

SCHWEIZERISCHE ÄRZTEZEITUNG & SWISS MEDICAL FORUM

Ausgabe 6
8. Februar 2023



28 Es geht aufwärts
Wann der TARDOC
kommt

16 **Behandlungsqualität**
Universitätsspital Basel
geht neue Wege

40 **Narrative Review**
Was patientenzentrierte
Kommunikation ausmacht

80 **«Bodypacker»**
Notfallmedizin: auf der
Suche nach Kokain

Richtig reden



Eva Mell

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

Ob im Spital oder in der Praxis: Die meisten Patientinnen und Patienten wollen heutzutage an Entscheidungen beteiligt sein, die ihre Gesundheit betreffen. Das sogenannte Shared Decision Making gehört längst zum ärztlichen Alltag. Doch Forschende des Universitätsspitals Basel haben nun herausgefunden, dass immerhin jede fünfte Person lieber den Arzt oder die Ärztin allein entscheiden lässt. Im Artikel ab Seite 12 beschreibt der Journalist Adrian Ritter, wie Ärztinnen und Ärzte mit den unterschiedlichen Bedürfnissen umgehen können, wann die gemeinsame Entscheidungsfindung angebracht ist und in welchen Fällen Patientinnen und Patienten eher zurückhaltend sind.

Forschende des Universitätsspitals Basel fanden heraus, dass jede fünfte Person lieber den Arzt oder die Ärztin allein entscheiden lässt.

Um das Arzt-Patienten-Verhältnis geht es in dieser Woche auch im Swiss Medical Forum. Ab Seite 40 schreibt Wolf Axel Langewitz über die patientenzentrierte Kommunikation. Aber was bedeutet das überhaupt? Der Autor weist darauf hin, dass es unterschiedliche Definitionen dieses Konzepts gibt und schafft mit seinem Übersichtsartikel mehr Klarheit. Zudem erklärt

er, wie eine gelungene patientenzentrierte Kommunikation zum Behandlungserfolg beitragen kann, was geschehen kann, wenn man darauf verzichtet – und wieso auch das «aufmerksame Schweigen» zu dieser Kommunikationsstrategie gehört.

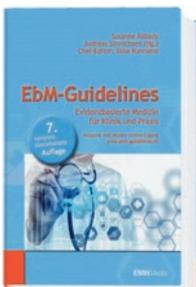
Eine gelungene patientenzentrierte Kommunikation inklusive «aufmerksamen Schweigens» kann zum Behandlungserfolg beitragen.

Eine gute Kommunikation ist wichtig für eine funktionierende Arzt-Patienten-Beziehung. Aber es gibt noch weitere Rahmenbedingungen, die stimmen müssen, damit Ärztinnen und Ärzte gute Arbeit leisten können. Dazu gehört, dass der veraltete Tarif TARMED abgelöst wird. Ab Seite 28 zeigt Christian Oeschger, auf welchen Fahrplan sich die Tarifpartner geeinigt haben, wann der neue Tarif TARDOC eingeführt werden kann und was Ärztinnen und Ärzte über dieses Thema wissen müssen.

Anzeige

EbM-Guidelines

Evidenzbasierte Medizin für Klinik und Praxis



Susanne Rabady, Andreas Sönnichsen
EbM-Guidelines
Evidenzbasierte Medizin für Klinik und Praxis
7., komplett überarbeitete Auflage, 2018. 1568 Seiten, mit zahlreichen, hauptsächlich schwarz-weißen Abbildungen und Tabellen.
Gebunden.
CHF 171.–
ISBN 987-3-03754-115-9
EMH Schweizerischer Ärzteverlag AG

Das Buch
Das gesamte Fachwissen der allgemeinmedizinisch-internistischen Grundversorgung. Das Standardwerk – über 1600 Seiten sicheres Wissen.

Die Online-Version
Fortlaufend aktualisiert, noch mehr Inhalte, Bilder, Videos und Audiobeispiele. Links zu den Cochrane-Library-Beiträgen, Evidence Summaries. Jahresabonnement online CHF 158.–, mehr Info und Bestellung auf www.ebm-guidelines.ch

Die Mobile-Version
Die EbM-Guidelines sind für alle mobilen Endgeräte wie Tablets und Smartphones ohne Zusatzkosten nutzbar.

Verkauf der EbM-Guidelines durch EMH nur innerhalb der Schweiz.
Weitere Informationen finden Sie unter shop.emh.ch



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

Im Fokus



12

Der selbstbestimmte Patient

Partizipation Nicht alle Patientinnen und Patienten wollen gleich stark an Entscheidungen zu ihrer Gesundheit beteiligt werden. Eine Studie des Universitätsspitals Basel zeigt, dass jede fünfte Person lieber passiv bleibt. Das hat Auswirkungen auf das Arzt-Patienten-Verhältnis.

Adrian Ritter



16

Damit es runder läuft

Neue Wege Schweizer Spitäler stehen vor Herausforderungen. Dazu gehört etwa, das Konzept der Value Based Healthcare umzusetzen, um den Patientennutzen zu erhöhen. Wie das Universitätsspital Basel dabei vorgeht – und wie Mitarbeitende in den Wandel eingebunden werden.

Yvonne Kiefer-Glomme



78

Eine Karriere nach der anderen

Karriere Das Leben besteht aus Phasen – und weil der berufliche Werdegang zum Leben gehört, kann er gar nicht geradlinig verlaufen. Weshalb das okay ist und wie man dennoch einzelne Schritte vorausplanen kann.

Jürg Unger

Inhaltsverzeichnis

3	Editorial von Eva Mell Richtig reden
8	REDAKTIONELLE INHALTE
8	News
8	Auf den Punkt Nicht mehr kriminell?
12	Hintergrund Der selbstbestimmte Patient
16	Hintergrund Damit es runder läuft
21	Briefe an die Redaktion
24	Mitteilungen
76	Wissen Viralen Antigenen auf der Spur
78	Praxistipp Eine Karriere nach der anderen
80	Porträt Auf der Suche nach Kokain
82	Zu guter Letzt von Ludwig T. Heuss Abstimmen wie Cäsar
25	FMH
26	Leitartikel des Zentralvorstandes Neues von der Tariffont
28	FMH-Aktuell Fahrplan zur TARMED-Ablösung steht

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

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

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

32	Personalien
33	ORGANISATIONEN
33	Arbeitsgruppe für differenzierte Impfungen Zwischen gefühlten Sorgen und wissenschaftlichen Einsichten
35	SWISS MEDICAL FORUM
36	Kurz und bündig von Lars C. Huber und Martin Krause
38	Medizinische Schlaglichter Perioperatives Management bei Erkrankten mit Post-COVID-19-Syndrom
40	Übersichtsartikel Patientenzentrierte Kommunikation
45	Was ist Ihre Diagnose? Atypisches Bild einer häufigen Erkrankung
66	SCHWERPUNKT: ONKOLOGIE
66	Die San Antonio Breast Cancer Konferenz 2022
68	Vorbeugende Operation und Bestrahlung bei Brustkrebs
71	Innovationen in der Brustkrebsdiagnostik
74	Traumatisierende Diagnose Brustkrebs
48	SERVICES
48	Stellenmarkt
58	FMH Services
64	Seminare und Veranstaltungen

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

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

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

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

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

Rubrik FMH Services: FMH Consulting Services, Stellenvermittlung, 6208 Oberkirch, Tel. +41 (0)41 244 60 60, mail@fmhjob.ch, www.fmhjob.ch

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

Andere Abonnemente: EMH Kundenservice, Postfach, 4601 Olten, Tel. +41 (0)58 510 29 73, emh@asmig.ch

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

Gestaltungskonzept: Agentur Guido Von Deschwanden

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

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



printed in
switzerland



© Elia Pellegrini / Unsplash

Wenn Frauen ihr Kind abtreiben möchten, ist das grundsätzlich eine Straftat – die aber unter gewissen Umständen straffrei ist.

Auf den Punkt

Nicht mehr kriminell?

Abtreibungen Eine Parlamentarische Initiative will die Bestimmungen zum Schwangerschaftsabbruch aus dem Strafgesetzbuch streichen, um Abbrüche zu entkriminalisieren. Was die Initiatorin fordert, was die Kommission für Rechtsfragen des Nationalrats dazu sagt – und weshalb das Vorhaben nicht weit genug geht.

Eva Mell

Es ist geradezu paradox: Jede Frau in der Schweiz hat das Recht, ihre Schwangerschaft in den ersten zwölf Wochen abubrechen – bei einer schweren körperlichen Schädigung oder einer gravierenden seelischen Notlage, die von der Ärztin oder dem Arzt bestätigt wird, auch darüber hinaus. Doch sobald sie dieses Recht in Anspruch nimmt, begeht sie eine Straftat. Denn die Möglichkeit, die Schwangerschaft straffrei zu beenden, ist im Strafgesetzbuch geregelt.

Am 2. Februar beriet die Kommission für Rechtsfragen des Nationalrats über die Parlamentarische Initiative «Eine Abtreibung sollte in erster Linie als eine Frage der Gesundheit betrachtet werden und nicht als Strafsache» [1]. Darin fordert Léonore Porchet (Grüne Partei der Schweiz), die Artikel betreffend den Schwangerschaftsabbruch im Strafgesetzbuch aufzuheben. In ihrer Begründung bezieht sie sich auf die Forderungen der Weltgesundheitsorganisation

WHO und schreibt: «Für eine vollständige Entkriminalisierung der Abtreibung müssen jegliche Bestimmungen zum Schwangerschaftsabbruch aus dem Strafrecht gestrichen werden.» Porchet verlangt, die bisherige Regelung «in einem Spezialgesetz oder in einem Gesetz über die sexuelle Gesundheit im weiteren Sinne oder im Bereich der öffentlichen Gesundheit» zu verankern. Die Kommission kommt zu dem Schluss, dass das nicht nötig sei und argumentiert [2]: «In den Augen der Kommission besteht kein Handlungsbedarf, zumal es ihres Wissens in der Schweiz seit rund zwanzig Jahren im Zusammenhang mit einer Abtreibung keine strafrechtliche Verfolgung mehr gab.»

Was nicht zur Sprache kommt

Auch aus ganz anderen Gründen gibt es Zweifel an der Initiative. Die zwölfwöchige Frist und den aktuellen Umgang

mit späteren Abbrüchen in der Schweiz stellt die Politikerin in ihrem Initiativtext nämlich nicht in Frage.

Andrea Büchler, Juristin, begrüsst eine Entkriminalisierung, gibt aber zu bedenken, dass man auch über die Frist sprechen müsste. «Im Vergleich zu anderen europäischen Ländern hat die Schweiz eine kurze Frist», sagt die Juristin. Innerhalb von zwölf Wochen seit Beginn der letzten Periode kann die Frau hierzulande frei entscheiden, die Schwangerschaft zu beenden. Zum Vergleich: In Deutschland liegt die Frist bei 14 Wochen. In Österreich bei 16. In Schweden bei 18. In den Niederlanden bei 24 Wochen nach der letzten Periode. «Der frühe Schwangerschaftsabbruch scheint in der Schweiz gewährleistet», sagt die Juristin. Will aber eine Frau einen späteren Abbruch vornehmen lassen, gebe es einige Hürden. Betroffen sind jährlich rund 500 Frauen [3].

Herausforderung späte Abbrüche

Vor allem der Umgang mit Abbrüchen im späteren Verlauf der Schwangerschaft wirft Fragen auf. Das zeigt eine Stellungnahme der Nationalen Ethikkommission im Bereich der Humanmedizin (NEK) aus dem Jahr 2018. Unter dem Titel «Zur Praxis des Abbruchs im späteren Verlauf der Schwangerschaft» hat die NEK ethische Erwägungen und Empfehlungen veröffentlicht. Darin beschreibt die Kommission die Situation für die betroffenen Frauen wie folgt [4]: «Je nach Region ist der Zugang zu solchen Abbrüchen erschwert, einzelne Kliniken führen dagegen überpropor-

Die zwölfwöchige Frist und den aktuellen Umgang mit späteren Abbrüchen in der Schweiz stellt der Initiativtext nicht in Frage.

tional viele solcher Eingriffe durch. Zum Teil werden Frauen professionell unterstützt, teilweise sind die Begleitungs- und Betreuungsangebote aber auch ungenügend koordiniert oder bestehen nicht kontinuierlich über alle Prozessphasen vor und nach der Geburt hinweg.» Eine Forderung der NEK lautet [5]: «Dass die kantonalen Gesundheitsämter sicherstellen, [...] dass die Versorgungsqualität (vor, während und nach dem Abbruch) überall gleichwertig ist, um eine zu grosse Konzentration von Fällen in bestimmten Kliniken oder eine ausserkantonale Behandlung zu vermeiden; [...]»

Die Thematik ist also vielschichtig. Die bisherige Regelung ohne weitere Änderungen aus dem Strafgesetzbuch in ein neues Gesetz zu verlagern, greife zu kurz, meint Andrea Büchler. Dass der Schwangerschaftsabbruch im Strafgesetzbuch am falschen Ort geregelt ist, darin stimmt die Juristin der Politikerin Léonore Porchet zu. Aber sie sagt: «Damit ist das Thema nicht beendet.»



Literatur

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

Persönlich

Neue OP-Managerin in Aarau



Dr. med.
Constanze
Hasselmann

KSA Dr. med. Constanze Hasselmann ist seit 1. Januar 2023 Leitende Ärztin und OP-Managerin in der Klinik für Anästhesie am Kantonsspital Aarau (KSA). Sie war seit 2020 als Oberärztin mbF am KSA tätig und hatte die ärztliche Leitung der «Same Day Surgery»-Anästhesiesprechstunde inne. Ihre Assistenzzeit verbrachte sie von 2007 bis 2014 in der Anästhesiologie und Chirurgie am Universitätsspital Zürich, Kantonsspital Aarau, Kantonsspital St. Gallen und GZO (Gesundheitsversorgung Zürcher Oberland) Spital Wetzikon. Von 2015 bis 2020 war sie als Oberärztin Anästhesiologie am Universitätsspital Zürich sowie am Kantonsspital Aarau tätig. Hasselmann ist Fachärztin für Anästhesiologie FMH sowie Notärztin (SGNOR).

Direktor am Tumor- und Forschungszentrum



Prof. Dr. med.
Roger von Moos

KSGR Prof. Dr. med. Roger von Moos wird ab 1. März 2023 Direktor des neu zu schaffenden Tumor- und Forschungszentrums am Kantonsspital Graubünden (KSGR). Die Funktion übernimmt der bisherige Chefarzt Onkologie/Hämatologie am KSGR im Zuge einer Neuausrichtung des Bereichs Onkologie. Chefarzt und Leiter der Onkologie/Hämatologie wird der jetzige Co-Chefarzt PD Dr. med. Richard Cathomas. Im neuen Tumorzentrum sollen für sämtliche Fachbereiche am KSGR, die Patientinnen und Patienten mit Krebserkrankungen behandeln, gemeinsame Abläufe und Standards definiert werden. Zudem soll der Bereich Forschung mit einer Clinical Trial Unit gestärkt werden.

Preis der französischen Nierenstiftung



Prof. Dr. med.
Sophie de
Seigneux

UNIGE/HUG Sophie de Seigneux wird als erste Schweizerin mit dem Preis der französischen Nierenstiftung für das Jahr 2022 ausgezeichnet. Die ordentliche Professorin am Departement für Medizin der Universität Genf (UNIGE) und Chefarztin der Abteilung für Nephrologie und Hypertonie am Universitätsspital Genf (HUG) erhält den Preis für ihre Arbeiten zur Pathophysiologie von Nierenerkrankungen, insbesondere für ihre Studien zu Stoffwechselveränderungen bei Nierenerkrankungen. Sophie de Seigneux ist auf chronische Niereninsuffizienz spezialisiert und wurde bereits mit dem Ambizione- und Eccellenza-Stipendium des SNF sowie dem Stern-Gattiker-Preis der Schweizerischen Akademie der Medizinischen Wissenschaften ausgezeichnet.

Aus der Wissenschaft

Heuschnupfensymptome bei Säuglingen

Pädiatrie Eine hohe Pollenbelastung in der Luft kann respiratorische Symptome wie Husten oder Keuchen bei gesunden Säuglingen im ersten Lebensjahr auslösen. Dies wies Dr. Amanda Gisler im Rahmen ihres Doktoratsprojekts am Universitäts-Kinderspital beider Basel nach. Bisher war dieser Effekt nur bei älteren Kindern und Erwachsenen gezeigt worden. Das Geschlecht des Säuglings sowie die mütterliche Veranlagung zu Allergien haben keinen verstärkenden Einfluss auf die Symptome. Die Forschungsergebnisse wurden im März 2022 in einer Studie veröffentlicht. Diese erhielt nun den Pfizer Forschungspreis für klinische Forschung in der Kategorie «Pädiatrie». Der Preis ist mit 15 000 Franken dotiert.

doi.org/10.1111/all.15284

Smarterer Schrittmacher fürs Gehirn

Neuroprothese Mit einem ins Gehirn implantierten Mikrochip Krankheitssymptome erkennen und reduzieren – einem Team der EPFL ist dies gelungen. Mahsa Shoaran vom Labor für integrierte Neurotechnologien und Stéphanie Lacour vom Labor für flexible bioelektronische Schnittstellen entwickelten den sogenannten NeuralTree. Das System-on-a-Chip analysiert neuronale Biomarker aus Gehirnwellen. Anschliessend bewertet es die Signale und entscheidet, ob sie einen epileptischen Anfall oder einen Parkinson-Tremor ankündigen. Sobald ein Symptom erkannt wird, löst ein Neurostimulator auf dem Chip einen elektrischen Impuls aus, um das Symptom zu blockieren. Mahsa Shoaran: «Zum ersten Mal konnten wir eine so komplexe, aber energie-sparende neuronale Schnittstelle integrieren, die sowohl für binäre Klassifizierungsaufgaben wie die Erkennung von Anfällen oder Tremor als auch für Mehrklassenaufgaben wie die Klassifizierung von Fingerbewegungen für neuroprothetische Anwendungen geeignet ist.» Ihre Studie wurde in der Fachzeitschrift IEEE Journal of Solid-State Circuits veröffentlicht

doi.org/10.1109/JSSC.2022.3204508

Vermischtes

Ein Zentrum für seltene und komplexe Krankheiten bei Kindern



© Aditya Romansa / Unsplash

Das Centre CORAIL soll für schnelle und wirksame Behandlungen sorgen.

HUG Am 16. Januar eröffnete das Universitätsspital Genf (HUG) das Zentrum CORAIL für die interdisziplinäre Koordination und Pflege von seltenen beziehungsweise komplexen Krankheiten bei Kindern und Jugendlichen. Als erste Einrichtung dieser Art in der Schweiz erstellt das Zentrum genaue und individuelle Behandlungspläne und organisiert die Zusammenarbeit zwischen sämtlichen Spezialisten innerhalb und ausserhalb des Krankenhauses.

Das Centre CORAIL soll Türöffner sowie Bezugspunkt für eine schnelle und wirksame Behandlung sein: «Wenn ein Kind an das Zentrum verwiesen wird, besteht unsere Priorität, wenn seine Krankheit nicht bekannt ist, darin, eine

Diagnose zu stellen und der Pathologie einen Namen zu geben. Parallel dazu werden Bestandsaufnahmen durchgeführt, um die Bedürfnisse des Kindes zu ermitteln und festzustellen, welche Spezialisten konsultiert werden müssen», sagt Dr. Clothilde Ormières, die ärztliche Koordinatorin des Zentrums.

Seltene Krankheiten betreffen laut der Medienmitteilung des HUG etwa eine von 2000 Personen und werden überwiegend in der Kindheit diagnostiziert. Krankheiten werden als komplex bezeichnet, wenn sie mindestens drei der zehn Organsysteme betreffen, wie etwa das Atmungssystem, das Verdauungssystem und das Nervensystem.

In Zahlen

Kindesmisshandlungen in Zürich



Die Zahl der gemeldeten Verdachtsfälle am Universitäts-Kinderspital Zürich stieg **von 625 im Jahr 2021 auf 647 im Jahr 2022**. Sicher war das Team der Kinderschutzgruppe und Opferberatungsstelle in **478** Fällen. In **125** Fällen konnte der Verdacht weder erhärtet noch ausgeräumt werden.

Im Vergleich zum Vorjahr stieg besonders die Zahl der körperlich misshandelten Kinder. **2021 betrug sie noch 25%** aller Verdachtsfälle, **2022 waren es 31%**.



Auch die Risikosituationen sind von **2% im Vorjahr auf nun 5% gestiegen**. Eine Risikosituation liegt laut der Medienmitteilung des Kinderspitals Zürich vor, wenn es nicht zur Misshandlung gekommen ist, aber das Risiko für eine zukünftige Misshandlung besteht.



© Fruz Bukseyev / Dreamstime; Rungrote / Dreamstime; Aleksandr Lyserko / Dreamstime

Kopf der Woche

Ein überstürzter Abgang



Prof. Pierre-Alain Clavien

USZ 23 Jahre lang stand Prof. Pierre-Alain Clavien an der Spitze der Klinik für Chirurgie und Transplantation des Universitätsspitals Zürich (USZ). Dieses Kapitel endete am 31. Januar für den Genfer und Walliser Chirurgen, der international bekannt ist. Drei Tage vor Weihnachten erhielt er die Nachricht, dass man die Zusammenarbeit mit ihm beenden werde, obwohl er ein Pilotprojekt verantworten sollte: «Meine Aufgabe sollte es sein, ein vor über 15 Jahren begonnenes System weiterzuentwickeln. Ich sollte fünf unabhängige Fachteams mit wechselnder Departementsleitung bilden.» Der Grund für seine Entlassung sei unklar: «Sie fällt in den Bereich der Spital- und Universitätspolitik», sagt der 65-Jährige. Die Ausschreibung für seine Nachfolge sei im Oktober plötzlich für eine direkte Berufung abgesagt worden, obwohl sich laut Clavien «ausgezeichnete Chirurgen» bewerben wollten. «Ich habe meine Meinung geäußert und dafür plädiert, die übliche Ausschreibung beizubehalten, was nicht allen gefallen hat.»

Der plötzliche Abgang hat Folgen: «Das bringt mich in eine schwierige Lage gegenüber meinen Patienten sowie meinen klinischen und wissenschaftlichen Teams und gefährdet mehrere Projekte.» Als Beispiel nennt er die «Perfu-

sionsmaschine» für Transplantate mit dem Wyss-Institut. 2021 wurde eines der damit reparierten Transplantate erstmals verwendet: «Eine Weltpremiere, die wir nach einem Jahr Nachbeobachtung in Nature veröffentlichten. Dem Patienten geht es gut.»

Auch im Spital verursache sein ungeplanter Abgang Verunsicherung. «Die Tatsache, dass ein schriftliches Versprechen von der Spitze der Verwaltungshierarchie über Nacht aufgehoben werden kann, erschüttert das Vertrauen meiner Kollegen.» Trotz allem wisse er, dass er die Schlüssel der Klinik an «ein sehr kompetentes Team» übergeben hat. Er, der in Basel und Genf Chirurgie gelernt hat, bevor er sich in Kanada und den USA spezialisierte, hege keinen Groll gegen das USZ. «Ich konnte viele Innovationen entwickeln, nicht nur zum Wohle unserer Patienten, sondern auch für die Zukunft. Ich denke dabei vor allem an die Patienten, die von einzigartigen und oftmals hochriskanten Operationen profitiert haben.» Er werde seine chirurgische Tätigkeit an der Klinik Bethanien in Zürich fortsetzen.

Nach seiner langen Karriere am USZ hinterlässt Clavien ein grosses Vermächtnis, indem er «eine echte chirurgische Schule» gegründet habe, was ihn «sehr stolz» mache.

Aufgefallen



Hautkrebs Die von UV-Nagellacktrocknern ausgehende Strahlung kann Krebserkrankungen der Hand verursachen. Forschende der University of California San Diego wiesen in einer Studie (doi.org/10.1038/s41467-023-35876-8) nach, dass schon bei einer Bestrahlung von 20 Minuten 20 bis 30 Prozent der Hautzellen absterben. Die Bestrahlung an drei aufeinanderfolgenden Tagen verursachte einen Zelltod von 65 bis 70 Prozent.



Nicht alle Patientinnen und Patienten möchten gleich stark an medizinischen Entscheidungen beteiligt sein.

Der selbstbestimmte Patient

Partizipation Nicht alle Patientinnen und Patienten wollen gleich stark an Entscheidungen zu ihrer Gesundheit beteiligt werden. Eine Studie des Universitätsspitals Basel zeigt, dass jede fünfte Person lieber passiv bleibt. Das hat Auswirkungen auf das Arzt-Patienten-Verhältnis.

Adrian Ritter

Wer mag es schon, dass über seinen Kopf hinweg wichtige Entscheidungen getroffen werden? Allerdings: Nicht alle Menschen haben dasselbe Bedürfnis nach Mitsprache – auch wenn es um die eigene Gesundheit geht. Das zeigt eine kürzlich erschienene Studie des Universitätsspitals Basel (USB) [1].

Hauptautoren sind Professorin Sabina Hunziker und Oberarzt Christoph Becker von der Medizinischen Kommunikation, einer Spezialabteilung der Inneren Medizin und Psychosomatik am USB.

Für die Studie werteten sie Daten von rund 800 Patientinnen und Patienten aus, die zwischen 2017 und 2019 stationär am USB, Kantonsspital Aarau oder Kantonsspital Baselland behandelt wurden.

Im Zentrum stand die Frage, wie stark Patientinnen und Patienten an medizinischen Entscheidungen beteiligt sein wollen – die sogenannte Partizipationspräferenz oder Entscheidungskontrollpräferenz (decisional control preference/DCP). Das Resultat: Mehr als zwei Drittel wollten gemeinsam mit dem medizinischen Team über die nächsten Schritte der Behandlung entscheiden («kollaborativ»). Rund 15 Prozent der Befragten wollten ihre Entscheidungen vorwiegend alleine treffen («aktiv»). Und rund 20 Prozent zeigten Zurückhaltung, sich an medizinischen Entscheidungen zu beteiligen und zogen es vor, dass ihre Ärztinnen und Ärzte über die medizinische Behandlung entscheiden («passiv»).

Mehr als zwei Drittel wollten gemeinsam mit dem medizinischen Team über die nächsten Schritte der Behandlung entscheiden.

Plausible Zahlen

Für Susanne Gedamke, Geschäftsführerin der Schweizerischen Patientenorganisation (SPO), ist diese Verteilung von aktiv-kollaborativ-passiv plausibel: «Die Zahlen entsprechen ziemlich genau dem, was wir auch in unseren Beratungen erleben.»

Dr. Alfred Bänziger, Hausarzt in Zürich, erlebt es hingegen äussert selten, dass eine Person nicht mitentscheiden will über eine Behandlung: «Das hängt wohl damit zusammen, dass die meisten Patientinnen und Patienten schon viele Jahre in unsere Praxis kommen. Insofern konnte sich ein Vertrauensverhältnis aufbauen.»

Tiefes Bildungsniveau, hohes Alter

Wie aber kommt es, dass gewisse Menschen Entscheidungen über ihre Gesundheit am liebsten delegieren möchten? Bisherige Studien [2] fanden unter anderem, dass «passive» Personen häufiger ein tiefes Bildungsniveau oder ein höheres Alter haben. In der Basler Studie liess sich dieser Zusammenhang nicht statistisch signifikant nachweisen – auch kein Mangel an medizinischem Wissen. Studienautorin Sabina Hunziker sieht eine Vielfalt von Faktoren, die den Entscheidungsstil einer Person prägen. So spielten etwa die familiäre Prägung und bisherige Erfahrungen mit dem Medizinsystem eine wichtige Rolle. Andere Forschung [3] zeigt zudem, dass unter anderem die Art und Schwere einer

Erkrankung die Partizipationspräferenz mit beeinflusst. Gemäss Hunziker ist der Wunsch nach Mitbestimmung grösser, wenn es um einschneidende Entscheidungen wie etwa einen Therapieabbruch, chronische Krankheiten und Aspekte der Lebensqualität geht. Ausserdem sind die Präferenzen nicht zwingend stabil, sondern können sich während des Lebens oder im Verlaufe einer Erkrankung verändern.

Faktoren wie die familiäre Prägung und bisherige Erfahrungen mit dem Medizinsystem spielen eine wichtige Rolle.

Passivität respektieren?

Wie sollen Ärztinnen und Ärzte mit diesen unterschiedlichen Präferenzen betreffend Mitbestimmung umgehen? Sollen sie den Wunsch einer Person respektieren, nicht selber zu entscheiden und ihr die Entscheidung abnehmen? Oder umgekehrt versuchen, die Person zur Partizipation zu motivieren? «Aufgrund des heutigen Forschungsstandes lässt sich nicht klar bestimmen, welche Variante den besseren medizinischen Outcome ergibt», sagt Hunziker. Aus rechtlicher Sicht ist klar: Eine Entscheidung muss von den Patientinnen und Patienten im Sinne des «informed consent» zumindest abgesegnet werden. Dabei gilt es, in möglichst verständlicher Sprache die unterschiedlichen Optionen einer Behandlung und mögliche Konsequenzen aufzuzeigen.

In der Praxis ist es gemäss Hunziker eher selten, dass ein Patient sagt: «Sie sind die Ärztin, entscheiden Sie!». Eher sage eine Person: «Ich weiss nicht, was ich tun soll. Was würden Sie mir raten?» Insofern sei es völlig in Ordnung, passiv sein zu wollen: «Es ist ein Zeichen von Überforderung, das es ernst zu nehmen gilt», so Hunziker. Als Arzt oder Ärztin mache man es sich zu einfach, in einer solchen Situation zu antworten: «Ich kann nicht für Sie entscheiden». Denn damit bleibe das Gegenüber mit seiner Überforderung alleine.

Kommunikation im Zentrum

Hunziker empfiehlt stattdessen, die Werte und Präferenzen der Patientinnen und Patienten im Gespräch schrittweise herauszuschälen und mit einer Entscheidung in Übereinstimmung zu bringen. Hilfreich sein können dabei Modelle wie das Shared Decision Making (vgl. Interview) sowie Entscheidungshilfen [4.], wie sie für immer mehr medizinische Situationen entwickelt werden.

«Vor allem aber ist in solchen Situationen Kommunikationskompetenz gefragt», so Hunziker. Entsprechend hat die Universität Basel ein Kommunikationscurriculum für das Medizinstudium entwickelt und umgesetzt – bisher einzigartig in der Schweiz.

Auch SPO-Geschäftsführerin Susanne Gedamke betont, dass Fachpersonen die unterschiedlichen Bedürfnisse der Patientinnen und Patienten bezüglich Mitbestimmung erkennen und darauf eingehen sollten: «Der Umgang mit dem Thema Mitbestimmung ist nicht standardisierbar. Die Kommunikation darüber verlangt von den Fachpersonen ein hohes Mass an Einfühlungsvermögen.»

Fehlendes Vertrauen

Eine Herausforderung können neben «passiven» Patientinnen und Patienten auch die rund 15 Prozent sein, die alles selber entscheiden wollen. Gemäss der Basler Studie sind dies tendenziell jüngere Personen mit hoher Bildung. Sie sind gleichzeitig skeptischer und unzufriedener mit dem medizinischen Team und der Behandlung. Auch hier gilt für Hunziker: «Patientenzentriert auf die Unzufriedenheit eingehen. Denn wenn fehlendes Vertrauen angesprochen wird, kann dies viel verändern.»

Rund 15 Prozent wollen alles selber entscheiden. Dies sind tendenziell jüngere Personen mit hoher Bildung.

Nicht selten informieren sich «aktive» Patientinnen und Patienten im Internet. Für Hausarzt Alfred Bänziger ist das durchaus willkommen, sofern sie dies auch offenlegen: «Dann habe ich einen Ansatzpunkt, um darüber zu sprechen und erfahre oft auch, welche Ängste sie haben.» Schwieriger sei, wenn das Gegenüber die Google-Suche nicht thematisiere, aber mit Nachdruck im Internet erwähnte Diagnostikverfahren verlange. In der Regel gelinge es aber auch dann, ein sachliches Gespräch zu führen und gemeinsam eine für beide stimmige Entscheidung zu finden, so Bänziger.

Patientensicht wird wichtiger

Partizipationspräferenzen vermehrt zu beachten ordnet sich in die allgemeine Entwicklung ein, die Sicht der Patientinnen und Patienten stärker zu berücksichtigen – etwa in der Form des Patient Reported Outcome. Bisweilen wird heute versucht, solche Ansätze systematisch zu verankern. So hat das Universitätsklinikum Schleswig-Holstein in einem Modellprojekt das Shared Decision Making in praktisch all seinen Kliniken implementiert – inklusive 80 Online-Entscheidungshilfen.

Trotzdem gilt es zu bedenken: Nicht alle Menschen wollen und können sich im selben Mass in die Entscheidungsfindung einbringen. Für Sabina Hunziker ist deshalb klar: «Wenn wir als Ärztinnen und Ärzte die Partizipationspräferenz unseres Gegenübers kennen, können wir individuell auf sie eingehen. Damit erhöhen wir auch die Chance, die Arzt-Patient-Beziehung zu verbessern und die Zufriedenheit mit der Behandlung zu erhöhen.»

Lesen Sie auch den Artikel zum Thema im Swiss Medical Forum ab der Seite 40.



Literatur

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

Mitentscheidung

«Shared Decision Making passt nicht für jede Situation»

Sollen Ärztinnen und Ärzte gleich zu Beginn eines Gesprächs fragen, wie viel jemand mitentscheiden will?

Das würde ich nicht empfehlen. Vielen Menschen ist nicht unbedingt bewusst, welcher Entscheidungstyp sie sind. Insofern kann diese Frage eine zusätzliche Überforderung sein. Besser ist, im Laufe des Gesprächs zu erarbeiten, wie jemand zu dieser Frage steht und wie es der Person in der Entscheidungssituation ergeht.

Das Shared Decision Making wird bisweilen als Goldstandard der medizinischen Entscheidungsfindung bezeichnet. Zu Recht?

Studien zeigen, dass das Shared Decision Making dann angebracht ist, wenn mindestens zwei evidenzbasierte, gleichwertige Entscheidungsmöglichkeiten vorliegen. Ebenfalls geeignet ist das Modell, wenn bei den vorliegenden Behandlungsoptionen die Evidenz ihrer Wirksamkeit tief, das Risiko von Komplikationen aber potenziell hoch ist – beziehungsweise mögliche Nebenwirkungen angesichts des Nutzens individuell unterschiedlich gewichtet werden.

Wann ist die Methode nicht geeignet?

Wenn die Evidenz nur für eine bestimmte Behandlung spricht, ist es angebracht, eine klare Empfehlung dafür abzugeben und zu klären, ob die Person damit einverstanden ist. Insofern: Shared Decision Making ist ein hilfreiches Modell – aber nicht unbedingt für jede Situation.

Was, wenn sich die Präferenzen von Patient und Ärztin deutlich widersprechen?

Die Vorstellungen können tatsächlich sehr unterschiedlich sein – wir sprechen dabei von Arztkonzept und Patientenkonzept. Der Patient hat selbstverständlich das Recht, sich gegen eine empfohlene Behandlung auszusprechen. Wichtig ist, dass er gut informiert ist und die Konsequenzen seiner Entscheidung verstanden hat, um die Verantwortung übernehmen zu können.

Und im umgekehrten Fall: Falls die Patientin eine Behandlung verlangt, welche der Arzt unnötig findet?

Dann gilt es herauszufinden, welches Patientenkonzept dahintersteht: Welchen Vorteil verspricht sich die Patientin von der Massnahme? Häufig hilft das, eine Lösung zu finden, die für beide Seiten stimmt. Aber ja, man kann auch mit Kommunikation nicht alle Probleme lösen. Falls das nicht gelingt, sollte der Arzt Nein sagen zu einer Option, die er medizinisch nicht gutheissen kann. Auch auf die Gefahr hin, dass die Patientin vielleicht zum letzten Mal in seiner Praxis war.



Prof. Dr. med. Sabina Hunziker

Professorin für Psychosomatik und Medizinische Kommunikation, Abteilung der Inneren Medizin und Psychosomatik am Universitätsspital Basel

Damit es runder läuft

Neue Wege Schweizer Spitäler stehen vor Herausforderungen. Dazu gehört etwa, das Konzept der Value Based Healthcare umzusetzen, um den Patientennutzen zu erhöhen. Wie das Universitätsspital Basel dabei vorgeht – und wie Mitarbeitende in den Wandel eingebunden werden.

Yvonne Kiefer-Glomme

Eine hohe Behandlungsqualität: Das ist Dr. med. Florian Rütters tägliches Ziel. Der Arzt ist Leiter des Qualitätsmanagements am Universitätsspital Basel und stellt sich der Herausforderung, die sogenannte Value Based Healthcare (VBHC) stärker in den Spitalalltag einzubinden, um den Patientennutzen zu erhöhen.

VBHC: Das ist laut einer aktuellen Studie des Beratungsunternehmens PwC [1] das Modell der Zukunft für das Schweizer Gesundheitswesen. Das 2006 entwickelte Konzept will eine konsequente Orientierung am Patientennutzen. Die Qualität einer Behandlung soll gemäss diesem Konzept nicht alleine daran gemessen werden, ob etwa eine OP technisch gut gelaufen ist, sondern ob durch diese die

Lebensqualität der Patientin oder des Patienten verbessert wurde. Und zwar entsprechend ihrer individuellen Bedürfnisse und Präferenzen. Standardisiert gemessen wird das mit Patient Reported Outcome Measures (PROMs). Ziel des Konzeptes: Für jeden eingesetzten Franken soll der maximal mögliche Mehrwert für die Patientin oder den Patienten und das Personal erzielt werden.

Widersprüchliche Vergütungsanreize

Das klingt gut. Aber in der Studie heisst es auch: «Seit der Erstkonzeption von VBHC wurde das Konzept laufend weiterentwickelt. Trotzdem liessen sich die Ansätze bisher weder in der Schweiz noch international flächendeckend und



© Whitcomber / Dreamstime

Um die Behandlungsqualität zu steigern, können Spitäler ihre Ausrichtung ändern.

Hintergrund

systembezogen umsetzen und deren Potenzial ausschöpfen.» In der Schweiz liege das zum Beispiel an widersprüchlichen Anreizen der Vergütungssysteme.

Das sieht auch Florian Liberatore so. Der Dozent und stellvertretende Leiter der Fachstelle Management im Gesundheitswesen der ZHAW School of Management and Law hält regelmässig Vorträge zu VBHC bei Gesundheitsfachtagungen und sagt: «Wird eine Behandlung etwa durch Komplikationen aufwendiger, kann diese zu einer höheren DRG-Fallpauschale abgerechnet werden. Das derzeitige Vergütungssystem setzt aber keine Anreize zur Verbesserung der Behandlungsqualität, weil es diese nicht berücksichtigt.»

Wenn die Qualität im Vordergrund steht, kann sich das auch ökonomisch positiv auswirken.

Bumerang-Effekte

Das habe zu einem Mengenwettbewerb zwischen den Spitälern geführt, anstatt dass die Qualität im Vordergrund steht, die sich auch ökonomisch positiv auswirken könnte. Das spiegelt sich auch in einem PwC-Report aus dem Jahr 2021 wider [2]. CFOs von Schweizer Spitälern wurden befragt, was ihre Geschäftsleitungen strategisch unternehmen, um die Profitabilität ihrer Häuser zu steigern. Dabei landete die Erhöhung der Behandlungsqualität nur auf dem neunten von neun aufgeführten Plätzen. Direkt hinter der Budgeteinhaltung und der Reduktion des medizinischen Bedarfs – zwei Massnahmen, die negative Effekte auf die Qualität haben können. «Direkte Kosteneinsparungen in den Behandlungspfaden erzeugen häufig Bumerang-Effekte: Die Verweildauern werden länger oder es kommt zu Rehospitalisationen», analysiert Liberatore. Da das Spital seine Patientinnen und Patienten innerhalb der ersten 18 Tage nach der Entlassung erneut behandeln muss, ohne eine weitere Fallpauschale hierfür zu erhalten, entstehen somit höhere Kosten.

Keine Einheitslösung

Für Florian Rüter und andere Ärztinnen und Ärzte in der Schweiz ist es also durchaus herausfordernd, auf eine hohe Behandlungsqualität zu setzen, die sich am Patientennutzen orientiert. Wie also mit dem Konzept VBHC umgehen, das laut der aktuellen PwC-Studie der vielversprechendste Ansatz bei einer Trendwende weg von der Kosten- und hin zur Qualitätsorientierung ist?

Florian Rüter stellt klar: «VBHC bietet keine konfektionierte Lösung. Jedes Spital sollte entsprechend seiner Situation entscheiden, wo es anfängt.» Ein Bestandteil ist die standardisierte Messung der PROMs. Rüter: «Sie füllen als Missing Link die Lücke zwischen der evidenzbasierten Medizin und dem, was aus Patientensicht wichtig ist.» Das Universitätsspital Basel habe die PROMs für 21 verschiedene Krankheitsbilder bei mittlerweile über 9000 Patientinnen und Patienten erhoben.

VBHC bei Brustkrebs

Das Universitätsspital Basel führt seit Ende 2017 in regelmässigen Abständen vor, während und nach der Behand-

lung von Brustkrebs-Patientinnen eine PROM-Befragung mit standardisierten digitalen Fragebögen durch. Als Basis dient das standardisierte ICHOM-Set «Breast Cancer». Neben klinischen Verlaufsdaten berücksichtigt es die alltägliche Lebensqualität der Betroffenen. Spezialisierte Breast Care Nurses besprechen die PROM-Ergebnisse mit den Patientinnen. «So kann auch bei schleichenden Problemen anhand der PROM-Ergebnisse identifiziert werden, wo Handlungsbedarf besteht, und der Behandlungspfad angepasst werden. Dies kann einen Überlebensvorteil für die Patientin bringen», resümiert Florian Rüter.

Da von den PROM-Fragen auch sensible und intime Bereiche des täglichen Lebens abgedeckt werden, fällt es den Patientinnen im Behandlungsverlauf laut Rüter oft leichter, darüber zu reden und sie können angeben, wo Probleme bestehen. Ausserdem seien sie durch die PROMs mehr eingebunden und verstünden den Nutzen verschiedener Behandlungen besser.

Zufriedenheit der Mitarbeitenden

Aus den Ergebnissen mehrerer Fragen zu einem Thema werden im Rahmen der PROM-Erfassung Scores errechnet. Fasst man diese jeweils von verschiedenen Patientinnen und Patienten zusammen, erhält man aggregierte Scores. Teilt man diese durch die jeweilige Patientenzahl, dann können sie als Benchmark für Vergleiche dienen. «Behandelnde Kliniken oder Personen sollten bereit sein, mit den Scores zu arbeiten, sich selbst zu hinterfragen und kontinuierlich dazu zu lernen», sagt Florian Rüter. «Wenn man die PROMs als Messgrösse für die Abteilung ansetzt, dann fühlen sich die Gesundheitsfachpersonen wieder wohler in ihrem Beruf, weil sie mehr Sinn in ihrer Arbeit sehen, wenn die Patientinnen und Patienten im Mittelpunkt stehen», ergänzt Florian Liberatore.

Herausforderungen für Spitäler

Das Ziel der Journalistin war, Herausforderungen für öffentliche Spitäler in der Schweiz zu recherchieren und hilfreiche Konzepte für deren Changeprozesse vorzustellen. Aufgrund des begrenzten Umfangs haben wir uns entschieden, in diesem Beitrag auf den Wandel hin zu einer konsequenten Orientierung am Patientennutzen zu fokussieren. Bei dieser Trendwende können zwei Konzepte des New Healthcare Managements, nämlich Value Based Healthcare und Design Thinking, hilfreich sein [3]. In einem zweiten Artikelteil in der kommenden Woche lesen Sie mehr über die Herausforderungen beim Kapazitätsmanagement. Uns ist bewusst, dass es darüber hinaus weitere Themen gibt, die öffentliche Spitäler beschäftigen. Zum Beispiel die zunehmende Regulierung der Kliniken. Auch die Digitalisierung und der damit verbundene Changeprozess ist ein wichtiges Thema, ebenso die integrierte Versorgung, der wir bereits eine Themenserie in der Ärztezeitung gewidmet haben. Wir können also keinen Anspruch auf Vollständigkeit erheben und freuen uns über Zuschriften, in denen Sie uns Ihre Erfahrungen rund um Herausforderungen für öffentliche Spitäler mitteilen.

Und Florian Rüter fügt hinzu: «Bei Vergleichen zwischen verschiedenen Spitalern müssen der Case-Mix-Index oder das Risiko-Adjustment hinzugezogen werden.» Denn zum Beispiel das Universitätsspital Basel als Zentrumsspital bekomme oft die schwierigen Fälle.

Andere VBHC-Komponenten

Ein weiterer Bestandteil des VBHC-Konzeptes ist die integrierte practice unit (IPU), die integrierte Versorgungseinheit. Diese wird von allen beteiligten Fachbereichen entlang des Behandlungspfades gebildet. «Sie schauen die Patientin und den Patienten gemeinsam interprofessionell und interdisziplinär an und legen zusammen mit ihm oder ihr den Behandlungspfad fest. Daran sollten idealerweise Ärztinnen, Pflegenden und Therapeuten beteiligt sein», sagt Florian Rüter. Die PROMs als gemeinsames übergeordnetes Outcome können genutzt werden, um die koordinierte Versorgung voranzutreiben, denn sie werden beeinflusst durch das Spital und nachsorgende Institutionen», ergänzt Florian Liberatore.

Es ist heute wichtig, die Zufriedenheit der Patientinnen und Patienten zu messen und aktiv zu fördern.

Eine geeignete IT-Datenplattform, in der die digital erfassten PROMs den Ärztinnen und Ärzten sowie der Patientin oder dem Patienten zur Verfügung stehen, bildet eine weitere VBHC-Komponente. «Nicht jeder Prozess muss digitalisiert werden, aber das sollte dort geschehen, wo dies für die Patientinnen und Patienten die Behandlungsqualität verbessern kann», betont Florian Rüter.

Das Patientenerlebnis

Zusätzlich rückt auch das Patientenerlebnis in den Fokus, das mit Befragungen (Patient-Reported Experience Measures PREM) erfasst werden kann. Die Fragen können zum Beispiel einen Aspekt der Versorgung oder des Behandlungspfades beleuchten. «Dabei gehen sie über die eher subjektiven klassischen Patienten-Zufriedenheits-Umfragen der Vergangenheit hinaus. Es werden mehr Fragen zu Prozessen gestellt, die objektiv mit ja oder nein beurteilt werden können», erklärt Florian Rüter. Etwa: Hatten Sie ausreichend Gelegenheit, Ihre Fragen zum Behandlungspfad einzubringen und war die Leistung so, wie sie miteinander besprochen wurde?

Doch warum ist es heute so wichtig, die Leistungsqualität zu standardisieren, die Patientenzufriedenheit zu messen und aktiv zu fördern? Spitalberater Christophe Vetterli von Vetterli, Roth & Partners bilanziert: «In der Gesundheitsbranche nutzt die Patientin oder der Patient das Angebot zwar meist aus der Not heraus, verlangt aber zunehmend mehr als die medizinische Qualität.» Durch die Messungen könnten die Spitäler eine höhere Reputation erhalten.

Wenn ein Spital konsequent Patientinnen und Patienten in die Lösungsfindung und die Versorgungskonzepte einbinde, habe es ein anderes Verständnis von Leistungserbringung, bemerkt Florian Liberatore und sagt: «Der Change

verlangt den Mut als Team, Dinge komplett neu anzudenken und hat eine massive organisatorische Weiterentwicklung zur Folge.»

Den Wandel gestalten

Um den Wandel erfolgreich zu gestalten, ist ein funktionierendes Changemanagement gefragt. Ganz gleich, ob der Change bezüglich VBHC erfolgen soll oder in einem anderen Bereich, es gibt Wege, die Mitarbeitenden einzubeziehen und so sicherzustellen, dass der Wandel von Anfang an auch in den Köpfen des Personals stattfindet und mitgetragen wird.

Hier kommt das sogenannte Design Thinking ins Spiel. Dies sei eine Methode, die den Mitarbeitenden erlaube, aktiv einen Change mitzugestalten und gemeinsam bedürfnisorientierte, neue Lösungen zu entwickeln, sagt Vetterli und erklärt: «Viele Konzepte im Gesundheitswesen scheitern daran, dass Mitarbeitende nicht von Anfang an mit ins Boot genommen werden. Denn Lösungen, die ohne die Expertise der involvierten Spezialistinnen und Spezialisten vor Ort entwickelt und top-down einem öffentlichen Spital übergestülpt werden, kommen nie in den Kernprozessen an.»

Durch das Design Thinking könnten die Mitarbeitenden unterschiedliche Lösungen, etwa für einen Notfallprozess oder einen stationären Ablauf, wie zum Beispiel eine Visite, entwickeln. Sie können diese prototypisieren und somit schnell testen, ob sie auch wirklich dem Bedarf entsprechen. Das Universitätsspital Basel etwa hat laut Florian Rüter Elemente des Design Thinkings bei der Transformation seiner Organisationsstruktur eingesetzt und Mitarbeitende aus verschiedensten Hierarchiestufen in den Changemanagementprozess einbezogen.

Gemeinsames Problemverständnis

Um alle Perspektiven, Erfahrungen, Ideen und Anliegen aufzunehmen und eine Lösung zu entwickeln, die alle Spezialistinnen und Spezialisten im Haus auch erbringen können und möchten, sollte das Projektteam interdisziplinär und interprofessionell zusammengesetzt sein. Auf diese Weise könnten alle ihre Bedürfnisse offen ansprechen,

Das Design Thinking erlaubt es Mitarbeitenden, einen Change aktiv mitzugestalten.

unabhängig davon, welcher Hierarchieebene sie angehören, betont der Design-Thinking-Kenner Vetterli und sagt: «Zunächst betrachtet das Team vor Ort gemeinsam die jetzigen Prozesse sowie Infrastrukturen und überlegt, welche Aspekte nicht funktionieren und warum. Dabei geht es nicht um den Fingerzeig, sondern darum, dass das Team ein gemeinsames Verständnis entwickelt. Die gewonnenen Erkenntnisse sind der allererste Schritt für den geplanten Change.»

In einem eigens dafür eingerichteten Raum werden gemeinsam unterschiedliche Lösungsvarianten entwickelt, diskutiert, abgewogen, mit einfachen Hilfsmitteln wie etwa Stellwänden, Holztischen und Klebebändern prototypisiert und in einem möglichst realitätsnahen Szenario durchge-

Hintergrund

spielt. Zusätzlich können Patientinnen und Patienten sowie Kolleginnen und Kollegen eingeladen werden, die die unterschiedlichen Varianten testen. Zudem kann jedes Teammitglied sowie eine externe Beraterin oder ein Berater Lösungskomponenten miteinbringen, die es aus anderen Häusern kennt. «So erfolgt ein dauerndes Weiterentwickeln und integrieren der besten Aspekte in einem Kreislauf. Dieser schaffe im Haus ein Kulturverständnis von gemeinsamem Erarbeiten, in dem Sinne: Es hat sich etwas verändert, wie gehen wir zusammen an dieses Thema heran?», erklärt Vetterli.

Die mit grossem Engagement erarbeiteten Lösungen sind schon früh in den Köpfen der Involvierten verankert.

Nachhaltige Lösungen

Die auf diese Weise mit grossem Engagement erarbeiteten Lösungen seien nachhaltig und so sehr in den Köpfen der involvierten Personen verankert, dass diese bereits im Alltag danach arbeiteten, noch bevor das jeweilige Projekt überhaupt umgesetzt sei. «Da bei deren Entwicklung alle Professionen und Disziplinen eingebunden waren, wird das Ergebnis von allen mitgetragen und hat somit eine grosse

Macht. Führungskräfte müssen offen sein, diesen Prozess auch zuzulassen und zu stützen. Daher sollten zu Beginn dessen Rahmenbedingungen abgesteckt werden», resümiert Vetterli. So könne der Wandel gelingen – sei es im Rahmen der VBHC oder bei einer anderen Herausforderung, die Schweizer Spitäler meistern müssen.



Literatur

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

Briefe an die Redaktion

Chemsex: betrifft nicht nur Männer, die Sex mit Männern haben (mit Replik)

Brief zu: Haslebacher A, Brodmann Maeder M, Blunier S. Chemsex – mehr als Sex unter Drogen. Swiss Med Forum. 2022;22(2526):415–9.

Die Autorinnen erklären, dass Chemsex eine ausschliesslich homosexuelle Praxis sei, was absolut nicht zutrifft. Ich zitiere den ersten Satz des Artikels: «Chemsex umfasst ein komplexes sozio-kulturelles Phänomen unter Männern, die Sex mit Männern haben und die Substanzen (sogenannte Chems) in Verbindung mit Sex konsumieren.»

Chemsex betrifft absolut alle Arten von Sexualität und alle Geschlechter, wie meine Erfahrung als Präventionsbeamter auf Partys und als Konsument von Substanzen zeigt. Die Behauptung auf einem anerkannten medizinischen Forum, dass Chemsex nur von homosexuellen Männern praktiziert werde, ist gefährlich (insbesondere, wenn es als erster Vorschlag erscheint, wenn man nach «Chemsex» googelt). Zum einen kann dies zu einer starken Diskriminierung von Homosexuellen im Allgemeinen führen. Zum anderen vernachlässigt dies die tatsächlichen Fakten und trägt zur Unsichtbarmachung der Problematik auf gesellschaftlicher Ebene bei, da sie einen weitaus grösseren Teil der Bevölkerung betrifft, als es in dem Artikel der Fall zu sein scheint.

Joachim Mauron, Neuchâtel

Disclosure Statement

Der Autor hat deklariert, keine potentiellen Interessenskonflikte zu haben.

Replik auf «Chemsex: betrifft nicht nur Männer, die Sex mit Männern haben»

Herzlichen Dank für Ihren Leserbrief und Ihre Anregungen. Wir geben Ihnen recht, dass – wie bei vielen Phänomenen – Chemsex nicht nur von einem Geschlecht oder einer sozio-kulturellen Gruppe praktiziert wird. Dies wurde unsererseits im Abschnitt «Anmerkungen und Ausblick» aufgegriffen.

Wir beziehen uns in unserem Lead auf die Definition von David Stuart, dem Pionier in

Sachen Chemsex, der über 15 Jahre das Phänomen in England beobachtete und den Begriff «Chemsex» prägte [1].

Stuarts Arbeitsdefinition lautete: «Defined as any combination of drugs that includes Crystal Methamphetamine, Mephedrone and/or GBL, used before or during sex by gay, bisexual, or other Man who have Sex with Men (MSM) – including Trans*people; MSM being a specific group representing a high prevalence of HIV/HCV/STIs and a cultural tendency to have a higher number of sexual partners.» [2–4].

Wie wir in der Definition in unserem Artikel geschrieben haben, wird der Begriff «am häufigsten» im Zusammenhang mit Männern, die Sex mit Männern haben (MSM), verwendet. Diese Definition schliesst andere Konstellationen nicht aus, zeigt aber auf, dass diese Bevölkerungsgruppe am meisten betroffen ist. Dies zeigt sich ebenfalls darin, dass wissenschaftliche Studien zu Chemsex fast ausschliesslich mit MSM gemacht werden sowie Informationsmaterial zu Chemsex oft explizit an schwule und bisexuelle Männer adressiert ist [5, 6].

Das Ziel unseres Artikels war es, Medizinerinnen und Mediziner auf das Thema «Chemsex» und die damit verbundenen Risiken zu sensibilisieren. Dies schliesst nicht aus, dass bei Verdacht auf Chemsex ausserhalb der MSM-Population unter Umständen genauer nachgefragt und entsprechende Hilfe angeboten werden sollte. Ebenso zeigt es die Wichtigkeit weiterer Forschung ausserhalb der MSM-Gruppe.

im Namen der Autorinnen:

Dr. med. Simone Blunier, Bern

Dr. med. Aline Haslebacher, Zürich

Disclosure Statement

Die Autorinnen haben deklariert, keine potentiellen Interessenskonflikte zu haben.

Literatur

1 Kirby T, Thornber-Dunwell M, David Stuart. Lancet. 2022;399(10328):904.

2 <https://www.ohntn.on.ca/wp-content/uploads/endgame/2/slides/Stuart-Chemsex.pdf>

3 Stuart D. A chemsex crucible: the context and controversy. J Fam Plann Reprod Health Care. 2016;42(4):295–6.

4 <https://davidstuart.org/what-is-chemsex>

5 Safer Chemsex-Broschüre. <https://shop.aids.ch/de/A-1803-44/2-110-Shop/Infomaterial/Schutz-vor-HIV-und-STI/Safer-Chemsex/deu-fra-eng>

6 <https://www.aidshilfe.de/quapsss-projektbeschreibung>

«Keine Monster mehr»?

Brief zu: Mell E. Keine Monster mehr. Schweiz Ärzttztg. 2023;103(04):3.

Der oben genannte Artikel vom 25. Januar verweist auf den Paradigmenwechsel in der Behandlung der Geschlechtsinkongruenz. Mit diesem therapeutischen Umbruch soll das Narrativ von der «Erschaffung eines Monsters» überwunden werden. Doch wie steht es um die typografischen Monster und ihre Rückkoppelung auf die Sprache und unser Denken? Der Rat für die deutsche Rechtschreibung hält fest, dass der Gebrauch der Gendertypografie (für amtliche Schreiben) nicht verwendet werden soll, denn Gendern «innerhalb von Wörtern beeinträchtigt die Verständlichkeit, Vorlesbarkeit und automatische Übersetzbarkeit sowie vielfach auch die Eindeutigkeit und Rechtssicherheit von Begriffen und Texten». Gerade bei sensiblen Themen wie der Geschlechterinkongruenz mit ihren zahlreichen neuen Begriffen sollten zum Verständnis nicht zusätzliche Hürden gebaut werden. Mit den zwei thematisch anknüpfenden Beiträgen zum «schwierigen Weg zu sich selbst» und zu den therapeutischen Folgen stellt sich die Frage, wohin dieser Weg führen soll. Der vorgezeichnete Weg führt zum Einstieg in die Hybris des Yuval Harari.

Dr. med. Urs Steiner, Immensee

Geschlechteranpassung – quo vadis?

In mehreren Artikeln zum Thema Transgender und Geschlechteranpassung der Ausgabe 4 lese ich keine einzige zur Vorsicht mahnende Zeile. Im Gegenteil: Jeder/jede, der/die nicht bereit ist, mit wehenden Fahnen auf den rasenden Zug aufzuspringen, wird gebrandmarkt. Ich bin überzeugt, wenn wir in diesem Tempo weitermachen, werden wir in zwanzig Jahren eine beachtliche Anzahl Menschen haben, die sich als chirurgisch verstümmelt empfinden. Aber da oder dort zur Zurückhaltung zu mahnen, gilt bereits als Verrat an der Sache. Wie so oft können Fehler nicht nur im zu langen Warten entstehen. Ich hätte der Ärztezeitung eine differenzierte Betrachtung zugetraut.

Dr. med. Michael Inauen, Tann

Vernünftige Arbeitszeiten sind möglich und nötig

Brief zu: Fey M. Arbeiten Ärztinnen und Ärzte in der Weiterbildung immer noch zu viel? Schweiz Ärztezg. 2023;103(04):17–18.

Prof. em. Dr. med. Martin Fey, aus Zollikofen, vergisst einen wichtigen Aspekt, wenn er behauptet, Ärztinnen und Ärzte, die nicht über 50 Stunden pro Woche arbeiten möchten, würden ihrem Beruf nicht gerecht. Die hohen Arbeitszeiten in der Weiterbildung, als Kaderärztin respektive Kaderarzt im Spital oder in eigener Praxis kommen zu einem grossen Teil nicht von der Patientenbetreuung, sondern von der ständig zunehmenden administrativen Belastung. Medizinische Fachpersonen (übrigens auch Pflegefachleute, Ergotherapeutinnen und Ergotherapeuten, etc.) verbringen immer mehr Zeit mit unnötigem Papierkrieg. Natürlich gibt es administrative Aufgaben, die nötig und nützlich sind. Ein guter Operations-, Abklärungs- oder Austrittsbericht ist nicht nur für die nachbehandelnden Personen unverzichtbar, sondern ermöglicht es, sich die Situation einer Patientin oder eines Patienten nochmals detailliert zu vergegenwärtigen, ihre Krankheit einzuordnen etc. Das gleiche gilt für Gutachten. Völlig unnötig sind hingegen viele Anfragen der Versicherer oder Wünsche nach Daten vonseiten der Behörden. Eine Reduktion der Administration auf das Nötige und Sinnvolle würde eine Arbeitszeitverkürzung ohne Verminderung der Patientenkontakte erlauben!

Ausserdem ist auch eine Ärztin respektive ein Arzt nicht nur ihrem respektive seinem Beruf verpflichtet. In einer Partnerschaft kann man vereinbaren, dass einer oder beide Partner überdurchschnittlich viel Zeit für Beruf, Politik etc. aufwenden. Aber Kinder brauchen die Aufmerksamkeit der Eltern. Das gilt auch für Väter! Es gibt Studien, die zeigen, dass Kinder, deren Väter zwar in der Familie leben, aber sehr viel abwesend sind, ein höheres Risiko für Probleme haben. Die Präsenz der Mütter kann das nicht ausgleichen. Heutzutage

sind zum Glück auch Väter immer weniger bereit, ihre Pflichten gegenüber ihren Kindern zu vernachlässigen. Entweder wir schaffen Arbeitsbedingungen, die die Vereinbarkeit von Beruf und Familie ermöglichen, oder wir bekommen in Zukunft noch mehr Probleme, genügend Ärztinnen und Ärzte zu finden.

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

Briefe einreichen

Briefe an die Redaktion reichen Sie online ein unter:

saez.ch/de/publizieren/leserbrief-einreichen

Mitteilungen

Maupertuis-Forschungspreis der Schweizerischen Hirnliga

Die Schweizerische Hirnliga verleiht im Jahr 2024 einen Förderpreis in der Höhe von 100 000 CHF an eine Schweizer Forschergruppe für eine ausserordentliche wissenschaftliche Leistung im Bereich der Hirnforschung. Prämiert wird grundsätzlich die an einer wissenschaftlichen Errungenschaft beteiligte Arbeitsgruppe als Ganzes. Die wissenschaftliche Arbeit muss als Einzelpublikation in den zwei der Ausschreibung vorausgegangenen Jahren publiziert oder von einer international anerkannten Zeitschrift zur Veröffentlichung angenommen worden sein und muss mehrheitlich an schweizerischen Kliniken und/oder schweizerischen Instituten entstanden sein.

Bewerbungen in elektronischer Form (Word- oder PDF-Format) sollen nebst der wissenschaftlichen Publikation eine Absichtserklärung über den vorgesehenen Verwendungszweck der Preissumme, je ein kurzes CV mit Publikationsliste und eine unterschriebene Einverständniserklärung der Autorinnen und Autoren enthalten und sind bis spätestens *30. September 2023* per Mail einzureichen an [info\[at\]hirnliga.ch](mailto:info[at]hirnliga.ch).

Das detaillierte Preisreglement finden Sie auf der Website: www.hirnliga.ch

Facharztprüfungen

Schwerpunktprüfung zur Erlangung des Schwerpunktes Kindernotfallmedizin zu den Facharzttiteln Kinder- und Jugendmedizin oder Kinderchirurgie

Ort:

Der Prüfungsort wird nach Eingang der Anmeldungen und abhängig von der gewünschten Prüfungssprache festgelegt.

Datum:

21. November 2023

Anmeldefrist:

31. Juli 2023

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

Facharztprüfung zur Erlangung des Facharzttitels Tropen- und Reisemedizin

Ort:

Swiss TPH Schweizerisches Tropen- und Public Health-Institut
Zentrum für Tropen- und Reisemedizin
Basel

Datum:

Donnerstag, 30. November 2023

Anmeldefrist:

31. Juli 2023

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

Facharztprüfung zur Erlangung des Facharzttitels für Nephrologie

Datum:

18.1. und 19.1.2024

Ort:

Bern

Anmeldefrist:

26.11.2023

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

Facharztprüfung zur Erlangung des Facharzttitels Neurologie

Datum:

1. Teil (schriftlich: Multiple-Choice-Prüfung in Englisch): Freitag, 25. August 2023 (14.30 Uhr bis 18.30 Uhr)
2. Teil (mündlich/praktisch): Freitag, 3. November 2023 (individuelle Zeiten)

Ort:

1. Teil (schriftlich): Inselspital, Institut für Pathologie, Hörsaal Langhans, Bern
2. Teil (mündlich/praktisch): Inselspital, Bern

Anmeldefrist:

1. März 2023 – 31. Mai 2023

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

Schwerpunktprüfung zur Erlangung des Schwerpunktes Neonatologie zum Facharzttitel Kinder- und Jugendmedizin

Datum

Schriftliche Prüfung: 20.9.2023

Mündliche Prüfung: 21. – 23.11.2023

Ort

Schriftliche Prüfung: CHUV, Lausanne
Mündliche Prüfung: Kantonsspital Graubünden, Chur und Kantonsspital St. Gallen

Anmeldefrist:

15. Juli 2023

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

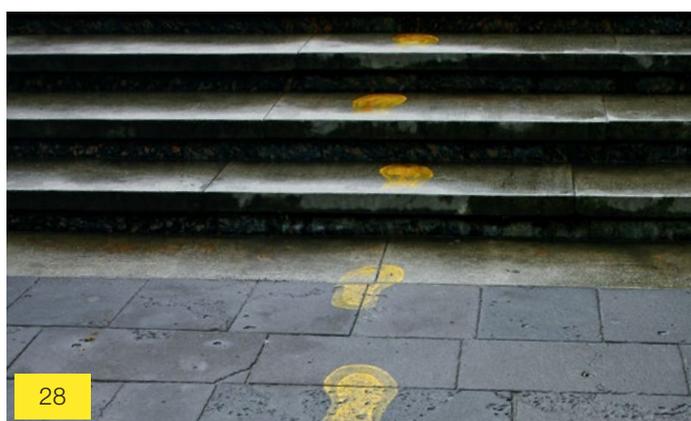
FMH



Neues von der Tariffrent

Einzelleistungstarif Inzwischen wurden die Auflagen des Bundesrates zur Genehmigung des TARDOC bereinigt. Die geforderten Konzepte zur Behebung der Mängel wurden erstellt und verabschiedet. Der TARDOC ist nun bereit. Die vorliegenden ambulanten Pauschalen werden zurzeit geprüft.

Urs Stoffel



Fahrplan zur TARMED-Ablösung steht

TARDOC Die Tarifpartner haben sich mit der gegenseitigen Anerkennung der Tarifprojekte auf einen Fahrplan geeinigt. Ende Jahr sollen die Nachfolge-Tarifstrukturen von TARMED zur Genehmigung eingereicht werden.

Christian Oeschger



© Charlota Blumarova / Unsplash

Der Weg aus der TARMED-Sackgasse ist geebnet.

Neues von der Tarifffront

Einzelleistungstarif Inzwischen wurden die Auflagen des Bundesrates zur Genehmigung des TARDOC bereinigt. Die geforderten Konzepte zur Behebung der Mängel wurden erstellt und verabschiedet. Der TARDOC ist nun bereit. Die vorliegenden ambulanten Pauschalen werden zurzeit geprüft.



Urs Stoffel

Dr. med., Mitglied des FMH-Zentralvorstandes, Departementsverantwortlicher Ambulante Versorgung und Tarife

Im Juni 2022 hat der Bundesrat den TARDOC grundsätzlich als zukünftigen schweizweiten Einzelleistungstarif gesetzt. Allerdings hat er für die definitive Genehmigung konkrete Auflagen zur Behebung der aus Sicht des Bundesrates noch bestehenden Mängel gemacht. Während das Kostenneutralitätskonzept noch vor einer erneuten Einreichung angepasst werden muss, können die materiellen Mängel – gemäss den bei Einreichung vorzulegenden Konzepten – nach Inkraftsetzung des TARDOC behoben werden.

In der Zwischenzeit hat sich einiges bewegt. In den letzten gut sieben Monaten

haben sich die fünf beteiligten Tarifpartner curafutura, H+, MTK, santésuisse und die FMH aufeinander zubewegt und gemeinsame Wege definiert, wie man aus der TARMED-Sackgasse herauskommt. Alle fünf Verbände haben den Gründungsdokumenten der neuen gemeinsamen Tariforganisation «Organisation Ambulante Arzttarife», kurz OAAT AG, zugestimmt und am 15. November 2022 die neue Organisation gegründet. Diese gemeinsame Gründung ist ein Meilenstein – erstmals seit vielen Jahren sind alle Tarifpartner gemeinsam in einer Tariforganisation für ambulant ärztliche Leistungen beteiligt. Aber

auch im Bereich ambulante Arzttarife konnten sich die Tarifpartner auf eine gemeinsame Roadmap bis Ende 2023 verständigen.

Im Bereich ambulante Arzttarife haben sich die Tarifpartner auf eine gemeinsame Roadmap bis Ende 2023 geeinigt.

In diesem Jahr soll die Tariforganisation kontinuierlich aufgebaut werden. Der Verwaltungsrat, bestehend aus einer paritätischen Vertretung der beteiligten Verbände, ist derzeit mit der Rekrutierung eines Geschäftsführers beschäftigt und schafft optimale Grundlagen für den Aufbau der Organisation. Das Jahr 2023 wird somit für den Aufbau der neuen Tariforganisation verwendet. Die bisher bestehenden Tariforganisationen ats-tms AG (für TARDOC) und solutions tarifaires suisse sa (für ambulante Pauschalen) sollen ihre Tarifprojekte finalisieren und zur Einreichung beim Bundesrat vorbereiten. Anschliessend sollen die Vermögenswerte aus diesen beiden Organisationen in die gemeinsame Tariforganisation OAAT AG überführt und jeweils aufgelöst und liquidiert werden. Ziel ist, dass es Anfang 2024 nur noch die gemeinsame Tariforganisation OAAT AG mit allen Tarifpartnern gibt und diese sich nach der Einreichung der beiden Tarifprojekte um die Weiterentwicklung und Pflege der ambulanten ärztlichen Tarife kümmert.

Der TARDOC ist bereit für eine erneute Eingabe zur Genehmigung.

Der TARDOC ist bereit

Die Konzepte zur Behebung der materiellen Mängel wurden innerhalb der ats-tms AG in den letzten Monaten erarbeitet und liegen nun vor. Ebenso wurden die geforderten Anpassungen gemäss Vorgabe des BAG beim Kostenneutralitätskonzept vorgenommen. Der Verwaltungsrat der ats-tms AG hat diese Konzepte und das nun angepasste Kostenneutralitätskonzept im Dezember 2022 verabschiedet. Inzwischen wurden diese Konzepte auch den internen Genehmigungsorganen der Tarifpartner vorgelegt. Bei der FMH haben sowohl der Zentralvorstand als auch die Delegiertenversammlung der FMH diesen Konzepten zugestimmt. An der bereits geprüften Tarifstruktur TARDOC V1.3 wurden keine substanziellen Anpassungen mehr

vorgenommen. Es wurden nur noch semantische Fehler oder auch offensichtliche Fehler korrigiert, welche die Inhalte der Tarifstruktur nicht tangieren. Als einziges wurden, auf Wunsch des BAG, noch Positionen für die franchisebefreite Impfberatung eingefügt.

Damit ist nun der TARDOC, mit den vom Bundesrat geforderten Anpassungen und den geforderten Konzepten zur Behebung der noch offenen Mängel, bereit für eine erneute Eingabe zur Genehmigung.

Dialogverfahren zur Prüfung

Aus Sicht der Tarifpartner, die den TARDOC erarbeitet haben, wäre es nun sinnvoll, in einem iterativen Prozess – im Sinne eines Dialogverfahrens – zusammen mit dem BAG die verbleibende Zeit bis zur definitiven Einreichung der Tarifprojekte TARDOC und ambulante Pauschalen zur Genehmigung zu nutzen. Allfällige

Nur mit Einbezug der Fachgesellschaften können sachgerechte, medizinisch korrekte Pauschalen erarbeitet werden.

Differenzen zwischen den Tarifpartnern und der Genehmigungsbehörde könnten so noch korrigiert und ausgeräumt werden. Damit wäre die Genehmigung des TARDOC Ende 2023 nur noch eine Formsache. Dieses Vorgehen könnte den Genehmigungsprozess bezüglich TARDOC deutlich verkürzen. Bei den ambulanten Pauschalen wurde durch die Tarifpartner H+ und santésuisse Ende 2022 mit der Einreichung der Version 0.3 zur Prüfung beim Bundesrat ein ähnliches Vorgehen gewählt.

Prüfung der ambulanten Pauschalen

Nachdem die solutions tarifaires suisses SA Ende 2022 die Version 0.3 der ambulanten Pauschalen veröffentlicht hat, werden die einzelnen betroffenen Fachgesellschaften diese Pauschalen nun prüfen. Der Informationsstand der einzelnen Fachgesellschaften zu den ambulanten Pauschalen ist sehr unterschiedlich. Es gibt Fachgesellschaften, die teilweise bei der Erarbeitung der Pauschalen konsultiert worden sind. Andere Fachgesellschaften wurden bisher nicht kontaktiert und sehen diese ambulanten Pauschalen der Version 0.3 zum ersten Mal. Die FMH hat nie einen Hehl daraus gemacht, dass die Fachgesellschaften aus Sicht der FMH in die Erarbeitung von ambulanten Pauschalen zwingend einbezogen werden müssen. Nur so ist es möglich, dass sachgerechte und medizinisch korrekte Pauschalen erarbeitet werden können.

Zur Koordination und Unterstützung der Fachgesellschaften bei der Prüfung der Pauschalen hat die FMH zusammen mit der FMCH eine Task-Force gebildet. Es sollen dabei auch die Erfahrungen und das Know-how der FMCH genutzt werden, die bis Ende 2022 an der Entwicklung der ambulanten Pauschalen in der solutions tarifaires suisses SA beteiligt war. Ziel ist es, die Pauschalen gemeinsam mit den medizinischen Expertinnen und Experten der Fachgesellschaften hinsichtlich der medizinischen Sachgerechtigkeit, Häufigkeit, Homogenität und Abgrenzbarkeit zu plausibilisieren. Aus Sicht der FMH können aus Gründen der Sachgerechtigkeit, Wirtschaftlichkeit und Billigkeit nur Leistungsbündel pauschalisiert werden, die diese drei Kriterien erfüllen. Nach wie vor anerkennt die FMH, dass es ambulante Pauschalen braucht und diese ja inzwischen auch im Gesetz verankert sind (Art. 43, Abs. 5 KVG), jedoch nur in Gebieten, bei denen die Standardisierbarkeit und Homogenität der medizinischen Leistungen gewährleistet ist. Zu prüfen, ob die eingereichten ambulanten Pauschalen den gesetzlichen Anforderungen und Vorgaben entsprechen, ist dann Aufgabe des BAG und des Bundesrates.

Wie geht es nun weiter?

Die Vorbereitungsarbeiten in der gemeinsamen Organisation für den Ambulanten Arzttarif (OAAT) gehen in den Arbeitsgruppen «Übergeordnete Tarifierungsgrundsätze» und «Übergeordnete Konzepte» weiter. Die Organisation soll Anfang 2024 den operativen Betrieb nach der Einreichung der beiden Tarifprojekte TARDOC und ambulante Pauschalen aufnehmen können. Bis Ende Juni 2023 sollten dann auch die ambulanten Pauschalen vorliegen, so dass diese von den Tarifpartnern geprüft und den jeweiligen internen Entscheidungsorganen vorgelegt werden können. Die Nachfolge-Tarifstruktur von TARMED sollen dann Ende Jahr

Ziel ist es, den veralteten TARMED per 1. Januar 2025 abzulösen.

gemeinsam mit zwei separaten Gesuchen dem Bundesrat zur Genehmigung eingereicht werden. Es besteht keine zeitliche Abhängigkeit bezüglich des Einführungszeitpunktes zwischen den beiden Tarifprojekten TARDOC und ambulante Pauschalen. Ziel ist es auf jeden Fall, den veralteten TARMED per 1. Januar 2025 abzulösen.



© Donald Giannatti / Unsplash

Die Tarifpartner gehen davon aus, dass der TARDOC per Anfang 2025 eingeführt werden kann.

Fahrplan zur TARMED-Ablösung steht

TARDOC Die Tarifpartner haben sich mit der gegenseitigen Anerkennung der Tarifprojekte auf einen Fahrplan geeinigt. Ende Jahr sollen die Nachfolge-Tarifstrukturen von TARMED zur Genehmigung eingereicht werden. Einerseits sind das der bereits materiell genehmigungsfähige TARDOC mit überarbeiteten Konzepten und andererseits ambulante Pauschalen für gewisse medizinische Leistungen.

Christian Oeschger

MSc., Experte, Abteilung Ambulante Versorgung und Tarife, FMH

Vor dreieinhalb Jahren hat die FMH zusammen mit curafutura und der Medizinaltarif-Kommission UVG (MTK) den TARDOC beim Bundesrat zur Genehmigung eingereicht. Er soll den veralteten und nicht mehr sachgerechten Einzelleistungstarif TARMED ablösen und die über die Jahre entstandenen Fehlanreize korrigieren. Seit 2019 hat der Bundesrat den TARDOC viermal für Nachbesserungen an die zuständigen Tarifpartner zurückgewiesen, das letzte Mal im Juni 2022 als er die Version 1.3 noch nicht genehmigte.

Für homogene und gut abgrenzbare ärztliche Leistungen kann eine Pauschalierung sinnvoll sein.

TARDOC soll 2025 eingeführt werden

Der Bundesrat hat im Entscheid vom 3. Juni 2022 festgehalten, dass der TARDOC als Einzelleistungstarif zwar gesetzt und materiell genehmigungsfähig ist, gleichzeitig erachtet er den Tarif aber in vier Bereichen als noch zu wenig ausgereift. Die vom Bundesamt für Gesundheit BAG aufgeführten Mängel betreffen das im Tarif hinterlegte kalkulatorische Referenzeinkommen und die Jahresarbeitszeit, die für die Berechnung des Taxpunktes für die ärztliche Leistung ebenfalls relevante ärztliche

Produktivität, die Kostenmodelle KOREG und INFRA, die auf den einzelnen Tarifpositionen hinterlegten Minutagen sowie die kostenneutrale Einführung des Tarifs. Während das Kostenneutralitätskonzept noch vor einer erneuten Einreichung angepasst werden muss, können die materiellen Mängel gemäss den bei Einreichung vorzulegenden Konzepten nach Inkraftsetzung behoben werden.

Sobald einzelne Fachgesellschaften von diesen Arbeiten betroffen sind, wird die FMH die entsprechenden Tarifdelegierten in die Diskussionen einbeziehen. FMH, curafutura und die MTK planen die vier Konzepte zur Behebung der materiellen Mängel sowie weitere Anpassungen am Kostenneutralitätskonzept mit der TARDOC-Version 1.3.1 im zweiten Semester 2023 dem Bundesrat einzureichen. Die Tarifpartner gehen davon aus, dass TARDOC im fünften Anlauf damit genehmigungsfähig ist und per Anfang 2025 eingeführt werden kann.

Ambulante Pauschalen

Parallel zur Entwicklung von TARDOC haben der Spitalverband H+ sowie der Krankenversicherungsverband santésuisse einen Pauschaltarif basierend auf der DRG-Mechanik erarbeitet. Dieser Tarif ist bisher noch nicht beim Bundesrat zur Genehmigung eingereicht worden. Bis Mitte 2023 sollten auch ambulante Pauschalen fertiggestellt sein und dann im November 2023

zusammen mit dem TARDOC 1.3.1 mit zwei separaten Genehmigungsgesuchen gemeinsam dem Bundesrat eingereicht werden.

Inwiefern die bis dann vorliegenden Pauschalen genehmigungsfähig sein werden, ist schwierig vorauszusagen. In einer ersten Vorprüfung des Pauschaltarifs stellte das BAG unter anderem fest, dass die Datengrundlage zu dürftig sei und ein auch für den praxisambulanten Bereich zur Anwendung gebrachter Pauschaltarif nicht nur Spitaldaten, sondern

Die OAAT AG

Die OAAT wurde Ende 2022 gegründet und soll zukünftig die beiden Tarifwerke weiterentwickeln. Die Gesellschaft ist eine gemeinsame Organisation der FMH, des Spitalverbands H+, der beiden Krankenversicherer-Verbände curafutura und santésuisse sowie der Medizinaltarife-Kommission UVG (MTK). Es ist vorgesehen, dass später – wenn die einheitliche Finanzierung von ambulanten und stationären Leistungen Tatsache ist – auch die Gesundheitsdirektorenkonferenz GDK stimmberechtigt Einsitz nehmen wird. Vorläufig wird die OAAT vom Berner Regierungsrat Pierre-Alain Schnegg (ohne Stimmrecht) präsiert.

Erneute Anpassungen am Kostenneutralitätskonzept

Der Bundesrat hat die FMH und curafutura im Juni erneut dazu aufgefordert auch am Kostenneutralitätskonzept Anpassungen vorzunehmen. Vor diesem Hintergrund wird der zur linearen Absenkung der Tarifstruktur relevante External Factor EF von den verhandelten 0.83 auf den effektiven, kalkulatorischen Wert von 0.82 abgesenkt. Zudem darf das während der Phase der dynamischen Kostenneutralität erlaubte Kostenwachstum von TARDOC maximal 2% pro Jahr betragen. Neu gelten als Referenzgrösse die TARDOC-Kosten pro Versicherter. Zudem hat der Bundesrat entschieden, dass die Phase der dynamischen Kostenneutralität so lange gilt, bis die wesentlichen Mängel von TARDOC gemäss Prüfbericht des BAG behoben ist, die entsprechende Version von TARDOC vom Bundesrat genehmigt ist sowie auch ambulante ärztliche Pauschalen genehmigt sind.

auch Daten ausserhalb der Spitäler und aus der Praxis beinhalten muss. Zudem hat das BAG bemängelt, dass die Ärzteschaft ungenügend in die Erarbeitung dieser Pauschalen einbezogen wurde und die Fachgesellschaften nicht hinter den eingereichten Pauschalen stehen. Insbesondere in die Plausibilisierung bezüglich medizinischer Korrektheit der Pauschalen wurden die Fachgesellschaften nicht einbezogen. Das BAG bestätigte damit die bereits vom Verband chirurgischer und invasiv tätiger Fachgesellschaften und Fachgruppierungen FMCH hervorgebrachte Kritik, dass die verantwortliche Tariforganisation solutions tarifaires suisses SA die seitens der Ärzteschaft gestellten Anforderungen zu wenig oder gar nicht berücksichtigt.

Am 23. Dezember 2022 hat die solutions tarifaires suisses SA eine dritte Version der Pauschalen publiziert. Nach Aussagen von H+ und santésuisse sollen darin wesentliche Mängel eliminiert worden sein. Die FMH wird die publizierte Version 0.3 dahingehend prüfen und auf die betroffenen Fachgesellschaften zugehen. Ziel ist es, die Pauschalen gemeinsam mit den medizinischen Expertinnen und Experten hinsichtlich der medizinischen Sachgerechtigkeit, Häufigkeit, Homogenität und Abgrenzbarkeit zu plausibilisieren. Aus Sicht der FMH können aus Gründen der Sachgerechtigkeit, Wirtschaftlichkeit und Billigkeit nur Leistungsbündel pauschalisiert werden, die diese drei Kriterien erfüllen.

Die FMH ist optimistisch, dass TARDOC 2025 eingeführt werden kann.

Erfüllt ein Leistungsbündel diese Kriterien und existiert dazu auch eine entsprechende Pauschale, dann geht diese dem Einzelleistungstarif vor. Per 1. Januar 2023 kam es dazu im Rahmen des Kostendämpfungspakets 1a zu einer Anpassung. Der neu formulierte Art. 43, Abs. 5 KVG wurde deshalb wie folgt ergänzt: Bei Vorliegen von genehmigten Pauschalen müssen diese dann für die entsprechenden medizinische Leistungen schweizweit sowohl im Spital ambulant wie auch in der freien Praxis angewendet werden.

Tariforganisation OAAT AG gegründet

Bereits seit einem Jahr sind auch neue gesetzliche Bestimmungen in Zusammenhang mit einer neu zu gründenden Tariforganisation für den ambulanten Bereich in Kraft: Das Parlament hat im Rahmen des Kostendämpfungspakets 1a in Art. 47a des KVG festgehalten, dass die Verbände der Leistungserbringer und diejenigen der Versicherer eine gemeinsame Organisation einsetzen müssen, die für die

Erarbeitung und Weiterentwicklung sowie die Anpassung und Pflege der Tarifstrukturen für ambulante (ärztliche) Behandlungen zuständig ist. Die parallele Existenz zweier verschiedener Organisationen ist dagegen nicht vorgesehen.

Aus diesem Grund haben in den letzten Monaten unter der Leitung des Berner Regierungsrats Pierre Alain Schnegg unter hohem Zeitdruck Verhandlungen zwischen den fünf Tarifpartnern (FMH, H+, curafutura, santésuisse und MTK) stattgefunden. Mitte November des letzten Jahres konnte mit der «Organisation für ambulante Arzttarife» (OAAT AG) eine gemeinsame Organisation gegründet und damit Art. 47a KVG erfüllt werden.

In der gemeinsamen Vereinbarung der Tarifpartner wurde festgehalten, dass die beiden Tarifprojekte (TARDOC und ambulante Pauschalen) bis zur Einreichung zur Genehmigung an den Bundesrat jeweils in den bisherigen Entwicklungsgesellschaften ats-tms AG (Einzelleistungstarif TARDOC) und solutions tarifaires suisses SA (Pauschaltarif) weiterentwickelt und mit gegenseitigem Einsichtsrecht (ohne direkte Mitwirkungsmöglichkeiten) finalisiert werden sollen. Nach der Einreichung zur Genehmigung werden dann beide Tarifprojekte in die neue und gemeinsame OAAT AG eingebracht, dort gemeinsam gepflegt und weiterentwickelt. Die Tarifpartner haben die beiden Tarifstrukturen ambulante Pauschalen und TARDOC in deren Grundsätzen gegenseitig anerkannt.

So geht es weiter

Die FMH mit ihren Fachgesellschaften steht hinter TARDOC. Sie anerkennt, dass für homogene und gut abgrenzbare ärztliche Leistungen eine, gemäss den Vorgaben des Bundes, Pauschalisierung sinnvoll sein kann und das Gesetz inskünftig zwingend Pauschalen vorschreibt.

Allerdings ist die FMH ebenso klar der Meinung, dass der Einbezug der Fachgesellschaften in die Erarbeitung von ambulanten Pauschalen unerlässlich ist. Sie wird gemeinsam mit der FMCH die von den ambulanten

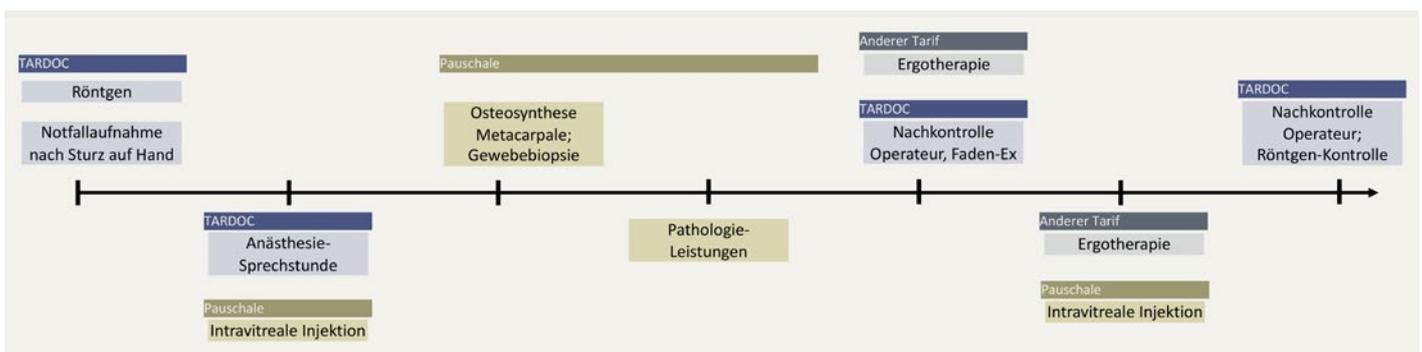


Abbildung 1: Zusammenspiel von TARDOC und Pauschalen nach Vorstellung solutions tarifaires suisse SA (in Anlehnung an eine Darstellung der solutions tarifaires suisses SA [1])

Pauschalen betroffenen Fachgesellschaften unterstützen, begleiten und beraten. Damit soll den Fachgesellschaften die Möglichkeit gegeben werden, die vorliegenden Pauschalen zu plausibilisieren, zu prüfen und ihre Beurteilung im Rahmen der Vernehmlassung bei der solutions tarifaires suisses SA mittels einer differenzierten Stellungnahme einzubringen.

In einer Arbeitsgruppe bestehend aus Vertretern der Tarifpartner werden derzeit übergeordnete Grundsätze und Konzepte erarbeitet, die das Zusammenspiel zwischen ambulanten Pauschalen und TARDOC festlegen und regeln sollen, so dass für die Anwender der beiden Tarifwerke klar definiert ist, für welche medizinische Leistung welcher Tarif zur Anwendung kommt.

Der Einbezug der Fachgesellschaften in die Erarbeitung von ambulanten Pauschalen ist unerlässlich.

Die FMH ist optimistisch, dass TARDOC 2025 eingeführt werden kann und – falls genehmigt – in klar abgrenzbaren Bereichen auch ambulante Pauschalen zum Einsatz kommen können. Spätestens ab diesem Zeitpunkt sollen beide Strukturen dann in der neuen Organisation OAAT weiterentwickelt werden. Die jetzt noch bestehenden Organisationen ats-tms AG und solutions tarifaires suisses SA sollen im Jahr 2024 liquidiert werden und entsprechende Vermögenswerte an die OAAT AG übergehen.

Korrespondenz

tarife.ambulant[at]fmh.ch



Literatur

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

Personalien

Todesfälle / Décès / Decessi

Rudolf Peter Stahl (1933), † 7.11.2022, Facharzt für Chirurgie, 8620 Wetzikon ZH
Hans-Georg Imhof (1942), † 6.1.2023, Facharzt für Neurochirurgie, 8953 Dietikon

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

Ärztesgesellschaft des Kantons Luzern

Zur Aufnahme in unsere Gesellschaft hat sich gemeldet:

Annie Maria Gfeller, Fachärztin für Allgemeine Innere Medizin, FMH, Praxisgemeinschaft Oberhof AG, Oberhof 5, 6274 Eschenbach LU

Zur Aufnahme in unsere Gesellschaft Sektion Stadt hat sich gemeldet:

Andreas Bloch, Facharzt für Intensivmedizin und Facharzt für Allgemeine Innere Medizin, Luzerner Kantonsspital, Spitalstrasse, 6000 Luzern 16

Anzeige



Stellenmarkt

Schweizerische Ärztezeitung



jobs.saez.ch

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

Nutzen Sie die neue digitale Karriere-Plattform der SÄZ:

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



© Konstantin Yuganov / Dreamstime

Was bedeuten die Impfungen in den ersten Lebensjahren für die Entwicklung von Kindern? Diese Frage bleibt laut dem Autor offen.

Zwischen gefühlten Sorgen und wissenschaftlichen Einsichten

Impfberatung Die Arbeitsgruppe für differenzierte Impfungen hat sich nach 35 Jahren zu Ende 2022 aufgelöst. Sie wollte die Impfberatung in der Schweiz patientenzentrierter machen und der Impfpromotion mehr Bedächtigkeit verordnen.

Hans Ulrich Albonico

Dr. med., Facharzt Allgemeine Innere Medizin

Kontroversen bei der Einführung von Impfungen sind bekanntlich nichts Neues. 1978 legte die Weltgesundheitsorganisation (WHO) an ihrer Weltkonferenz das Ziel «Gesundheit für alle im Jahr 2000» [1] fest, in dessen Gefolge die Schweiz 1987 die «Ausrottungskampagne» [2] gegen die Kinderkrankheiten Masern, Mumps und Röteln einführte. Diese Kampagne wurde von vielen Ärztinnen und Ärzten in immunologischer, epidemiologischer und sozialer Hinsicht als bedenklich empfunden. 150 Kolleginnen und Kollegen wandten sich mit einem

offenen Brief an das Bundesamt für Gesundheit (BAG), damit war die Arbeitsgruppe in der deutschen Schweiz gegründet, ein Jahr später kam die französischsprachige Schwestergruppe dazu, zur Jahrtausendwende zählte die Arbeitsgruppe gegen 500 Mitglieder.

Umstrittene MMR-Durchimpfung

Der bernische Gesundheitsdirektor Kurt Meyer griff die offenen Fragen der Arbeitsgruppe auf, befand, dass: «die für die landesweite Propagation in sämtlichen Bevölkerungskreisen getroffene Vereinfachung in der Argumentation nach

einer differenzierteren Information verlangt» [3] und beauftragte das Institut für Sozial- und Präventivmedizin der Universität Bern mit der bekannten Studie «Die Impfstrategien gegen Masern, Mumps und Röteln (MMR-Impfung) im Lichte der epidemiologischen Literatur». Diese kam zum Schluss, dass die «Ausrottung» vor allem der Masern «kaum ein realistisches Ziel» sein könne und dass demzufolge die Gefahr gefährlicher Krankheitsausbrüche in höherem Alter bestehe und stellte fest, «dass mangels fehlender [sic!] Kenntnisse die Frage der Langzeitauswirkungen der Impfungen

Organisationen

heute nicht beurteilt werden kann» [4]. Die Arbeitsgruppe erachtete es als zwingend, solche in epidemiologischer und gesellschaftlicher Hinsicht gravierende Unsicherheiten in der Impfberatung zu berücksichtigen. Erklärtes Ziel in der ersten Elternbroschüre: «Eltern, welche eine selbstverantwortete Impfscheidung anstreben, zu unterstützen. Die Kenntnis der offiziellen Informationen zur Impfkampagne wird dabei vorausgesetzt.» [5]

Das Engagement der Arbeitsgruppe in der Impffrage bestand demnach in der Auseinandersetzung zwischen häufig nur gefühlten Bedenken und Vorbehalten vieler Menschen und den wissenschaftlichen Erkenntnissen. Die Arbeit basierte auf der kritischen Bewertung der Impfstudien und der Teilnahme an BAG-Hearings und Impf-Fortbildungen. Besonders bei der Einführung der MMR-Durchimpfung waren solche Bedenken weit verbreitet. An einem BAG-Expertenhearing 1994 warnte zum Beispiel der damalige Leiter des Advisory Committees for Immunization Practices der Centers for Disease Control (CDC), dass die «Ausrottung» der Masern eine «gefährliche Kampagne» sei, weil sie zur Vorbeugung von Rückfall-Epidemien innert fünf Jahren vollzogen sein müsste [6]. Die Recherchen der Arbeitsgruppe führten zu zahlreichen Publikationen, unter anderem der ersten sechs Auflagen des Impfratgebers der Stiftung für Konsumentenschutz [7]. Auf der Homepage (www.impfo.ch) stellten wir Informationen zur Verfügung, welche für Eltern, welche sich ein eigenes Bild machen wollen, hilfreich sein sollten. Die Homepage, noch 2007 von der Zeitschrift «anthrazit» mit der Auszeichnung «200 beste Webseiten der Schweiz» versehen, entspricht mittlerweile nicht mehr den Nutzergewohnheiten und wurde dementsprechend auf Ende 2022 sistiert.

Die schwierige Risikobewertung

Dass die Impfung immer auch mit einer Impfkontroverse einhergeht, liegt in der Natur der Sache begründet. Bei der Impfung handelt es sich um einen körperlichen Eingriff mit dem Ziel (und der legalen Rechtfertigung) der Verhinderung von möglicherweise schweren und gefährlichen Krankheiten. Somit spielt die Risiko-Einschätzung eine entscheidende Rolle, diese ist aber eine ausgesprochen individuelle Angelegenheit und folgt auch längst nicht immer einem Nutzen-Nachweis. Die Tetanus-Impfung zum Beispiel wird wegen der Schwere der Krankheit verständlicherweise weiterhin empfohlen, obschon die «Number need to treat» (NNT) wahrscheinlich mittlerweile sehr hoch ist.

Bei der Impfung gegen die «klassischen» Kinderkrankheiten Masern, Mumps und Röteln ging es aber 1987 um die Einführung einer «Ausrottungskampagne», und die Experten

warnten, dass die dazu geforderte Durchimpfrate von mindestens 95% zur Vorbeugung gefährlicher Rückfall-Ausbrüche innert weniger Jahre erreicht werden müsse. Mit anderen Worten: somit mussten eigentlich alle Eltern zur Einwilligung gewonnen werden, eine individuelle Einschätzung war nicht mehr möglich. Das war damals insbesondere deshalb schwierig, weil viele Eltern und Ärztinnen und Ärzte (die Arbeitsgruppe hatte wechselnd 250 bis 500 Mitglieder, die Mitgliederlisten liegen noch vor) das Durchmachen von Masern, Mumps und Röteln im Kindesalter nicht als gefährlich erlebt hatten, sondern oft, mit Verweis auf zunehmende Allergien und Autoimmunerkrankungen, ja selbst Krebserkrankungen, gar als nützlich einstufen [7, 8]. Zu letzteren gab es in dieser Zeit sogar eine der ersten selbstständigen Hausarzt-Studien der Schweiz: eine Fall-Kontroll-Studie bei 390 Karzinom-Patientinnen und -patienten in 35 Hausarzt-Praxen [9]. Die Studie ergab einen inversen Zusammenhang des Krebsrisikos vor allem bei Nicht-Mamma-Karzinomen zur Anzahl durchgemachter Kinderkrankheiten, insbesondere Röteln, und gab der Forschung Anlass zu weiteren Überlegungen zur Krebsimmunologie [10].

Shared Decision Making

Dass bei den Impfungen immer wieder – in medizinischer, epidemiologischer und gesellschaftlicher Hinsicht – offene Fragen bestehen, hat sich in der Corona-Zeit nur allzu deutlich bestätigt. Wir sind offiziell gehalten, Vorbehalte, Bedenken und Ängste der Eltern ernst zu nehmen und in unseren Impfgesprächen zu berücksichtigen, dabei aber unfruchtbaren Polarisierungen entgegenzuwirken. «Shared Decision Making» müsse auch beim Impfen ernst genommen werden, heisst es in einem Artikel, der im April 2022 in der Schweizerischen Ärztezeitung erschienen ist: «Zu oft werden Eltern, die kritische Fragen zu den Vakzinen stellen, als Problempatienten wahrgenommen.» [11] Und Ursina Pally Hofmann, ehemalige Leiterin Rechtsdienst FMH, präzisierte in ihrem wegleitenden Beitrag zur Impfaufklärung Ende 2020: «Grundsätzlich muss der Patient über die Art und Risiken der in Aussicht gestellten Impfung so aufgeklärt werden, dass er in Kenntnis der Sachlage einwilligen kann.» Dabei «ist darauf hinzuweisen, dass nicht alle Risiken und Nebenwirkungen bekannt sind» [12]. Das entsprechende Urteil des Bundesgerichts hält ergänzend fest: «Die Aufklärung darf jedoch keinen für seine Gesundheit schädlichen Angstzustand hervorrufen.» [13] Tatsächlich sind wir Ärztinnen und Ärzte in der Schweiz in der weltweit einzigartigen Lage, unsere Impfgespräche adäquat abrechnen zu können.

Dass das Mitdenken der Eltern auch wichtige Fortschritte in der Vakzinologie bringen kann, zeigte die Thiomersal-Kontroverse. Jahrzehntlang mahnten Eltern und Patientenvereinigungen vor möglichen Impfschäden durch das quecksilberhaltige Thiomersal, [14] bis eines Tages im Jahr 1999 Neal Halsey, Leiter des Institute for Vaccine Safety an der Johns Hopkins School of Hygiene and Public Health in Baltimore, von der Vorstellung geplagt wurde, «eine ganze Generation von Kindern geschädigt zu haben.» [15] Innert weniger Monate erreichten die Food and Drug Administration (FDA), die American Academy of Pediatrics (AAP) und die European Agency for the Evaluation of Medicinal Products die Entfernung des Thiomersals aus allen Impfstoffen. [16]

Offene Fragen

Der Impfpromotion zu mehr Bedächtigkeit zu verhelfen, ist der Arbeitsgruppe nicht gelungen. Die Auflösung unserer Arbeitsgruppe (in Deutschland führen die «Ärztinnen und Ärzte für individuelle Impfscheidung» Arbeit und Homepage [17] weiter) geschieht im Bewusstsein, dass bei den Impfungen wichtige Fragen ungelöst sind: Gibt es, analog der Forschung zur Polypharmazie, hinreichende Untersuchungen zu einer allfälligen Überimpfung unserer Gesellschaft – «Less is more» auch bei den Impfungen? Müsstes die ungelösten Fragen zu allfälligen Langzeitwirkungen der Impfungen nicht zu entsprechenden Langzeitstudien Anlass geben? Was bedeutet es für die spätere Entwicklung unserer Kinder, wenn sie bereits in den ersten zwei Lebensjahren 27 Impfungen erhalten? Und, wenn wir unseren FMH-Rechtsdienst ernst nehmen: Kommen wir unserer Aufklärungspflicht bei den Impfungen genügend nach, beispielsweise wenn wir für einen Tetanus-Rappel mangels Verfügbarkeit des Einzelimpfstoffes ohne weitere Aufklärung unbesehen zwei weitere Impfstoffe dazu spritzen?

Korrespondenz

[hu.albonic\[at\]hotmail.com](mailto:hu.albonic[at]hotmail.com)



Literatur

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

SWISS MEDICAL FORUM

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



886

Perioperatives Management bei Erkrankten mit Post-COVID-19-Syndrom

Entscheidungshilfen Erkrankte mit Post-COVID-19-Syndrom unterziehen sich chirurgischen und nicht chirurgischen Interventionen. Eine Evidenz für das optimale perioperative Management fehlt.

Bernhard Walder, et al.



888

Patientenzentrierte Kommunikation

Überblick Aufmerksames Zuhören ist mehr als «nichts machen»; es ist ein Angebot, sich Betroffenen mit voller Aufmerksamkeit zuzuwenden und abzuwarten, ob und womit sie den Diskurs fortsetzen wollen.

Wolf Axel Langewitz



893

Atypisches Bild einer häufigen Erkrankung

Schwierige Diagnostik Ein 34-jähriger Mann, der bei guter allgemeiner Gesundheit ist, sucht die Notfallstation auf, da er an Oberbauchschmerzen leidet, die seit zwei Wochen stärker werden und mit Übelkeit ohne Erbrechen einhergehen. Dem Patienten zufolge sind bisher weder eine Passagestörung noch Fieber aufgetreten.

Mickaël Jolti, et al.

Journal Club

Kurz und bündig

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

Wissenschaftliche Redaktion Swiss Medical Forum

Praxisrelevant

Long-COVID stigmatisiert

Stigmatisierung ist dadurch gekennzeichnet, dass Personen wegen eines Gesundheitsproblems nicht die volle soziale Akzeptanz erhalten. Sie werden in der Gesellschaft diskreditiert.

In England wurden 888 von Long-COVID Betroffene mit 13 Stigma-Aussagen konfrontiert, die sie in einer Skala von 0 bis 4 bezüglich ihres Zutreffens auf ihre Person bewerten mussten. Das Durchschnittsalter der Teilnehmenden betrug 48 Jahre, 85% waren Frauen.

Bei 440 war die Diagnose in der Krankenakte festgehalten, bei den übrigen wurde Long-COVID ärztlich oder von Patientenseite vermutet. Bei den meisten Studienteilnehmenden dauerten die Beschwerden bereits >18 Monate an.

Stigmatisierung in irgendeiner Form erlebten 95% der Untersuchten gelegentlich, 67% erlebten es häufig. 61% berichteten, dass sie vorzeitig waren, wenn sie erzählten, dass sie Long-COVID hätten. 34% bereuten, dass sie gewissen Personen von der Diagnose erzählt hatten.

Die 13 Stigma-Aussagen bezogen sich auf a) Erlebnisse mit unfairer Behandlung oder Diskrimination, b) Vorurteile gegen sich selbst und c) Erwartungen von Stigma-Erlebnissen in Zukunft. Nach der Analyse und Gewichtung zeigte sich, dass die Methode der Erfassung sich eignete, um auszusagen, dass alle drei Stigma-Kategorien relevant häufig erlebt wurden. Die Aussagen b und c kamen häufiger vor als a. Des Weiteren kam bei ärztlich festgehaltener Long-COVID-Diagnose Stigmatisierung häufiger vor.

Stigma per se führt bei Patientinnen und Patienten zu Ängsten, Isolation und belastet auch die Arzt-Patienten-Beziehung. Die wichtigste Botschaft für uns ist, dass Personen mit der Etikette «Long-COVID» in den meisten Fällen zusätzlich durch Stigmatisierung belastet sind.

PLoS One. 2022,
doi.org/10.1371/journal.pone.0277317.
Verfasst am 22.1.2023_MK.

Fokus auf...

Chronische Hepatitis B

- Das Hepatitis-B-Virus (HBV) verursacht bei Neugeborenen fast immer und bei Erwachsenen in circa 10% eine chronische Infektion.
- Die Chronizität entsteht unter anderem dadurch, dass sich die T-Zellen gegen die hohe HBV-Antigenlast erschöpfen. Zudem gelingt es der humoralen B-Zell-Abwehr nicht, genügend Antikörper gegen die Antigene HBs (HBsAG) und HBe (HBeAG) zu bilden.
- Die Diagnose «chronische Hepatitis B» beruht auf der Persistenz des HBsAG >6 Monate.
- Durch das Wechselspiel von Virusreplikation und Immunreaktion entsteht eine chronische Leberschädigung. Nekrosen der Hepatozyten und Fibrosebildung führen zu Leberzirrhose und hepatozellulärem Karzinom.
- Personen mit chronischer Hepatitis B sollten – in Zusammenarbeit mit einer Fachspezialistin oder einem Fachspezialisten – regelmässig kontrolliert werden: dabei spielen Labor, Bildgebung (meist Ultraschall) und gelegentlich Biopsie eine entscheidende Rolle für die Therapie.
- Die Krankheit ist durch Phasen mit wechselnden HBV-Konzentrationen (<10³ bis >10⁷ IU/ml) und unterschiedlicher Entzündungsaktivität (Transaminasen) in der Leber charakterisiert.
- Auch wenn das Immunsystem Antikörper gegen HBeAG aufbauen kann (HBeAG negativ), persistiert die chronische Infektion meist und muss weiter überwacht werden.
- Die Indikation einer antiviralen Therapie besteht dann, wenn eine Leberschädigung vorliegt (Transaminasen, Ultraschall, Biopsie) und die HBV-DNA >2000 IU/ml liegt.
- Aktuell werden Nukleosid/tid-Analoga (Tenofovir, Adefovir, Entecavir) eingesetzt, welche die HBV-Polymerase hemmen. Die Entwicklung von Zirrhose und Leberkarzinom kann damit verhindert oder verzögert werden.
- Die Therapie muss lebenslang eingenommen werden. Eine Heilung ist erst nach jahrelanger Therapie möglich (erkennbar durch Verschwinden des HBsAG).
- Neue Präparate verhindern den Eintritt des HBV in die Zelle oder den geordneten Kapsidaufbau. Zahlreiche Phase-1- und -2-Studien sind im Gange. Gleichzeitig wird versucht, die Immunantwort der T- und B-Zellen mittels Immunmodulation zu verstärken.

N Engl J Med. 2023, doi.org/10.1056/NEJMra2211764.
Verfasst am 22.1.2023_MK.

Für Ärztinnen und Ärzte am Spital Eindrücklicher Muskelabbau bei kritisch Kranken

Diese systematische Übersicht quantifiziert, was wir aus Einzelstudien bereits zu wissen meinen: In den ersten Tagen auf der Intensivstation verlieren kritisch Kranke viel Muskelmasse – gut 2% täglich, 15% in der ersten Woche! Fast die Hälfte der Patientinnen und Patienten entwickelt in der Folge neuromuskuläre Störungen, subsumiert als «intensive care unit-acquired weakness».

Allerdings haben die zugrunde liegenden Studien – die Metaanalyse hat 53 Studien mit insgesamt 3251 Personen berücksichtigt – unterschiedliche Muskeln zu verschiedenen Zeitpunkten und mit unterschiedlichen Methoden untersucht, ebenso wurden verschiedene Endpunkte gewählt. Aufgrund dieser methodischen Heterogenität lassen sich leider keine quantitativen Aussagen zum Zusammenhang von Muskelabbau und dem weiteren Verlauf machen, insbesondere nicht zur Mortalität, zur Dauer der mechanischen Ventilation oder zur Verweildauer auf der Intensivstation. Bei fehlenden Outcome-Daten bleibt schliesslich auch die Rolle potentiell sinnvoller Interventionen (zum Beispiel proteinreiche Zusatznahrung, frührehabilitative Massnahmen) undiskutiert.

Klar scheint: Der Muskelabbau – als Surrogatmarker für vorbestehende Komorbiditäten und Ausdruck eines schweren Krankheitsverlaufs – ist bei Patientinnen und Patienten während der ersten Tage auf der Intensivstation beträchtlich.

Crit Care. 2023, doi.org/10.1186/s13054-022-04253-0.
Verfasst am 13.1.23_HU.

Neues aus der Biologie

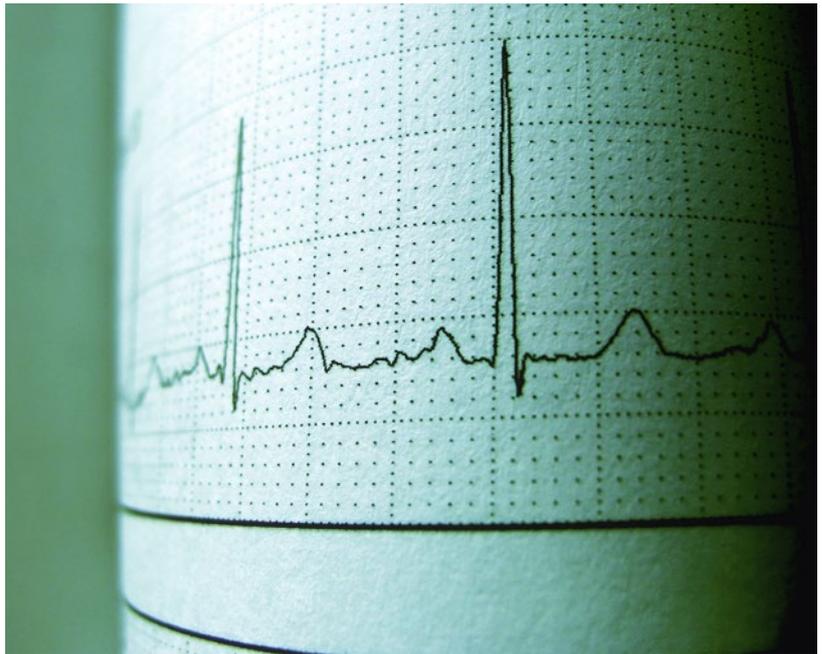
Familie mit Kindern: Väter seit Menschheit älter als Mütter

Diese bemerkenswerte evolutionsgenetische Arbeit hat anhand von moderner DNA dargelegt, dass innerhalb einer Familie die Väter in allen Perioden der Geschichte der Menschheit um sieben Jahre älter waren als die Mütter.

Kinder erhalten im Erbgut ihrer Eltern Mutationen, die erst in der Keimbahn der Spermien und Eizellen, also kurz vor der Empfängnis, entstehen. Diese Mutationen sind somit in den somatischen Zellen der Eltern nicht vorhanden. Je älter ein Elternteil, desto mehr solche Keimbahnmutationen werden dem Kind weitergegeben. Um diese Mutationen für die Altersberechnung der Eltern zu nutzen, wurde mit den über drei Generationen sorgfältig analysierten Mutationsdaten von 1500 Isländerinnen und Isländern ein «Tracking»-Programm erstellt. Dieses Programm diente dazu, basierend auf dem Genom von 2500 Personen aus der gesamten Weltbevölkerung, diese Mutationen weit zurück – nämlich 250 000 Jahre – zu erfassen. In allen Perioden (mit kleinen Schwankungen) waren die Männer durchschnittlich 30,7 Jahre, die Frauen 23,2 Jahre alt.

Dieser siebenjährige Unterschied mag zwar nicht erstaunen, zumal Männer grundsätzlich länger zeugen als Frauen Kinder austragen können. Es lassen sich aber auch Rückschlüsse auf die seit Menschengedenken bestehende

Praxisrelevant



© Luan Rezende / pexels.com

Das Vorhofflimmern ist die häufigste Rhythmusstörung bei über 75-Jährigen.

Screening auf Vorhofflimmern: sinnvoll oder nicht?

Mit prompter Detektion eines Vorhofflimmerns – es handelt sich mit einer Prävalenz von bis zu 15% bei >75-Jährigen um die häufigste Rhythmusstörung – und konsequenter Antikoagulation kann schätzungsweise rund ein Viertel der ischämischen Schlaganfälle verhindert werden.

Der Nutzen eines entsprechenden Screenings wurde in der STROKESTOP-Studie [1], einer riesigen Populationsstudie aus Schweden, adressiert. Nach einem Follow-up über fast 7 Jahre konkludiert die Autorschaft, dass mit einem Screening-Programm tatsächlich qualitätskorrigierte Lebensjahre gewonnen und Kosten eingespart werden können (65 QALY [«quality-adjusted life years»] respektive 1,77 Mio € / 1000 Teilnehmende).

Die Studie hat allerdings einen Schönheitsfehler: Obwohl, wenig erstaunlich, in der Screening-Gruppe häufiger ein Vorhofflimmern detektiert wurde, lag nur der Composite-Endpunkt – zusammengesetzt aus ischämischem und hämorrhagischem Schlaganfall, Thromboembolie, Blutung, Gesamtmortalität – signifikant tiefer als in der Kontrollgruppe. Keine Unterschiede fanden sich aber in den einzelnen Endpunkten, insbesondere nicht bei der Rate ischämischer Schlaganfälle. Im Editorial [2] fragt man sich entsprechend zu Recht, wer in eine Strategie investieren wird, die mit der Reduktion von Stroke-Ereignissen Gesundheitskosten sparen will, wenn die Daten zwar Kostenersparnisse aufzeigen, aber gar keine Reduktion von Schlaganfällen ergeben ...

1 Eur Heart J. 2023, doi.org/10.1093/eurheartj/ehac547.

2 Eur Heart J. 2023, doi.org/10.1093/eurheartj/ehac696.

Verfasst am 15.1.23_HU.

patriarchalische Gesellschaftsstruktur ziehen, in der der Mann stets verpflichtet war, mit Ansehen und Beruf das Überleben der Familie sicherzustellen.

Nicht unerwartet sind bereits im Vorfeld dieser Publikation Zweifel an der Methodik geübt worden. Falls sich in unserer Gesellschaft

die Stellung der Frau weiter verbessert, könnte die 7-Jahres-Kluft in Zukunft schrumpfen.

Sci. Adv. 2023, doi.org/10.1126/sciadv.abm7047.

Verfasst am 18.1.2023_MK.

Schlaglicht: Anästhesiologie und perioperative Medizin

Perioperatives Management bei Erkrankten mit Post-COVID-19-Syndrom

Erkrankte mit Post-COVID-19-Syndrom unterziehen sich chirurgischen und nicht chirurgischen Interventionen. Eine Evidenz für das optimale perioperative Management fehlt. Dieses Schlaglicht liefert Entscheidungshilfen für das Management in diesem komplexen Kontext.

Prof. Dr. med. Bernhard Walder^{a,1}, Dr. med. Bernardo Bollen Pinto^{a,1}, Dr. med. Nicola S. Ledingham^{b,1}, Prof. Dr. med. Miodrag Filipovic^{c,1}

^a Unité des soins péri-interventionnels, Service d'Anesthésiologie, Hôpitaux Universitaires de Genève, Genève; ^b Servizio di Anestesiologia, Ospedale Regionale di Lugano, Civico e Italiano, Lugano; ^c Klinik für Anästhesiologie, Intensiv-, Rettungs- und Schmerzmedizin, Kantonsspital St. Gallen, St. Gallen

¹ Kommission für perioperative Medizin der Schweizerischen Gesellschaft für Anästhesiologie und perioperative Medizin (SSAPM)

Perioperative Implikationen bei Erkrankten mit Post-COVID-Syndrom

Die Kommission für perioperative Medizin der Schweizerischen Gesellschaft für Anästhesiologie und perioperative Medizin (SSAPM) hat die Datenlage für Erkrankte mit Long- oder Post-COVID-Syndrom (PCS) und perioperativen Interventionen aufgearbeitet. Die Fakten wurden am Frühlingssymposium 2022 präsentiert und zu pragmatischen Entscheidungshilfen zusammengefasst.

6–20% aller Erkrankten nach SARS-CoV-2-Infektion leiden unter Symptomen, die mit einem PCS vereinbar sind [1]. Die Definition der Weltgesundheitsorganisation (WHO) verlangt eine Krankheitsdauer von mehr als drei Monaten. Die Krankheitsdauer scheint mit der Schwere der SARS-CoV-2-Infektion assoziiert zu sein. Beim PCS handelt es sich vermutlich um eine systemische, chronische Entzündungsreaktion mit veränderter Immunantwort und endothelialen, mikrovaskulären Läsionen. Im Hinblick auf eine chirurgische oder nicht chirurgische Intervention stellen die Erkrankten mit PCS eine perioperative Hochrisikopopulation dar. Komplexere Interventionen gehen mit einer akuten Entzündungsreaktion einher, die sich bei Erkrankten mit PCS auf die chronische Inflammation und Organdysfunktionen aufpropft. Je schwerer die Infektion und je früher die Intervention, desto höher ist das Risiko des Auftretens

schwerer postoperativer Komplikationen. Eine präzise Evaluation der Komorbiditäten mittels des «American Society of Anesthesiologists Physical Status»-(ASA-PS-)Scores [2] und der Fragilität mittels zum Beispiel der «Clinical Frailty Scale» (CFS) [3] sind deshalb essentiell.

Organspezifische Aspekte

Anstrengungsintoleranz und Dyspnoe sind die häufigsten Beschwerden und können pulmonale oder kardiale Ursachen haben. Typischerweise persistieren Veränderungen im Lungen-Computertomogramm (-CT) bei ehemals intensivmedizinisch behandelten Erkrankten noch nach einem Jahr und die periphere Sauerstoffsättigung (SpO₂) ist bei etwa 40% der Erkrankten erniedrigt. Eine Evaluation des Risikos der postoperativen pulmonalen Komplikationen mithilfe des «Assess Respiratory Risk in Surgical Patients in Catalonia»-(ARISCAT-)Score [4] ist präoperativ unabdingbar. Eine potentielle Therapie mit Bronchodilatoren muss über die perioperative Periode weitergeführt werden. Die intravenöse Flüssigkeitszufuhr soll restriktiv erfolgen, um eine Überwässerung mit Lungenödem und Hypoxämie zu vermeiden. Bei vormals tracheotomierten Erkrankten können die oberen Luftwege verändert sein, was zu Intubations- oder Beatmungsschwierigkeiten führen kann. Ausserdem leiden viele der intensivmedizinisch betreuten Erkrankten unter einer generalisier-

ten, auch die Atemmuskulatur betreffenden Muskelschwäche, die nach einem äusserst sorgfältigen Umgang mit Muskelrelaxanzien verlangt. Wegen möglicher Besiedelung mit multiresistenten Keimen muss unter Umständen die Antibiotikaprophylaxe angepasst werden.

Während SARS-CoV-2-Infektionen werden häufig erhöhte Troponinwerte beobachtet, die auch bei Erkrankten mit PCS persistieren können und auf inflammatorische Kardiomyopathien mit ventrikulären Dysfunktionen zurückgeführt werden. Während der perioperativen Periode werden gehäuft myokardiale Schädigungen, akute Myokardinfarkte, akute Tachyarrhythmien oder akute Herzinsuffizienzen beobachtet. Nach durchgemachtem akutem Atemnotsyndrom (ARDS) muss mit einer Rechtsherzinsuffizienz gerechnet werden. Je nach Anamnese, dem «Revised Cardiac Risk Index» [5] und den klinischen Symptomen erfolgen präoperativ ein Elektrokardiogramm und die Bestimmung kardialer Biomarker (NT-proBNP [«N-terminal pro-B-type natriuretic peptide»] und Troponin). Abhängig vom Befund können weitere Abklärungen (Echokardiographie) angezeigt sein. In der perioperativen Periode kann ein invasives arterielles Monitoring zusammen mit intermittierenden Blutgasanalysen frühzeitig eine akute Kreislaufinstabilität aufzeigen. Katecholamine und Antiarrhythmika sollten in Reichweite sein.

Postoperative Troponin-Messungen für drei Tage können für Erkrankte mit PCS empfohlen werden. Die postoperative Nachbehandlung kann «Intermediate Care» (IMC) oder intensivmedizinische Betreuung verlangen.

Chronische Müdigkeit und kognitive Störungen («brain fog») gehören zu den häufigsten Symptomen bei Erkrankten mit PCS. Ältere Menschen leiden häufiger unter neurokognitiven Verschlechterungen. Zwei Jahre nach der SARS-CoV-2-Infektion bleibt die Inzidenz kognitiver Einschränkungen, von Demenz und Epilepsie erhöht. Zwischen 6–14% der Patientinnen und Patienten haben eine reduzierte Mobilität und eine erhöhte Fragilität. Bei Erkrankten mit längerer intensivmedizinischer Betreuung sind Neuromyopathien nicht selten; sie können auch an einer Dysphagie leiden und deswegen eine Malnutrition aufweisen. Diese Erkrankten haben ein erhöhtes Risiko für eine postoperative Pneumonie, das mit einem erhöhten Sterberisiko einhergeht. Bei geeigneten Erkrankten könnte eine muskuläre und neurokognitive Prähabilitation erwogen werden. Benzodiazepine sollen wegen des erhöhten Risikos eines postoperativen Deliriums gemieden werden. Eine frühe postoperative Orientierung, Mobilisierung und perorale Ernährung können das Risiko von postoperativen neurokognitiven Störungen klein halten.

Weitere Aspekte

Eine schwere SARS-CoV-2-Infektion führt zu einer Endothelitis und zu einer Aktivierung des Gerinnungssystems. Die Folge können Mikrothromben sein. Diese Mikroangiopathien können zu Funktionsstörungen von Endorganen führen. Nach sechs Monaten nimmt das Thromboserisiko stark ab. Viele Erkrankte werden nach schwerer SARS-CoV-2-Infektion mit oralen Antikoagulanzen behandelt. Wird der Eingriff als dringlich und mit einem hohen Benefit einhergehend angesehen, muss das Gerinnungsmanagement interdisziplinär besprochen und individuell dem Risiko angepasst werden. Im Zweifelsfall kann eine Abklärung mittels Kompressions-Ultraschall angezeigt sein. Die postoperative therapeutische Wiederaufnahme der Antikoagulation darf erst erfolgen, wenn die lokale Blutungssituation unter Kontrolle und die Hämoglobinwerte stabil sind. Bei Erkrankten, die intensivmedizinisch betreut wurden, ist mit schwierigen venösen und arteriellen Punktionen zu rechnen. Eine sonographische Einlage von arteriellen oder venösen Kathetern kann notwendig sein.

Schilddrüsendysfunktionen wurden bei Erkrankten mit PCS beschrieben. Bei Erkrankten mit unklaren Tachykardien, Arrhythmien und Palpitation sollte eine präoperative Bestimmung des Thyreoidea-stimulierenden

Hormons (TSH) vorgenommen und gegebenenfalls eine Fachärztin oder ein Facharzt für Endokrinologie beigezogen werden. Stehen Erkrankte mit PCS unter Steroiden, muss an eine perioperative funktionelle Nebenniereninsuffizienz gedacht und eine «Stress-Prophylaxe» verabreicht werden.

Schlussfolgerungen

Erkrankte mit PCS, die für (nicht) chirurgische Interventionen vorgesehen sind, haben eingeschränkte Funktionsreserven und weisen entsprechend ein erhöhtes perioperatives Morbiditäts- und Mortalitätsrisiko auf. Ganz besonders gilt dies für Erkrankte, die wegen einer SARS-CoV-2-Infektion hospitalisiert werden mussten und intensivmedizinische Unterstützung brauchten. In jedem Fall gilt es, die gesundheitliche Situation der Erkrankten mit PCS sorgfältig zu erfassen und das perioperative Management individuell anzupassen. Eine enge interdisziplinäre Zusammenarbeit und eine hohe ärztliche und pflegerische Kompetenz in allen Aspekten der perioperativen Medizin sind für ein optimales Outcome von entscheidender Bedeutung.

Korrespondenz

Prof. Dr. med. Bernhard Walder
Unité de soins péri-interventionnels
Service d'Anesthésiologie
Hôpitaux Universitaires de Genève
Rue Gabrielle-Perret-Gentil 4
CH-1211 Genève 14
[bernhard.walder\[at\]hcuge.ch](mailto:bernhard.walder[at]hcuge.ch)

Verdankung

Die Autoren bedanken sich bei Frau Dr. Suzanne Reuss, Generalsekretariat SSAPM, für das Korrekturlesen.

Disclosure Statement

MF ist Vorstandsmitglied der Schweizerischen Gesellschaft für Intensivmedizin sowie der Schweizerischen Akademie der Medizinischen Wissenschaften. Die anderen Autoren haben deklariert, keine potentiellen Interessenskonflikte zu haben.

Literatur

- Menges D, Ballouz T, Anagnostopoulos A, Aschmann HE, Domenghino A, Fehr JS, Puhon MA. Burden of post-COVID-19 syndrome and implications for healthcare service planning: A population-based cohort study. *PLoS One*. 2021;16(7):e0254523.
- Horvath B, Kloesel B, Todd MM, Cole DJ, Prielipp RC. The Evolution, Current Value, and Future of the American Society of Anesthesiologists Physical Status Classification System. *Anesthesiology*. 2021;135(5):904–9.
- McIsaac DI, Harris EP, Hladkovic E, Moloo H, Lalu MM, Brynson GL, et al. Prospective Comparison of Preoperative Predictive Performance Between 3 Leading Frailty Instruments. *Anesth Analg*. 2020;131(1):263–72.
- Canet J, Gallart L, Gomar C, Paluzie G, Vallès J, Castillo J, et al. Prediction of postoperative pulmonary complications in a population-based surgical cohort. *Anesthesiology*. 2010;113(6):1338–50.
- Lee TH, Marcantonio ER, Mangione CM, Thomas EJ, Polanczyk CA, Cook EF, et al. Derivation and prospective validation of a simple index for prediction of cardiac risk of major noncardiac surgery. *Circulation*. 1999;100(10):1043–9.



Prof. Dr. med. Bernhard Walder
Unité des soins péri-interventionnels,
Service d'Anesthésiologie, Hôpitaux
Universitaires de Genève, Genève



© Igor Mojzes / Dreamstime

Die wahrscheinlich wichtigste «Technik» der Kommunikation ist das aufmerksame Schweigen.

«Invite the patient's perspective»

Patientenzentrierte Kommunikation

Aufmerksames Zuhören ist mehr als «nichts machen»; es ist ein Angebot, sich Betroffenen mit voller Aufmerksamkeit zuzuwenden und abzuwarten, ob und womit sie den Diskurs fortsetzen wollen.

Prof. Dr. med. Wolf Axel Langewitz

Psychosomatik – Medizinische Kommunikation, Universitätsspital Basel, Basel

Vorbemerkung

Es handelt sich bei diesem Artikel um ein narratives Review der Literatur der letzten drei Jahre, die mit dem Stichwort «patient-centred communication» durchforstet wurde. Die ausgewählten Beispiele zeigen, dass auf diesem Gebiet eine grosse konzeptuelle Unsicherheit herrscht. Es wird daher der Versuch unternommen, das Wesentliche einer patientenzentrierten Kommunikation zu definieren. Diese Definition hat sich in der praktischen Arbeit des Autors als Lehrender, Supervisor und Forschender in unterschiedlichen kulturellen Kontexten und auf unterschiedlichen Niveaus von Lernenden bewährt. Wenn es um die einzelnen, im Artikel angesprochenen Bestandteile einer patientenzentrierten Kommunikation geht, wurden aktuelle Arbeiten, zum Beispiel zum Thema « Klären der Agenda » systematisch mit einem entsprechenden Stichwort gesucht und aufgeführt. Die hier vorgeschlagene Einführung des Begriffes «patientenzentrierte Kommunikation» ist der Versuch, die Vielfalt in den Begriffen und Theorien zu reduzieren. Zu hoffen ist, dass es so gelingen könnte, Anstrengungen in der Fort- und Weiterbildung im Bereich der Kommunikation zutreffend zu beschreiben und Lernziele sowie Evaluationsmöglichkeiten gezielter zu entwickeln.

Definition

Auch heute werden ganz unterschiedliche Definitionen dessen, was unter patientenzentrierter Kommunikation zu verstehen ist, benutzt. Einige Modelle propagieren weit ausgreifende inhaltliche Schwerpunkte, die in einem patientenzentrierten Gespräch abgearbeitet werden sollten: Mead und Bower [1] fordern, dass sich Arzt und Patient als ganze Personen («as whole person») einbringen, sie betonen die Wichtigkeit einer therapeutischen Allianz und der geteilten Macht und Verantwortung. Epstein und Mitarbeitende [2] nennen folgende Ziele einer patientenzentrierten Gesprächsführung: 1. Die

Sichtweise des Patienten herausfinden und verstehen (Sorgen, Vorstellungen, Erwartungen, Bedürfnisse, Gefühle, Auswirkungen im Alltag); 2. einen Patienten in seinem einzigartigen psychosozialen Kontext verstehen; 3. ein gemeinsames Verständnis des Problems und seiner Behandlung erarbeiten, das mit den Werten des Patienten übereinstimmt; 4. Patienten dabei unterstützen, Macht und Verantwortung zu teilen, indem sie an den ihnen wichtigen Entscheidungen beteiligt werden.

Moira Stewart [3] hat in mehreren Arbeiten betont, wie wichtig es für die patientenzentrierte Kommunikation ist, dass Ärzte *aktiv* die Ansichten des Patienten explorieren. Die Forderung nach einer *aktiven* Exploration der Sichtweise von Betroffenen wurde bereits 2006 in einer Arbeit von de Haes kritisch hinterfragt [4]: Es gäbe keine ausreichenden Belege dafür, dass alle Patienten ein Interesse daran hätten, psychosoziale Aspekte anzusprechen, ihre Sorgen mit einer Fachperson zu teilen, eine partnerschaftliche Beziehung zu pflegen oder aktiv einbezogen zu werden in gemeinsame Entscheidungsfindung. Sie empfiehlt, jeweils abzuklären, ob Patientinnen und Patienten in einer Konsultation möchten, dass die Fachperson ihnen «patientenzentriert» begegnet, oder ob sie im Gegenteil eine Konsultation wünschen, in denen die Fachperson die Führung übernimmt, sich zum Beispiel um einen klar umrissenen Auftrag kümmert und Informationen nur auf ausdrücklichen Wunsch mitteilt. Tatsächlich ist in der Praxis evident, dass es in vielen Konsultationen schlicht darum geht, einen konkreten Auftrag abzuarbeiten (zum Beispiel Information zur Impfung, Kontrolle von Blutdruck- und Zuckerwerten). Wenn solche Konsultationen durch ein Narrativ ergänzt werden, ist wahrscheinlich wenig gewonnen.

Diesen eher umfassenden Vorstellungen stellen wir unser Modell entgegen, in dem patientenzentrierte Kommunikation zu einer einfachen Maxime verdichtet wird: *Kommuniziere so, dass sich ein Gegenüber (Patientinnen*

und Patienten oder Angehörige) eingeladen fühlt, seine Sichtweise darzustellen («invite the patient's perspective»). Diese Definition impliziert nicht, dass eine Fachperson immer patientenzentriert kommunizieren sollte; sie lässt Raum für Begegnungen, in denen das Gegenüber seine Position nicht offenlegen will, sondern zum Beispiel schlicht um eine Dienstleistung bittet («Könnten Sie mal den Blutdruck messen?»). Es bleibt allerdings in der Verantwortung der Fachperson zu entscheiden, ob sie dem Wunsch nach «kurz und knapp» nachkommen mag.

Die Rede von der patientenzentrierten Kommunikation impliziert die Abgrenzung von der arztzentrierten Kommunikation. Im Sinne der eingangs kritisierten Vorstellung, eine professionelle Kommunikation sei in erster Linie patientenzentriert, zeigt sich die wahre Könnerschaft in einer dem Gesprächsziel angepassten Mischung dieser beiden Diskurstypen. Ein gutes Gespräch ist also nicht ein patientenzentriertes Gespräch im engeren Sinne, sondern immer eine Mischung aus Gesprächsabschnitten, in denen die Initiative von der Fachperson ausgeht, und solchen, in denen Betroffene führen. Tabelle 1 gibt die wesentlichen Unterscheidungsmerkmale einer arzt- und einer patientenzentrierten Gesprächsführung wieder.

Wenn das zu klärende Problem für Fachperson und Patient eindeutig definiert, oder anders gesagt, wenn eine Arbeitshypothese bekannt ist, die in der Konsultation abgearbeitet werden muss, sind raumschliessende Kommunikationstechniken sinnvoll, die im Rahmen einer bekannten Agenda (zum Beispiel « Klären, ob die Befunde eine Änderung der Therapie nahelegen ») mit einer Serie von geschlossenen Fragen der Fachperson, die eindeutige Antworten einfordern, die Hypothesen klären.

Wenn eine Arbeitshypothese erst erarbeitet werden muss, lohnt es sich, den diskursiven Raum zu öffnen, Betroffene zum Erzählen einzuladen (in ein Narrativ), selber zuzuhören,

Tabelle 1: Wesentliche Unterscheidungsmerkmale einer arzt- und einer patientenzentrierten Gesprächsführung

Charakteristika	Typus	
	Arztzentriert	Patientenzentriert
Erkenntnistyp	Hypothesen überprüfen	Hypothesen generieren
Diskursiver Raum	Raum eingrenzen	Raum öffnen
Kommunikationsform der Fachperson	Fragen stellen	Zuhören
Kommunikationsform der Betroffenen	Antworten	Erzählen
Diskursform	Interrogativ	Narrativ

um ihnen die Möglichkeit zu geben, eigene Perspektiven einzubringen und im Dialog Hypothesen zu erarbeiten.

Aufgrund der unterschiedlich weit ausgreifenden Definitionen von patientenzentrierter Kommunikation ist nachvollziehbar, dass Outcome-Studien schwierig zu bewerten sind. 2012 fassen die Autorinnen und Autoren ihre Ergebnisse in einem Cochrane-Review so zusammen [5] [Übersetzung Autor]: «Die Auswirkungen [der untersuchten Studien] auf Patientenzufriedenheit, Gesundheitsverhalten und Gesundheitsstatus sind gemischt. Es gibt einige Hinweise darauf, dass komplexe Interventionen, die sich an Fachpersonen und Patientinnen und Patienten richten, positive Auswirkungen [auf die o.g. Zielvariablen] haben, wenn sie spezifisch auf die Erkrankung zugeschnittenes Informationsmaterial enthalten».

Um die Breite der empirischen Arbeiten zu verdeutlichen, werden im folgenden Abschnitt einzelne Studien aufgeführt, die mit einem unterschiedlichen Verständnis von patientenzentrierter Kommunikation in unterschiedlichen Populationen verschiedene Outcome-Variablen untersucht haben. Interessierter Leserschaft sei empfohlen, für ihren jeweiligen Interessenschwerpunkt spezifisch nach Arbeiten zu suchen, die in der für sie relevanten Population empirische Belege berichten.

Ausgewählte empirische Befunde zum Nutzen patientenzentrierter Kommunikation

Wichtige Ergebnisse zur Wirksamkeit einer patientenzentrierten Kommunikation kommen aus der Placebo-Forschung, für die exemplarisch eine häufig zitierte Arbeit von Kaptchuk und Mitarbeitenden [6] angeführt wird. Die Autoren haben untersucht, ob Patienten mit Reizdarm-Syndrom, die im Placebo-Arm einer Akupunktur-Studie beobachtet werden, von einer patientenzentrierten Kommunikation des Arztes profitieren. Im Vergleich zu Konsultationen, die dem üblichen Schema folgten, war die «angereicherte» («augmented») Kommunikation mit höherer Lebensqualität und deutlich verminderter Symptomlast vergesellschaftet.

In mehreren Arbeiten wurde nachgewiesen, dass die Patientenzufriedenheit mit ihren Behandlern nach einer Intervention ansteigt, in der die Kompetenz von Fachpersonen im Bereich der patientenzentrierten Kommunikation adressiert wird [7, 8].

Einige Arbeiten untersuchen die Auswirkungen patientenzentrierter Gesprächsführung bei umschriebenen Krankheitsbildern. Als Beispiele werden Arbeiten bei Patienten mit Herzinsuffizienz und mit Bluthochdruck angeführt:

Fabrizi und Mitarbeitende [9] konnten zeigen, dass Personen mit Herzinsuffizienz, die das Ausmass an patientenzentrierter Kommunikation ihrer Behandler als sehr gut bewerten, eine um 30% reduzierte Mortalität aufweisen. In einer anderen Arbeit [10] wurde die Hypothese bestätigt, dass Patienten mit einer chronischen Hochdruckerkrankung, die ihren Behandlern ein besonders hohes Ausmass an patientenzentrierter Kommunikation attestieren, eher Empfehlungen zur Behandlung befolgen.

Krankheitsübergreifend wurden Situationen untersucht, die eine bestimmte Funktion im Rahmen einer stationären Behandlung haben: In einer Übersichtsarbeit zur Frage, ob es sich lohnen könnte, die Kommunikation eines Entlassungsgesprächs zu verbessern [11], wurden sehr unterschiedliche Interventionen untersucht, die nur zum Teil als «patientenzentrierte Kommunikation» im engeren Sinne gelten. Sie umfassten strukturierte Gespräche mit Fachpersonen und Angehörigen, gemeinsame Entscheidungsfindung von Behandlungsteam und Patient mit oder ohne Angehörige, motivierende Gesprächsführung, detaillierte Informationen mit Überprüfung des Wissensstandes des Patienten, etc. Insgesamt liess sich zeigen, dass die Interventionen mit einer tieferen Rate an Hospitalisationen im Follow-up, besserer Therapietreue und höherer Patientenzufriedenheit vergesellschaftet waren.

In einer umfangreichen Multizenter-Studie aus der Pädiatrie berichten Khan und Mitarbeitende [12], dass eine strukturierte Visite, die die Perspektiven aller Beteiligten aufgreift, die Häufigkeit schwerwiegender medizinischer Fehler um 38% reduziert und gleichzeitig aus Sicht der Betroffenen die Qualität der Kommunikation und die Teilhabe der Familien verbessert.

Für Ärztinnen und Ärzte lohnt es sich, im Studium Fertigkeiten in der patientenzentrierten Kommunikation zu erwerben: Wer im Abschlussexamen seines Medizinstudiums schlecht kommunizieren konnte, hat in den ersten Jahren seiner Berufstätigkeit ein deutlich erhöhtes Risiko, mit Patientenbeschwerden und Klagen konfrontiert zu werden [13].

Das zentrale Argument der patientenzentrierten Kommunikation ist ja, dass es wichtig ist, die «Konzepte» der Patienten, also ihre individuelle Sicht auf ihre psychosoziale Situation, auf ihre Erkrankung, auf ihre Möglichkeiten eines Umgangs damit, etc. kennenzulernen und zu berücksichtigen. Hier sind die aktuellen Ergebnisse widersprüchlich. In einer Arbeit wird als Merkmal der psychosozialen Situation einer Person die Einbettung in ein sozial zugewandtes Umfeld erhoben. Betroffene mit einer Herzinsuffizienz, die sich als sozial sehr isoliert beschreiben, haben eine 3,5-fach erhöhte Mortalität und ein um 57%

erhöhtes Risiko einer Einweisung auf eine Notfallstation [14].

Dem steht eine Arbeit gegenüber, die keinen Zusammenhang zwischen den Bewältigungsmechanismen von Patienten mit einem Diabetes mellitus Typ 2 und dem Verlauf des HbA_{1c} über 6–12 Monate findet [15].

Zur Interpretation dieser diskrepanten Ergebnisse muss angeführt werden, dass die Literatur zur Bedeutung von Patientenkonzepten insgesamt von methodischen Problemen geprägt ist: ein häufig retrospektives Design, unklare Definition von «Patientenkonzepten» oder »psychologischen Faktoren«, die es durch einen offenen Gesprächsstil zu erkennen gilt [16].

Zum Schluss sollen zwei aktuelle Arbeiten aus Deutschland diskutiert werden, die bei einer PubMed-Suche unter dem Stichwort «patient-centred communication» angeboten werden. Beide Arbeiten zeigen keinen positiven Zusammenhang zwischen einer mehr patientenzentrierten Gesprächsführung und unterschiedlichen Outcomes in Hausarztpraxen: Eine Studie mit dem verheissungsvollen Begriff der «Narrative Medicine» im Titel [17] geht von der Annahme aus, dass es möglich sein sollte, über das Eröffnen eines freien Erzählraumes das Medikamenten-Einnahmeverhalten von Patientinnen und Patienten positiv zu beeinflussen. Die Hoffnung der Autoren, eine sogenannte Narrations-basierte Kommunikation könnte zu einer Reduktion der Anzahl eingenommener Medikamente führen, bestätigte sich nicht.

Interessant an dieser Arbeit sind zwei Aspekte: Entspricht die Intervention den Zielen einer patientenzentrierten Gesprächsführung und ist das angestrebte Ziel einer Verhaltensänderung mit einer rein raumöffnenden Gesprächsführung zu erreichen? Im Abschnitt «Definition» wurde betont, dass es nicht Aufgabe einer Fachperson sein könne, einem Betroffenen ein patientenzentriertes Gespräch im Sinne einer raumöffnenden Kommunikation aufzunötigen, wenn dies nicht von Betroffenen gewünscht wird. Das Angebot, im Rahmen der Intervention binnen eines Jahres dreimal einen 30-Minuten-Termin zur freien Verfügung zu erhalten, um über Medikamenteneinnahme, Therapieziele und eigene Prioritäten frei erzählen zu können, ist nur dann «patientenzentriert», wenn es von Patientinnen und Patienten gewünscht wurde. Und selbst dann stellt sich die Frage, ob die Frage einer klugen Medikamenteneinnahme – im Sinne der Autoren, eine eingeschränkte Medikamenteneinnahme – über die Diskursform des Narrativs zu klären ist. Kluge Medikamenteneinnahme resultiert aus einem Mix von faktenbasierter Information und Abgleich mit persönlichen Präferenzen. Die Vermittlung von Fakten ist zen-

trales Anliegen der arztzentrierten Gesprächsführung. Wenn dies aus methodischen Gründen nicht angeboten wird, geht ein wesentlicher Teil der *gemeinsamen* Entscheidungskompetenz von Fachperson und Betroffenen verloren. Eine andere Arbeit aus Hausarztpraxen [18] stellt fest, dass Grundversorger, die an einem eintägigen Seminar zur Vermittlung von patientenzentrierter Kommunikation teilgenommen haben, keine zufriedeneren Patienten haben als die Grundversorger in der Kontrollgruppe. Hier gilt eine ähnliche Kritik wie in der oben diskutierten Arbeit von Schäfer und Mitarbeitenden, nur sind die Rollen anders verteilt: Aus der «patientenzentrierten Gesprächsführung» wird die «lernerzentrierte» Schulung, aus den medizinischen Fachpersonen Moderatoren. Hier geht es wieder um die Balance zwischen Aktivitäten, die von den Teilnehmenden ausgehen («learner-centred learning») und denen, die von den Moderatoren ausgehen («expert-centred teaching»). Die Autoren beschreiben die Balance in den Schulungen so: «there was a high proportion of speeches by the participants and only stimuli from the training moderator were given.» Wenn man davon ausgeht, dass die Moderatoren in Bezug auf die Fertigkeiten und die Didaktik der Vermittlung der patientenzentrierten Gesprächsführung mehr wissen als die Teilnehmenden, ist es schade, dass sie diesen ja gewünschten Vorteil an Kompetenz nur in Form von hier und da gesetzten Stimuli einbringen dürfen.

Ungeklärte Fragen: Wie aufwändig müssen Schulungen im Bereich der patientenzentrierten Kommunikation sein?

Es gibt unseres Wissens kaum Arbeiten, die in einer ausreichend grossen Kohorte unterschiedlich intensive Trainingsprogramme gegeneinander testen. Aus den aktuellen Interventionsstudien lässt sich aber mit einiger Wahrscheinlichkeit sagen, dass eine höhere Interventionsintensität bessere Ergebnisse bringt.

Aktuelle Veröffentlichungen, die die Interventionen auf der Ebene der Teilnehmenden evaluieren, berichten über umfangreiche Interventionen [6, 19]. In der Arbeit von Wolderslund und Mitarbeitenden [19] beansprucht die Intervention zwei Tage plus ein Tag Booster-Seminar, plus individuelles Feedback auf eine Video-Aufzeichnung eines Gespräches. In einer ähnlichen Arbeit aus Iowa [8] wurde für das Seminar nur 5 Stunden veranschlagt, dafür erhielten Teilnehmer zweimal «Feedback on the job», um die Anwendung neuer Verhaltens- und Kommunikationstechniken im klinischen

Alltag zu unterstützen. In beiden Arbeiten wurde das tatsächliche Verhalten der Studienteilnehmenden zwar nicht empirisch, zum Beispiel durch die Dokumentation von durchgeführten Gesprächen, untersucht, immerhin wurde nachgewiesen, dass die Selbst-Wirksamkeit der Studienteilnehmer in der Anwendung patientenzentrierter Kommunikation zugenommen hatte. In einer aktuellen Arbeit aus unserer Arbeitsgruppe konnten wir zeigen, dass eine Berufsgruppen-übergreifende Intervention, bestehend aus einem 8-stündigen Seminar und 1:1 Feedback on the Job (zum Beispiel während begleiteter Visiten) über eine Beobachtungszeit von 6 Jahren die Patientenzufriedenheit nachhaltig verbessert [20].

Aus der Feedback-Literatur wissen wir, dass Lernziele im Verhaltensbereich in hohem Ausmass von einem unmittelbaren strukturierten Feedback profitieren [21–23]. Das ist in einem Spital-Setting im Prinzip umsetzbar, da es hier möglich ist, ein Feedback «on the job» durch geschulte Fachpersonen anzubieten. Im niedergelassenen Bereich ist ein solches Angebot schwer vorstellbar. Hier bietet sich an, Begegnungen mit standardisierten Patienten und Patientinnen über eine Web-basierte Schulung einzusetzen, die zu einem Zeitpunkt stattfindet, den interessierte Kolleginnen und Kollegen gemäss ihren Möglichkeiten auswählen können [24].

Wie lässt sich patientenzentrierte Kommunikation operationalisieren?

Detaillierte, mit Beispielen angereicherte Beschreibungen der Techniken der patientenzentrierten Kommunikation finden sich im «Leitfaden Kommunikation im Medizinischen Alltag» der Schweizerischen Akademie der Medizinischen Wissenschaften (SAMW) [25] und im vergleichbaren Leitfaden der Ärztekammer Nordrhein [26], dort auch mit eingebetteten Video-Beispielen.

Mit der Kritik an einer zu wenig griffigen Definition der patientenzentrierten Gesprächsführung haben wir begründet, warum diese Arbeit nicht einem systematischen Review-Artikel entspricht. Daher wird im Folgenden versucht, anstatt dessen einzelne Komponenten einer patientenzentrierten Gesprächsführung zu erläutern. Ihre Auswahl basiert auf der langjährigen Erfahrung des Autors in der Lehre, in der Fort- und Weiterbildung und in der Evaluation von Kommunikation in der Medizin. Das heisst, die hier aufgeführten Inhalte lassen sich operationalisieren, vermitteln und evaluieren.

Explizite Struktur

Wir empfehlen, bei jedem Gespräch zunächst zu klären, wie das Gespräch ablaufen wird.

Dazu gehört eine Definition der Themen [27, 28], die in der jetzt anstehenden Begegnung erörtert werden sollten; beide Seiten, Fachperson und Betroffene bringen Themen ein und müssen sich einig werden, was heute Platz hat. Die häufig eingesetzte initiale offene Frage lässt tatsächlich Vieles offen («Weswegen kommen Sie heute zu mir?») und generiert nicht notwendig eine Liste relevanter Themen, sondern wird als Variation von: «Wie geht es Ihnen denn heute?» verstanden. In den dann folgenden Äusserungen der Patienten steckt in der Regel ein Thema, das sie vordringlich beschäftigt und dies führt dazu, dass sich Betroffene und Fachpersonen diesem Thema widmen. Etwaige andere Themen fallen unter den Tisch oder werden beim Abschied («Oh, was ich Sie noch fragen wollte,...») aufgebracht [29, 30]. Das initiale gemeinsame Erstellen einer Liste von Themen soll sicherstellen, dass beide Seiten wissen, was anstehen *könnte*, und vor allem der Fachperson die Möglichkeit geben zu entscheiden, was heute innerhalb eines bestimmten Zeitrahmens vordringlich besprochen werden muss und was auf einen weiteren Termin verschoben werden kann. An dieser Stelle ist es gerade im Spital auch angebracht, andere, besser geeignete Ansprechpartner (zum Beispiel Sozialdienst; Pflege-Expertinnen) ins Spiel zu bringen. Problematisch ist häufig, dass Patienten die Bitte, ihre Anliegen für die Konsultation zu benennen, so verstehen, dass sie jetzt zu ihrem ersten Thema sprechen sollen, ohne weitere eigene Punkte zu erwähnen und ohne der Fachperson die Möglichkeit zu geben, ihre eigene Agenda einzubringen (siehe Hood-Medland, [31]). In diesem Fall müssten die Beschwerden der Patientin einem Thema zugeschrieben werden, zum Beispiel mit einem Satz wie: «Frau X, wenn ich Sie richtig verstehe, ist Ihnen das Thema «Schmerzen im Knie» besonders wichtig. Ich würde trotzdem gerne erst einmal alle Themen sammeln, die heute auf unserer Liste stehen. Was gibt es noch von Ihnen und was sind meine Themen.»

Eine spezifische Variante des expliziten Strukturierens ist das strukturierte Vermitteln von Information. Patientinnen und Patienten auf der Notfallstation sind zufriedener mit Ärztinnen und Ärzten, die nicht nur die Konsultation insgesamt, sondern auch die Informationen bei der Entlassung explizit strukturieren. Sie erleben diese Fachpersonen als fachlich kompetenter [32, 33]. In einer gerade erschienenen Arbeit unserer Arbeitsgruppe liess sich zusätzlich zeigen, dass explizites Strukturieren das Behalten von Informationen gerade bei Patienten mit geringem medizinischem Vorwissen und die Adhärenz mit Verhaltensempfehlungen bei allen Patienten verbessert [34].

Angesichts dieser positiven Ergebnisse ist es schade, dass das explizite initiale Klären der Erwartungen an eine Konsultation in nur einer von 10 Konsultationen vorkommt [31].

Raumöffnende Kommunikation – das aufmerksame Schweigen

Wir haben mit der Abkürzung WWSZ (Warten, Wiederholen, Spiegeln, Zusammenfassen) Techniken zusammengestellt [25], die es der Fachperson ermöglichen, das Rederecht beim Patienten zu belassen oder an ihn zurückzugeben. Die wahrscheinlich wichtigste «Technik» ist das aufmerksame Schweigen, die Bereitschaft der Fachperson, ihrem Gegenüber zuzuhören. Für Betroffene steht das Zuhören der Fachperson weit oben in den Wünschen an eine gelungene Konsultation [35–38]. Das Problem des aufmerksamen Zuhörens ist das Timing: Wie lange ist ein Schweigen hilfreich, wann wird es belastend? In linguistischen Analysen von Konsultationen zeigt sich, dass die Redebeiträge von Person A und Person B schnell aufeinander folgen (im Schnitt nach 200 ms) [39], erst Pausen von über zwei Sekunden Länge werden als solche eindeutig wahrgenommen [40]. Ihre Positionierung und ihre effektive Länge sind mit einem Regelwerk nicht zu beschreiben, die Entscheidung über die angemessene Länge eines Schweigens ist vor allem das Resultat eines aufmerksamen Beachtens der eigenen Befindlichkeit [41]. Auch beim Definieren der Agenda oder beim Vermitteln von Informationen sind ausreichende Pausen wesentlich; sie geben den Betroffenen die Möglichkeit, über das, was sie gehört oder gerade selber gesagt haben, nachzudenken. Bei der Definition von Themen für die Agenda zeigt sich das Ergebnis dieser Verarbeitung in Form eines kurzen Nickens oder eines «hmmhm, ok». Informationen, die eine Neuorientierung bedingen, brauchen Zeit zur Verarbeitung [42]; prozedurale Informationen (was müsste jetzt gemacht werden) profitieren von einer kurzen Pause zur Nachbearbeitung [43].

Aufgreifen von Emotionen

Wir vermitteln Vorgehensweisen, die in dem Akronym NURSE zusammengefasst sind:

- «Naming emotion»: Gefühle benennen;
- «Understanding emotion»: Verständnis für ein Gefühl äussern;
- «Respecting»: Anerkennung zeigen;
- «Supporting»: Unterstützung anbieten;
- «Exploring»: Unklare Gefühle ansprechen und explorieren [44].

Wahrscheinlich ist auch im Umgang mit Gefühlen das aufmerksame Schweigen die wirksamste «Technik», weil sie Betroffenen die Zeit lässt zu entscheiden, ob sie jetzt mit dieser

Fachperson über ihre Gefühle sprechen wollen oder nicht. Gerade bei intensiven Gefühlen ist es den meisten Menschen lieber, mit einer persönlichen Vertrauensperson über Angst oder Trauer zu sprechen. Diese Menschen sind auch in Tränen und mit gebrochener Stimme in der Lage zu sagen: «Was schlagen Sie jetzt vor?» und verlassen damit das Feld der Gefühle und betreten den Bereich der Informationsvermittlung. Wir haben gerade beim aufmerksamen Schweigen den Begriff der Gesprächstechnik mit Vorbehalt angewandt, weil wir davon ausgehen, dass die Bereitschaft geduldig abzuwarten auf einer gelassenen inneren Haltung basiert, die mit «Technik» nicht ausreichend beschrieben ist.

Das Wichtigste für die Praxis

- Patientenzentrierte Kommunikation äussert sich in der Bereitschaft der Fachperson, Betroffenen die Möglichkeit zu geben, ihre eigene Sichtweise zu äussern und dem professionellen Einsatz bestimmter Kommunikationstechniken, die dies ermöglichen.
- Im Praxisalltag wird patientenzentrierte Kommunikation in der Regel kombiniert mit arztzentrierten Gesprächsanteilen; die jeweils angemessene Mischung macht das gelungene Gespräch aus.
- Eine Fülle von empirischen Arbeiten zeigt, dass bestimmte Elemente der professionellen Kommunikation mit psychologischen und medizinischen Outcome-Variablen verknüpft sind.

Korrespondenz

Prof. Dr. med. Wolf Axel Langewitz
Psychosomatik – Medizinische Kommunikation
Universitätsspital Basel
Petersgraben 4
CH-4031 Basel
[wolf.langewitz\[at\]usb.ch](mailto:wolf.langewitz[at]usb.ch)

Disclosure Statement

Der Autor hat deklariert, keine potentiellen Interessenskonflikte zu haben.

Empfohlene Literatur

- 4 de Haes H. Dilemmas in patient centeredness and shared decision making: a case for vulnerability. *Patient education and counseling*. 2006;62(3):291–8.
- 6 Kaptchuk TJ, Kelley JM, Conboy LA, Davis RB, Kerr CE, Jacobson EE, et al. Components of placebo effect: randomised controlled trial in patients with irritable bowel syndrome. *BMJ (Clinical research ed)*. 2008;336(7651):999–1003.
- 9 Fabbri M, Finney Rutten LJ, Manemann SM, Boyd C, Wolff J, Chamberlain AM, et al. Patient-centered communication and outcomes in heart failure. *The American journal of managed care*. 2020;26(10):425–30.
- 20 Scheel-Sailer A, Eich S, Jelmoni L, Lampart P, Schwitler M, Sigris-Nix D, Langewitz W. Effect of an interprofessional small-group communication skills

training incorporating critical incident approaches in an acute care and rehabilitation clinic specialized for spinal cord injury and disorder. *Frontiers in Rehabilitation Sciences*. 2022 Jul 28;3:883138.

25 Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissenschaften. Kommunikation im medizinischen Alltag. Ein Leitfaden für die Praxis. 2019. doi.org/10.5281/zenodo.3576261.



Literatur

Die vollständige Literaturliste finden Sie online unter <https://doi.org/10.4414/smfm.2023.09212>.



Prof. Dr. med. Wolf Axel Langewitz
Psychosomatik – Medizinische Kommunikation, Universitätsspital Basel, Basel

Eine diagnostische Herausforderung

Atypisches Bild einer häufigen Erkrankung

Mickaël Jolti^a, dipl. Arzt; Dr. med. Charles Payot^b; Prof. Dr. med. Alexandra Platon^c; Dr. med. Elisabeth Anderegg^b

Hôpitaux Universitaires de Genève, Genève: ^a Service de médecine interne générale; ^b Service des urgences; ^c Service de radiologie

Fallbericht

Ein 34-jähriger Mann, der bei guter allgemeiner Gesundheit ist und in der Anamnese lediglich eine akute, selbstlimitierende Hepatitis unbestimmter Ursache aufweist, sucht die Notfallstation auf, da er an Oberbauchschmerzen leidet, die seit zwei Wochen stärker werden und mit Übelkeit ohne Erbrechen einhergehen. Dem Patienten zufolge sind bisher weder eine Passagestörung noch Fieber aufgetreten.

Bei der Aufnahme werden eine arterielle Hypotonie (87/50 mmHg), ein tachykarder, regelmässiger Puls (132 Schläge/min), eine Tachypnoe (26 Atemzüge/min) sowie Fieber (38,0 °C) festgestellt. Bei der gezielten klinischen Untersuchung sind die Darmgeräusche normal, das Abdomen ist weich, bei Palpation jedoch schmerzhaft auf Höhe der rechten Fossa iliaca und im rechten Hypochondrium mit positivem Murphy-Zeichen. Die Nierenlogen sind weich und klopfindolent.

Das Blutbild zeigt stark erhöhte Entzündungszeichen mit einem C-reaktiven Protein (CRP) von 300 mg/l, ohne Leukozytose, eine Laktatkonzentration von 2,6 mmol/l sowie eine akute Niereninsuffizienz mit einer Kreatinin-Konzentration von 464 µmol/l. Die Leberwerte sind stark erhöht: Die γ -Glutamyltransferase und alkalische Phosphatase sind auf mehr als das Dreifache des Normalwerts erhöht, der Gesamtbilirubin-Wert beträgt 87 U/l. Die Transaminasen liegen im Normalbereich, ebenso die Lipase. Die Gerinnungswerte sind diskret verändert. Im Urinsediment werden zahlreiche Leukozyten sowie Erythrozyten (unbestimmter Art), aber kein Nitrit nachgewiesen. Das Röntgenbild des Thorax zeigt keine Hinweise auf einen Infektionsherd.

Aufgrund des Verdachts auf eine Sepsis intestinalen Ursprungs wird der Patient intra-

venös mit einer empirischen Antibiotikatherapie aus Ceftriaxon und Metronidazol behandelt. Vor Beginn dieser Antibiotikatherapie erfolgt die Abnahme zweier Blutkulturpaare sowie eine angemessene Volumensubstitution. Eine Abdomen-Sonographie zeigt eine Gallenblase ohne Konkrement, nicht dilatierte intra- und extrahepatische Gallewege und keine freie Flüssigkeit im Bauchraum.

Frage 1

Was kann zu diesem Zeitpunkt aufgrund der Untersuchungsergebnisse vollständig ausgeschlossen werden?

- Cholezystolithiasis mit Cholezystitis
- Appendizitis
- Akute Hepatitis
- Divertikulitis
- Chronisch-entzündliche Darmerkrankung (CED)

Die Diagnose Cholezystolithiasis mit Cholezystitis kann aufgrund der Sonographie, bei der in der Gallenblase kein Konkrement erkennbar war, ausgeschlossen werden. Folglich wird eine akute Hepatitis als Diagnose erwogen: Die Blutanalyse wird durch die Messung der Paracetamol-Konzentration und serologische Untersuchungen auf Virushepatitiden (A, B, C und Viren der Herpesgruppe) vervollständigt; die Ergebnisse sind negativ. Auch Influenzaviren und SARS-CoV-2 werden nicht nachgewiesen.

Angesichts der klinischen und labor-diagnostischen Hinweise auf eine schwerwiegende Erkrankung mit positivem Schockindex und Organschädigung (vor allem mit akuter Niereninsuffizienz) wird der Patient auf die Überwachungsstation aufgenommen. Durch eine Endosonographie der Gallenwege wird eine Cholangitis ausgeschlossen, allerdings werden dabei ein perihepatischer Flüssigkeits-

saum und Hinweise auf eine Portal- und Mesenterialvenenthrombose festgestellt. Eine Computertomographie (CT) von Thorax und Abdomen- (aufgrund der akuten Niereninsuffizienz ohne intravenöse Kontrastmittelinjektion und ohne Darmkontrastierung) zeigt eine Verdickung des Ileums und intraabdominelle Flüssigkeit im Beckenbereich in mässiger Menge. Die Blutkulturen sind positiv auf *Escherichia coli*, *Streptococcus anginosus* und *Staphylococcus epidermidis*, dessen Resistenz gegen β -Lactam-Antibiotika die Ergänzung der Behandlung mit Vancomycin rechtfertigt.

Die Suche nach dem primären Infektionsherd wird mit Unterstützung von Fachärztinnen und -ärzten der Infektiologie-Abteilung fortgesetzt, die im Übrigen auch andere Diagnosen in Betracht ziehen, etwa Q-Fieber, Yersiniose und Leptospirose.

Fünf Tage nach der Aufnahme verschlechtert sich der klinische Zustand des Patienten: Es treten Fieber (bis zu 38,8 °C) und Episoden niedriger Sauerstoffsättigung (87% bei Raumluft) auf. Ein erneutes Röntgenbild des Thorax weist nun auf einen möglichen Infektionsherd in der Lunge (links basal) hin.

Frage 2

Welches Antibiotikum würden Sie einem hospitalisierten Patienten, bei dem nun Anzeichen einer Atemwegsinfektion festgestellt werden, verabreichen?

- Amoxicillin-Clavulansäure i.v.
- Clarithromycin p.o.
- Ciprofloxacin i.v.
- Piperacillin-Tazobactam i.v.
- Keine Änderung der Antibiotikatherapie

Die bisherige Antibiotikatherapie wird geändert und eine Behandlung mit Piperacillin-Tazobactam i.v. begonnen, um eine allfällige

Was ist Ihre Diagnose?

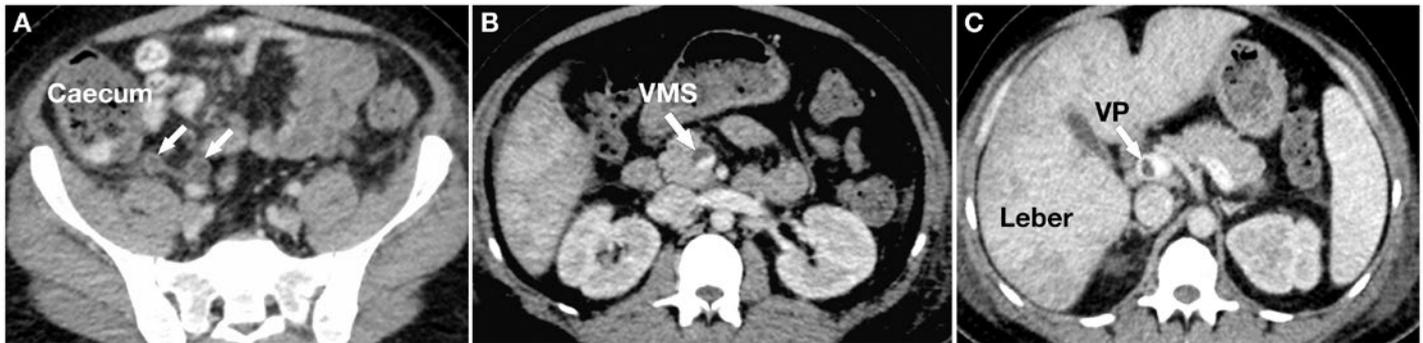


Abbildung 1: Computertomogramm (Axialschnitte) des Abdomens nach intravenöser Kontrastmittelinjektion: **A)** Es zeigen sich Hinweise auf eine akute Appendizitis. Die entzündete Appendix vermiformis ist als blind endende intestinale Struktur erkennbar (Pfeile), mit verdickter Wand und vergrössertem Durchmesser in retrozäkaler Lage. **B)** Partielle Thrombose der Vena mesenterica superior (VMS) als endoluminale Lücke (Pfeil) im Kontrastmittel. **C)** Darstellung des Ausmasses des Thrombus (Pfeil) in der Pfortader (VP).

nosokomiale Pneumonie abzudecken [1]. Eine korrekte Behandlung einer nosokomialen Bronchopneumonie und eine gleichzeitige Abdeckung von intestinalen Keimen ist mit den anderen Antibiotika nicht möglich. Die klinische Entwicklung ist indes weiterhin nicht zufriedenstellend, und angesichts der ausgeprägten und anhaltenden Störung der Leberwerte wird eine Cholangio-MRT durchgeführt, die eine Thrombophlebitis der Pfortader, septische Emboli in der gesamten Leber sowie eine Phlegmone im Segment VII zeigt. Folglich wird eine septische Thrombophlebitis der Pfortader (Pylephlebitis) diagnostiziert.

Frage 3

Welche Untersuchung ist nun angezeigt, um die diagnostizierte Pylephlebitis zu präzisieren und ihre Ursache zu ermitteln?

- Erneute Abdomen-Sonographie
- Abdomen-CT ohne intravenöses Kontrastmittel
- Messung der D-Dimere im Blut
- Angiographie
- Abdomen-CT mit intravenösem Kontrastmittel

Eine CT des Abdomens mit intravenöser Kontrastmittelinjektion zeigt eine partielle Thrombophlebitis der Pfortader und eine Appendizitis. Mithilfe dieser Untersuchung kann das Ausmass des Thrombus dargestellt, die primäre Infektionsquelle ermittelt und das allfällige Vorliegen von Komplikationen nachgewiesen werden (Abb. 1).

Eine CT ohne Kontrastmittelinjektion ist in diesem Zusammenhang nicht zielführend, da dadurch die genannten Fragen nicht beantwortet werden könnten. Die anderen vorgeschlagenen Untersuchungen sind für diese Erkrankung ebenfalls nicht geeignet [2, 3].

Frage 4

Was ist heute die häufigste Quelle abdomineller Infektionen, die eine septische Thrombophlebitis der Pfortader auslösen können?

- Cholezystitis
- Appendizitis
- Akute Hepatitis
- Divertikulitis
- CED

Früher war die Appendizitis die Infektionskrankheit, die am häufigsten eine septische Thrombophlebitis der Pfortader verursachte. Infolge ihrer frühzeitigen Diagnose und Behandlung ist diese Ätiologie nunmehr weit weniger häufig, auch wenn sie immer noch als mögliche Ursache infrage kommt. Heute wird als primärer Infektionsherd meist eine Divertikulitis ermittelt. Die übrigen intraabdominellen Infektionen kommen als Ursache weniger häufig vor [4].

Frage 5

Welche Behandlung ist bei diesem Patienten mit septischer Thrombophlebitis der Pfortader, die auf eine Appendizitis zurückgeht, am besten geeignet?

- Fortsetzen der Antibiotikatherapie
- Fortsetzen der Antibiotikatherapie und Beginn einer gerinnungshemmenden Behandlung
- Unverzüglich laparoskopische Appendektomie, Fortsetzen der Antibiotikatherapie und Beginn einer gerinnungshemmenden Behandlung
- Fortsetzen der Antibiotikatherapie, Beginn einer gerinnungshemmenden Behandlung und Appendektomie in zeitlichem Abstand zur Akutepisode
- Laparoskopische Appendektomie und Resektion von Lebersegment VII

Der Patient wird unverzüglich einer laparoskopischen Appendektomie unterzogen, die ohne Komplikationen verläuft. Die bakteriologische Untersuchung der intraabdominellen Proben ist positiv auf *Streptococcus anginosus*, der multisensibel ist. Da die postoperative Entwicklung günstig verläuft, kann der Patient nach Hause entlassen werden, wo er die Antibiotikatherapie insgesamt für sechs Wochen fortsetzt und drei Monate lang das Antikoagulum Acenocoumarol einnimmt [5]. Eine Kontroll-Magnetresonanztomographie der Leber zeigt das Verschwinden des Pfortaderthrombus und die Verkleinerung der Leberphlegmone.

Diskussion

Bauchschmerzen sind der Grund von rund 10% der Konsultationen in der Notfallstation; die Appendizitis ist für rund 30% der Fälle von akutem Abdomen bei unter 50-Jährigen verantwortlich. Aufgrund der Zahl der Organe, die sich in der Bauchhöhle befinden, kann die klinische und labormedizinische Diagnose von Abdomenschmerzen schwierig und kompliziert sein. Die grosse Mehrheit der Abklärungsprotokolle sieht vor, dass akute Abdomenschmerzen unverzüglich die bilddiagnostische Untersuchung des Bauchraums erfordern, sobald eine gutartige Ursache nicht mit ausreichender Sicherheit diagnostiziert werden kann. In bestimmten Fällen kann als erste Option eine Abdomen-Sonographie erfolgen, besonders bei Schmerzen im rechten Hypochondrium oder im unteren Abdomen bei Frauen im gebärfähigen Alter. Diese Untersuchung muss allerdings bei zweifelhafter Diagnose und bei schwer kranken Personen durch eine kontrastmittelunterstützte Abdomen-CT ergänzt werden [6].

Die Inzidenz der septischen Thrombophlebitis der Pfortader ist gering (2,7/100 000 Per-

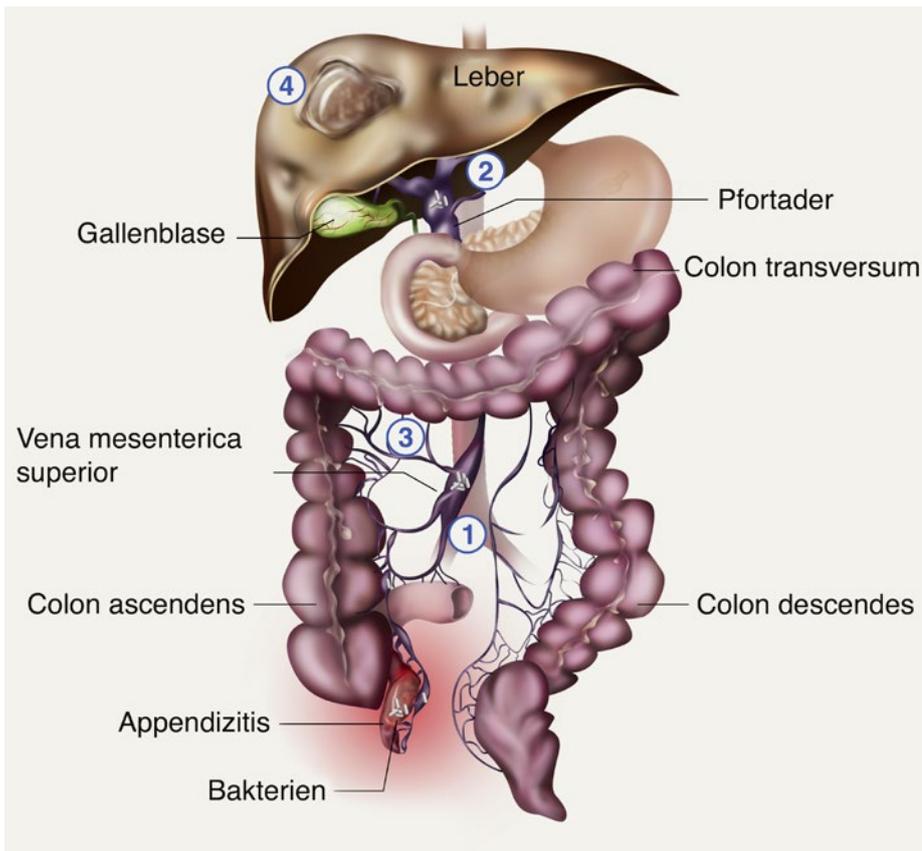


Abbildung 2: Entwicklung der septischen Thrombophlebitis der Pfortader und ihre Komplikationen. 1. Bakterielle Translokation in das mesenteriale Venensystem. 2. Progression des Thrombus in die Pfortader. 3. Akute Komplikationen: Ischämie und Darmnekrose. 4. Spätkomplikation: Leberabszess.

sonenjahre), allerdings ist die Mortalität hoch (10–25%). Die Symptome sind unspezifisch (diffuse Bauchschmerzen, Fieber, Übelkeit, manchmal Erbrechen). Im fortgeschrittenen Stadium können sich aufgrund einer Leberläsion ein Ikterus und eine Hepatosplenomegalie entwickeln [4]. Bei dieser Erkrankung mit bisweilen wenig ausgeprägtem Bild, aber möglicherweise fatalen Folgen ist darum eine niedrige klinische Verdachtsschwelle geboten. Die Krankheit beginnt in einem Organ der Bauchhöhle und breitet sich auf dem Blutweg auf die Pfortader und schliesslich die Leber aus. Als akute Komplikation kann eine intestinale Ischämie auftreten, die bis zur Nekrose führen kann, während ein Leberabszess eine mögliche Komplikation in einer späteren Phase ist (Abb. 2) [2].

Die Therapie beruht vor allem auf der chirurgischen Behandlung des primären Infektionsherds (Appendektomie) und dem möglichst raschen Beginn einer Antibiotikatherapie [2].

Die in den Proben am häufigsten nachgewiesenen Erreger sind *Escherichia coli*, *Streptococcus* spp. und *Bacteroides* spp.; in 50% der Fälle werden mehrere dieser Erreger nachgewiesen [7]. Die Antibiotikatherapie muss wegen des Risikos septischer Emboli mindestens vier Wochen dauern und kann im Falle eines Leberabszesses verlängert werden. Die Verabreichung

eines Antikoagulans, die weithin akzeptiert, aber immer noch umstritten ist, soll die Repermeabilisierung des Pfortadersystems verbessern [5].

Abdomenschmerzen sind also ein häufiger Konsultationsgrund und können mit zahlreichen Erkrankungen mit unterschiedlichem Schweregrad in Verbindung stehen, während sich ihre Behandlung als komplex erweisen kann. Eine diagnostische Herausforderung ist diesbezüglich sicherlich die septische Thrombophlebitis der Pfortader, deren klinisches Bild die Anzeichen der Grunderkrankung überdecken kann.

Dass zunächst keine Abdomen-CT mit Kontrastmittelinjektion erfolgte und die Kolleginnen und Kollegen der Viszeralchirurgie nicht frühzeitig beigezogen wurden, hat bei unserem Patienten möglicherweise zur Verzögerung der Diagnose beigetragen.

Antworten

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



Mickaël Jolti, dipl. Arzt

Service de médecine interne générale,
Hôpitaux Universitaires de Genève,
Genève

Korrespondenz

Mickaël Jolti
Service de médecine interne générale
Hôpitaux Universitaires de Genève
Rue Gabrielle-Perret Gentil 4
CH-1205 Genève
Mickaël.Jolti[at]hcuge.ch

Disclosure Statement

Die Autoren haben deklariert, keine potentiellen Interessenskonflikte zu haben.

Literatur

- Kumar ST, Yassin A, Bhowmick T, Dixit D. Recommendations From the 2016 Guidelines for the Management of Adults With Hospital-Acquired or Ventilator-Associated Pneumonia. *P T*. 2017;42(12):767–72.
- Lee BK, Ryu HH. A Case of Pylephlebitis Secondary to Cecal Diverticulitis. *J Emerg Med*. 2012;42:e81–e85.
- Ames JT, Federle MP. Septic thrombophlebitis of the portal venous system: clinical and imaging findings in thirty-three patients. *Dig Dis Sci*. 2011;56:2179–84.
- Choudhry AJ, Baghdadi YM, Amr MA, Alzghari MJ, Jenkins DH, Zielinski MD. Pylephlebitis: a Review of 95 Cases. *J Gastrointest Surg*. 2016;20:656–61.
- Chang YS, Min SY, Joo SH, Lee SH. Septic thrombophlebitis of the porto-mesenteric veins as a complication of acute appendicitis. *World J Gastroenterol*. 2008;14:4580–2.
- Gans SL, Pols MA, Stoker J, Boermeester MA. Guideline for the diagnostic pathway in patients with acute abdominal pain. *Dig Surg*. 2015;32:23–31.
- Kanellopoulou T, Alexopoulou A, Theodosiades G, Koskinas J, Archimandritis AJ. Pylephlebitis: an overview of non-cirrhotic cases and factors related to outcome. *Scand J Infect Dis*. 2010;42:804–11.

© Laurence Zulianello, Abdruck mit freundlicher Genehmigung

Seminare und Veranstaltungen

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

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

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

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 Hochholdinger
nina.hochholdinger@davos.ch

06.03.2023–09.03.2023

68. Fortbildungstagung der Österreichischen wissenschaftlichen Gesellschaft für prophylaktische Medizin und Sozialhygiene

Kongresszentrum Bad Hofgastein, Tauernplatz 1, 5630 Bad Hofgastein, Österreich
Kontakt: Informationen bei: ÄrzteZentrale Med.Info
azmedinfo@media.co.at

06.03.2023–08.03.2023

CAS Leadership in Health Care Organisations Modul 2

Führung in Gesundheitsorganisationen gestaltet sich fordernder denn je. Wie kann Führung unter diesen Bedingungen gelingen? Im zweiten Modul steht die Erweiterung der eigenen Handlungsmöglichkeiten im Fokus.

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

09.03.2023 | 09.00–17.30 Uhr

Prise en charge du TDAH adulte

Le TDAH est un trouble neuro développemental à forte prévalence. Il est de 6-7% chez l'enfant et de 4% environ chez l'adulte.

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

10.03.2023

Oberösterreichischer Hygienetag 2023

Kontakt: Veranstaltungen: MAW - Medizinische Ausstellungs- und Werbegesellschaft
maw@media.co.at

13.03.2023–15.03.2023

CAS Managing Medicine Modul 3: Integration

Medizinische Versorgung wird geplant, gestaltet, erbracht und bewirtschaftet. Kurz: Sie wird gemanagt. Im CAS Managing Medicine lernen Sie, worauf es dabei ankommt. Das letzte Modul nimmt ergänzende Kontexte wie Politik und Ethik in den Blick.

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

14.03.2023 | 14.00–16.30 Uhr

Info-Nachmittag «Patientenverfügung und Vorsorgedokumente» (Termin I)

Unser Info-Nachmittag vermittelt Basiswissen über Patientenverfügungen und Vorsorgedokumente und bietet Unterstützung bei deren Erstellung.

Stiftung Dialog Ethik, Schaffhauserstrasse 418, 8050 Zürich, Schweiz
Kontakt: Eliette Pianezzi
info@dialog-ethik.ch

16.03.2023–17.03.2023

Zürcher Review Kurs in klinischer Kardiologie 2023

Hybridveranstaltung, . Zürich, Schweiz
Kontakt: Nathalie Erlach
reviewkurs@contenter.ch

16.03.2023 | 09.00–16.00 Uhr

SIM Jahrestagung 2023

Psychoorganisches Syndrom nach Schädelhirnverletzungen mit Langzeitfolgen und die Bedeutung von Abhängigkeitsstörungen und Entzug in der Versicherungsmedizin

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

16.03.2023–17.03.2023 |

Swiss Trauma & Acute Care Surgery (STACS) Days

The 12th Swiss Trauma & Acute Care Surgery (STACS) Days in Bern, March 16-17, 2023 will be an interdisciplinary meeting including hands-on workshops and an update of the newest evidence in trauma care, resuscitation and non-trauma emergency surgery.

Inselspital, Bern University Hospital, Freiburgstrasse 18, 3010 Bern, Schweiz
Kontakt: Prof. Dr. Beat Schnüriger
beat.schnueriger@insel.ch

17.03.2023 | 09.30–17.00 Uhr

No Bullshit 1: Einfluss nehmen und durchsetzen

In diesem Seminar erhellen wir die sozialpsychologischen Hintergründe von Leadership, geben konkrete Hilfestellungen und schaffen Übungsfelder. Das Ziel ist, dass Sie Ihr Verhaltensrepertoire erweitern können.

college M, Bern, Schweiz
Kontakt: Christof Schmitz
info@college-m.ch

17.03.2023–18.03.2023 |

fresh up digital - Hausarztmedizin 2023

Was ist das Besondere am fresh up Hausarztmedizin?

Rein digitaler «state of the art» Refresher Kurs via Livestream mit Videos on-Demand.

Kontakt: wikonect GmbH
info@wikonect.de

17.03.2023 | 09.00–17.30 Uhr

Introduction à la théorie et à la psychothérapie des états du moi

La théorie et la thérapie des états du moi ont été développées par les époux Watkins et résumées dans leur livre du même nom de 1997.

Le Cazard, Rue Pré-du-Marché 15, 1004 Lausanne, Schweiz
Kontakt: Chantal Engel
info@sgvt-sstcc.ch

17.03.2023 | 09.00–17.30 Uhr

Bewährte Methoden der Selbsterfahrung in Gruppen

Selbsterfahrung im Prozess der beruflichen Professionalisierung als Psychotherapeut*in sollte verschiedene Themenbereiche umfassen.

Kulturhaus Helferei, Kirchgasse 13, 8001 Zürich, Schweiz
Kontakt: Chantal Engel
info@sgvt-sstcc.ch

18.03.2023

Frühling der Hepatologie 2023

Med Campus, Neue Stiftungtalstraße 6, 8010 Graz, Österreich
Kontakt: Kontakt und Sponsoring: ÖGGH-Fortbildungen, Frau Lisa Jandrnitsch
oegggh.fortbildungen@media.co.at

18.03.2023 | 09.15–17.00 Uhr

16. Jahrestagung der Sektion Handchirurgie der DGU

Unter dem Motto «Kontroverses in der Handchirurgie» werden wir uns am 18.03.2023 intensiv mit den konservativen und operativen Behandlungsoptionen von Fingergelenk-arthrosen und den Therapiemöglichkeiten bei Engpassyndromen beschäftigen.

Universitätsklinikum Düsseldorf, Moorenstraße 5, 40225 Düsseldorf, Deutschland
Kontakt: Christiane Breitenbenden
Christiane.Breitenbenden@intercongress.de

18.03.2023–21.03.2023

23rd International Meeting -Integrated Management of Acute and Chronic Cardiovascular Diseases

Austria Trend Congress Hotel Innsbruck, Rennweg 12a, 6020 Innsbruck, Österreich
Kontakt: Tagungssekretariat: Frau Mag. Franziska Beckmann, Congress and Study Concept GesmbH
csconcept@chello.at

22.03.2023–23.03.2023

Psycho + Somatik - Wechselwirkungen im Fokus

Die Bedeutung der Wechselwirkung zwischen Psyche und Körper ist heute breit anerkannt. Psychischer Stress ist verantwortlich für eine grosse Gruppe körperlicher Erkrankungen und wirkt sich auch massgeblich gesundheitsökonomisch aus.

KKL Luzern, Europaplatz 1, 6005 Luzern, Schweiz
Kontakt: Dr. Christof Wicki
info@trendtage-gesundheit.ch

23.03.2023 | 17.00–18.30 Uhr

Iron Academy 2023 / FomF-Webinar «Updates für Hausärztinnen und Hausärzte»

Freuen Sie sich auf ein spannendes WebUp zu den Themen aktuelle Aspekte der Differentialdiagnose der Müdigkeit, Restless-Legs-Syndrome sowie Eisenparameter (Interpretation und Konsequenzen). Die Teilnahme am WebUp ist kostenlos.

Kontakt: Nicole Muster
info@ironacademy.ch

23.03.2023–24.03.2023

Fortbildung zum zertifizierten Arbeitsfähigkeitsassessor (ZAFAS) - Modul 2

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

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

23.03.2023–24.03.2023

40. Ernährungskongress des Verbandes der Diaetologen Österreichs

online, Österreich
Kontakt: Verband der Diaetologen Österreichs
office@diaetologen.at

23.03.2023–25.03.2023

46. Ärztekongress Arosa - hybride Veranstaltung

«Aus der Praxis für die Praxis» - Von Hausärzt*innen für Hausärzt*innen
Mit praxisnahen Seminaren und Workshops.

Sport- und Kongresszentrum Arosa, Poststrasse 27, 7050 Arosa, Schweiz
Kontakt: Ärztekongress Arosa
info@aerztekongress-arosa.ch

23.03.2023 | 09.00–17.00 Uhr

SGI Symposium 2023

Das SGI Symposium 2023 ist eine spannende und praxisrelevante Fortbildung in einem interdisziplinären und interprofessionellen Kreis mit namhaften Referent:innen aus verschiedenen Bereichen.

Inselspital Bern, Freiburgstrasse 15, 3010 Bern, Schweiz, SGI | SSMI Symposium 2023
Kontakt: Isabelle Häupt
participants@imk.ch

24.03.2023–26.03.2023

Annual Conference 2023 of the EPF

Illusions Illusionen Illusions. We have chosen the theme of «Illusions» for the EPF 36th annual conference and we look forward to another EPF Annual conference in person.

Palais des Festivals et des Congrès de Cannes, Cannes, Frankreich
Kontakt: Frank Goderniaux
frank.goderniaux@epf-fep.eu

**Fehlt Ihre Veranstaltung?**

Tragen Sie sie ein auf events.emh.ch

Soll Ihre Veranstaltung herausstechen?

Wir helfen gerne.
events@emh.ch



© Insidestudio / Dreamstime

Die rosa Schleife ist ein internationales Symbol für Solidarität mit Frauen, die an Brustkrebs erkrankt sind.

Die San Antonio Breast Cancer Konferenz 2022

Überblick Die San Antonio Breast Cancer Konferenz (SABCS) ist eine jährlich stattfindende wissenschaftliche Tagung, die sich mit dem Thema Brustkrebs beschäftigt. Neue Daten versprechen Hoffnung in der Behandlung von Brustkrebs. Die Zukunft ist vielversprechend.

PD Dr. med. Marcus Vetter, Dr. Julia Landin

Die SABCS-Konferenz findet seit 1977 statt und gilt als eine der wichtigsten Veranstaltungen im Bereich der Brustkrebsforschung. Jedes Jahr nehmen etwa 4 000 Wissenschaftler aus aller Welt an der SABCS teil, um über die neuesten Forschungsergebnisse zu diskutieren und zu lernen. Die Konferenz bietet eine Plattform für Wissenschaftler, Kliniker und Patienten – auf dieser können Ideen und Erkenntnisse mit anderen geteilt werden. In den letzten Jahren haben sich die Schwerpunkte der Konferenz verändert; sie konzentrieren sich nun stärker auf die Bedürfnisse von Patientinnen mit

Brustkrebs und auf die Früherkennung des Krebses. Auch die Behandlungsmöglichkeiten von Brustkrebs werden immer besser verstanden, was dazu beiträgt, dass die Lebensqualität von Patientinnen verbessert wird. Die SABCS ist auch für ihre freundliche und offene Atmosphäre bekannt. Bei der Konferenz treffen sich Menschen aus aller Welt und von verschiedenen Fachgebieten, um gemeinsam zu lernen und zu diskutieren. Diese Vielfalt an Perspektiven ist einer der Gründe, warum die SABCS als eine der wichtigsten Veranstaltungen im Bereich der Brustkrebsforschung gilt.

Einige der Top-Präsentationen der Konferenz

Die POSITIV/ IBCSG 48/14 Studie [1] hat Patientinnen mit einem hormonellen Rezeptor-positiven (HR+) frühen Mammakarzinom und Kinderwunsch eingeschlossen. In der Studie wurde die endokrine Therapie für zwei Jahre unterbrochen. Die Geburtenrate lag mit 64% höher als erwartet, was zeigt, dass eine Schwangerschaft auch mit einer frühen HR+-Brustkrebserkrankung sicher möglich ist.

Für eine weitere interessante Studie (monarchE) [2] beim frühen HR+-Mammakarzinom mit hohem Rückfallrisiko wurden Follow-up-Daten nach 42 Monaten gezeigt. In dieser Studie wurde eine Therapie mit Abemaciclib für zwei Jahre zur Standardtherapie mit Aromatasehemmer (AI) verabreicht. Abemaciclib ist ein CDK4/6-Inhibitor, der im metastasierten Setting eine Standardtherapie in Kombination mit AI darstellt und die Progressionsfreiheit gegenüber AI verdoppelte. In der adjuvanten Situation wurde diese Substanz in Kombination mit AI gegenüber der alleinigen AI-Therapie getestet und zeigte einen kontinuierlichen Benefit bzgl. Rückfallrisiko. Während der Follow-ups fanden sich in 125 Patientinnen eine Metastasierung unter der Studientherapie gegenüber 249 Patienten unter der alleinigen AI-Therapie-Gruppe. In der Schweiz ist die Substanz noch nicht für das frühe Mammakarzinom zugelassen, bei kontinuierlichem Benefit liegt ein «Off-label-use» nach kritischer Diskussion mit der Patientin nahe.

Beim fortgeschrittenen HR+-Mammakarzinom gab es ebenfalls sehr viele Neurungen und Studien, welche die Behandlung nach einem CDK4/6-Inhibitor Versagen untersuchten (Zweitlinientherapie). Die Daten der Zweitlinientherapie-Studie mit Elacestrant (EMERALD) [3] wiesen hier einen deutlichen Vorteil gegenüber einer Standard-Zweitlinientherapie auf. Elacestrant ist ein oraler «selective estrogen receptor downregulator» (SERDS), der auch bei Rezeptormutation (ESR-1-Mutationen) gegenüber AI besser wirken soll. Je länger Patientinnen unter einer Therapie mit einem CDK4/6-Inhibitor waren, desto länger hatten diese Patientinnen auch einen klaren Benefit für eine Folgetherapie mit Elacestrant. Diese Substanzen werden in den kommenden Jahren die Behandlungslandschaft des Mammakarzinoms, wahrscheinlich auch in früheren Stadien, deutlich verändern. In Zukunft werden die oralen SERDS als «Backbone» für weitere Tyrosinkinase-Hemmer dienen. Die Daten der CAPITELLO291-Studie [4] wurden ebenfalls am Kongress präsentiert: Hier erhielten Patientinnen nach Vorbehandlung mit einem CDK4/6-Inhibitor eine Behandlung mit Fulvestrant, einem SERD, der intramuskulär appliziert wird; anschliessend erhielten die Patientinnen den Serin/Threonin-Kinase-Inhibitor Capevisertib oder Placebo. Auch hier konnte ein erheblicher Benefit in Bezug auf das progressionsfreie Überleben gezeigt werden.

Sowohl im triplenegativen-, als auch im HR+- und HER2+-Brustkrebs im fortgeschrittenen Stadium haben die Antikörper-Medikamenten-Konjugate eine deutliche Verbesserung der Prognose gezeigt und werden momentan intensiv erforscht. Das Trastuzumab-Deruxtecan (T-Dxd) ist ein Molekül, welches aus einem Antikörper Trastuzumab, einer Linker-Substanz und dem Chemotherapeutikum Deruxtecan, ein Topoisomerasehemmer, besteht. Am Kongress wurden mehrere Updates als auch neue Daten vorgestellt. Die Phase-III-Studie Destiny-Breast002 [5] verglich

eine Behandlung mit T-Dxd, zur Standardbehandlung nach Wahl des Prüfarztes bei HER2-positiven Patientinnen, die zuvor mit T-DM1 (einem älteren bereits zugelassenes Antikörper-Wirkstoff-Konjugat) behandelt wurden. Die Substanz zeigte erheblichen Benefit für Ansprechen, Progressionsfreiheit und Gesamtüberleben. Die Substanz wurde auch beim HR+/HER2-metastasierten Mammakarzinom mit niedriger HER2-Expression (HER2 low) (Destiny-Breast004) getestet. Hier wurde bereits am amerikanischen Krebskongress 2022 (ASCO) einen klaren Vorteil der Behandlung gegenüber der Standard-Chemotherapie gezeigt. Ein Poster der Destiny-Breast004 [6] am Kongress konnte auch nochmals zeigen, dass besonders Patientinnen, deren Tumor rasch progredient war, von einer Therapie mit TdXd profitierten. Die Ansprechrate lag bei 50% gegenüber 0% (Patienten unter Standard-Chemotherapie).

Was die Konferenz für die Zukunft bedeutet

In den letzten Jahren haben sich die Behandlungsmöglichkeiten von Brustkrebs deutlich verbessert. Es gibt nun mehr Hoffnung für Betroffene, dass ihre Krebserkrankung geheilt werden kann. Eine der wichtigsten Fortschritte ist die Verbesserung der Wirkung von Brustkrebs-Behandlungen. Der San Antonio Kongress 2022 hat dies wieder mit sehr vielen neuen Daten für die Behandlung aufgezeigt. Die Behandlung wird aber auch immer komplexer. So wird Brustkrebs nicht mehr unbedingt nach klassischen intrinsischen Subtypen behandelt, sondern nach theragnostischen Markern wie HER2- oder BRCA-Mutationen. Die Antikörper-Wirkstoff-Konjugate spielen hier eine wegweisende Rolle. In Zukunft werden weitere personalisierte Optionen zur Verfügung stehen. Insbesondere tragen mittlerweile auch viele Studien zur Frage der Lebensqualität bei, wie z. B. die Frage der Sicherheit einer Schwangerschaft während der Brustkrebsbehandlung. So wird sich die Prognose für Patientinnen mit Mammakarzinom weiter verbessern.

Korrespondenz

marcus.vetter[at]ksbl.ch



Literatur

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



Dr. Julia Landin

ist Kardiologin für Medizinische Onkologie und praktizierende Senologin und arbeitet am Brustzentrum des Universitätsspital Basel. Sie ist spezialisiert auf die Systembehandlung des Mammakarzinoms.



PD Dr. med. Marcus Vetter

ist Leiter des Zentrums Onkologie & Hämatologie am Kantonsspital Baselland. Er ist Schweizer Repräsentant der «International Society of Geriatric Oncology» (SIOG).

Vorbeugende Operation und Bestrahlung bei Brustkrebs

Neue Konzepte Am Dienstag, 6. Dezember, zu Beginn des San Antonio Breast Cancer Symposiums (SABCS) 2022, fanden traditionell die «Educational Sessions» statt. In diesen meist zweistündigen Vortragsreihen mit reichlich Diskussion wurden wissenschaftliche Erkenntnisse der letzten Kongresse in Empfehlungen umgesetzt, welche die Teilnehmer in ihrem Alltag in der Klinik anwenden können und sollen.

Prof. Dr. med. Peter Dubsy

In dieser SABCS-Tradition wurden in der Lokalthherapie-Sitzung drei Themen behandelt, in denen sich die klinischen Empfehlungen - nicht zuletzt aufgrund von SABCS-Vorträgen der letzten Jahre - grundlegend weiterentwickelt haben:

1. Die Indikation zur vorbeugenden Mastektomie bei Patientinnen mit Brustkrebs auf Grundlage einer prädisponierenden Keimbahnmutation (wie z. B. BRCA1 und BRCA2)
2. Die Frage der Fraktionierung der adjuvanten Brust-Bestrahlung
3. Die Vereinbarung von Bestrahlung und Rekonstruktion nach Mastektomie

Vorbeugende Mastektomie bei Patientinnen mit vererbtem Brustkrebs

Die Beratung über die Möglichkeit einer genetischen Mutation (und die Möglichkeit prophylaktischer Massnahmen) stellt das ganze Behandlungsteam vor eine fordernde Aufgabe. Kaum konfrontiert mit einer lebensbedrohlichen Diagnose, ist der Hinweis auf eine vererbte Veränderung zusätzlich eine enorme Belastung für die Betroffenen. Innerhalb der Schweiz wurde das Thema frühzeitig und exemplarisch behandelt; die Schweizerische Arbeitsgemeinschaft für Klinische Krebsforschung (SAKK) hat bereits im Jahr 2017 den genetischen Beratungsleitfaden zur Unterstützung der Brustzentren publiziert [1] und kurz

darauf wurde von Seiten der Krebsliga auch eine Patientinnenbroschüre erstellt [2].

Das Thema hat aus zwei Gründen eine neue Brisanz erhalten: Zusätzlich zu den gut erforschten Hochrisikogenen BRCA1 und BRCA2 beraten wir heute in vielen familiären Konstellationen auch gezielt über PALB2 und TP53. Zusätzlich finden sich eine Reihe von Genen mit niedriger Penetranz für Brust- und Eierstockkrebs; diese Gene können vor allem im Rahmen einer familiären Häufung von Krebserkrankungen relevant für die weitere Lokalthherapie werden. Dies heisst, dass die Komplexität der Beratung bereits alleine aufgrund der Anzahl der Gene zunimmt.

Für Patientinnen mit Keimbahnmutationen der Gene BRCA1 und BRCA2 und erhöhtem Rückfallrisiko besteht die Möglichkeit der adjuvanten Behandlung mit dem Wirkstoff Olaparib. Diese Indikation erweitert die bisherige Indikation für PARP-Inhibitoren, welche bisher nur bei lokal fortgeschrittenen oder metastasierten Tumoren zur

Für Sie zusammengefasst vom:

San Antonio Breast Cancer Symposium
06.-10.12.2022
San Antonio, Texas

Anwendung kamen. Somit erweitert sich auch das Spektrum auf Patientinnen, welche im Rahmen einer Brustkrebserkrankung eine genetische Beratung erhalten sollen.

Vor Einverständnis und Durchführung eines genetischen Tests ist eine gezielte und strukturierte Beratung der Patientinnen essentiell. In der Beratung von Patientinnen mit dokumentierten Keimbahnmutationen sollte besondere Rücksicht auf zwei wesentliche Aspekte genommen werden. Zum einen finden sich häufig Missverständnisse bezüglich des konkreten Nutzens vorbeugender Operationen der Brust, vor allem bei Patientinnen über dem 60. Lebensjahr. Gerade bei erhöhtem Fernmetastasierungsrisiko (trotz adäquater Behandlung der Brustkrebserkrankung) muss gut über den Nutzen vorbeugender Brust-Operationen nachgedacht werden. Zusätzlich besteht bei der Möglichkeit einer gezielten Nachsorge (inklusive MRT-Brust) die Option einer Brusterhaltung für eine Reihe dieser Patientinnen. Der evidenzbasierte Nutzen der vorbeugenden Operation wird sehr häufig überschätzt; der Aufwand, die Ergebnisse und die Morbidität vorbeugender Operationen wird häufig unterschätzt.

Der Hinweis auf eine vererb- bare Veränderung ist zusätz- lich eine enorme Belastung für die Betroffenen.

Zum anderen muss das Behandlungsteam am Ende einer Entscheidungsfindung aber auch akzeptieren, dass die Entscheidungen der Patientinnen oft rein emotional begründet sind. Unterstützen Sie ihre Patientin - auch wenn Sie aus evidenzbasierten, wissenschaftlichen Gesichtspunkten die Entscheidung nicht nachvollziehen können.

Neue Konzepte zur Bestrahlung der Brust

Die adjuvante Strahlentherapie wurde in den letzten 20 bis 30 Jahren traditionell über fünf Wochen (und mit 25 Strahlentherapieeinheiten) verabreicht. Mit der sogenannten moderaten Hypofraktionierung kann die Therapiedauer auf 15-16 Einheiten verkürzt werden. Die moderate Hypofraktionierung gilt als therapeutischer Standard in der adjuvanten Bestrahlung von Brustkrebs - keine wissenschaftli-



Peter Dubsy spricht auf dem SABCS.

che Gesellschaft beharrt weiterhin auf fünf Wochen Bestrahlung (Tabelle 1).

Seit Publikation der «Fast Forward Studie» (Brunt et al. Lancet 2020) besteht mit der «Ultra»-Hypofraktionierung nun für einen grossen Teil unserer Patientinnen die Möglichkeit, die Einheiten auf bis zu fünf Behandlungstage zu verkürzen (Tabelle 1). Die vorliegende wissenschaftliche Evidenz beweist, dass das Lokalrezidiv-Risiko nicht nur insgesamt enorm niedrig erscheint (kleiner als 2% nach fünf Jahren), sondern auch, dass die kurzen Therapien diesbezüglich - wenn überhaupt - kleine Vorteile bringen. Eine anhaltende wissenschaftliche Diskussion besteht bezüglich einer Erhöhung der lokalen Nebenwirkungen nach den «Ultra»-Hypofraktionierungen: Es besteht ein kleiner zusätzlicher absoluter Anteil an Patientinnen (1 bis 2% mehr im Vergleich zur moderaten Hypofraktionierung) mit einer erhöhten Anzahl an ausgeprägten fibrotischen Veränderungen der Brust (Induration, Brustverkleinerung, Teleangiektasien etc.). Hier ist eine strukturierte Nachsorge zur Sicherung der Ergebnisse sicher notwendig.

Allerdings besteht weltweit der Eindruck, dass die Hindernisse zur täglichen Anwendung der Hypofraktionierung in der Klinik weniger auf wissenschaftlichen Vorbehalten beruhen: Solange die Bezahlung der Zentren pro Fraktionseinheit statt pro Behandlung erfolgt, sind die finanziellen Anreize für kürzere oder ultra-kurze Therapien nicht gesetzt. Bei täglich publizierten und steigenden

Art der Fraktionierung	Therapiekonzept	Studien
Konventionelle Fraktionierung 25 x 2 Gy (5 w)		Metaanalyse: EBCTCG
Moderate Hypofraktionierung 13 x 3.2 Gy (5 w) 15-16 x 2.66-2.7 Gy (3 w)		START-P, START-A START-B, Ontario, MDACC, DBCG-HYPO, u.a.
Ultra-Hypofraktionierung 5 x 5.7 Gy (5 w) 5 x 5.2 Gy (1 w)		FAST FAST Forward

Prämienzahlungen unserer PatientInnen darf dies einfach kein Hindernis bleiben.

Bestrahlung und Rekonstruktion nach Mastektomie

Die Postmastektomie-Strahlentherapie, also die Strahlentherapie nach Entfernung der Brust, ist vor allem bei Tumoren über 5cm aber auch bei Befall der axillären Lymphknoten oft klar indiziert. Die Bestrahlung einer prothetischen Brustrekonstruktion, aber auch die Veränderungen einer Rekonstruktion mit Eigengewebe, machen Strahlentherapeuten und rekonstruktive Chirurgen nicht gerade zu guten Freunden. Eine kapsuläre Fibrose der Silikonrekonstruktionen tritt in 30-40% der Fälle auf. Ob hier die Lage

Eine strukturierte Nachsorge ist zur Sicherung der Ergebnisse notwendig.

des Implantats (vor oder hinter der Pektoral Muskulatur) oder der Zeitpunkt für ein endgültiges Implantat (vor der nach der Bestrahlung) hilfreich ist, erscheint letztlich individuell sehr unterschiedlich zu sein. Die einzig klare Empfehlung ist, dass autologe Rekonstruktionen immer dann empfohlen werden sollten, wenn diese anatomisch und klinisch möglich sind. Die Patientinnen-Zufriedenheit, nicht

zuletzt nach Strahlentherapie, ist vor allem auf lange Sicht deutlich besser. Eine grosse Hoffnung besteht auch in der Publikation der Daten aus dem «Supremo-Trial», welche für das Jahr 2023 vorgesehen sind: Hier könnten sich die Indikation zur PMRT teilweise relativieren. Zusätzlich arbeitet die klinische Forschung im Bereich der neoadjuvanten Bestrahlung. Der Einsatz der Bestrahlung noch vor Resektion ist sicher eine grosse Chance für unsere Patientinnen.

Korrespondenz

peter.dubsky[at]hirslanden.ch



Literatur

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



Prof. Dr. med. Peter Dubsky

ist Leiter des Brust- und Tumorzentrums der Hirslanden Klinik St. Anna in Luzern. Der Chirurg arbeitet seit mehr als 20 Jahren in der klinischen Brustkrebs Forschung.

Innovationen in der Brustkrebsdiagnostik

Diagnostik Die Heilungschancen bei einer Erkrankung durch Brustkrebs hängen stark von einer frühen Diagnose ab. Durch Innovationen in der radiologischen Brustbildgebung wird die Diagnose in Zukunft zuverlässiger, effizienter und mit geringerer Beeinträchtigung der Patientin während der Untersuchung erfolgen.

Prof. Dr. Dr. med. Andreas Boss

Brustkrebs ist die häufigste Krebserkrankung der Frau, und ungefähr jede achte Frau erhält im Laufe ihres Lebens diese Diagnose. Im aktuellen schweizerischen Krebsbericht des Jahres 2021 liegt die Inzidenz des Brustkrebses bei 11,6% und es kommt jährlich zu 1 400 Todesfällen in der Schweiz durch Brustkrebs [1]. Das Mammographie-Screening bewirkt durch eine frühe Entdeckung des Brustkrebses eine Verschiebung zu einem niedrigeren Stadium, wodurch die Sterblichkeit um 20 bis 30% reduziert wird bei gleichzeitig besserer und schonenderer Behandlung. Ein Beleg für die Effizienz des Brustkrebs-screensings liefert die statistische Auswertung der Brustkrebsfälle in der Schweiz, die zeigt, dass die Sterberate in der Deutschschweiz höher ist als in der Westschweiz und im Tessin, wo Screeningprogramme seit langer Zeit etabliert sind. Ein wichtiger Faktor bei der Beurteilung der Brust stellt die «Brustdichte» dar. Sie gibt an, wieviel Drüsengewebe im Vergleich zu Fettgewebe in der Brust enthalten ist. Eine hohe Brustdichte stellt eine wichtige Einschränkung für die Genauigkeit der Diagnose bei Mammographien dar, da durch das Drüsengewebe ein möglicher Brustkrebs verdeckt werden kann. Die Sensitivität für die Entdeckung eines Brustkrebses in der Mammographie nimmt so mit nahezu 100% bei niedriger Brustdichte auf nur noch 50% bei hoher Brustdichte ab [2]. Die Brustdichte ist jedoch nicht nur für die Beurteilung der Mammographie wichtig, sie stellt auch einen wichtigen Risikofaktor für die Entwicklung eines Brustkrebses dar, denn je dichter das Brustgewebe ist, umso höher ist die

Wahrscheinlichkeit, im Laufe des Lebens an Brustkrebs zu erkranken [3]. Aus diesem Grund wird bei hoher Brustdichte eine zusätzliche Ultraschalluntersuchung empfohlen, um die Detektionsrate für Brustkrebs zu erhöhen. Neben der niedrigen Sensitivität bei hoher Brustdichte weist die konventionelle Mammographie jedoch noch weitere Einschränkungen auf, die Innovationen in diesem Bereich notwendig und sinnvoll erscheinen lassen. Durch Überlagerungseffekte können in der Mammographie falsch-positive Befunde entstehen, welche weitere Abklärungen nach sich ziehen, und schliesslich führt die notwendige Brustkompression von 80-150 Newton häufig zu Schmerzen bei der Untersuchung, so dass viele Patientinnen sich entscheiden, diese Art der Brustkrebsvorsorge nicht mehr durchzuführen.

Künstliche Intelligenz

Ein «Hot Topic» der radiologischen Forschung stellt die Künstliche Intelligenz dar. Gemeint ist die Analyse von radiologischen Bilddaten mit Algorithmen des maschinellen Lernens, die es erlauben, eine Standardisierung der Befundung herbeizuführen, um interindividuelle Schwankungen zwischen Radiologinnen und Radiologen zu reduzieren. Die am häufigsten verwendeten Algorithmen sind tiefe neuronale Netze, auf Englisch deep neural networks, welche Ähnlichkeiten zur neuronalen Struktur des menschlichen Gehirns aufweisen. Diese tiefen neuronalen Netzwerke sind durch die zwischenzeitlich grosse Rechenleistung von Computer und insbesondere Grafikkarten und die grossen Mengen an Daten die mächtigsten Algorithmen

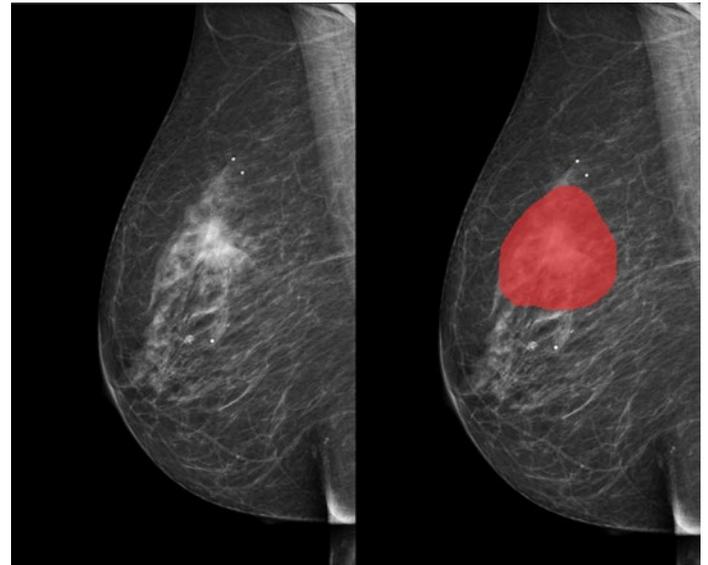
men der Künstlichen Intelligenz geworden (KI) [4]. Durch Künstliche Intelligenz kann eine Zweitmeinung generiert werden, wodurch potentiell falsch-negative Befunde vermieden werden. Allerdings ist die exakte Kalibrierung von Software zur Detektion von Brustkrebs weiterhin schwierig, da die Detektionsraten oft nur dann akzeptabel sind, wenn die Software so eingestellt ist, dass sie deutlich zu viele falsch-positive Befunde erzeugt. Eine weitere Anwendung von KI bei der Mammographie ist die standardisierte Klassifikation der mammographischen Brustdichte [5] sowie die Beurteilung der Bildqualität. Diese KI-Algorithmen, welche mehr in Richtung Workflow-Optimierung abzielen, weisen ein enormes Potential bei der Effizienzsteigerung der Abläufe bei Screening-Mammographien auf.

Ultraschall-Untersuchungen

Die Ultraschalluntersuchung der weiblichen Brust wird zur Darstellung klinischer Befunde wie etwa eines Palpationsbefundes und als Zusatzmethode bei der konventionellen Mammographie bei dichter Brust eingesetzt. Die alleinige Nutzung des Ultraschalls als Screening-Methode kann bei jungen Patientinnen in Betracht gezogen werden, insgesamt ist die Evidenz für den Nutzen der alleinigen Screening-Ultraschalluntersuchung jedoch begrenzt, da auch viele falsch-positive Befunde generiert werden. Um die hohe Untersucherabhängigkeit des Brustultraschalls zu reduzieren, können moderne automatische 3D-Ultraschallsysteme (ABUS) zur Anwendung kommen, welche einen standardisierten Volumendatensatz der Brust generieren [6]. Auch bei der Ultraschallbildgebung der Brust ist zu erwarten, dass Algorithmen der KI in naher Zukunft eine Standardisierung der Diagnostik erlauben [7].

Neue röntgenbasierte Methoden

Eine Weiterentwicklung der konventionellen Mammographie stellt die Tomosynthese dar, welche bei weiterhin notwendiger Brustkompression während der Aufnahme aus zahlreichen unterschiedlichen Aufnahmewinkeln einen pseudo-dreidimensionalen Volumendatensatz erstellt. Die Tomosynthese weist eine höhere Detektionsrate als die alleinige konventionelle Mammographie auf und zeigt geringere Überlagerungseffekte [8]. Sie ist jedoch mit einer höheren Röntgendosis verbunden und benötigt eine längere Zeit zur Beurteilung durch den Radiologen. Um den Röntgenkontrast bei dichtem Brustgewebe zu erhöhen, wird momentan die Kontrastmittel-Mammographie intensiv untersucht. Bei diesem Verfahren wird der Patientin vor der Mammographie ein iodhaltiges Kontrastmittel intravenös appliziert [9]. Da Tumoren von Brustkrebs dieses Kontrastmittel meistens früher als normales Drüsengewebe aufnehmen, können zusätzliche Tumoren entdeckt werden, die sonst im dichten Drüsengewebe versteckt sind. Der zusätzliche Nutzen durch die Gabe von iodhaltigem Kontrastmittel muss allerdings gegenüber den Risiken abgewogen werden, da allergische Reaktionen oder eine Beeinflussung der Schilddrüsenfunktion möglich sind. Eine sehr innovative neue Methode ist die Brust-Computer-Tomographie, welche unter Verwendung eines hocheffizienten photonenzählenden Detektors echte 3D-Abbildungen der Brust mit hoher räumlicher Auflösung generieren kann [10]. Die Brust-Computer-Tomographie benötigt keine Kompressi-



Rechtsseitige MLO-Mammographie einer Patientin mit mässig differenziertem Mammakarzinom, welches durch eine spikuliert Opazität mit angrenzender Architekturstörung erkennbar ist. Die suspektae Läsion wird durch die Analyse mit einem tiefen neuronalen Netz erkannt und durch eine rote Overlay dargestellt (b-rayZ technology).

on und ist somit völlig schmerzfrei. Die Brust-Computer-Tomographie kann im Brustkrebscreening ohne Kontrastmittel angewendet werden, erlaubt aber für spezielle Fragestellungen auch die Anwendung von iodhaltigem Kontrastmittel. Die Phasenkontrast-Mammographie ist ein weiteres neues Verfahren, welches zwischenzeitlich kurz vor der klinischen Erprobung steht. Bei der Phasenkontrast-Mammographie wird nicht nur der Photonen-Charakter der Röntgenstrahlung, sondern auch der Wellencharakter genutzt, um Mammographien mit höherer Genauigkeit zu erzeugen [11].

Zusammenfassung

Die Brustbildgebung ist ein hochinnovatives Gebiet, auf dem in den nächsten Jahren bedeutende Verbesserungen der Brustkrebsdiagnostik zu erwarten sind.

Korrespondenz

Andreas.Boss[at]usz.ch



Literatur

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



Prof. Dr. Dr. med. Andreas Boss

ist Leitender Arzt am Institut für diagnostische und interventionelle Radiologie und am Brustzentrum Universitätsspital Zürich. Er ist Vorstand des Comprehensive Cancer Center Clinical Program in Zürich.



© Andreadzerova / Dreamstime

Wird die Diagnose Brustkrebs gestellt, hat das weitreichende Auswirkungen für die Patientin.

Traumatisierende Diagnose Brustkrebs

Psychoonkologie Eine Brustkrebserkrankung hat weitreichende Auswirkungen auf das Leben der Betroffenen und ihrer Angehörigen, auch im psychischen und sozialen Bereich. Die psychosozialen Zusammenhänge sind vielseitig und sehr komplex – daher ist die psychoonkologische Betreuung ein wichtiger Bestandteil der Krebsbehandlung.

Leonie Dolder

Der medizinische Fortschritt und die steigende Lebenserwartung haben zu einer Zunahme der allgemeinen Prävalenz onkologischer Erkrankungen geführt. Während der Kampf ums Überleben fortwährend geführt wird, rückt die Verbesserung der Lebensqualität der Patienten in den Vordergrund. Der Begriff der Psychoonkologie bezeichnet einen interdisziplinären, patientenzentrierten Behandlungs- und Forschungsansatz von psychosozialen Aspekten in Prävention, Diagnostik, Behandlung und Rehabilitation einer Krebserkrankung,

sowie zur Umsetzung der entsprechenden Kenntnisse in der Versorgung und der Betreuung der Betroffenen und ihren Angehörigen. Aber auch sozioökonomisch fungiert sie als gesundheitspolitische Verankerung, damit psychoonkologische Dienstleistungen von Kostenträgern anerkannt werden [1]. Eine Analyse zeigt, dass 20 bis 70% der Patientinnen mit Brustkrebs psychosoziale Unterstützung benötigen [2]. Etwa ein Drittel der Patientinnen mit Brustkrebs leidet unter Angstsymptomen und depressiven Zuständen [3].

Wenn das Leben existenziell in Frage gestellt wird

Kreberkrankungen werden von den meisten Patienten als eine existenzielle Bedrohung erlebt. Bei einigen kommt es zu einer posttraumatischen Belastungsstörung (PTBS), die jedoch selten diagnostiziert wird. In einer Studie [4] fiel auf, dass Brustkrebspatientinnen bei der ersten Untersuchung sechs Monate nach der Diagnose 3,7-fach seltener als andere Patienten an einer PTBS litten. Vier Jahre später war die Prävalenz genauso hoch wie bei anderen Krebsüberlebenden. Die Forscher führen dies darauf zurück, dass die Brustkrebspatientinnen im Rahmen ihrer adjuvanten Therapie intensiv betreut werden – nach Ende der Therapie würde sich dann aber auch bei ihnen die PTBS bemerkbar machen.

Umgang mit der Diagnose Brustkrebs: Bewältigungsstrategien

Der Begriff Krankheitsbewältigung, oder auch «Coping» umfasst die Bemühungen erkrankter Menschen, die erlebten inneren und äusseren Belastungen, welche im Rahmen der Erkrankung auftreten, zu meistern. Dr. med. Ruedi Schweizer, Co-Präsident der SGPO und Facharzt Allgemeine Innere Medizin FMH, Facharzt Psychiatrie und Psychotherapie FMH sagt: «Es gibt so viele Coping-Stile wie es Brustkrebspatientinnen gibt. Und das ist wohl auch gut so und wird von uns Psychoonkologen auch bewusst gelebt: Jede Patientin muss und darf ihren eigenen Stil finden, mit dieser Krankheit umzugehen. Wir können da sein, fördern, stärken, unterstützen, durchaus auch mal (sokratisch) nachfragen. Aber letztlich verstehen wir uns als Begleitung. Hier unterscheidet sich die Psychoonkologie und vielleicht auch die Psychotherapie insgesamt etwas von der somatischen Medizin. In der psychoonkologischen Beratung werden hingegen durchaus auch ganz konkrete Sachfragen beratend besprochen, seien es sozialarbeiterische wie die Finanzen oder andere Aspekte wie beispielsweise eine Beratung durch eine Breast Care Nurse, eine Kosmetikerin, eine Perückenexpertin.» Ferner existieren viele Selbsthilfegruppen - sie dienen im Wesentlichen dem Informations- und Erfahrungsaustausch. Teilnehmende von Selbsthilfegruppen finden gemeinsam Lösungen für die bessere praktische und psychische Bewältigung des Alltags. «Es gibt auch Frauen, die sich mit den Geschichten von Dritten eher überfordert fühlen. Man darf also Selbsthilfe auch selbstbewusst ablehnen,» betont Schweizer.

Tabuthema: Sexualität und Brustkrebs

Brustkrebs betrifft viele Aspekte der Sexualität, einschliesslich Veränderungen der körperlichen Funktionsfähigkeit und der Wahrnehmung von Weiblichkeit. Das intrapsychische Erleben von Veränderungen der Sexualität bei Frauen umfasst Angst vor Fruchtbarkeitsverlust, Gefühle sexueller Unattraktivität, Verlust der Weiblichkeit sowie Veränderungen des sexuellen Selbstgefühls und negatives Selbstbild [5]. Neben der Brustentfernung können auch eine Chemotherapie, eine Bestrahlung, Antikörpertherapien oder anti-hormonelle Behandlungen mit ihren Folgen auf die Hormonproduktion das sexuelle Erleben beeinflussen. Ferner können sich Nebenwirkungen wie das Fatigue-Syndrom oder eine Alopezie negativ auf die Libido und somit das Sexualleben auswirken. Die sexuelle Dysfunktion nach Brust-

krebs sollte als systematischer Ansatz mit multidisziplinären Beiträgen diagnostiziert und behandelt werden.

Selbstkompetent die Krebsbehandlung mitbestimmen zu können erhöht die Lebensqualität

Die Anzahl von Selbsthilfegruppen hat zugenommen. Dies zeugt davon, dass die eigentlichen Expertinnen über Krankheitsbewältigung die betroffenen Menschen sind. Schweizer sagt: «Über eine erfolgreiche Behandlung entscheiden zunehmend nicht nur die Onkologen mit den dafür geeigneten Parametern (z. B. remissionsfreies Überleben) sondern auch Parameter aus der Patientenperspektive. Diese sogenannten PROMS (patient related outcome measure) beinhalten naturgemäss oft Themen der Lebensqualität, welche in der Psychoonkologie zentral wichtig sind (https://www.fmh.ch/files/pdf22/proms_fratern_die_patientenorientierte_behandlung.pdf).» Der psychoonkologische Therapieansatz ist zu einem entscheidenden Instrument in der Versorgung von Krebspatienten geworden – er verbessert nicht nur die körperlichen und psychischen Symptome, sondern auch die Lebensqualität. Die Standardbehandlung psychiatrischer Erkrankungen reicht für dieses Spezialgebiet nicht aus, und die Psychotherapie muss sich an lebensbedrohliche Zustände sowie auftretende existenzielle Fragen und spirituelle Bedürfnisse anpassen.



Literatur

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

Viralen Antigenen auf der Spur

Immuntherapie Für ihre Forschungsarbeit zu virusassoziierten Krebserkrankungen erhielt Michal Bassani Sternberg kürzlich den Swiss Bridge Award 2022. Ziel ihrer Forschung ist es, krankheitsspezifische Tumormarker für zielgerichtete Therapien zu identifizieren. Hier erfahren Sie die Hintergründe.

Caroline Depecker

Sie entwickelt personalisierte Immuntherapien zur Bekämpfung von Krebserkrankungen viralen Ursprungs. Für diesen Forschungsansatz erhielt Michal Bassani Sternberg vom CHUV den mit 250 000 Franken dotierten Swiss Bridge Award 2022. Ihr Labor im Waadtländer Universitätsspital (CHUV) ist bekannt für seine Exzellenz im Bereich Proteogenomik und Immunpeptidomik, zwei Ansätzen, die es ermöglichen, mit lebenden Zellen assoziierte Peptide zu untersuchen – darunter auch solche, die vom Immunsystem erkannt werden. Es geht darum, neue therapeutische Zielstrukturen für Krebserkrankungen zu finden, die mit drei Viren assoziiert sind: dem Epstein-Barr-Virus, dem Papillomvirus und dem Merkelzell-Polyomavirus. Diese Mikroorganismen begünstigen die Entstehung von Lymphomen, Gebärmutterhalskrebs und Merkelzellkarzinomen.

Letztendlich will die Forscherin massgeschneiderte T-Zell-Linien konzipieren, die zur Erkennung von Tumormarkern und in der Zelltherapie eingesetzt werden sollen. Daran forscht sie zusammen mit ihren Kollegen von der Tumorummunologie an der Universität Lausanne (UNIL). Unterstützend zu den Bewerbungsunterlagen wurde der Machbarkeitsnachweis an Tumorproben von zwei Patienten erbracht, die an einem Papillomvirus-assoziierten respektive einem Polyomavirus-assoziierten Karzinom litten. «Jeder Tumor exprimierte das Virus», erklärt Michal Bassani Sternberg. «In jedem der beiden Fälle identifizierten wir Antigene, einschliesslich einiger Mutanten, die als Zielstrukturen für Lymphozyten dienen können. Die Immunität dieser Peptide wurde experimentell bestätigt.»

Bereits in der klinischen Phase

Der im Rahmen des preisgekrönten Projekts vorgestellte Ansatz soll in drei Phasen ablaufen. Zunächst werden alle Peptide erfasst, die von den Krebszellen exprimiert werden und möglicherweise das Immunsystem aktivieren. Daraus sollen anschliessend durch Kombination mit anderen Wirkstoffen diejenigen Tumorantigene ausgewählt werden, mit denen sich die immuntherapeutische Strategie als am effektivsten erweist. Bei diesem Schritt kommt die Bioinformatik zum Einsatz: Die Forscherin und ihr Team haben eine

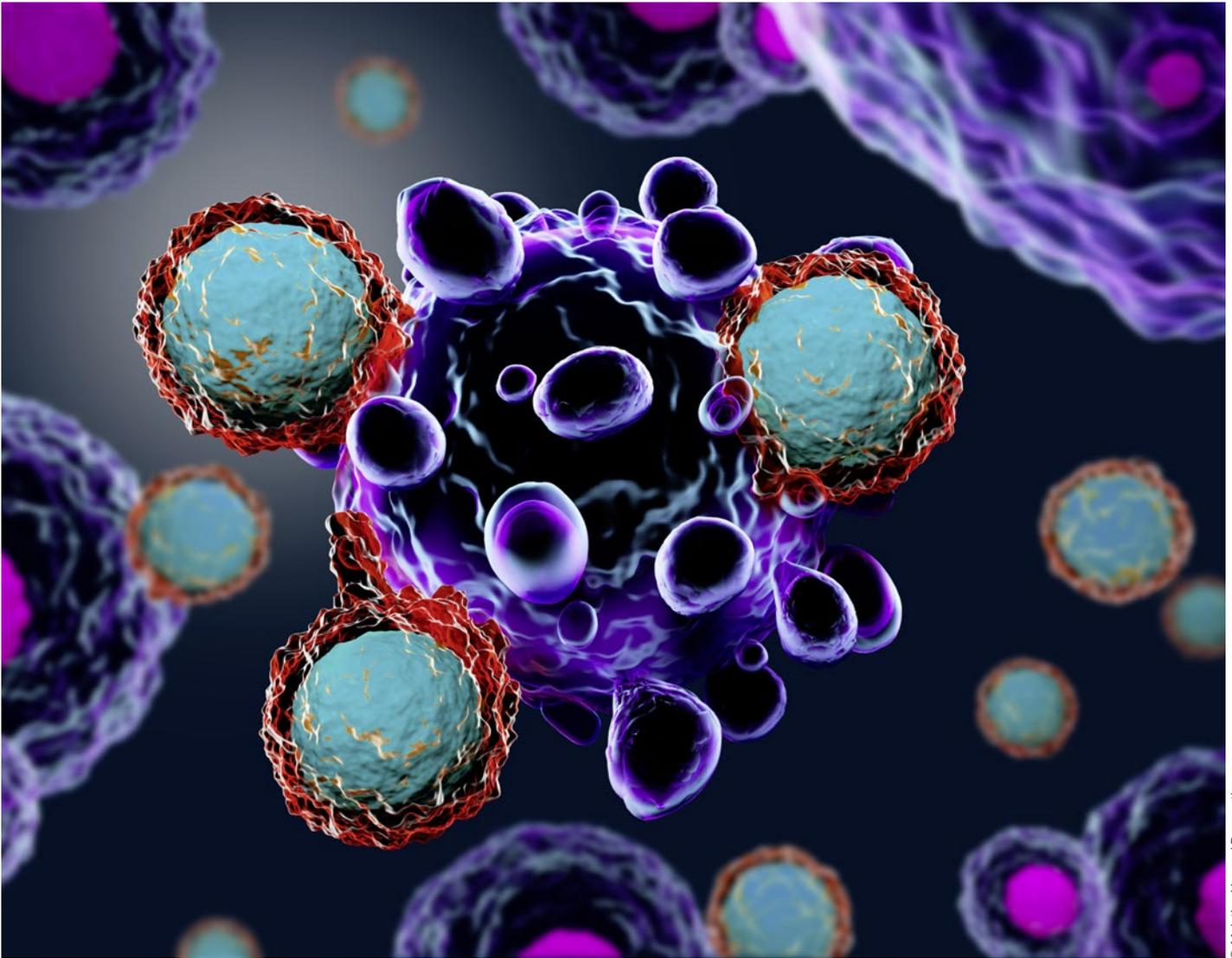
Methode namens NeoDisc entwickelt, die speziell auf diese Fragestellung zugeschnittene Tools für die computergestützte Analyse enthält. Abschliessend gilt es, unter den T-Zellen der Patienten diejenigen mit den entsprechenden Antigenrezeptoren für die Induktion einer Immunantwort zu bestimmen und ihre Reaktivität mit Standard-Empfindlichkeitstests zu prüfen.

Michal Bassani Sternbergs Forschung ist innovativ. Und die Forscherin gibt sich zuversichtlich, schliesslich ist sie bereits gut aus den Startlöchern gekommen: Derzeit läuft eine klinische Phase-1-Studie in der Abteilung für Onkologie UNIL-CHUV. Die dort geprüfte personalisierte therapeutische Impfung basiert auf ihren Arbeiten. Untersucht werden Patientinnen und Patienten mit Bauchspeicheldrüsen- und Lungenkrebs, bei denen die entsprechenden adoptiven Zelltherapien sich auf Neoantigene oder mutierte Antigene stützen.

Hohes therapeutisches Potenzial

Onkoviren haben die gefürchtete Eigenschaft, sich dem Zugriff des Immunsystems zu entziehen; einige ihrer Ausweichmechanismen sind in der Literatur ausführlich beschrieben. «Trotzdem bergen diese Viren ein sehr interessantes Potenzial für die Immuntherapie», erklärt Michal Bassani Sternberg. «Denn wenn man einmal diejenigen T-Zellen charakterisiert hat, welche die von den Krebszellen gebildeten viralen und mutierten Antigene erkennen, kann man sie problemlos klonen. Zudem haben sie ein starkes Abwehrvermögen.» Die im Labor in Gegenwart der Antigene kultivierten und anschliessend vermehrten T-Zellen werden dem Patienten wieder injiziert.

Laut Experten gibt es sieben onkogene Viren, deren Infektionen weltweit 15 Prozent und in Ländern mit niedrigem und mittlerem Einkommen bis zu 30 Prozent aller Krebsfälle erklären. Nicht bei allen Infizierten kommt es zur Krebsentwicklung. Woran das liegt? Das ist nach wie vor ein Rätsel. Doch diese Wissenslücke behindert keineswegs die Suche nach geeigneten therapeutischen Lösungen. Und die Immuntherapie spielt in diesem Bereich zweifellos eine Schlüsselrolle.



© Meletios Verras / Dreamstime

Michal Bassani Sternberg forscht an massgeschneiderten T-Zellen für den Einsatz in der Krebstherapie.

Ein Projekt von «grundlegender Bedeutung»

«Bei bestimmten Indikationen in der klinischen Onkologie besteht fast die Hälfte der Behandlungen aus Immuntherapien, und zwar dank der Entwicklung von Immun-Checkpoint-Inhibitoren, welche die Immunreaktion modulieren», sagt Denis Migliorini, Arzt und Leiter der Abteilung für Neuroonkologie am Universitätsspital Genf (HUG). Der Professor ist Inhaber des Lehrstuhls der ISREC-Stiftung für Immunologie von Hirntumoren. «Diese Art der Behandlung ist jedoch nur bei 20 bis 30 Prozent der Patienten wirksam. Es bedarf weiterer Lösungen, um das Immunsystem stärker zu unterstützen. Das preisgekrönte Schweizer Projekt befasst sich schwerpunktmässig mit diesem Problem, erweitert das Spektrum der therapeutischen Zielstrukturen und ist damit von grundlegender Bedeutung.»

Vorsichtig spricht er die Herausforderungen in der Onkologie an, bevor eine zukünftige klinische Umsetzung der Forschungsergebnisse in Betracht kommt. Eine betrifft die Umsetzung des multispezifischen Ansatzes. Solide Tumoren, zum Beispiel des Gehirns, der Lungen oder der Verdauungsorgane, sind heterogen. «Die darin enthaltenen Zellcluster exprimieren unterschiedliche Marker. Es müsste möglich sein, gleichzeitig mehrere Antigene abzudecken,

um zu verhindern, dass der Tumor sich der Immuntherapie entzieht.»

Eine weitere Herausforderung betrifft die immunsuppressive Rolle des Tumormilieus. Neben bösartigen Zellen besteht ein Tumor bis zu 50 Prozent aus anderen Zellen, darunter Makrophagen und Stromazellen. «Um deren immunsuppressiver Aktivität entgegenzuwirken, ist es wichtig, die Tumormikroumgebung zu charakterisieren», so Migliorini. Der Forscher und Preisträger des Swiss Bridge Award 2019 entwickelt Therapien mithilfe des Zell-Engineering: Durch eine Veränderung am Genom der T-Zellen statet er diese mit chimären Rezeptoren aus, die genau auf die untersuchten Tumoren zugeschnitten sind. Eine Herangehensweise, welche den Ansatz von Michal Bassani Sternberg und ihrem Team perfekt ergänzt.



Dr. Michal Bassani Sternberg

Leiterin Abteilung für Immunpeptidomik, Zentrum für experimentelle Therapien, Abteilung für Onkologie UNIL CHUV. Forscht am Ludwig Institut für Krebsforschung.

Eine Karriere nach der anderen

Karriere Das Leben besteht aus Phasen – und weil der berufliche Werdegang zum Leben gehört, kann er gar nicht geradlinig verlaufen. Weshalb das okay ist und wie man dennoch einzelne Schritte vorausplanen kann.

Jürg Unger

Ich werde Chefarzt in einem kleineren Spital und kaufe mir in der Umgebung ein Haus...», sagte der junge Kaderarzt während des Coachinggesprächs. Einer der Coaches antwortete, er habe in seinem Leben immer nur gemietet und sei so freier gewesen, neue Wege zu gehen. Der zweite Coach wies darauf hin, dass manch ein Lebensentwurf für eine junge Familie attraktiv erscheint. Später könne das plötzlich ganz anders aussehen, wenn die Kinder im Zentrum studieren und man selbst in die Alterswohnung wechseln möchte.

In welchem dieser verschiedenen Lebensabschnitte kann und möchte ich wie, wie viel und wo arbeiten?

In der Medizin stehen wir meist leidenden Menschen gegenüber, die im aktuellen Moment unsere Hilfe brauchen. Dadurch werden wir automatisch trainiert, eher in kurzen Zeiträumen zu denken. Wer aber seine Berufstätigkeit plant, sollte vermehrt in grossen Abschnitten denken und überlegen, wie sich das Leben in Zehnjahresabschnitten entwickeln könnte. In der Theorie der Familienentwicklung spricht man von Lebenszyklen der Familien und beschreibt zum Beispiel nach der Kindheit und Jugend die Periode der Paarbildung, dann die Phase der Kleinkinderfamilie, später die Familie mit Jugendlichen, anschliessend das «empty nest» nachdem die Kinder ausgeflogen sind – und irgendwann folgt der letzte Abschnitt, wenn man wieder alleine ist.

Man kann sich also selbst fragen: In welchem dieser verschiedenen Lebensabschnitte kann und möchte ich wie, wie viel und wo arbeiten – ambulant oder stationär, im Spital oder in der Praxis, in Teilzeit oder zu 150%? Oder ist eine optimale Kombination aus verschiedenen Möglichkeiten gewünscht?

Natürlich ist auch vieles durch äussere Umstände, Chancen und sich ergebende Möglichkeiten bedingt und kann von der Person selbst nur zum Teil gesteuert werden. Deshalb muss man sich auf dem Karriereweg oft anpassen und Entscheide fällen, ohne alle zukünftigen Entwicklungen schon zu kennen: Es war nicht vorhersehbar, dass sich der einzige Sohn mit seiner Familie weit weg vom Wohnort der

Eltern niederlässt. Die Eltern brachen ihre Zelte dort ab, wo sie 40 Jahre lang gelebt und der pensionierte Arzt seine Praxis geführt hatte, um in die Nähe der jungen Familie zu ziehen – eine mutige Anpassungsleistung.

Und was macht der Chefarzt, dessen Spezialität eine Spitalinfrastruktur benötigt, wenn er dem Spitalrat nicht mehr genehm ist oder er selbst genug von unzähligen Sitzungen hat, aber noch das Studium seiner vier Kinder finanzieren muss? Was macht die Ärztin nach 20 Jahren in der Praxis, wenn sie sich nach dem Auszug der Kinder nochmals neu orientieren möchte, weil sie der Praxisalltag zunehmend etwas langweilt?

Die junge Anästhesistin in Ausbildung hat als grosses Ziel, Rega-Ärztin zu werden. Hat sie aber überlegt, dass sie auch einmal an die Zeit danach denken und Optionen für eine Berufstätigkeit entwickeln sollte, wenn sie dereinst nicht mehr mitfliegen kann oder will?

Karriere- und damit verbunden Ausbildungsplanung bedeutet also, weit vorzudenken. Man sollte möglichst mehrere Alternativen bereit halten, um leichter ganz neue Wege gehen zu können. Denn manchmal eröffnen sich neue Chancen oder man droht in eine Sackgasse zu geraten. In Sackgassen ist die innere Kündigung nicht weit und darunter leiden immer die Patienten. Coaches werden deshalb aufmerksam reagieren, wenn die Karrierevorstellungen allzu geradlinig lauten «Facharztstudium – Kaderarztstelle – Praxis». Sie werden versuchen, für die verschiedenen vorhersehbaren oder unerwarteten Weggabelungen neue Optionen ins Gespräch zu bringen. Damit möchten sie erreichen, dass die Mentees versuchen, sich auch für die «Zeit danach» vorzubereiten.



Dr. med. Jürg Unger

Viele Kolleginnen und Kollegen bezeichneten Jürg Unger während seiner Berufstätigkeit als atypischen Psychiater. Dies vielleicht, weil sein Motto lautet: «actions speak louder than words.» An dieser Stelle schreibt er regelmässig über Karrierefragen.



© Luca Bartulović



Etwa einmal pro Woche untersucht der Notfallmediziner Roland Bingisser Menschen, die im Verdacht stehen, Drogen in ihren Körpern zu schmuggeln.

Auf der Suche nach Kokain

Notfallmedizin Bodypacker schmuggeln Kokain in ihren Körpern in die Schweiz. Roland Bingisser, Leiter des Notfallzentrums am Universitätsspital Basel, untersucht regelmässig verdächtige Personen. Ein Einblick.

Pieter Poldervaart

Der Blick aus dem Bürofenster von Roland Bingisser geht auf die Basler Predigerkirche aus dem 13. Jahrhundert. Doch die gleich drei Bildschirme auf seinem Pult verdeutlichen, dass er als Leiter des Notfallzentrums am Universitätsspital Basel auf modernstem Niveau arbeitet: 55 000 bis 60 000 Patientinnen und Patienten empfangt seine Abteilung pro Jahr, das sind vergleichsweise viele [1]. Ein Grund für die hohe Nachfrage liegt darin, dass der Standort am Dreiländereck auch Südbaden und einen Teil des Elsasses abdeckt. Einen ähnlichen Service bieten erst wieder Freiburg im Breisgau (Deutschland) und

Mülhausen (Frankreich). Die Grenznähe und damit die Tatsache, dass Basel-Stadt Standortkanton eines Landesflughafens ist, führt zu einer weiteren Klientel, die vor allem in kleineren Spitälern Seltenheitswert besitzt: Im Schnitt einmal pro Woche bringen Polizei oder Grenzschutz einen sogenannten Packer, Pusher oder Stuffer vorbei, Menschen also, die des interkorporalen Drogentransports verdächtigt werden. Packer sind Profis, die schon in ihrer Heimat mit grossen Kirschen trainieren und so imstande sind, bis zu 100 Kokain-Fingerlinge zu zehn Gramm in Magen und Darm zu behalten. Pusher sind meist Gefängnisinsassinnen

und -insassen, die Drogen kurzzeitig in Anus oder Vagina verstecken. Stuffer hingegen handeln meist spontan: Droht dem Dealer eine Polizeikontrolle, entscheidet er sich dafür, das oft in Kondomen konfektionierte kostbare Gut kurzerhand zu schlucken statt wegzuerwerfen. Bleibt eine solche Person im Fahndungsnetz der Gesetzeshüter hängen, kommt es häufig zu einer Untersuchung via Computertomografie (CT). In der Nordwestschweiz ist dafür das Notfallzentrum zuständig.

«Nur selten wird das Prozedere verweigert. Ohnehin zeigen sich die Verhafteten aussergewöhnlich kooperativ.»

Erstaunlich kooperative Packer

«Mein Beruf ist unglaublich vielfältig», sagt Bingisser über seine Stelle, die er seit 2004 bekleidet. Neben Opfern schwerer Verkehrsunfälle und Patientinnen und Patienten mit psychischen Erkrankungen muten Drogenschmuggler zunächst exotisch an. Das hat nicht damit zu tun, dass sie oftmals aus Lateinamerika stammen und mit ihrer wertvollen Ware den Weg in die Schweiz suchen, weil in Städten wie Basel und Zürich regelmässig Kokain konsumiert wird [2]. Exotisch sind die Packer vielmehr, weil sie dafür verantwortlich sind, dass die Mediziner für Sekunden in eine Rolle schlüpfen, die nicht ihre angestammte ist.

Um diesen Balanceakt vom Gesundheitsexperten zum Beamten mit hoheitlichem Auftrag – wie Bingisser sagt – und zurück zu verstehen, muss man sich den Ablauf einer Packer-Untersuchung vor Augen führen. Schon die Zuführung des Patienten unterscheidet sich von anderen Notfall-einweisungen. Obwohl die Klienten in der Regel gut zu Fuss sind, kommen sie in den Notfall. «Bei einer regulären Anmeldung würden zwei Polizisten und ein Verhafteter sofort zu einem Stau führen, das wäre unangenehm für alle Beteiligten», erklärt der 60-Jährige. Die des Drogenschmuggels Verdächtigten werden vom diensthabenden Arzt erst zu ihrem Befinden befragt und dann auch, ob sie mit einem CT einverstanden sind. «Nur selten wird das Prozedere verweigert. Ohnehin zeigen sich die Verhafteten aussergewöhnlich kooperativ», wundert sich Bingisser. Vielleicht lähme sie der Schock der Verhaftung. Oder sie haben sich in ihr Schicksal gefügt und wissen schon, dass ihnen eine jahrelange Haft wegen Drogenschmuggels bevorsteht.

Vieles läuft mündlich

Beim Gespräch mit der verhafteten Person mutiert Arzt Bingisser vorübergehend zum Beamten Bingisser: «Grenzbeamte dürfen Verhaftungen vornehmen, jedoch keine medizinischen Untersuchungen anstellen, die potenziell schädlich sind. Tabu sind auch innere Untersuchungen», so der Chefarzt. Dazu gehört das Röntgen. Also wird die CT an die Medizin delegiert, in der Nordwestschweiz an das Notfallzentrum des Unispitals. Als Arzt bespricht er die Sachlage mit dem Patienten, als Beamter drängt er ihn sanft, sich einer CT zu unterziehen – und zeigt deren Vorteile auf: Mit einer Untersuchung wird geklärt, ob der Verdächtige in der Bauch- oder einer anderen Körperhöhle Fingerlinge ver-

steckt hat und ob mit den Transportbehältern alles in Ordnung ist. «Schriftlich festgehalten wird das Einverständnis nicht. Selbst wenn man keine Fremdsprachen kann, ein No ist unmissverständlich», erzählt Bingisser aus seiner Praxis. Nach dieser Befragung im fiktiven Beamtenentree gehts in die zuvor reservierte CT gleich nebenan – und Bingisser respektive seine Kollegen von der Radiologie nehmen, wieder in weissem Kittel, ihre Untersuchung vor. Polizei und Grenzschutz müssen derweil draussen warten.

Das Arztgeheimnis

Selbstverständlich übe er nie Zwang aus. Willige die verhaftete Person nicht in die Prozedur ein, müsse sie einfach zurück ins Gefängnis. In der Folge hat sich der Untersuchungshäftling in seiner videoüberwachten Spezialzelle in eine geschlossene Toilette zu entleeren, die Exkremente werden untersucht. Während in Basel nach zweimaligem normalen Stuhlgang ohne Fremdkörper davon ausgegangen wird, dass der Verhaftete clean ist, veranlassen andere Kantone wie Bern oder Genf eine weitere CT. Das sei fragwürdig, gibt Bingisser zu bedenken, denn auch für potenzielle Drogentransporture gelte, dass medizinische Eingriffe sinnvoll, effektiv und wirtschaftlich sein müssen. Dabei profitiert die Basler Notfallstation auch vom technischen Fortschritt der Drogenmafia: Statt Kondome werden in der transkontinentalen Logistik industriell gefertigte Fingerlinge verwendet. «Die sind absolut dicht und schützen so den Packer», weiss Bingisser.

In den vergangenen Jahren habe er deshalb nur mit einem Fall zu tun gehabt, der ausführlicher untersucht werden musste – und teuer wurde: «Die Blutwerte waren unklar, einmal fanden wir Kokain, dann wieder nicht», erinnert sich der Arzt. Fünf Tage blieb die Person im Spital, rund um die Uhr bewacht von zwei Polizisten. Allerdings handelte es sich am Schluss «bloss» um eine Magenobstruktion. In allen anderen Fällen aber haben die Patientinnen und Patienten bereits nach ein paar Stunden den Notfall wieder verlassen. Bevor dies passiert, schlüpft der diensthabende Arzt aber nochmals in die Beamtenrolle. Dann nämlich, wenn er im Rahmen seines hoheitlichen Auftrags das Arztgeheimnis bricht und den zuführenden Polizisten darüber informiert, ob die Person Drogen im Körper hatte oder nicht. Danach ist Bingisser wieder ganz Arzt, weitere Auskünfte als nötig erteilt er den Staatsorganen nicht – und wendet sich dem nächsten der täglich über 150 Notfälle zu.



Literatur

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

Abstimmen wie Cäsar



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

Jeder, der seine klassische Bildung aus der Lektüre von Asterix und Obelix bezogen hat, weiss, dass am Ende eines richtigen Gladiatorenkampfes Cäsar das letzte Urteil fällt: Daumen hoch oder Daumen runter. Das Schicksal des Gladiators ist besiegelt. Spätestens seitdem ein amerikanischer Digitalkonzern das Zeichen mit dem «Gefällt-mir»-Button als primäre Kommunikationsform eingeführt hat, ist die Bedeutung allgegenwärtig. Daumen hoch heisst: gut, gefällt mir, weiter so; Daumen runter das Gegenteil. Like oder dislike. Was braucht man mehr? Differenzierte Kommunikation wird ohnehin überschätzt.

Wenn der Taxifahrer eine hohe Bewertung hat, wird er vom Algorithmus bevorzugt. So schön und neu ist unsere Welt.

Seitdem die Menschheit diese geniale Form der Ausdrucksfähigkeit gewonnen hat, wird sie nach Kräften eingesetzt. «Wie zufrieden waren Sie mit dem Buchungsvorgang für Ihre letzte Flugreise? Wie war Ihr Einkaufserlebnis auf unserer Webseite? Ihr Taxifahrer ist Basil. Wie bewerten Sie Basil? Wie sauber war das Auto? Wie finden Sie unsere App?»

Täglich werden wir überflutet mit der Aufforderung zu bewerten, zu kritisieren, «den Prozessablauf zu optimieren» und damit Algorithmen zu füttern und zu unterhalten. Der Taxifahrer Basil sagte mir kürzlich: «Lieber kein Trinkgeld, aber bitte eine gute Bewertung in der App.» Klar. Wenn er eine hohe Bewertung hat, wird er vom Algorithmus bevorzugt und bekommt eher wieder einen Fahrgast. China nennt das Sozialkreditsystem. So schön und neu ist unsere Welt.

Wie jede andere Absurdität, wird auch diese vom Gesundheitswesen freudig aufgenommen. Seit Jahren celebriert man Umfragen bei Patientinnen und Patienten in der irrigen Annahme, es handle sich dabei um eine Qualitätsmessung. Okay, wenn jemand sehr

unzufrieden ist, dann kann das auch an der Qualität der Behandlung liegen. Muss aber nicht. «Gefällt mir» ist eine Emotion, bestenfalls ein Befindlichkeitsmass, im allerbesten Fall ein Hinweis darauf, ob man sich gut aufgehoben gefühlt und Vertrauen gehabt hat. Man kann sich grossartig fühlen, wenn der sportliche, attraktive Arzt mit gebleichten Zähnen und hoher Sozialkompetenz die Diagnose grossartig verpasst. Er bekommt viele «gefällt mir», wird in seiner Inkompetenz noch bestätigt und alles ist gut. «Window dressing» nennt man das, es braucht ja niemand sehen, wie es hinten herum aussieht. «Wie zufrieden waren Sie mit der Patientenaufnahme? Wie verlief der Anmeldeprozess? Wie bewerten Sie unsere Notfallstation? Bekamen Sie eine warme Decke und Wasser?» Was einst Ausdruck samaritanischer Barmherzigkeit war, ist heute Evaluationspunkt im Qualitätsprotokoll. (Decke ja, aber warm war sie nicht wirklich. Gefällt mir nicht.) Längst haben ganze Heerscharen von Qualitäts-, Marketing- und Was-sonst-noch-Beauftragten ihr Spielfeld entdeckt und zu dem ausgebaut, was der Ökonom Mathias Binswanger schon vor Jahren als «sinnlose Wettbewerbe» entlarvte. Wie Fluggesellschaften, die mit dem Lächeln ihrer Flight-Attendants werben (als ob das für die sichere Ankunft in New York relevant wäre), so konkurrieren Spitäler mit Zimmerschmuck, Massage- und Lebensberatungsangeboten, Weinkarte und «Bhaltis». Es geht um Gefühl, um Emotion, nicht um Qualität.

Spitäler sind dazu da, Leiden zu lindern und zur Heilung beizutragen. Es ist nicht ihr Auftrag, glücklich zu machen.

Spitäler sind dazu da, Leiden zu lindern und bestenfalls zur Heilung beizutragen. Aber es ist definitiv nicht ihr Auftrag, glücklich zu machen. Morituri te salutant.