niederschweligen Zugangsmodalitäten werden vor allem aufgrund der Angst vor Stigmatisierung oder vor Bekanntmachung der Diagnose der Betroffenen als notwendig erachtet [8]. Eine kantonale Subventionierung des Behandlungsangebots liegt gegenwärtig nur im Kanton Zürich vor, wo eine anonyme und kostenfreie Behandlung für Betroffene möglich ist. Dies wird auch von den anderen Standorten angestrebt.

### Am Selbstbild arbeiten

Ziel der Beratung oder Behandlung ist, dass Betroffene lernen, ihre pädophile oder hebephile Neigung zu akzeptieren und in ihr Selbstbild zu integrieren. Neben der Verantwortungsübernahme für die sexuelle Neigung sollen Strategien zur Stärkung der Verhaltenskontrolle sowie von Ressourcen deliktpräventiv wirken [17, 19, 20].

## Organisationen

Die Behandlung integriert psychotherapeutische, sexualwissenschaftliche, medizinische und psychologische Ansätze sowie die Möglichkeit einer zusätzlichen medikamentösen Unterstützung. Neben der Behandlung von Betroffenen wird auch die Beratung von Angehörigen sowie die Möglichkeit von anonymen Fallbesprechungen für externe Fachpersonen angeboten.

### **Nicht jeder Kanton braucht eine eigene Fachstelle, sinnvoller sind überkantonale Kooperationen.**

#### **Die Sichtbarkeit fördern**

Neben der Patientenversorgung stehen die Bekanntmachung des Angebots beziehungsweise das Erreichen der Zielgruppe im Vordergrund. Mit Unterstützung des Präventionsnetzwerks «Kein Täter Werden Deutschland» wurde die Website [www.kein-taeter-werden.ch](http://www.kein-taeter-werden.ch) aufgebaut, die als Informations- und Kontaktportal für Betroffene, Angehörige, Fachpersonen und Interessierte dient. Weitere Strategien umfassen die Durchführung von Fachvorträgen und In-

formationsveranstaltungen, Medienarbeit mit Radio und Fernsehen sowie Werbekampagnen, wie beispielsweise Plakataktionen im Züricher Verkehrsverbund.

#### **Bilanz des ersten Jahres**

In Anbetracht kontinuierlicher Kontaktaufnahmen durch Betroffene kann für das erste Jahr von Kein Täter Werden Suisse eine positive Bilanz gezogen werden. Der Standort Zürich zählte im Durchschnitt eine Kontaktaufnahme durch eine betroffene Person pro Woche. Die Erfahrungen der Standorte bestärken die Notwendigkeit eines niederschweligen Ansatzes mit Anonymität und Kostenübernahme.

So schilderten Betroffene die Möglichkeit einer anonymen Kontaktaufnahme sowie einer Behandlung ohne Involvierung der Krankenkasse als mitunter ausschlaggebend für die eigenmotivierte Kontaktaufnahme. Insofern bedarf es einer Subventionierung des Angebots, um das Klientel zu erreichen und präventive Arbeit leisten zu können.

#### **Überregionale Angebote schaffen**

Der Umstand, dass im Kanton Zürich rund ein Drittel der Kontaktaufnahmen durch Betrof-

fene aus anderen Kantonen stammte, verdeutlicht, dass entsprechende Beratungs- und Behandlungsangebote nicht an einzelne Kantone gebunden sein sollten. Dies bedeutet, dass nicht jeder Kanton eine eigene Fachstelle einrichten sollte, wesentlich sinnvoller dürften überkantonale, regional ausgerichtete Kooperationen mit den bestehenden Fachstellen sein. Um die Anonymität, die nur in einem kostenlosen Behandlungsrahmen vollumfänglich umsetzbar ist, zu garantieren, bedarf es der Finanzierung durch die öffentliche Hand. Im Bericht des Bundesamts für Sozialversicherungen wurde diesbezüglich denn auch festgehalten, dass die Schaffung entsprechender Behandlungsangebote Sache der Kantone sei.

#### **Korrespondenz**

[fanny.detribolet\[at\]pukzh.ch](mailto:fanny.detribolet[at]pukzh.ch)



#### **Literatur**

Vollständige Literaturliste unter [www.saez.ch](http://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.

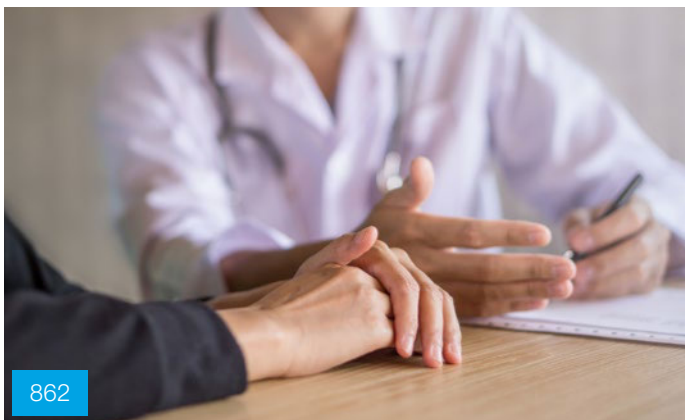


856

## Von der Psychopathologisierung zum affirmativen Umgang mit Geschlechtervielfalt

**Geschlechtsidentität** Die neue Diagnose «Geschlechtsinkongruenz» gemäss ICD-11 beendet die stigmatisierende Psychopathologisierung von trans Menschen und vollzieht formal einen Paradigmenwechsel, der den Zugang zu medizinischen Behandlungen bedürfnisorientiert und nach evidenzbasierten Kriterien regelt.

Hannes Rudolph et al.



862

## Geschlechtsangleichende Behandlungsoptionen bei Menschen mit Geschlechtsinkongruenz

**Nicht nur Chirurgie** Die Anzahl Personen, die sich in der Medizin vorstellen, um eine Transition zu beginnen, wächst stetig. Hier werden die wichtigsten medizinischen Transitionsmassnahmen beschrieben.

David Garcia Nuñez et al.



866

## Patientenverfügung: wann und wofür?

**Intensivmedizin** Eine rechtzeitige, reflektierte gesundheitliche Vorausplanung erlaubt auch im Falle eines Verlustes der Urteilsfähigkeit ein Leben und Sterben in Selbstbestimmung. Dabei kommt den Grundversorgerinnen und -versorgern eine Schlüsselrolle zu.

Miodrag Filipovic et al.

## Journal Club

# Kurz und bündig

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

Wissenschaftliche Redaktion Swiss Medical Forum

## Praxisrelevant

### Zellulitis: zu häufig diagnostiziert

Eine Zellulitis ist ein häufiger Hospitalisationsgrund – allerdings existieren für die Diagnosestellung keine harten Kriterien und die Rate an Fehldiagnosen ist vermutlich hoch.

Dies unterstreicht die hier vorliegende Metaanalyse [1] von insgesamt acht Studien,

in denen die Diagnose jeweils durch Fachärztinnen- und -ärzte der Dermatologie oder Infektiologie bestätigt respektive verworfen wurde: Von >850 Patientinnen und Patienten mit der initialen Diagnose Zellulitis erhielten nach Konsultation durch die jeweiligen Fachpersonen fast 40% (327/858) eine alternative Diagnose. Diese Diagnosen beinhalteten so-

wohl infektiöse (Bursitis, Osteomyelitis, septische Arthritis) als auch nichtinfektiöse Genesen (Kristallarthropathie, Ekzem, tiefe Beinvenenthrombose). Am häufigsten fanden sich nichtinfektiöse Ursachen (68%, 221/327), in erster Linie eine Stauungsdermatitis (18%, 60/327).

Die Studie hat immanente Limitationen, zum Beispiel das Fehlen von Prävalenzdaten als Referenzwert, die Heterogenität in den Einschlusskriterien der verschiedenen Studien und die Expertenmeinung – *faute de mieux* – als «diagnostischen Goldstandard». Zudem werden die Begriffe Erysipel (als oberflächliche Infektion von Epidermis und Dermis) und Zellulitis (als tiefere Infektion inklusive Beteiligung der Subkutis) hier offenbar synonym verwendet.

Die Studie zeigt aber einmal mehr auf, dass auch vordergründig einfache und augenfällige Entitäten immer eine Differentialdiagnose haben: im Kontext von Weichteilinfekten und «Pseudozellulitiden» durchaus mit Implikationen für Antibiotikagabe und Hospitalisationen.

1 J Hosp Med. 2022, doi.org/10.1002/jhm.12977.  
Verfasst am 3.1.23\_HU.

## Fokus auf...

### Akne inversa (Hidradenitis suppurativa)

- Es handelt sich um eine chronisch-progrediente, schubförmig verlaufende entzündliche Hautkrankheit, die oft nicht erkannt und deren Diagnose erst nach vielen Jahren gestellt wird.
- Ihre Inzidenz beträgt circa 10 Fälle/100 000/Jahr mit einer Prävalenz von etwa 1%. Sie hat mit 20 und 40 Jahren eine zweigipflige Häufigkeit. Frauen sind deutlich häufiger betroffen als Männer.
- Die Diagnose wird klinisch gestellt. Die wichtigsten Kriterien sind 1. gruppierte entzündliche Knoten mit Fistelbildung, 2. typische Lokalisation axillär, inguinal, inframammär und perineal sowie 3. chronisch-rezidivierender Verlauf mit Narbenbildung.
- Die Läsionen verursachen Schmerzen, Pruritus, Nässen und üblen Geruch, welche die Betroffenen im Alltag, aber auch nachts sehr belasten. Die Schmerzen können manchmal nur mit Opioiden beherrscht werden.
- Die Pathogenese wird nur fragmentarisch verstanden. Genetische (Mutationen der Gamma-Sekretase), hormonelle (Androgenüberschuss), mikrobielle und immunologische Faktoren (Tumornekrosefaktor-[TNF-]alpha und Interleukin-[IL-]17) spielen eine Rolle.
- Als Risikofaktoren gelten Rauchen und Adipositas, deren kausale Bedeutung noch nicht geklärt ist. Die (nicht einfache) Kontrolle dieser zwei Faktoren kann den Krankheitsverlauf deutlich verbessern.
- Erstlinientherapien umfassen topische (Clindamycin) und systemische Antibiotika (Tetrazykline) sowie intraläsionale Steroidinjektionen.
- In zweiter Linie werden Immunsuppressiva und Adalimumab eingesetzt. Chirurgische Interventionen zur Drainage und Exzision sind weitere wichtige Therapieoptionen.
- Die Betreuung der Betroffenen ist anspruchsvoll. Kolleginnen und Kollegen der Grundversorgung, Dermatologie und Chirurgie sollten ins Management miteinbezogen sein. Das Verständnis der Schwere dieser Krankheit ist die Basis für eine erfolgreiche Linderung, Besserung oder sogar Kontrolle.

Am J Med. 2023, doi.org/10.1016/j.amjmed.2022.09.025.

Verfasst am 24.12.22\_MK.

### Regionale Lymphadenopathie nach mRNA-Impfung gegen COVID-19

In einem japanischen Gesundheitsprogramm mit jährlichem Totalkörper-Screening (!) mittels Magnetresonanztomographie (MRT) wurde eine bemerkenswerte Beobachtung in Zusammenhang mit der Impfung gegen COVID-19 gemacht:

Bei 433 Personen, die mit einem mRNA-Impfstoff (Pfizer oder Moderna) im Deltamuskel vakziniert wurden, erfolgte ein Vergleich der ipsilateralen MRT-Axilla-Region vom Jahr 2020 (vor der Impfung) mit der des Jahres 2021 (nach zwei Impfdosen). Dabei fanden sich bei 90 der Untersuchten (21%) >5 mm vergrösserte Lymphknoten, die im Vorjahr nicht zu entdecken waren. Folgende signifikanten Trends wurden festgestellt: Eine Lymphadenopathie war häufiger bei Jüngeren als bei Älteren, häufiger bei Frauen als bei

Männern (29 versus 17%) und häufiger beim Moderna- als beim Pfizer-Impfstoff (40 versus 19%). Die Lymphknoten waren im Durchmesser meist <1 cm und zwei Monate nach der Grundimmunisierung nicht mehr vergrössert.

Was lernen wir daraus? 1. Bei einseitiger axillärer Lymphadenopathie nach vorangegangenen Impfungen fragen, bevor zum Beispiel bei Mammographien falsche Schlüsse gezogen werden. 2. Ein radiologisches Ganzkörper-Screening gesunder Personen birgt die Gefahr, dass transiente und unbedeutende Nebenbefunde erhoben werden, die weitere unnötige Abklärungen verursachen könnten.

Radiology. 2023. doi.org/10.1148/radiol.220814.  
Verfasst am 9.1.2023\_MK.

### Für Ärztinnen und Ärzte am Spital Steroide und Pneumonie: kein Mortalitätsbenefit

Die Gabe von Kortikosteroiden als Zusatz zu Antibiotika in der Behandlung der bakteriellen Pneumonie bleibt auch nach Lektüre dieser systematischen Übersichtsarbeit kontrovers: Pathophysiologisch ist die Hemmung der systemischen Entzündungsreaktion nachvollziehbar und vermutlich sinnvoll, die Daten zu klinischen Endpunkten sind weniger eindeutig.

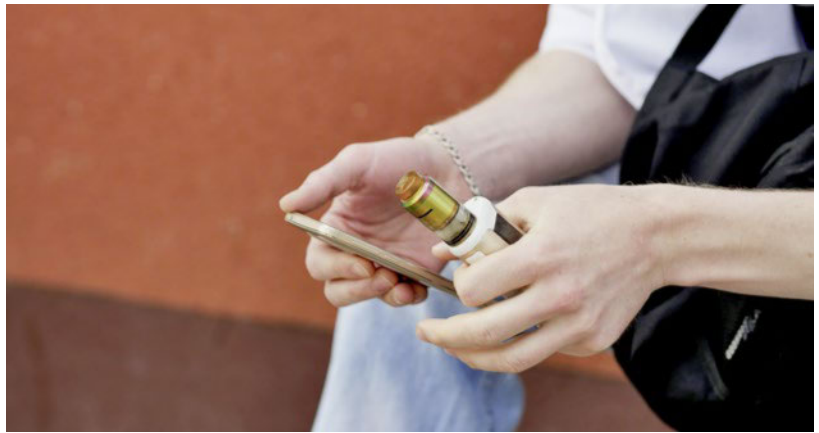
Über 6000 Originalarbeiten wurden dazu gescreent, 16 schliesslich analysiert. Kein signifikanter Unterschied fand sich im primären Endpunkt – der Gesamtmortalität – zwischen der Verumgruppe mit Steroidtherapie und der Kontrollgruppe, ebenso nicht bei den sekundären Endpunkten «treatment failure» (definiert als fehlende Verbesserung von Symptomen und Befunden und/oder radiologische Progression) und Auftreten von unerwünschten Wirkungen (konkret: Folgeinfektionen, gastrointestinale Blutungen, Hyperglykämie). Patientinnen und Patienten unter Kortikosteroiden mussten insgesamt etwas seltener mechanisch beatmet werden – wobei sich dieser Trend wie erwähnt nicht in der Mortalität niederschlug. Umgekehrt war die Rehospitalisationsrate etwas höher unter Steroidtherapie.

Viele Fragen bleiben damit ungelöst, insbesondere die geeigneten Surrogatmarker zur Identifizierung von Personen, die für Kortikosteroide in diesem Setting überhaupt infrage kommen, aber auch Dosis und Dauer der Steroidtherapie.

Kurz: Steroide gehören weiterhin nicht zur Standardtherapie der Pneumonie.

Chest. 2022. doi.org/10.1016/j.chest.2022.08.2229.  
Verfasst am 6.1.23\_HU.

### Das hat uns nicht gefreut



© Dzmitry Palubiatka / Dreamstime

Vapen erfreut sich zunehmender Beliebtheit – leider auch bei Jugendlichen.

## Karies durch E-Zigaretten und Vapen?

E-Zigaretten, ursprünglich als Nikotinersatz und Entwöhnungshilfe eingesetzt, erfreuen sich durch das zusätzliche Verdampfen von feinen Aromen einer grossen Beliebtheit (sogenanntes «Vapen»). Zunehmend vapen auch Personen, die noch nie geraucht haben, und leider gehören auch Kinder und Jugendliche dazu. Allerdings häufen sich die Berichte der damit verbundenen Gesundheitsrisiken, sodass vor dessen Genuss nur abgeraten werden kann.

Ein weiteres Risiko des Vapens scheint nun auch Karies zu sein: In den USA wurde während drei Jahren bei 13216 Personen im Alter von 16–40 Jahren mit Kariesdiagnose festgehalten, ob sie – neben den klassischen Kariesrisiken (unzureichendes Zähneputzen, Naschen, Drogenkonsum) – E-Zigaretten benutzen oder vapen. 136 Personen bestätigten, 13080 verneinten dies. Während E-Rauchende/Vapende in 79,1% der Fälle in eine hohe Kariesrisikogruppe gehörten, war dies bei den Nichtvapenden bei 59,6% der Fall ( $p < 0,001$ ).

Zweifelloos bedarf diese Beobachtung noch Bestätigung durch weitere solide Studien, bevor diese Komplikation gegen das Vapen aufgeführt werden kann. Ausserdem beweist bekanntlich eine Assoziation die Kausalität noch nicht.

JADA. 2022. doi.org/10.1016/j.adaj.2022.09.013.  
Verfasst am 8.1.2023\_MK.

### Auch noch aufgefallen

#### Vitamin D: auch bei Statin-assoziierten Muskelsymptomen ...

... nutzlos! Bei der diskutierten Arbeit handelte es sich um eine Substudie der VITAL-Studie, die bei mehr als 25000 Patientinnen und Patienten den Effekt einer Vitamin-D-Substitution auf die Entwicklung von kardiovaskulären Krankheiten und Krebs untersuchte: doppelverblindet und placebo-kontrolliert. Die aktuelle Substudie fokussierte auf Statin-assoziierte Muskelsymptome. In Anbetracht der Tatsache, dass eine Mehrheit der Patientinnen und Patienten eine Statintherapie aufgrund unerwünschter Wirkungen wieder sistiert, ist das eine Fragestellung mit hoher praktischer Relevanz.

Beobachtungsstudien haben vermuten lassen, dass eine Vitamin-D-Gabe das Auftreten von Muskelbeschwerden unter Statinen vermindert. Dies ist nicht der Fall, wie diese Studie mit über 2500 Teilnehmenden an einem repräsentativen Kollektiv (Durchschnittsalter 66,8 Jahre, 49% weiblich) im Verlauf über fast fünf Jahre zeigt: Statin-assoziierte Muskelsymptome traten bei 317 Studienteilnehmenden im Vitamin-D-Arm auf (31%), in der Placebogruppe bei 325 (31%). Auch die Abbruchrate war in beiden Gruppen mit 13% identisch. Der Vitamin-D-Spiegel – zum Beispiel ein vor Studienbeginn bestehender Mangel – hatte keinen Einfluss auf die Resultate.

JAMA Cardiol. 2023. doi.org/10.1001/jamacardio.2022.4250.  
Verfasst am 5.1.23\_HU.

## Ein Paradigmenwechsel

# Von der Psychopathologisierung zum affirmativen Umgang mit Geschlechtervielfalt

Die neue Diagnose «Geschlechtsinkongruenz» gemäss ICD-11 beendet die stigmatisierende Psychopathologisierung von trans Menschen und vollzieht formal einen Paradigmenwechsel, der den Zugang zu medizinischen Behandlungen bedürfnisorientiert und nach evidenzbasierten Kriterien regelt.

lic. phil. Hannes Rudolph<sup>a,b,1,2</sup>, Dr. phil. Nicole Burgermeister<sup>c,2</sup>, Dr. med. Jan Schulze<sup>d,2</sup>, lic. phil. Patrick Gross<sup>e,2</sup>,  
Dr. phil. Evianne Hübscher<sup>f,1,2</sup>, Dr. med. David García Nuñez<sup>g,h,2</sup>

<sup>a</sup> HAZ – Queer Zürich, Zürich; <sup>b</sup> ehemals Fachstelle für trans Menschen, Zürich; <sup>c</sup> Abteilung für Identitäts- und Beziehungsstörungen, Psychiatrie Baselland, Liestal; <sup>d</sup> Sprechstunde für Genderinkongruenz, Klinik für Konsiliarpsychiatrie und Psychosomatik, Universitätsspital Zürich, Zürich; <sup>e</sup> Sprechstunde für Geschlechterfragen, Psychiatrie Baselland, Binningen; <sup>f</sup> nonbinary.ch, Adliswil; <sup>g</sup> Innovations-Focus Geschlechtervarianz, Universitätsspital Basel, Basel; <sup>h</sup> Klinik für Plastische, Rekonstruktive, Ästhetische und Handchirurgie, Universitätsspital Basel, Basel

<sup>1</sup> Mitglied Transgender Network Switzerland

<sup>2</sup> Mitglied Fachgruppe Trans\*

<sup>3</sup> «Geschlechtsangleichende Behandlungsmöglichkeiten bei Menschen mit Geschlechtsinkongruenz», siehe S. 862-865 in dieser Ausgabe.

## Kasten 1: ICD-11-Kriterien [1] für Geschlechtsinkongruenz im Jugend- und Erwachsenenalter (HA60)

- Ausgeprägte und anhaltende Inkongruenz zwischen dem erlebten Geschlecht einer Person und dem zugewiesenen Geschlecht.
- Oft Wunsch nach «Transition», um als eine Person des erlebten Geschlechts zu leben und akzeptiert zu werden, zum Beispiel Hormonbehandlung, chirurgischem Eingriff oder anderen Gesundheitsdienstleistungen, um den Körper der Person so weit wie möglich und gewünscht an das erlebte Geschlecht anzupassen.
- Diagnose darf nicht vor Einsetzen der Pubertät gestellt werden.
- Geschlechtsvariante Verhaltensweisen und Vorlieben allein sind keine Grundlage für die Zuweisung der Diagnose.

Da medizinische Behandlungen erst ab Eintreten der Pubertät stattfinden, verzichten wir auf die Darstellung der Kriterien zu Geschlechtsinkongruenz in der Kindheit.

## Einleitung

Menschen mit Geschlechtsinkongruenz (GI) (Kasten 1) haben zunehmend den Mut, sich mit ihren Anliegen an Hausärzt:innen, Psychotherapeut:innen und andere Gesundheitsfachpersonen zu wenden. Dies steht im Kontext einer zunehmenden Entpathologisierung und wachsenden gesellschaftlichen Akzeptanz geschlechtlicher Vielfalt. Unter GI wird gemäss der 11. Revision der «International Classification of Diseases» (ICD-11) ein Gesundheitszustand verstanden, bei dem Menschen ihr eigenes «Geschlecht» (Tab. 1) anders, als es ihnen bei der Geburt anhand der Genitalien zugewiesen wurde, wahrnehmen [1]. GI führt in vielen – jedoch nicht allen – Fällen zu einer «Geschlechtsdysphorie» («Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders», 5. Auflage [DSM-5]) (Tab. 1) mit hohem Leidensdruck [2].

Die Nichtübereinstimmung zwischen körperlichen, psychischen und/oder sozialen Merkmalen führt häufig zu Geschlechtsdysphorie und zwingt die betreffenden Personen soziale und/oder medizinische Transitionsschritte (Tab. 2) zu ergreifen. Die medizinische Transition beinhaltet Interventionen, die hauptsächlich auf eine Veränderung des Erscheinungsbilds, insbesondere im Bereich der primären und sekundären Geschlechtsmerkmale, zielen (Tab. 2) [3–5].

Mit den medizinischen Behandlungsoptionen befasst sich ein zweiter Übersichtsartikel<sup>3</sup> in diesem Heft [6] direkt im Anschluss an diesen Beitrag. Dieser erste Artikel informiert über den sich derzeit vollziehenden Paradigmenwechsel und fokussiert auf Diagnosestellung, Behandlungsplanung, juristische und soziale Transitionsschritte (Tab. 2).

## Weshalb dieses Update?

Die Weltgesundheitsorganisation (WHO) erkennt das in den Yogyakarta-Prinzipien verankerte Menschenrecht der geschlechtlichen Selbstbestimmung an und leitet daraus für trans Menschen (Tab. 1) den Zugang zu medizinischen Transitionsbehandlungen ab [7]. Auf dieser Basis haben internationale und nationale Fachgesellschaften im Verlauf der Zeit evidenzbasierte Behandlungsempfehlungen herausgegeben [3–5]. In der ICD-10 wurden Personen mit GI noch als psychisch krank klassifiziert und ihre Geschlechtsidentität (Tab. 1) wurde als «Identitätsstörung» verstanden («Transsexualismus», F64.0). Diese Einteilung erfolgte anhand eines biologisch-deterministischen Geschlechterverständnisses, das sich nicht nur nicht empirisch belegen lässt, sondern auch zu gravierenden Menschenrechtsverletzungen verleitete [8].

In den letzten Jahrzehnten ist es in der Medizin zu einem Paradigmenwechsel gekom-

Tabelle 1: Glossar

<b>Affirmative Haltung</b>	Mit dieser therapeutischen Haltung werden Menschen darin unterstützt, ihr Geschlecht in allen Komponenten zu erforschen, zu bejahen, zu festigen und zu integrieren.
<b>Agender Person</b>	Person, die kein Geschlecht an sich wahrnimmt, weder ein binäres noch ein nicht binäres; der Begriff «agender» kann auch als eine nicht binäre Geschlechtsidentität verstanden werden.
<b>Cis; auch cisgender</b>	Adjektiv, das eine Person näher beschreibt, deren Geschlechtsidentität kongruent ist mit dem bei Geburt zugeschriebenen Geschlecht; Beispiele: cis Frau (= Person, die bei Geburt als Frau zugewiesen wurde und sich selbst als Frau identifiziert), cis Mann (= Person, die bei Geburt als Mann zugewiesen wurde und sich selbst als Mann identifiziert); Pendant zu «trans».
<b>Gatekeeping</b>	Steuerungsmechanismus, der den Zugang zu einer medizinischen Leistung regelt. Früher im Trans-Kontext rigid gehandhabt (fixe, stark hierarchisierte Behandlungsreihenfolge); diese Haltung erschwerte den Zugang zur Behandlung massiv und versetzte viele trans Personen in unnötige Notlagen.
<b>Gender-nonkonforme Person</b>	Person, die äusserlich nicht den gesellschaftlichen Normen von Geschlecht entspricht; der Begriff sagt aber nichts über die Geschlechtsidentität der Person aus.
<b>Geschlecht</b>	Der deutsche Begriff «Geschlecht» umfasst biologische, psychologische und soziale Aspekte, um Menschen in Geschlechterkategorien einzuteilen. Im Englischen wird zwischen «gender» (psychosozialem Geschlecht) und «sex» (körperlichen Merkmalen) unterschieden. Als bio-psycho-soziales Konstrukt besitzt Geschlecht mehrere, dimensionale Komponenten, die nicht zwingend den normativen Geschlechtervorstellungen folgen müssen.
<b>Geschlechtsangleichung</b>	Massnahmen, um sich äusserlich der eigenen Geschlechtsidentität anzupassen; der Begriff «Geschlechtsumwandlung» ist veraltet und irreführend, weil nicht <i>das Geschlecht</i> geändert wird, sondern <i>das Äussere</i> .
<b>Geschlechtsdysphorie</b>	Psychisches Leiden basierend auf Nichtübereinstimmung zwischen körperlichen, psychischen und/oder sozialen geschlechtlich normierten Merkmalen und der Geschlechtsidentität einer Person.
<b>Geschlechtsidentität</b>	Inneres Wissen eines Menschen, einem bestimmten Geschlecht anzugehören.
<b>Geschlechtsinkongruenz (GI)</b>	Wenn Menschen ihr eigenes Geschlecht persistent anders wahrnehmen als das ihnen bei Geburt zugeschriebene Geschlecht.
<b>Nicht binär (engl. «non-binary»); auch non-binär, genderqueer</b>	Überbegriff für verschiedene Geschlechtsidentitäten (z.B. genderfluid, demigender, multigender), die ausserhalb der Binarität von Geschlecht (ausschliesslich weiblich oder männlich) stehen.
<b>Safer Space</b>	Ein Raum in dem sich Menschen mit Diskriminierungserfahrungen «sicher-er» fühlen können, da dieser darauf basiert, Diskriminierungen bewusst abzubauen und der Raum von Betroffenen für Betroffene geschaffen wurde.
<b>Sexuelle / romantische Orientierung</b>	Von welchen Geschlechtern – keinem, einem oder mehreren – sich eine Person sexuell beziehungsweise romantisch angezogen fühlt; diese Anziehung hat nichts damit zu tun, was die Geschlechtsidentität der Person ist, welche diese Anziehung verspürt.
<b>Trans; auch transgender</b>	Adjektiv, das eine Person beschreibt, deren Geschlechtsidentität nicht mit dem bei Geburt zugeschriebenen Geschlecht kongruent ist; Beispiele: trans Frau (= Person, die bei Geburt als Mann zugewiesen wurde und sich selbst als Frau identifiziert), trans Mann (= Person, die bei Geburt als Frau zugewiesen wurde und sich selbst als Mann identifiziert); Pendant zu «cis».
<b>Transition</b>	Prozess zur äusserlichen Angleichung einer Person an ihre Geschlechtsidentität; eine Transition kann Massnahmen im sozialen, rechtlichen und/oder medizinischen Bereich beinhalten.
<b>Transsexualität; auch Transsexualismus</b>	Veraltetes Konzept, um das Erleben von trans Personen verstehen zu können. Basiert auf die irreführende Annahme, dass trans Personen eine psychische Problematik hätten, die sich teilweise schlecht von einer nicht heterosexuellen Orientierung unterscheiden liesse.

men. Heutzutage liefern Modelle, die Geschlechterspannungen ins Zentrum stellen, die Basis für Diagnostik und Therapie. Diese theoretischen Rahmenbedingungen sind nicht mit Erwartungen bezüglich Persönlichkeit, Auftreten, Kleidung und Vorlieben einer Person verbunden, lassen eine Unterteilung der Kategorie «Geschlecht» zu und spiegeln damit die menschliche Geschlechtervielfalt in einer adäquateren Art und Weise als früher wider [9]. Personen mit GI werden nicht länger per definitionem psychopathologisiert, sondern als Expert:innen

ihres eigenen Geschlechts anerkannt [10]. Dieser Perspektivenwechsel führt zu den folgenden grundsätzlichen Veränderungen:

- Wurde bis anhin die Diagnosestellung weitgehend von Psychiater:innen und Psycholog:innen übernommen, so stehen neu die Aussagen der Behandlungssuchenden hinsichtlich der Spannungen zwischen Geschlechtskörper, -identität und -rolle im Zentrum der Diagnostik. Trans Personen sind die Expert:innen für die Wahrnehmung, Definition und Gestaltung des eige-

nen Geschlechts. Für die Praxis bedeutet das, dass Behandelnde nicht länger die (unlösbare) Aufgabe haben, die Geschlechtsidentität zu verifizieren, sondern der Selbsteinschätzung der Behandlungssuchenden vertrauen dürfen [5, 10].

- Ähnliches gilt für die Behandlungsplanung, die bisher im Sinne einer «Fallführung» meist in psychiatrischer/psychotherapeutischer Hand lag und meist die «maximale Angleichung» zum Ziel hatte [11]. Wie in anderen Bereichen der Medizin ist es auch

**Tabelle 2: Überblick über die verschiedenen Transitionsmassnahmen**

Transitionsbereich	Mögliche Massnahmen
<b>Sozial</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Coming-out</li> <li>• Verwendung eines neuen Namens</li> <li>• Wechsel von gegenderten Gruppen (Sportteams)</li> <li>• Veränderung des äusseren Erscheinungsbilds (Kleidung, Frisur, Wahl von Schmuck und Make-up)</li> <li>• Wechsel der Anrede («Frau», «Herr», Vorname, Neo-Anreden wie «Person»)</li> <li>• Wechsel des Pronomens (auf «er», «sie», keine oder Neo-Pronomen)</li> <li>• Wechsel von gegenderten Räumen (WCs, Garderoben)</li> </ul>
<b>Juristisch</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Änderung des amtlichen Geschlechtseintrages</li> <li>• Änderung des amtlichen (Vor-)Namens</li> </ul>
<b>Medizinisch</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Reproduktionsmedizinische Behandlungen</li> <li>• Endokrinologische Behandlungen</li> <li>• Dermatologische Behandlungen</li> <li>• Phoniatische Behandlungen</li> <li>• Chirurgische Behandlungen</li> </ul>

für Personen mit GI richtig, dass sie aus den zur Verfügung stehenden Behandlungsoptionen die für ihre individuelle Situation passenden Interventionen auswählen und priorisieren. In manchen Situationen kann eine Koordination sinnvoll sein, in anderen wiederum nicht.

- Lange wurde die Kategorie «Geschlecht» binär gedacht. Inzwischen findet die Vorstellung eines Kontinuums – mit darunter nicht binären Geschlechtern (Tab. 1) – weitreichend Akzeptanz. Auch der Zugang zu Behandlung ist nicht länger Menschen mit binärer Geschlechtsidentität vorbehalten [3–5].
- Die inkorrekte Gleichsetzung biologischer Geschlechtsmerkmale mit Geschlecht ist im medizinischen und gesellschaftlichen Diskurs noch immer tief verankert, aber das Anerkennen der Tatsache, dass Frauen, Männer und non-binäre Personen alle möglichen körperlichen Geschlechtsmerkmale haben können, entlastet Behandlungssuchende und Behandelnde.

### Prävalenzen: Eine Definitionsfrage

Offizielle Daten zur Häufigkeit von Personen mit GI in der Schweiz liegen derzeit nicht vor. Die internationale Datenlage zur Häufigkeit ist insgesamt mehrdeutig und variiert in Abhängigkeit der zugrunde liegenden Definitionskriterien. Auf Übersichtsarbeiten basierende Schätzungen ergeben, dass sich zwischen 0,3 und 0,5% der Erwachsenen und zwischen 1,2 und 2,7% der Kinder und Jugendlichen als trans identifizieren («transgender identity»). Wird breiter nach «gender diversity» gefragt, sind es zwischen 0,5 und 4,5% der Erwachsenen und zwischen 2,5 und 8,4% bei den Kindern und Jugendlichen [12]. Der Vergleich von

klinisch erhobenen Zahlen und Fragebogenangaben zeigt auch, dass nicht jede Person, die sich als trans identifiziert oder eine GI hat, medizinische Behandlung sucht.

### Paradigmenwechsel in Nomenklatur und Diagnostik

Der diagnostische Zugang unter ICD-10 war geprägt durch die Suche nach Beweisen, dass eine Person eine «transsexuelle Identität» besass und den «Wunsch, als Angehörige des anderen Geschlechts zu leben», hatte. Ferner war zu belegen, dass die Selbstwahrnehmung des eigenen Geschlechts weder durch eine andere psychische Störung bedingt noch sonst korrigierbar war. Seit den 1990er Jahren hat sich dieses Verständnis stark gewandelt. Psychologie, Psychiatrie und Medizin anerkennen, dass keine Geschlechtsidentität per se pathologisch ist, sondern dass diese Normvarianten innerhalb eines Spektrums darstellen. Sie müssen (und können) daher nicht durch eine psychopathologisch basierte Diagnostik verifiziert werden [10].

Mit dem Wechsel der diagnostischen Kategorie gibt es weder formal noch inhaltlich einen Grund, weshalb Menschen mit GI für die Einleitung einer körperverändernden Behandlung in erster Linie Psychiater:innen oder Psycholog:innen konsultieren sollten. Die GI-Diagnose, die als Grundlage für jede Behandlung notwendig bleibt, kann im Rahmen eines Gesprächs mit den Behandlungssuchenden (Kasten 2) in Anerkennung ihres Rechts auf geschlechtliche Selbstbestimmung auf Basis der Selbstwahrnehmung von jeder medizinischen Fachperson gestellt werden [5]. Auch die im September 2022 erschienenen «Standards of Care Version 8» (SOC8) unterstreichen dies [13].

Formal benötigt es für medizinische Behandlung die Diagnose und Indikationsstellung durch eine ärztliche Person aus dem behandelnden Fachbereich (Endokrinologie, Gynäkologie, Chirurgie, Phoniatrie, Psychiatrie etc.). Bisher wurden Diagnosen häufig durch psychologische Psychotherapeut:innen gestellt. Die Überweisung an die somatische Fachperson erfolgt bisher häufig durch Psycholog:innen, Psychiater:innen, gelegentlich auch durch Allgemeinmediziner:innen.

Bei der GI-Diagnostik müssen besondere Umstände berücksichtigt werden. Bereits die Tatsache, dass Geschlechtskörper, -identität und -rolle nicht immer übereinstimmen, kann – insbesondere bei Mediziner:innen, die diesbezüglich nicht korrekt geschult wurden – zu Irritationen führen. Zudem wird die Erwartungshaltung oft durch Vorurteile und Mythen über die Geschlechter und insbesondere über trans Personen beeinflusst. Nicht selten wird erwartet, dass Behandlungssuchende sich bereits seit der frühen Kindheit ihrer GI bewusst sind oder dass Menschen mit GI immer respektive ausschliesslich unter ihrem Körper leiden. Aufgrund dessen wird Fällen, die diesen normativen Erzählungen widersprechen, mit Skepsis bezüglich ihrer Geschlechtsidentität begegnet. Häufig wird auch versucht, durch den Abgleich einer Person mit normativen Geschlechtsrollenzuschreibungen Sicherheit über diese Situation zu gewinnen. Dies führt jedoch zwangsläufig erneut zu Verunsicherungen, da kaum eine Person alle stereotypen Eigenschaften und Vorlieben ihres Geschlechts in sich vereint. Die Diversität, wie Geschlecht gelebt wird, ist sehr gross.

Für Behandelnde ist es daher notwendig, die erlernten Geschlechternormen zu reflektieren. Hierzu bedarf es lediglich einfacher Kenntnisse über die verschiedenen Geschlechterkomponenten und das Wissen, dass diese von der Geschlechtsidentität unabhängig gedacht werden können [9]. Massgeblich für das Geschlecht sind weder biologische, psychologische noch soziale Marker. Diese können bei allen Menschen den traditionellen Erwartungen mehr oder weniger entsprechen. Im Sinne einer «affirmativen Haltung» (Tab. 1) sollten Behandelnde Behandlungssuchende darin unterstützen, ihr eigenes Geschlecht zu erforschen und die Inkongruenzen zwischen den verschiedenen Geschlechterkomponenten genau zu benennen. Deren diesbezüglichen Aussagen zu respektieren stärkt das Selbstvertrauen von Personen mit GI und ermöglicht differenzierte Transitionsentscheidungen.

Dass sich eine urteilsfähige Person in Bezug auf ihre Geschlechtsidentität irrt, kommt – entgegen den oft formulierten Sorgen zu diesem Thema – sehr selten vor. Weist eine Person Sym-



## Kasten 2: Themen eines Anamnesegesprächs

- Auseinandersetzung mit Geschlecht: In welchen Situationen wird das Thema besonders deutlich oder bewusst? Seit wann? Wie identifiziert sich die Person und seit wann?
- Belastung und Auftreten von Geschlechterspannungen: Was stört besonders? In welchen Situationen?
- Bisherige Transitionsschritte: Wurden sozial, medizinisch oder juristisch bereits Schritte unternommen?
- Rolle des Umfelds: nahestehende Personen, Arbeit, Schule etc.?
- Bedürfnis nach Behandlung: Welche Massnahmen möchte die Person ergreifen, mit welcher Motivation? Ist sie sich sicher oder möchte sie eine vertiefte Auseinandersetzung (zum Beispiel Psychotherapie, Austausch mit Peers, Gespräche mit Behandelnden)?
- Urteilsfähigkeit in Bezug auf Behandlung: Kennt die Person die Behandlungsoptionen? Wo hat sie sich bereits informiert? Benötigt sie mehr Informationen (Trans-Beratung, Peers)? Sind ihr Konsequenzen der Behandlung bewusst und weiss sie Lösungsmöglichkeiten für antizipierte Probleme?

Ein individualisiertes Vorgehen ist notwendig. Urteilsfähige, gut informierte Menschen mit konkreten Behandlungsbedürfnissen können direkt an die entsprechende Fachrichtung weitergewiesen werden. Menschen, die unsicher sind, ob sie von einer Behandlung profitieren könnten, benötigen den Hinweis auf Trans-Beratungsstellen, Community-Angebote oder spezialisierte Psychotherapeut:innen.

ptome psychotischen Erlebens auf, muss der Fokus zunächst auf der Wiedererlangung der Urteilsfähigkeit liegen. Nach dieser Stabilisierung sollte jedoch das Gespräch hinsichtlich GI mit der betreffenden Person gesucht werden.

### Rolle der Psychiatrie und Psychotherapie?

Für Diagnosestellung und Behandlungsplanung sind Psychiater:innen und Psycholog:innen im Thema GI in den meisten Fällen nicht mehr notwendig. Grundsätzlich ist davon auszugehen, dass diese Fachrichtungen bei den folgenden Situationen involviert bleiben:

- Wunsch nach Unterstützung bei Klärung offener Identitäts- oder Transitionsfragen.

- Wunsch nach Unterstützung während der Transition.
- Begleitende psychische Störungen: Trans Personen können, wie alle Menschen, psychische Erkrankungen entwickeln. Sie gehören zudem einer sozialen Minderheit an, die in unserer Gesellschaft spezifischen Ausschlussmechanismen ausgesetzt ist. Diese Situation führt zur Entwicklung eines sogenannten «Minderheitenstress» [14], der zur Beeinträchtigung der psychischen Gesundheit führen kann [15]. Gerade das Fehlen einer Behandlung der GI führt häufig zur Exazerbation bereits vorliegender psychopathologischer Probleme. Umgekehrt führt eine medizinische Transition in der Regel zu einer schnellen Verbesserung der mentalen Gesundheit [16, 17]. Schliesslich gibt es aber auch Situationen, in denen die Begleitstörung die Transitionsbehandlung massiv beeinträchtigt, sodass diese Störung parallel dazu behandelt werden muss.
- Unterstützung von Angehörigen bei Schwierigkeiten, die gesamte Situation und den Transitionsprozess zu verstehen und zu verarbeiten, zum Beispiel um einen Beziehungsabbruch zu vermeiden.

In Fällen, wo eine psychiatrische respektive psychotherapeutische Begleitung seitens der Behandlungssuchenden erwünscht wird, sollte diese möglichst wohnortnah erfolgen. Geeignete Fachpersonen können beispielsweise bei den Trans-Beratungsstellen in den Checkpoints Zürich, Bern, Basel oder Lausanne, über die Fachgruppe Trans\* oder bei Transgender Network Switzerland erfragt werden.

### Behandlung: Individuell und bedürfnisorientiert

Bis vor wenigen Jahren wurden nur jene Menschen als «transsexuell» diagnostiziert, die bereit waren, ihr gesamtes Leben und ihren Körper so weit wie möglich ihrer Geschlechtsidentität anzupassen. In dieser Logik, die Symptome und Therapie vermischte und verwechselte, wurden das Leben entsprechend der eigenen Geschlechtsidentität und die Durchführung der gewünschten medizinischen Behandlungen nur als «letzte Möglichkeit» gesehen, wenn andere, meist jahrelange, psychotherapeutische Behandlungen erfolglos blieben. Das therapeutische Ziel war die vollständige Anpassung an eine normativ gedachte cis Geschlechtlichkeit (Tab. 1).

Des Weiteren war eine rigide Reihenfolge für medizinische Behandlungen vorgeschrieben: Für den Zugang zu medizinischen Transitionsmassnahmen (Tab. 2) wurden soziale Transitionsschritte vorausgesetzt. Diese «Gatekeeping-Logik» (Tab. 1) erschwerte den Zugang zur Behandlung massiv und versetzte viele Personen

mit GI in unnötige Notlagen. Daher enthalten aktuelle, evidenzbasierte Leitlinien keine solchen Vorschriften – nicht nur, aber auch aus medizin-ethischen Gründen [10]. Es ist und bleibt das Recht der betreffenden Person, darüber entscheiden zu können, welche Behandlungen in welcher Reihenfolge durchgeführt werden sollen.

Trans Menschen haben unterschiedliche Bedürfnisse. Wie stark Personen unter geschlechtlich konnotierten körperlichen Merkmalen leiden und welche medizinischen Behandlungen sie benötigen, ist individuell verschieden und lässt sich nicht allgemeingültig aus einer Diagnose ableiten. Heute erkennt die Medizin die Vielfalt von Transitionsentscheidungen an. Wie bei der Diagnostik steht die Sicht der Behandlungssuchenden bei der Planung der durchzuführenden Schritte im Zentrum. Im Rahmen eines «shared decision making»-Modells legen sie zusammen mit ihren Behandelnden die Prioritäten und Reihenfolge der medizinischen Transitionsschritte fest [18, 19]. Die Frage, ob eine Person mit ihren gewählten Massnahmen normativen Geschlechtervorstellungen entspricht oder nicht, ist medizinisch irrelevant.

### Zusammenspiel sozialer, juristischer und medizinischer Transitionsschritte

Bei der Entscheidung für Behandlungen können sowohl körperliche, psychische als auch soziale Gründe eine Rolle spielen. Ein wichtiges und häufiges Motiv, Behandlung zu suchen, ist der Wunsch, von anderen Menschen entsprechend der eigenen Geschlechtsidentität als Frau, Mann oder non-binäre Person wahrgenommen zu werden. Aus medizinischer Sicht gibt es kaum Zwänge in Bezug auf Reihenfolge oder Kombinationen von Behandlungen.

Das Ziel der gewählten sozialen Massnahmen (Tab. 2) ist die Reduktion der GI. Für alle sozialen Massnahmen gilt, dass sie in ausgewählten Settings gelebt werden können: etwa gegenüber Einzelpersonen (zum Beispiel Behandler:in, Partner:in, engen Freund:innen), in einzelnen Lebensbereichen (Familie, Arbeit, Privatleben) oder auch nur zeitweise oder an bestimmten Orten (Ferien, «safer spaces» (Tab. 1)). Gerade zu Beginn werden diese immer wieder von der Person selbst evaluiert und an die verschiedenen Situationen angepasst. Hierbei kann es durchaus vorkommen, dass auch ursprünglich getroffene Entscheidungen hinsichtlich des Transitionsplans nachjustiert oder neu getroffen werden müssen.

Dank des am 1.1.2022 in Kraft getretenen neuen Artikels 30b des Schweizerischen Zivilgesetzbuches ist es zu einer vollständigen Entmedikalisierung der juristischen Transition gekommen [17]. Neu dürfen hierzu explizit weder psychiatrische noch medizinische Stellungnahmen oder Gutachten über die

**Tabelle 3: Hinweise für den Umgang mit Behandlungssuchenden**

Thema	Umgang
<b>Respekt</b>	Mit der korrekten Anrede signalisieren Sie Akzeptanz und schaffen einen vertrauensvollen Rahmen. Fragen Sie nach, wenn Sie nicht sicher sind, wie eine Person angesprochen werden möchte.
<b>Scham</b>	Geschlechtsinkongruenz ist ein stigmatisiertes Thema. Ein Coming-out ist daher als ein Vertrauensbeweis gegenüber der Fachperson zu verstehen. Zeigen Sie in diesem Zusammenhang ihre affirmative Haltung explizit.
<b>Unsicherheit/Zweifel</b>	Zweifel in Bezug auf die eigene Identität und Unsicherheit bezüglich Transitionsentscheidungen seitens der Behandlungssuchenden sind ein erwartbarer Teil der Auseinandersetzung. Ermuntern Sie zur Erkundung dieser Gefühle. Vernetzen Sie Behandlungssuchende mit Peer-Berater:innen.
<b>Identitätsänderung</b>	Therapien, die auf die Änderung der Geschlechtsidentität (Konversionstherapien) abzielen, widersprechen ethisch-medizinischen Standards. Klären Sie Behandlungssuchende darüber auf.
<b>Verantwortung</b>	Menschen wissen, welches Geschlecht sie haben und was sie benötigen, um geschlechtlich selbstbestimmt leben zu können, und können daher die Verantwortung über die zu treffenden Transitionsschritte selbst tragen. Ihre Aufgabe besteht darin, die Personen bei diesem Prozess zu begleiten und fachliche Fragen zu beantworten.

Geschlechtsidentität verlangt werden. Über 16-jährige Personen, die ihr amtliches Geschlecht und allenfalls ihren Vornamen ändern wollen, können dies durch die Abgabe einer Erklärung und gegen eine geringe Gebühr bei jedem Schweizer Zivilstandsamt tun. Jüngere sowie Menschen unter umfassender Beistandschaft brauchen zusätzlich zu ihrer eigenen Erklärung die Zustimmung der gesetzlichen Vertretung. In der Schweiz gibt es aber – im Gegensatz zu vielen anderen Ländern wie beispielsweise Deutschland und Österreich – bis zum jetzigen Zeitpunkt noch keinerlei Geschlechtseinträge jenseits der Binarität.

Medizinische Interventionen dienen insbesondere zur Reduktion von körperlich betonter Geschlechtsdysphorie. So zeigen Studien auf, dass eine Hormonbehandlung zur Reduktion psychopathologischer Symptome und zur Verbesserung der Lebensqualität beiträgt [20]. Ebenso zeigen die meisten trans Personen nach einer endokrinologischen und chirurgischen Behandlung eine gute Lebensqualität. Das gilt sowohl weltweit [21] als auch für die Schweiz [22]. Folglich stellen medizinische Interventionen für viele Behandlungssuchende einen zentralen Transitionsschritt dar. Der nächste Übersichtsartikel in diesem Heft beschäftigt sich ausführlich mit diesem Thema [6].

### Ausblick

Der Umgang mit Geschlechtervielfalt und Behandlungssuchenden mit GI stellt medizinische Fachpersonen immer wieder vor die Herausforderung, sich mit allgegenwärtigen, normativen Vorstellungen von Geschlecht auseinanderzusetzen (Tab. 3). Werden die Geschlechtsidentität und die individuellen Bedürfnisse der Behandlungssuchenden in den Vordergrund gestellt, lässt sich nicht nur

diesen Herausforderungen gut begegnen, sondern es lassen sich auch differenzierte, effiziente und wirkungsvolle Transitionsentscheidungen treffen.

### Korrespondenz

Dr. med. David Garcia Nuñez  
Innovations-Focus Geschlechtervarianz  
Universitätsspital Basel  
Spitalstrasse 21  
CH-4056 Basel  
[david.garcia\[at\]usb.ch](mailto:david.garcia[at]usb.ch)

### Disclosure Statement

Die Autor:innen haben deklariert, keine potentiellen Interessenskonflikte zu haben.

## Das Wichtigste für die Praxis

- Die Medizin hat im Umgang mit trans Personen und Geschlechtervielfalt einen wesentlichen Paradigmenwechsel vollzogen. Ein affirmativer Umgang mit Geschlechtsinkongruenz (GI) ist medizinisch-ethisch korrekt und evidenzbasiert.
- Die Aussagen der Behandlungssuchenden bezüglich ihres Geschlechts stehen im Zentrum. Die Diagnostik der GI kann durch die Primärversorger:innen erfolgen.
- Die Rolle der Psychiatrie und Psychotherapie besteht darin, allfällige psychische Begleitstörungen zu behandeln. Die Transitionskoordination kann auch durch andere Fächer oder Peers erfolgen.
- Die Festlegung des Transitionplans sollte gemäss den Prinzipien des «shared decision making» getroffen werden, wobei die Aussagen der Personen mit GI die Basis für die Entscheidungsfindung bilden.
- Therapien, die auf die Änderung der Geschlechtsidentität abzielen (Konversionstherapien), sind unethisch.



### Literatur

Die vollständige Literaturliste finden Sie online unter <https://doi.org/10.4414/smf.2023.09300>.



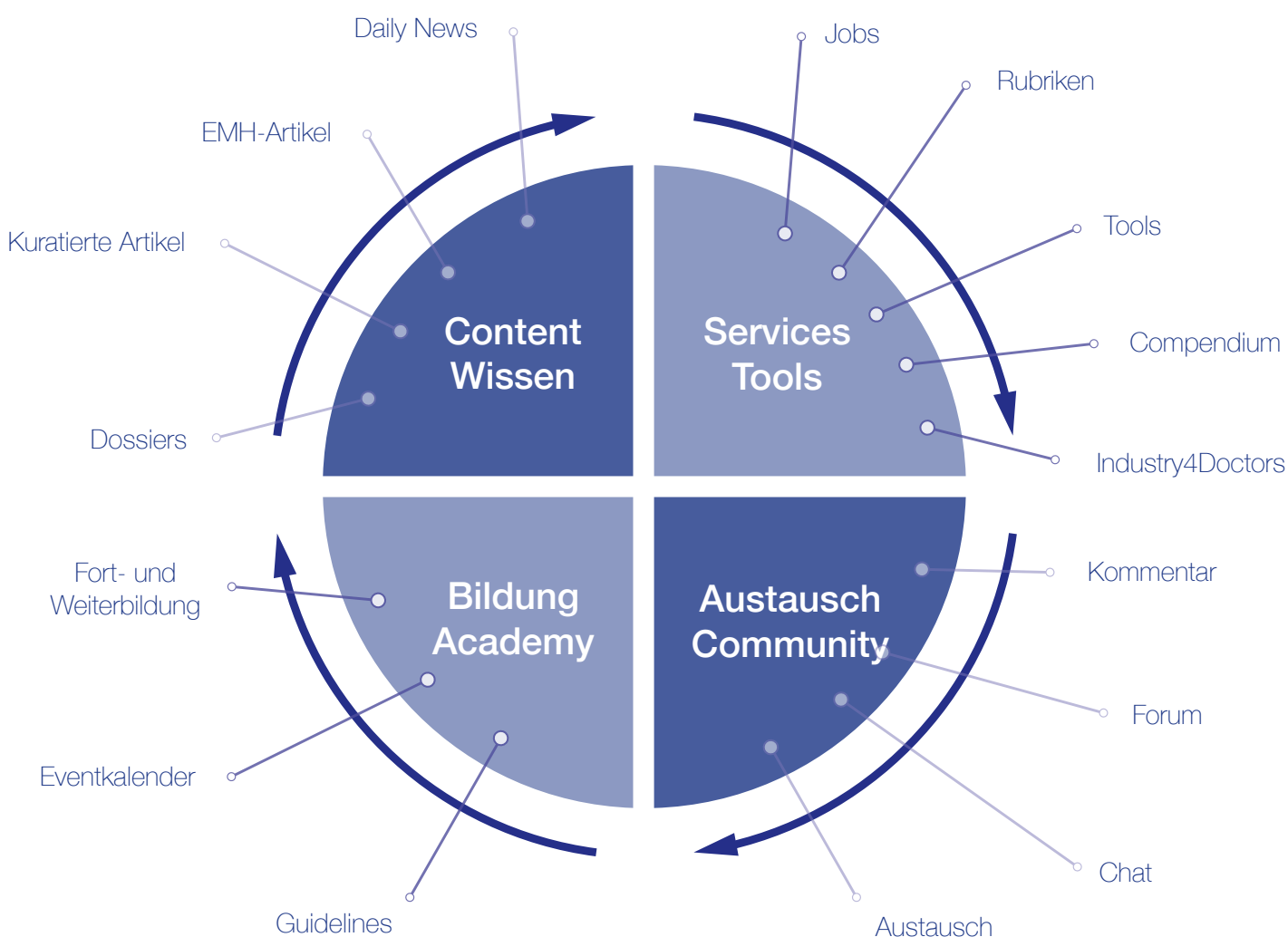
**lic. phil. Hannes Rudolph**  
HAZ – Queer Zürich, Zürich;  
vormals Fachstelle für trans Menschen,  
Zürich

Es bleibt spannend!

# SWISS HEALTH WEB



Die umfangreichste  
Ärzteplattform in der Schweiz



Auf Anfang 2023 lanciert der schweizerische Ärzteverlag EMH Media in Zusammenarbeit mit der FMH die Plattform Swiss Health Web für Content und Dienstleistungen. Ein 360-Grad-Versorgungspaket für Ärzt:innen, personalisiert, verzahnt und konsequent von den Bedürfnissen der Mediziner:innen aus gedacht. Ein Angebot, das Zeitersparnis und Effizienzsteigerung in einem intensiven Arbeitsalltag bietet.

[swisshealthweb.ch](http://swisshealthweb.ch)





© Siriporn Kaenseeya / Dreamstime

Menschen mit Geschlechtsinkongruenz werden künftig viel mehr die Regel als die Ausnahme in der primärversorgenden Praxis sein.

## Die wichtigsten medizinischen Transitionsmassnahmen

# Geschlechtsangleichende Behandlungsoptionen bei Menschen mit Geschlechtsinkongruenz

Die Anzahl Personen, die sich in der Medizin vorstellen, um eine Transition zu beginnen, wächst stetig. Nachdem im vorangehenden Artikel\* der Paradigmenwechsel beim Thema aufgezeigt worden ist, werden hier nun die wichtigsten medizinischen Transitionsmassnahmen beschrieben.

**Dr. med. David Garcia Nuñez<sup>a,b,1</sup>, lic. phil. Hannes Rudolph<sup>c,d,1,2</sup>, Dr. med. Niklaus Flütsch<sup>e,1</sup>, Prof. Dr. med. Christian Meier<sup>a,f</sup>, Dr. med. Franziska Wenz<sup>a,g</sup>, Dr. med. Alina Müller<sup>a,g</sup>, Prof. Dr. med. Claudio Storck<sup>a,h</sup>, Dr. med. Barbara Mijuskovic<sup>a,b,1</sup>**

<sup>a</sup> Innovations-Focus Geschlechtervarianz, Universitätsspital Basel, Basel; <sup>b</sup> Klinik für Plastische, Rekonstruktive, Ästhetische und Handchirurgie, Universitätsspital Basel, Basel; <sup>c</sup> HAZ – Queer Zürich, Zürich; <sup>d</sup> vormals Fachstelle für trans Menschen, Zürich, Zürich; <sup>e</sup> Praxis Flütsch, Zug; <sup>f</sup> Klinik für Endokrinologie, Universitätsspital Basel, Basel; <sup>g</sup> Klinik für Dermatologie, Universitätsspital Basel, Basel; <sup>h</sup> Hals-Nasen-Ohren-Klinik, Universitätsspital Basel, Basel

\* «Von der Psychopathologisierung zum affirmativen Umgang mit Geschlechtervielfalt», siehe S. 856-860 in dieser Ausgabe.

<sup>1</sup> Mitglied Fachgruppe Trans\*

<sup>2</sup> Mitglied Transgender Network Switzerland

## Einleitung

In der Schweiz existieren keine Daten zur Menge der medizinischen geschlechtsangleichenden Prozesse bei Personen mit einer Geschlechtsinkongruenz (GI) [1]. Allerdings gehen die Autor:innen davon aus, dass es sich hierbei jährlich um 500–600 Fälle handeln

dürfte. Die Frage nach den Gründen des Anstieges dieser Behandlungen ist nicht gänzlich beantwortet. Einiges spricht allerdings dafür, dass die gesellschaftliche Öffnung bezüglich und die Entpsychiatisierung des Phänomens der GI zu einem Abbau von Behandlungshürden geführt hat. Unter diesen verbesserten

Bedingungen wagen Behandlungssuchende, früher und präziser über ihre Situation bezüglich des eigenen Geschlechts zu sprechen.

Diese positive Entwicklung steht einem strukturell bedingten Unwissen seitens der Behandelnden gegenüber. Trotz der Wichtigkeit von «Geschlecht» als medizinische Grösse wird

diese während des Studiums respektive in fachspezifischen Weiterbildungsgängen kaum thematisiert. Das ist insofern problematisch, da es in vielen Fällen dazu führt, dass Personen mit GI respektive Geschlechtsdysphorie (GD) nicht kompetent behandelt werden können. Ebenso verlieren Behandlungssuchende damit wichtige wohnortnahe Ansprechpartner:innen.

Selbstverständlich ist davon auszugehen, dass nicht alle Behandlungssuchenden alle Massnahmen beanspruchen werden. Umgekehrt gibt es Fälle, wo die Therapieresultate hinter den Erwartungen bleiben, weshalb sich der ursprüngliche Behandlungsplan zu jedem Zeitpunkt ändern kann beziehungsweise sogar muss. Diese ansonsten selbstverständliche Flexibilisierung und Individualisierung der Behandlungen stellt einen der wichtigsten Fortschritte in den letzten Jahren in der Therapie von Menschen mit GI dar. Neu stehen die Behandlungssuchenden (wieder) im Zentrum: Sie können am besten darüber urteilen, ob die bis zu diesem Punkt durchgeführten Interventionen die beschriebenen Geschlechtsspannungen reduziert haben – oder eben nicht.

Zu diesem Zweck empfiehlt es sich, dass die Behandlungssuchenden zumindest zu Beginn von einer Person mit genügender Expertise begleitet werden. Diese kann, muss aber nicht einen ärztlichen Fachtitel besitzen. Zwischenzeitlich gibt es innovative Ansätze (Peer-Beratung, «Advanced Practice Nurse»), die diese Aufgabe samt der Kommunikation zwischen den verschiedenen Fachdisziplinen übernehmen können.

Die in der Folge aufgezählten Interventionen besitzen allesamt eine langjährig erprobte klinische Wirksamkeit. Bei den meisten wird diese zusätzlich durch evidenzbasierte Daten untermauert, weshalb sie auch in internationalen Guidelines zu finden sind [2, 3]. Sie erfüllen damit sämtliche Kriterien, damit ihre Kosten durch die obligatorischen Krankenpflegeversicherung übernommen werden [4]. Schliesslich gilt es zu betonen, dass die Liste keinen abschliessenden Charakter besitzt und auch keine Reihenfolge der zu unternehmenden Massnahmen vorgibt. Einzig die Behandlungssuchenden und ihre Behandelnden können in einem «shared decision making»-Prozess [5, 6] entscheiden, wie der individuelle medizinische Transitionsweg auszu-sehen hat.

## Psychosoziale Interventionen

### Peer-Beratung

In der Schweiz haben sich Peer-Beratungsangebote unter anderem des Transgender Network Switzerland ([www.tgns.ch](http://www.tgns.ch)) und der Checkpoints in verschiedenen Grossstädten etabliert.

Die Möglichkeit, Beratung und eine erste Orientierung durch Fachpersonen mit eigenen Transitionserfahrungen zu erhalten, vermindert die Hürden, Behandlung zu suchen, und wirkt sich positiv auf das Selbstbild von Menschen mit GI aus. Gleichzeitig helfen diese Angebote, Personen mit GI untereinander zu vernetzen und in Selbsthilfe-Angebote zu triagieren, was nachweislich die Selbstakzeptanz erhöht und internalisierte Transnegativität vermindert [7].

### APN-Begleitung

Aufgrund der bisherigen Einteilung der GI lag die Koordination der verschiedenen medizinischen Massnahmen hauptsächlich in psychiatrischer Hand. Angesichts des stattgefundenen Paradigmenwechsels tendieren grössere (universitäre) Behandlungszentren dazu, diese Aufgabe einer «Advanced Practice Nurse» (APN) zu übergeben. Damit wird die Eintrittsschwelle zum Behandlungsteam gesenkt. Ebenso wird es ermöglicht, dass Behandlungssuchende während und nach der medizinischen Transition über eine Ansprechperson verfügen [8].

### Psychiatrische und psychotherapeutische Beratung und Behandlung

Für Diagnosestellung und Behandlungsplanung sind Psychiater:innen und Psycholog:innen beim Thema GI in den meisten Fällen nicht mehr notwendig [9]. Trotzdem kann eine psychiatrische respektive psychotherapeutische Beratung und Behandlung sinnvoll sein, wenn eine Person Begleitung in der Transition sucht, psychische Begleitstörungen vorliegen oder Angehörige Unterstützung benötigen [10].

## Reproduktionsmedizin

Vor Beginn der Hormontherapie oder der Durchführung einer Operation, welche die primären Genitalorgane betrifft, werden die fertilitätserhaltenden Möglichkeiten besprochen und allfällige reproduktionssichernde Schritte (zum Beispiel Spermienkryokonservierung, Eizellvitriifikation) eingeleitet [11]. Aufgrund der komplexen medizinischen und juristischen Fragestellungen, die sich in diesem Gebiet ergeben können, empfiehlt es sich, dass diese Beratung durch spezialisierte reproduktionsmedizinische Zentren (wie beispielsweise am Innovations-Focus Geschlechtervarianz am Universitätsspital Basel) erfolgt.

## Endokrinologie

### Maskulinisierende Behandlung

Die Wirksamkeit der maskulinisierenden Behandlung mit Androgenen ist klinisch bei

Menschen mit GI/GD gut dokumentiert und führt zu einer deutlichen Virilisierung des Körpers (wie etwa Zunahme der Muskelmasse oder der Gesichtsbehaarung). Transmaskuline Personen werden unter Testosterontherapie von Aussenstehenden nach sechs Monaten bis zwei Jahren als «männlich» wahrgenommen [12–16]. Durch die Verdickung der Stimmbänder wird ein Stimmbruch ähnlich wie bei der cis männlichen Bevölkerung erzeugt. Damit kommt es zu einem Absinken der Stimme um circa 8–10 Halbtöne. Dieser Effekt ist irreversibel und persistiert auch nach allfälligem Absetzen einer Androgenbehandlung. Durch eine suffiziente Testosterongabe wird in den meisten Fällen die Ovulation supprimiert, sodass es in der Regel nach wenigen Wochen zu einem Aussetzen des Menstruationszyklus kommt.

Heute wird vorzugsweise die parenterale Applikationsform gewählt, da die orale Gabe zu stark schwankenden Hormonspiegeln führt und die Leber durch den First-Pass-Effect unnötig belastet wird. Die häufigsten Nebenwirkungen sind neben initial auftretenden Aknesymptomen Glatzenbildung und gelegentlich Gewichtszunahme. Über eine Zunahme der Libido und des sexuellen Interesses wird häufig berichtet. Mit Beginn der Behandlung sollten regelmässige Laborkontrolle vereinbart werden. Das therapeutische Ziel strebt einen Testosteronwert an, der demjenigen der cis maskulinen Bevölkerung entspricht.

### Feminisierende Behandlung

Die feminisierende Behandlung beinhaltet sowohl die Substitution von Östrogen als auch die Suppression der Androgene. Denn durch eine Östrogentherapie allein lässt sich die gonadale Testosteronproduktion nicht suffizient unterdrücken. Ziel ist es, Sexualhormonwerte, wie sie sich bei cis Frauen beobachten lassen, zu erreichen. Die Androgenblockade erfolgt durch die Einnahme von Cyproteronacetat und gelegentlich auch noch spezifische 5 $\alpha$ -Reduktase-Hemmer, welche die Umwandlung von Testosteron in das potentere Dihydrotestosteron unterdrücken.

Unter einer suffizienten feminisierenden Hormontherapie kommt es zu einer Fettumverteilung und Muskelmassenabnahme. Das Brustwachstum setzt ein, erreicht jedoch in vielen Fällen kein genügendes Ausmass, um die GI/GD-Symptome zu stoppen. Durch die Testosteronblockade nehmen die Libido und die Erektionen ab und Ejakulationen verschwinden. Besteht bereits ein Stimmbruch, so hat die feminisierende Hormontherapie keinen Einfluss mehr auf die Stimmhöhe. Wird vor dem Stimmbruch eine Androgensupprimierung durchgeführt, behält die Stimme jedoch ihre bisherige Höhe.

Das oft beschriebene erhöhte Risiko für ein thromboembolisches Ereignis bei feminisierenden Behandlungen scheint klar mit der Einnahme der nicht mehr empfohlenen synthetischen Östrogenpräparate zusammenzuhängen [17]. Folglich zeigt sich ein Rückgang dieser Problematik, seit transdermale Präparate zur Anwendung kommen [18, 19]. Aus heutiger Sicht empfiehlt es sich, bei Vorliegen einer Risikokonstellation vor dem Hormonstart zusätzlich eine Thrombophilieabklärung durchzuführen. Ebenso sollten nach Installation der Hormonbehandlungen regelmäßige Laborkontrollen erfolgen.

## Dermatologie

### Maskulinisierende Behandlungen

Da der Androgenlevel mit der Talgproduktion und dem Haarwachstum assoziiert ist, kann es bei Testosteronsubstitution zu vermehrtem Auftreten von Akne vulgaris und androgenetischer Alopezie kommen [20]. Eine Aknebehandlung erfolgt nach allgemeinen Leitlinien als Stufentherapie [21].

Im Rahmen der geschlechtsanpassenden Operationen können stigmatisierende Narben entstehen. Mittels fraktionierter (nicht)ablativer oder Gefäßlaserbehandlungen können diese flacher und blasser gemacht werden [22, 23].

### Feminisierende Behandlungen

Besonders die offensichtliche Gesichts- und Décolletébehaarung ist für trans Frauen belastend. Die «intense pulsed light»-(IPL-) oder Laser-Behandlungen sind etablierte Methoden zur dauerhaften Entfernung der unerwünschten Behaarung mit einer Erfolgsrate von 90% und mehr [24, 25]. Zur bleibenden Entfernung von weissen, grauen oder roten Haaren ist der Einsatz von Nadelepilation möglich.

Die androgenetische Alopezie stellt bei trans Frauen (und manchen trans Männern) eine Herausforderung dar. Gemäss aktueller Literatur ist die Behandlung erster Wahl eine topische Therapie mit Minoxidil 5% [26]. Eine systemische Therapie mit Spironolacton oder Finasterid kommt auch infrage [27], jedoch wird letztere teilweise kontrovers diskutiert, da sie bei trans Männern unter anderem einen Einfluss auf die Entstehung gewünschter sekundärer Geschlechtsmerkmale haben könnte [28].

## Chirurgie

### Maskulinisierende Eingriffe

#### Mastektomie

Die Brustentfernung ist oft der erste chirurgische Schritt bei transmaskulinen Personen, da

eine als weiblich gelesene Brust eine ausgeprägte GI/GD auslösen kann. Bis zur Operation tragen diese Personen oftmals einen sogenannten «Binder», um die Brust möglichst zu kaschieren. Je nach Brustgrösse sind verschiedene Techniken zur Mastektomie indiziert [29]. Ist die Brust gross, wird in der Regel die sogenannte «free nipple»-Mastektomie durchgeführt, bei kleiner oder mittlerer Brust kommt die subkutane Mastektomie mit oder ohne periareoläre Hautstraffung zum Einsatz [29]. Die Mastektomie ist die einzige Operation, die gemäss internationalen Guidelines bereits vor Eintreten des 18. Lebensjahrs indiziert sein kann [30]. Studien zeigen, dass diese Intervention äusserst erfolgreich ist. Bei kaum auftretenden postoperativen Problemen berichten die operierten Personen über eine erheblich verbesserte Lebensqualität [31].

#### Hysterektomie/Adnexektomie

Die Gebärmutter- und Eierstockentfernung kommt meist, aber nicht nur, bei jenen transmaskulinen Personen, die trotz suffizienter Testosteronbehandlung unter vaginalen Blutungen leiden, zum Einsatz. Diese Eingriffe zeigen im Vergleich zu denjenigen an cis Frauen keine Zusatzrisiken [32]. Je nach individueller Situation können diese Operationen mit der Mastektomie kombiniert werden. Nach einer Adnexektomie ist eine lebenslange Androgensubstitution indiziert [15].

#### Phalloplastik

Die Bildung eines Penis ist für viele transmaskuline Personen mit einer genital bezogenen GI/GD ein grosses Bedürfnis. Manche Behandlungssuchenden äussern diesen Wunsch sehr früh. Andere wiederum erst, nachdem sie festgestellt haben, dass andere Hilfsmittel (wie zum Beispiel die Penis-Hoden-Epithesen) nicht zur permanenten Reduktion der GI/GD beitragen konnten. Die Eingriffe sind komplex, da sie unter anderem mikrochirurgischer Gewebetransfers bedürfen und teilweise in mehreren Schritten stattfinden müssen. In der Regel wird bei dieser genitalen Angleichung auch die Vagina entfernt (Kolpektomie). Am häufigsten wird eine Phalloplastik mit Gewebe vom Unterarm durchgeführt, die sogenannte «tube-in-tube»-Radialis-Phalloplastik [33]. Bei einer alternativen Methode (sogenannte «anterolateral thigh flap»-[ALT]-Phalloplastik) wird das Gewebe für den Phallus vom Oberschenkel entnommen werden [34]. Eine sorgfältige individuelle Beratung, auch in Abhängigkeit von den körperlichen Gegebenheiten der betreffenden Person, sind bei dieser letztgenannten Technik besonders wichtig. Bei beiden Techniken ist im Vorfeld eine Laserepilation der Entnahmestellen angezeigt, um Haarwuchs, insbesondere in

der Harnröhre, zu verhindern. Komplikationen wie Fisteln und Harnröhrenstenosen können bei beiden Operationsarten auftreten und gelegentlich mehrere operative Revisionen nötig machen. Die Inzidenz von Fisteln und Stenosen werden in der Literatur weltweit mit 48% angegeben [35]. Dementsprechend sollte die präoperative Beratung auch diese Risiken umfassend thematisieren. Als letzte Schritte der Genitalangleichung sind die Coronaplastik sowie der Einsatz von Erektionsprothesen und Hodenimplantate zu nennen [36]. Studien zeigen, dass transmaskuline Personen sehr zufrieden mit dem Operationsergebnis sind [37].

#### Metaidoioplastik

Die Metaidoioplastik, auch bekannt als «Klitten» oder «Minipenis», bietet eine Alternative zur Phalloplastik. Dabei wird eine limitierte Verlängerung von lokalem Gewebe im Genitalbereich durchgeführt, sodass die durch den Testosteroneinsatz vergrösserte Klitoris besser zur Geltung kommt. Dieser Eingriff ermöglicht, dass transmaskuline Personen im Stehen urinieren können. Eine Penetration während des Geschlechtsverkehrs ist im tradierten Sinne allerdings nicht möglich. Auch bei der Metaidoioplastik sind Fisteln und Stenosen mögliche Komplikationen. Studien zeigen, dass Menschen, die sich zu diesem Eingriff entscheiden, postoperativ zufrieden sind [38].

### Feminisierende Eingriffe

#### Brustaufbau

Trotz einer feminisierenden Hormontherapie entwickelt sich nur bei wenigen Patient:innen eine derartige Brustgrösse und -form, dass die GI/GD-Symptome komplett behoben werden. Daher wird diese Operation von vielen transfemininen Personen in Anspruch genommen. Am häufigsten wird die Brust mit Silikonimplantaten aufgebaut. Alternativ kann bei optimalen körperlichen Voraussetzungen eine Brustbildung mit Eigenfett durchgeführt werden. Hierfür sind meistens 2–3 Sitzungen nötig. Der Vorteil dieses Eingriffs ist das Vermeiden von Fremdmaterial. In praktisch allen Fällen führen sie zu einer Verbesserung der Lebensqualität der betreffenden Personen [39].

#### Vaginoplastik

Die genitale Angleichung beinhaltet die Entfernung der Hoden und Schwellkörper, die Bildung einer sensiblen Klitoris mit einem neurovaskulären Bündel aus der Glans, die Bildung eines neuen Harnausganges, innerer und äusserer Schamlippen und einer Vagina. In der Schweiz werden an allen Behandlungszentren Modifikationen der klassischen penilen Inversionstechnik verwendet wie zum Beispiel die

sogenannte Preecha-Methode [40] oder die kombinierte penile Inversionsmethode mit teilweiser Auskleidung der Vagina durch Urethral-schleimhaut [41]. Alternativ kann die Vagina aus einem Dickdarmsegment (Sigmavaginoplastik) gebildet werden [41]. Es kann auch lediglich eine Vulva ohne Vagina oder als Minimalvariante eine isolierte Orchiektomie erfolgen, falls sich Patient:innen aus verschiedenen Gründen nicht einer kompletten Genitalangleichung unterziehen möchten. Präoperativ sollte je nach körperlicher Situation und gewählter Technik eine dauerhafte Laser- oder Nadelepilation evaluiert werden. Nach einer Vaginoplastik ist eine Vaginaldilatation nötig, bis sich die Dimension der Neovagina stabilisiert hat. Vaginalverengungen, Harnstrahlprobleme oder schmerzhafte Narben können Revisionseingriffe nötig machen. Seit Jahrzehnten zeigen Studien, dass diese Eingriffe die Lebensqualität der betroffenen Frauen verbessern können [42].

### Gesichtsfeminisierung

Das Gesicht stellt in unserem Alltag das soziale Geschlechtsorgan par excellence dar. Zwar sind einzelne Gesichtsmkmale einer sehr grossen Variationsbandbreite unterworfen, trotzdem werden Menschen anhand «geschlechtstypischer» Gesichtszüge durch das Umfeld innert Millisekunden in eine der binären Geschlechterkategorien eingeteilt. Gesichtszüge, die bei transfemininen Personen zu einem Misgendering führen können, sind unter anderem ein ausgeprägter Augenbrauenwulst, eine grosse Nase mit kleinem Nasolabialwinkel, ein breites Kinn und spitze Kieferwinkel oder ein ausgeprägter Adamsapfel. Diese Strukturen werden nicht durch eine feminisierende Hormonbehandlung verändert und müssen daher operativ verändert werden [43]. Zusätzliche Interventionen wie Brauenlift, Wangenaugmentation mit Eigenfett oder Implantaten und Lippenvolumisierung können die richtige Geschlechterklassifizierung des Gesichts unterstützen. Hierbei gilt es zu betonen, dass es sich auch bei diesen Interventionen nicht um kosmetische, sondern um geschlechtsangleichende Eingriffe handelt. Daher sind an der Stelle die präoperative Aufklärung und die richtige Festlegung des Operationsziels immiment wichtig. Erste Untersuchungen zeigen die Wirksamkeit dieser Schritte [44].

### Stimmangleichende Operationen

Die notwendige Stimmanpassung, der es bedarf, damit transfeminine Personen ihre GI/GD reduzieren können, ist anspruchsvoll. Anatomische Gegebenheiten beeinflussen die Stimmhöhe, weshalb eine hormonelle feminisierende Therapie keine Wirkung zeigt. Als erste Massnahme kann eine logopädische

Unterstützung zur geschlechtsanpassenden Veränderung der verschiedenen Stimmparameter führen. In vielen Fällen gelingt dies so, dass die Person über keine GI/GD-Symptome mehr berichtet. Allerdings können anatomische Gegebenheiten (lange Stimmlippen, grosser Resonanzraum) oder fehlende auditiv-perzeptive Wahrnehmung dies auch verunmöglichen. Die permanente Stimmanhebung ist mit einem Kraftakt der Halsmuskulatur verbunden und führt zu Erschöpfung. Die Stimm-spezialist:innen können dann die Betroffenen im Hinblick auf eine stimmerhöhende Operation beraten. Die Stimmlippen können verkürzt (Glottoplastik) [45] oder gedehnt werden (Cricothyropexie) [46]. Bei der «feminization laryngoplasty» werden beide Techniken kombiniert [47]. Es ist mit einer Stimmerhöhung von etwa 8–12 Halbtönen zu rechnen. Nebenwirkungen sind selten (unter anderem Heiserkeit) [45]. Der Erfolg dieser Eingriffe wird durch verschiedene Studien belegt [45, 46].

### Nachbetreuung

Medizinische Transitionen stellen für Menschen mit einer GI eine herausfordernde, aber praktisch immer positive Situation dar. Folglich zeigen Studien, dass sowohl eine hormonelle [48, 49] als auch chirurgische [50, 51] Behandlungen zur Reduktion von psychopathologischen Begleitsymptomen und zur Verbesserung der Lebensqualität der Personen mit GI führen können. Die Reduktion der GI-induzierten Spannungen gelingt dann am besten, wenn sich die Massnahmen an die Bedürfnisse der Behandlungssuchenden anpassen – und nicht wie in der Vergangenheit umgekehrt. Einige Interventionen (zum Beispiel Hormonbehandlung) müssen lebenslanglich durchgeführt werden und bedingen daher regelmässige Kontrollen. Dasselbe, aber in einer geringen Frequenz, gilt auch für Personen, die sich Operationen unterzogen haben. Auf diese Weise werden Menschen mit GI künftig vielmehr die Regel als die Ausnahme in jeder primärversorgenden Praxis darstellen.

### Korrespondenz

Dr. med. David Garcia Nuñez  
Innovations-Focus Geschlechtervarianz  
Universitätsspital Basel  
Spitalstrasse 21  
CH-4056 Basel  
david.garcia[at]usb.ch

### Disclosure Statement

AM hat Zuschüsse von ALK, Galderma und Bencard für die Teilnahme an Veranstaltungen / Reisekosten deklariert. NF hat angegeben, ein Honorar für einen Studentenkurs zum Thema «Gender Medicine» vom Hirslanden Institute for Medical Education, Zürich, erhalten zu haben. Die anderen Autoren haben deklariert, keine potentiellen Interessenskonflikte zu haben.

## Das Wichtigste für die Praxis

- Menschen mit einer Geschlechtsinkongruenz stellen sich zunehmend in der Primärversorgung zwecks Durchführung einer medizinischen Transition vor.
- Während die Transitions- und damit auch Behandlungsziele von den Behandlungssuchenden selbst zu definieren sind, sollten die medizinischen Interventionen mittels eines «shared decision»-Prozesses bestimmt werden.
- Die vorgestellten medizinischen geschlechtsangleichenden Massnahmen besitzen sowohl eine klinische als auch eine evidenzbasierte Wirksamkeit.
- Die Kombination der verschiedenen Interventionen erfolgt in jedem Fall basierend auf einer individuellen Beurteilung und soll je nach Wirksamkeit im Verlauf – auch mit anderen hier nicht erwähnten Massnahmen – ergänzt werden.
- Einige medizinische Interventionen bedürfen einer langfristigen medizinischen Kontrolle, was die Notwendigkeit, die Versorgung von Menschen mit einer Geschlechtsinkongruenz zu verbessern, zusätzlich hervorhebt.



### Literatur

Die vollständige Literaturliste finden Sie online unter <https://doi.org/10.4414/smfm.2023.09301>.



**Dr. med. David Garcia Nuñez**  
Innovations-Focus Geschlechtervarianz,  
Klinik für Plastische, Rekonstruktive,  
Ästhetische und Handchirurgie,  
Universitätsspital Basel, Basel



© Gajus / Dreamstime

Die Patientenverfügung bildet ein wesentliches Kernelement der gesundheitlichen Vorausplanung.

**Schlaglicht: Intensivmedizin**

# Patientenverfügung: wann und wofür?

Eine rechtzeitige, reflektierte gesundheitliche Vorausplanung erlaubt auch im Falle eines Verlustes der Urteilsfähigkeit ein Leben und Sterben in Selbstbestimmung. Dabei kommt den Grundversorgerinnen und -versorgern eine Schlüsselrolle zu.

**Prof. Dr. med. Miodrag Filipovic<sup>a</sup>; Franziska von Arx-Strässler<sup>b</sup>, RN; Mark Marston<sup>c</sup>, MScN; Dr. med. Antje Heise<sup>d</sup>**

<sup>a</sup> Klinik für Anästhesiologie, Intensiv-, Rettungs- und Schmerzmedizin, Kantonsspital St. Gallen, St. Gallen; <sup>b</sup> Pflege und Betreuung, Ostschweizer Kinderspital, St. Gallen;

<sup>c</sup> Intensivstationen Pädiatrie und Neonatologie, Universitäts-Kinderspital beider Basel (UKBB), Basel; <sup>d</sup> Interdisziplinäre Intensivstation, Spital Thun, Thun

## Hintergrund

Der Bundesrat hat dem Bundesamt für Gesundheit (BAG) und der Schweizerischen Akademie der Medizinischen Wissenschaften (SAMW) den Auftrag erteilt, die gesundheitliche Vorausplanung (GVP) in der Schweiz zu stärken und möglichst alle Bevölkerungsschichten für die Thematik einer selbstbestimmten Gesundheitsversorgung zu sensibilisieren [1]. «Eine aktive Beteiligung der Patientinnen und Patienten und ihrer Angehörigen an den Therapieentscheidungen» entspricht auch einem Kernanliegen der Schweizerischen Gesellschaft für Intensivmedizin (SGI) [2]. In der Umsetzung einer wirkungsvollen GVP kommt den in der Grundver-

sorgung tätigen Ärztinnen und Ärzten eine Schlüsselrolle zu. Anhand von drei Fallvignetten zeigen wir auf, wie die GVP uns auf Intensivstationen tätigen Pflegenden und Ärztinnen und Ärzten hilft, Behandlungsstrategien auf die Wünsche von urteilsunfähigen Patientinnen und Patienten abzustimmen.

## GVP am Beispiel dreier Fallvignetten

### Fallvignette 1

Ein 22-jähriger Mann erleidet im Rahmen eines Fahrradunfalls ein schweres Schädel-Hirn-Trauma. Er lebt in einer Wohngemeinschaft

und hat seit Kurzem eine Freundin. Die Eltern sind geschieden; mit dem Vater hat er keinen Kontakt und mit der Mutter ein angespanntes Verhältnis. Die Schwester trifft er regelmässig.

### Fallvignette 2

Bei einer 70-jährigen, bisher gesunden, alleinstehenden Frau wird im Rahmen einer Anämieabklärung ein Rektumkarzinom diagnostiziert. Es wird eine Rektumamputation empfohlen.

### Fallvignette 3

Ein 87-jähriger Mann, der trotz seiner Parkinson-Erkrankung für seine an Demenz



*erkrankte Frau sorgt, steht kurz vor dem gemeinsamen Umzug in ein Pflegeheim.*

Die Patientenverfügung (PV) ist gesetzlich verankert [3] und bildet ein wesentliches Kernelement der GVP. Deren Konzept unterscheidet verschiedene Prozessphasen, die den gesundheitlichen und sozialen Lebensumständen Rechnung tragen. Menschen, die an Mehrfacherkrankungen leiden oder vor grösseren Interventionen stehen (Fallvignette 2), sollen sich vertieft mit Werten und Lebensplänen auseinandersetzen («Was macht mein Leben lebenswert?»). Menschen, bei denen das Lebensende absehbar ist (Fallvignette 3), werden eingeladen, sich Gedanken zu Ort und Ausmass sowie Ziel einer Behandlung im Sinne des Advance Care Planning zu machen und die Entscheidungen in einer «ärztlichen Notfallanordnung» zu dokumentieren. Für einen gesunden, jungen Menschen (Fallvignette 1) ist dies nicht sinnvoll. Hingegen sind die Benennung einer Vertretungsperson sowie die Klärung der Haltung zu einer allfälligen Organspende von grosser Bedeutung.

### Fallvignette 1 – Fortsetzung

*Kurz nach der Aufnahme des Patienten auf die Notfallstation stellt sich die Frage nach einer Kraniektomie. Das Behandlungsteam kann keine eindeutig vertretungsberechtigte Person eruieren und führt den Eingriff notfallmässig «nach dem mutmasslichen Willen (...) der urteilsunfähigen Person.» [4] durch.*

*In den nächsten Tagen kann die Schwester als vertretungsberechtigt identifiziert werden [5]. Trotz intensiver Betreuung ist der weitere Verlauf ungünstig; in der Gesamtschau aller Befunde ergibt sich eine infauste Prognose. Es stellt sich die Frage nach einer möglichen Organspende. Weder die Schwester des Patienten noch seine Freundin kennen seine diesbezügliche Haltung und lehnen eine Organspende ab.*

### Kommentar

Zu Beginn der Hospitalisation war keine vertretungsberechtigte Person identifizierbar; ein kurzer schriftlicher Vermerk (datiert, unterschrieben und gut auffindbar) hätte rasche Klärung gebracht. Leider kannten die Angehörigen die Haltung zu einer möglichen Organspende nicht. Ein Gespräch, ein schriftlicher Hinweis (auch als Spenderausweis) hätten Klarheit geschaffen und die Angehörigen entlastet.

### Fallvignette 2 – Fortsetzung

*Nach ausführlichen Gesprächen mit dem Hausarzt und den Spezialisten stimmt die Patientin der vorgeschlagenen Therapie zu. Sie lässt sich auch bezüglich GVP beraten und*

*erstellt eine PV, in der sie dem vorübergehenden Einsatz organerhaltender Therapien zustimmt, solche aber im Falle einer längerdauernden Urteilsunfähigkeit ablehnt.*

*Der perioperative Verlauf wird durch ein Nierenversagen und ein Delir kompliziert. Aufgrund der PV entscheiden sich die Behandelnden bei an sich günstiger Prognose für den Einsatz eines Nierenersatzverfahrens. Das Delirium erholt sich schon nach wenigen Tagen und die Nierenfunktion nach zwei Wochen.*

### Kommentar

Die PV erlaubte es dem Behandlungsteam trotz vorübergehender Urteilsunfähigkeit den Behandlungswünschen der Patientin nachzukommen. Es war aber auch klar, was im Falle eines ungünstigen Verlaufes hätte getan werden müssen.

### Fallvignette 3 – Fortsetzung

*Im Vorfeld des Umzugs erstellt der Mann mit Hilfe des Hausarztes eine PV und einen ärztlichen Notfallplan. Die Anordnungen werden beim Heimeintritt nochmals mit dem Patienten diskutiert und konkretisiert.*

*Einige Wochen danach tritt bei ihm eine schwere Pneumonie auf. Der nun nicht mehr urteilsfähige Patient wird seinem vorausbestimmten Willen gemäss zwar ins Spital gebracht, wo eine intravenöse antibiotische Therapie eingeleitet wird. Hingegen entspricht eine Aufnahme auf eine Intensivstation explizit nicht seinem Wunsch. Er erholt sich auf der Bettenstation und kann nach einer Woche in das Heim zurückkehren.*

### Kommentar

Dem Spitalteam fiel es nicht schwer, den festgelegten Willen des Patienten zu befolgen. Obwohl die Schwere der Pneumonie eine Aufnahme auf eine Intensivstation gerechtfertigt hätte, kam eine solche nicht infrage.

## Rolle der Hausärztinnen und Hausärzte

In der GVP kommt der fachlichen Unterstützung und Beratung in der Entscheidungsfindung eine Schlüsselrolle zu. Diese kann durch ärztliche und nicht ärztliche Fachpersonen erfolgen, setzt aber in jedem Fall profunde Kenntnisse über Krankheitsbilder, Therapiemöglichkeiten und Behandlungsoptionen voraus. Werden komplexe Entscheidungen ohne fachliche Beratung gefällt, könnten sich die Behandlungsteams mit unlösbaren und widersprüchlichen Vorgaben konfrontiert sehen. Das Thema GVP kann anlässlich jeder Konsultation durch die Hausärztin oder den Hausarzt aufgegriffen werden. Ganz besonders muss dies

bei der Diagnosestellung neuer, prognoserelevanter Erkrankungen oder im Vorfeld ausgedehnter oder invasiver Therapien (Chemotherapie, grössere operative Eingriffe etc.) geschehen. Möglicherweise sind dazu auch mehrere Besprechungen notwendig. Auch Schicksalsschläge oder Änderungen der Lebensumstände können Anlass für eine medizinische Bestandsaufnahme im Sinne der GVP sein.

Von grosser praktischer Bedeutung ist die Dokumentation. Der Gesetzgeber hat die formalen Hürden tief gehalten: Datum und Unterschrift reichen für eine rechtsgültige PV aus [6]. Dieses Schriftstück muss im Notfall rasch auffindbar sein, entsprechend muss auch der Aufbewahrungsort gewählt und den Angehörigen bekannt gemacht werden. Diverse Organisationen haben Formulare zur Verfassung einer PV erstellt, so zum Beispiel auch die Verbindung der Schweizer Ärztinnen und Ärzte (FMH) [7].

Die Beschäftigung mit Krankheit, Verlust an Selbstständigkeit und Autonomie oder Tod fallen uns schwer, sind aber für ein Leben und Sterben in Selbstbestimmung unverzichtbar; die diesbezügliche Sensibilisierung der Bevölkerung ist Aufgabe aller im Gesundheitswesen tätigen Personen. Den Grundversorgerinnen und -versorgern kommt eine Schlüsselrolle zu, kennen sie doch nicht nur die medizinischen Konsequenzen von vorausbestimmten Therapieentscheidungen, sondern auch die psychosoziale Situation und Werthaltung ihrer langjährigen Patientinnen und Patienten.

### Korrespondenz

Prof. Dr. med. Miodrag Filipovic  
Klinik für Anästhesiologie,  
Intensiv-, Rettungs- und Schmerzmedizin  
Kantonsspital St. Gallen  
CH-9007 St. Gallen  
miodrag.filipovic[at]kssg.ch

### Disclosure Statement

Alle Autoren sind Vorstandsmitglieder der Schweizerischen Gesellschaft für Intensivmedizin (SGI), AH zudem aktuelle Prädidentin. MF ist ausserdem Vorstandsmitglied der SAMW und Mitglied der Arbeitsgruppe GVP von BAG/SAMW. AH ist zudem Mitglied der Zentralen Ethikkommission der SAMW.



### Literatur

Die vollständige Literaturliste finden Sie online unter <https://doi.org/10.4414/smf.2023.09278>.



**Prof. Dr. med. Miodrag Filipovic**  
Klinik für Anästhesiologie, Intensiv-,  
Rettungs- und Schmerzmedizin,  
Kantonsspital St. Gallen, St. Gallen

Stellen-, Praxen-, Markt-Plattform

| Einfach  
anbieten und  
finden



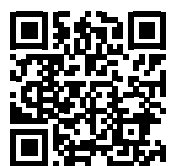
Stellen,  
Praxen und  
Artikel  
[fmhjob.ch](http://fmhjob.ch)

Ob Stelle im Gesundheitswesen,  
Praxis, Praxispartner oder Artikel  
**Hier werden Sie fündig**

- Zahlreiche Jobs und Praxen in der ganzen Schweiz
- Top Arbeitgeber
- Führende Schweizer Plattform im Gesundheitswesen für Stellen, Praxen und Artikel

**CONSULTING**

**FMH Consulting Services AG**  
Burghöhe 1  
6208 Oberkirch  
Tel. 041 244 60 60  
[mail@fmhconsulting.ch](mailto:mail@fmhconsulting.ch)  
[www.fmhconsulting.ch](http://www.fmhconsulting.ch)



Rechtsschutz

| Einfach zu  
seinem Recht  
kommen

Sonderkon-  
ditionen für  
Mitglieder von  
FMH Services

Recht haben ist nicht gleich Recht bekommen  
**Rechtsschutzversicherung für angestellte  
und selbständige Ärzte**

- Privat-, Verkehrs- und Berufsrechtsschutz in einem
- Prämien sparen dank exklusiven Rahmenvertragskonditionen
- Deckung bei Streitigkeiten infolge Überarztung

**INSURANCE**

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



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

# Die Patientenselektion ist fundamental

**Prostatavergrößerung** Das Universum der chirurgischen Therapielandschaft hält viele neue Therapieformen für die Behandlung der Blasenentleerungsstörung auf dem Boden der gutartigen Prostatavergrößerung bereit. Neue Therapieformen widmen sich zum Teil ganz anderen Endpunkten als der dauerhaften Restitution der Beschwerden beim Wasserlösen.

Prof. Dr. Thomas RW Herrmann

In wohl keinem anderen Feld der Urologie sind über die letzten Jahrzehnte so viele neue chirurgische und interventionelle Therapieansätze eingeführt worden wie in der Behandlung der sogenannten Lower urinary tract symptoms (LUTS) bei gutartiger Prostatavergrößerung. Der Grund für das Marktpotential all dieser Ansätze ist, dass, historisch gesehen, die klassischen Verfahren wie die offene Prostatadenomenuktation (OP) und die transurethrale Resektion der Prostata (TURP) eine hohe Morbidität aufwiesen und daher Vorbehalte bezüglich einer chirurgischen Therapie erzeugt haben, die bis heute nachwirken. Dies währt fort, obwohl sich das Spektrum der Nebenwirkungen bei der aktuellen Technik der TURP bereits deutlich im positiven Sinne von der OP unterscheiden.

## Neuro-Urologie und Differentialdiagnose

Die Blasenentleerung ist ein komplexes Zusammenspiel aus Blasenmuskelfkraft und Auslasswiderstand (prostatistische Harnröhre). Dazu kommen die Aktivierung und Hemmung der Blasenentleerung aus dem Formenkreis Neurologie, die heute eine eigene Subdisziplin, die Neuro-Urologie darstellen. Letztere beschäftigt sich zum Beispiel mit Patienten, die im Alter sowohl eine neurodegenerative Erkrankung (z.B. Morbus Parkinson) und gleichzeitig eine Obstruktion des Ausflustraktes durch eine Prostatavergrößerung aufweisen, welches ein ganz anderes Management erfordert als eine alleinige Prostatavergrößerung.

## Chirurgische Therapie: Eine Frage des Zeitpunktes

Aufgrund der erfolgreichen medikamentösen Therapie sehen wir heute aufgrund der zeitlich verlängerten Phase des Prostatawachstums Prostatavolumina wie vor dem flächendeckenden (Früh-) Einsatz der TURP - zudem sehen wir deutlich ältere Patienten bei der chirurgischen Therapie, die

häufig eine neue Herausforderung durch Antikoagulantien mit und ohne zusätzliche Plättchenaggregationshemmung vorweisen. Darüber hinaus finden sich durch eine medikamentöse Verlängerung der symptomarmen Phase häufig teilweise fortgeschrittene Detrusorschäden, die mit einer teils äusserst störenden Blasenspeicherstörung, z. B. als überaktive Blase (OAB) oder als Detrusorunterfunktion (DU) oder Detrusorakontraktilität (DA) nach Harnverhalt mit sehr grossen Volumina auffallen. Letzteres ist deshalb ein Problem, weil sich mit der chirurgischen Therapie lediglich die Obstruktion beseitigen lässt, nicht aber aktiv die Blasenfunktion restituieren lässt. (Patient ist unter Umständen weiterhin auf einen Katheter angewiesen).

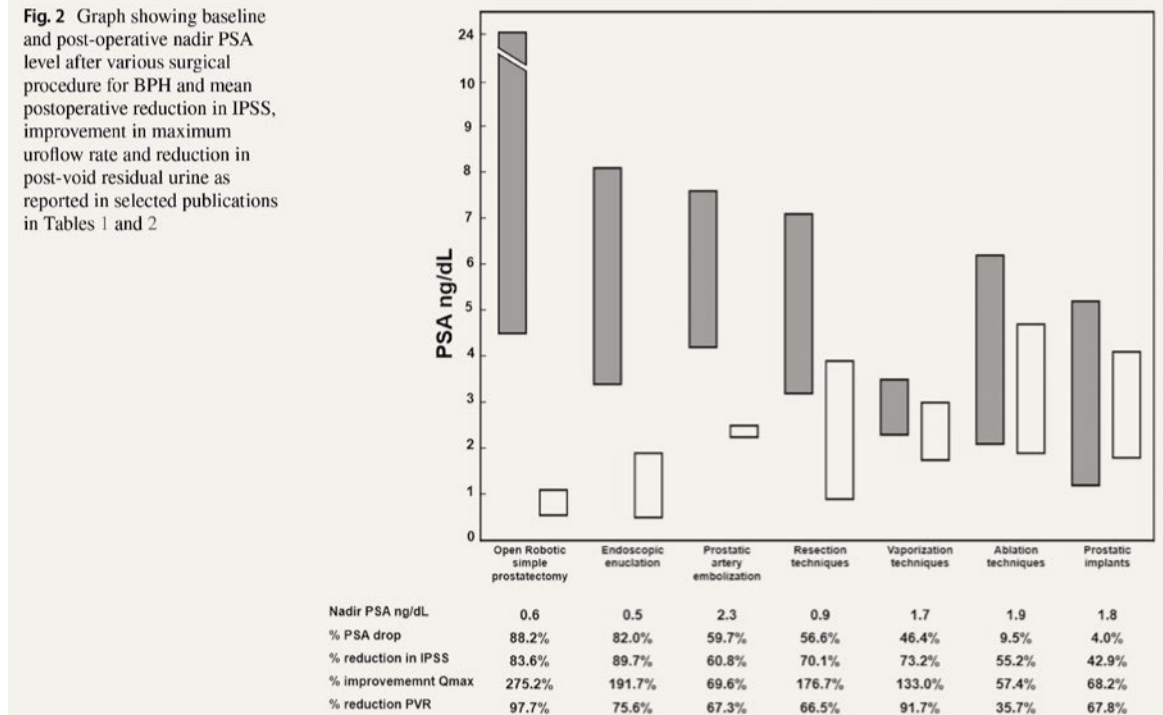
## Entscheidungsfindung und Bias des Operateurs

Es empfehlen sich heutzutage Entscheidungshilfen (z. B. EAU Guidelines Male LUTS [1]), welche für verschiedene Szenarien (antikoaguliert, abhängig von der Prostatagrösse, Unmöglichkeit einer Narkose) eine Hierarchisierung der Therapieoptionen bieten. Alle heutzutage zur Verfügung stehenden Optionen haben ein unterschiedliches Potential bezüglich der kurz- und langfristigen Symptombesserung. Je kompletter die sogenannten Transitionszone entfernt wird, in der die Prostatahyperplasie stattfindet, desto dauerhafter und markanter ist der Therapieeffekt. Die offene Prostataenuktation war früher die einzige Möglich-

## Für Sie zusammengefasst vom:

SGU-Kongress  
05.-07.10.2022  
Kursaal Bern

**Fig. 2** Graph showing baseline and post-operative nadir PSA level after various surgical procedure for BPH and mean postoperative reduction in IPSS, improvement in maximum uroflow rate and reduction in post-void residual urine as reported in selected publications in Tables 1 and 2



Zusammenhang zwischen PSA-Abfall nach OP und damit Volumenabnahme und Symptomverminderung nach OP [2].

keit der kompletten Entfernung für grosse Prostatavolumen. Heute stellt die endoskopischen Enukleation der Prostata durch die Harnröhre bei komplettem Erhalt der Aussendrüse (mit anhängenden neurovaskulären Strukturen für die Erektion und für den Sphinkterapparat) die schonendste Variante dar. Die laparoskopische und Roboter-assistierte laparoskopische Prostatektomie hat im Vergleich zur offenen Operation viele zusätzliche Komplikationen vermindert. Als Verfahren der ersten Wahl gilt jedoch bei grossen Prostatavolumina heute die endoskopische Enukleation (EEP, HoLEP, ThuLEP, BipoleP).

Bei kleineren Volumina kommt in erster Linie weiterhin die TURP oder die endoskopische Inzision (TUI) infrage, bei Patienten mit Antikoagulation stehen Laserverfahren zur Verdampfung oder eine Enukleation der Prostatainnendrüse (HoLEP, ThuLEP, photoselektive Vaporisation PVP) zur Verfügung.

Durch die Einführung von neuen, minimalinvasiven Verfahren ist der Erhalt der Ejakulation ins Blickfeld geraten. Diese neuen Verfahren funktionieren mit Wasserdampf, der über die Harnröhre in die Prostatainnendrüse gesprüht wird (Rezüm), über Gewebeanker, die die prostatistische Harnröhre permanent aufhalten (Urolift), oder vorübergehend den Blasenhal mit einem Implantat erweitern (iTIND). Darüber hinaus finden sich neue Verfahren, welche mittels einem Wasserstrahl das Gewebe abtragen (Aquablation).

Allen oben genannten Verfahren sowie TURP und Enukleation ist gemein, dass sie, korrekt ausgeführt, ein vorher vorhandenes gutes Erektionsvermögen nicht verschlechtern. Auch mit einer limitierten TURP ist es möglich, den Samenerguss aus der Harnröhre zu erhalten. Weiterhin ist den neuen Therapieverfahren gemein, dass aufgrund des geringen Abtragens von Gewebe aus der Prostatainnendrüse ein Fortschreiten des Prostatawach-

tums nicht beendet wird [2].

Meist genügt den Patienten die Erläuterung, dass sich auch ohne Ejakulation aus der Harnröhre bei unveränderter Erektion ein gleiches Orgasmusgefühl einstellt. Der informierte Patient wechselt, trotz initialem Interesse an den neuen Verfahren häufig zu dem Verfahren, welches ihm einen einmaligen Eingriff verheisst.

Diese Abwägung und eine umfassende Aufklärung über die Limitationen der Therapie gilt es mit dem Patienten zu besprechen - dies bewirkt eine gute Patientenselektion. Die beste und somit erfolgreichste Therapie ist diejenige, deren Potential und Wirkweise der Patient versteht und diejenige, die die in sie gesetzten Erwartungen erfüllen kann.

#### Korrespondenz

thomas.herrmann[at]stgag.ch



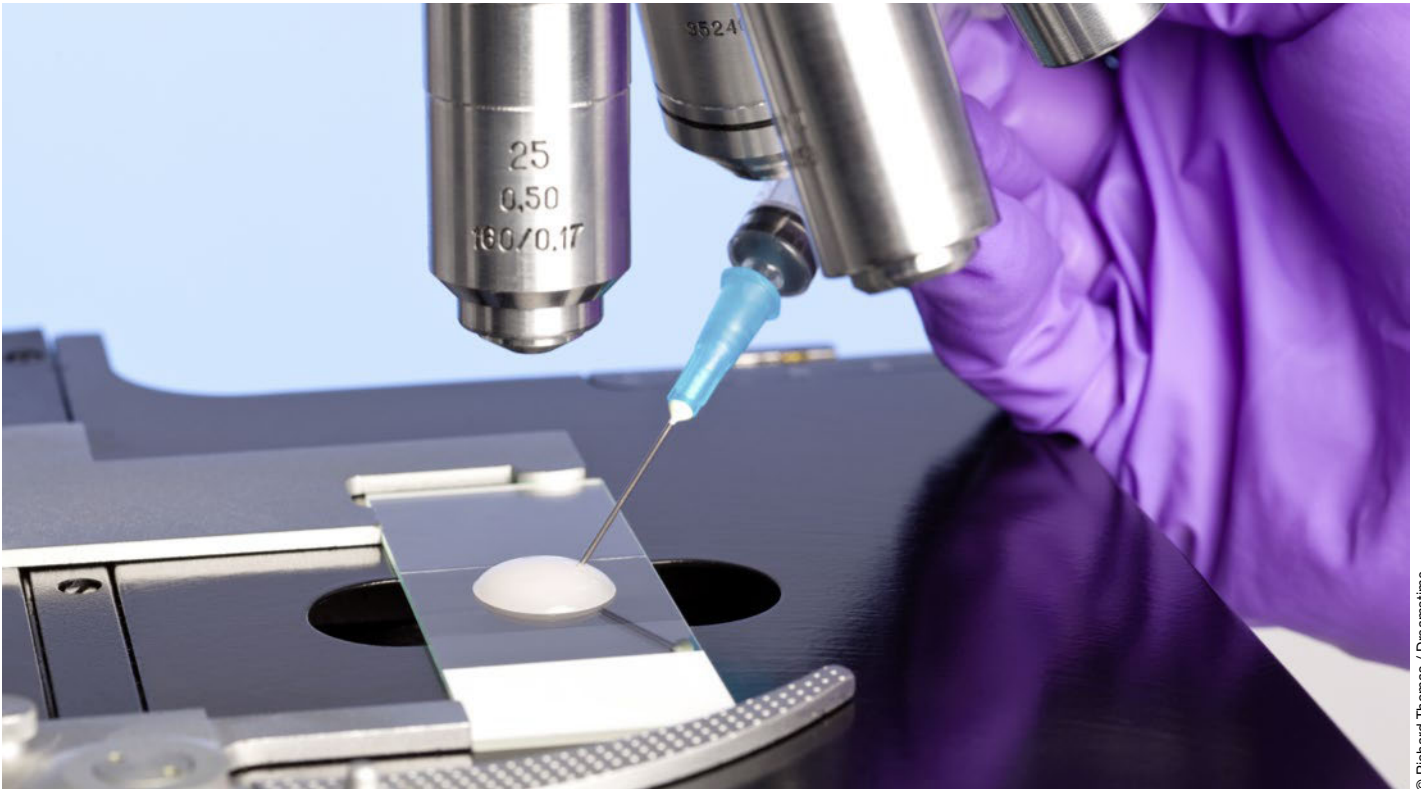
#### Literatur

Vollständige Literaturliste unter [www.saez.ch](http://www.saez.ch) oder via QR-Code



#### Prof. Dr. Thomas RW Herrmann

Klinikdirektor Urologie am Spital Thurgau AG und Mitglied der europäischen Leitlinienkommission für Male LUTS.



© Richard Thomas / Dreamstime

Mögliche infektbedingte DNA-Schäden erfordern eine gute Nachbetreuung.

# COVID-19 verschlechtert die Samenqualität

**COVID-19** Durch eine COVID-19-Infektion können die Hoden- sowie die Erektionsfunktion beeinträchtigt werden, wobei mögliche Langzeiteffekte noch nicht hinreichend geklärt sind. In Bezug auf die Fertilität benötigen Männer aufgrund möglicher infektbedingter DNA-Schäden im Erbgut eine kompetente Beratung und gute Nachbetreuung.

PD Dr. med. Alexander Müller

Bereits im Jahr 2003 lernte die Welt das Coronavirus 1 (CoV-1) kennen, welches damals lediglich für etwas mehr als 8000 Infektionen verantwortlich war. Es besteht zum CoV-2 eine 79,6-prozentige genetische Ähnlichkeit, wobei diese Virusvariante ein viel grösseres Ausmass erreichte [1]. Im Dezember 2019 wurde in Wuhan, China erstmals über ein Coronavirus (COVID-19) berichtet, welches durch das «severe-acute-respiratory-syndrome coronavirus 2» (SARS-CoV-2) verursacht wird. In Folge kam es dann zu einer weltweiten, pandemischen Ausbreitung. Obwohl es in Bezug auf

die prozentuale Infektionsrate bei Männern und Frauen praktisch keinen Unterschied gibt, zeigt die statistische Analyse in allen Ländern für Männer einen schwereren Krankheitsverlauf und eine höhere Mortalitätsrate gegenüber Frauen [2–4]. Gründe hierfür bestehen unter anderem darin, dass Männer einen ungesünderen Lebensstil pflegen (Rauchen, Übergewicht, Inaktivität) und somit mehr ungünstige Komorbiditäten aufweisen, aber auch durch ein höheres Vorliegen für Androgenrezeptoren, welches ein postuliertes Eintreten des Virus in die Zelle erleichtert [5].

### Viruseintritt

SARS-CoV-2 ist ein Einzelstrang-RNA-Virus, welcher primär über Aerosole, ausgeatmet von infizierten Personen (geimpft und ungeimpft) oder auch Konjunktival-Flüssigkeit und Tränen, übertragen wird. Es konnte sowohl in Speichelflüssigkeit als auch im Urin, Faeces und Blut nachgewiesen werden. Der Nachweis in der Samenflüssigkeit wird in der Mehrzahl der Literaturangaben verneint [6–8]. Somit scheint eine sexuelle Transmission eher unwahrscheinlich, kann aber nicht mit letzter Sicherheit ausgeschlossen werden. Vereinfacht dargestellt gelangt das SARS-CoV-2-Virus durch Bindung an sogenannte Spike-Protein am Angiotensin-Converting-Enzym-2 (ACE-2), welches durch eine transmembranöse Serinprotease Typ II (TMPRESS2) «gcleaved» wird, in die Zelle [6, 9]. Eine besonders hohe Expression von ACE-2 konnte in der Lunge, Schilddrüse, Brust, Niere, Intestinum und auch im Hoden nachgewiesen werden [10, 11]. Durch eine infektionsbedingte Störung der Blut-Hodenschranke kann das Virus direkt Störungen der exokrinen (Testosteron) als auch der endokrinen (Spermatogenese) Hodenfunktion verursachen. Innerhalb des Hodens konnten wiederum hohe ACE-2-Expressionen in Leydigzellen (Testosteronproduktion) als auch in den Sertolizellen, Spermatogonien und Spermatiden nachgewiesen werden [12, 13]. Zudem besteht eine starke Korrelation zwischen der TMPRESS2-Expression und einem schweren Krankheitsverlauf [14]. Der Androgenrezeptor beeinflusst die Expression von TMPRESS2 (höher bei Männern als bei Frauen). Je höher die TMPRESS2-Expression, desto schwerer kann der Krankheitsverlauf ausfallen. Für die potentielle COVID-19-verursachte Hodenfunktionsstörung bedeutet dies, je jünger die Männer sind, desto höher ist die ACE2-Rezeptorexpression, somit kann ein höherer testikulärer Schaden erwartet werden [15]. Dies wird unter anderem durch das Generieren von oxidativem Stress in Form von sog. «reactive oxygen species» (ROS) verursacht. In der Literatur werden 10–22% Entzündungen des Hodens (Orchitis oder Epididym-Orchitis) bei einer akuten COVID-19-Infektion beschrieben [16, 17].

### Einfluss auf die männliche Fertilität

Neben einer direkten viralen Schädigung wird bei einer akuten COVID-19-Infektion bis zu 98% Fieber als Symptom beschrieben. Eine erhöhte Körpertemperatur betrifft auch den Hodenbereich mit potentiell schädigendem Einfluss auf die vulnerable Spermatogenese. Kritisch scheint dabei eine Temperatur von mehr als 38 Grad Celsius über mehr als zwei Tage im Hodengewebe zu sein, welches dann zu einer konsekutiven Verminderung der Spermienkonzentration, Vitalität, Motilität und Morphologie bei erhöhter DNA-Fragmentation führt [18].

Die aktuell stetig wachsende Literatur hat aber aufgrund von eher kleinen Fallzahlen, unterschiedlicher individueller Krankheitsausprägungen und vor allem durch fehlende Vergleichsdaten vor und nach Infektion (noch) gewisse Limitationen.

Durch eine COVID-19-Infektion konnten multiple negative Einflüsse auf die Samenqualität nachgewiesen werden. Dabei wurde eine Verminderung der Spermienkonzentration, der Beweglichkeit, der Vitalität und der Morphologie bei gleichzeitigem Anstieg des ROS und der DNA-

### Für Sie zusammengefasst vom:

SGU-Kongress  
05.-07.10.2022  
Kursaal Bern

Fragmentation beschrieben [19]. In einer frühen prospektiven Querschnittsstudie zeigte sich, obwohl kein Nachweis von Virus-RNA in der Samenflüssigkeit bestand, in 73% eine schwere Spermatogenesestörung (Krypto-Azoospermie) bei Männern, die bereits Vater geworden waren [20]. Der Schweregrad der Spermatogenesestörung korrelierte dabei stark mit der Schwere des Krankheitsverlaufes (z. B. Notwendigkeit zur Hospitalisation). In einem systemischen Review der Literatur konnte bei COVID-19-infizierten Männern im Vergleich zu einer gesunden Kontrollgruppe eine signifikante Reduktion der Gesamtspermienzahl, der Spermienkonzentration, der Motilität und des Samenvolumens gezeigt werden [21]. Dies wurde auch in einer Meta-Analyse im Jahr 2022, die sieben Fall-Kontrollstudien und fünf retrospektive Kohortenstudien einschloss, bestätigt werden und somit betätigen, dass eine COVID-19-Infektion eine deutliche Vulnerabilität auf die Samenqualität hat [22].

Hingegen besteht nur bedingt Grund zur Sorge, da mehrfach gezeigt werden konnte, dass nach drei bis vier Monaten (rund drei Monate entsprechen einem Spermatogenesezyklus) eine Erholung der Samenqualität bei einer Mehrheit der Männer erwartet werden darf [23]. Diese zu erwartende progressive Erholung der Samenqualität mit der Zeit hängt aber ganz deutlich mit dem Schweregrad und dem Inflammationszustand und somit vom zeitlichen Verlauf der Infektion ab [24, 25]. Kritisch muss allerdings beurteilt werden, dass die durch die Infektion verursachte DNA-Schädigungen der Spermien einerseits zumindest vorübergehend die Fertilität des Betroffenen einschränken, andererseits aber – wenn es denn trotzdem zu einer Schwangerschaft kommt – dies eine Bedrohung für das Neugeborene bedeuten kann [26, 27].

### Langzeit-Effekte durch COVID-19

Die in der Schweiz durchgeführte sog. «LoCoMo»-Studie war eine longitudinale Kohorten-Studie, beider insgesamt 501 Schweizer Militärangehörige mit einem Altersdurchschnitt von 21 Jahren teilnahmen. In den untersuchten Gruppen konnte gezeigt werden, dass diejenigen, deren COVID-19-Infektion länger als 180 Tage zurücklag, im Vergleich mit Gesunden, die noch niemals COVID-19 hatten, der BMI sowie das LDL und das Cholesterin höher waren und die Leistungsfähigkeit eingeschränkter war [28].

### Einfluss durch Impfung

Als häufigste Nebenwirkung einer Impfung kann es zu Fieber kommen. Dieser potentielle Einfluss wurde weiter oben bereits beleuchtet. Unter Anwendung der beiden mRNA-Impfstoffe von Pfizer-BioNTech und Moderna bezogen sich bei 15 785 Personen lediglich 0,7% auf urologische Symptome [29]. Dabei kam es in 34 Fällen zu Miktionsstörungen, in 22 Fällen zu Hämaturie und in 41 Fällen zu

Urinfektionen, wobei dabei rund 46% ein männliches Geschlecht aufwiesen.

Beruhigenderweise konnte mehrfach gezeigt werden, dass eine Impfung keinen negativen Einfluss auf die Samenparameter hatte und auch kein erhöhtes Risiko für eine erektile Dysfunktion [30–33].

### Empfehlungen bei Fertilitätswunsch

Der Einfluss von Fieber, der Schweregrad der Erkrankung und der Erholungszustand sollten in Bezug auf eine angestrebte Reproduktion und bei Fertilitätswunsch berücksichtigt werden. Es sollte mindestens drei Monate, tendenziell sogar etwas länger, auf eine (sei es natürliche oder artifizielle) Reproduktion nach dem Abklingen der Infektion gewartet werden. Eine Samen-Kryopreservation, z. B. bei Krebspatienten, scheint trotzdem möglich. Unter den pandemischen Umständen und unter Abwägung von Nutzen und potentiellen Risiken sollte eine Impfung Männern, welche eine Fertilität anstreben und die Kriterien für die Impfung erfüllen, nicht vorenthalten werden. COVID-19-infizierte Männer bedürfen im Hinblick auf eine angestrebte Fertilität eine enge Betreuung und Beratung [34].

### Testosteron und COVID-19

In einer Meta-Analyse von elf vorliegenden Studien, die Männer mit einer COVID-19-Infektion und entsprechenden gesunden Kontrollgruppen verglichen, konnte gezeigt werden, dass Männer mit einem per se niedrigeren Testosteronlevel zu Beginn häufiger infiziert waren. Männer mit einem niedrigen Testosteronwert tragen ein vier bis fünfmal erhöhtes Risiko, im Verlauf der Infektion auf die Intensivstation verlegt zu werden oder gar an der Infektion zu versterben [21]. Wenn die Gesamt-Testosteronkonzentration weniger als 100 ng/dl betrug, im Vergleich zu Testosteronwerten über 230 ng/dl, war das Mortalitätsrisiko signifikant höher (Odds Ratio 18,2,  $p = 0.006$ ) [35, 36]. Die Erholung des Testosteronstoffwechsels benötigt im Vergleich zur Erholung der Samenqualität deutlich länger. So zeigte eine Studie erst nach sieben Monaten ein Erreichen von 87,6% des Testosteronanstieges im Vergleich zur Baseline zu Beginn der Infektion. Einzelne Studien berichten aber auch von einer noch längeren Erholungszeit: Es zeigten sich bis zu 50% anhaltend tiefe Testosteronwerte, welche die laborchemischen Kriterien einen Hypogonadismus erfüllen würden [37, 38]. Die Rolle einer möglichen und frühzeitigen Testosteronergänzungstherapie ist zurzeit noch gänzlich ungeklärt [39]. Vorsicht ist bei diesem Gedanken der Tatsache geschuldet, dass eine COVID-19-Infektion mit einer Hyperkoagulabilität und eine Testosteronersatztherapie andererseits mit einem erhöhten Risiko einer Venenthrombose und einer Polyzythämie ( $HKT > 54\%$ ) einhergehen kann.

### Erektile Dysfunktion (ED) und COVID-19

Bei einem Patienten, der sich sieben Monate nach einer COVID-19-Infektion einem chirurgischen Eingriff am Penis unterzog, konnte im Endothelium der Schwellkörper die Persistenz des SARS-CoV2-Virus festgestellt werden [9]. Bei COVID-19-Infektionen, insbesondere bei schwerwiegenden Verläufen, konnte eine gravierende Schädigung des Endothels der Gefäße gezeigt werden. So ist es nahe-

liegend, dass durch eine solche Vaskulopathie, welche mindestens mit einer mikrovaskulären Schädigung einhergeht, sich auch durch eine vaskulär bedingte ED bemerkbar machen kann [40]. Additiv können sich diesbezüglich auch noch, wie bereits beschrieben, hormonelle Einflüsse (möglicher Mangel an Testosteron) und auch psychischer Stress durch eine solche Infektion negativ bemerkbar machen. In Zahlen konnte einer Studie belegen, dass die Prävalenz einer ED bei Männern mit COVID-19-Infektion im Vergleich mit einer gesunden Kontrollgruppe signifikant höher war (Odds Ratio 5,66) [41].

### Zusammenfassung

SARS-CoV2 ist ein höchst pathogener Virus, der eine schädigende Wirkung auf verschiedenste Art und Weise auslösen kann. Trotz der wachsenden Literatur kann der Einfluss der COVID-19-Pandemie in Bezug auf die männliche Gesundheit noch keineswegs überblickt werden. Unter anderem kann sich eine COVID-19-Infektion in Bezug auf die mentale Gesundheit (Depression und Angstzustände), die sexuelle Gesundheit (endotheliale Dysfunktion, erektile Dysfunktion) und die testikuläre Funktion (Orchitis, Samenqualität und Testosteron) bemerkbar machen. Es gibt noch viele offene Fragen, warum es bei Männern im Vergleich zu Frauen zu einem schwereren Krankheitsverlauf und einer höheren Sterblichkeit kommt. Männer weisen vergleichsweise mehr negative Komorbiditäten auf – auch das Vorliegen einer höheren Anzahl an Androgenrezeptoren, als potentieller Mechanismus für einen Zelleintritt des Virus scheint eine Rolle dafür zu spielen. Daher sollten COVID-19-Infizierte bei Bedarf sowohl in der akuten als auch in der Erholungsphase eine entsprechende Aufmerksamkeit erhalten.

### Korrespondenz

Alexander.Mueller[at]uroviva.ch

Alexander.mueller[at]spital-limmattal.ch



### Literatur

Vollständige Literaturliste unter [www.saez.ch](http://www.saez.ch) oder via QR-Code



**PD Dr. med. Alexander Müller**

Facharzt für Urologie mit Schwerpunkt Operative Urologie. Er ist Aktuar und President-elect der Schweizerischen Arbeitsgemeinschaft für Andrologie (SAGA).





Vorgang der Injektion von  $^{177}\text{Lu}$ -PSMA-Liganden mittels eines Gerätes bei der Therapie des Prostatakarzinoms.

# PSMA-Therapie des Prostatakarzinoms

**Therapie** Seit der Erstanwendung in Menschen im Jahre 2011 hat sich die PSMA-basierte Radioligandentherapie weltweit rasant ausgebreitet und gilt als eine wertvolle Erweiterung der Therapiemöglichkeiten bei metastasiertem, kastrationsresistentem Prostatakarzinom.

Prof. Dr. med. Ali Afshar-Oromieh, Prof. Dr. med. Axel Rominger

Das Prostatakarzinom (PC) ist eines der weltweit häufigsten Malignome bei Männern. Im metastasierten Stadium wird das PC zunächst mittels Hormonenzugstherapie mit dem Ziel einer kompletten Suppression des Testosterons, welcher wachstumsstimulierend auf das PC wirkt, behandelt. Allerdings ist es nur eine Frage der Zeit, bis die Karzinomzellen unempfindlich gegenüber dem Hormonenzug werden. In diesem Stadium spricht man von metastasiertem, kastrationsresistentem PC (mCRPC).

Für die Behandlung des mCRPC stehen mehrere Optionen zur Verfügung, die in Therapielinien eingeteilt werden. In der ersten und zweiten Therapielinie befinden sich

neue Hormonenzugs-Medikamente (z.B. Abiraterone, Enzalutamid oder Apalutamid), zwei Chemotherapeutika (Docetaxel und Cabazitaxel) sowie Alpharadin. Auch bei diesen Therapieoptionen ist es jedoch nur eine Frage der Zeit, bis der Tumor Resistenzmechanismen entwickelt.

Noch bis vor wenigen Jahren waren nach Ausschöpfung der obengenannten Therapie-Optionen kaum noch sinnvolle Möglichkeiten vorhanden. Im Jahr 2011 wurde jedoch eine neue Therapiemodalität vorgestellt, die sehr früh ihre Wertigkeit in der Behandlung des mCRPCs unter Beweis stellen konnte: die Prostata-spezifische-Membranantigen-Therapie (PSMA-Therapie).

## Pionierarbeit im Bereich der PSMA-Therapie:

Prof. Dr. Ali Afshar-Oromieh war über sieben Jahre in der Klinik für Nuklearmedizin der Universität Heidelberg (D). Er war dort ab 2011 massgeblich an der klinischen und wissenschaftlichen Etablierung von PSMA-Liganden in der Diagnostik und Therapie des Prostatakarzinoms beteiligt. Dies auch mit zahlreichen Publikationen, die als Pionierarbeiten auf diesem Gebiet gelten. Im August 2019 führte er am Inselspital Bern die erste PSMA-Therapie in der Schweiz durch.

Das PSMA ist ein transmembraner Rezeptor, welcher in PC-Zellen häufig stark überexprimiert wird. In der nuklearmedizinischen Therapie werden Liganden des PSMA mit einem radioaktiven Isotop versehen und intravenös verabreicht. Die Liganden gelangen an die PSMA-Rezeptoren aller PC-Herde und werden anschliessend in das Zellinnere transportiert, wo sie sich stark anreichern und die Zelle durch eine lokale radioaktive Bestrahlung zerstören. Dieses Prinzip der Behandlung wird Radioligandentherapie genannt. Die therapeutische Strahlung reicht dabei im Gewebe nur 1–2 Millimeter weit, so dass das tumor-umgebende Gewebe nur unbedeutend belastet wird. Die Eignungsfähigkeit der Patienten für die PSMA-Therapie hängt neben einer ausreichenden Knochenmarkreserve sowie Nierenfunktion allem voran davon ab, ob die Tumorherde in der diagnostischen Bildgebung ausreichend PSMA-Liganden speichern. Diese Bildgebung erfolgt mittels Positronen-Emissions-Tomographie.

Die Erstanwendung der PSMA-Therapie in Menschen erfolgte 2011 in der Nuklearmedizin der Uniklinik Heidelberg (D). Bis 2013 wurden <sup>131</sup>Iod-gekoppelte PSMA-Liganden verwendet, welche dann im selben Jahr aus Praktikabilitätsgründen von <sup>177</sup>Lutetium-gebundenen PSMA-Liganden abgelöst wurden. In den darauffolgenden Jahren hat sich dieses neue Verfahren weltweit mit erstaunlicher Geschwindigkeit immer weiter ausgebreitet. Zweifels- ohne spricht dies für den enormen Bedarf nach einer weiteren wirksamen therapeutischen Option in der dritten Therapielinie des mCRPC, nachdem alle sinnvollen Optionen der ersten beiden Therapielinien ausgeschöpft sind. Nach entsprechenden Vorbereitungen wurde der erste Patient in der Schweiz im August 2019 mit der PSMA-Therapie behandelt (Inselspital Bern).

Die PSMA-Therapie muss in vielen Ländern, wie auch in der Schweiz, aus Strahlenschutzgründen auf einer nuklearmedizinischen Therapiestation durchgeführt werden. Dabei dauert die Hospitalisation zwei bis drei Tage und wird als ein Therapiezyklus bezeichnet. In der Regel werden zunächst sechs Zyklen in Abständen von sechs bis acht Wochen durchgeführt, wenn nicht zuvor ein Progress festgestellt wird. Denn wie bei allen anderen Therapieformen kann der Tumor auch gegenüber der PSMA-Therapie im Verlauf Resistenzmechanismen entwickeln. In ca. 20% der Patienten zeigt der Tumor bereits bei Therapiebeginn eine Resistenz, wohingegen der Rest der Patienten ein gutes

Ansprechen oder zumindest eine Stabilisierung der Erkrankung erfährt.

Die PSMA-Therapie ist insgesamt gut verträglich. Frühe Nebenwirkungen (Nausea und Fatigue) sind bei entsprechender Begleitmedikation sehr gut kontrollierbar. Auch die Langzeitnebenwirkungen (z.B. Mundtrockenheit) sind bei Einhaltung der standardisierten sechs Zyklen in der Regel als moderat einzustufen.

Bei Patienten, die auf die Therapie ansprechen, zeigt sich oft eine beeindruckende Vitalitätssteigerung und ein Rückgang der Beschwerden wie Schmerzen, Erschöpfung oder Appetitlosigkeit. Immer wieder sieht man Patienten, bei denen vor der PSMA-Therapie alles auf eine sehr kurze Restlebenszeit hindeutete, die aber durch die Therapie deutlich länger bei sehr guter Lebensqualität leben konnten, auch wenn grundsätzlich keine Heilung möglich ist.

Spätestens seit der Veröffentlichung der sogenannten VISION-Studie [1] ist die lebensverlängernde Wirkung der PSMA-Therapie gegenüber der Standardtherapie erwiesen. Dabei ist das Gesamtüberleben mit der PSMA-Therapie im Durchschnitt aller Patienten um vier Monate länger. In diesem Kontext sind die Erfolge der PSMA-Therapie umso höher einzustufen, da bei den Patienten in der Vergangenheit alle ansonsten üblichen Therapieoptionen angewendet wurden und die Tumorbekämpfung hiernach prinzipiell eine grosse Herausforderung darstellt.

Die Ergebnisse der VISION-Studie führten schliesslich zur Zulassung der PSMA-Therapie mit dem Radiopharmakon <sup>177</sup>Lu-PSMA-617 in den USA (Frühjahr 2022) sowie in der EU (Dezember 2022). Bis dahin wurden die Therapien in der Regel im Rahmen von «compassionate use», Sondergenehmigungen der Behörden oder äquivalenten Gesetzeskonstellationen durchgeführt – so auch bis dato in der Schweiz, wo im Übrigen auch keine Kostengutsprache für die PSMA-Therapie gestellt werden muss.

Eine offizielle Zulassung der PSMA-Therapie mit <sup>177</sup>Lu-PSMA-617 für die Drittlinietherapie des mCRPCs wird in der Schweiz im ersten Quartal 2023 erwartet.

### Korrespondenz

ali.afshar[at]insel.ch



### Literatur

Vollständige Literaturliste unter [www.saez.ch](http://www.saez.ch) oder via QR-Code



**Prof. Dr. med. Ali Afshar-Oromieh**

Facharzt für Nuklearmedizin, arbeitet seit 2018 am Inselspital Bern als stellvertretender Direktor.



**Prof. Dr. med. Axel Rominger**

Seit 2018 Direktor der Klinik für Nuklearmedizin an der Universitätsklinik Bern.



© Ocutifocus / Dreamstime

Harnwegsinfektionen gehören zu den häufigsten Infektionen der Frau.

# Antibiotikafrei behandeln bei Harnwegsinfekten

**Behandlung** Adäquate Therapie und Heilung von Harnwegsinfekten (HWI) sind essenziell, damit es zu keiner Progression mit potenziell ernsthaften Komplikationen kommt [1]. Was dies für die tägliche Praxis bedeutet und wie man mehr auf Alternativen zu Antibiotika setzen kann, erfahren wir heute in einem Gespräch mit Prof. Annette Kuhn, der leitenden Ärztin am Zentrum für Urogynäkologie des Inselspitals Bern.

Interview: Dr. rer. nat. Dajana Parganlija, signum | brands GmbH

**Frau Prof. Kuhn, vielen Dank, dass Sie uns mit Ihrer Expertise einen Einblick in diese gesundheitsrelevante Thematik geben. Worin liegt die besondere Bedeutung von Alternativtherapien?**

Alternativtherapien bilden eine extrem wichtige Grundlage zur Bekämpfung der Antibiotika-Resistenzen. Es gibt einen sehr guten numerischen Zusammenhang - je mehr Anti-

biotika wir verschreiben, desto höher wird die Resistenzlage [2]. Das zeigen weltweite Studien [3] sowie Daten aus der Schweiz. In allen Situationen, in denen sich Antibiotika vermeiden lassen, und auf allen Ebenen sollten wir daher unbedingt auf Alternativen zurückgreifen, welche die Resistenzlage nicht verschärfen. Im Spital setzen wir die prophylaktischen Antibiotikagaben, etwa bei ambulanten

Zystoskopien, mittlerweile nur noch bei Bedarf ein. In der Sprechstunde und auch in der Hausarztpraxis könnten wir bei einfachen Harnwegsinfekten eigentlich auch ausschliesslich Alternativen empfehlen und verschreiben. Zudem sollten wir darauf setzen, dass Patientinnen Alternativen für die Prophylaxis kennen und zu Hause parat haben, um Harnwegsinfekte zu vermeiden.

### Welchen Stellenwert haben in diesem Zusammenhang mögliche Nebenwirkungen?

Jeder, der mal Antibiotika eingenommen hat, wird gewisse Nebenwirkungen erlebt haben. Das geht von eher milden Nebenwirkungen wie Durchfall oder Übelkeit bis hin zu schwersten allergischen Reaktionen vom Sofort- oder Spät-Typ, die dann im schlimmsten Falle auch eine Spitaltherapie notwendig machen. Das passiert natürlich nicht bei allen Patientinnen, dennoch kann man feststellen, dass dieser Aspekt der Nebenwirkungen nicht hinreichend ernst genommen wird. Bei den antibiotikafreien Alternativen gibt es sehr wenige und praktisch immer milde Nebenwirkungen [4]. Wenn man das also gegeneinander aufwiegen muss, sind die alternativen Mittel hier deutlich im Vorteil.

### Welche Alternativen gibt es zu einer Behandlung mit Antibiotika?

Zum Glück gibt es hier eine grosse Auswahl, darunter D-Mannose als Einfachzucker, welcher das Anheften von Bakterien an der Harnblasenwand verhindert. D-Mannose ist eine körpereigene Substanz und auch für Diabetiker geeignet. Zudem gibt es eine grosse Anzahl von Phytotherapeutika, die grundsätzlich auch eine Ausschwemmung der Bakterien ermöglichen. Weiterhin stehen Impfungen und lokale Therapeutika zur Verfügung, welche der Blase direkt zugeführt werden können.

### Gibt es besondere Vorteile oder auch Nachteile bei der Anwendung von Alternativen?

Alternativen sind gut zugänglich und einfach anzuwenden. Die Patienten müssen nicht extra in eine Sprechstunde kommen, einen Arzttermin vereinbaren, Wartezeit und Reisezeit einplanen... sondern können die Alternativen unkompliziert in der Apotheke kaufen. Allerdings werden die Kosten für Alternativen von den Krankenkassen nicht immer erstattet, ausser bei einer Zusatzversicherung für naturheilkundliche Wirkstoffe.

### Wie sehen Sie die Rolle der Alternativen bezogen auf die Therapie von wiederkehrenden und akuten HWI?

Von rezidivierenden HWI wird bei mehr als drei Infekten in zwölf Monaten oder mehr als zwei Infekten in sechs Monaten gesprochen. Die alternativen Behandlungen bieten sich für mich besonders in der Akuttherapie an. Zudem setzen wir antibiotikafreie Alternativen auch sehr häufig zur Prophylaxe bei rezidivierenden HWI ein. Sie sind oft rezeptfrei erhältlich, können also zu Hause bereitstehen und bei Bedarf eingenommen werden.

### Ist es wichtig, das Bewusstsein für Alternativen zu stärken?

Auf alle Fälle – meiner Ansicht nach besteht ein erheblicher Informationsbedarf in der Hausarztmedizin, aber auch bei

Patientinnen, die das immer noch nicht so ganz verinnerlicht haben, was für eine Gefahr von den Antibiotika-Resistenzen ausgeht. Den Endverbraucher müsste man also besser darüber informieren, weshalb wir von Antibiotika weggelassen möchten. Wenn es um diesen Umdenkungsprozess geht, ist es immer von Vorteil, wenn Gynäkologie, Urologie und Infektiologie als die drei am ehesten betroffenen Disziplinen zusammenarbeiten und eine gewisse Einigkeit zeigen. Wenn man den Hausärzten eine klare Botschaft zur Behandlung von HWI mitgibt, haben unter dem Strich alle gewonnen - der Hausarzt fühlt sich gestärkt und weiss, was er machen muss, um auf der sicheren Seite zu sein; die Patientin fühlt sich ortsnahe gut betreut, und die Sprechstunden in unseren grossen Kliniken bleiben den schwierigen Fällen vorbehalten.

### Gibt es besondere Herausforderungen im gynäkologischen Bereich, wenn es um den Einsatz der Alternativen geht?

Bei uns im gynäkologischen Bereich ist natürlich immer eine grosse Frage, ob auch Schwangere und Stillende Alternativen nehmen dürfen. Bei Arzneimitteln der Kategorie D sind die meisten Ärzte mit einer Verschreibung zurückhaltend. Allerdings sollte man meines Erachtens auch die Praxiserfahrung einbeziehen. Von D-Mannose beispielsweise wissen wir, dass sie wirksam ist und keine signifikanten Nebenwirkungen hat [5]. Ich persönlich habe keine Probleme, diese Substanz auch Schwangeren zusätzlich zum Antibiotikum oder Stillenden zu verschreiben, da die Mannose nicht resorbiert wird.

### Korrespondenz

annette.kuhn[at]insel.ch



### Literatur

Vollständige Literaturliste unter [www.saez.ch](http://www.saez.ch) oder via QR-Code



Prof. Dr. med. Annette Kuhn

Leitende Ärztin und stellvertretende Chefärztin Gynäkologie der Universitäts-Frauenklinik Bern.



© Knirragaya / Dreamstime

Der GRACE-3.0-Score berechnet das Risiko für Frauen mit unklaren Beschwerden im Brustbereich neu.

# Damit weniger Frauen sterben

**Gendermedizin** Frauen mit akutem Koronarsyndrom haben ein hohes Sterberisiko, das nicht sein sollte. Denn nicht alle erhalten die optimale Behandlung. Wieso ihre Situation bisher falsch eingeschätzt wurde – und wie sich das ändern kann.

Ines Böhm

**W**ie schlimm steht es wirklich um das Herz meiner Patientin? Bei Personen mit akutem Koronarsyndrom (ACS) ohne ST-Strecken-Elevation (NSTE) ist es wichtig, das Risiko für den weiteren Verlauf richtig einzuschätzen. Denn nur so können Patientinnen und Patienten mit unklaren Beschwerden im Brustbereich die passende Therapie erhalten. Aktuelle Leitlinien [1, 2] empfehlen den Score zur Risikoabschätzung GRACE (Global Registry of Acute Coronary Events) 2.0. Doch dieser ordnet zu wenige Frauen der Hochrisikogruppe zu.

Forschende aus Zürich, London und Graz haben nun die Aussagekraft des GRACE-2.0-Scores für weibliche wie männliche NSTE-ACS-Patienten neu evaluiert. Mithilfe von künstlicher Intelligenz wurde der GRACE-3.0-Score entwickelt und validiert [3]. Prof. Dr. med. Christian Müller, Chefarzt und Leiter der klinischen Forschung und stationären Kardiologie am Universitätsspital Basel, kennt die Studie und betont die Bedeutung dieser, wie er sagt, «sehr wichtigen» Arbeit mit prominenter Schweizer Beteiligung: «Diese Studie zeigt einen Weg auf, wie die

prognostische Genauigkeit dieses Risk-Scores weiter erhöht werden kann.»

Ziel der multinationalen Studie war es, die geschlechtsbezogene Trennschärfe in Bezug auf das Sterberisiko im Spital bei NSTEMI-Patienten und -Patientinnen zu bewerten – und zwar in vordefinierten, klinisch bedeutsamen GRACE-Risikokategorien (Mortalitätsrisiko  $\leq 3\%$ : mittel bis niedrig; Mortalitätsrisiko  $> 3\%$ : hoch). Als primärer Endpunkt war «Versterben im Spital» definiert.

## Ein Teil der NSTEMI-Patientinnen wurde fälschlicherweise der Gruppe mit mittlerem bis niedrigem Risiko zugeordnet.

### Zu selten eine invasive Therapie

Die Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftler haben festgestellt: Der GRACE-2.0-Score stuft das Risiko für Frauen geringer ein als jenes für Männer. Deshalb wird bei Frauen seltener eine frühzeitige Koronarangiografie durchgeführt, um mittels dieser bildgebenden Untersuchung die Situation einzuschätzen. In der Folge erhalten Frauen seltener eine invasive Therapie, selbst wenn diese angezeigt wäre. Dies vor dem Hintergrund, dass Frauen im Vergleich zu Männern bei Spitaleintritt schwerwiegendere Risikofaktoren, zum Beispiel höheres Alter, aufweisen [3].

Ein Teil der NSTEMI-Patientinnen wurde also bisher fälschlicherweise der Gruppe mit mittlerem bis niedrigem Risiko zugeordnet, wodurch diese Personen ein erhöhtes Risiko hatten, im Spital zu sterben. Weiter zeigte sich, dass Frauen mit einem NSTEMI seltener mit Thrombozytenaggregationshemmern und Statinen versorgt werden und länger im Spital bleiben.

Um die Risikobewertung bei Frauen zu verbessern, haben die Forschenden den GRACE-2.0-Score weiterentwickelt, wobei die Modellparameter dieselben blieben. Für den GRACE-3.0-Score wurden sie jedoch geschlechtsspezifisch gewichtet. Die Ursprungskohorte (MINAP) [4] enthielt nach Geschlecht aufgeschlüsselte Daten von 400 054 Patientinnen und Patienten aus Grossbritannien. 80% der Datensätze wurden als Trainingskohorte eingesetzt, um Vorhersagemodelle zu trainieren. 20% der Datensätze dienten der internen Validierung der Modelle. Dass auch für GRACE 3.0 nur rund ein Drittel der Daten von Frauen stammen, erklärt Prof. Müller damit, dass Männer doppelt so häufig an einem Herzinfarkt erkranken wie Frauen. «Damit ist der Datensatz für Männer immer grösser. Die jetzige Studie hat diesen Punkt mit der ausgesprochen grossen Fallzahl gut ausgeglichen.»

Mithilfe eines überwachten maschinellen Lernansatzes wurden die interindividuellen Abweichungen und Unterschiede zwischen weiblichen und männlichen Patienten in das Risikomodell eingebracht. Die externe Validierungskohorte (AMIS Plus und SPUM-ACS) [5, 6] umfasste 20 727 Patientinnen und Patienten aus der Schweiz.

### Neubewertung des Risikos

Der neue Ansatz führt tatsächlich zu einer Veränderung bei der Bewertung des Risikos von NSTEMI-Patientinnen.

Prof. Müller: «Auch wenn Frauen in der Risikobewertung noch etwas benachteiligt sind, so ist der Unterschied doch klein. Für Männer und Frauen funktionieren sowohl der bisherige Score als auch die neue Variante sehr gut. Möglicherweise liegt die zwar insgesamt sehr gute Performance bei Frauen, aber eben noch etwas Bessere bei Männern an zwei Details.» Er zählt auf: «Erstens weisen Frauen häufiger unterschiedliche Subtypen eines Herzinfarktes auf. Zweitens sind Frauen zum Zeitpunkt des Herzinfarktes im Schnitt sieben Jahre älter als Männer. Mit dem Alter nimmt die Häufigkeit an Begleiterkrankungen zu, welche das Risiko für Tod unabhängig vom Herzinfarkt erhöhen. Dazu gehören Malignome, Infektionen, Frailty und Demenz. All dies geht nicht in den Score ein.»

Und er fügt hinzu: «Mit entsprechenden Biomarkern könnte das Risiko noch umfassender bewertet werden, hierzu laufen bereits Arbeiten.» Auch weitere Faktoren, beispielsweise Demenz oder Frailty seien geeignet, um noch konkretere Aussagen zum Risiko eines Patienten oder einer Patientin mit akutem Koronarsyndrom machen zu können.

Die Abschätzung des Mortalitätsrisikos mit GRACE 3.0 führte dazu, dass 5-6% mehr Frauen als bei GRACE 2.0 in die Hochrisikogruppe eingestuft wurden. Dies ist von klinischer Bedeutung, denn eine Beurteilung mit dem GRACE-2.0-Score hätte zu einer Einstufung dieser Frauen in die niedrige bis mittlere Risikogruppe geführt. Damit wäre die Indikation für eine frühzeitige invasive Therapie nicht gegeben gewesen. Gleichzeitig wurden mehr Männer der Gruppe mit niedrigem bis mittlerem Risiko zugerechnet [3]. Um eine breite Anwendung zu ermöglichen, soll demnächst ein Online-Rechner für den GRACE-3.0-Score zur Verfügung gestellt werden. Zu diesem Punkt macht Prof. Müller deutlich, dass «der Score in der täglichen klinischen Praxis erst gut funktionieren wird, wenn er automatisch durch die elektronische Krankengeschichte berechnet werden kann. Wir sind gerade daran, dies bei uns zu implementieren.»

## Um eine breite Anwendung zu ermöglichen, soll es einen Online-Rechner für den GRACE-3.0-Score geben.

Einschränkend zur Anwendung eines Scores zur Risikobewertung bei akutem Koronarsyndrom sagt Prof. Müller: «Der GRACE-Score spielt bisher im klinischen Alltag in den meisten Spitälern eine untergeordnete Rolle, weil er nur umständlich berechnet werden kann und weil er keine direkte therapeutische Konsequenz hat.» Weitere Arbeiten müssten daher den Link zwischen der prognostischen Information und den therapeutischen Konsequenzen schärfen.



### Literatur

Vollständige Literaturliste unter [www.saez.ch](http://www.saez.ch) oder via QR-Code

# Haben Sie noch Fragen?

**Recht** Patientinnen und Patienten müssen über einen medizinischen Eingriff aufgeklärt werden und ihm zustimmen, sonst ist die Behandlung rechtswidrig. Was Ärztinnen und Ärzte beachten sollten, damit die Aufklärung gelingt.

Andrea Büchler

**B**lutabnahme oder Entfernung eines Myeloms: Jeder medizinische Eingriff stellt zunächst einen rechtswidrigen Eingriff in die körperliche Integrität dar, selbst dann, wenn er zu Heilzwecken erfolgt – so die herrschende Lehre und das Bundesgericht. Der Eingriff wird durch die Einwilligung der Patientin oder des Patienten erst rechtmässig. Die Einwilligung selbst rechtfertigt aber nur dann den Eingriff, wenn die Person urteilsfähig ist und rechtsgenügend aufgeklärt wurde. Es ist die Rede vom Informed Consent.

## Welche Anforderungen es gibt

Die Aufklärung ist also entscheidend, denn: Die Patientin oder der Patient kann nur dann eine selbstbestimmte Einwilligung zu einem Eingriff erteilen, wenn sie oder er über die relevanten Informationen verfügt – sind diese unrichtig oder unvollständig, ist die Entscheidung auch nicht Ausdruck ihres oder seines freien Willens. Doch welchen Anforderungen muss die Aufklärung genügen? Darauf geben Lehre und Rechtsprechung differenzierte Antworten. Zunächst wird unterschieden zwischen der Eingriffsaufklärung, der Sicherungsaufklärung, der wirtschaftlichen Aufklärung und der Aufklärung über Behandlungsfehler.

Die Eingriffsaufklärung ist für die rechtsgültige Einwilligung zwingend. Fehlt sie, bleibt der Eingriff rechtswidrig, dies unabhängig davon, ob er indiziert war und nach den Regeln der ärztlichen Kunst durchgeführt wurde. Die Eingriffsaufklärung umfasst ihrerseits die drei Bestandteile der Diagnoseaufklärung, der Verlaufsaufklärung und der Risikoaufklärung. Wie die Bezeichnungen nahelegen, muss die Aufklärung die Diagnose, die Prognose, die Behandlungsmöglichkeiten und alle damit zusammenhängenden Umstände wie Risiken und Nebenwirkungen der Therapie, zu erwartende Veränderungen des Gesundheitszustands und mögliche Behandlungsalternativen umfassen. Die Einzelheiten sind zahlreich und mitunter auch umstritten, beispielsweise mit Blick auf die aufklärungspflichtigen alternativen Behandlungsmöglichkeiten, den Detaillierungsgrad der Verlaufsaufklärung oder hinsichtlich der Risiken, auf die sich die Aufklärungspflicht erstreckt. So sind zum Beispiel sehr seltene Risiken, und solche, von denen angenommen wird, sie seien der Allgemeinheit vertraut, wie etwa allgemeine Infektionen, nicht aufklärungspflichtig.

## Schriftliche Aufklärung nötig?

Die Aufklärung ist an keine Form gebunden. Schon deshalb, weil die Ärztin oder der Arzt die korrekte Aufklärung nachweisen muss, ist allerdings die Schriftlichkeit häufig unumgänglich. Aber auch die schriftliche Aufklärung vermag allein nicht immer zu genügen, dies insbesondere dann nicht, wenn sie durch ein standardisiertes Formular erfolgt, das den Einzelfall nicht anspricht. Zulässig ist die sogenannte Stufenaufklärung: Die Patientin oder der Patient wird zunächst mit Broschüren und einem Formular über den geplanten Eingriff informiert, und danach findet ein Aufklärungsgespräch statt. Jedenfalls muss die Person die Informationen verstehen und Fragen stellen können. Die Aufklärung hat vor dem Eingriff stattzufinden, es sei denn, es handelt sich um eine Notfallsituation. Es ist der Patientin oder dem Patienten genügend Zeit einzuräumen, sich die Entscheidung zu überlegen, und allenfalls mit anderen zu besprechen. Was genügend ist, hängt von der Schwere des Eingriffs ab. Handelt es sich um einen schweren und risikoreichen Eingriff, ist der Person eine Bedenkzeit von mindestens drei Tagen einzuräumen, so das Bundesgericht.

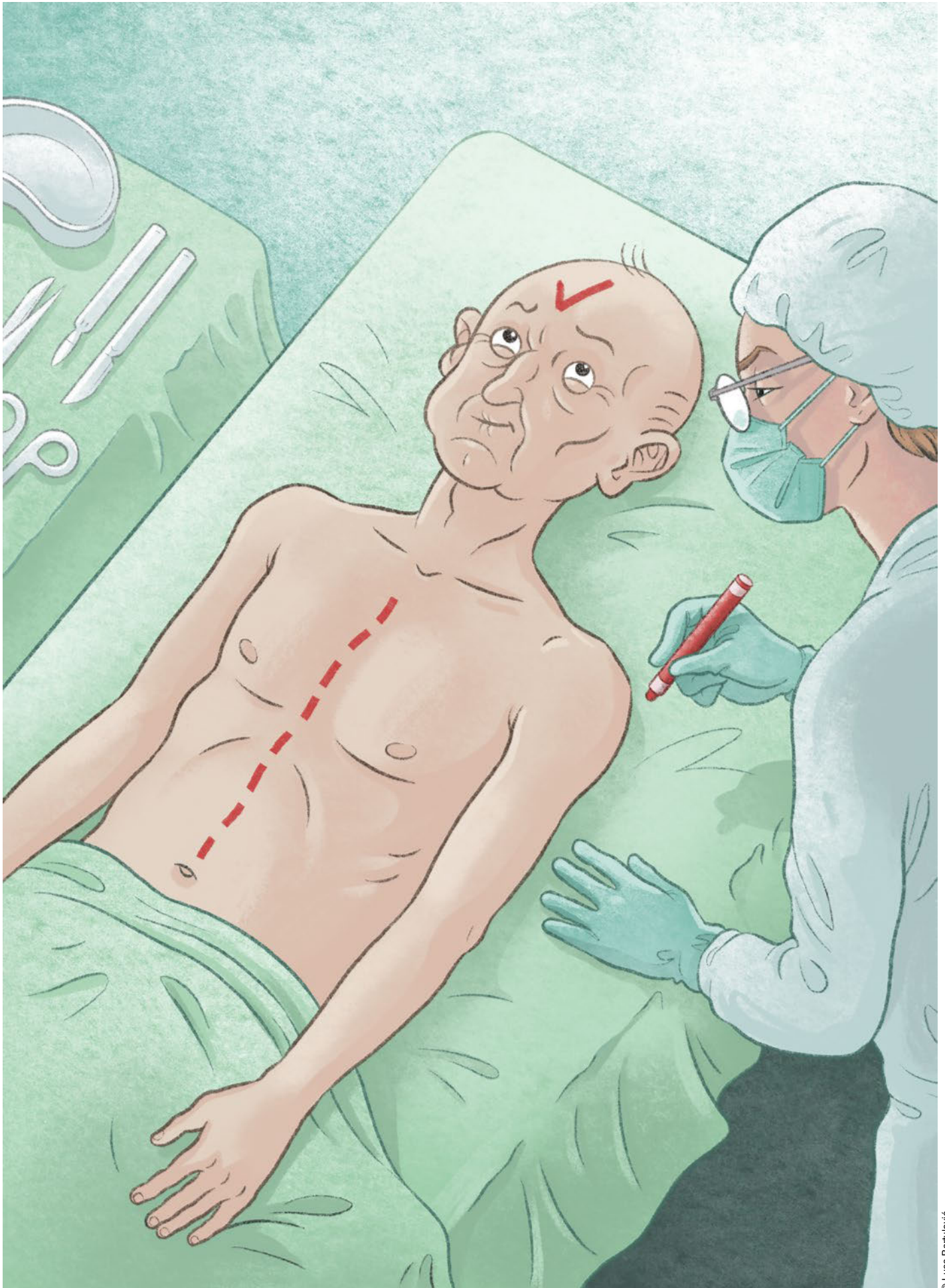
Schliesslich ist ein Verzicht auf die Aufklärung zwar grundsätzlich möglich, allerdings darf er nicht leichthin angenommen werden und die Patientin oder der Patient muss in den wesentlichen Grundzügen über den Eingriff informiert sein, um diesem rechtsgültig zustimmen zu können.

Keine Frage: Aufklärung ist herausfordernd, ganz besonders in einer pluralen Gesellschaft. Medizinische Massnahmen sind zunehmend komplex und die Informationen dazu dicht. Es sind der Patientin und dem Patienten alle Informationen zukommen zu lassen, die sie und er benötigt, um das Selbstbestimmungsrecht angemessen ausüben zu können. Was das genau heisst, ist von der medizinischen Praxis immer wieder neu zu bestimmen.



**Prof. Dr. iur. Dr. h.c. Andrea Büchler**

Die Rechtswissenschaftlerin forscht und lehrt unter anderem zu Medizinrecht und schreibt an dieser Stelle regelmässig über rechtliche Fragen im Arztberuf.



© Luca Bartulović



# Digitalisierung – et al.



**Stefan Kuster**  
Prof. Dr. med., Chefarzt  
Infektiologie/Spitalhygiene,  
Kantonsspital St. Gallen,  
Mitglied Advisory Board der Schweizerischen  
Ärztezeitung

Et alia – «und andere» – bedeutet das «et al.», wenn Arbeiten zitiert werden. Hinter diesen vier Buchstaben verstecken sich viele gute Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftler, die über Jahre an einer Studie gearbeitet, Patientinnen und Patienten rekrutiert, Daten erfasst oder analysiert, oder Gelder eingeworben haben. Aus Platz- und Effizienzgründen werden sie wegrationalisiert, wenn auf eine Studie verwiesen wird. Alle Ehre dem Erstautor, der das Manuskript hoffentlich zumindest in der Erstfassung geschrieben hat. Ein Ausdruck von Denkmustern, die in keiner Weise der Teamleistung gerecht werden, die hinter einer wissenschaftlichen Arbeit steckt. Bräuchte es nicht eine (künstlich-)intelligente Methode, die den individuellen Beitrag jedes Einzelnen besser abbildet als die veraltete Autorenliste?

## Im Moment schiessen Digitalisierungslösungen aus dem Boden. Schaut man etwas näher hin, so vermisst man aber echte «et al.»-Lösungen.

Damit sind wir schon beim eigentlichen Thema. Das «andere» spielt auch bei der Digitalisierung eine grosse Rolle. Das «al» wird in der digitalen Medizin zumindest unbewusst immer noch relativ konstant ignoriert. Oder fällt der deutschen Sprache zum Opfer, wie man es nimmt. Die englische Sprache unterscheidet zwischen «digitisation», also der reinen Umwandlung von analogen Daten in digitale, und «digitalisation», dem echten Lösen von Problemen mit neuen technischen Mitteln. Wahrscheinlich ist es auch Letzteres, was wir im deutschen Sprachgebrauch unter Digitalisierung – oder noch besser: der digitalen Transformation – zu verstehen meinen. Die Frage ist aber, was wir wirklich in der Realität erleben, und wie wir uns die Zukunft vorstellen.

Im Moment – vielleicht kommt es nur mir so vor – schiessen Digitalisierungslösungen wie Pilze aus dem Boden. Schaut man etwas näher

hin, so vermisst man aber echte «et al.»-Lösungen. Bei der «digitisation» holen wir auf, aber bei der digitalen Transformation? Bräuchte es nicht statt eines elektronischen Formulars für die Erfassung der Anamnese den digitalen Assistenten, der mithört, wenn wir mit einem Patienten sprechen? Der uns Vorschläge macht, welche Fragen noch zu stellen sind? Uns berät, welche Abklärungen sinnvoll sind und vor allem, welche gerade eben nicht? Braucht es nicht das System, das parallel zu unserer Anamneserhebung die Zeit stoppt und unsere Handlungen verfolgt, damit die Leistungserfassung ebenfalls automatisch erfolgen kann und nicht noch viele zusätzliche Klicks erfordert?

Bräuchte es nicht einen übergeordneten Fokus auf Kommunikation der verschiedenen Softwarelösungen statt der x-ten Insellösung für ein spezifisches Problem? Und bräuchte es nicht statt Einbahnstrassen-Input auch Output im Sinne von sinnvollen Abfrage- und Analysetools, die uns helfen, die Behandlungsqualität zu verbessern und die Effizienz zu steigern? Effizienz im Sinne von mehr effektiver Zeit mit der Patientin, anstatt mehr Zeit zu absorbieren für die immer noch komplexere Verschiebung der Dokumentation von Papier in eine Software.

## Sollten wir nicht langsam das Ruder übernehmen und definieren, wie wir uns die digitale Medizin der Zukunft vorstellen?

Sollten wir nicht langsam das Ruder übernehmen und definieren, wie wir uns die digitale Medizin der Zukunft vorstellen, anstatt uns diktieren zu lassen, welche Klicks wir noch machen müssen, damit wir möglichst digitalisierungskonform sind? Bestenfalls im Team, interprofessionell, interdisziplinär, generationenübergreifend, gemeinsam? Inklusive «et al.», halt?

Notabene: Auch die ursprüngliche Idee zu diesem «Zu guter Letzt» stammt natürlich nicht vom Autor alleine. Vielen Dank an Matthias Schlegel und Team!

**09.02.2023 | 17.00–18.30 Uhr**  
**Iron Academy 2023 / FomF-Webinaire**

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](mailto:info@ironacademy.ch)

**09.02.2023 | 09.00–16.45 Uhr**  
**Formation post-graduée en médecine physique et réadaptation réseau romand – RRRMPR**

Activité physique et réadaptation.

Clinique romande de réadaptation, Avenue du Grand-Champsec 90, 1950 Sion, Suisse  
 Kontakt: Monya Lehner Savioz  
[ecs@crr-suva.ch](mailto:ecs@crr-suva.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](mailto:info@swiss-insurance-medicine.ch)

**09.02.2023–11.02.2023**  
**62. Ärztekongress LUNGE ZÜRICH IN DAVOS**

Siehe Programm auf der Website.

LUNGE ZÜRICH, Talstrasse, Davos, Schweiz  
 Kontakt: Anita Anselmi  
[anita.anselmi@lunge-zuerich.ch](mailto:anita.anselmi@lunge-zuerich.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](mailto:office@wit-kongress.at)

**15.02.2023–17.02.2023**  
**33. Symposium Intensivmedizin + Intensivpflege Bremen**

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

Messe und Congress Centrum Bremen, Findorffstraße 101, 28215 Bremen, Deutschland  
 Kontakt: Claudia Burgess  
[service@intensivmed.de](mailto:service@intensivmed.de)

**16.02.2023–18.02.2023**  
**St. Galler Fortbildung Klinische Onkologie 2023**

Intensive Fortbildung mit Symposien, Pro- und-Kontra Diskussionen sowie interaktiven Challenge-the-Expert-Seminaren mit Fachpersonen aus den verschiedenen Fachgebieten.

Kongresszentrum Einstein, Berneggstrasse 2, 9000 St. Gallen, Schweiz  
 Kontakt: Nicole Schenk  
[events.onkologie@kssg.ch](mailto:events.onkologie@kssg.ch)

**24.02.2023–26.02.2023**  
**BUB-Kurs**

Interdisziplinärer Kurs zur Diagnostik und Therapie schlafbezogener Atmungsstörungen.

Kontakt: Elvira Sommerfeld  
[elvira.sommerfeld@wikonect.de](mailto:elvira.sommerfeld@wikonect.de)

**24.02.2023–25.02.2023**  
**Rheuma trifft Gastro – Gastro trifft Rheuma**

Tech Gate Vienna, Donau-City-Straße 1, 1220 Wien, Österreich  
 Kontakt: Information / Anmeldung: ÄrzteZentrale Med.Info  
[azmedinfo@media.co.at](mailto:azmedinfo@media.co.at)

**25.02.2023**  
**24. Jahrestagung der Österreichischen Gesellschaft für Psychosomatik in der Inneren Medizin**

Schloss Wilhelminenberg, Savoyenstrasse 2, 1160 Wien, Österreich  
 Kontakt: Informationen bei: ÄrzteZentrale Med.Info, Herr Dominik Udolf  
[azmedinfo@media.co.at](mailto:azmedinfo@media.co.at)

**01.03.2023 | 17.00–19.30 Uhr**  
**MST 2023 digital – EU Medtech Shark Tank**

We as physicians feel, that if the balance between safety and the functioning of the internal market is no longer existing, it will severely challenge Europe's position as a location for the MedTech industry.

Kontakt: wikonect GmbH  
[info@wikonect.de](mailto:info@wikonect.de)

**01.03.2023–04.03.2023**  
**4. GAMMA Kongress**

Orthopädie/Hüfte/Knie/Fuß, Funktionsdiagnostik/Neuroorthopädie, Hilfsmittel/Prothetik/Orthetik, Physiotherapie/Sport/Rehabilitation, Messmethoden/Modellierung/Simulation, Rumpf/Obere Extremität/Haltung/Balance.

Orthopädische Universitätsklinik Heidelberg Schlierbacher, 69118 Heidelberg, Deutschland  
 Kontakt: GAMMA e.V.  
[info@kmb-lentzsch.de](mailto:info@kmb-lentzsch.de)

**03.03.2023**  
**Der große, kleine Unterschied – Warum Gendern in der Kardiologie wichtig ist**

Lentos Kunstmuseum Linz, Doktor-Ernst-Koref-Promenade 1, 4020 Linz, Österreich  
 Kontakt: Ärztezentrale med.info  
[azmedinfo@media.co.at](mailto:azmedinfo@media.co.at)

**06.03.2023–10.03.2023**  
**30. Ärzteforum Davos – Jubiläum**

Die Fortbildungsveranstaltung richtet sich an Teilnehmende aus Praxis und Spital. Das Ärzteforum bietet aktuelle und praxisrelevante Themen und Referate, hauptsächlich aus der Allgemeinen Inneren Medizin und den Spezialgebieten der Inneren Medizin.

Kongresszentrum Davos, Talstrasse 49a, 7270 Davos Platz, Schweiz  
 Kontakt: Nina Hochholdinginger  
[nina.hochholdinginger@davos.ch](mailto:nina.hochholdinginger@davos.ch)



**Fehlt Ihre Veranstaltung?**  
 Tragen Sie sie ein auf [events.emh.ch](https://events.emh.ch)

**Soll Ihre Veranstaltung herausstechen? Wir helfen gerne.**  
[events@emh.ch](mailto:events@emh.ch)