

SCHWEIZERISCHE ÄRZTEZEITUNG & SWISS MEDICAL FORUM

Ausgabe 10
8. März 2023



12 Palliative Care

Pädiater Jürg Streuli bringt Lebensqualität in den Alltag

20 **E-Health in Estland**
Ein Land auf der digitalen Überholspur

32 **Wirtschaftlichkeit**
Überprüfung von Ärzten ist neu geregelt

44 **Schwerkranke Kinder**
Wie die Pädiatrische Palliative Care in der Schweiz funktioniert

Die Kraft der Kinder



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

Als ich mich auf den Weg zu meinem Reportagetermin mit Jürg Streuli gemacht habe, hätte ich nicht gedacht, dass ich so viele lächelnde Menschen sehen würde. So viel Lebensmut. Freude. Dankbarkeit. Jürg Streuli ist Pädiater mit Spezialisierung auf Palliative Care. Gemeinsam mit seinem Team betreut er Kinder und Jugendliche mit komplexen Erkrankungen, die eine 24-Stunden-Erreichbarkeit benötigen. Ich habe Kinder gesehen, die schwer krank sind, aber Lebensqualität haben. Nicht zuletzt, weil das Team alles dafür tut, ihnen den Weg ins Spital so oft wie möglich zu ersparen. Ich habe Betreuungspersonen, eine Mutter und einen Arzt beobachtet, die immer wieder an ihre Grenzen stossen – weil die Fälle so komplex sind oder ihre zeitlichen und personellen Ressourcen so knapp. Die aber auch über die Kraft der Kinder staunen und daraus selbst neue Kraft schöpfen. In meiner Reportage ab Seite 12 lesen Sie mehr über Jürg Streulis Arbeitsalltag.

Ich habe schwer kranke Kinder gesehen, die Lebensqualität haben. Und Personal, das gefordert ist, aber sich mit den Kindern freut.

Um Pädiatrische Palliative Care geht es in dieser Ausgabe auch im Swiss Medical Forum. Im

Übersichtsartikel ab Seite 44 schreiben Jürg Streuli und Eva Bergsträsser über die Situation in der Schweiz. Sie beschreiben, wie die Palliative Care für Kinder und Jugendliche derzeit aufgestellt ist und wie eine wirksame

Es gibt einen neuen Vertrag zur Wirtschaftlichkeitsprüfung, der rückwirkend seit 1. Januar in Kraft ist.

und flächendeckende Betreuung komplex erkrankter Minderjähriger aussehen sollte. Zudem geht es darum, wie aus Sicht des Autors und der Autorin die WZW-Kriterien (Wirksamkeit, Zweckmässigkeit und Wirtschaftlichkeit) durch die nachhaltige Finanzierung der Pädiatrischen Palliative Care erfüllt werden können.

Ums Thema Wirtschaftlichkeit geht es in dieser Ausgabe im FMH-Teil. Genauer gesagt: um die Wirtschaftlichkeitsprüfung von Ärztinnen und Ärzten. Es gibt einen neuen Vertrag, der laut dem Artikel von Patrick Müller ab Seite 32 aus Sicht der Ärzteschaft eine deutliche Verbesserung bringt. Rückwirkend ist der Vertrag bereits seit dem 1. Januar in Kraft. Die FMH informiert Sie über die Änderungen und bietet ausserdem eine Infoline zu diesem Thema.

Anzeige



Wollen Sie keinen Artikel der Schweizerischen Ärztezeitung mehr verpassen?

Registrieren Sie sich für den Newsletter und erhalten Sie die neusten Artikel in Ihre Inbox. QR-Code zur Newsletter-Registrierung.

EMHMedia
SCHWEIZERISCHER ARZTVERLAG
EDITIONS MEDICALES SUISSES



Scan this code

EMH Schweizerischer Arztverlag AG, Farnsburgerstrasse 8, CH-4132 Muttenz,
Tel. +41 (0)21 407 05 55 info@emh.ch

Im Fokus



12

Der Lebensqualität-Arzt

Pädiatrische Palliative Care Manche Kinder sind so schwer krank, dass sogar ihre Ärztinnen und Ärzte Unterstützung benötigen. Pädiater Jürg Streuli hat ein Kompetenzzentrum für komplex erkrankte Kinder und Jugendliche aufgebaut – mit 24-Stunden-Erreichbarkeit. Obwohl solch ein Angebot als kaum finanzierbar gilt. Wir geben Einblick in seine Arbeit.

Eva Mell



20

Im Land der digitalen Möglichkeiten

Digitale Gesellschaft Estland ist Pionier in Sachen E-Health. Die elektronische Patientenakte ist dabei nur ein Aspekt. Im Interview erklärt Neeme Tõnisson von der estnischen Ärztesgesellschaft, weshalb Daten bedenkenlos geteilt werden – und was er noch verbessern will.

Astrid Tomczak-Plewka



80

Es kann uns alle treffen

Digitalisierung Einen 100-prozentigen Schutz vor Cyberkriminellen gibt es nicht. Wer sich aber im Ernstfall richtig verhält, hat einen entscheidenden Vorteil. Was Sie nach einer Attacke sofort tun sollten – und wie Sie sich bereits jetzt vorbereiten können.

Lucas Schult

© Reto Schlatter; Luca Bartulović

Anzeige

Augenheilkunde von 1899 bis 1954 gelebt und gezeichnet



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

Ihre Bestellmöglichkeiten: +41 (0)61 467 85 55 | auslieferung@emh.ch | shop.emh.ch
EMH Schweizerischer Ärzteverlag AG | Farnburgerstrasse 81 | CH-4132 Muttenz

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

Weitere Informationen finden Sie unter shop.emh.ch



Inhaltsverzeichnis

3	Editorial von Eva Mell Die Kraft der Kinder
8	REDAKTIONELLE INHALTE
8	News
8	Auf den Punkt Global denken, lokal handeln
12	Coverstory Der Lebensqualität-Arzt
20	Interview Im Land der digitalen Möglichkeiten
26	Forum Die ärztliche Kunst, das Unsichtbare zu erkennen
27	Briefe an die Redaktion
28	Wichtige Sicherheitsinformationen
78	Wissen «Gottfried, was sollen wir tun?»
80	Praxistipp Es kann uns alle treffen
82	Zu guter Letzt von Bahador Saberi Wir müssen uns unterhalten
29	FMH
30	Leitartikel des Zentralvorstandes «smarter medicine» bedarf «smarter regulation»
32	FMH Aktuell Angepasster Vertrag im Rahmen der Wirtschaftlichkeitsprüfung
34	FMH Aktuell ICD-11 – Empfehlung zur Verwendung in der Psychiatrie

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, Gabriele Hellwig, Bahador Saberi, Caroline Murphy (Redaktionsassistentin), Tamy Markowitsch (Schwerpunktredaktion). 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. et phil. Maria M. Werthli.

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



36	Personalien
37	ORGANISATIONEN
37	Bundesamt für Gesundheit (BAG) Psyche der Jugend in der Krise
41	SWISS MEDICAL FORUM
42	Kurz und bündig von Lars C. Huber und Martin Krause
44	Übersichtsartikel Wenig Lebenszeit mit möglichst viel Lebensqualität
48	Medizinische Schlaglichter Akkreditierung von Neonatologien in der Schweiz durch das CANU
50	Der besondere Fall Livedo racemosa als Manifestation eines Antiphospholipid-Syndroms
67	SCHWERPUNKT: NEUROLOGIE / PSYCHIATRIE
67	Suizidprävention in der Schweiz
70	Therapie der Posttraumatischen Belastungsstörung
72	Zwangsmassnahmen und offene Türen in der Schweiz
75	Home Treatment – Krisenintervention zu Hause
54	SERVICES
54	Stellenmarkt
60	FMH Services
83	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 Muttenz, Tel. +41 (0)61 467 85 55, www.emh.ch

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

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

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

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

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



printed in
switzerland



© Piron Guillaume / Unsplash

Ein Programm zur Reduzierung von Infektionen in der Intensivpflege aus den USA wurde in Europa mit enttäuschenden Ergebnissen repliziert.

Auf den Punkt

Global denken, lokal handeln

Patientensicherheit Hunderte Expertinnen und Experten aus der ganzen Welt trafen sich in Montreux zum Global Ministerial Patient Safety Summit. Ihr Ziel: Die Patientensicherheit zu verbessern. Sie formulierten eine Warnbotschaft an die politischen Entscheidungsträger.

Gilles Labarthe

Die Lehren aus der COVID-19-Pandemie ziehen: Das stand im Mittelpunkt des fünften Global Ministerial Patient Safety Summit, der am 23. und 24. Februar 2023 in Montreux stattfand. Über 600 Expertinnen und Experten sowie Delegationen aus 85 Staaten nahmen teil. Nach 15 Diskussionsrunden wurden kurze Kernbotschaften formuliert. Diese richteten die Teilnehmenden an rund 30 Gesundheitsministerinnen und -minister. Was verbindet die Empfehlungen an die politischen Entscheidungsträger? Zunächst einmal der von Bescheidenheit geprägte Ton: Die verheerenden Auswirkungen der Coronaviruskrise – mindestens sieben Millionen Tote in drei Jahren – haben alle Gewissheiten erschüttert. Alle Redner betonten die Herausforderungen, die nun bewältigt werden müssen.

Unterschiedliche Gegebenheiten

In ihrer Eröffnungsrede erinnerte Prof. Lauren Clack vom Institute for Implementation Science in Health Care der Universität Zürich daran, wie wichtig es ist, Gesundheits-

strategien an die unterschiedlichen lokalen Gegebenheiten anzupassen. Das Misstrauen einiger Bevölkerungsgruppen gegenüber Gesundheits- und Schutzmassnahmen sowie Impfkampagnen sei bekannt: «Manchmal scheitert die Umsetzung, weil sie nicht den örtlichen Gegebenheiten entspricht und unzureichend vermittelt wird.» Lauren Clack erwähnte in diesem Zusammenhang das Programm «Matching Michigan» zur Reduzierung von Infektionen auf Intensivstationen. Es wurde in den USA erfolgreich durchgeführt, in Europa jedoch mit teilweise enttäuschenden Ergebnissen repliziert. Egal wie vielversprechend ein Programm sein mag, «es kann erfolgreich sein oder scheitern». Letzteres, wenn es nicht genügend Raum für die Interaktion zwischen den Fachkräften und die Beziehung zu den Patientinnen und Patienten gibt – und wenn notwendige Anpassungen nicht vorgenommen werden.

Klimawandel, Migrationsphänomene, Ausbreitung neuer Viren, Antibiotikaresistenzen: Angesichts all dieser rasanten Entwicklungen, die derzeit stattfinden, wa-

ren sich die rund 15 Vertreterinnen und Vertreter der Diskussionsrunden einig, dass es wichtig sei, «global zu denken», mit einer ganzheitlichen, inklusiven Vision. Es gehe darum, diese Veränderungen nicht dem Zufall zu überlassen, sondern sie in die Planung von Gesundheitsstrategien einzubeziehen. Dies, um die Menschen zu motivieren, die nötigen Einstellungen zu entwickeln, wie Charles Vincent betonte, Professor für klinische Psychologie an der Universität Oxford und Spezialist auf dem Gebiet der Patientensicherheit.

Besorgniserregende Mängel

Unter den Vortragenden war auch Niek Klazinga, Professor für Sozialmedizin am Medizinischen Zentrum der Universität Amsterdam und ehemaliger Leiter der Programme Health Care Quality and Outcomes bei der OECD. Sein Statement: «Was haben wir von COVID gelernt? Resilienz, aber auch die Notwendigkeit, Vertrauen wieder aufzubauen, Daten zu haben – und Finanzierung.» Die Gesundheit der Bevölkerung könne nur sichergestellt werden, wenn die Menschen Vertrauen in ihre Regierung haben, sagte er und verwies auf Brasilien unter Ex-Präsident Bolsonaro. «Und wir müssen mehr Geld in die Gesundheitssysteme investieren.» COVID-19 habe auch im Westen Mängel aufgedeckt: Spitäler seien überlastet, es fehle an Personal und Betten. Auch andere Expertinnen und Experten wiesen auf die schwierigen Bedingungen des Pflegepersonals hin, das während der Pandemie an vorderster Front stand, sowie auf das Nachwuchsproblem in diesem Berufsfeld.

Anthony Staines, der beim Waadtländer Spitalverband für das Programm «Patientensicherheit» zuständig ist, fasste die Empfehlungen zusammen, indem er der autoritären Position, die in medizinischen Kreisen noch häufig anzutreffen sei, eine offene, altruistische Herangehensweise

Die Gesundheit der Bevölkerung könne nur sichergestellt werden, wenn diese Vertrauen in ihre Regierung hat.

gegenüberstellte, die auf die Sicherheit der Patientinnen und Patienten, aber auch des gesamten Personals, bedacht sein sollte. Es bleibt abzuwarten, ob seine Worte und die der anderen gehört und umgesetzt werden. Die Herausforderungen werden jedenfalls nicht weniger, und nicht nur das Coronavirus gibt Anlass zu Diskussionen. Weltweit sterben jedes Jahr fast drei Millionen Menschen an den Folgen einer unsicheren Behandlung in Spitälern, warnte Anne Lévy, Leiterin des Bundesamts für Gesundheit (BAG).

Mehrere Teilnehmende wiesen die Expertinnen und Experten darüber hinaus auf weitere Herausforderungen hin: die wachsende Bedeutung von Technologien, die zwar leistungsfähig, aber teuer und in wirtschaftlich benachteiligten Ländern nur sehr schwer umzusetzen sind, die aufdringliche Lobbyarbeit multinationaler Konzerne und der Druck des Privatsektors sowie die mangelnde Früherkennung grosser Gesundheitsrisiken.

Persönlich

Führungswechsel in der Abteilung für pädiatrische Vakzinologie



© HUG

Dr. med.
Géraldine
Blanchard-
Rohner

HUG Dr. med. Géraldine Blanchard-Rohner ist seit 1. Februar 2023 Leitende Ärztin der Abteilung für pädiatrische Immuno-Vakzinologie am Universitätsspital Genf (HUG). Sie tritt die Nachfolge von Professorin Claire-Anne Siegrist an. Nach ihrem Medizinstudium an der Universität Genf absolvierte Dr. Blanchard-Rohner in Oxford einen PhD in Immunologie und Vakzinologie. Seit April 2021 ist sie stellvertretende Leitende Ärztin am HUG. Die Kinderärztin leitet mehrere translationale Forschungsprojekte, insbesondere zur Impfung von immunsupprimierten Kindern, zum multi-systemischen Entzündungssyndrom nach COVID-19 (MIS-C) oder zu einem neuen rekombinanten Impfstoff zur Prävention von Keuchhusten. Géraldine Blanchard-Rohner ist Mitglied der Schweizerischen Gesellschaft für Pädiatrie (SGP), der Schweizerischen Gesellschaft für Immunologie und Allergologie (SGAI) und der European Society of Primary Immunodeficiencies (ESID).

Klinik «Frau – Kind» im Oberwallis bekommt Leiterin



Dr. med.
Barbara
Nietlisbach

SZO Dr. med. Barbara Nietlisbach wird ab 1. April 2023 Chefärztin und Klinikleiterin der Klinik «Frau – Kind» am Spitalzentrum Oberwallis (SZO). Zudem wird sie den Bereich Geburtshilfe verantworten. Die Besetzung ist Teil einer Reorganisation der Klinik. Im Jahr 2023 werden die Sprechstunden laut einer Medienmitteilung des Spitalzentrums etappenweise ins neue ambulante Zentrum in den Centerpark in Visp integriert. Für diesen Bereich wird weiterhin Dr. med. Sarah In-Albon zuständig sein, die bereits seit Ende 2022 als Chefärztin Gynäkologie und Geburtshilfe für den ambulanten Bereich zuständig ist.

Neue Leiterin des Rettungsdiensts am Spital Limmattal

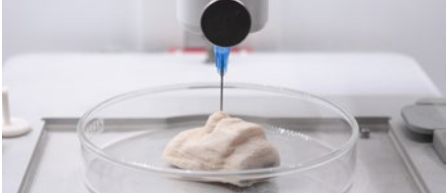


Dr. med.
Benedetta Rei

Spital Limmattal Dr. med. Benedetta Rei ist neue ärztliche Leiterin des Rettungsdienstes am Spital Limmattal. Sie übernimmt laut einer Mitteilung des Spitals zudem die Gesamtverantwortung über die hausinternen Kurse in grundlegenden und fortgeschrittenen Wiederbelebungsmaßnahmen. Die Ärztin hat langjährige Erfahrung im Bereich Notfallmedizin. Zu ihren beruflichen Stationen gehören unter anderem die Rega, Schutz & Rettung Zürich sowie das Spital Bülach.

Aus der Wissenschaft

Knochen mit Spezialtinte wachsen lassen



© Eva Baur

Eine Form, die mit BactoInk 3D-gedruckt wurde, mineralisiert innerhalb weniger Tage.

Innovation Forschende der ETH haben die erste Tinte für den 3D-Druck erfunden, die Bakterien zur Herstellung von Kalziumkarbonat verwendet. Die Tinte mit dem Spitznamen BactoInk enthält *Sporosarcina pasteurii*. Das Bakterium löst einen Mineralisierungsprozess aus, wenn es einer harnstoffhaltigen Lösung ausgesetzt wird. «Die Vielseitigkeit des BactoInk-Verfahrens, kombiniert mit der geringen Umweltbelastung und den hervorragenden mechanischen Eigenschaften der mineralisierten Materialien, eröffnet viele neue Möglichkeiten zur Herstellung von leichten, tragenden Verbundstoffen, die natürlichen Materialien ähnlicher sind als die heutigen synthetischen Verbundstoffe», sagt die Laborleiterin Esther Amstad auf der Website der EPFL. Die Methode wurde kürzlich in der Zeitschrift *Materials Today* beschrieben.

doi.org/10.1016/j.mattod.2023.02.001

Remdesivir wirkt bei bestimmten Patienten

COVID-19 Das antivirale Medikament Remdesivir verringert die Sterblichkeit von Patientinnen und Patienten, die aufgrund einer COVID-19-Erkrankung hospitalisiert sind. Vorausgesetzt, sie erhalten keine oder nur eine konventionelle Sauerstofftherapie. Innerhalb dieser Gruppe starben pro 1000 Patientinnen und Patienten 20 Personen weniger als in der Vergleichsgruppe. Das ist das Resultat einer Metaanalyse von Forschenden der Universität und des Universitätsspitals Basel. Das Team um den klinischen Epidemiologen Prof. Dr. med. Matthias Briel hat die Daten von über 10000 ungeimpften Personen analysiert und die Ergebnisse Ende Februar in *The Lancet Respiratory Medicine* veröffentlicht.

doi.org/10.1016/S2213-2600(22)00528-8

Preise und Auszeichnungen

Drei Projekte aus dem Genferseegebiet erhalten den Prix Leenaards



© Sam74100 / Dreamstime

Eine Stiftung aus Lausanne unterstützt Projekte mit 1,5 Mio. Franken.

Wissenschaftspreise 2023 Die Fondation Leenaards hat ihre Wissenschaftspreise 2023 an drei Forschungsgruppen aus dem Genferseegebiet verliehen. Die Preisträger teilen sich 1,5 Millionen Franken.

Dr. Sylvain Meylan (CHUV), Prof. Beat Roth (CHUV) und Prof. John McKinney (EPFL) bekämpfen bakterielle Infektionen nach einem chirurgischen Eingriff im Bereich der Urologie. Das Forschungsteam will die Bakterien durch die Verabreichung des Zuckeralkohols Mannitol täuschen, um sie empfänglicher für Antibiotika zu machen.

Dr. Indrit Bègue, Forschungsärztin in der Abteilung für Psychiatrie des HUG und der medizinischen Fakultät der

UNIGE, schlägt einen innovativen Ansatz vor, um den sogenannten negativen Symptomen der Schizophrenie entgegenzuwirken. Ziel ist es, die Intensität dieser Symptome mithilfe der transkraniellen Stimulation des Kleinhirns zu verringern. Sie führt diese Forschung in Zusammenarbeit mit Prof. Camilla Bellone (UNIGE) und Dr. Jonas Richiardi (CHUV) durch.

Prof. Julien Vaucher (CHUV), Prof. Freddy Radtke (ISREC-EPFL) und Prof. Jacqueline Schoumans (CHUV) wollen verstehen, warum sich Herz-Kreislauf-Erkrankungen manchmal ohne bekannte Risikofaktoren entwickeln. Das Team untersucht den Zusammenhang und die Kausalität zwischen genetischen Markern und Herz-Kreislauf-Erkrankungen.

In Zahlen

Ärztinnen auf dem Vormarsch



Am 8. März ist Weltfrauentag. Zeit für einen Blick auf Zahlen und Fakten rund um Frauen in der Medizin: Ihr Anteil nimmt laut der Ärztestatistik der FMH kontinuierlich zu und lag 2021 bei 44,9%.

Die Mehrzahl dieser Frauen arbeitet im Spital (47,9%). Im Praxissektor sind 42,5% von ihnen tätig, die übrigen arbeiten in anderen Bereichen.



Im Durchschnitt sind Ärztinnen in der Schweiz 46,6 Jahre alt. Das Durchschnittsalter der Männer liegt höher und beträgt 52,8 Jahre.

© Chel Young Taeg / Dreamstime; Rungrote / Dreamstime

Kopf der Woche

Professorin und Beraterin des Bundes



**Prof. Dr. med.
Sarah Tschudin
Sutter**

USB Sarah Tschudin Sutter ist seit Februar 2023 Klinische Professorin an der Medizinischen Fakultät der Universität Basel. Als Tenure-Track-Assistenzprofessorin für Infektionsepidemiologie ist sie bereits seit 2018 am Departement Klinische Forschung tätig. Seit dem 1. Februar 2021 ist sie zudem stellvertretende Chefarztin der Klinik für Infektiologie & Spitalhygiene am Universitätsspital Basel (USB). Darüber hinaus war die Ärztin Mitglied der COVID-Taskforce und steht dem Bund auch heute beratend zur Seite.

Die Wissenschaftlerin erforscht hauptsächlich die Ausbreitung von multiresistenten Keimen in Spitälern. In einem aktuellen Forschungsprojekt untersucht sie ESBL-produzierende Enterobacteriales. «Als ich 2009 erstmals in der Spitalhygiene arbeitete, waren solche Bakterien im Spital noch relativ selten. Doch seither haben sie rapide zugenommen», sagt sie in einem Porträt, das kürzlich auf der Website des Schweizerischen Nationalfonds über sie erschienen ist. Bei einer Infektion, zum Beispiel während einer Operation, können diese Bakterien lebensbedrohliche Auswirkungen haben. Lange Zeit gingen Forschende davon aus, dass sich diese Keime vor allem im Spital ausbreiten. Doch Tschudin Sutter zeigte, dass sie häufig in Abwasserproben ausserhalb

des Spitals vorkommen. Mittels Sequenzierung der Bakterienengene und einem Vergleich mit Proben aus dem Archiv des Universitätsspitals kam die Forscherin zu dem Schluss, dass sich die Bakterien wahrscheinlich vor allem ausserhalb des Spitals ausbreiten.

Ein weiterer Forschungsschwerpunkt liegt im Bereich Spitalhygiene. Die Ärztin hat die WHO-Empfehlung für die Händedesinfektion in sechs Schritten vereinfacht. Sie hat eine Methode entwickelt, bei der nur noch drei Schritte nötig sind. «Das Ergebnis war vergleichbar», sagt sie im Beitrag des Schweizerischen Nationalfonds. Das USB habe diese Methode bereits eingeführt. Aktuell prüfe die WHO, ihre Empfehlung anzupassen.



Zum ausführlichen Porträt und einem Video mit weiteren Informationen zu Sarah Tschudin Sutters Arbeit gelangen Sie via QR-Code. t.ly/IQ0T4

Aufgefallen



© Alexander Raths / Dreamsime

Scharfe Immunzellen Der in Ingwer enthaltene Scharfstoff [6]-Gingerol versetzt weisse Blutkörperchen in erhöhte Alarmbereitschaft. Das hat ein Team des Münchner Leibniz-Instituts für Lebensmittel-Systembiologie belegt (doi.org/10.1021/acs.jafc.6b00030). Der Konsum von 15 Mikrogramm des Ingwerscharfstoffs reichen bereits aus. Diese Menge ist in einem Liter Ingwertee aus 100 Gramm frischem Ingwer enthalten.

Der Lebensqualität-Arzt

Pädiatrische Palliative Care Manche Kinder sind so schwer krank, dass sogar ihre Ärzte und Ärztinnen Unterstützung benötigen. Pädiater Jürg Streuli hat ein Kompetenzzentrum für komplex erkrankte Kinder und Jugendliche aufgebaut – mit 24-Stunden-Erreichbarkeit. Obwohl solch ein Angebot als kaum finanzierbar gilt. Wir geben Einblick in seine Arbeit.

Eva Mell





Jürg Streuli – ein Landarzt, der in der Zukunft angekommen ist. In der Ostschweiz betreut er komplex erkrankte Kinder und Jugendliche.

© Reto Schlatte

Es gibt Diagnosen, die Kinderärztinnen und -ärzte überfordern. Die das Personal in Betreuungseinrichtungen überstrapazieren. Die Eltern an die Grenzen ihrer Kräfte bringen. Es gibt Situationen, in denen der gewöhnliche Behandlungspfad nicht ausreicht. Jürg Streuli ist da, wenn es komplex wird. Er ist Pädiater – mit Spezialisierung auf Palliative Care.

Viele Erkrankungen, mit denen er sich täglich beschäftigt, kennen die Ärztinnen und Ärzte der Erwachsenenmedizin nicht. Weil die Betroffenen das Kindesalter oft nicht überleben. Sie und ihre Angehörigen brauchen eine intensive Betreuung. Jürg Streuli gewährleistet sie. In Teamarbeit. 24 Stunden am Tag. Sieben Tage in der Woche. Telefonisch, per SMS oder per Hausbesuch. Seit er vor drei Jahren ein Team für Pädiatrische Palliative Care der Ostschweiz begründet hat (siehe Kasten). «Ich habe davor immer zu hören bekommen, dass solch ein Angebot nicht finanzierbar und durchführbar für einen Kinderarzt ist. Aber niemand konnte mir sagen, weshalb das nicht klappen soll», sagt Jürg Streuli und fügt hinzu: «Also habe ich beschlossen, ich versuche es einfach.» Er ist immer noch da.

Jürg Streuli ist ein Landarzt, der in der Zukunft angekommen ist. Zurück zu den Wurzeln mit modernsten Mitteln.

Ein moderner Landarzt

«Ach schön, da freu ich mich!» Jürg Streuli lächelt. Gerade hatte ihm Nicole Mästinger gesagt, dass als nächster Patient der achtjährige Jonas kommen werde. Die Pflegefachfrau und Gesundheitsbeauftragte der Stiftung Vivala, einer Einrichtung für Kinder und Jugendliche mit kognitiven Beeinträchtigungen in Weinfelden TG, begleitet Jonas in die Oase. So heisst das Besprechungszimmer, in dem der Palliativmediziner heute seine jungen Patientinnen und Patienten empfängt. Jürg Streuli trägt Hemd und Tweed-Weste, Jeans und braune Lederstiefel, an den Füssen bunt karierte Socken. Aus seinem ledernen Arztkoffer zieht er das Stethoskop. In greifbarer Nähe liegt sein Handy, mit dem er an diesem Vormittag regelmässig Sprachnachrichten an eine seiner ACM schicken wird – eine Mischung aus medizinischer Praxisassistentin und Case Managerin, wie er erklärt. «Charlotte, könntest du ...», wird er jeweils beginnen und ihr Aufträge für Rezepte oder Überweisungen erteilen. Jürg Streuli ist ein Landarzt, der in der Zukunft angekommen ist. Zurück zu den Wurzeln mit modernsten Mitteln. Jonas trägt ebenfalls braune Lederschuhe – und einen Epilepsiehelm. Vor Freude strahlend setzt er einen Fuss vor den anderen und gluckst. «Hey cool, das konntest du super lange nicht», sagt Jürg Streuli und geht auf die Knie. Jonas streicht dem Arzt über die kurzen braunen Haare. «Hey, wie du herumläufst, das ist mega. Du hast eine super tolle Entwicklung gemacht», sagt der Arzt und schaut den Bub lange und zufrieden an.

Lebensqualität durch Palliative Care

Der Achtjährige wirkt nicht, als brauche er eine Palliativbehandlung. Palliativ – das klingt nach baldigem Sterben, nach

Begleitung in den Tod. Weit gefehlt. In der Pädiatrischen Palliative Care gehe es ums Leben, sagt Jürg Streuli. Genauer gesagt: um die Lebensqualität von Kindern mit sehr komplexen, potenziell lebensverkürzenden Erkrankungen. Deren Zustand sich von einem Tag auf den anderen stark verschlechtern und lebensbedrohlich werden kann. Die aber mit der richtigen Betreuung auch stabile Phasen haben können. Jürg Streuli sagt: «Wir sind das Lebensqualität-Team. Ihr Leben soll gefüllt sein mit möglichst angenehmen Erlebnissen.» Und: «Das Sterben kann ein Teil der Palliativbehandlung am Ende eines manchmal langen Prozesses sein.»

«Das Sterben kann ein Teil der Palliativbehandlung am Ende eines manchmal langen Prozesses sein.»

Jürg Streuli
Pädiater

Er setzt sich wieder vor seinen Laptop. Jonas läuft vorwärts, dann rückwärts, gluckst und jauchzt. «Er mag Echos», kommentiert Nicole Mästinger. Der Junge stösst einen hellen Schrei aus und lacht. Jonas hat: Lebensqualität. Was er auch hat: schwere Epilepsie, Bewegungseinschränkungen, eine Magensonde, seit einer Woche permanent Durchfall und trotzdem einen verhärteten Klumpen Stuhl in seinem Darm, der ihm Probleme bereitet.

Dem Bub geht es heute überraschend gut, weil die fallführende Neurologin ihm ein anderes Epilepsie-Medikament mit weniger Nebenwirkungen verschrieben hatte. Wie es ihm beim nächsten Besuch gehen wird? Ungewiss. Doch falls Jonas einen schweren Anfall bekommen sollte, ist der Arzt mit seinem Team jederzeit erreichbar. Das Resultat: «Wir müssen mit Kindern wie Jonas viel seltener in die Notaufnahme nach St.Gallen fahren», sagt Nicole Mästinger. Von der Stiftung Vivala bis zum Notfallzentrum des Kantonsospitals sind es 35 Minuten mit dem Auto. Für Menschen ohne Einschränkungen. «Mit Einladen und Ausladen brauchen wir sicher eine Stunde», sagt die Pflegefachfrau. Und am Ende verlaufe der Besuch nicht immer wie erhofft. Weil die Ärztinnen und Ärzte in den teils überfüllten Notfallstationen die komplexe Krankengeschichte des Kindes nicht gut genug kennen.

Laut Jürg Streuli benötigen etwa 1000 komplex erkrankte Kinder und Jugendliche eine 24-Stunden-Erreichbarkeit.

Tausende Kinder könnten profitieren

Jonas ist eines von rund 150 Kindern mit komplexen Erkrankungen, die Jürg Streuli bei Bedarf Tag und Nacht betreut. Meist ist er nicht der Pädiater dieser Kinder. Sich selbst bezeichnet er auch als Schnittstellen-Arzt. Jürg Streuli unterstützt und berät Kinderärztinnen und -ärzte, Spezialistinnen und Spezialisten, Pflegekräfte und Angehörige. Er bündelt gemeinsam mit seinem Team Informationen, ver-



Jonas lebt in der Stiftung Vivala in Weinfelden TG. Er ist komplex erkrankt – und hat viel Lebensqualität.

mittelt Ansprechpersonen und hat stets die Gesamtsituation der Kinder im Blick.

Schweizweit sterben jedes Jahr rund 500 Kinder und Jugendliche unter 18 Jahren [1]. Doch laut dem Pädiater benötigen weitaus mehr, nämlich etwa 1000 komplex erkrankte Kinder und Jugendliche solch eine Betreuung. Mindestens. Das seien nur die dringendsten Fälle. Profitieren würden ihm zufolge 5000 junge Menschen [2]. Auch hier betont er: mindestens. Genaue Daten gibt es laut Jürg Streuli nicht. Es könnten auch 10 000 oder 12 000 sein. Fakt aber ist, nur bis zu 400 Kinder schweizweit erhalten diese Betreuung. Etwa 140 in der Ostschweiz, betreut durch das Team von Jürg Streuli. Rund 200 Kinder und Jugendliche werden vom Kompetenzzentrum des Universitäts-Kinderhospitals Zürich abgedeckt. Auch andernorts gibt es Palliative-Care-Angebote für junge Menschen. Aber die 24-Stunden-Erreichbarkeit für komplexe Fragen sei in der Schweiz nicht flächendeckend, wie Jürg Streuli erklärt.

Visite am Krankenbett

Wenn Laura die ärztliche 24-Stunden-Betreuung nicht hätte, würde es ihr noch schlechter gehen. Da sind sich das

Vivala-Team und Jürg Streuli einig. Der Arzt ist mit seinem braunen Lederkoffer vom Besprechungsraum Oase ins Zimmer der 13-Jährigen gegangen. Ihr schwerer Atem durchdringt den Raum, während das Betreuungspersonal mit dem Arzt spricht. Laura hat häufige und starke

Potenziell ist Lauras Leben permanent bedroht. Ein Lungeninfekt zum Beispiel stellt eine ernsthafte Gefahr für sie dar.

epileptische Anfälle, Schluck- und Atembeschwerden, ist bettlägerig und kann sich selbst nicht äussern. Potenziell ist ihr Leben permanent bedroht: Ein Lungeninfekt oder Erbrochenes, das sie nicht heraushusten kann, stellen ernsthafte Gefahren für sie dar.

Jürg Streuli greift zum Stethoskop und hört sie ab. «Aspiration rezidivierend. Schluckbeschwerden», murmelt er und erklärt dann: «Wenn Ärztinnen und Ärzte solch ein Kind im Notfall zum ersten Mal sehen und atmen hören, dann sprin-



Jonas ist eines von rund 150 Kindern mit komplexen Erkrankungen, die Jürg Streuli bei Bedarf Tag und Nacht betreut.

© Reto Schlatter

gen sie im Quadrat.» Er schaut das Mädchen an, streicht ihm über den Arm und sagt: «Aber für das, was du schon erlebt hast, klingt es ganz gut.» Die Pflegefachfrau schaut besorgt. Laura lächelt den Arzt zum Abschied an, dreht langsam den Kopf und sieht ihm hinterher, als er das Zimmer verlässt. Eine Betreuerin schaltet ein Bibi-Blocksberg-Hörspiel an. Laura schaut auf das Mobile, das über ihr hängt. Ein Arztbesuch in ihrem eigenen Zimmer: Lebensqualität.

Mit den Pflegekräften bespricht der Arzt im Aufenthaltsbereich die Medikation der 13-Jährigen und plant nächste Schritte. Zu viert sitzen sie an einem runden Holztisch. Ob er das Vivala-Team bei der Kommunikation mit der Kinderärztin unterstützen könnte? Die Pädia-terin wirke überfordert. Die Zusammenarbeit sei schwierig. Eine Situation, die frustriert. Natürlich kann er. Er ist die Schnittstelle, der Brückenbauer.

Sein Angebot werde gern angenommen, sagt Andreas Würmli, Präsident des Vereins Ostschweizer Kinderärzte. Er schätze Streulis Engagement und die Weiterbildungsmöglichkeiten, die er biete. In Form von Veranstaltungen und persönlichen Gesprächen. Denn: «Wir in der Praxis tätigen Kinderärzte gewöhnen uns, zum Glück, an solch seltene und deshalb auch schwierige Situationen schwer.»

«Unsere Stellenprozen- te sind nur finanzierbar, wenn wir eine lückenlose Betreuung anbieten.»

Jürg Streuli
Pädiater

Ist das Engagement finanzierbar?

In der Stiftung Vivala bespricht Jürg Streuli an diesem Tag die Situation von sieben Kindern. Er beginnt um 9.30 Uhr und ist um 13.30 Uhr fertig. Im Durchschnitt widmet er jedem Kind mehr als eine halbe Stunde. Eine Stunde musste er mit dem Auto von seinem Wohnort aus hierher fahren. An diesem Tag wird er noch weiter fahren, um einen Hausbesuch zu machen. Der Nutzen für die jungen Patientinnen und Patienten: unbezahlbar. Aber lohnt sich dieses Arbeitsmodell, das an den Landarzt aus vergangenen Zeiten erinnert, auch für den Arzt?

«Ja», sagt er, holt tief Luft und fügt hinzu: «Aber.» Über den TARMED und Fallpauschalen für Komplexbehandlungen könne er 320 Stellenprozen- te für sein pädiatrisches Advanced Care Team finanzieren (siehe Kasten). Jürg Streuli selbst ist zu 50% angestellt und teilt seine Stelle als Co-Leitung mit einer anderen Ärztin. Zum Team gehören darüber hinaus drei Advanced Care Managerinnen, eine Trauerbegleiterin und zwei Pflegefachpersonen. «Grundsätzlich funktioniert das, aber es sind empfindliche Lücken da», sagt er mit seinem Erfahrungsschatz drei Jahre nach dem Start. Nötig sei eine zusätzliche Assistenzarztstelle mit einem 100%-Pensum. Als nächsten Schritt plane er Verhandlungen mit dem Kanton, um weitere Möglichkeiten zu schaffen, «das Angebot fest als Teil des Leistungsauftrags zu verankern», wie er sagt.

Übertreibt er? Würde die Finanzierung der Palliativbetreuung von Kindern und Jugendlichen besser aufgehen,

Pädiatrische Palliative Care in der Ostschweiz

Das Kompetenzzentrum für Pädiatrische Advanced Care und Ethik mit seinem pädiatrischen Advanced Care Team (kurz PACT) ist am Ostschweizer Kinderspital in St.Gallen angesiedelt. Mit Hilfe von Betreuungsplänen, interprofessionellen Hausbesuchen, Rundtischen und bei Bedarf einer 24-Stunden-Erreichbarkeit werden die Familie und die bestehenden Angebote und Teams unterstützt, koordiniert und ergänzt. Das Kompetenzzentrum arbeitet mit externen Partnern zusammen, zum Beispiel den Kinderärztinnen und -ärzten der Ostschweiz, der Kinderspitex, unterschiedlichen Institutionen und verschiedenen Mitarbeitenden des Kinderspitals. Das Kompetenzzentrum und die externen Partner bilden gemeinsam die Pädiatrische Palliative Care der Ostschweiz. Dabei geht es in erster Linie nicht um Sterben und Tod, sondern um die Erhaltung der Lebensqualität. Die Mitarbeitenden helfen den Familien deshalb nicht nur in Krisen, sondern unterstützen sie auch langfristig, inklusive eines Programms, das den Übergang in das Erwachsenenalter begleitet. Weitere Informationen unter www.kispisg.ch/pact.

wenn er auf eine 24-Stunden-Erreichbarkeit verzichten würde? «Nein», sagt er ohne zu zögern. Denn: «Die Stellenprozen- te sind nur finanzierbar, wenn wir diese lückenlose Betreuung anbieten. Nur so können wir effektiv einen Mehrwert für die Familien bieten und gleichzeitig kostendeckend abrechnen.» Aspirationen, schwere epileptische Anfälle und andere Notfälle halten sich nicht an Bürozeiten.

So wie bei Fabio. Seit seiner Geburt ist er entwicklungsverzögert, körperlich beeinträchtigt, hat schwere Dystonien und epileptische Anfälle. Rund 20 Medikamente nimmt er aufgrund seiner komplexen Erkrankung regelmässig ein. Er und seine Familie leben rund eine Autostunde von der Stiftung Vivala und vom nächsten Kinderspital entfernt.

Familien wie die von Fabio bereitet Jürg Streuli auf jede erdenkliche Situation vor. Dazu kann auch das Sterben gehören.

Weniger Spitalbesuche nötig

Kurz nachdem Jürg Streuli zum Hausbesuch kommt, hebt Celine B. ihren fünfjährigen Sohn mit geübtem Griff aus dem Rollstuhl, trägt ihn zum Sofa, setzt sich und nimmt den Bub auf ihren Schooss. Sein Blick streift durch den Raum und wandert an die Decke. Der gesunde Zwillingbruder sitzt auf dem Wohnzimmerboden und baut einen selbst entworfenen Flugplatz aus Lego-Bausteinen. Der grosse Bruder zeichnet am Küchentisch sitzend den Fussballer Lewandowski. Kürzlich hat er beim Training die Tore verwechselt. Er hatte sich um seinen Bruder gesorgt, der ins Spital musste.



© Reto Schlatter

Jürg Streuli untersucht Laura an ihrem Bett. Für das Mädchen und die Betreuungspersonen bedeutet das eine Entlastung.

«Nein, Würg», sagt der grosse Bruder, lacht und verschwindet im Kinderzimmer. Heute nicht. Aber vielleicht ein andermal. Wenn es so weit ist, wird Jürg Streuli da sein. Denn ein weiterer Grund für ihn, die Pädiatrische Palliative Care voranzutreiben, ist die ganzheitliche Betreuung der Familien. «Bisher wurden solche Familien in unserem Gesundheitssystem zu sehr alleingelassen», sagt er. Er muss es wissen. Jürg Streuli hatte Krebs, als er zwölf Jahre alt war. Er hatte Glück. Die Behandlung schlug an. Und: «Ich hatte einen Arzt, der mich auch als Kind ernst genommen hat und durfte aus dieser Zeit viele positive Erinnerungen mitnehmen.» Er will diese Erfahrung nicht in den Vordergrund stellen, erzählt nicht gern davon. Und doch habe ihn diese Zeit geprägt. Denn: «Ich habe auch erlebt, dass Eltern, deren Kind damals im Spital oder zu Hause gestorben ist, ganz elendig allein waren und nicht begleitet wurden.» In seiner Stimme schwingen Wut und Enttäuschung über das System mit. Und er sagt: «Es lohnt sich dafür zu kämpfen, dass wir an dieser Stelle noch besser werden.»

Lesen Sie auch den Artikel zum Thema im *Swiss Medical Forum* auf Seite 44.

Im Spital war Fabio mit seiner Mutter auch an diesem Tag. Aber die Aufenthalte seien seltener geworden, seit Jürg Streuli vor rund drei Jahren die Betreuung ihres Sohns übernommen habe, sagt sie. Nicht nur, weil er in herausfordernden Situationen Hausbesuche macht. «Ich habe mehr Vertrauen in die Medizin und in mich gewonnen. Darin, dass wir schwierige Situationen richtig einschätzen können und für Fabio das Richtige tun», erzählt sie. Das bedeute weniger Stress für Fabio, für die Brüder, für die ganze Familie. Oder anders formuliert: mehr Lebensqualität. Für das Gesundheitswesen bedeutet das: weniger Kosten aufgrund weniger Spitaleintritte. Für Jürg Streuli: knapp kostendeckendes Arbeiten als ständige Ansprechperson.

Familien wie die von Fabio bereitet Jürg Streuli Schritt für Schritt auf jede erdenkliche Situation vor. Dazu kann eines Tages das Sterben gehören. «Viele Eltern wollen auch in dieser Phase mit ihrem Kind zu Hause sein und nicht ins Spital oder Kinderhospiz fahren», sagt Jürg Streuli. Doch bisher stirbt nur eines von fünf schwer kranken Kindern in der Schweiz im eigenen Zuhause [1].

Als der Arzt sich verabschiedet, geht er auf die Knie und lächelt auch die gesunden Brüder an. Er erzählt einen Witz von einem Frosch, der nicht «Jürg», sondern «Würg» sagt. Die drei lachen und Streuli sagt: «Wenn ihr mal Fragen habt, dann dürft ihr sie mir immer stellen!»



Literatur

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

Im Land der digitalen Möglichkeiten

Digitale Gesellschaft Estland ist Pionier in Sachen E-Health. Die elektronische Patientenakte ist dabei nur ein Aspekt. Im Interview erklärt Neeme Tõnisson von der estnischen Ärztesgesellschaft, weshalb Daten bedenkenlos geteilt werden – und was er noch verbessern will.

Interview: Astrid Tomczak-Plewka

Neeme Tõnisson, Estland ist beim Thema E-Health europaweit führend. Woher kommt diese Vorreiterrolle?

Als Estland 1991 unabhängig wurde, wollten wir Neues ausprobieren. Wir haben also E-Government-Strukturen aufgebaut, und da war es naheliegend auch ein paar mutige Schritte in Richtung E-Health zu gehen. 2005 wurde zu diesem Zweck die E-Health-Stiftung gegründet.

Was ist das Kernelement des estnischen E-Health-Systems?

Die elektronische Patientenakte. Darin werden die medizinischen Berichte über einen Fall dokumentiert. Also: Wenn ein Patient eine Ärztin besucht, wird der Fall eröffnet, und wenn der Fall abgeschlossen ist, gibt es eine Zusammenfassung. Diese wird von den ärztlichen Praxen oder den Spitälern ins zentrale System, eine technische Plattform, eingespeist. Ausserdem werden dort die ICD-Codes erfasst, die internationale Klassifikation der Krankheiten. Für Laboranalysen, Bildgebung und Rezepte gibt es dort ein Archiv. Wir sind wirklich froh, ein solch zentrales System zu haben, wo prinzipiell die wichtigsten Daten für Ärztinnen und Ärzte zugänglich sind, sowie auch für Patientinnen und Patienten. Sie dienen aber auch statistischen Zwecken und der estnischen Biobank. Wir haben heute 20% aller Erwachsenen in der Biobank und erweitern das kontinuierlich.

Und wie viele Estinnen und Esten sind im zentralen E-Health-System erfasst?

Alle, die über die nationale Krankenversicherung versichert sind, sind automatisch Teil von E-Health. Das sind weit über 90 Prozent. Die Daten von Personen aus dem Ausland und von solchen, die nur kleine Privatspitäler besuchen, gehen

eher nicht ins System. Manche sensible Daten auch nicht – wenn Sie beispielsweise in eine gynäkologische Privatklinik gehen, die keine Zusammenfassungen ins System speist. Es gibt immer Ausnahmen, etwa bei Fertilitätskliniken oder auch bei Privatspitälern für Männerheilkunde. Auch die Zahnmedizin ist nicht erfasst – letztlich die Dienstleistungen, die privat finanziert werden.

Wie funktioniert das digitale System in der Praxis?

Sie erhalten einen ID-Code. Wenn Sie sich in einem E-Health-Portal einloggen, gibt es verschiedene Kategorien. Medizinisches Fachpersonal erhält den Zugang zu den Systemen der einzelnen Gesundheitsanbieter, also beispielsweise eines Spitals und erst dann den Zugang zur zentralen Datenbasis. Es muss nämlich zuerst bestätigt werden, dass Sie berechtigt für den Zugriff sind. Patientinnen und Patienten haben Zugang zu einem anderen Portal und erhalten Zugriff auf ihre jeweils individuellen Daten.

«Patientinnen und Patienten sehen, wer auf ihre Patientenakte zugegriffen, wer sie gelesen hat.»

Was sehen Patientinnen und Patienten dort?

Sie sehen, wer auf ihre Daten und diejenigen ihrer Kinder Zugriff hat. Dort können sie auch ihre persönlichen Daten – also Kontaktangaben – aufdatieren. Und sie können auch anderen eine Erlaubnis erteilen. Das ist insbesondere für ältere Menschen wichtig, damit sie Familienangehörigen

Prof. Dr. med. Neeme Tõnisson ist Genetiker am Universitätsspital Tartu, Gruppenleiter bei der estnischen Biobank, Vorstandsmitglied der estnischen Ärztesellschaft und E-Health Spezialist.



Zugang ermöglichen. Sie sehen darüber hinaus, wer auf ihre Patientenakte zugegriffen, wer sie gelesen hat.

Haben auch Versicherungen Zugriff?

Diese können nur über Ärztinnen und Ärzte zugreifen. Damit Lebensversicherungen oder private Krankenversicherungen Zugriff erhalten, müssen Patientinnen und Patienten ihr Einverständnis geben.

«In Estland haben die Menschen viel weniger Angst vor Lecks persönlicher Daten als in anderen europäischen Ländern.»

In der Schweiz gibt es in Bezug auf E-Lösungen eine grosse Diskussion um den Datenschutz. Wie sieht es diesbezüglich in Estland aus?

In Estland haben die Menschen viel weniger Angst vor Lecks persönlicher Daten. Das liegt daran, dass unser Gesundheitssystem auf Solidarität basiert. Die Arbeitgeber speisen einen Teil der Löhne ins Gesundheitssystem und damit in die staatliche Versicherung ein. Es gibt deshalb weniger Spielraum für Repressionen, beispielsweise bei chronischen Krankheiten oder genetisch bedingten Erkran-

kungen, weshalb die Leute weniger Angst vor Datenlecks haben. Bei privaten Versicherungen könnte das anders aussehen, oder beispielsweise beim Abschluss einer Lebensversicherung.

Die Leute sind der Digitalisierung gegenüber also positiv eingestellt?

Die Leute sehen sie tatsächlich kaum als Bedrohung. Ich habe beobachtet, dass die Menschen in anderen europäischen Ländern viel wachsamer sind. Natürlich gibt es auch bei uns soziale und politische Gruppierungen, welche die Angst vor einer staatlichen Überwachung schüren, aber generell ist die Haltung anders. Die Leute schätzen es, dass sie Zugang zu ihren persönlichen Daten haben.

Liegt das vielleicht auch daran, dass Estland ein Land mit einer relativ jungen Bevölkerung ist?

(lacht) Wir haben auch eine alternde Gesellschaft. Aber auch die älteren Menschen schätzen die Vorteile des Systems und möchten, dass die Lücken geschlossen werden.

Wo liegen denn die Lücken?

Die jetzige Infrastruktur datiert etwa von 2005. Wir haben einige Modifikationen vorgenommen. Es gab Verbesserungen, insbesondere bei der Zugänglichkeit für Patientinnen und Patienten, aber auch bei den Laboranalysen. Letztere sind, wie die Patientenakten und Rezepte, schon

ziemlich gut erfasst. Aber es vergeht viel Zeit von der Eröffnung eines Falls bis zur Zusammenfassung. Die Menschen bewegen sich zwischen verschiedenen Erstbehandelnden, Spezialistinnen und Spezialisten sowie Spitälern. Das könnte verbessert werden, wenn wir einen Real-Time-Access zwischen den verschiedenen Involvierten hätten. Heute basiert das System auf den Berichten: Wenn ein Hausarzt jemanden zum Spezialisten überweist, erstellt dieser einen Report, der ebenfalls weitergereicht wird. Man findet also den Report im zentralen System, aber nicht die ursprünglich erhobenen Informationen. Das gilt auch für hospitalisierte Personen: Dort werden beispielsweise die täglichen Protokolle nicht erfasst. Ein lückenloses Update der Daten fehlt also.

«Die grösste Kritik betrifft die zentrale Dokumentation: Wenn Sie bestimmte Daten haben wollen, müssen Sie lange suchen.»

Was möchten Sie konkret verbessern?

Die grösste Kritik betrifft die zentrale Dokumentation: Wenn Sie bestimmte Daten haben wollen, müssen Sie sehr lange suchen. Wir wollen ein datenzentriertes System mit mehr gesundheitsbezogenen, strukturierten Daten. Ich gebe ein Beispiel: Der Glukoselevel im Blut ist in einer Laboranalyse gut zu finden. Aber Angaben zum BMI oder zum Blutdruck können vielleicht in irgendwelchen Textdateien gefunden werden. Diese Suche ist schwierig.

Das würde aber heissen, dass man einen Standard festlegen müsste, der für alle Gesundheitsanbieter gilt.

Ja, das ist richtig. Strukturierte Daten und Real-Time-Erfassung: In diese Richtung muss es gehen, und bei uns läuft diesbezüglich auch gerade eine Initiative. Das ganze E-Health-System muss aktualisiert werden, aber wir sind noch in einem frühen Stadium.

Wo liegen denn die praktischen Vorteile eines zentralen Systems?

Da die Leute oft zwischen den einzelnen Institutionen wechseln, ist es sinnvoller, eine nationale Lösung als spitalbasierte Lösungen zu haben. Wir stellen fest, dass die Leute Zweitmeinungen einholen, zwischen verschiedenen Ärzten wechseln. Wenn etwas nur spitalbasiert ist, sind diese Daten für andere Spezialisten verloren.

Beraten Sie auch andere Länder bezüglich E-Health?

Ja, sicher. Natürlich müssen alle den Persönlichkeitsschutz berücksichtigen, aber ich denke, es führt kein Weg an E-Health vorbei. Es braucht auf Länderebene gute E-Health-Systeme, je umfassender, umso besser. Ich würde diesbezüglich keine Grenzen setzen. Auf europäischer Ebene läuft zurzeit eine Initiative für den «European Health Data Space». Das befindet sich noch in einem frühen Stadium, aber Estland könnte als gutes Beispiel dienen. Wir möchten unser System auch möglichst kompatibel mit einem gesamteuropäischen System machen. Das Hauptziel dieses europäi-

E-Health in Estland

Zentrales Element des digitalisierten Gesundheitswesens in Estland ist die 2008 eingeführte elektronische Patientenakte (ePA). Diese enthält grundsätzlich sämtliche medizinische Daten der staatlich versicherten Estinnen und Esten – das sind über 90 Prozent der Bevölkerung. Zugriff auf die ePA haben die Patientinnen und Patienten sowie alle Ärztinnen und Ärzte, das Pflegepersonal und weitere Gesundheitsprofis, die an der Behandlung beteiligt sind. Patientinnen und Patienten können einzelne Abschnitte der Akte sperren lassen, etwa bei psychischen Erkrankungen. Mit dem elektronischen Personalausweis, der 2002 eingeführt wurde, erhalten sie Zugang zur digitalen Infrastruktur. In den vergangenen Jahren wurde das E-Health-System kontinuierlich ausgebaut, beispielsweise mit dem E-Rezept, das Verordnungen mit wenigen Klicks ermöglicht und Alternativpräparate anzeigt. Seit 2016 werden über das System auch Warnhinweise über mögliche Wechselwirkungen an Apotheker und Ärztinnen verschickt. Ausserdem sind seit 2015 auch die Rettungswagen vernetzt: Das Personal ist mit einem Tablet ausgestattet, mit dessen Hilfe Notärztinnen und -ärzte sowie das Pflegepersonal auf die ePA zugreifen und das aufnehmende Krankenhaus vorab auf mögliche Komplikationen – beispielsweise Unverträglichkeiten – hinweisen können.

Quelle: www.gg-digital.de/2019/06/ein-kleines-land-schreibt-e-health-gross/index.html

schen Gesundheitsraums ist meines Wissens ein besserer Zugang zu den eigenen Daten sowie ein besserer Austausch zwischen den Ländern. Die Länder suchen auch nach einer vorteilhafteren Zweitnutzung der Daten. So sollen Gesundheitsstatistiken verfeinert werden – basierend auf echten empirischen Daten.

«Da die Leute oft zwischen einzelnen Institutionen wechseln, ist es sinnvoller, eine nationale Lösung zu haben.»

Wie sieht es mit der Forschung aus? Ist es in Estland Standard, dass Patientendaten für Forschungszwecke genutzt werden können?

Für statistische Zwecke ist die Zweitnutzung standardmässig ohne spezielle Zustimmung erlaubt. Wenn Sie in eine Studie einbezogen werden, müssen die Forschenden Ihre Erlaubnis einholen.

Wo liegen die grössten Herausforderungen in Ihrem Land?

Eine liegt darin, den Widerstand der Spitäler zu überwinden. Manche sehen die Notwendigkeit eines zentralen Sys-

tems nicht ein, sie sind kompetitiv, alle wollen immer noch ihr eigenes System haben. Dabei ist Estland so klein, wir könnten alle Daten im E-Health-System haben.

Warum wehren sich die Spitäler?

Sie sind daran gewöhnt so zu arbeiten, wie es immer war und nichts zu verändern. Ich habe aber beobachtet, dass die Leute heute viel mehr zwischen den Spitälern und anderen Anbietern wechseln. Egal welche chronische Krankheit Sie haben, Sie werden nicht Ihr Leben lang beim gleichen Hausarzt bleiben, höchstwahrscheinlich konsultieren Sie im Lauf Ihres Lebens mehrere Ärztinnen oder Ärzte wegen desselben Problems.

«Eine Herausforderung liegt darin, den Widerstand der Spitäler zu überwinden. Manche sehen keine Notwendigkeit für ein zentrales System.»

Welches Zwischenfazit ziehen Sie?

Ich sehe wirklich die Vorteile eines nationalen E-Health-Systems und freue mich auf weitere Verbesserungen: für Patientinnen und Patienten, die Ärzteschaft und fürs ganze Land. Wir freuen uns auch, wenn das europäische System sauber aufgegleist wird, sodass es allen Beteiligten hilft und sie nicht einschränkt.

Wenn Sie sagen, besser für die Patienten – was ist da konkret gemeint?

Ein Beispiel sind Medikationspläne beispielsweise älterer Menschen: Welche Medikamente müssen täglich eingenommen werden, welche nur punktuell? Strukturierte Daten würden das erleichtern. Schön wäre es auch, beispielsweise Erinnerungen an bevorstehende Arzttermine zu erhalten.

Einblicke ins Ausland

In einer losen Serie nehmen wir den ärztlichen Alltag in anderen Ländern in den Fokus.

Kommentar

«Wenn jemand eine Reise tut, so kann er was erzählen»

Eine Delegation der FMH hatte 2019 eine Studienreise nach Estland durchgeführt. Die Erlebnisse waren beeindruckend: Es begann mit dem e-Estonia-Showroom, wo uns auf eindrückliche Weise gezeigt wurde, wie Estland den Schritt in eine digitale Gesellschaft vollzogen hat. Selbst die Beschaffung des Weihnachtsbaums ist in Estland digitalisiert. Mithilfe einer App erhalten die Einwohner die Koordinaten eines Weihnachtsbaums in einem staatlichen Wald, um diesen selbst zu fällen. Die Einführung einer E-ID vor mehr als 20 Jahren dürfte die Grundlage und ein Erfolgsfaktor der weit fortgeschrittenen Digitalisierung gewesen sein.

Die langwierigen Diskussionen über die Einführung einer E-ID in der Schweiz und die damit verbundenen Verzögerungen führten bei uns leider dazu, dass die Eröffnung eines elektronischen Patientendossiers heute unnötig mühsam ist. Aber auch in Estland hat die Umsetzung der nationalen E-Strategie Zeit benötigt, was die Komplexität von E-Health-Projekten unterstreicht. Von der initialen Planung etwa im Jahr 2000 bis zur Umsetzung der ersten E-Health-Anwendungen vergingen zehn Jahre. Dann ging es jedoch sehr rasch, nicht zuletzt durch eine nachhaltige staatliche Finanzierung. Seit 2010 verfügt Estland auch über ein elektronisches Rezept.

In der Schweiz bedurfte es einer Initiative von FMH und pharmaSuisse, damit das E-Rezept voraussichtlich nächstes Jahr landesweit eingeführt werden kann. Was wir von Estland auch lernen können: Die Digitalisierung kann nutzbringend als Problemlösungsinstrument eingesetzt werden. So wurde uns im East-Tallinn Central Hospital die E-Konsultation gezeigt, die als Reaktion auf den Fachärztemangel entwickelt wurde. Allerdings war nicht immer alles perfekt: Beispielsweise war der Zugriff auf das elektronische Patientendossier aus dem Primärsystem mit Mehrarbeit verbunden. Die Ärztin, die uns das System vorführte, trug es mit Fassung. Vielleicht lag das auch daran, dass Estland seinen Ärztinnen und Ärzten im Gegensatz zur Schweiz Anreize für die Digitalisierung bietet, die unter anderem auch ein fest zugewiesenes IT-Budget beinhalten.



Dr. med. Alexander Zimmer
Mitglied des FMH-Zentralvorstandes und Departmentsverantwortlicher Digitalisierung/eHealth



© Maxim Tupikov / Dreamstime

Die 26 gesammelten Aufsätze von Rolf Adler seien «ein schillerndes Mosaik», sagt Peter Weibel.

Die ärztliche Kunst, das Unsichtbare zu erkennen

Buchbesprechung Den Menschen als Ganzes wahrnehmen und behandeln – dieses Credo vertritt Rolf Adler, Pionier der psychosozialen Medizin, seit Jahren unermüdlich. Nun sind seine Aufsätze in einem Sammelband erschienen. Peter Weibel hat sie rezensiert.

Das Unsichtbare sichtbar machen» ist ein wunderbar paradigmatischer Titel: Das nicht leicht erkennbare Unsichtbare dem schnell zugänglichen Sichtbaren entgegensetzen. Das Verborgene, nur durch ärztliche Kunst zu entdecken, dem Sichtbarkeitsdenken der heutigen Medizin entgegenhalten.

Anamnese als Auslaufmodell?

Das Sichtbarkeitsdenken, gefördert durch technische Hochleistungen, ist verführerisch, es beginnt längst, die Medizin zu dominieren und die ärztliche Kunst der Gesprächsführung, des empathischen Verstehens und Erkennens zu verdrängen. Keiner weiss das besser als Rolf Adler, emeritierter Pionier der psychosozialen Medizin. Eine lakonische Antwort eines Hausarztes auf einen bereits publizierten Aufsatz des Autors von 2016 ist Dokumentation und erschreckende Bestandesaufnahme zugleich: «Weil das Eintritts-CT keinen Befund ergab, entschlossen wir uns zu einer Anamnese.»

Ein Rufer in der Wüste

Als wäre die Anamnese, das verstehende und einordnende Gespräch mit dem Menschen, mit seiner Krankheit, nicht der unabdingbare

Schlüssel zu jedem diagnostischen und therapeutischen Handeln. Rolf Adler weiss, dass es nicht mehr unabdingbar ist. Dass der Paradigmenwechsel von der Biomedizin zur biopsychosozialen Medizin, den er unermüdlich vorangetrieben hat, in Gefahr ist: «Der gute Arzt behandelt die Krankheit, der grosse Arzt den Patienten mit seiner Krankheit.»

Rolf Adler ist der Rufer in der Wüste, der beharrlich weiterkämpft und sein Lebenswerk mit Supervisionen und Ausbildungen für Ärztinnen und Ärzte enthusiastisch weiterführt – und unermüdlich publiziert. Seine Aufsätze und Essays sind leuchtende Fremdkörper, Farbtupfer im gleichfarbigen Innenraum der medizinischen Fachzeitschriften in den Jahren 2016 bis 2022. Nun liegen sie als Sammlung in Buchform vor.

Die ärztliche Fachkompetenz schützen

Die Sammlung ist ein schillerndes Mosaik ausgewählter Publikationen: «Ist der Patient Patient oder Kunde?» / «Im Schmerz gefangen» / «Diagnosenliste: Komplexes Problem einfach gelöst» und viele mehr. Die 26 Texte sind dicht und spannend geschrieben, einige mit Bezug zur Literatur und Mythologie, manchmal ironisch augenzwinkernd, manchmal bissig (Gutachtertätigkeit, patientenfeindliche Kostenökonomie), immer in Sorge um die Gefährdung ureigener ärztlicher Fachkompetenz. Und immer mit der Überzeugung, dass den Patientinnen und Patienten mit ihren Krankheiten nur gerecht wird, wer den ganzen Menschen mit seinen frühen Erfahrungen, seinen Verlusten und Prägungen versteht.

Rolf Adler ist nicht nur Pionier der psychosozialen Medizin, der den Ruhestand nicht kennt, er ist auch ein begabter Erzähler. Wer das Buch liest, entdeckt immer wieder spektakuläre Geschichten und Anekdoten. Nicht nur, aber auch deshalb ist es ein Leseerlebnis.

*Dr. med. Peter Weibel,
Domicil Baumgarten, Bern*



Rolf Adler **Das Unsichtbare sichtbar machen**
Thun: Weber Verlag; 2022

Dies ist Ihre Seite!

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

Briefe an die Redaktion

Work-Life Balance schützt die physische und mentale Gesundheit

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

Lieber Herr Prof. Fey

Nicht alle, die den Arztberuf ausüben, streben eine Professur an und noch weniger erreichen dieses Ziel, wie Sie es schafften, auch tatsächlich. Wer Professorin oder Professor werden will, muss bereit sein, auf vieles zu verzichten und im besten Fall ist dieser Verzicht wenig störend, weil die Freude am Beruf antreibt. Man darf dabei jedoch nicht von sich selbst auf die gesamte Ärzteschaft schliessen und wer dieses Opfer zu bringen nicht bereit ist, als des Arztberufes nicht würdig erachten.

Retrospektiv blicken Sie gegen Ende Ihrer sehr gelungenen Karriere mit mehr Wohlwollen und Toleranz auf Ihren (zeit)intensiven Arbeitseinstieg zurück, während die, welche eben erst mittendrin sind, ihren Wunsch nach einer ausgeglichenen Work-Life-Balance kundtun.

Wer noch andere nicht berufliche Interessen und Ziele verfolgt, ist deswegen keine schlechtere Ärztin oder Arzt. Genau diese «wir mussten da früher auch durch»-Haltung ist toxisch und führt bei vielen, die gerne Ärztin oder Arzt sind, jedoch an der Arbeitslast ausbrennen, zu Insuffizienzgefühlen und dem Gefühl, sich im falschen Beruf zu befinden. Dabei ginge es auch anders. Schliesslich kann durch ausserberufliche Tätigkeiten auch die Arbeit am Patienten profitieren, durch die dadurch erhöhte Ausgeglichenheit, durch soziale Interaktionen und das Schulen nicht fachlicher Kompetenzen.

Ich stimme Ihnen absolut zu, dass längere Arbeitszeiten und mehr Erfahrungsgewinn miteinander korrelieren. Möglicherweise bestand jedoch früher die Arbeitszeit aus sinngebenderen Tätigkeiten als heute, wo doch vor allem der administrative Teil der Arbeit, welcher in den letzten Jahren deutlich zugenommen hat, als belastend empfunden wird.

Stellen Sie sich vor, alle Ärztinnen und Ärzte, welche nicht bereit sind, ihr Leben ganz der Arbeit zu verschreiben, wechselten zu einer anderen Tätigkeit, weil sie den «Anforderungen des Berufes nicht gerecht» werden. Das Gesundheitssystem würde zusammen-

brechen, denn auch der Teil der Ärzteschaft, welcher die vermeintlichen Anforderungen erfüllt, könnte diese Last nicht tragen. Sollten wir da nicht zuhören, welche Bedürfnisse die Generation Z hat, zugunsten der Patientenversorgung und des Wohls unserer Berufskolleginnen und -kollegen?

Tamara Kellerhals, Assistenzärztin Innere Medizin, Altdorf

Besserer Zugang zur Gesundheitsversorgung für Geflüchtete

Brief zu: Maurer S. Im globalisierten Wartezimmer. Schweiz Ärztezg. 2023;103(05):12-5.

Vielen Dank für den interessanten Artikel «Im globalisierten Wartezimmer». Aus eigener Erfahrung kann ich die Einschätzungen von PD Dr. med. Matthis Schick nur teilen: Der Zugang zur Gesundheitsversorgung ist sowohl für Geflüchtete als auch für ein nicht unbedeutender Anteil der ausländischen Bevölkerung aktuell nicht gewährleistet. Das ist sowohl ein medizinethisches als auch ein gesundheitsökonomisches Problem. Ohne die genügenden Kommunikationsmöglichkeiten können die Patientinnen und Patienten nicht effizient über ihre Anliegen berichten. Ferner kann das medizinische Personal ohne diese Informationen weder diagnostisch noch therapeutisch richtig handeln. Damit werden der medizinischen Falsch- und verteuerten Versorgung alle Türen geöffnet.

In meiner Funktion als Gemeinderat in der Stadt Zürich habe ich deshalb vor Jahren ein Pilotprojekt zur Verbesserung – und vor allem Finanzierung – der interkulturellen Übersetzungs- und Dolmetscherdienste vorangetrieben [1]. Nach etlichen Diskussionen mit dem Stadtrat und der Verwaltung wird es im Verlauf der nächsten Monate starten. Damit verpflichtet sich die Stadt Zürich innerhalb der eigenen Institutionen (Stadtspital, Ambulatorien, Gesundheitszentren fürs Alter)

«für die Verständigung mit der fremdländischen Bevölkerung zu garantieren». Das heisst: Patientinnen und Patienten und Behandelnde haben das Recht, eine Dolmetscherin respektive einen Dolmetscher zu verlangen, ohne dass die Finanzierungsfrage als erste – und vor den medizinischen – gelöst werden muss.

In diesem Sinne: Das erwähnte Problem besteht weiterhin, aber wenigstens haben wir nun Versuchsorte, wo es an der Wurzel angepackt werden kann. Sollte das Projekt gut anlaufen, dann könnten auch andere Städte beziehungsweise Kantone denselben Weg gehen. Ebenfalls müssten zukünftig auch Kooperationen mit niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten gesucht werden. Damit auch diese Versorgungshürden in den Praxen irgendwann der Vergangenheit angehören.

Dr. med. David Garcia Nuñez, Zürich



Literatur

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

Briefe einreichen

Briefe an die Redaktion reichen Sie online ein unter:

saez.ch/de/publizieren/leserbrief-einreichen

Steinhausen, Februar 2023

Wichtige Mitteilung | Vorsorglicher Chargenrückzug bis auf Stufe Patient

Fraxiparine Injektionslösung (ZI. Nr.:47408) In Absprache mit Swissmedic hat Mylan Pharma GmbH entschieden, die folgende Charge von Fraxiparine vorsorglich bis auf Stufe Patient vom Markt zurückzuziehen, da ein mögliches Risiko besteht, dass einzelne Fertigspritzen ohne Inhalt sein könnten.

EAN Code	Pharmacode	Produkt	Charge	Verfall
7680474080406	1423642	Fraxiparine Inj Lös 1900 IU/0.2 ml 10 Fertigspritzen	8337	31.05.2025

Alle anderen Chargen von Fraxiparine, Injektionslösung können weiterhin verwendet werden.

Daher bitten wir, alle Lagerbestände von Fraxiparine zu überprüfen, allfällig vorhandene Packungen der Chargen-Nr. 8337 sofort zu sperren und diese so schnell wie möglich ihrem Lieferanten über den umgekehrten Vertriebsweg zurückzusenden.

Mit dieser Charge belieferte Patienten sind umgehend vom Rückruf zu informieren und um Rückgabe der betroffenen Packungen zu bitten.

Für Meldungen von unerwünschten Arzneimittelwirkungen (UAW) empfiehlt Swissmedic, das dafür entwickelte Meldeportal zu verwenden. Mit dem sogenannten Electronic Vigilance System (EIViS) können UAW direkt oder durch Hochladen einer XML-Datei erfasst werden.

Alle erforderlichen Informationen finden Sie unter www.swissmedic.ch, www.mylan.ch

Anzeige

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



EMH Media
SCHWEIZERISCHER ÄRZTEVERLAG
EDITIONS MEDICALES SUISSES

Besuchen Sie die neue digitale Karriere-Plattform der SÄZ:

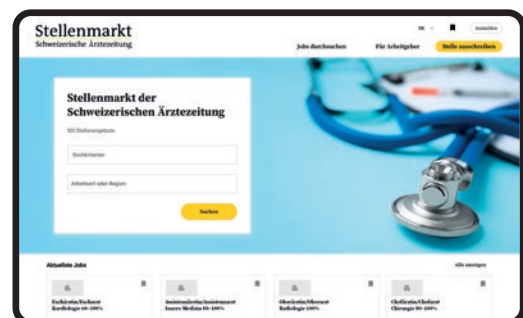
- Suchabonnemente mit Benachrichtigungen bei neuen Stellen
- Bewerbungsmöglichkeit und Bewerberverwaltung direkt im Portal
- Benutzerfreundlich auf allen Endgeräten



jobs.saez.ch

Stellenmarkt

Schweizerische Ärztezeitung



FMH

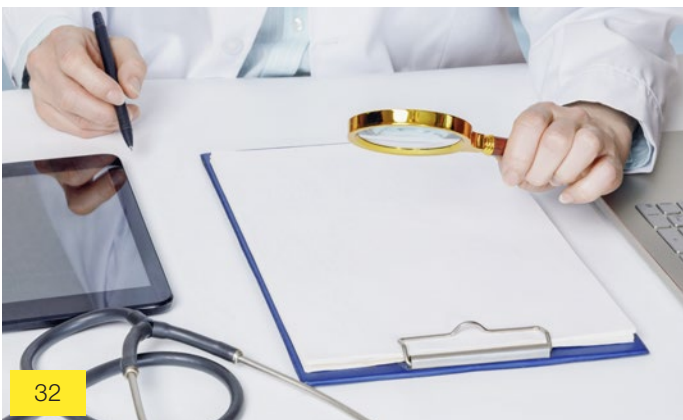


30

«smarter medicine» bedarf «smarter regulation»

Folgeschwere Regulierung Seit 2014 gibt es die Initiative «smarter medicine» und seit 2017 den Trägerverein «smarter medicine – Choosing Wisely Switzerland». Leider werden deren Zielsetzungen sowie zukunftsgerichtete Initiativen durch eine überbordende und praxisferne Regulation torpediert.

Carlos Quinto



32

Angepasster Vertrag im Rahmen der Wirtschaftlichkeitsprüfung

Wirtschaftlichkeitsprüfung Das Krankenversicherungsgesetz verlangt, dass die Versicherer und Leistungserbringer eine gemeinsame Methode zur Wirtschaftlichkeitsprüfung vereinbaren. Santésuisse, Curafutura und die FMH haben letztmals im Jahr 2018 einen Vertrag betreffend diese Screening-Methode unterzeichnet.

Patrick Müller



34

ICD-11 – Empfehlung zur Verwendung in der Psychiatrie

Diagnostik Die ICD-11, im Januar 2022 eingeführt, löst innerhalb von fünf Jahren die ICD-10 ab. Da keine offizielle deutschsprachige Übersetzung vorliegt und die klinischen Beschreibungen sowie die diagnostischen Anforderungen ausstehen, sollten sich Psychiaterinnen und Psychiater – ausser in begründeten Ausnahmefällen – am bisherigen Klassifikationssystem ICD-10 orientieren.

Gerhard Ebner, et al.



© Pkreativteam / Dreamstime

Es braucht Zeit, Patientinnen und Patienten zu erklären, dass weniger Medikamente, Untersuchungen oder Therapien sinnvoll sein können.

«smarter medicine» bedarf «smarter regulation»

Folgeschwere Regulierung Seit 2014 gibt es die Initiative «smarter medicine» und seit 2017 den Trägerverein «smarter medicine – Choosing Wisely Switzerland». Leider werden deren Zielsetzungen sowie zukunftsgerichtete Initiativen durch eine überbordende und praxisferne Regulation torpediert.



Carlos Quinto
Dr. med., Mitglied des FMH-Zentralvorstandes, Departementsverantwortlicher Public Health und Gesundheitsberufe

In gesundheitspolitischen Diskussionen werden Patientinnen und Patienten oft beschuldigt, immer mehr Leistungen zu verlangen. In der Praxis zeigt sich jedoch ein ganz anderes Bild: Patientinnen und Patienten suchen eine Hausärztin oder einen Hausarzt, der oder die vertrauenswürdig ist und sie langfristig und konstant betreut [1]. Einem Patienten – unter Berücksichtigung seiner individuellen Gesundheitskompetenz – zu erklären, was die Vor- und Nachteile einer spezifischen diagnostischen Untersuchung oder einer Therapie sind, benötigt Zeit. Zu erklären, dass es besser wäre, auf etwas zu

verzichten, als es einfach durchzuführen, ist oftmals aufwendig. Zusatznutzen und -aufwand und/oder -risiken stehen in einem solchen Fall in einem schlechten Verhältnis. Genau dies ist ein Kernprozess von «smarter medicine». Durch einen unverständlichen Tarifeingriff des Bundesrats in TARMED wurden Gesprächszeiten mit Patientinnen und Patienten, Angehörigen sowie mit anderen Gesundheits- und Medizinalberufen jedoch limitiert. Die mangelnde Koordination im Gesundheitswesen wird dann aber nicht dem Verursacher, dem Bundesrat, sondern den Gesundheitsberufen vorgeworfen. Entspre-

chende Dokumente des BAG, die aufzeigen, wie die Koordination zwischen dem ambulanten und stationären Bereich vergütet werden sollte, sind viel zu praxisfern. Der neue Tarif TARDOC würde die größten Fehler dieses Tarifeingriffs lindern, wird aber aus ideologischen Gründen prokrastiniert.

«smarter medicine» benötigt Gesprächszeit, die durch unverständliche Tarifeingriffe massiv geschnitten wird.

Antibiotika

In den Deutschschweizer Kantonen mit Selbstdispensation findet sich schweizweit und europaweit die tiefste Abgaberate von Antibiotika. In der Romandie ist die Abgabe um 20% bis 30% höher, wofür es jedoch plausible Hypothesen gibt [2]. Trotzdem will das BAG die Antibiotika-Abgabe im revidierten Epidemiengesetz regulieren, was zu massivem administrativen Mehraufwand, zu mehr Kosten, zu mehr Ineffizienz sowie zu einer weiteren Überlastung der Notfallstationen führen wird. Hausärztinnen und Hausärzte werden schlicht keine Zeit haben, vor der Antibiotikaverschreibung zum Beispiel eine Hotline anzurufen, die womöglich besetzt, weniger qualifiziert ist und sich in ihrer Entscheidungsfindung lediglich auf Algorithmen stützt. Nach der Antibiotikaverschreibung sollen Ärztinnen und Ärzte zusätzlich ein mehrseitiges Formular mit Patientenangaben ausfüllen und alle fünf Jahre eine mehrstündige separat auszuweisende Fortbildung absolvieren, obwohl die Thematik – da wichtig – bereits heute regelmässig an Kongressen angeboten wird. Von Seiten BAG wird oft eine Basler Studie [3] zitiert, deren Autoren bereits in der Originalpublikation auf zahlreiche Limitationen hingewiesen haben, die vom BAG und den Alltagsmedien weggelassen oder bestenfalls überlesen werden.

Essenziell für das Verschreiben von weniger Antibiotika ist der Point of Care. Das Point-of-Care-Praxislabor ist mit ein Grund, weshalb die Schweiz im internationalen Vergleich so gut dasteht. Es ist ein essenzieller Faktor, um zwischen viralen und bakteriellen Infekten unterscheiden zu können. Dies zeigte auch eine Nationalfondsstudie aus Lausanne [4]. Dank der nicht nachvollziehbaren BAG-Regulationen im Laborbereich wird der Fortschritt der Strategie Antibiotikaresistenzen, kurz StAR, jedoch ausgebremst. Das Thema «Antibiotikaresistenz» gehört nicht ins Epidemiengesetz. Das Einzige, was darin festgehal-

ten werden kann, zur Thematik «antimicrobial resistance», ist die nachhaltige Finanzierung von ANRESIS. Das Schweizerische Zentrum für Antibiotikaresistenzen leistet gute Arbeit und seine Software App «infect info» ist praxistauglich. Dank weiterer Regulationen können – zumindest momentan – leider keine Antibiotikateilmengen abgegeben werden. Die Antibiotikaforschung ist wegen fehlender Anreize schwierig. Es gibt nur noch eine Fabrik, die Antibiotika in Europa produziert. Es ist eine Frage der Zeit, bis wir in den Hammer laufen. Denn es gibt Bakterien, die früher oder später gegen jedes Antibiotikum resistent sein werden. Das liegt in deren Natur.

Folglich sind wir darauf angewiesen, neue Antibiotika zu entwickeln. Spitalapotheken stellen auf dem Markt fehlende Antibiotika in galenischen Formen für Kinder her und müssen sich zum Dank mit den Krankenversicherern herumschlagen, da diese die Kosten hierfür nicht übernehmen wollen. Aktuell ist das Problem, dass in der Schweiz insbesondere für Kinder Antibiotika fehlen, akuter als das der Antibiotikaresistenz. Dies müsste das BAG bei seinen geplanten Regulationen berücksichtigen, insbesondere bei Verordnungen, welche die jetzt schon problematische Medikamentenversorgung weiter verschlechtern werden. Andernfalls werden wir viele chronisch kranke Patientinnen und Patienten nur noch mit Medikamenten versorgen können, wenn wir sie aus den Nachbarländern importieren. Der für diese aufwendigen Bestellungen zusätzlich anfallende Personal- und Kostenaufwand wird ebenfalls nicht vergütet.

Die Regulation der Antibiotika-Abgabe im Epidemiengesetz führt zu massivem administrativen Mehraufwand.

Health Workforce

Uns blüht ein gravierender Mangel an Gesundheitsfachkräften. Konstruktive Ansätze zur Lösung finden sich in TARDOC, der nun schon über drei Jahre durch den Bundesrat prokrastiniert wird. Wie an der Jubiläumstagung des Obsan präsentiert, schneiden sich die Kurven zwischen Health Care Need (aufsteigend) und der noch vorhandenen Health Care Workforce (absteigend) im Jahr 2025. Drei wertvolle Jahre wurden verschwendet. Ausbildungen in der Medizin beanspruchen Zeit, da viel Erfahrungswissen kumuliert werden muss: Die Studentin, die heute mit dem Medizinstudium beginnt, ist frühestens in zwölf Jahren Hausärztin; die Lernende, die

sich für das EFZ MPA entschieden hat, ist frühestens in acht Jahren eine beruflich erfahrene MPK. Somit bringt eine Ausbildungs-offensive allein zu wenig. Arbeitsbedingungen und -inhalte müssen jetzt angepasst werden.

Bei den Arbeitsinhalten geht es um administrative Entlastung. Der durch Regulationen des BAG verursachte administrative Aufwand ist zu reduzieren. Jeder Hausarzt könnte ohne diesen administrativen Aufwand wohl täglich acht Patienten mehr behandeln. Nur schon eine Bewilligung zur Anstellung von Praxisassistentenärztinnen und -ärzten in Weiterbildung nimmt Monate in Anspruch, von Praxisbewilligungen für junge Kolleginnen und Kollegen, die ihre Weiterbildung abgeschlossen haben, ganz zu schweigen. Alle Kolleginnen und Kollegen, die sich um ärztlichen Nachwuchs bemühen, kämpfen gegen die Windmühlen der BAG-Regulationen sowie mit kantonalen

Eine Ausbildungsoffensive allein bringt zu wenig: Arbeitsbedingungen und -inhalte müssen jetzt angepasst werden.

Rahmenbedingungen, die mal helfen oder mal das Problem noch massiv verschärfen. Die Zufriedenheit der Hausärztinnen und Hausärzte in der Schweiz hat in nur drei Jahren, von 2019 bis 2022, nochmals signifikant abgenommen und ist von 69% auf 58% gefallen.

Welches Unternehmen wäre mit 42% unzufriedener Kunden so entspannt wie unsere Gesundheitspolitik und das BAG? Ausbaden tun es letztlich auch die Patientinnen und Patienten, was uns als Ärzteschaft betrübt. Eine Ausbildungsoffensive alleine ist absolut nicht hinreichend und zeigt in jedem Fall erst viel zu spät einen messbaren Effekt. Sie ist in etwa so effizient, wie wenn jemand mehr Wasser in einen Kupferkessel mit 50 Löchern giesst, um den Wasserspiegel zu halten. Das BAG und die Gesundheitspolitik müssen sich dringlich bemühen, die Hälfte der Löcher, die sie mit ihren Regulationen in den Kessel gebohrt haben, zu flicken.



Literatur

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

Angepasster Vertrag im Rahmen der Wirtschaftlichkeitsprüfung

Wirtschaftlichkeitsprüfung Das Krankenversicherungsgesetz verlangt, dass die Versicherer und Leistungserbringer eine gemeinsame Methode zur Wirtschaftlichkeitsprüfung vereinbaren. Santésuisse, Curafutura und die FMH haben letztmals im Jahr 2018 einen Vertrag betreffend diese Screening-Methode unterzeichnet. Auf Wunsch von Curafutura und der FMH fanden in den letzten Monaten Vertragsverhandlungen zur Anpassung statt.

Patrick Müller

Leiter Abteilung Ambulante Versorgung und Tarife, FMH

Die Krankenversicherer sind nach Art. 56 des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung (KVG) verpflichtet zu überprüfen, ob die Betreuung der Patientinnen und Patienten durch die medizinischen Leistungserbringer dem im KVG geforderten Gebot der Wirksamkeit, Zweckmässigkeit und Wirtschaftlichkeit (WZW-Kriterien gemäss Art. 32 KVG) folgt. Im Vertrag zu Art. 56 Abs. 6 KVG haben Santésuisse, Curafutura und die FMH die statistische Screening-Methode als ersten Schritt der Wirtschaftlichkeitsprüfung bei Pauschalbeurteilungungsverfahren vertraglich geregelt. Diese Screening-Methode hat zum Ziel, mittels statisti-

nicht korrekt abrechnende Ärztinnen und Ärzte mit einem unterdurchschnittlich morbidem Patientenkollektiv nicht ungerechtfertigterweise als wirtschaftlich arbeitend identifiziert. Aus dem bereinigten Praxiseffekt wird in der Regressionsanalyse schliesslich ein Index berechnet. Er zeigt an, um wie viele Prozentpunkte die Kosten einer Arztpraxis über dem erwarteten Wert liegen. Ärztinnen und Ärzte, die den mittleren Indexwert von 100 deutlich überschreiten, gelten als statistisch auffällig und werden einer Einzelprüfung – mittels Analyse der Tarif- und Medikamentenanwendung und des Patientenkollektivs – unterzogen.

Wichtig festzuhalten ist, dass erst in der darauffolgenden zwingend notwendigen Einzelfall-Beurteilung des ärztlichen Leistungserbringers festgestellt werden kann, ob tatsächlich eine Überarztlage vorliegt respektive der Leistungserbringer effektiv unwirtschaftliche Leistungen erbringt oder nicht. In dieser anschliessenden Analyse können vom betroffenen Leistungserbringer Praxisbesonderheiten, die nicht oder nur teilweise durch die Screening-Methode berücksichtigt werden, in die Argumentation eingebracht werden. Die Umsetzung und Anwendung der Screening-Methode erfolgt durch Santésuisse oder gegebenenfalls, nach Berechnung der Indizes, durch einzelne Versicherer.

Geltungsbereich des Vertrags

Der Vertrag über die vereinbarte Screening-Methode findet Anwendung in der statistischen Wirtschaftlichkeitsprüfung im Vergleich mit dem Referenzkollektiv der zugehörigen Facharztgruppe. Diese Methode der Wirtschaftlichkeitsprüfung ist eine statistische Prüfung auf Basis der Kosten und

Der neue Vertrag ist rückwirkend per 1. Januar 2023 in Kraft getreten.

schers Methoden Leistungserbringer mit auffälligen (zu hohen) Kosten zu identifizieren. Seit dem Jahr 2018 wird dazu eine zweistufige Regressionsmethode angewendet, welche die bisherige ANOVA-Methode abgelöst hat. Diese Screening-Methode berücksichtigt als kostenrelevante Parameter Alter, Geschlecht, Pharmaceutical Cost Groups (PCG), Spitalaufenthalte im Vorjahr, tiefe/hohe Franchise sowie den Ort der Leistungserbringung (Kanton) und die Facharztgruppe. Sie bildet die Morbidität der Patientinnen und Patienten besser ab und erhöht die Spezifität im Rahmen der Wirtschaftlichkeitskontrolle. Somit werden korrekt abrechnende Ärztinnen und Ärzte nicht ungerechtfertigterweise als unwirtschaftlich arbeitend identifiziert respektive

Weiterführende Informationen zur Wirtschaftlichkeitsprüfung

Weiterführende Informationen zur Wirtschaftlichkeitsprüfung sind auf der Webseite der FMH zu finden [1]. (www.fmh.ch > Themen > Ambulante Tarife > Wirtschaftlichkeitsprüfung). Darunter finden Sie spezifische FAQ, ein Handbuch zur Wirtschaftlichkeitsprüfung, den Vertrag nach Art. 56 Abs. 6 KVG und ein Positionspapier der FMH zur Screening-Methode. Betroffene FMH-Mitglieder können sich für eine erste Beratung an die FMH wenden. Schriftliche Anfragen richten Sie bitte an folgende E-Mail-Adresse: tarife.ambulant@fmh.ch. Zudem führt die FMH eine Infoline TARMED durch – jeweils montags von 9 bis 12 Uhr unter Tel. 0900 340 340 zum Ortstarif.

nicht auf Ebene der Tarifierung oder einzelner Tarifpositionen. Die statistische Wirtschaftlichkeitsprüfung ist zu unterscheiden vom Tarifcontrolling. Tarifcontrolling ist eine weitere Form der Wirtschaftlichkeitsprüfung auf Basis der vom Leistungserbringer in Rechnung gestellten Tarifpositionen auf Grundlage des Tarifpools der Krankenversicherer, das heisst es erfolgt eine Analyse der Tarifierung. In beiden unterschiedlichen Verfahren können Rückforderungen an die Leistungserbringer gestellt werden. Der vorliegende Vertrag regelt nur die Anwendung der statistischen Wirtschaftlichkeitsprüfung.

Zentrale Vertragsanpassungen

Aufgrund der Erfahrungswerte der letzten vier Jahre haben sich Anpassungen am derzeitigen Vertrag aufgedrängt. Auf Wunsch von Curafutura und der FMH fanden in den letzten Monaten Verhandlungen über eine Anpassung dieses Vertrags statt. Die FMH hat im Rahmen dieser Verhandlungen mehrere Forderungen zur Anpassung des Vertrags eingebracht. Beispielsweise wollte die FMH, dass die im Vertrag erwähnte Einzelfallanalyse detailliert dargelegt, das Reporting der durchgeführten Aktionen seitens Krankenversicherer verfeinert und die einzelnen Schritte der Regressionsberechnung transparent offengelegt werden. Zudem war es der FMH ein zentral vordringliches Anliegen im Vertrag festzuhalten, dass eine Ärztin oder ein Arzt immer nur einmal für einen bestimmten Sachverhalt belangt werden kann, unabhängig von der angewendeten Form der Wirtschaftlichkeitsprüfung (statistische Überprüfung oder Tarifcontrolling). Die schwierigen, aber konstruktiven Verhandlungen konnten Ende November 2022 abgeschlossen werden und die Vertragspartner hatten bis Ende Februar 2023 Zeit, den angepassten Vertrag in den jeweiligen internen Gremien zu verabschieden.

Aus Sicht der Ärzteschaft konnte mit den Anpassungen am Vertrag eine deutliche Verbesserung gegenüber dem bisherigen Vertrag erreicht werden. Folgende zentrale Anpassungen sind besonders hervorzuheben:

Mit dem neuen Vertrag konnte eine deutliche Verbesserung aus Sicht der Ärzteschaft erzielt werden.

- **Präzisierung der Einzelfallanalyse:** Weist ein Leistungserbringer auffällige Kosten auf, so heisst dies nicht per se, dass der Leistungserbringer unwirtschaftlich arbeitet. Um näher abzuklären, ob ein im Sinne der angewandten Methode auffälliger Leistungserbringer unwirtschaftlich arbeitet oder nicht, wird bei Leistungserbringern mit erhöhten Indexwerten – unter anderem auf Basis des Regressionsberichts – immer eine interne Einzelfallanalyse durch Santésuisse oder durch den einzelnen Versicherer oder durch Santésuisse und einen einzelnen Versicherer durchgeführt. Ziel ist jeweils die Plausibilisierung des erhöhten Indexwertes.
- **Einbringen der Praxisbesonderheiten:** Dem Leistungserbringer wird im Rahmen des rechtlichen Gehörs in jedem Fall Gelegenheit gegeben, seine Sicht darzulegen. Dadurch erhält der Leistungserbringer die Möglichkeit, allfällige – im Rahmen der



© Natalia Mysik / Dreamstime

Ob Ärztinnen und Ärzte wirtschaftlich arbeiten, wird überprüft.

Screening-Methode nicht berücksichtigte – Praxisbesonderheiten objektiv und nachvollziehbar aufzuzeigen, die seine Praxis wesentlich von den Leistungserbringern seines Vergleichskollektivs unterscheiden und darum zu einem erhöhten Regressionsindexwert führen. Die vom Leistungserbringer vorgebrachten Sachverhalte sind durch Santésuisse und/oder die Versicherer zu prüfen und bei Relevanz auch zu berücksichtigen. Macht der Leistungserbringer das Vorliegen von Praxisbesonderheiten geltend, ist er beweispflichtig, wobei Santésuisse im der Regel nur datenbasierte Argumentationen prüft (keine rein anekdotische Evidenz).

- **Offenlegung der Vollmachten der Versicherer:** Santésuisse legt ab dem Statistikjahr 2022 im Rahmen der Vergleichsverhandlungen die Liste der Versicherer, die eine Vollmacht erteilt haben, sowie den von ihnen repräsentierten Marktanteil offen. Dies erhöht die Transparenz gegenüber dem betroffenen Leistungserbringer erheblich.
- **Der Abdeckungsgrad der verwendeten Datengrundlage (Datenpool)** wird dem Leistungserbringer transparent **offengelegt**.
- **Ergänzungen und Detaillierung zum Monitoring:** Die Versicherer publizieren jeweils jährlich die Anzahl der durchgeführten Massnahmen (Monitoring) nach aggregierten Fachgruppen (Grundversorger/Spezialisten) und Regionen (Deutschschweiz/lateinische Schweiz). Dazu werden die Anzahl auffälligen Ärztinnen und Ärzte, die Anzahl durchgeführten Arztgespräche und die Anzahl gemachter Eingaben (PVK, Gerichte oder Vergleiche) veröffentlicht.
- **Sicherstellung, dass ein Arzt nur einmal für den gleichen Sachverhalt belangt werden kann:** Präzisierung, dass es weitere Verfahren im Rahmen der Wirtschaftlichkeitsprüfung geben kann (z. B. Tarifcontrolling), die unabhängig von einem Verfahren in Bezug auf den errechneten Indexwert im Rahmen der Wirtschaftlichkeitsprüfung durch die Screening-Methode laufen. Es muss jedoch dabei sicher-

gestellt sein, dass die betroffene Ärztin oder der betroffene Arzt nicht zweimal für das Gleiche von unterschiedlicher Seite belangt werden kann und damit eine Absprache unter den Versicherern respektive Tarifsuisse eine Voraussetzung ist.

- **Berücksichtigung aller Praxisformen:** Gewährleistung, dass alle Praxisformen gleichwertig in der Methode mitberücksichtigt werden, insbesondere auch (heterogene) Gruppenpraxen.

Wichtig zu erwähnen ist, dass die vereinbarte Screening-Methode (Regressions-Methode) im Rahmen der Vertragsverhandlungen nicht angepasst wurde und weiterhin unverändert in den Pauschalbeanstandungsverfahren angewendet wird. Die Weiterentwicklung der Screening-Methode wird aber prioritär laufend in einer Arbeitsgruppe zwischen den Vertragspartnern weiter bearbeitet. Sie ist jedoch nicht Bestandteil der aktuellen Vertragsanpassung.

Rückwirkende Inkraftsetzung

Im Februar 2023 haben alle Vertragspartner dem angepassten Vertrag zugestimmt. Entsprechend tritt der neue Vertrag rückwirkend per 1. Januar 2023 in Kraft und löst damit den bisherigen Vertrag ab diesem Zeitpunkt ab.

Der neue Vertrag zur Erfüllung von Art. 56 Abs. 6 KVG betreffend die Screening-Methode kann auf der Webseite der FMH [1] nachgeschlagen werden.

Korrespondenz

tarife.ambulant[at]fmh.ch



Literatur

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

ICD-11 – Empfehlung zur Verwendung in der Psychiatrie

Diagnostik Die ICD-11, im Januar 2022 eingeführt, löst innerhalb von fünf Jahren die ICD-10 ab. Da noch keine offizielle deutschsprachige Übersetzung vorliegt und auch die klinischen Beschreibungen sowie die diagnostischen Anforderungen ausstehen, sollten sich Psychiaterinnen und Psychiater – ausser in begründeten Ausnahmefällen – nach wie vor am bisherigen Klassifikationssystem ICD-10 orientieren.

Gerhard Ebner^a, Herbert Bosshart^b, Martin Hatzinger^c, Ralph Mager^d, Fulvia Rota^e, Erich Seifritz^f, Rolf-Dieter Stieglitz^g; Iris Herzog-Zwitter^h

^aDr. med., Präsident Swiss Insurance Medicine (SIM); ^bDr. med., Vorstandsmitglied Schweizerische Gesellschaft der Vertrauens- und Versicherungsärzte (SGV); ^cProf. Dr. med., Präsident Schweizerische Vereinigung Psychiatrischer Chefärzte (SVPC); ^dProf. Dr. med., Präsident der Schweizerischen Vereinigung für Versicherungspsychiatrie (SGVP); ^eDr. med., Präsidentin Schweizerische Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie (SGPP); ^fProf. Dr. med., Vorstandsmitglied Schweizerische Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie (SGPP) und Präsident Swiss Conference of Academic Psychiatry (SCAP); ^gem. Prof. Dr. rer. nat., Prof. für Klinische Psychologie und Psychiatrie, Universität Basel; ^hDr. iur., Juristin FMH Rechtsdienst

Die ICD-11 wurde in der Nachfolge der aktuell noch weiterhin geltenden ICD-10 im Juni 2019 durch die 200 Mitgliedsländer der WHO-Generalversammlung verabschiedet. Die offizielle Einführung erfolgte im Januar 2022, mit einer Übergangszeit von fünf Jahren. Jedoch ist bis jetzt keine offizielle deutschsprachige Übersetzung beziehungsweise kein entsprechendes Manual verfügbar, sondern lediglich «eine erste Version

Einzig bei der komplexen posttraumatischen Belastungsstörung empfiehlt sich schon jetzt, die ICD-11 anzuwenden.

einer deutschen Übersetzung, die auch unter Verwendung automatisierter Übersetzungsverfahren erstellt wurde» [1]. An der qualitätssichernden Arbeit waren für die Psychiatrie die DGPPN [2] und das BfArM [3] in Zusammenarbeit mit dem Schweizerischen Bundesamt für Statistik [4] federführend. Die Bearbeitung der «Klinischen Beschreibungen und diagnostischen Anforderungen» [5], welche die eigentlichen diagnostischen Kriterien darstellen, wird erst in der Folge publiziert werden. Der auf der

Homepage des BfArM aufgeführte Entwurf bezieht sich lediglich auf die MMS (Mortalitäts- und Morbiditätsstatistik) und die Beschreibungen (Descriptions) des Kapitels 6 (psychische Störungen). Dieser Entwurf liegt jedoch noch nicht in einer offiziell bearbeiteten Version vor.

Wichtigste Neuerungen

Die ICD-11 unterscheidet sich unter anderem in folgenden Punkten deutlich von der ICD-10 [6]:

- Konzeptuelle Unterschiede (unter anderem stärkere Einbeziehung dimensionaler Aspekte)
- Formale Unterschiede (unter anderem völlig neue Kodierung der Störungen, einheitliche systematische und differenziertere Beschreibung der Störungen)
- Strukturelle Unterschiede (unter anderem neue Gesamtstruktur und Neugliederung des Kapitels zu den psychischen Störungen, mehr Sektionen zu psychischen Störungen, Ausgliederung in andere Kapitel, zum Beispiel Insomnie)
- Inhaltliche Unterschiede (unter anderem neue diagnostische Kategorien, Aufwertung einiger Kategorien, Revisionen bei einigen Störungen)

Hierdurch ändert sich zum Beispiel im Einzelfall die Schwelle zur Diagnosestellung; einige Diagnosen erhalten neu Schweregradeinteilun-

gen und/oder eine Beschreibung des psychosozialen Funktionsniveaus; in einigen Fällen werden neue Diagnosen (beispielsweise die komplexe posttraumatische Belastungsstörung, die körperdysmorphe Störung, das pathologische Horten, die Binge-Eating-Störung, die anhaltende Trauerstörung) eingeführt oder Störungen anderen Bereichen zugeordnet (beispielsweise die Transsexualität als «Geschlechtsinkongruenz» in neuer Rubrik unter «Probleme/Zustände im Bereich der sexuellen Gesundheit»). Besonders auffällig sind die Veränderungen bei den Persönlichkeitsstörungen in Bezug auf ICD-10 und DSM-5 (unter anderem Aufgabe der Subtypen, Einführung einer Schweregraduierung).

Weiterhin Orientierung an ICD-10

Die Autorinnen und Autoren des vorliegenden Artikels legen nachfolgend dar, weshalb sie von einer Übernahme von ICD-11 zum aktuellen Zeitpunkt mit einer Ausnahme abraten, bevor nicht ein Manual mit den «Klinischen Beschreibungen und diagnostischen Anforderungen» publiziert ist.

Gemäss bundesgerichtlicher Rechtsprechung in der Schweiz sind die Klassifikationssysteme grundsätzlich dazu bestimmt, «eine terminologische und inhaltliche Vereinheitlichung der Diagnosen herbeizuführen, um auf dieser



© Robert Ruggiero / Unsplash

Sollen Ärztinnen und Ärzte das Klassifikationssystem ICD-10 oder ICD-11 nutzen? Die FMH schenkt Orientierung.

Grundlage eine dem Stand der Wissenschaft entsprechende Untersuchung und Behandlung der Gesundheitsstörung zu ermöglichen» [7].

Das Bundesgericht macht zur diagnostischen Verwendung von ICD-11 noch keine konkreten Vorgaben. Gemäss bundesgerichtlicher Rechtsprechung muss die Diagnose aber «lege artis auf die Vorgaben eines anerkannten Klassifikationssystems abgestützt sein» [8]. Das Bundesgericht weist beispielhaft darauf hin, dass für die Einordnung chronischer Schmerzen neben den international gebräuchlichen Diagnosesystemen ICD-10 und dem Psychiatrie-spezifischen DSM-IV spezielle Verfahren zur Verfügung stehen würden [9]. Ein anerkanntes Diagnosesystem ist zu verwenden; da die Diagnose per se den Schweregrad der Leistungseinschränkung nicht definiert, spielen dabei angewandte System aber keine Rolle [10]. Bei der ICD-11 sieht das jedoch allenfalls anders aus [11], da hier die Funktionen bei Diagnosestellung und Beurteilung des Schweregrades bei vielen Störungen eine massgebliche Bedeutung haben.

Das Klassifikationssystem ICD-10 ist seit 2018 die Basis für die Tarifstruktur in der stationären psychiatrischen Leistungserbringung [12]. Das Abrechnungssystem «TARPSY» [13] für stationäre psychiatrische Leistungen mit seinen «Psychiatric Cost Groups» (PCGs) basiert auf der ICD-10. Auch diesbezüglich braucht es im Hinblick auf die Einführung der ICD-11 die entsprechenden Anpassungen.

Diagnosemanuale in der Psychiatrie

Die Diagnosesysteme ICD-10 und DSM-5 sind seit vielen Jahren etabliert, und es liegen auf

deren Grundlage auch verschiedene psychodiagnostische Instrumente vor. Es sollte weiterhin prinzipiell nach ICD-10 diagnostiziert und kodiert werden und nur in begründeten Fällen nach DSM-5; es sollte also kein «willkürlicher Wechsel» zwischen diesen beiden Diagnosesystemen vorgenommen werden [14]. Sinnvoll ist die diagnostische Einordnung nach DSM-5 beispielsweise dann, wenn dort etablierte psychodiagnostische Instrumente zur Verfügung

Psychiaterinnen und Psychiater sollten sich nach wie vor am Klassifikationssystem ICD-10 orientieren.

stehen (beispielsweise bei Persönlichkeitsstörungen, Posttraumatischer Belastungsstörung [PTBS] und so weiter) oder das DSM-5 dem aktuellen Forschungsstand besser entspricht als die ICD-10 (beispielsweise Somatoforme Störung versus Somatische Belastungsstörung, Autismus/Asperger versus Autismus-Spektrum-Störung, PTBS und so weiter). Im Rahmen einer Begutachtung sollte dies aus Gründen der Transparenz im Einzelfall auch klar so vermerkt werden.

Ausnahme «Komplexe PTBS»

Auf die Kodierung nach ICD-11 sollte – ausser in begründeten Ausnahmefällen – generell verzichtet werden bis die offizielle Übersetzung auf Deutsch sowie das Manual «Klinische Beschreibungen und diagnostische Anforderungen» in deutscher Sprache vorliegen.

«Warnhinweise» finden sich zudem bei allen auf der Homepage verfügbaren Leitlinien [15] in der Form «Unapproved pre-publication version, not for citation and distributions». Als einzige Ausnahme für die Psychiatrie macht aus Sicht der Autorinnen und Autoren die Diagnosestellung und Kodierung der «Komplexen PTBS» (kPTBS) nach ICD-11 in Einklang mit der Empfehlung der AWMF-Leitlinien zur psychiatrischen und psychosomatischen Begutachtung Sinn [16], da

- diese Diagnose weder nach ICD-10 noch nach DSM-5 gestellt werden kann.
- seit Jahren eine umfangreiche Literatur zu Diagnostik, Behandlung und Prognosebeurteilung für diese Störung vorliegt.
- aus Sicht der Autorinnen und Autoren die Persönlichkeitsänderung nach Extrembelastungen bei ICD-10 als «Ersatz» hierzu unkritisch verwendet wird und sie auch nicht operationalisiert ist.

Bei allen anderen psychischen Störungen raten die Autorinnen und Autoren vorerst davon ab, die ICD-11 zur Diagnostik und Kodierung zu verwenden; sie befürchten, dass es bei einer unkritischen, zu frühen Anwendung von ICD-11 in Diagnostik, Behandlung und Begutachtung zu einer «Sprachverwirrung», das heisst zu nomenklatorischen Missverständnissen kommt, und dass in der Folge aufgrund mangelnder Vergleichbarkeit eine Rechtsunsicherheit droht. Eine längerfristige Umstellung auf ICD-11 wird auch eine entsprechende Anpassung der Tarifstruktur für den stationären Psychiatriebereich «TARPSY» erfordern. Auch SwissDRG, das Vergütungssystem für die stationäre Akutsomatik, wird entsprechend umgestellt werden müssen, was einen hohen administrativen Aufwand verursachen dürfte. Dies gilt aus Sicht der Autorinnen und Autoren auch für eine bereits auf Französisch vorliegende Version der WHO [17].

Korrespondenz

iris.herzog[at]fjmh.ch



Literatur

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

Personalien

Todesfälle / Décès / Decessi

André Scheel (1948), † 20.10.2022, Facharzt für Medizinische Onkologie und Facharzt für Allgemeine Innere Medizin, 5722 Gränichen
Franz Xaver Lee (1934), † 11.12.2022, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin, 5222 Umiken
Hanni Fricker-Alder (1927), † 12.12.2022, Fachärztin für Pathologie, 5000 Aarau
Georg Hermann Müller (1932), † 19.12.2022, 9000 St. Gallen
Hans-Jörg Senn (1934), † 13.1.2023, Facharzt für Hämatologie und Facharzt für Allgemeine Innere Medizin, 9402 Mörschwil
Rolf Krieger (1950), † 10.2.2023, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin, 6403 Küsnacht am Rigi

Ärztegesellschaft des Kantons Bern Ärztlicher Bezirksverein Bern Regio

Zur Aufnahme als ordentliche Mitglieder haben sich angemeldet:

Isabel Charlotte Keller, Fachärztin für Neurologie, FMH, Neurozentrum Bern, Schänzlistrasse 45, 3013 Bern
Seyed Morteza Seyed Jafari, Facharzt für Dermatologie und Venerologie, Inselspital Bern, Freiburgstrasse 34, 3010 Bern

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

Ärztegesellschaft des Kantons Luzern

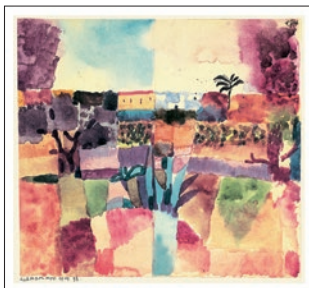
Zur Aufnahme in unsere Gesellschaft Sektion Stadt hat sich gemeldet:

Sebastian Barth, Praktischer Arzt, FMH, Sanacare Gruppenpraxis, Löwencent, Zürichstrasse 9, 6004 Luzern

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

Anzeige

Paul Klee und August Macke – Kunstdrucke



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



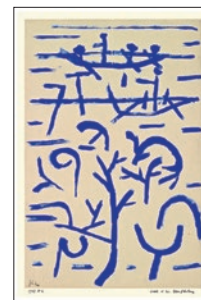
Paul Klee
SECHS ARTEN
1930
Blattformat: 67 x 49 cm
CHF 125.–



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



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



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

Ihre Bestellmöglichkeiten:

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

Psyche der Jugend in der Krise

Psychische Gesundheit Während Kinder, Jugendliche und junge Erwachsene kaum von schweren Krankheitsverläufen und langfristigen Auswirkungen einer COVID-19-Erkrankung betroffen sind, machte sich die Pandemie jedoch bei vielen mit einer erhöhten psychischen Belastung bemerkbar.

Désirée Stocker^a, Jolanda Jäggi^b, France Genin^c, Lea Pucci-Meier^d

^a Dr. phil. hum., Geschäftsführerin B & A // // // Beratungen und Analysen GmbH; ^b lic. phil. hist., wissenschaftliche Mitarbeiterin Büro für arbeits- und sozialpolitische Studien BASS; ^c MA., Stv. Projektleiterin Psychische Gesundheit und Suizidprävention Bundesamt für Gesundheit; ^d Dr., Projektleiterin Psychische Gesundheit Bundesamt für Gesundheit

Das Bundesamt für Gesundheit (BAG) führt seit Beginn der COVID-19-Pandemie im Frühjahr 2020 ein Monitoring zu den Auswirkungen auf die psychische Gesundheit der Schweizer Bevölkerung [1–3]. Während sich die physischen Auswirkungen der COVID-19-Pandemie insbesondere bei älteren Menschen zeigten, machten sich die psychischen Belastungen gemäss den verfügbaren Daten insbesondere bei der jüngsten Altersgruppe bemerkbar. Kinder, Jugendliche und junge Erwachsene befinden sich in entwicklungspsychologischer Hinsicht in einer sensiblen und prägenden Lebensphase. Sie sind daher besonders vulnerabel für psychische Folgen der Pandemie. Wie sich diese effektiv zeigten, wird nachfolgend erörtert (zu den Resultaten des Monitoring-Berichts siehe Kasten).

Höhere Belastung im Verlauf

In Abbildung 1 zeigt sich der Anteil der psychisch hoch belasteten Bevölkerungsanteile nach Altersgruppen gemäss Covid-19 Social Monitor, einer seit Start der Pandemie laufenden Panel-Bevölkerungsbefragung [4]. In allen

In allen Altersgruppen ist zu beobachten, dass sich das psychische Befinden parallel zum Pandemieverlauf entwickelt.

Altersgruppen ist zu beobachten, dass sich das psychische Befinden parallel zum Pandemieverlauf entwickelt, das heisst in Phasen hoher

Infektions- und Sterblichkeitsraten sowie verschärfter Massnahmen steigt der Anteil der psychisch stark belasteten Personen, während die Lockerung der Massnahmen und rückläufigen Fallzahlen auch auf psychischer Ebene Entspannung bringen.

In allen Phasen ist der Anteil psychisch stark belasteter Personen bei den jungen Erwachsenen im Alter von 18 bis 29 Jahren am höchsten (Bandbreite von 8–17%). Junge Frauen sind dabei tendenziell höher belastet als junge Männer (in der Abbildung nicht dargestellt). Während im Covid-19 Social Monitor ausschliesslich Personen ab 18 Jahren befragt wurden, zeigen Verlaufsdaten von Kindern von 5 bis 11 Jahren im ersten Pandemiejahr 2020 ebenfalls Schwankungen in der Lebensqualität parallel zum Pandemieverlauf [5].

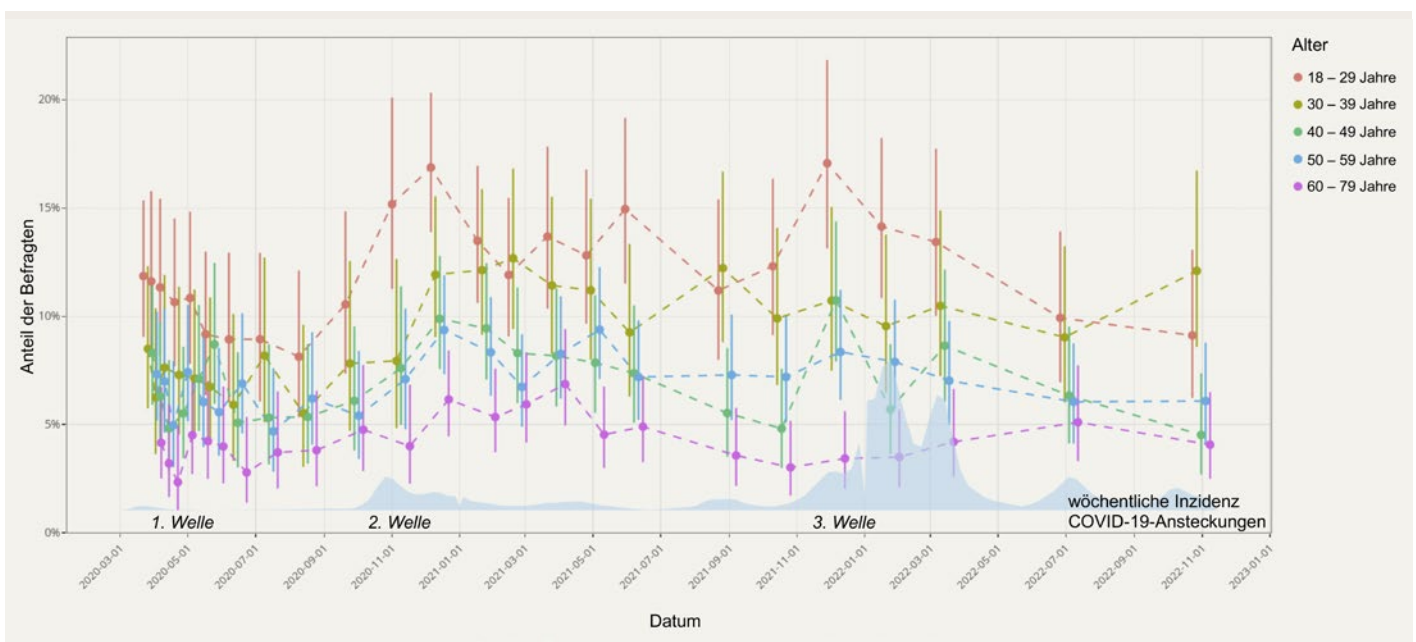


Abbildung 1: Stark erhöhte psychische Belastung in den letzten sieben Tagen (basierend auf Mental Health Inventory (MHI-5)-Wert [6]; Schätzer und 95% Konfidenzintervall) [4].



Die Pandemie hat ihre Spuren in der Psyche junger Menschen hinterlassen.

Dritter Monitoring-Bericht zu den psychischen Auswirkungen der COVID-19-Pandemie

Das Update des Monitoring-Berichts im Auftrag des BAG [3] zeigt, dass ein Grossteil der Schweizer Bevölkerung insgesamt gut durch die COVID-19-Pandemie gekommen ist. Bei einem gewissen Bevölkerungsanteil zeigten sich zwar parallel zu den Pandemiewellen durchaus erhöhte Belastungen im Bereich der psychischen Gesundheit. Die zweite sowie nachfolgende Pandemiewellen wurden dabei deutlich stärker negativ wahrgenommen als die erste Welle. Mit dem Abflachen der Pandemie und der Lockerung der Massnahmen gingen die Belastungen jedoch mehrheitlich wieder zurück.

Wie schon die bisherigen Übersichtsstudien [1, 2] zeigt allerdings auch der dritte Monitoring-Bericht, dass gewisse Bevölke-

rungsgruppen öfter von einer Verschlechterung der psychischen Gesundheit betroffen waren und ihre Belastungsniveaus zwischen den Pandemiewellen (in Phasen der Entspannung) tendenziell weniger stark zurückgingen. Neben Kindern, Jugendlichen und jungen Erwachsenen sind dies Frauen, Alleinlebende, Menschen in prekären finanziellen Verhältnissen oder Personen mit psychischen oder körperlichen Vorerkrankungen. Inwiefern die Pandemie mittel- oder längerfristig zu einem Anstieg klinisch relevanter psychischer Belastungen geführt hat, lässt sich allerdings zum heutigen Zeitpunkt aufgrund fehlender Daten noch nicht abschliessend beurteilen.

Unterschiedliche Reaktionsmuster

Empirische Studien aus der Schweiz beleuchten diverse Aspekte der psychischen Situation der jungen Generation. Da Peer-Review-Prozesse einige Zeit in Anspruch nehmen, sind primär die Auswirkungen des ersten Pandemiejahres 2020 breit untersucht. Grundsätzlich zeigen die bestehenden Ergebnisse, dass es – analog zur Allgemeinbevölkerung – kein einheitliches Reaktionsmuster auf die Krise gibt. So wurde etwa der erste Lockdown mit den Schulschliessungen nicht durchwegs negativ erlebt, sondern führte bei gewissen Jugendlichen sogar zu einer Verbesserung des Wohlbefindens, weniger Stress, erhöhter Resilienz, längerer Schlafdauer, einem geringeren Alkohol- und Drogenkonsum sowie weniger Cyberbullying [7–12].

Der erste Lockdown wurde nicht durchwegs negativ erlebt, sondern führte bei gewissen Jugendlichen sogar zu einer Verbesserung des Wohlbefindens.

Was negative Veränderungen anbelangt, berichten Studien unter anderem über eine Verschlechterung der psychischen Gesundheit allgemein, erhöhtes Stressempfinden, Ärger, depressive Gefühle, Angstsymptome, Konzentrationsstörungen sowie gehäuft auftretende klinisch relevante Störungsbilder (Depressivität, Angststörungen, ADHS, oppositionell-aggressi-

ves Verhalten) [9, 13–19]. Bei jüngeren Kindern äussern sich psychische Belastungen grundsätzlich – und auch während der Pandemie – eher

Ein wichtiger Einflussfaktor auf die psychische Gesundheit von Kindern und Jugendlichen ist die familiäre Situation.

in Form verhaltensbezogener Probleme (zum Beispiel oppositionell-aggressives Verhalten), bei älteren Kindern und ab der Adoleszenz eher auf emotionaler Ebene (Angst, Depressivität) [9, 20]. Bei jungen Erwachsenen, welche sich an kritischen Lebensübergängen befinden (Einstieg ins Berufsleben / ins Studium, Abnabelung vom Elternhaus etc.) scheinen die negativen Auswirkungen deutlicher ausgeprägt als bei jüngeren Altersgruppen [26, 27].

Risiko- und Schutzfaktoren

Gründe für die erhöhte Belastung von Kindern und Jugendlichen in der Pandemie sind unter anderem eingeschränkte körperliche Aktivitäten, fehlende Routinen durch Veränderungen in der Beschulung, das Fehlen der für die Sozialisation und Identitätsbildung wichtigen Peer-Kontakte, die Unsicherheit über die eigene Zukunft, Sorge um die Gesundheit von Nahestehenden, belastete familiäre Systeme, innerfamiliäre Konflikte oder häusliche Gewalt [21, 22]. Bestimmte Subgruppen von Kindern, Jugendlichen und jungen Erwachsenen weisen

höhere Risiken für eine Verschlechterung der psychischen Gesundheit auf. Relativ konsistent ist die Evidenzlage zum Einfluss soziodemografischer Vulnerabilitätsfaktoren (weibliches

Es gibt erste Hinweise, dass die psychische Belastung nach der zweiten Pandemiewelle auf höherem Niveau stagniert ist.

Geschlecht, tiefer sozioökonomischer Status und Migrationshintergrund) [16, 23–25]. Auch Kinder und Jugendliche mit vorbestehenden psychischen Problemen sind in der Pandemie häufiger betroffen [7].

Ein wichtiger Einflussfaktor auf die psychische Gesundheit von Kindern und Jugendlichen ist die familiäre Situation: Nebst sozioökonomischen Merkmalen (geringe finanzielle Ressourcen, Arbeitslosigkeit, Einelternfamilien) spielen auch das Familienklima (innerfamiliäre Konflikte), das psychische Wohlbefinden und die Stressresilienz der Eltern sowie das soziale Netz der Familie eine entscheidende Rolle [20, 21, 25, 28–35]. Mehrere Studien belegen ausserdem Zusammenhänge zwischen psychologischen Merkmalen (Stresswahrnehmung, Bewältigungsstrategien, Resilienz) sowie gesundheitsbezogenen Verhaltensweisen (Mediennutzung, Schlafdauer, körperliche Aktivität) und der Entwicklung der psychischen Gesundheit während der Pandemie.

Die Wahrnehmung von positiven Aspekten der Krise, die Akzeptanz der Situation, Bewegung im Freien und eine längere Schlafdauer wirken als Schutzfaktoren für die psychische Gesundheit, während eine erhöhte Nutzung (sozialer) Medien und ungünstige Bewältigungsstrategien wie Alkoholkonsum oder Vermeidungsverhalten eher mit psychischer Belastung assoziiert sind [28, 31, 36–40]. Was die Nutzung sozialer Medien betrifft, gibt es allerdings sowohl negative als auch positive Wirkungsrichtungen [39]. Werden soziale Medien nicht primär als passive Bewältigungsstrategie, sondern zur Pflege von Freundschaften und Kontakten genutzt, zeigen sich gemäss internationaler Forschung auch positive Effekte [41].

Hinweise auf erhöhte Suizidalität

Während die verfügbaren Daten darauf hinweisen, dass in der erwachsenen Allgemeinbevölkerung der Schweiz bis Ende 2021 tendenziell kein Anstieg von Suiziden, Suizidversuchen, selbstverletzendem Verhalten und Suizidgedanken zu verzeichnen war [3], zeigt sich bei Kindern und Jugendlichen ein anderes Bild. So wurden bei Mädchen und jungen Frauen unter 20 Jahren 17 Suizide im Jahr 2020 ge-

Organisationen

zählt, gegenüber 6 im Vorjahr und 7 im Durchschnitt der Jahre 2010–2019 [42]. Schwankungen dieser Grössenordnung über die Zeit sind vor dem Hintergrund der – aus statistischer Sicht – kleinen Fallzahlen für sich genommen jedoch nicht eindeutig interpretierbar.

Eine grössere Datenbasis steht bei Tox Info Suisse zu Beratungen zu Suizidversuchen im Zusammenhang mit Vergiftungen zur Verfügung. Hier zeigte sich bei Kindern und Jugendlichen bis 18 Jahre im zweiten Pandemiejahr 2021 ein Anstieg der Fallzahlen um 70% gegenüber dem Schnitt der Jahre 2016 bis 2020. Besonders betroffen ist die Gruppe der 13- bis 17-Jährigen, Mädchen nahezu fünfmal häufiger als Jungen [43]. In den Nutzungsdaten des Beratungsangebots 147.ch für Kinder und Jugendliche ist das Thema Suizidgedanken bereits seit 2018 das häufigste Thema bei Beratungen. In den Jahren vor der Pandemie und auch im ersten Pandemiejahr ging es in 8 bis 9% der Beratungen um Suizidgedanken. In den Jahren 2021 und 2022 hat sich der Anteil auf 12% erhöht [3]. Auch einzelne kinder- und jugendpsychiatrische Dienste sowie erste Auswertungen der Medizinischen Statistik der Krankenhäuser zeigen seit Beginn der zweiten Pandemiewelle im Herbst 2020 eine erhöhte Behandlungsnachfrage in Zusammenhang mit ernsthaften psychischen Krisen und Suizidalität, insbesondere bei jungen Frauen [22, 44, 45].

Es stellt sich die Frage, inwiefern die in der Kinder- und Jugendpsychiatrie bereits seit längerem bestehende Unterversorgung [46] neben den durch die COVID-19-Pandemie erlebten Belastungen zusätzlich noch dazu beiträgt, dass Kinder und Jugendliche mit Behandlungsbedarf nicht

Die Massnahmen zur Eindämmung des Virus scheinen die jüngeren stärker getroffen zu haben als ältere Generationen.

unmittelbar die notwendige Behandlung erhalten und sich deshalb Suizidgedanken einstellen oder ein Suizidversuch unternommen wird.

Erste Forschungsergebnisse zur Situation von Jugendlichen im weiteren Verlauf der Pandemie weisen darauf hin, dass sich das Wohlbefinden, die Lebenszufriedenheit wie auch klinisch relevante depressive Symptome nach der zweiten Pandemiewelle nicht mehr im selben Masse erholen und die psychische Belastung auf höherem Niveau stagniert [17, 27, 31, 47].

Persönliche Ressourcen stärken

In der Schweiz mangelt es an epidemiologisch aussagekräftigen Prävalenzdaten zu psychi-

schen Erkrankungen und Auffälligkeiten bei Kindern, Jugendlichen und jungen Erwachsenen. Wie in anderen Ländern gibt es jedoch auch in der Schweiz gemäss Bevölkerungsbefragungen sowie Zahlen zur Inanspruchnahme psychiatrisch-psychotherapeutischer Behandlungen Hinweise auf eine Zunahme des Stressempfindens und psychischer Beschwerden bereits vor der Pandemie [48, 49].

Die Ergebnisse des BAG-Monitorings geben Hinweise auf eine Verstärkung dieser Tendenz während der Pandemie und bestätigen die erhöhte Verletzlichkeit von Kindern, Jugendlichen und jungen Erwachsenen, was ihre psychische Entwicklung anbelangt, auch wenn es aufgrund der Evidenzlage – methodische Heterogenität, Mangel an Vergleichsdaten zum Zeitraum vor der Pandemie, kaum Informationen zu den späteren Phasen der Pandemie – schwierig ist, das Ausmass der psychischen Gesundheitsfolgen eindeutig zu bestimmen [50]. Die Massnahmen zur Eindämmung des Virus, insbesondere die Beschränkung der sozialen Kontakte, scheinen die jüngeren Generationen in ihrer Alltags- und Lebensgestaltung sowie in ihrem psychischen Wohlbefinden insgesamt stärker getroffen zu haben als ältere Generationen.

Vor diesem Hintergrund und angesichts der noch unsicheren Entwicklung der Pandemie und den allfälligen Auswirkungen weiterer Krisen auf das Leben und den Alltag der Bevölkerung in der Schweiz erscheinen Massnahmen und Angebote zur Stärkung persönlicher und sozialer Ressourcen, im Bereich der niederschweligen Information und Beratung, in der Suizidprävention und insbesondere der psychiatrisch-psychotherapeutischen Versorgung für Kinder, Jugendliche und junge Erwachsene zentral.

Positiv stimmt, dass gemäss Einschätzung von Expertinnen und Experten die COVID-19-Pandemie dazu beigetragen hat, dass in der Gesellschaft und Öffentlichkeit vermehrt und offener über das Thema psychische Gesundheit gesprochen wird [2, 3].

Korrespondenz

desiree.stocker[at]b-und-a.ch



Literatur

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

SWISS MEDICAL FORUM

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



944

Wenig Lebenszeit mit möglichst viel Lebensqualität

Palliative Care Mit den Erfolgen der hoch spezialisierten Medizin sind Kinder mit lebensverkürzender Krankheit aus dem Blickfeld der Gesundheitsversorgung gefallen. Dies hat auch Konsequenzen für die Pädiatrische Palliative Care in der Schweiz. Eine vulnerable Gruppe ist aufgrund ihrer abnehmenden Sichtbarkeit noch vulnerabler geworden.

Jürg C. Streuli, Eva Bergsträsser



948

Akkreditierung von Neonatologien in der Schweiz

Schlaglicht Das «Committee for Accreditation of Neonatal Units» in der Schweiz wurde 2010 durch die Schweizerische Gesellschaft für Neonatologie ins Leben gerufen und hatte als oberstes Ziel, die ausgezeichnete Qualität der Patientenbetreuung in den Neonatologie-Abteilungen in der Schweiz sicherzustellen.

Philipp Meyer



950

Livedo racemosa als Manifestation eines Antiphospholipid-Syndroms

Systemische Relevanz Eine 57-jährige Patientin wurde mit ausgedehnter Livedo racemosa an den unteren Extremitäten und im Wangenbereich vorgestellt. B-Symptomatik sowie artikuläre oder neurologische Symptomatik fehlten.

Andrea Röthlin, Claudia Buser

Journal Club

Kurz und bündig

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

Wissenschaftliche Redaktion Swiss Medical Forum

Praxisrelevant

Vorsicht: Tuberkulose-Ansteckung durch Material oder Wunden

Im Jahre 2021 wurde in den USA das Knochenmaterial eines 80j. Mannes auf 133 Empfänger übertragen. Unbekannt war, dass der

Verstorbene an Tuberkulose (TB) litt. Die allogene Knochentransplantation führte bei 83 Empfängern zu einer TB an der Implantationsstelle [1]. In der Folge wurden 4884 Personen untersucht, welche mit der Aufarbeitung, Verteilung und Implantation des

infizierten Knochenmaterials zu tun hatten oder in der Pflege der 83 Patienten beschäftigt waren [2]: 73 (1.5%) Mitarbeiter, die alle (ein Monat bis fünf Jahre) zuvor im TB-Screening negativ waren, zeigten einen positiven Haut- oder γ -Interferon-Test. Die Thorax-Röntgenbilder der 73 Personen zeigten keine Infiltrate, was bedeutet, dass sie sich neu infiziert hatten, ohne dass einer erkrankt war (latente TB). Die Übertragungen wurden wie folgt lokalisiert: Aufbereitungsabteilungen (3), Operationssäle (9), Postoperationseinheiten (4), Pflegestationen und Langzeitpflegestationen (35). Bei den verbleibenden 22 war die Zuteilung nicht sicher möglich. Wie die Mykobakterien bei der Aufbereitung des Spenderknochens, Spülen von Patientewunden oder Waschen von kontaminierten chirurgischen Operationsgeräten übertragen wurden, ist nicht geklärt. Am wahrscheinlichsten verursachte eine Aerosolisierung die Transmission. Auch wenn der Beweis in dieser Arbeit letztlich fehlt, dass die Ansteckungen vom Spendermaterial stammen und die Übertragungsrate geringer als bei engem Kontakt mit Lungen-TB Erkrankten ist, hebt sie den Mahnfinger: Eine Übertragung von *Mycobacterium tuberculosis* findet auch bei extrapulmonaler Tuberkulose und mit TB-kontaminiertem Material statt. Es lohnt sich, auch bei diesen Kontakten die Hygiene-Prinzipien einzuhalten.

1 Lancet Infect Dis. 2022, doi.org/10.1016/S1473-3099(22)00425-X.

2 Clin Infect Dis. 2023, doi.org/10.1093/cid/ciad029. Verfasst am 10.2.2023_MK.

Fokus auf...

Die obere Sprunggelenks- (OSG) Distorsion

- Die OSG-Distorsion gehört zu den häufigsten Sportverletzungen. Schätzungsweise 80% in der Bevölkerung erleiden einmal im Leben eine OSG-Distorsion. Die meisten davon werden in der Hausarztpraxis versorgt.
- Die OSG-Distorsion entsteht meist durch eine Kombination plötzlicher Flexion, Adduktion und Inversion des Fusses. Durch dieses Supinationstrauma werden die lateralen Bänder überdehnt; in ca. 1/10 der Fälle kommt es zu einer teilweisen oder vollständigen Ruptur. Bei komplexeren Trauma-Mechanismen können auch die medialen Bänder betroffen sein.
- Meist präsentiert sich die verletzte Person mit Schmerzen, Schwellung und Hämatom im Bereich des Malleolus lateralis. Bei Rupturen kann der Fuss nicht mehr belastet werden.
- Nach der Beweglichkeitsprüfung (Flexion/Extension/Inversion) wird die Region des medialen und lateralen Bandapparats palpirt, um die Bandläsion zu lokalisieren. Die proximale Fibula sollte auch palpirt werden (Maisonnette-Fraktur bei Pronationstrauma).
- Ein Röntgenbild wird dann empfohlen, wenn der Fuss nicht mehr belastet werden kann. Auch Druckschmerzpunkte am Malleolus medialis und lateralis, am Os naviculare und an der Basis des Os metatarsale V sind Indikationen für ein Röntgenbild [1]. Die Aufnahmen werden im anterior/posterioren und seitlichen Strahlengang gemacht; gehaltene Aufnahmen sind im Akutstadium obsolet.
- Initiale Therapie: Ruhigstellung (2–10 Tage, je nach Schwere des Traumas), Kühlung, Kompression mit elastischer Binde und Hochlagern. Analgesie mit NSAR, gleich analgetisch wirksam sind auch Paracetamol und Opioiden [2].
- Längere Immobilisation verschlechtert die Prognose [2]. Deshalb ist die rasche Mobilisation in einer OSG-Orthese für 4–6 Wochen heute Standard. Die Belastung erfolgt nach Beschwerden. Physiotherapeutische Lymphdrainage ist bei hartnäckiger Schwellung hilfreich.
- Eine chirurgisch-orthopädische Konsultation ist bei schweren Verletzungen mit Knochenbeteiligung und Bandrupturen, anderen Zusatzverletzungen und bei chronischer OSG-Instabilität sinnvoll.

1 BMJ. 2003, doi.org/10.1136/bmj.326.7386.417.

2 Front Med. 2022, doi.org/10.3389/fmed.2022.868474.

Verfasst am 12.2.2023_MK.

Arsenal der Osteoporose-Therapie

Rund 20% der Schweizer Frauen >50 Jahre (und ca. 7% der Männer) entwickeln eine Osteoporose. Eine systematische Übersichtsarbeit aus den USA [1] vergleicht die verschiedenen Behandlungsoptionen hinsichtlich Wirksamkeit zur Prävention von Frakturen und dem Auftreten unerwünschter Wirkungen. Inkludiert wurden insgesamt 136 Arbeiten, davon 34 randomisiert-kontrollierte Studien und 36 Beobachtungsstudien. Eine

signifikante Reduktion von Frakturen fand sich unter Bisphosphonaten und dem RANKL-Inhibitor Denosumab. Eine längere Therapiedauer erhöhte das Risiko für Kiefernekrosen und atypische Femurfrakturen – wobei dies insgesamt seltene Ereignisse waren. Das Parathormon-Analogon Teriparatid reduzierte das Frakturrisiko ebenfalls, wurde aber aufgrund von Nebenwirkungen (Nausea) häufiger abgesetzt. Selektive Östrogenrezeptormodulatoren (Raloxifen) reduzierten v.a. die Inzidenz von Wirbelfrakturen.

Problematisch ist die Tatsache, dass die Dauer der analysierten Studien bei <5 Jahren lag. Während eine antiresorptive Therapie das Frakturrisiko mittelfristig reduziert, führt eine längerfristige Hemmung des physiologischen Knochenmetabolismus zu einer hypermineralisierten, spröden Knochenstruktur und damit vermutlich wieder zu einem höheren Frakturrisiko [2]. Hier wird es also Studien mit längerer Therapiedauer und einem Fokus auf sequenzielle Behandlungsansätze brauchen. Die Daten im besprochenen Artikel weisen darauf hin, dass eine Therapie mit dem Sclerostin-Inhibitor Romosozumab, gefolgt vom Bisphosphonat Alendronat und dem Parathormon-Analog Teriparatid wesentlich wirksamer ist als eine alleinige Bisphosphonat-Therapie.

1 Ann Intern Med. 2023, doi.org/10.7326/M22-0684.

2 Ann Intern Med. 2023, doi.org/10.7326/M22-3580.

Verfasst am 12.2.23_HU.

Auch noch aufgefallen

Unsicherheit in unserem Berufsalltag

In einem Editorial des «Green Journal» erinnert D. Lichtstein an ein wichtiges Prinzip, welches er uns Ärzten zu beherzigen empfiehlt. Nämlich die Anerkennung, dass wir in unserem Berufsalltag von Unsicherheit begleitet sind, sei es bei Diagnosestellung, Therapiewahl oder Prognoseeinschätzung.

Der Patient nimmt diese Regungen bei uns wohl meistens nicht wahr und glaubt, die gestellte Diagnose ist «sicher» und die Therapie «richtig». Zudem glauben wir Ärzte, der Patient darf unsere Unsicherheiten nicht erkennen, da sonst unsere Glaubwürdigkeit auf dem Spiel steht.

Darf der Patient die Unsicherheit des Arztes wahrnehmen? Seine Antwort ist klar: das Verbergen von Unsicherheit führt zu noch mehr Belastung und Stress. Der erste Schritt: Wahrnehmen, dass ich unsicher und vielleicht sogar überfordert bin. Erst dies ermöglicht und erleichtert die nächste Aktion: Diskussion mit KollegInnen und/oder: Aktives Einbinden des Patienten in Überlegungen und Entscheidungen und dadurch Suche einer Patienten-orientierten/basierten Lösung.

Immer noch lesenswert



© Kampus Production / Pexels

Ellbogen im Einsatz: Zum Ohrenverschliessen, aber auch Schubsen.

Schlafapnoe: Wenn der Ellbogen diagnostisch ist...

Eine obstruktive Schlafapnoe ist ein Risikofaktor für verschiedene kardiovaskuläre Folgekrankheiten und geht, wenn symptomatisch, mit deutlicher Einschränkung der Lebensqualität – Tagesmüdigkeit, Einschlafneigung, Unfallgefahr – einher.

Wie diese kleine, prospektiv durchgeführte Studie zeigte, lässt sich mit gezielter Anamnese und zwei einfachen Fragen der positive Prädiktionswert für eine obstruktive Schlafapnoe signifikant erhöhen: Does your bed partner ever poke or elbow you 1) because you are snoring? und 2) because you stopped breathing?

Wurde eine der beiden Fragen mit ja beantwortet, so stieg die Vortestwahrscheinlichkeit für einen pathologischen Apnoe/Hypopnoe-Index ($\geq 5/h$) deutlich an.

Der Zusammenhang dieses «kubitalen Schubsers» und dem Vorliegen von Atempausen ist insbesondere im Kollektiv der adipösen Männer (BMI >31) eindrücklich: Ein positives Ellbogen-Zeichen ist in dieser Konstellation praktisch diagnostisch für das Vorliegen einer obstruktiven Schlafapnoe (Spezifität $>96\%$). Zum Screening bei Verdacht auf eine obstruktive Schlafapnoe lohnt es sich deshalb, gezielt nach dem Ellbogen-Schubser im Kontext von Schnarchen und Atempausen zu fragen.

Chest. 2014, doi.org/10.1378/chest.13-1046.

Verfasst am 10.2.23_HU.

Und seine praktischen Tipps, die wir wohl selbst immer wieder anwenden: 1) den Patienten instruieren sich zu melden, wenn es nicht besser oder schlechter wird; 2) am nächsten Tag eine Telefonkonsultation einplanen; 3) die nächste Konsultation zeitnah abmachen; 4) sich Zeit nehmen, um über die Krankheit zu lesen und zu recherchieren (Fallberichte, neue Therapien).

Lichtstein ist überzeugt, dass diese Strategie das Vertrauen in der Arzt-Patienten-Beziehung stärkt und uns besser vor Überlastung und Burnout schützt.

Am J Med. 2023, doi.org/10.1016/j.amjmed.2022.12.018. Verfasst am 10.2.2023_MK.

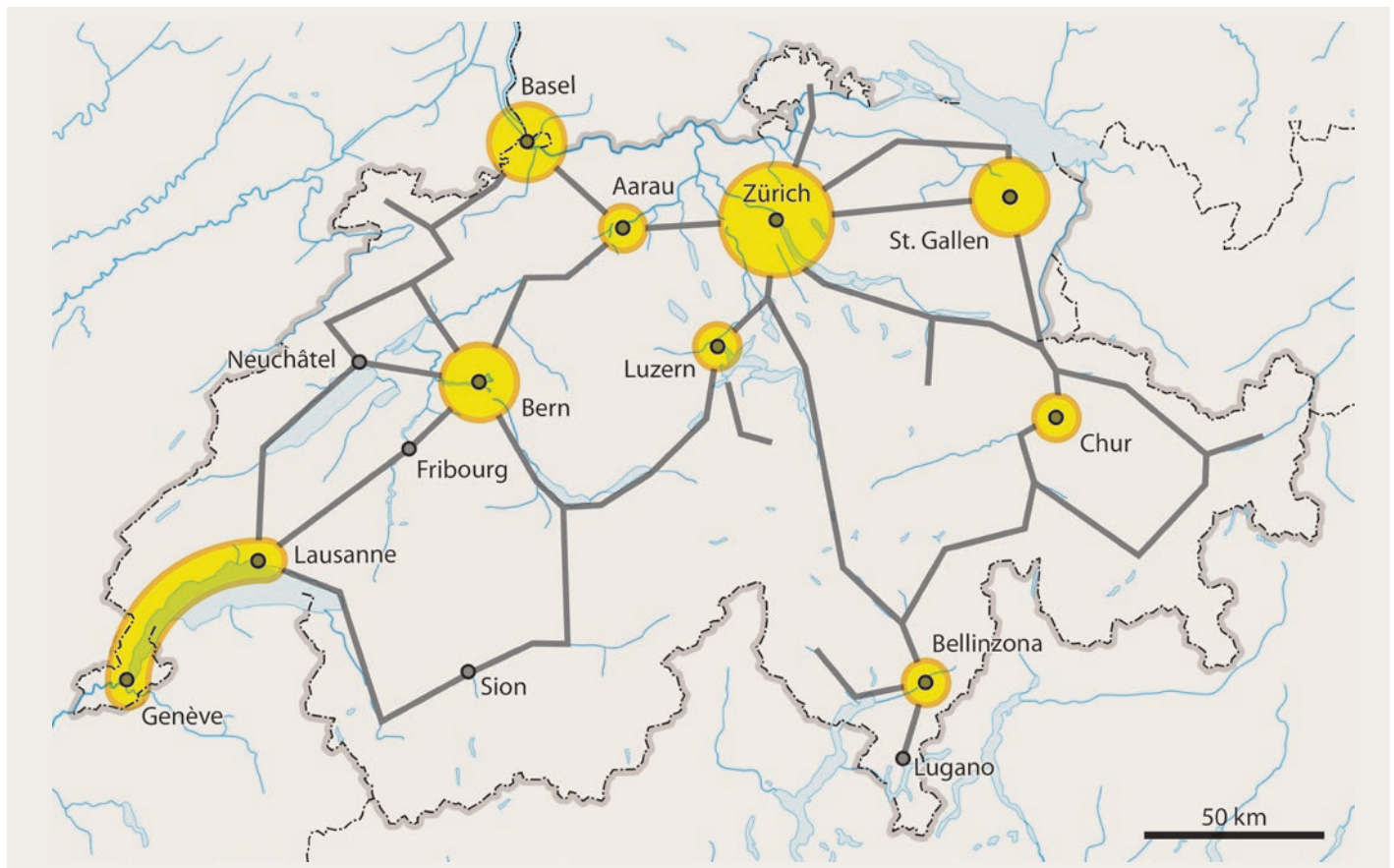


Abbildung 1: Bestehende und im Aufbau befindliche Knotenpunkte für Pädiatrische Palliative Care (PPC) in der Schweiz.

Palliative Care für Kinder und Jugendliche

Wenig Lebenszeit mit möglichst viel Lebensqualität

Mit den Erfolgen der hoch spezialisierten Medizin sind Kinder mit lebensverkürzender Krankheit aus dem Blickfeld der Gesundheitsversorgung gefallen. Dies hat auch Konsequenzen für die Pädiatrische Palliative Care in der Schweiz. Eine vulnerable Gruppe ist aufgrund ihrer abnehmenden Sichtbarkeit noch vulnerabler geworden.

PD Dr. med. Dr. sc. med. Jürg C. Streuli^a; PD Dr. med. Eva Bergsträsser, MSc^b

^a idS Palliativmedizin, Pädiatrisches Advanced Care Team, Ostschweizer Kinderspital, St. Gallen

^b idS Palliativmedizin, Kompetenzzentrum Pädiatrische Palliative Care, Universitäts-Kinderspital Zürich, Zürich

Einleitung

In der Schweiz sterben nur wenige Kinder vor dem Erreichen des Erwachsenenalters. Dies ist ein erfreuliches Zeichen für die Wirksamkeit von Präventionsmassnahmen wie Impfungen, von Wohlstand und von Therapiemöglichkeiten für zahlreiche Krankheiten [1]. Gleichzeitig wurde der Tod in der Kindheit zu einem Tabu-Thema und steht heute nicht selten synonym für ein Versagen aller medizinischen und familiären Anstrengungen.

Damit wird eine vulnerable Gruppe noch verletzlicher. Vor lauter Anstrengungen, gegen den Tod zu kämpfen, können Sinn, Lebensqualität und die dazu nötigen Ressourcen in den betroffenen Familien und im Gesundheitswesen in Vergessenheit geraten. So fehlen in der Schweiz derzeit flächendeckende Ressourcen, die es einem Kind und seiner Familie ermöglichen, wenig Lebenszeit mit viel Lebensqualität zu füllen [2].

Hier setzt die Pädiatrische Palliative Care (PPC) an. Anders als in der Palliative Care für Erwachsene geht es bei PPC oftmals nur sehr entfernt um das Lebensende. Im Vordergrund stehen das Leben und die Lebensqualität, häufig unter den besonderen Umständen einer komplex-chronischen Erkrankung mit eingeschränkter Lebenserwartung [3, 4].

Derzeit leben gemäss Hochrechnungen aus England in der Schweiz mindestens 5000 Kinder (0–18 Jahre) mit einer potenziell lebensverkürzenden Krankheit, und 500 Kinder pro Jahr sterben vor Erreichen des Erwachsenenalters.

Im Folgenden möchten wir die Aufmerksamkeit auf diese oft vernachlässigte vulnerable Gruppe richten. Wir zeigen auf, was ein umfassendes Angebot für diese Kinder und Familien beinhaltet, und wie aus unserer Sicht die WZW-Kriterien (Wirksamkeit, Zweckmässigkeit und Wirtschaftlichkeit) durch die nachhaltige Finanzierung einer umfassenden PPC erfüllt werden können.

Was ist besonders bei der Palliative Care von Kindern?

Kinder sind keine kleinen Erwachsenen [5]. Was einleuchtend klingt, stellt das Gesundheitswesen vor grosse Anforderungen mit der Folge, dass Kinderspitäler grundsätzlich unterfinanziert sind [6].

Im Kindesalter besteht ein grosses Spektrum an seltenen Diagnosen mit oftmals hoher diagnostischer und prognostischer Unsicherheit bei gleichzeitig hoher Therapie- und Betreuungsintensität und anhaltender Hoffnung auf Heilung oder Stabilisierung. Dies bedingt einen kontinuierlich hohen Gesprächs- und Unterstützungsbedarf der ganzen Familie in einem Spannungsverhältnis zwischen Hoff-

nung und Trauer. Kurative oder zumindest lebensverlängernde Therapien der hoch spezialisierten Medizin gehen dabei über lange Zeit Hand in Hand mit Massnahmen zur Förderung der Lebensqualität, beispielsweise Hausbesuche und Erreichbarkeit rund um die Uhr durch ein spezialisiertes Team, das das Kind und die Familie kennt. Das schwerkranke Kind mit seinen sehr individuellen Bedürfnissen an Schutz, Förderung und Partizipation und seiner Einbettung in das dazugehörige Familiensystem stellt enorme Anforderungen an ein Netzwerk von Grundversorgern, Kinder- und Spitex-Einrichtungen, Freiwilligen, Spitalstrukturen und der spezialisierten PPC. Der Personal- und Ressourcenaufwand sind dementsprechend sehr hoch und die nötigen Strukturen für ein flächendeckendes Angebot fehlen in den meisten Kantonen bis heute.

Die Situation in der Schweiz

Die «Nationale Strategie Palliative Care» (2010–2015) hat in den Bereichen «Versorgung», «Finanzierung», «Sensibilisierung», «Bildung», «Forschung» und «Freiwilligenarbeit» ein breites Massnahmenpaket in Angriff genommen [5]. Dank der nationalen Strategie bestehen heute sowohl stationär als auch ambulant zahlreiche Angebote. Kinder und Jugendliche als Gruppe mit besonderen Bedürfnissen wurden dabei lange nur am Rande berücksichtigt. Eine wegweisende Rolle spielte die PELICAN-Studie (Paediatric End-of-Life Care Needs), die erstmals für die Schweiz im Zeitraum von 2012 bis 2015 ein umfassendes Bild von den letzten vier Lebenswochen sterbender Kinder innerhalb und ausserhalb des Spitals bot [7, 8]. Darin zeigte sich eindrücklich die Schere zwischen Bedarf und Angebot. Im Unterschied zum nahen Ausland ist die Palliative Care als strukturiertes Versorgungsangebot in der Schweiz nicht gesetzlich verankert. Bestehende Angebote basieren somit auf der Eigeninitiative einzelner Institutionen, auf Netzwerken und auf Regionen mit teilweise bestehenden kantonalen Aufträgen. Die Versorgung in der Schweiz ist dementsprechend lückenhaft mit zum Teil schwerwiegenden Folgen für die betroffenen Kinder und Familien [2]. In Abbildung 1 stellen die gelben Kreise bestehende oder zu entwickelnde Zentren dar: fünf in der deutschsprachigen Schweiz, ein bis zwei (ggf. im Verbund) in der französischsprachigen Schweiz und eines im Tessin.

Was spezialisierte Pädiatrische Palliative Care bietet und bieten muss

Entsprechend diesen Besonderheiten muss spezialisierte PPC neben den üblichen Elementen einer umfassenden patienten- und fami-

lien-zentrierten Behandlung und Betreuung die folgenden Kernelemente anstreben:

Bestmögliche Lebensqualität für das Kind und seine Familie

- Hierfür ist ein auf das Kind und die Familie abgestimmtes Betreuungskonzept mit einer guten Symptomkontrolle und klar definierter Ansprechpersonen wichtig.

Individualität und Selbstbestimmung der Kinder und ihrer Familien

- Die Bedürfnisse und Prioritäten des Kindes und der Familie stehen bei einer nicht mehr auf Heilung ausgerichteten Behandlung im Zentrum.
- Vor und während einer palliativen Betreuung sind wichtige Entscheidungen zu treffen, die weitreichende Konsequenzen für den Krankheitsverlauf, den Umgang mit der Krankheit und auch Krisen haben können. Eine partnerschaftliche Entscheidungsfindung, auch «Shared Decision-Making» genannt, kann einen wichtigen Beitrag für das Erleben von Selbstbestimmung und Resilienz wie auch für die Verarbeitung von Krisen bis hin zum Sterben des Kindes leisten.

Bedürfnisorientierte Betreuung

- Therapieziele werden wie die Symptomkontrolle im Voraus, im Sinne eines «Advance Care Planning» festgelegt, kommuniziert und verfolgt.
- Hierzu eignet sich der in der Schweiz in allen drei Landessprachen verfügbare Behandlungsplan [9]. Dieser wird meist durch eine fallführende Fachperson (bei ca. 60–80% der Kinder ein Facharzt oder eine Fachärztin der Neurologie) mit Hilfe des PPC-Teams verfasst, kontinuierlich ergänzt und an den entsprechenden Stellen abgelegt (u.a. Notfallstation, Kinderspitex, Zuhause, Kinderarztpraxis, Langzeitinstitution).

Unterstützung des Kindes und der Familie beim Leben mit und trotz schwerer Krankheit

- Die Krankheit eines Kindes fordert die Familie auf den verschiedenen Ebenen des Lebens (körperlich, psychisch, sozial, finanziell, spirituell). Unterstützungsangebote müssen somit allen Mitgliedern der Familie, manchmal auch in unkonventioneller Form, vorgestellt und zur Verfügung gestellt werden.

Normalität im Alltag ermöglichen

- Eine gewisse «Normalität» ist in einem langanhaltenden Ausnahmezustand wichtig. Neben den genannten Unterstützungsangeboten können Angebote aus der Frei-

Kasten 1: Begleitende Ressourcen der Pädiatrischen Palliative Care in der Schweiz

Pädiatrisches Palliative-Care-Netzwerk Schweiz (PPCN CH) [9]

Das «Paediatric Palliative Care Network CH» (PPCN CH) ist ein Netzwerk, das Fachpersonen aus verschiedensten Fachrichtungen und Institutionen schweizweit verbindet.

Pro Pallium [11]

Seit 2009 begleitet «pro pallium» Familien mit schwerstkranken Kindern mit fundiertem Know-how und Erfahrung. Ausgebildete Freiwillige unterstützen «ihre» Familie über eine längere Zeit in ihrem herausfordernden Familienalltag zu Hause und schaffen Momente zum Durchatmen. Durch die kontinuierliche Zusammenarbeit mit einer Person kann eine wertvolle Vertrauensbasis entstehen. Diese Begleitung ist für die Familien kostenfrei und wird ausschliesslich durch Spenden finanziert.

Pallivia [12]

Der gemeinnützige Verein «Pallivia» unterstützt und fördert mit seiner 24-Stunden-Pallivia-Hotline, Hausbesuchen sowie der Erstellung und Vervollständigung von Betreuungsplänen die lokalen Ressourcen (Kinderspitex, Institutionen und Kinderärzte), sodass sie bei der Betreuung dieser Familien gemeinsam mit regionalen (Zentrums-)Spitalern wirksame Teams bilden. Seit 2022 bietet «Pallivia» in der Ostschweiz zudem gemeinsam mit Kinderspitex-Einrichtungen Kinderhospizplätze an bestehenden Institutionen an.

Allani [13] und Stiftung Kinderhospiz Schweiz [14]

Derzeit bestehen konkrete Pläne, bis 2024 alleinstehende Kinderhospize zu eröffnen.

willigenarbeit (z.B. «pro pallium») und Wunscherfüllungen (z.B. durch «Sternschnuppe» oder «Herzensbilder») wichtige Beiträge leisten.

- Hausbesuche vom spezialisierten PPC-Team des Zentrumsspitals tragen dazu bei, die Familie und ihren Alltag sowie ihre Bedürfnisse kennenzulernen, aber auch dazu, den Alltag durch Termine nicht zu zerreißen.

Koordination und Kontinuität der Betreuung unabhängig vom Ort der Betreuung

- Die Mobilität spezialisierter PPC-Teams innerhalb wie ausserhalb des Spitals spielt eine grosse Rolle und erhöht die Qualität der Betreuung am Wohnort des Kindes oder in einer Langzeitinstitution.
- Eine Palliative-Care-Abteilung, wie es sich bei Erwachsenen anbietet, ist im Kindes- und Jugendalter kaum nötig. Vielmehr braucht es eine Kombination aus Unterstützung und Therapie zu Hause, flexible Unterstützungsangebote auf bestehenden, für die jeweiligen Krankheiten und Bedürfnisse spezialisierten Stationen im Spital sowie punktuelle Angebote zur Entlastung der Familie.
- Rundtischgespräche (im oder ausserhalb des Spitals) stellen einen wichtigen Pfeiler für das Gelingen einer solchen umfassenden Zusammenarbeit.

Trauerbegleitung

- Trauer beginnt nicht erst mit der Sterbephase, sondern meist schon bei Diagnose einer schweren Krankheit. Trauer hängt dabei nicht nur mit dem (möglichen) Versterben, sondern ebenso mit der Erkenntnis zusammen, dass die Zeit und das Leben mit dem Kind nicht so sein werden, wie man es sich vorgestellt hat.
- Eine Trauerbegleitung erfolgt meist durch ein multimodales Angebot von psychosozio-spirituellen Ansätzen für die ganze Familie und beinhaltet auch die Unterstützung der Verwandten, des Umfeldes (z.B. Schule) und des professionellen Netzwerks.

Wie könnte eine wirksame und flächendeckende palliative Versorgung für Kinder in der Schweiz aussehen?

Mit Rücksicht auf bestehende Ressourcen im Gesundheitssystem der Schweiz und insbesondere in der Pädiatrie basiert ein wirksames und flächendeckendes PPC-Angebot auf einer engen Zusammenarbeit von Zentrumsspitalern und ambulanten Netzwerken aus Kinderspitex, Praxispädiatrie, heilpädagogischen Einrichtungen und Langzeitinstitutionen sowie Kinderhospizen beziehungsweise Angeboten zur Entlastung der Familie und der Möglichkeit einer Sterbebegleitung [2, 7, 10].

Pro Region sollte ein spezialisiertes PPC-Team eines Zentrumsspitals dem ambulanten Netz als Knotenpunkt dienen. Das multiprofessionelle, spezialisierte PPC-Team muss dazu aus unserer Sicht zwingend eine 24-Stunden-Erreichbarkeit anbieten. Auch damit kann dank der interdisziplinär besprochenen Betreuungspläne eine wirksame Symptomkontrolle im ambulanten Netzwerk ermöglicht werden. Im Falle einer elektiven oder notfallmässigen Hospitalisation dient das PPC-Team erstens als Schnittstelle für stationäre und ambulante Ressourcen und zweitens als Unterstützung der stationären Teams und der Familien mit Blick auf die besonderen Bedürfnisse von komplex beeinträchtigten Kindern.

Wirksame PPC-Angebote basieren auf einer frühzeitigen Zusammenarbeit zwischen PPC-Strukturen und der fallführenden Disziplin wie Intensivmedizin, Kardiologie, Neurologie oder Onkologie. Das Miteinbeziehen des PPC-Teams ist dabei als Unterstützung und schrittweise Erweiterung (und nicht Ersatz) des bestehenden Angebots zu sehen. Dies spiegelt sich beispielsweise in der Frage wider, wie man ein PPC-Team einführt. Wichtig ist aus unserer Sicht, dass die Strategie durch das Spital und die Region getragen wird, und dass das Team die genannten Kriterien erfüllt. Anstrengungen mit PPC-Teilstrukturen ohne 24-Stunden-Erreichbarkeit sind weder für die betroffenen Familien und die Region genügend wirksam noch wirtschaftlich nachhaltig.

Dies erfordert Fachpersonen mit einer entsprechenden Ausbildung. Mit Stand 2022 gibt es in der Schweiz lediglich fünf pädiatrische Fachpersonen mit dem interdisziplinären Schwerpunkt «Palliativmedizin». Viele Kinderarztpraxen und Kinderspitex-Einrichtungen leiden unter einem akuten Mangel an ausgebildeten Fachkräften, insbesondere in Randregionen.

Ausblick

Die Probleme sind grösstenteils erkannt und wichtige Weichen für die Zukunft sind gestellt. Seit Herbst 2022 findet an der Universität Zürich erstmals eine multiprofessionelle Ausbildung für PPC auf CAS-Stufe statt.

Eine flächendeckende Betreuung von Kindern mit palliativem Behandlungsbedarf kann mit dem Ausbau von PPC-Teams in definierten Zentrumsspitalern in enger Zusam-



PD Dr. med. Dr. sc. med. Jürg C. Streuli
idS Palliativmedizin, Pädiatrisches
Advanced Care Team, Ostschweizer
Kinderspital, St. Gallen

Das Wichtigste für die Praxis

- In der Schweiz leben etwa 5000 Kinder und Jugendliche mit einem palliativen Behandlungsbedarf. Noch fehlen ausreichende Versorgungsstrukturen für diese Kinder und ihre Familien.
- Spezialisierte Palliative Care für Kinder kann erfolgreich und umfassend in Netzwerken aus Teams von Zentrumsspitalern und bestehenden Strukturen der Regionen, insbesondere Kinderspitex und Kinderarztpraxen, erfolgen.
- Die Finanzierung dieser Angebote muss nachhaltig gesichert sein.

menarbeit mit bestehenden und entstehenden ambulanten Ressourcen – dazu gehören auch Hospizinitiativen und gemeinnützige Organisationen wie «pro pallium» und «Pallivia» – gelingen (Kasten 1). Die Sicherstellung der Finanzierung von stationären und ambulanten Palliative-Care-Leistungen ist eine wesentliche Voraussetzung dafür. Kinder und Familien mit PPC-Bedarf müssen rechtzeitig identifiziert werden, und die Begleitung muss spital-intern wie -extern stattfinden – kreativ, bedürfnisorientiert und qualitativ hochstehend.

Korrespondenz

PD Dr. med. Dr. sc. med. Jürg C. Streuli
idS Palliativmedizin
Pädiatrisches Advanced Care Team
Ostschweizer Kinderspital
Claudiusstrasse 6
CH-9000 St. Gallen
[Juerg.streuli\[at\]kispisg.ch](mailto:Juerg.streuli[at]kispisg.ch)

Disclosure Statement

Die Autorin und der Autor haben deklariert, keine potentiellen Interessenskonflikte zu haben.

Literatur

- 1 Meyer S. Demografie. In: Schweizerisches Gesundheitsobservatorium, Hg. Gesundheit in der Schweiz – Kinder, Jugendliche und junge Erwachsene. Bern: Hogrefe; 2020. S. 28–33.
- 2 Amstadt H, Hg. Palliative Care für vulnerable Patientengruppen – Konzept zuhänden der Plattform Palliative Care des Bundesamtes für Gesundheit [Internet]. Basel: amstad-kor; 2022 [letzter Aufruf am 11.06.2022]. Verfügbar unter: https://www.plattform-palliativecare.ch/sites/default/files/work/files/Schlussbericht_Konzept_PC_vulnPatientengruppen_Amstad.pdf
- 3 Streuli J, Bergstraesser E, Flury M, Satir A. Kinder-Palliativmedizin Essentials. Bern: Hogrefe; 2018.
- 4 Benini F, Papadatou D, Bernadà M, Craig F, De Zen L, Downing J, et al. International Standards for Pediatric Palliative Care: From IMPaCCT to GO-PPaCS. *J Pain Symptom Manage.* 2022;63(5):e529–43.
- 5 Bundesamt für Gesundheit (BAG) [Internet]. Bern: BAG; c2022 [letzter Aufruf am 23.01.2023]. Nationale Strategie Palliative Care 2013–2015. Verfügbar unter: <https://www.bag.admin.ch/bag/de/home/strategie-und-politik/nationale-gesundheitsstrategien/strategie-palliative-care.html>
- 6 pädiatrie schweiz [Internet]. Freiburg: pädiatrie schweiz; c2023 [letzter Aufruf am 28.05.2022]. «Was machen eigentlich Kinderspitäler?» – eine Bestandsaufnahme der Spitalpädiatrie Kindermedizin oder Medizin für kleine Erwachsene?» Verfügbar unter: <https://www.paediatricschweiz.ch/was-machen-eigentlich-kinderspitaeler-eine-bestandsaufnahme-der-spitalpaediatric-kindermedizin-oder-medizin-fuer-kleine-erwachsene/>
- 7 Bergsträsser E, Zimmermann K, Marfurt K, Eskola K, Luck P, Ramelet AS, et al. Paediatric End-of-Life Care Needs in Switzerland (PELICAN Studie 2012–2015). 2017;28:4.
- 8 Zimmermann K, Marfurt-Russenberger K, Cignacco E, Bergstraesser E. Bereaved parents' perspectives on their child's end-of-life care: connecting a self-report questionnaire and interview data from the nationwide Paediatric End-of-Life Care Needs in Switzerland (PELICAN) study. *BMC Palliat Care.* 2022;21(1):66.
- 9 Paediatric Palliative Care Network CH (ppcn) [Internet]. Zürich: ppcn; c2019 [letzter Aufruf am 23.01.2023]. Verfügbar unter: <https://ppcnch.jimdofree.com/>
- 10 Sottas B, Wandt C, Hg. Praxispädiater würden in der pädiatrischen Palliative Care mehr tun, wenn... [Internet]. Schaffhausen: Rosenfluh Publikationen AG; 2020 [letzter Aufruf am 28.05.2022]. Verfügbar unter: https://www.rosenfluh.ch/paediatric-2020-03/09_nt_palliativ_paediatric_3-20
- 11 pro pallium [Internet]. Olten: pro pallium; c2022 [letzter Aufruf am 23.01.2023]. Verfügbar unter: <https://www.pro-pallium.ch/>
- 12 Pallivia [Internet]. Uznach: Pallivia; c2020 [letzter Aufruf am 23.01.2023]. Verfügbar unter: <https://pallivia.ch/de/>
- 13 Allani [Internet]. Bern: Stiftung allani Kinderhospiz Bern [letzter Aufruf am 23.01.2023]. Verfügbar unter: <https://www.allani.ch/>
- 14 Kinderhospiz Schweiz [Internet]. Zürich: Stiftung Kinderhospiz Schweiz; c2021 [letzter Aufruf am 23.01.2023]. Verfügbar unter: <https://kinderhospiz-schweiz.ch/>

Schlaglicht: Neonatologie

Akkreditierung von Neonatologien in der Schweiz durch das CANU

Das «Committee for Accreditation of Neonatal Units» (CANU) in der Schweiz wurde 2010, bereits vor Einführung der Interkantonalen Vereinbarung über die hochspezialisierte Medizin, durch die Schweizerische Gesellschaft für Neonatologie ins Leben gerufen und hatte als oberstes Ziel, die ausgezeichnete Qualität der Patientenbetreuung in den Neonatologie-Abteilungen in der Schweiz sicherzustellen.

KD Dr. med. Philipp Meyer

Klinik für Neonatologie, Kinderspital Aarau, Aarau

«Committee for Accreditation of Neonatal Units»

Mit Einführung des Gremiums wurden drei verschiedene Level von neonatologischen Abteilungen definiert: Level III (Neonatologische Intensivstation), Level IIB (Neonatologische Intermediate Care Station), Level IIA (Neonatologische Special Care Station). Damit kam es bereits vor der IVHSM zu einer Zentralisierung der Ressourcen und der komplexen Patientinnen und Patienten. Die Hauptziele der Einführung dieser Levels und somit vom CANU waren:

- Verbesserung der Outcomes und der optimalen Betreuung der Patientinnen und Patienten durch das Definieren von Standards bezüglich Infrastruktur, Ausrüstung, personeller Besetzung sowie der Prozessdaten der Neonatologien. Ebenso wurde dadurch eine erste nationale Qualitätskontrolle eingeführt.
- Förderung der intrauterinen Verlegungen an eine Institution, welche die individuell adäquate neonatologische Versorgung bieten kann. Kinder, die einer besonderen Betreuung nach der Geburt bedürfen, sollen dort geboren werden, wo die Betreuung ohne Trennung von der Mutter und vom Vater möglich ist.
- Gemeinsam die Versorgung einer Region unter Berücksichtigung einer sinnvollen Zentralisierung der schwerstkranken Patientinnen und Patienten ermöglichen.
- Gewährleistung einer optimalen Patientenbetreuung durch Koordination der Zu-

sammenarbeit der regionalen Netzwerke schweizweit.

- Sicherung der adäquaten Ausbildungsstandorte der Neonatologie sowohl für Pflegenden als auch für Ärztinnen und Ärzte.
- Sicherung der optimalen Nutzung der finanziellen, aber auch der personellen Ressourcen.

Zertifizierung und Akkreditierung

Das CANU hat Kriterien, um eine Akkreditierung für ein bestimmtes Level zu erlangen, definiert. Dazu werden die benötigten Daten von den beteiligten Abteilungen jährlich online eingegeben und anschliessend durch das CANU geprüft. Die einzugebenden Daten beinhalten Angaben zu:

- Infrastruktur;
- Personal;
- Prozessen und Patientinnen/Patienten;
- Qualität und Outcome.

Zudem müssen die Level-IIB- und Level-III-Abteilungen jährlich die Patientendaten der betreuten Frühgeborenen («Minimal Neonatal Dataset» [MNDS] und «Dataset of infants <34 weeks» [B34]) eingeben. Diese Daten werden zum Benchmarking und zur Qualitätssicherung verwendet und den eingebenden Zentren zur Verfügung gestellt. Diese werden dann im Sinne der Qualitätsprüfung und -verbesserung analysiert.

Dieses System wurde bereits 1995 für die Level-III-Kliniken in Form des MNDS etabliert

und war zu dem Zeitpunkt ein wegweisendes Novum, das sich bis heute bewährt. Inzwischen wurde diese Patientendatenerfassung auch auf die Level-IIB-Kliniken ausgeweitet (B34).

Die Abteilungen erhalten jährlich ein Zertifikat, dass sie durch das CANU als zertifiziert ausweist.

Im Turnus von in der Regel fünf Jahren werden die neonatologischen Abteilungen jeweils erneut akkreditiert. Die Akkreditierung basiert auf den eingegebenen Daten der vergangenen zwei Jahre. Diese müssen vollumfänglich erfüllt sein, damit eine Einheit erneut akkreditiert werden kann.

Eine Akkreditierung geht mit einer Visitation eines Visitations-Gremiums bestehend aus einem Mitglied des CANU, einem CANU-externen Schwerpunktitteltragenden Neonatologie und eine Pflegefachperson Neonatologie einher, wenn wesentliche strukturelle Änderungen oder eine Änderung der Leitung der Abteilung stattgefunden haben oder aufgrund ungenügender Daten eine genauere Prüfung angezeigt ist. Ebenso benötigen Neuanträge zur Akkreditierung eine Visitation durch das CANU.

Die Akkreditierungen und Zertifizierungen werden durch die Kommission des CANU nach Bewilligung durch den Vorstand der Schweizerischen Gesellschaft für Neonatologie (SGN/SSN) vergeben.

Neonatologische Einheiten, die noch nicht durch CANU akkreditiert sind, können einen Akkreditierungsantrag jederzeit durch



© Christian Bowen / Unsplash

Dank des «Committee for Accreditation of Neonatal Units» sind Neugeborene in der Schweiz in guten Händen.

ein Email an den Präsidenten des CANU initiieren. Danach werden die dazu notwendigen Informationen weitergegeben. Nach Eingabe der Daten wird eine Visitation vereinbart. Daraufhin wird geprüft, ob eine Neuakkreditierung und Zertifizierung gemäss dem beantragten Level nach Vorgaben der «Standards for Levels of Neonatal Care in Switzerland» zulässig ist.

Die Bedeutung der CANU ist mit Einführung der Interkantonalen Vereinbarung über die hochspezialisierte Medizin (IVHSM) im Jahre 2011 stark gestiegen. Zu Beginn der Einführung von IVHSM hat die hochspezialisierte Medizin der Neu- und Frühgeborenen-Intensivpflege die Kriterien des CANU übernommen. Diese galten aus Sicht der IVHSM als zukunftsorientiert und wegweisend. Auch heute noch beziehen sich die meisten Definitionen der IVHSM auf die Kriterien des CANU. Das CANU ist somit auch bezüglich IVHSM ein wichtiges Gremium, um die Qualität hoch zu halten. Aber auch für die nicht-IVHSM-Bereiche der Neonatologie ist die CANU eine wichtige und qualitätssichernde Institution.

Das CANU sieht sich primär nicht als sanktionierendes, sondern als unterstützendes Gremium. Es soll dazu dienen, die Neonatologie-Abteilungen der Schweiz qualitativ auf höchstem Niveau zu halten und sie auch darin zu unterstützen, die bestmögliche Medizin für die Population der Neu- und Frühgeborenen entsprechend dem jeweiligen Level der Abteilung zu bieten. Damit steht das CANU für

hochstehende Qualität der Neonatologie in der Schweiz, für die es sich einsetzt. Es soll ebenso der Vernetzung der unterschiedlichen Levels dienen – gerade in Zeiten des zunehmenden wirtschaftlichen Druckes eine herausfordernde aber umso wichtigere Aufgabe.

Wohin geht die Reise weiter?

In den letzten Jahren zeigte sich eine zunehmende Wichtigkeit solcher Zertifizierungen und Akkreditierungen. Der Wunsch der Einheiten, ein solches Zertifikat vorweisen zu können, wird zunehmend spürbarer. Das CANU ist daher dabei, seinen Service weiter auszubauen, um den Einheiten den bestmöglichen Service zu bieten und gleichzeitig dadurch auch die Qualität weiter hochzuhalten.

Das CANU berücksichtigt neben der medizinischen Versorgung auch die Aus-, Weiter- und Fortbildung in der Neonatologie.

Im Zuge der neustens bekannt gewordenen Absicht des Schweizerischen Instituts für ärztliche Weiter- und Fortbildung (SIWF), die Schwerpunkttitel vermehrt an die Fachgesellschaften auszulagern, wird CANU voraussichtlich auch hier im Namen der SGN/SSN eine weitere wichtige Rolle übernehmen, da die bisherigen Aufgaben des SIWF bereits weitgehend abgedeckt sind. Hier können Ressourcen gebündelt und damit die Abteilungen entlastet werden, da es nur noch eine statt zwei Beurteilungen brauchen wird.

Damit erhält das CANU neben der Rolle bezüglich Qualität bis hin zur HSM auch ein

zusätzliches Gewicht hinsichtlich der Ausbildung zum Schwerpunkt Neonatologie.

Für das CANU wird es künftig noch wichtiger sein, den vermehrten Austausch mit den beteiligten Abteilungen zu unterhalten und diese auch noch besser zu vernetzen. Das CANU soll dadurch als wichtiges Gremium in der Schweizer Neonatologie-Landschaft unterstützend und vernetzend noch besser verankert werden.

Weitergehende Informationen und Kontaktadressen sind auf der Homepage der SGN/SSN, www.neonet.ch, zu finden.

Disclosure Statement

Der Autor ist Vorstandsmitglied der Schweizerischen Gesellschaft für Neonatologie und Präsident des «Committee for Accreditation of Neonatal Units» (CANU) in der Schweiz.

Korrespondenz

KD Dr. med. Philipp Meyer
Klinik für Neonatologie
Kinderspital Aarau
Tellstrasse 25
CH-5001 Aarau
[philipp.meyer\[at\]ksa.ch](mailto:philipp.meyer[at]ksa.ch)



KD Dr. med. Philipp Meyer
Klinik für Neonatologie, Kinderspital
Aarau, Aarau

Kutaner Befund mit systemischer Relevanz

Livedo racemosa als Manifestation eines Antiphospholipid-Syndroms

Dr. med. univ. (AT) Andrea Röthlin, Dr. med. Claudia Buser

Klinik für Innere Medizin, Luzerner Kantonsspital, Luzern

Hintergrund

Der Begriff «Livedo» beschreibt medizinisch eine erythematös-livide Verfärbung der Haut, die durch eine fokale Reduktion oder Unterbrechung des Blutflusses in den dermalen Arterien und Arteriolen entsteht. In der klinischen Untersuchung ist die Livedo reticularis mit lividen, geschlossenen, netzartigen Hautzeichnungen von der Livedo racemosa mit ebenfalls lividen, jedoch diskontinuierlichen und Blitzfigur-ähnlichen Hautzeichnungen abzugrenzen. Die Livedo reticularis tritt häufig ohne Krankheitswert vor allem bei jungen Frauen als Cutis marmorata auf, gelegentlich aber auch im Rahmen einer Systemerkrankung, zum Beispiel bei Konnektividen. Sie betrifft mehrheitlich die unteren

Extremitäten und ist stress- und/oder temperaturabhängig [1]. Im Gegensatz zur Livedo reticularis ist die Livedo racemosa immer Ausdruck einer strukturellen Pathologie. Die Veränderungen an der Haut können dabei den übrigen Manifestationen einer Grunderkrankung Monate bis Jahre vorausgehen. Die häufigsten mit Livedo racemosa assoziierten Systemerkrankungen sind ein primäres oder sekundäres Antiphospholipid-Syndrom, letzteres bei systemischem Lupus erythematoses. Seltener Ursachen für eine Livedo racemosa sind zum Beispiel die Livedovaskulopathie und das Sneddon-Syndrom (Symptomtrias: Kopfschmerzen, Livedo racemosa und rezidivierende zerebrovaskuläre Ischämien/Infarkte) [1, 2].

Fallbericht

Anamnese

Wir berichten über eine 57-jährige Patientin mit ausgedehnter Livedo racemosa an den unteren Extremitäten und im Wangenbereich. B-Symptomatik sowie artikuläre oder neurologische Symptomatik fehlten. Ein vorangehender viraler Infekt der oberen Atemwege hatte zur Einnahme von Acetylsalicylsäure geführt. In der persönlichen Anamnese fielen drei vorangegangene Episoden einer Livedo reticularis an den unteren Extremitäten mit jeweils spontaner Remission auf. Als potentielle Auslöser dieser Vorepisoden kamen retrospektiv virale Infekte und die Exposition gegenüber östrogenhaltigen Vaginalsuppositorien infrage. In der



Abbildung 1: Livedo racemosa im Gesässbereich (A) und am Oberschenkel beidseits (B).

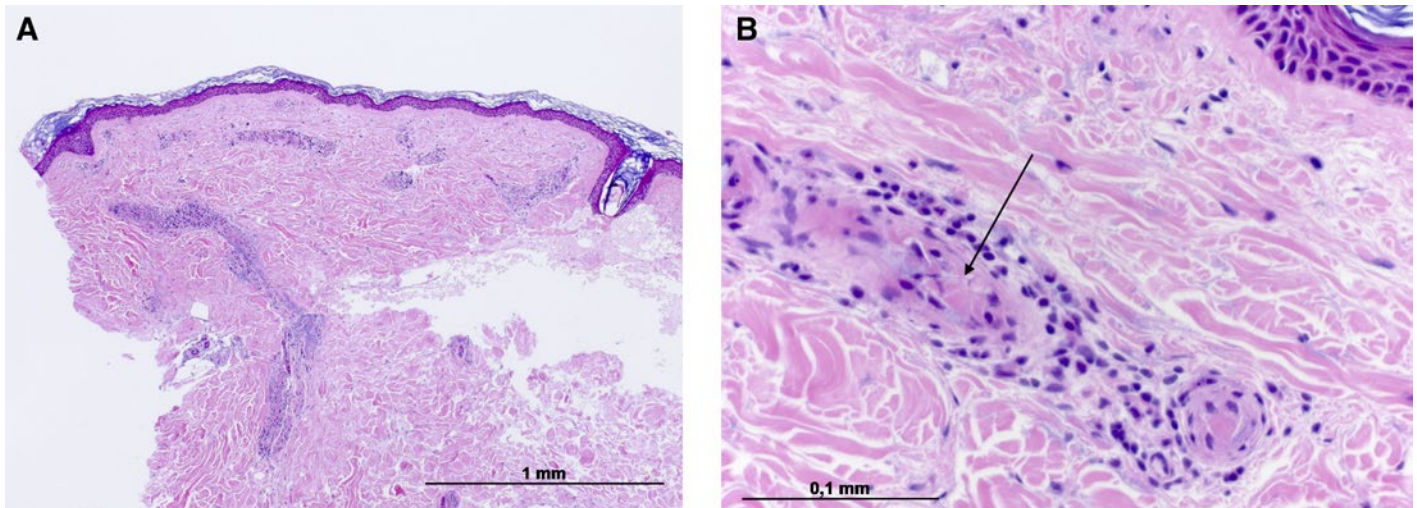


Abbildung 2: Hautbiopsie; Hämatoxylin-Eosin-Färbung. Gefässbezogene Zellinfiltrate in der Dermis (A, 50-fache Vergrößerung); Mikrothromben in den Kapillaren (Pfeil in B, 400-fache Vergrößerung). Abbildungen freundlicherweise zur Verfügung gestellt von der Pathologie des Luzerner Kantonsospitals.

Anamnese waren zudem zwei Spontanaborte in der 12. beziehungsweise 14. Schwangerschaftswoche eruierbar. In der Familienanamnese fand sich ein schwerer, ätiologisch ungeklärter ischämischer Insult beim 42-jährigen Bruder.

Status und Befunde

In der klinischen Untersuchung imponierten die oben erwähnten kutanen Befunde (Abb. 1), ohne Nekrosen und ohne Schleimhautbeteiligung.

Die restliche internistische und neurologische Untersuchung ergab keine pathologischen Befunde. Die Vitalwerte waren normal (Temperatur 37,3 °C, Blutdruck 140/85 mm Hg, Puls 75/min, Sauerstoffsättigung [SpO₂] unter Raumluft 98%).

Das Blutbild zeigte sich unauffällig, ebenso Gerinnungsstatus, Kreatinin und C-reaktives Protein (CRP). Die erweiterten Laboruntersuchungen ergaben positive Antiphospholipid-Antikörper (aPL) vom Typ Anti-Cardiolipin-(aCL-)IgM (33 IgM-Antiphospholipid-Einheiten [MPL-U]/ml, Norm <10 MPL-U/ml) und Anti-β₂-Glykoprotein-I-(anti-β₂GPI-)IgM (18 U/ml, Norm <7 U/ml), wohingegen die Antikörper Anti-aCL-IgG (0,6 GPL-U/ml, Norm <10 GPL-U/ml), Anti-β₂GPI-IgG (0,7 U/ml, Norm <7 U/ml) und Lupus-Antikoagulans (LA) negativ waren. Die Vaskulitiserologien (Antinukleäre Antikörper [ANA], Anti-Neutrophile cytoplasmatische Antikörper [ANCA] mit Proteinase-3-[PR3-] und Myeloperoxidase-[MPO-] Spezifität, Doppelstrang-Desoxyribonukleinsäure-[ds-DNA-]Antikörper, Sjögren-Syndrom-Antigen-Typ-A[SSA/Ro]- und -B[SSB/La]-Antikörper), Rheumafaktoren und Komplementfaktoren (C3, C4) waren unauffällig. Kryoglobuline, Serumelektrophorese-/Immundefixation und Hepatitis-B- und -C-Serologien waren nicht nachweisbar respektive normalwertig.

Die Hautbiopsie im Livedobereich des ventralen Oberschenkels zeigte eine mikrothrombotische Angiopathie mit Verschlüssen zahlreicher dermaler Kapillaren und geringer lymphozytärer und granulozytärer Entzündungsreaktion ohne Hämorrhagien oder Beteiligung von Arterien oder Venen (Abb. 2).

Diagnose

Zusammenfassend bestand damit der Verdacht auf ein Antiphospholipid-Syndrom (APS): die klinischen Kriterien für ein «obstetric APS»

(zwei Spontanaborte in der Frühschwangerschaft) und für ein «non-criteria thrombotic APS» (Livedo racemosa) waren erfüllt, das Laborkriterium mit der benötigten Folgebepstimmung nach frühestens drei Monaten jedoch noch nicht. Die Kontrolle der aCL-IgM-Antikörper (43 MPL-U/ml) und anti-β₂GPI-IgM-Antikörper (21 U/ml) drei Monate nach der Erstuntersuchung fielen im gleichen Titerbereich positiv aus, entsprechend einem niedrigen bis moderaten Antikörper-Risikoprofil. Mit diesem Befund war auch das Laborkri-

Tabelle 1: Überarbeitete Sapporo-Klassifikationskriterien

Klinische Kriterien

Vaskuläre Thrombosen	Eine oder mehrere Episoden von arteriellen, venösen oder mikrovaskulären Thrombosen in beliebigen Organen und Geweben. Bestätigung durch bildgebende oder histopathologische Verfahren. Kein Nachweis einer Vaskulitis in der Histopathologie.
Schwangerschaftsmorbidity	<ul style="list-style-type: none"> a) Eine oder mehrere Totgeburten in oder nach der 10. Schwangerschaftswoche (SSW) eines morphologisch normalen Fetus. b) Eine oder mehrere Frühgeburten eines morphologisch normalen Neugeborenen vor der 34. SSW, aufgrund von Eklampsie, schwere Präeklampsie oder Plazentainsuffizienz. c) Drei oder mehr Spontanaborte vor der 10. SSW bei Ausschluss anatomischer, hormoneller und chromosomaler Ursache.

Laborkriterien

1. Lupus Antikoagulans	Nachweis von Lupus Antikoagulans (LA) im Plasma durch eine verlängerte phospholipid-abhängige Gerinnungszeit unter Verwendung verschiedener Testprinzipien. und/oder
2. Anti-Cardiolipin-Antikörper	Erhöhte Anti-Cardiolipin-Antikörper (aCL) des IgG- und/oder IgM-Isotyps im Serum oder Plasma mit mittlerem oder hohem Titer (≥40 U/ml [GPL oder MPL] oder Titer ≥99. Perzentile), gemessen mit ELISA-Test. und/oder
3. Anti-β₂-Glykoprotein-I-Antikörper	Erhöhte Anti-β ₂ -Glykoprotein-Antikörper (anti-β ₂ GPI) des IgG- und/oder IgM-Isotyps im Serum oder Plasma (Titer ≥99. Perzentile), gemessen mit einem ELISA-Test.
4. Zeitraum	Nachweis an zwei oder mehr Zeitpunkten im Abstand von mindestens 12 Wochen.

Ig: Immunglobulin; GPL: IgG-Antiphospholipid-Einheit; MPL: IgM-Antiphospholipid-Einheit.

Der besondere Fall

terium gemäss den überarbeiteten Sapporo-Klassifikationskriterien (Tab. 1) erfüllt, sodass – gemeinsam mit dem klinischen und histologischen Befund – die Diagnose eines APS endgültig gestellt werden konnte.

Therapie und Verlauf

Eine therapeutische Antikoagulation mit dem Ziel der Risikoreduktion einer arteriellen oder venösen Thrombose wurde mit niedermolekularem Heparin 5000 IE subkutan zweimal täglich (bei einem Körpergewicht von 63 kg) für insgesamt drei Wochen eingeleitet und anschliessend überlappend auf Acetylsalicylsäure 100 mg peroral einmal täglich umgestellt. Zeitgleich erfolgte eine lokale Kompressionstherapie (Kompressionstrümpfe der Klasse 2) der unteren Extremitäten über 24 Stunden.

Bei initial deutlich entzündlicher Reaktion im Bereich einzelner Racemosa-Läsionen mit Nekrosegefahr, noch ausstehendem Hautbiopsiefund und differentialdiagnostischem Verdacht auf eine Vaskulitis erfolgte die einmal tägliche Gabe von Prednisolon 40 mg peroral für drei Tage mit raschem Ausschleichen nach Erhalt des Biopsiefundes. Unter der genannten Therapie kam es zu einer schnellen Besserung des Hautbefundes (Abb. 3). In der Verlaufskontrolle nach drei Monaten waren sämtliche Läsionen vollständig und ohne Pigmentverschiebungen oder Atrophien abgeheilt.

Diskussion

Hautbiopsien bei Livedo racemosa zeigen histopathologisch in kleinen und/oder mittelgrossen Blutgefässen der Dermis und Subcutis entweder intraluminale Thromben, eine subintimale Gefässwandverdickung oder eine Vaskulitis. Im vorliegenden Fall stand eine mikrothrombotische Angiopathie im Vordergrund. Normalbefunde durch «sampling error» sind durch eine optimale Biopsielokalisation, eine ausreichende Biopsiegrösse und durch Mehrfachbiopsien vermeidbar. Die Livedo racemosa ist die häufigste Hautmanifestation bei Menschen mit APS und wurde in bis zu 40% der Fälle als Erstsymptom beobachtet – bei an APS Erkrankten mit systemischem Lupus erythematoses (SLE) sogar in bis zu 70% der Fälle [2].

Beim APS führen die Antiphospholipid-Antikörper, eine heterogene Gruppe von Autoantikörpern gegen Phospholipide und an Phospholipide gebundenen Proteinen, zu einer erworbenen Thrombophilie. Die Pathogenese dieser Thrombophilie ist bisher nicht vollständig geklärt. Einerseits werden Triggerfaktoren wie Infektionen, östrogenhaltige Pillen, Nikotin und Operationen postuliert, die oxidativen Stress und Endothelschäden induzieren, ande-



Abbildung 3: Rückläufige Livedo racemosa an den unteren Extremitäten nach achttägiger Therapie.

rerseits scheint die Aktivierung von Komplement und Endothelzellen durch die oxidative Formänderung des β 2GPI mit Freilegung immunogener Epitope (Domäne I [DI]) zur Andockung der DI-spezifischen anti- β 2GPI-Antikörper eine wichtige Rolle zu spielen. Andere Pathomechanismen, auf die hier nicht eingegangen wird, führen zu den Schwangerschaftskomplikationen beim APS [3, 4].

Die Lebensprävalenz des APS in der Bevölkerung liegt bei 1–5%, Frauen sind häufiger betroffen. Das APS kann primär (ohne Grunderkrankung) oder sekundär in Assoziation mit anderen Autoimmunerkrankungen, insbesondere dem SLE, sowie mit Infektionen, Medikamenten oder Neoplasien auftreten [3].

Klinische Hauptmanifestationen sind wiederkehrende mikrovaskuläre, venöse und arterielle Thromben in verschiedensten Organen und Geweben («thrombotic APS») sowie Schwangerschaftskomplikationen («obstetric APS»). Eine Zusammenfassung ergibt sich aus den überarbeiteten Sapporo-Klassifikations-

kriterien (Tab. 1). Weitere klinische Manifestationen des APS sind beispielsweise Livedo reticularis/racemosa, Thrombozytopenie, APS-Nephropathie oder -Valvulopathie («non-criteria thrombotic APS»). APS-definierende Laborkriterien sind der Nachweis von aPL als LA und/oder als aCL- und anti- β 2GPI-Antikörper zu zwei Zeitpunkten im Abstand von mindestens zwölf Wochen (Tab. 1) [3, 5].

Mit dem vorliegenden Fall wollen wir die Wichtigkeit der Gesamtbeurteilung von klinischen Kriterien, hier am Beispiel der Livedo racemosa (als seltene Manifestation und nicht thrombotisches Kriterium) und der schwangerschaftsassozierten Komplikationen, und Laborkriterien zur Diagnosestellung des APS darstellen. Die Histologie krönt den Fall auf pathohistologischer Ebene – von uns vor allem durch die Abbildungen dargestellt.

In der Literatur gibt es unterschiedliche Angaben, ab welchem Wert das Resultat eines Immunassays, insbesondere des aCL-Antikörper-Tests, als positiv zu werten ist. Diese Unsicherheit ist Folge verschiedener immunologischer Bestimmungsmethoden und führte dazu, dass der Cut-off für einen positiven Befund bei vielen Tests auf 40 U/ml gesetzt wurde. Seit der Einführung und Weiterverbreitung von automatisierten Testsystemen und nach Durchführung von Multizenter-Laborstudien hat sich klar gezeigt, dass Werte über der 99. Perzentile – oder sogar über der 95. Perzentile – eines Normalkollektivs als positiv zu werten sind. Werte über 40 oder 50 U/ml gelten als stark positiv [6]. Mit den aktuellen Assays sind somit aCL-Antikörper mit einem Wert von ≥ 10 U/ml (GPL oder MPL) und anti- β 2GPI-Antikörper ≥ 7 U/ml als positiv zu werten. Zu betonen ist, dass positive aPL-Antikörper-Werte ohne klinische Manifestation nicht zur Diagnose eines APS genügen, da das klinische Kriterium fehlt.

Die Wertigkeiten der einzelnen aPL-Antikörper stehen aufgrund der heterogenen Analytik und des Studienkollektivs seit Jahren zur Diskussion. Eine fallbezogene Interpretation der einzelnen aPL-Antikörper ist zu empfehlen.

Tabelle 2: Antiphospholipid-Antikörper-Risikoprofil

Risikoprofil	Laborbefunde
Hohes Risiko	<ul style="list-style-type: none"> Dreifach positive aPL (LA, aCL und anti-β2GPI) oder Positives LA mit oder ohne aCL oder anti-β2GPI
Moderates Risiko	<ul style="list-style-type: none"> Negatives LA und moderater bis hoher Titer (>99. Perzentile) von aCL und/oder anti-β2GPI (Einfach- oder Doppelpositivität ohne LA)
Niedriges Risiko	<ul style="list-style-type: none"> Negatives LA und niedriger Titer (>95. und <99. Perzentile) von aCL und/oder anti-β2GPI (Einfach- oder Doppelpositivität ohne LA)

aPL: Antiphospholipid-Antikörper; LA: Lupus-Antikoagulans; aCL: Anti-Cardiolipin-Antikörper; anti- β 2GPI: Anti- β 2-Glykoprotein-I-Antikörper.

Entsprechend den konkreten Resultaten der diversen aPL-Antikörper-Tests wird ein Antikörper-Risikoprofil mit niedrigem, moderatem und hohem Risiko definiert (Tab. 2) [7].

Anhand des aPL-Risikoprofils und der klinischen Manifestationen («thrombotic», «non-criteria thrombotic» und/oder «obstetric» APS, asymptomatisch) erfolgt die Wahl der entsprechenden Therapie. Vereinfacht zusammengefasst ist die orale Antikoagulation mit Vitamin-K-Antagonisten (VKA) nach wie vor die Standardtherapie beim «thrombotic APS» (venöse oder arterielle Thrombosen) mit einer Ziel-International-Normalized-Ratio (INR) von 2 bis 3. Der Einsatz direkter oraler Antikoagulanzen (DOAK) als Alternative zu VKA kann bei venösen Thrombosen und niedrigem aPL-Risikoprofil erwogen werden. Die Antikoagulation sollte fortgeführt werden, solange die aPL nachweisbar sind (Kontrolle alle zwölf Monate empfohlen). Ein Stopp der Antikoagulation kann erwogen werden, wenn die aPL zweimal im Abstand von mindestens sechs Monaten nicht mehr nachweisbar sind [7]. In den Behandlungsempfehlungen der «European Alliance of Associations for Rheumatology» (EULAR) wird bei unprovoked Thromboembolie bisher weiterhin eine Dauerantikoagulation empfohlen [8]. Bei asymptomatischen Menschen mit hohem oder moderatem aPL-Risikoprofil und bei Frauen mit durchgemachtem «obstetric APS» wird ausserhalb der Schwangerschaft eine Primärprophylaxe mit Acetylsalicylsäure 100 mg empfohlen. Zudem

ist in allen asymptomatischen Fällen eine venöse Thromboseprophylaxe in Risikosituationen (wie Immobilisation, Operationen) empfohlen [7]. Begleitend gilt für alle Risikokategorien eine strikte Kontrolle der kardiovaskulären Risikofaktoren, die Elimination potentieller Triggerfaktoren (Nikotin, Östrogensubstitution) und die Therapie einer assoziierten Grunderkrankung (wie SLE) [3, 4].

Korrespondenz

Dr. med. univ. Andrea Röthlin
Ärztin Hinwil
Walderstrasse 10
CH-8340 Hinwil
and.roethlin[at]hin.ch

Informed Consent

Ein schriftlicher Informed Consent zur Publikation liegt vor.

Verdankung

Wir danken Prof. Dr. Dr. med. Walter Alfred Willemin, Senior Consultant der Hämatologie, Dr. med. Lukas Schmid, Chefarzt der Rheumatologie, und Prof. Dr. med. Joachim Diebold, Chefarzt der Pathologie, des Kantonsspitals Luzern für die aufmerksame Durchsicht des Artikels und ihre Anregungen.

Disclosure Statement

Die Autoren haben deklariert, keine potentiellen Interessenskonflikte zu haben.

Literatur

- 1 Uthman IW, Khamashta MA. Livedo racemosa: a striking dermatological sign for the antiphospholipid syndrome. *J Rheumatol.* 2006;33(12):2379–82.
- 2 Pincelli MS, Echavarría AMJ, Criado PR, Marques GF, Morita TCAB, Valente NYS, de Carvalho JF. Livedo racemosa: Clinical, laboratory, and histopathological findings in 33 patients. *Int J Low Extrem Wounds.* 2021;20(1):22–8.
- 3 Linnemann B. Antiphospholipid syndrome – an update. *Vasa.* 2018;47(6):451–64.
- 4 Arachchilage D, Laffan M. Pathogenesis and management of antiphospholipid syndrome. *Br J Haematol.* 2017;178(2):181–95.
- 5 Miyakis S, Lockshin MD, Atsumi T, Branch DW, Brey RL, Cervera R, et al. International consensus statement on an update of the classification criteria for definite antiphospholipid-syndrome (APS). *J Thromb Haemost.* 2006;4(2):295–306.
- 6 Devreese KMJ, Ortel TL, Pengo V, de Laat B; Subcommittee on Lupus Anticoagulant/Antiphospholipid antibodies. Laboratory criteria for antiphospholipid syndrome: communication from the SSC of the ISTH. *J Thromb Haemost.* 2018;16(4):809–13.
- 7 Kalmanti L, Lindhoff-Last E. Treatment of vascular thrombosis in antiphospholipid syndrome: An update. *Hamostaseologie.* 2020;40(1):31–7.
- 8 Tektonidou MG, Andreoli L, Limper M, Amoura Z, Cervera R, Costedoat-Chalumeau N, et al. EULAR recommendations for the management of antiphospholipid syndrome in adults. *Ann Rheum Dis.* 2019;78(10):1296–1304.

Das Wichtigste für die Praxis

- Die Livedo racemosa ist immer Ausdruck einer organischen Gefässproblematik und bedarf einer Notfallabklärung.
- Die Diagnose Livedo racemosa erfolgt klinisch (typischer Hautbefund) und histologisch.
- Das Antiphospholipid-Syndrom kann multiple klinische Manifestationen mit sich bringen: thrombotisch, nicht thrombotisch (hier am Beispiel der Livedo racemosa), schwangerschaftsassoziert.
- Der zur Diagnose eines Antiphospholipid-Syndroms zusätzlich notwendige Nachweis von Antiphospholipid-Antikörpern (Anti-Cardiolipin-, Anti-β-2-Glykoprotein-I-Antikörper und/oder Lupus-Antikoagulans) muss zweimal in einem Abstand von mindestens zwölf Wochen positiv sein.
- Die Therapie des Antiphospholipid-Syndroms richtet sich nach klinischer Manifestation, Antiphospholipid-Antikörper-Risikoprofil und assoziierten Autoimmunerkrankungen.



Dr. med. univ. Andrea Röthlin
Klinik für Innere Medizin,
Luzerner Kantonsspital, Luzern

Absicherung Praxisbetrieb

| Einfach die Praxis absichern



Absichern
und
weiterführen

Absicherung des Praxisbetriebs bei Ausfällen und Tod.

- Risiken absichern bei Tod/Unzurechnungsfähigkeit Arzt/Ärztin
- Zeitnahe Besetzung der Praxis durch Stellvertreter/in
- Begleitung der Angestellten und der Familie in rechtlichen und wirtschaftlichen Themen
- Reduzierung der finanziellen Risiken

CONSULTING

FMH Consulting Services AG
Burghöhe 1
6208 Oberkirch
Tel. 041 244 60 60
mail@fmhconsulting.ch
www.fmhconsulting.ch



Suizidprävention in der Schweiz

Prävention Sechs Jahre nach dem Start des Schweizer Aktionsplans Suizidprävention zeigt sich eine positive Zwischenbilanz. Dennoch bleibt viel zu tun bis 2030, wenn das angestrebte Ziel einer Reduktion der Suizidrate um 25% erreicht werden soll – Ärztinnen und Ärzten kommt dabei eine wichtige und tragende Rolle zu.

MSc Martina Blaser, Dr. med. Sebastian Haas M.H.A.

Suizidalität in der Schweiz

Die Anzahl der Suizide (ohne assistierte Suizide) in der Schweiz ist seit den 80er Jahren leicht rückläufig. Im Jahr 2020 lag sie mit 972 Fällen erstmals seit über 60 Jahren unter 1 000 [1]. Nach wie vor führen Suizide jedoch jährlich zu mehr Todesfällen als Strassenverkehrsunfälle, Aids und Vergiftungen mit psychoaktiven Substanzen zusammen. Die Suizidrate steigt mit zunehmendem Alter an. Suizidversuche hingegen sind bei Jugendlichen besonders häufig, dies hat sich bei jungen Frauen während der Coronapandemie leider noch verschärft [2]. Suizide und Suizidversuche sind Ausdruck menschlicher Verzweiflung. Sie belasten auch das Umfeld von suizidalen Personen und treten überwiegend im Zusammenhang mit Krisensituationen oder schweren, lang andauernden körperlichen oder psychischen Belastungen auf. Bis zu 90% der Betroffenen leiden zum Zeitpunkt ihres Suizides an einer psychischen, oft behandelbaren Erkrankung, am häufigsten einer Depression [3]. Suizidale Menschen wollen in der Regel nicht sterben, sondern ihr unerträgliches Leid beenden. Durch evidenzbasierte Massnahmen zum passenden Zeitpunkt können Suizide daher oftmals verhindert werden. Viele Faktoren spielen mit, wenn es zu suizidalen Handlungen kommt. Daher ist es wichtig, dass die Prävention auch bei verschiedenen Handlungsfeldern ansetzt. Eine davon ist die ärztliche Grundversorgung.

Suizidprävention in der ärztlichen Grundversorgung

Ärztinnen und Ärzte in der medizinischen Grundversorgung nehmen eine Schlüsselposition ein, wenn es darum geht, Depressivität oder suizidale Gefährdung frühzeitig zu erkennen und geeignete Massnahmen zu treffen. Einerseits dank der teilweise langjährigen, vertrauensvollen Beziehung und andererseits wegen der Tatsache, dass sich Suizidalität oft hinter somatischen und anderen medizinischen Beschwerden «verbirgt». Wenn etwa Patienten über diffuse Schmerzen oder Erschöpfung klagen, lohnt es sich, direkt

und konkret nach Suizidgedanken zu fragen, beispielweise: «Ich stelle mir vor, dass Ihre Situation sehr belastend ist; andere Menschen haben in solchen Situationen manchmal das Gefühl so nicht mehr leben zu wollen.» Falls das auf die Patientinnen und Patienten zutrifft, sollte die Häufigkeit und Intensität exploriert werden, um abschätzen zu können, ob eine medikamentöse, psychotherapeutische Intervention oder gar eine stationäre Behandlung indiziert ist.

Zur verbesserten Suizidprävention beim stationär-ambulanten Übergang finanziert Gesundheitsförderung Schweiz im Rahmen der Prävention in der Gesundheitsversorgung vier Projekte in der Suizidprävention. In drei Projekten wird das für Patientinnen und Patienten nach einem Suizidversuch wirksame Kurztherapieprogramm ASSIP (Attempted Suicide Short Intervention Program, www.as-sip.org) in der Schweiz weiterverbreitet bzw. weiterentwickelt, unter anderem auch für Jugendliche (AdoASSIP). Weitere Materialien für die Psychiatrie (Fachpersonen und Angehörige) finden sich auf der Website des BAG (<https://www.bag.admin.ch/bag/de/home/strategie-und-politik/politische-auftraege-und-aktionsplaene/aktionsplan-suizidpraevention/suizidpraevention-psychiatrie-versorgung.html>).

Suizidprävention in der Schweiz

Seit 2016 gibt es in der Schweiz den Nationalen Aktionsplan Suizidprävention, der durch Bund und Kantone gemeinsam mit Gesundheitsförderung Schweiz und weiteren Akteuren erarbeitet wurde [4]. Der Zwischenbericht 2021 zum Stand der Umsetzung des Aktionsplans zieht eine po-

Für Sie zusammengefasst vom:

DGPPN-Kongress
23.-26.11.2022
Berlin

Sprich über Suizidgedanken

Reden kann retten

SPRACHE ▾ + AAA

NOTFALL 143 ERWACHSENE > MEHR
147 JUGENDLICHE > MEHR

ICH BIN IN DER KRISE

ICH BIN BESORGT UM JEMANDEN

JEMANDEN DURCH SUIZID VERLOREN

Unterstützung für Jugendliche auf 147.ch

In der Krise

> DAS HILFT

Besorgt um jemanden?

> SO KÖNNEN SIE HELFEN

sitive Bilanz [5]. Vieles konnte umgesetzt werden, der Handlungsbedarf bleibt jedoch hoch (für weitere Informationen siehe SPECTRA Suizidprävention in der Schweiz macht Fortschritte (www.spectra-online.ch).

So verfügen beispielsweise fast alle Kantone über ein kantonales Aktionsprogramm zur Förderung der psychischen Gesundheit mit Fokus Ressourcenstärkung bei Kindern und Jugendlichen sowie älteren Menschen.

Herausforderungen und Ausblick

Trotz aller positiven Entwicklungen bleibt noch viel zu tun. Speziell bei der besonders wirksamen Einschränkung von Suizidmethoden, wie beispielsweise Waffen oder Medikamente, werden in der Schweiz wenig Massnahmen umgesetzt. Ein eindrückliches Beispiel für die Wirksamkeit einer solchen Massnahme ist die Einführung der Armeereform XXI (2003/2004), die zu einer Reduktion von Waffen und

Munition in den Schweizer Haushalten und zu markant weniger Suiziden bei jungen Männern führte [6]. Auch hier können Ärztinnen und Ärzte präventiv wirken, in dem sie bei gefährdeten Patientinnen und Patienten nach verfügbaren Mitteln (z. B. Medikamente, Waffen) fragen und diese, falls möglich, sicherstellen lassen.

Es zeigt sich: Suizidprävention ist eine gesamtgesellschaftliche Aufgabe. Das gilt auch für das Engagement der Ärzteschaft, die einerseits eine bedeutsame Rolle in der Früherkennung und Behandlung innehat und andererseits als Multiplikator in der Suizidprävention wirken kann.

Korrespondenz

[martina.blaser\[at\]uzh.ch](mailto:martina.blaser[at]uzh.ch)
[sebastian.haas\[at\]hoheneegg.ch](mailto:sebastian.haas[at]hoheneegg.ch)



Literatur

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



Martina Blaser

leitet das kantonale Programm Suizidprävention bei «Prävention und Gesundheitsförderung Kanton Zürich» (Abteilung des Instituts für Epidemiologie, Biostatistik und Prävention, UZH).



Dr. med. Sebastian Haas M.H.A.

ist stellvertretender ärztlicher Direktor und Leiter Burnout und Belastungskrisen an der Privatklinik Hoheneegg in Meilen.

Suizidgedanken ansprechen hilft

Für eine wirksame Suizidprävention ist es wichtig, dass Betroffene über allfällige Suizidgedanken sprechen oder auf vermutete Suizidgedanken angesprochen werden. Da das Thema Suizid gesellschaftlich tabuisiert ist, kommt der Entstigmatisierung und Wissensvermittlung hohe Bedeutung zu. Auf der dreisprachigen Website www.reden-kann-retten.ch bieten das BAG und der Kanton Zürich Betroffenen, besorgten Angehörigen und auch Hinterbliebenen nach Suizid wichtige Informationen und konkrete Handlungsmöglichkeiten. Der Flyer (mit Notfallkarte) «Suizidgedanken - Informationen für Betroffene und Angehörige» kann in jedem ärztlichen Setting hilfreich sein und kostenlos bestellt werden.

Therapie der Posttraumatischen Belastungsstörung

Traumatherapie Die Posttraumatische Belastungsstörung zählt zu den psychischen Störungen, welche oft in Verbindung mit anderen psychischen oder somatischen Beschwerden auftritt. Trotz guter Behandlungsaussichten müssen bei der Diagnostik und Therapie wichtige Aspekte beachtet werden.

Dr. David Eberle, Prof. Dr. Dr. Andreas Maercker

Die Posttraumatische Belastungsstörung (PTBS) ist eine psychische Störung, welche sich nach einem oder mehrerer extrem bedrohlicher oder belastender Ereignisse entwickeln kann. Typische Ereignisse, welche eine PTBS auslösen können, sind körperliche Gewalttaten, bewaffnete Überfälle, sexueller Missbrauch, Vergewaltigung, Kriegserlebnisse oder schwere Unfälle. In der neu erschienenen, elften Version der Internationalen statistischen Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme (ICD-11; [1]) wurden die symptomatischen Kriterien der PTBS erneuert und geschärft, was eine moderne Diagnostik und darauf aufbauend eine verbesserte Psychotherapie zur Folge hat.

Psychopathologie und Diagnostik

Die PTBS ist durch drei Symptomgruppen gekennzeichnet [2]: Die erste Symptomgruppe beinhaltet das Wiedererleben des traumatischen Ereignisses. Dabei erleben betroffene Personen sogenannte Flashbacks, bei denen die traumatische Situation plötzlich und sehr lebendig erneut erlebt wird. Dies kann sich z. B. durch plötzlich auftretende innere Bilder des Traumas äussern. Ebenso können Emotionen, Gerüche oder sonstige Körperempfindungen auftreten, welche während des Traumas erlebt wurden. Auch Alpträume mit traumatischen Inhalten fallen in die Kategorie des Wiedererlebens. Die extreme Angst oder Überforderung, welche in traumatischen Situationen auftritt, löst bei vielen Betroffenen eine veränderte Verarbeitung im Gedächtnissystem aus [3]. Diese Gedächtnisveränderungen verursachen dann die als sehr belastend wahrgenommenen Symptome des Wiedererlebens. Die zweite Symptomgruppe der PTBS ist die starke Vermeidung von Erinnerungen, Orten, Personen oder sonstigen Dingen, die mit dem Trauma in Verbindung stehen. Dies kann sich auf der Verhaltensebene dadurch zeigen, dass gewisse Orte vermieden werden oder der Kontakt zu Mitmenschen abgebrochen wird. Die dritte Symptomgruppe der PTBS beinhaltet eine anhaltende Wahrnehmung einer erhöhten aktuellen Bedrohung. Betroffene Personen zeigen dabei z. B. eine stark gesteigerte Wachsamkeit oder übermässige Schreckreaktionen.

Weitere je nach Umständen auftretende aber für die Diagnose nicht erforderlichen Merkmale der PTBS sind Schuld- und Schamgefühle, emotionale Instabilität, starke negative Gedanken oder Selbstüberzeugungen, suizidale Tendenzen, zwischenmenschliche Schwierigkeiten oder Dissoziationen. Darüber hinaus treten bei Personen mit PTBS oft weitere

Wiedererleben, Vermeidung und anhaltende Wahrnehmung einer erhöhten aktuellen Bedrohung kennzeichnen die PTBS.

medizinische oder psychische Störungen wie z. B. eine Depression, Angststörungen, Suchterkrankungen oder psychosomatische Beschwerden komorbid auf [4]. Aufgrund der oft starken Scham in Bezug auf das Trauma suchen sich viele Betroffene nicht aufgrund des Traumas, sondern aufgrund komorbider Beschwerden Hilfe. Dabei ist es wichtig, zu beachten, dass die Ursache für komorbide Störungen oft in den überdauernden Symptomen eines Traumas zu finden sind. Ein übermässiger Alkoholkonsum kann z. B. ein Versuch darstellen, das belastende und ständige Wiedererleben eines Traumas besser auszuhalten. Beim Auftreten von solchen medizinischen oder psychischen Problemen ist es deshalb sinnvoll, eine vertiefte psychologische Abklärung durchzuführen und dabei mögliche traumatische Ereignisse zu explorieren.

Psychotherapeutische Behandlung

Zu Beginn der PTBS-Therapie sollte eine Stabilisierung der Lebenslage und der Affekte bzw. Emotionen der betroffenen Person erfolgen. Eine medikamentöse Therapie bei PTBS hat sich als wenig wirksam erwiesen. Am ehesten ist die Medikation bei der affektiven Stabilisierung oder bei einigen komorbiden Problemen indiziert.

Die zentralen Behandlungselemente der PTBS sind die Expositionstechniken, welche meist in sensu (imagi-



© Prostockstudio / Dreamstime

Bedrohliche oder belastende Ereignisse können eine PTBS auslösen.

nativ / in der Vorstellung) durchgeführt werden [5]. Die betroffene Person wird dabei gebeten, das traumatische Ereignis aus der Ich-Perspektive und chronologisch zu berichten, als würde das Ereignis erneut stattfinden. Die einzelnen Geschehnisse, Gedanken, Gefühle und Körperempfindungen, welche während des Traumas aufgetreten sind, sollen dabei genau berichtet werden. Dies kann für die betroffene Person enorm belastend sein.

Die zentralen Behandlungselemente der PTBS sind die Expositionstechniken.

Deshalb ist es wichtig, dass sich die Psychotherapeutin oder der Psychotherapeut immer wieder über die Stärke der aktuellen Belastung informiert und im ganzen Prozess unterstützend und validierend auf die Patientin oder den Patienten einwirkt. Bei einer sehr hohen Belastung oder Dissoziation sollte die betroffene Person vorübergehend aus der Vorstellung geholt und Sicherheit vermittelt werden. Es ist empfehlenswert, die Exposition für die gesamte traumatische Situation durchzuführen, um eine vollständige Gedächtnisverarbeitung zu erreichen. Die Exposition wird vorzugsweise mittels Mobiltelefon der Patientin oder des Patienten als Audio aufgezeichnet. Nach der Exposition sollte sich die betroffene Person diese Aufnahme etwa einmal täglich anhören, um eine tiefgreifende Gedächtnisverarbeitung und eine emotionale Habituation zu erreichen.

Vor allem bei zwischenmenschlichen Traumata, wie z. B. einer Vergewaltigung, kann die Exposition gut mit

sogenannten rescripting-Techniken ergänzt werden. Dabei wird versucht, die traumatische Erfahrung in der Vorstellung «umzuschreiben» bzw. zu verändern. Beispielsweise wäre es bei einer Vergewaltigung möglich, in der Vorstellung die Polizei herbeizurufen und die Täterin oder den Täter zu verhaften. Grundsätzlich geht es darum, die individuellen Vorstellungen und Bedürfnisse nach Sicherheit während des Traumas in der Imagination «real» werden zu lassen. Obschon die Betroffenen natürlich wissen, dass die Vergangenheit damit nicht verändert wird, kann dieses starke emotionale Erleben von Sicherheit und Gerechtigkeit einen sehr befreienden und beruhigenden Effekt für die Betroffenen herbeiführen.

Weitere therapeutische Interventionen, welche bei der PTBS eingesetzt werden können, sind z. B. Techniken der kognitiven Umstrukturierung oder Defusion, Achtsamkeits- und Akzeptanz-basierte Ansätze oder Stimmungstagebücher. Solche Interventionen können je nach individueller Passung zur betroffenen Person und ergänzend zu den Expositionstechniken eingebaut werden. Wissenschaftliche Studien attestieren den etablierten PTBS-Interventionen (vor allem einer professionell durchgeführten Expositionstherapie) Effektstärken zwischen $d = 0.7$ und 1.27 . Dies bedeutet, dass die Wirksamkeit der Psychotherapie bei der PTBS im mittleren bis hohen Bereich liegt.

Korrespondenz

d.eberle[at]psychologie.uzh.ch
maercker[at]psychologie.uzh.ch



Literatur

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

Für Sie zusammengefasst vom:

DGPPN-Kongress
23.-26.11.2022
Berlin



Dr. David J. Eberle
ist Postdoc und Klinischer Psychologe
in der Abteilung für Psychopathologie und Klinische
Intervention des Psychologischen Instituts an der
Universität Zürich.



Prof. Dr. Dr. Andreas Maercker
ist Leiter des Forschungsbereichs der Abteilung für
Psychopathologie und Klinische Intervention
des Psychologischen Instituts an der Universität Zürich.



© Elena Schweitzer / Dreamstime

Eine «offene Türpolitik» trägt zur Reduktion von Zwangsmassnahmen bei.

Zwangsmassnahmen und offene Türen in der Schweiz

Ultima Ratio Zwangsmassnahmen befinden sich im Spannungsfeld zwischen ärztlicher Fürsorgepflicht und dem Recht auf Freiheit und Selbstbestimmung. Hierbei gelten Zwangsmassnahmen in der psychiatrischen Behandlung als Mittel der letzten Wahl, welche nur in Notfallsituationen zur Anwendung kommen. Ein Überblick zum Einsatz von Zwangsmassnahmen in der Schweiz und wie die «offene Türpolitik» zur Reduktion von Zwangsmassnahmen beitragen kann.

Nadine Bühler, Eva Kowalinski, Frieder Dechent, Karoline Walther, Undine Lang, und Christian Huber; Universitäre Psychiatrische Kliniken (UPK) Basel und Universität Basel

Jeder Mensch hat das Recht auf persönliche Freiheit, insbesondere auf körperliche und geistige Unversehrtheit und auf Bewegungsfreiheit (Art. 10 Abs. 2 BV)». Insbesondere in dieses durch die Bundesverfassung der Schweiz geschützte Grundrecht wird durch Zwangsmassnahmen schwerwiegend eingegriffen. In der Anwendung von Zwangsmassnahmen müssen daher nicht nur psychiatrische, sondern auch rechtliche und ethische Aspekte berücksichtigt werden [1, 2].

Die Anwendung von Zwangsmassnahmen in der Psychiatrie ist Notfallsituationen vorbehalten, in denen eine akute Selbst- oder Fremdgefährdung vorliegt.

Jegliche Massnahme, die gegen den persönlichen Willen von betroffenen Personen implementiert wird, kann als Zwangsmassnahme verstanden werden [2]. Zwangsmassnahmen kommen in der Psychiatrie zur Anwendung, um eine notwendige psychiatrische Behandlung zu ermöglichen und eine direkte Selbst- und/oder Fremdgefährdung abzuwenden. Im psychiatrischen Kontext zählen hierzu unter anderem die fürsorgliche Unterbringung (FU), Zwangsernährung, Zwangsmedikation, Fixierung, Isolation, das Festhalten sowie der Gebrauch des Rückhalterechts [2, 3].

Nebst den intendierten Auswirkungen können Zwangsmassnahmen auch unerwünschte Auswirkungen mit sich bringen [4-7]. Sie können (re)traumatisierend für Patientinnen und Patienten sein [4], sich negativ auf die therapeutische Atmosphäre und die Patient-Therapeuten-Beziehung auswirken sowie die Motivation der Patienten und den Therapieverlauf nachhaltig beeinträchtigen [5-7]. Die Anwendung von Zwangsmassnahmen in der Psychiatrie ist daher Notfallsituationen vorbehalten, in welchen eine akute Selbst- oder Fremdgefährdung von betroffenen Personen vorliegt und die Anwendung weniger eingreifender Massnahmen ausgeschöpft ist. Sowohl aus rechtlicher, ethischer als auch aus wissenschaftlicher Perspektive lässt sich das klare Ziel einer Reduktion von Zwangsmassnahmen ableiten [2, 8-11].

Rechtliche Grundlage

Die rechtliche Grundlage zur Anwendung von Zwangsmassnahmen ist auf nationaler Ebene durch das Kindes- und Erwachsenenschutzrecht (KESR; zuletzt revidiert am 01.01.2013) im schweizerischen Zivilgesetzbuch (ZGB) geregelt. Das KESR wird durch kantonale Regelungen ergänzt. Diese betreffen beispielsweise bei der FU Spezifikationen bezüglich den Ausführungsbestimmungen [2, 12, 13]. Zudem dienen die medizinisch-ethischen Richtlinien der Schweizerischen Akademie der medizinischen Wissenschaften (SAMW) als Anwendungsrahmen von Zwangsmassnahmen [2]. Nebst den nationalen und kantonalen gesetzlichen Grundlagen finden sich auch auf internationaler Ebene relevante rechtliche Abkommen. Hierzu zählt unter anderem die UN-Behindertenrechtskonvention (BRK), die in der Schweiz im Jahr 2014 vom Parlament rati-

fiziert wurde. Sie fordert eine inklusive Gesellschaft und betont das Recht von Menschen mit Behinderungen auf Freiheit und Sicherheit [14].

Zwangsmassnahmen in der Schweiz

In der Schweiz zeigt sich je nach psychiatrischer Klinik eine heterogene Lage bezüglich der Umsetzung von Zwangsmassnahmen [15, 16]. Sowohl Unterschiede in den kantonal rechtlichen Grundlagen, den klinikinternen Richtlinien und Bestimmungen sowie bezüglich den Versorgungsaspekten können hier zum Tragen kommen [1, 17, 18]. Insgesamt lässt sich jedoch eine steigende Tendenz der Anwendung von Zwangsmassnahmen verzeichnen. In den psychiatrischen Kliniken der Akut- und Grundversorgung lag im Jahr 2021 der Anteil von Fällen mit mindestens einer Zwangsmassnahme bei 11,5%. Im Vorjahr waren es 10,3% [15]. Das schweizerische Gesundheitsobservatorium (Obsan) verzeichnete spezifisch in der Anzahl der FUs einen Anstieg. Im Jahr 2021 wurden in der Schweiz 16 487 Personen per FU in einer psychiatrischen Klinik untergebracht. 2019 waren es 14 561 Fälle [16]. Basierend auf dieser steigenden Tendenz scheint auch die Auswertung zur Umsetzung der BRK nicht zu erstaunen. Im März 2022 wurde die Schweiz bezüglich der Umsetzung der BRK geprüft. Diese Evaluation zeigte, dass die Schweiz die Anforderungen der BRK noch nicht erfüllt hat. Es braucht weitere Massnahmen, um mehr Selbstbestimmung für Menschen mit Behinderungen zu ermöglichen [19, 20].

Reduktion durch offene Türpolitik

Interventionen zur Reduktion von Zwangsmassnahmen können klinikintern unter anderem auf Individualebene (Personalschulung, Psychotherapie etc.) und auf struktureller Ebene (Personalschlüssel, offene Stationstüren, kleinere Stationen etc.) ansetzen. Bisherige Studien weisen darauf hin, dass Interventionsprogramme, welche Massnahmen auf unterschiedlichen Ebenen berücksichtigen, besonders wirksam erscheinen [21, 22].

Nebst den nationalen und kantonalen gesetzlichen Grundlagen finden sich auch auf internationaler Ebene relevante rechtliche Abkommen.

Die offene Türpolitik oder das «Trackkonzept» stellt eine Interventionsstrategie dar, die unter Berücksichtigung verschiedener Interventionsebenen zur Reduktion von Zwangsmassnahmen in der Psychiatrie beitragen kann [11, 22-24]. So zeigte eine Beobachtungsstudie von 2017 in Institutionen mit einer offenen Türpolitik weniger Zwangsmassnahmen als in Institutionen mit einer geschlossenen Türpolitik [24].

Für Sie zusammengefasst vom:

DGPPN-Kongress | 23.-26.11.2022 | Berlin

In den Universitären Psychiatrischen Kliniken (UPK) Basel wurde die offene Türpolitik seit 2012 kontinuierlich etabliert. Die offene Türpolitik umfasst hierbei weit mehr als das mechanische Öffnen von Stationstüren und bedingt Veränderungen in verschiedensten Behandlungsmechanis-

und die Patientenzufriedenheit positiv auswirken und so essentiell zur Reduktion von Zwangsmassnahmen beitragen [11, 22, 23, 27-29].

Korrespondenz
christian.huber[at]unibas.ch

Es braucht weitere Massnahmen, um mehr Selbstbestimmung für Menschen mit Behinderungen zu ermöglichen

men und Aspekten. In den UPK Basel wurden im Rahmen der offenen Türpolitik neue Eintritts- und Behandlungspfade definiert, therapeutische Kompetenzzentren und Abteilungen etabliert, Schulungen zu Deeskalations- und Aggressionsmanagements eingeführt, das therapeutische Angebot ausgebaut sowie die Partizipation der Patientinnen und Patienten gestärkt. Patientinnen und Patienten werden direkt auf diagnosespezifische Stationen untergebracht, in Krisensituationen erfolgt keine Verlegung und auf allen Stationen wird eine psychotherapeutische Behandlung gewährleistet [11, 23, 25-27].

Dies ermöglicht eine kontinuierliche, individualisierte Behandlung und kann sich unter anderem auf die Patienten-Therapeuten-Beziehung, die Stationsatmosphäre



Literatur

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



Prof. Dr. med. Christian Huber

ist Chefarzt und stellvertretender Klinikdirektor an den Universitären Psychiatrischen Kliniken Basel und leitet die Forschungsgruppe für Psychiatrische Versorgungsforschung an der Universität Basel.



© Syda Productions / Dreamstime

Home Treatment wird von interprofessionellen Behandlungsteams durchgeführt.

Home Treatment – Krisenintervention zu Hause

Behandlung Home Treatment ist ein intermediäres Behandlungskonzept zur zeitlich begrenzten psychiatrischen Krisenintervention im häuslichen Umfeld von Patienten. Es ist klinisch wirksam, kosteneffizient, kann stationäre Behandlungen ersetzen oder verkürzen und wird von vielen Patienten und Angehörigen begrüßt. In der Schweiz kommt die Implementierung aber bis heute wegen einiger Hürden nur langsam voran.

PD Dr. med. Matthias Jäger

Home Treatment zur Krisenintervention für akute psychische Erkrankungen wird von deutschsprachigen und internationalen Versorgungsleitlinien [1, 2] aufgrund überzeugender wissenschaftlicher Evidenz zur Implementierung in allen Versorgungsregionen empfohlen. Home Treatment kann bei mindestens gleicher Wirksamkeit stationäre Behandlungen verkürzen oder ersetzen, führt zu weniger Behandlungsabbrüchen, höherer Zufriedenheit bei Patienten und Angehörigen sowie geringeren Behandlungskosten [3]. Während in anderen europäischen Ländern mobile aufsuchende, intermediäre psy-

chiatrische Behandlungsangebote bereits seit vielen Jahren etabliert sind und entsprechende rechtliche Rahmenbedingungen und Finanzierungsgrundlagen bestehen, ist eine

Für Sie zusammengefasst vom:

DGPPN-Kongress
23.-26.11.2022
Berlin

Implementierung in der Schweiz bis heute nur im Rahmen von regionalen Modellprojekten möglich.

Zukunftsmodell intermediäre Behandlungsangebote

Die psychiatrische Behandlung soll nur dann stationär erfolgen, wenn ambulante oder intermediäre Settings nicht ausreichen oder nicht zur Verfügung stehen. Zukünftig sollen daher intermediäre Kapazitäten ausgebaut werden, um stationäre Behandlungen zu ersetzen und die erwartete steigende Inanspruchnahme psychiatrischer Leistungen abzudecken. Der intermediäre Versorgungssektor umfasst alle Settings zwischen der ambulanten Behandlung bei niedergelassenen Psychiatern, Psychotherapeuten und Hausärzten und der stationären Behandlung in psychiatrischen Kliniken. Hierzu gehören komplexe interprofessionelle Behandlungen in psychiatrischen Ambulatorien, Tageskliniken und aufsuchende Versorgungskonzepte [4]. Letztere lassen sich unterscheiden in zeitlich primär unbegrenzte, niedrig- bis mittelfrequente Behandlungsmodelle (z. B. Assertive Community Treatment) und zeitlich auf eine Krisenintervention bzw. Akutbehandlung limitierte, hochfrequente intensive Behandlung zu Hause (Home Treatment). Home Treatment wird in der Regel von interprofessionellen Behandlungsteams durchgeführt, bietet tägliche Hausbesuche und eine Erreichbarkeit rund um die Uhr. In der Schweiz existieren verschiedene Modelle, die sich in drei Hauptkategorien einteilen lassen.

- Home Treatment zur Krisenintervention, stationsersetzend oder -verkürzend, durch ein eigenständiges Team (u. a. in Luzern, Aargau, Zürich, Tessin, Waadt, Bern).
- Poststationäre Übergangsbearbeitung zur Verkürzung stationärer Aufenthalte und zur Vermeidung von Wiedereintritten (u. a. Thurgau und Basel-Stadt).
- Home Treatment im Rahmen eines integrierten Versorgungsangebots: ein interprofessionelles Team bietet Krisenintervention stationär, aufsuchend, tagesklinisch und ambulant an, je nach Bedarf der Patienten (seit 2022 in Baselland).

Voraussetzungen für die Implementierung

Für die Umsetzung eines Home-Treatment-Angebots ist ein überzeugendes klinisches und betriebliches Konzept durch den Leistungsanbieter, in der Regel eine psychiatrische Institution mit Grundversorgungsauftrag, sowie die Unterstützung durch die Kostenträger Kanton und Krankenkassen notwendig. Da Home Treatment mit einem hohen organisatorischen und betriebswirtschaftlichen Aufwand verbunden ist (v. a. Personalintensität, Wegzeiten, betriebliche Organisation, Leistungen in Abwesenheit der Patienten, Aufnahmebereitschaft und Notfallvorhaltenleistungen), muss ein tragfähiges Finanzierungsmodell ausgehandelt werden [5]. Hierfür kommt grundsätzlich die Finanzierung von Einzelleistungen (z. B. über ambulante Tarife) mit Subventionierung der dadurch nicht abgedeckten Leistungen durch den Kanton oder eine Finanzierung über Tagespauschalen mit definiertem Kostenteiler zwischen Krankenkassen und Kanton in Frage. Da es sich um ein stationsäquivalentes intensives Behandlungsangebot handelt, eignet sich das ambulante Tarifsystem mit den zahlreichen Limitationen nur bedingt. Bei den meisten etablierten stationsersetzenden Home-Treatment-Angeboten

haben sich inzwischen Tagespauschalen durchgesetzt. Das neue Angebot muss in bestehende Versorgungsstrukturen eingepasst werden, bedarfsgerecht und flexibel zur Verfügung stehen und so zugänglich sein, dass tatsächlich stationäre Behandlungen dadurch ersetzt oder verkürzt werden. Eine systematische Begleitevaluation durch klinische Basisdaten oder ein umfassenderes Forschungsprojekt ist daher wesentlich.

Wissenschaftliche Studien aus der Schweiz

Schweizer Daten zum Home Treatment stammen aus einer randomisiert kontrollierten Studie (RCT) aus dem Aargau sowie Beobachtungsstudien aus Zürich, Aargau und dem Tessin. Die Ergebnisse des Aargauer RCT belegen, dass das Home Treatment bei vergleichbarer Qualität und Behandlungsdauer sowie tieferen Kosten bis zu 30% der stationären Behandlungstage ersetzen kann [6]. Nach Beendigung der Studie wurde allerdings eine Tendenz zur Verlängerung der Behandlungsdauer sowie eine Veränderung des Klientels (weniger Übernahmen von Patienten nach Einweisung mit Fürsorgerischer Unterbringung und mit psychotischen Störungen) im Home Treatment festgestellt [7]. In den nicht-experimentellen Beobachtungsstudien in Zürich und im Tessin wurden vergleichbare Funktionseinschränkungen und Wiederaufnahmeraten bei Patientinnen im Home Treatment und im stationären Setting festgestellt – auch die Erkrankungsschwere und Behandlungsdauer war ähnlich. Auch der Anteil von Patienten mit einer psychotischen Störung als Hauptdiagnose von 30% entsprach dem Anteil im stationären Setting [8, 9]. Bei Patienten mit einer höheren sozialen Integration (Zusammenleben mit anderen Menschen, bestehender Arbeitsplatz, weniger soziale Probleme) können mehr stationäre Pflgetage durch Home Treatment ersetzt werden [10]. Die Zufriedenheit der Patienten im Home Treatment war generell hoch, unabhängig von soziodemographischen und klinischen Charakteristika [11]. Die Information zur Möglichkeit der Akutbehandlung im Home Treatment ist bei Patienten und Zuweisenden noch nicht sehr verbreitet (40 bis 60% hatten keine Informationen über diese Option [12]).

Korrespondenz

matthias.jaeger[at]pbl.ch



Literatur

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



PD Dr. med. Matthias Jäger

ist Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie und seit 2018 Direktor der Erwachsenenpsychiatrie sowie Chefarzt Privatklinik der Psychiatrie Baselland. Seit 2008 ist er Privatdozent an der Universität Zürich.



Symbolbild: Es gibt Lieferengpässe bei Diabetes-Medikamenten.

«Gottfried, was sollen wir tun?»

Lieferengpass Das Diabetes-Medikament Ozempic wird in sozialen Medien als Wundermittel zum Abnehmen gehypt. Gottfried Rudofsky erklärt, weshalb das problematisch ist und was Hausärztinnen und Hausärzte beachten sollten, wenn sie das Medikament off-label zum Abnehmen verschreiben.

Interview: Martina Huber

Gottfried Rudofsky, letzten Oktober und Dezember gab es Lieferengpässe beim Diabetes-Medikament Ozempic. Hatten Sie Probleme, Ihre Diabetes-Patientinnen und Patienten weiter zu behandeln?

Im Oktober war unser Kühlschrank leer und auch wir Spezialisten konnten das Medikament nicht mehr beziehen. Da mussten wir bei einigen Patienten auf eine andere Therapie ausweichen, bis es wieder verfügbar war.

Im Dezember wurden wir von der Herstellerfirma Novo Nordisk gewarnt, dass erneut ein Lieferengpass auf nicht absehbare Zeit droht. Sie können bis auf Weiteres nicht garantieren, wie viel und wie lange wir noch Ozempic bestellen können. Nun wird es kontingentiert. Wir erhalten dadurch

im Moment nicht die Menge, die wir für eine ausreichende Versorgung bräuchten.

Ich weiss auch von verschiedenen Apotheken und Hausarztpraxen, dass sie das Medikament zeitweise nicht mehr besorgen konnten.

Hat sich die Lage inzwischen entspannt?

Die Versorgungslage ist weiterhin angespannt. Die Bestellungen werden immer noch kontingentiert. Inzwischen melden auch andere Hersteller von ähnlich wirkenden Medikamenten Lieferprobleme und bitten uns, Patienten möglichst nicht mehr auf ihre Medikamente neu einzustellen. Das ist eine Situation, an die wir uns erst einmal gewöhnen müssen.

Hintergrund des Lieferengpasses ist, dass Ozempic auf sozialen Medien als Wundermittel zum Abnehmen angepriesen wurde, richtig?

Ja, sicher zum Teil. Elon Musk und weitere Influencer haben das Medikament auf sozialen Medien als Abnehmdroge gehypt. Auf Tiktok, Instagram und anderen sozialen Medien gibt es zahlreiche Erfahrungsberichte von Leuten, die damit abgenommen haben. Auch die Medien haben mit ihrer Berichterstattung dazu beigetragen, dass es einen riesigen Run

«Elon Musk und weitere Influencer haben das Medikament auf sozialen Medien als Abnehmdroge gehypt.»

auf das Medikament gab, auch von Leuten ohne Diabetes, die damit abnehmen möchten. Darunter schwer Übergewichtige, aber auch Frauen, die einfach von einer Kleidergrösse 38 auf eine 36 abnehmen möchten.

Hinzu kommt, dass auch die In-Label-Nachfrage nach dem Medikament zur Behandlung von Diabetes gestiegen ist, weil es sehr potent ist und auch schützende Effekte auf das Herz-Kreislauf-System nachgewiesen wurden [1].

Kann das Medikament denn tatsächlich Nicht-Diabetikern beim Abnehmen helfen?

Ja. Als sogenannter GLP-1-Rezeptorantagonist mit dem Wirkstoff Semaglutid wirkt Ozempic auf das Appetitzentrum und verlangsamt die Magenentleerung – Sie essen weniger. Bei vielen führt das Medikament anfangs zu Übelkeit, Erbrechen und weniger häufig zu Durchfall oder Verstopfung. Kaum jemand spricht über diese Nebenwirkungen oder darüber, dass das Gewicht meist Schritt für Schritt zurückkommt, wenn Ozempic abgesetzt wird. Es ist kein Wundermittel, und man sollte es nicht leichtfertig verschreiben.

«Ozempic ist kein Wundermittel, man sollte es nicht leichtfertig verschreiben.»

War das mit ein Grund, weshalb Sie und Prof. Dr. med. Bernd Schultes vom Stoffwechsellabor St. Gallen sich Ende Dezember in einem Brief an Ihre Ärztekolleginnen und -kollegen Ihrer Kantone wandten?

Einerseits ging es uns darum, aufzuzeigen, welche Alternativen bestehen, wenn Ozempic nicht verfügbar ist. Es gibt Medikamente derselben Wirkstoffklasse, auf die man ausweichen kann. Manche wirken vergleichbar gut, manche etwas geringer.

Weiter gingen wir im Brief darauf ein, was man berücksichtigen sollte, wenn man Patienten mit Adipositas off-label mit Ozempic behandelt. Denn die Nachfrage ist gross. Selbst zu uns Spezialisten mit Wartezeiten von drei bis vier Monaten kommen Patienten und Patientinnen und sagen: Ich habe davon gehört, ich will das unbedingt. Auch Hausärztinnen und Hausärzte sind dem ausgesetzt und manche haben mich kontaktiert, um zu erfahren: Gottfried, was sollen wir tun?

Verschreiben Sie Ozempic zum Abnehmen?

In manchen Fällen schon. Aber ich prüfe, ob auch eine Behandlung mit dem Medikament Saxenda möglich ist. Es ist ebenfalls ein GLP-1-Rezeptorantagonist wie Ozempic, aber speziell zur Gewichtsreduktion bei Übergewicht zugelassen. Es wird von den Krankenkassen bezahlt.

An Patientinnen und Patienten ohne Diabetes gebe ich Ozempic nur dann ab, wenn sie massiv übergewichtig sind und dadurch Gesundheitskomplikationen haben. Ich kombiniere das immer mit einer Ernährungsberatung und mit der Anleitung «Bitte bewegen Sie sich mehr», denn ohne diese Massnahmen funktioniert es nicht. Ich beschreibe es gerne als medikamentös unterstützte Lebensstiländerung, denn die Lebensstiländerung ist das entscheidende Erfolgsgeheimnis. Zudem informiere ich darüber, welche Nebenwirkungen auftreten können und dass sie unter dem Medikament nicht schwanger werden sollten. Ferner ist wichtig, dass Ozempic auf Dauer gespritzt werden muss, weil man mit grosser Wahrscheinlichkeit wieder zunimmt, wenn die Therapie gestoppt wird. Ob es ein zweites Mal gleich gut funktioniert, ist fraglich. Oft ist es mit dem Abnehmen dann nicht mehr so leicht.

Weshalb?

Das Problem ist: Der Körper will eigentlich nicht abnehmen. Wenn er zwei bis drei Kilogramm abnimmt, denkt er gleich an den Hungertod und aktiviert Programme, die Energie sparen. Er vermehrt den Appetit, schränkt die Wärme- und Haarproduktion ein. Sie defäkieren quasi energieärmer, wenn Sie abnehmen, weil der Körper die Nahrung dann besser ausbeutet. Das alles erschwert es, abzunehmen und das Gewicht unten zu halten.

Wollen gewisse Patientinnen und Patienten das Medikament nicht mehr haben, wenn Sie ausführlich darüber informieren?

Ich habe immer wieder Patienten und Patientinnen, die nach einem Infogespräch sagen: Ach so, dann überlege ich mir das nochmals.



Literatur

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



Prof. Dr. med. Gottfried Rudolfsky

Inhaber einer Praxis Endokrinologie, Diabetologie und Adipositas in Olten, ausserordentlicher Professor an der Universität Heidelberg und Dozent an der ETH Zürich.

Es kann uns alle treffen

Digitalisierung Einen 100-prozentigen Schutz vor Cyberkriminellen gibt es nicht. Wer sich aber im Ernstfall richtig verhält, hat einen entscheidenden Vorteil. Was Sie nach einer Attacke sofort tun sollten – und wie Sie sich bereits jetzt vorbereiten können.

Lucas Schult

In einer meiner letzten Kolumnen habe ich geschrieben, dass es keine Schande ist, auf eine professionelle Cyberattacke hereinzufallen. Ja, die meisten von uns wissen längst, dass man bei verdächtigen E-Mails vorsichtig sein und Links nicht wahllos anklicken soll. Deshalb denken wir – und mich selber schliesse ich hier nicht aus – dass es uns wohl kaum treffen wird. Denn wir wissen ja Bescheid und sind vorsichtig. Trotzdem sind Cyberattacken immer wieder erfolgreich. Warum? Weil das Wissen über die Angriffsmethoden Cyberkrimineller alleine keinen ausreichenden Schutz bietet. So spielt beispielsweise die Situation, in der sich jemand gerade befindet, eine wichtige Rolle. Stress, Emotionen, Unaufmerksamkeit – jede und jeder kann auf eine Cyberattacke hereinfallen, die lernende MPA ebenso wie die Praxisinhaberin – und auch IT-Profis, die sich tagtäglich mit IT-Sicherheit auseinandersetzen, sind nicht gefeit. Leider bieten selbst die besten Schutzmassnahmen keine 100-prozentige Sicherheit. Und nach einer erfolgreichen Cyberattacke spielt das richtige Verhalten eine wichtige Rolle und entscheidet darüber, ob diese schwerwiegende Folgen hat oder eben nicht. Deshalb möchte ich Ihnen heute Tipps geben, wie Sie sich im Ernstfall richtig verhalten.

Reden ist Gold

Zunächst einmal gilt: Schweigen ist definitiv keine gute Option. Sind Sie sich nicht sicher, ob Sie vielleicht gerade einen gefährlichen Link angeklickt haben? Dann fragen Sie lieber einmal zu viel als einmal zu wenig bei Ihrem IT-Partner oder IT-Support nach. Dies gilt nicht nur für Sie, sondern für Ihr gesamtes Team. Deshalb ist es wichtig, dass alle Team-Mitglieder wissen, dass ihnen keine Sanktionen drohen, sollte es einmal zu einem solchen Zwischenfall kommen. Nur so können Sie sicherstellen, dass jede und jeder sofort handelt – statt zu hoffen, dass niemand die eigene Unachtsamkeit bemerkt.

Doch was soll man nun tun, wenn man Opfer einer Cyberattacke geworden ist? Am sichersten ist es, alle Systeme – Computer, Laptops, und so weiter – abzuschalten. Danach schalten Sie auch WLAN-Router aus und trennen das System zusätzlich vom Netzwerk. So können Sie verhindern, dass eine allfällige Schadsoftware weitere Systeme infiziert. Involvierern Sie im Anschluss umgehend Ihren

IT-Support, damit dieser Sie beim weiteren Vorgehen unterstützen kann. Dabei ist es wichtig, dass Sie den Vorfall genau schildern: Wurde eine E-Mail geöffnet? Wurde auf einen Link geklickt? Was passierte danach?

Ebenfalls sollten Sie alle Mitarbeitenden Ihrer Praxis informieren, denn vielleicht haben nicht nur Sie die verseuchte E-Mail erhalten... Ihr IT-Support kann dann mit den entsprechenden Vorsichtsmassnahmen (zum Beispiel deaktiviertes Netzwerk) auch die anderen Computer und Mailkonten Ihrer Praxis überprüfen und schädliche Nachrichten aus allen Posteingängen und aus den elektronischen Papierkörben löschen.

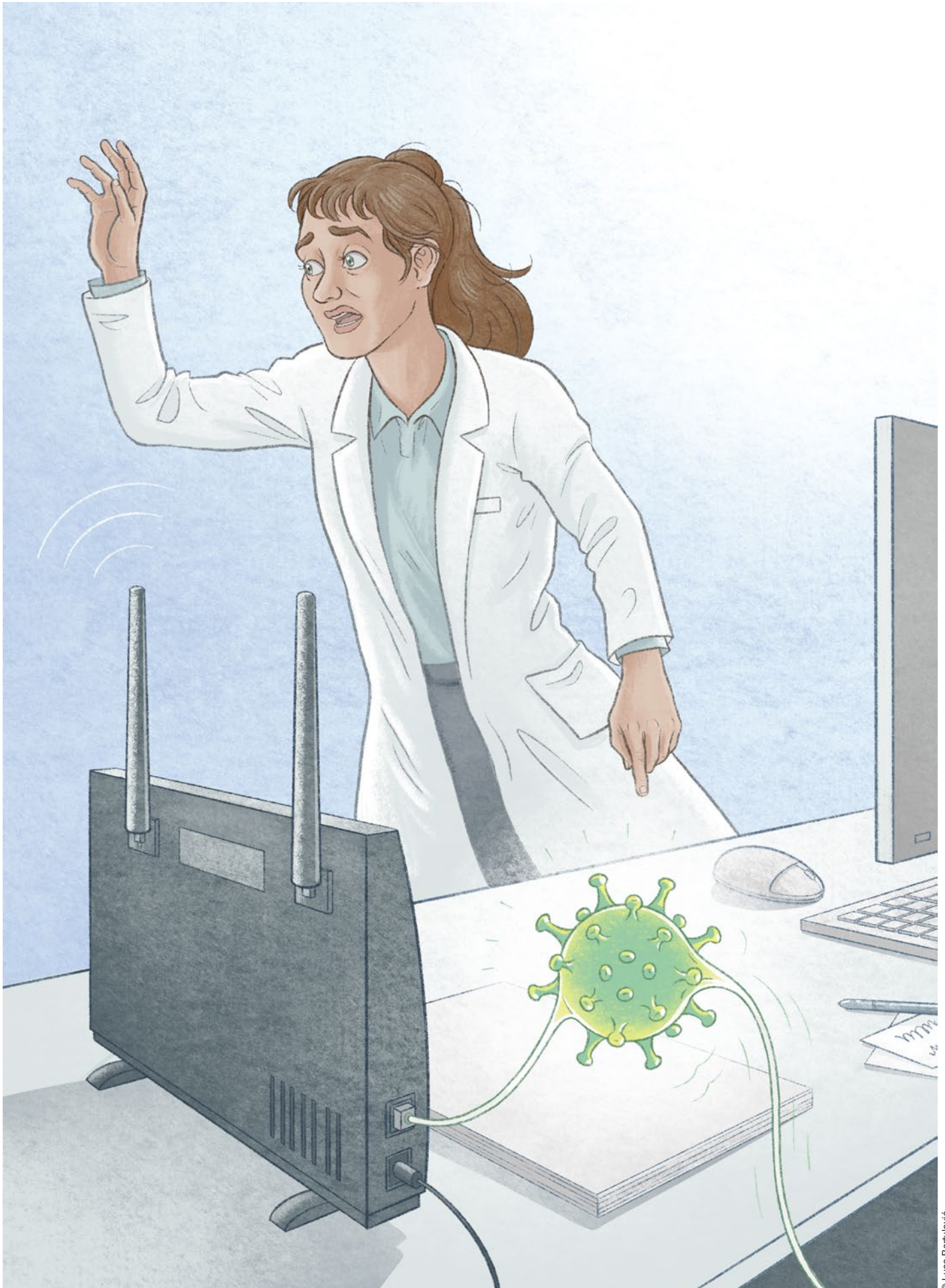
Die richtige Backup-Strategie

Und zum Schluss liegt mir noch folgende Botschaft am Herzen: Wer seine Praxis schon im Vorfeld gut auf eine mögliche Cyberattacke vorbereitet, hat im Ernstfall entscheidende Vorteile. Bei einem sogenannten Ransomware-Angriff zum Beispiel werden ein Teil oder auch alle Daten Ihrer Praxis durch den Angreifer verschlüsselt. Im Anschluss fordert dieser dann zum Teil Unsummen an Erpressungsgeld für den Entschlüsselungscode... Haben Sie also bereits im Vorfeld in eine funktionierende Backup-Strategie investiert, die auch Ransomware-Attacken berücksichtigt, wird ein allfälliger Datenverlust nun marginal sein. Ergänzen Sie die Backup-Strategie zudem mit einer guten Endpoint Security (EPS), die auch mit Ransomware klarkommt, haben Sie eine noch bessere Ausgangslage. Durch eine gute Vorbereitung in Kombination mit dem richtigen Verhalten im Ernstfall sind Sie und Ihre Praxis den Cyberkriminellen also keinesfalls schutzlos ausgeliefert.



Lucas Schult

Lucas Schult ist Geschäftsführer (CEO) von HIN. Er schreibt an dieser Stelle regelmässig über digitale Sicherheit.



© Luca Bartulović

Wir müssen uns unterhalten



Bahador Saberi
 Chef vom Dienst,
 Schweizerischer
 Ärzteverlag EMH

Neulich habe ich eine Unterhaltung geführt. Keine gewöhnliche, denn ich habe nicht mit einem Menschen gesprochen, sondern mit einer Maschine. Genauer gesagt: mit Chat Generative Pre-trained Transformer, kurz ChatGPT. Das US-amerikanische Unternehmen OpenAI hat das textbasierte Dialogsystem im November 2022 auf den Markt gebracht. Seit Januar 2023 ist ChatGPT auch medial in der Gesellschaft angekommen, so auch bei mir und schätzungsweise 100 Millionen anderen aktiven Nutzerinnen und Nutzern [1]. Der neue Chatbot formuliert und übersetzt Texte in «hunderte Sprachen», schreibt Gedichte und erzählt Witze. Er kann mathematische Operationen ausführen, codieren, Fragen beantworten und führt sogar «echte, menschenähnliche Dialoge».

Hin und wieder spreche ich mit Apples Künstlicher Intelligenz Siri, weil es einfacher ist, per Spracheingabe einen Timer zu stellen. Siri ist zwar cool, aber die Interaktion mit ihr ist nicht dialogisch. Man merkt Siri deutlich an, dass sie eine Maschine ist. So banal diese Einsicht auch tönen mag: Sie ist es nicht, beziehungsweise sie wird es in naher Zukunft nicht mehr sein. Ich bin überzeugt, dass Chatbots menschliche Dialoge nahezu perfekt nachahmen werden, dass es für Menschen schwierig sein wird, sie zweifelsfrei als solche zu identifizieren. Die Vorstellung, dass ChatGPT, Siri, Bard, Alexa – you name it – echte Dialoge mit uns führen, ist gleichermaßen faszinierend wie beunruhigend. Die gesellschaftlichen Veränderungen, die durch Künstliche Intelligenz bevorstehen, werden zentrale Bereiche unseres Lebens zum Teil massiv verändern, einige davon disruptiv.

Während meines Dialogs mit ChatGPT lag der Gedanke nahe, den Text für dieses «Zu guter Letzt» den Chatbot schreiben zu lassen. Was denken Sie? Hat ChatGPT diesen Text geschrieben? Nein. In der Tat sind diese Zeilen, die Sie gerade lesen, durch einen Menschen entstanden. Die Bot-Versionen dieses «Zu guter Letzt» lesen sich wie technokratische Marketingtexte, welche die Werbeversprechen der neuen Künstlichen Intelligenz bestmöglich vermarkten möchten. Die

Textergebnisse wirken generisch, wenig spannend, dafür sachlich, informativ und ohne Schnörkel. Das mag seine Vorteile haben, aber den Mehrwert eines von Menschenhand verfassten Textes bieten sie (noch) nicht. Zumindest nicht für dieses Format. Sollten Sie Nutzer oder Nutzerin von ChatGPT sein, können Sie sich selbst überzeugen. Geben Sie ein: «Schreib ein «Zu guter Letzt» für die Schweizerische Ärztezeitung.»

Spricht man ChatGPT auf seinen konkreten Nutzen für den medizinischen Alltag an, bietet er folgende fünf Punkte an: «1. Unterstützung bei der Diagnose von Krankheiten. 2. Personalisierte Behandlungspläne. 3. Das Überwachen von Patienten. 4. Medikamentenentwicklung. 5. Verbesserte Forschung.»

Ausserdem habe ich die Maschine gefragt, ob sie auch in der Lage sei, ein Arzt-Patienten-Gespräch zu simulieren. Sie bejahte. Allerdings hat ChatGPT nicht verstanden, dass ich bei der angefragten Simulation der Gastroenterologie bin und die Maschine den Patienten simulieren soll. Auch dann nicht, als ich mich als Internist ausgegeben habe. In die Rolle eines fiktiven Patienten, für den der Arzt oder die Ärztin eine Diagnose stellen soll, konnte ChatGPT nicht schlüpfen.

Der technologische Fortschritt hat in der Menschheitsgeschichte oftmals Faszination hervorgerufen, aber auch Unsicherheiten und Ängste. Von der Erfindung des Buchdrucks bis ins digitale Zeitalter des 21. Jahrhunderts: ChatGPT markiert den Anfang eines Startpunkts, von dem wir heute noch nicht wissen, wohin die Reise führt. Bleiben wir fasziniert und lassen uns nicht beunruhigen durch das, was noch kommt.



Literatur

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

29.03.2023 | 09.00–16.00 Uhr

Kurs «Basiswissen praktische Ethik 2023» (Termin I)

In diesem eintägigen Kurs «Basiswissen praktische Ethik» geht es darum, den Kursteilnehmerinnen und Kursteilnehmern ethisches Handlungswerkzeug mitzugeben, das ihnen den Umgang mit ethischen Fragen erleichtert.

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

29.03.2023 | 13.00–20.00 Uhr

WorldBipolarDay23ch: «HNO-Tresor» Van Goghs & Mozarts, (nukl.) med. BP-Updates 22/23, Unpluggo «Internetitis»

Greifbarere Bipolare Störungen! Im Klassik-Phasenraum D-H-F wird das BP-Spektrum sprachlich & nano- bis- makro-medizinisch aktuell 22/23 greifbar – auch am «HNO-Tresor»: mit Trio Casciafuorte.ch. Mit Unpluggo.ch ziehen wir uns die Digital-Stecker!

World Trade Institute wti.org, Hallerstrasse 6,
3012 Bern, Schweiz
Kontakt: Gottfried Treviranus
biposuisse@bluewin.ch

30.03.2023–31.03.2023

Formation en appréciation de la capacité de travail (ACT) module 1

Ce cours de formation est destiné aux médecins pratiquant en Suisse qui désirent améliorer leur savoir-faire dans le domaine de l'évaluation de la capacité de travail. Pour plus d'informations, consultez notre site web.

Hotel Continental Lausanne, Place de la Gare 2,
1003 Lausanne, Schweiz
Kontakt: Administrative Office Swiss Insurance Medicine
info@swiss-insurance-medicine.ch

31.03.2023–01.04.2023

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

09.04.2023–14.04.2023

Lindauer Psychotherapiewochen 2023: Das Ende der Vernunft?

Fachtagung zur Fortbildung und Weiterbildung in Psychotherapie, Psychiatrie und Psychosomatik.

Inselhalle Lindau, 88131 Lindau (Bodensee), Deutschland
Kontakt: Lindauer Psychotherapiewochen
Info@Lptw.de

12.04.2023–15.04.2023

DGK – 89. Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Kardiologie – Herz- und Kreislaufrorschung e.V.

Besuchen Sie uns auf der 89. Jahrestagung in Mannheim! Tagungsthema: Epidemie Herzinsuffizienz: Mechanismen erforschen, Herzen heilen!

Congress Center Rosengarten Mannheim, Rosengartenplatz 2, 68161 Mannheim, Deutschland
Kontakt: Andrea Wieland
kongress@dgk.org

13.04.2023–15.04.2023

31. Österreichisches Osteoporoseforum

Eventresort Hotel scalaria, 5360 Sankt Wolfgang im Salzkammergut, Österreich
Kontakt: Frau Iris Bobal, Frau Carmen Zavorsky
osteoporose@media.co.at

15.04.2023 | 08.00–19.00 Uhr

fresh up digital – Hausarztmedizin EXTRA 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

15.04.2023–16.04.2023

Frankfurt Retina Meeting 2023

The meeting will include live surgery, presentations, panel discussions and videos from invited guests and participants. The live surgery will be transmitted simultaneously from different european surgical centers.

Rheingoldhalle, Rheinstraße 66, 55116 Mainz, Deutschland
Kontakt: wikonect GmbH
info@wikonect.de

16.04.2023–21.04.2023

Lindauer Psychotherapiewochen 2023: Das Ende der Freiheit?

Fachtagung zur Fortbildung und Weiterbildung in Psychotherapie, Psychiatrie und Psychosomatik.

Inselhalle Lindau, 88131 Lindau (Bodensee), Deutschland
Kontakt: Lindauer Psychotherapiewochen
Info@Lptw.de

18.04.2023–22.04.2023

Garmisch Symposium International, Radiologie und Integrierte Diagnostik, Image is everything!

Image is everything – das Kongressmotto spiegelt die zentrale Rolle der Radiologie als diagnostisches und therapeutisches Schnittstellenfach wider. Wissenschaftlich und technisch am Puls der Zeit, klinisch nah am Patienten.

Kongresshaus Garmisch-Partenkirchen, Richard-Strauss-Platz 1, 82467 Garmisch-Partenkirchen, Deutschland
Kontakt: Kongressverein für Radiologische Diagnostik e.V. und Eurokongress GmbH GbR
garmisch-symposium@eurokongress.de

20.04.2023 | 08.30–16.30 Uhr

Arbeit und Gesundheit für Ärzte

Die SGARM bietet eine mehrteilige Kursreihe für Ärztinnen und Ärzte an, welche an arbeits- und umweltmedizinischen Themen interessiert sind und ihre Kenntnisse mit Spezialisten aus der Praxis und Forschung verbessern wollen.

Universität Zürich, Institut für Epidemiologie, Biostatistik und Prävention, Hirschengraben 84, 8001 Zürich, Schweiz
Kontakt: Michèle Spahr
info@sgarm-ssmt.ch



Fehlt Ihre Veranstaltung?

Tragen Sie sie ein auf events.emh.ch

Soll Ihre Veranstaltung herausstechen?

Wir helfen gerne.
events@emh.ch