

SCHWEIZERISCHE ÄRZTEZEITUNG & SWISS MEDICAL FORUM

Ausgabe 14/15
5. April 2023

10 Heilende Drogen
Mit psychedelischen
Wirkstoffen therapieren



14 **Kommet her zu mir**
Einblick in die Arbeit
der Spitalseelsorge

24 **Koordinierte Versorgung**
Die Pläne des Bundesrats
sind untauglich

44 **Prävention und Therapie**
Dementielle Erkrankungen aus
neurologischer Perspektive

Viele Wege führen zum Ziel



Eva Mell

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

Die eine erfolgreiche Therapie gibt es nicht immer. Es kann verschiedene Wege zur Besserung geben. Einer davon kann die Einnahme von Psychedelika sein. Ein Schweizer Psychiater erzählt in der Coverstory von Daniel Saraga ab Seite 10 von einer Patientin, die ihm sagte, Antidepressiva seien für sie wie Heftpflaster. Die Behandlung mit einem Psychedelikum hingegen habe bei ihr eine Heilung von innen heraus angestossen. Erst ein einziges Mal habe der Psychiater die Rückmeldung erhalten, dass eine Person solch eine Erfahrung nicht wiederholen wolle. Für wen aber kommt denn diese Art der Therapie in Frage, wie bewerten Studien die Wirksamkeit und welche Kriterien gibt es, an die sich die Behandelnden halten müssen? Der Artikel beantwortet diese und weitere Fragen.

Antidepressiva sind für die Patientin wie Heftpflaster. Die Therapie mit dem Psychedelikum hat eine Heilung von innen angestossen.

Genauso wenig wie es nur den einen Weg zur erfolgreichen Behandlung einer Erkrankung geben kann, gibt es den einen richtigen Weg zur koordinierten Versorgung. Im Beitrag «Koordination stärken statt Koordination regulieren» von Anne-Geneviève Bütikofer et al. ab Seite 26

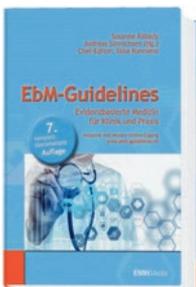
lesen Sie, weshalb die Gesetzesvorlage des Bundes zur Förderung der koordinierten Versorgung keinen Mehrwert, sondern ein neues Silo in unserem Gesundheitswesen schafft. Die Autorinnen und Autoren schreiben: «Damit droht das Gesetz die Innovationen abzuwürgen, die in den letzten Jahrzehnten die Erfolgsgeschichte einer immer besser koordinierten Versorgung ermöglicht haben.»

Schlagen wir den Bogen zurück zu konkreten Therapieoptionen bei verschiedenen Erkrankungen. Wie kann man die Muskelfunktion und -kraft von Menschen wiederherstellen, die aufgrund einer neurologischen Erkrankung oder eines Traumas die Fähigkeit verloren haben, ihre Muskeln zu bewegen? Eine Möglichkeit ist die Elektrostimulation. Ines Bersch-Porada und Michael Baumberger beschreiben den Stand der Dinge im «Schlaglicht: Physikalische Medizin und Rehabilitation» ab Seite 48. Und Nils Peters et al. erklären ab Seite 44 präventive und therapeutische Massnahmen bei Demenzbetroffenen, die auf individueller Basis und möglichst frühzeitig erfolgen müssen.

Anzeige

EbM-Guidelines

Evidenzbasierte Medizin für Klinik und Praxis



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

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

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

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



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

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

Inhaltsverzeichnis

3	Editorial von Eva Mell Viele Wege führen zum Ziel
6	REDAKTIONELLE INHALTE
6	News
6	Auf den Punkt COVID-19 – Herausforderungen für Medizin und Sozialwissenschaften
10	Hintergrund Heilende Drogen
14	Reportage Kommet her zu mir
18	Forum Martigny – bloss ein Einzelfall?
20	Forum Die Notaufnahme steht vor dem Kollaps
21	Forum Briefe an die Redaktion
22	Mitteilungen
78	Wissen Die Gamer-Brille für den Ernstfall
80	Praxistipp Kritisch denken – besser kommunizieren
82	Zu guter Letzt von Nicole Ritz Die Macht der Sprache
23	FMH
24	Leitartikel des Zentralvorstandes Der Ritt auf dem toten Pferd
26	FMH Aktuell Koordination stärken statt Koordination überregulieren

32	FMH Aktuell Die Stimme der Physician Associates in der Schweiz
34	Personalien
36	ORGANISATIONEN
36	SGGG gynécologie suisse Ein Speicheltest zur Endometriose-Diagnose?
38	Tox Info Suisse Bei Vergiftungen und Vergiftungsverdacht: 145
41	SWISS MEDICAL FORUM
42	Kurz und bündig von Lars C. Huber et Martin Krause
44	Übersichtsartikel AIM Demenzerkrankungen aus neurologischer Perspektive – Teil 2
48	Medizinisches Schlaglicht Elektrostimulation und Technologien – Realität und Realisierung
52	Was ist Ihre Diagnose Eine folgenschwere Erkältung
70	SCHWERPUNKT: KARDIOLOGIE/DIABETOLOGIE
70	Die Closed-Loop-Insulintherapie
73	Magenbypass – ohne Fusspunktanastomose?
76	Bariatrische Chirurgie – ein Auslaufmodell?
55	SERVICES
55	Stellenmarkt
61	Seminare und Veranstaltungen
63	FMH Services

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, Christelle Grisnaux, 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. Werli.

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

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

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

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

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

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

Rubrik FMH Services: FMH Consulting Services, Stellenvermittlung, 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, dml@fmh.ch

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

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

Gestaltungskonzept: Agentur Guido Von Deschwanden

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

Fotos: Alle Fotos sind, sofern nicht anders angegeben, zur Verfügung gestellt. Titelbild: Caroline Murphy

Im Fokus



10

Heilende Drogen

Psychedelika Die Studien scheinen vielversprechend, viele Therapeuten sind überzeugt, dass es funktioniert: mit Drogen psychische Erkrankungen wie Depressionen und posttraumatischen Stress behandeln. Psychedelika-unterstützte Therapien sind in der Schweiz auf dem Vormarsch – in der Forschung, aber auch in den Praxen.

Daniel Saraga



14

Kommet her zu mir

Spitalseelsorge Gefaltete Hände, gesenkter Blick – die Seelsorge ist mit so einigen Vorurteilen belastet. Dabei kann sie auch ganz anders. Die Seelsorgenden am Universitätsspital Zürich machen Schulungen, sind bei Krisengesprächen dabei und gestalten Rituale für die Mitarbeitenden. Und natürlich führen sie auch Patientengespräche. Wir haben sie begleitet.

Rahel Gutmann

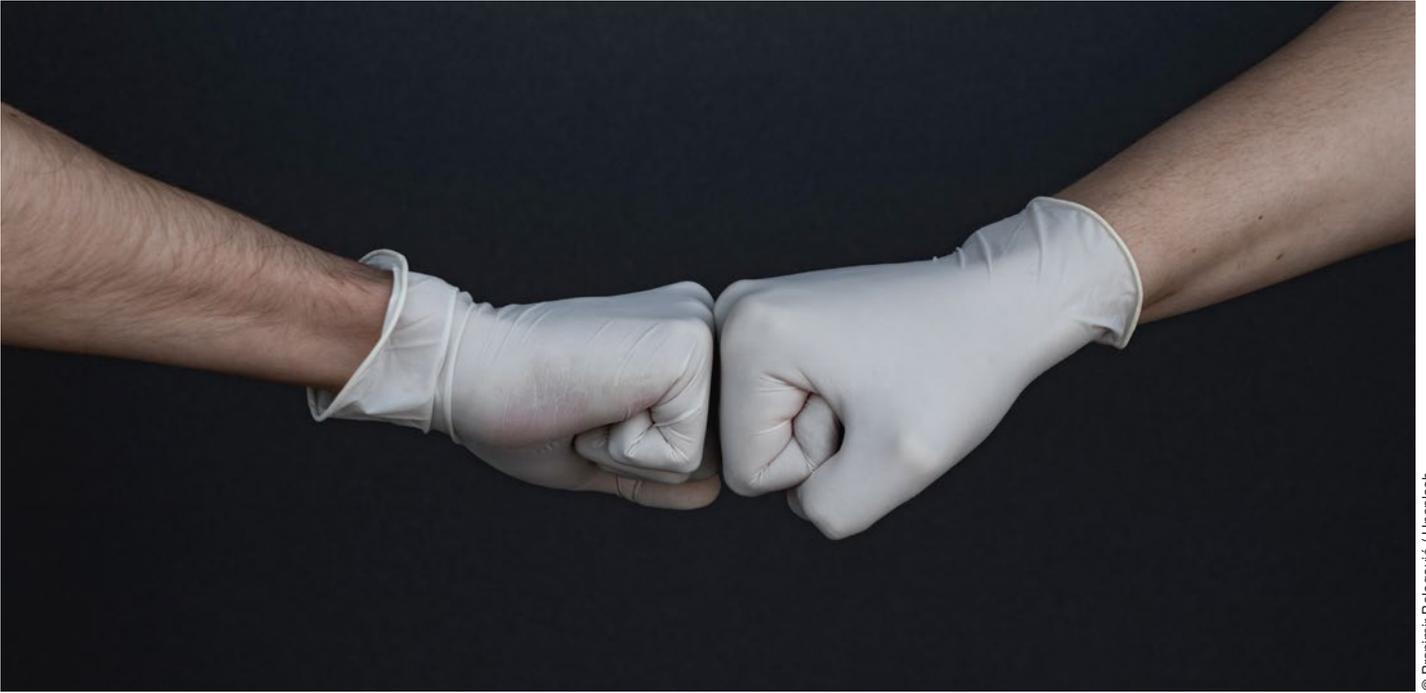


80

Kritisch denken und besser kommunizieren

Arzt-Patienten-Kommunikation Ärztinnen und Ärzte halten sich konstant auf dem aktuellen Wissensstand. So unterstützen sie Menschen, sich an medizinischen Entscheidungen zu beteiligen. Dafür sollten sie die Evidenz kritisch betrachten – und das ist oft nicht leicht.

Sven Streit



© Branimir Balogović / Unsplash

Mit vereinten Kräften erforschen Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftler Sars-CoV-2.

Auf den Punkt

COVID-19: Herausforderungen für Medizin und Sozialwissenschaften

Forschung Was haben wir aus der Coronavirus-Pandemie gelernt? Wissenschaftler der Nationalen Forschungsprogramme 78 und 80 tauschten sich kürzlich in Thun über diese Frage aus. Die Krise ist zwar weitgehend unter Kontrolle, aber es gibt noch immer Herausforderungen.

Julia Rippstein

Fast auf den Tag genau vor drei Jahren rief die Schweiz angesichts der Ausbreitung des Coronavirus den Notstand aus und begab sich in eine Art Halbschlaf. COVID-19 hat in der Folge zwar das Gesundheitssystem auf die Probe gestellt, aber auch die Forschung vorangetrieben. Am 22. März dieses Jahres trafen sich rund 250 Forschende aus verschiedenen Disziplinen, die den Fortschritt ermöglichen haben, in Thun, um Bilanz zu ziehen. Die vom Schweizerischen Nationalfonds (SNF) organisierte Konferenz bot auch die Gelegenheit, das Nationale Forschungsprogramm NFP 78 «COVID-19» abzuschliessen und das NFP 80 «COVID-19 und Gesellschaft» zu lancieren.

«Auf wissenschaftlicher Ebene haben wir enorm viel gelernt», resümierte Marcel Salathé, der die Leitungsgruppe des NFP 78 präsidierte. Die dänische Forscherin Lone Simonsen, Leiterin des Pandemieforschungszentrums der Universität Roskilde, zählte als Gast an der Konferenz Fakten auf, die die wissenschaftliche Gemeinschaft zum Teil

überrascht hatten: Die Eindämmungsmassnahmen waren viel wirksamer als frühere Pandemien vermuten liessen; der Impfstoff erwies sich als hochwirksam gegen schwere Formen von COVID-19; die Beschränkung zufälliger Kontakte, zum Beispiel bei Massenevents, erhöhte unsere Fähigkeit, es zu kontrollieren; die erhöhte Sterblichkeit hing mit dem Misstrauen gegenüber dem Impfstoff zusammen.

Vorbereitung auf eine nächste Pandemie

Diese Entdeckungen waren nur möglich, weil sich die Wissenschaft sofort und massiv für die Bekämpfung dieses noch wenig bekannten Virus einsetzte, um die grosse Gesundheitskrise unter Kontrolle zu bringen. In der Schweiz wurde das NFP 78 im April 2020 gestartet und verfügte über ein Budget von 20 Millionen Franken. Insgesamt 28 Forschungsprojekte, die zahlreiche Felder von der Epidemiologie über die Radiologie bis hin zu den Ingenieurwissenschaften abdeckten, haben neue Erkenntnisse über COVID-19

gebracht und sollen dazu dienen, die nächste Pandemie besser zu bewältigen. «Viele der Innovationen wurden in den klinischen Alltag integriert. In drei Jahren war die Lernkurve enorm», sagte Emanuela Keller, Abteilungsleiterin Neurochirurgie am Institut für Intensivmedizin des Universitätsospitals Zürich und Mitglied der Leitungsgruppe des NFP 78. Als Beispiel nannte die Forscherin ein auf Algorithmen basierendes Warnsystem, das SARS-CoV-2-Fälle in neurochirurgischen Intensivstationen aufspürt. Es könnte unter anderem dazu führen, dass die Übertragung des Virus innerhalb der Station zurückgeht, die Anzahl der verwendeten Tests um zwei Drittel reduziert wird und das Personal in Stresssituationen schnelle Entscheidungen treffen kann. «Daten sind eine Bereicherung für Spitäler. Aber es bedarf einer umfassenden Verwaltung dieser Daten. Die Koordination ist lückenhaft.» Die EPFL hat ihrerseits in Zusammenarbeit mit einem multidisziplinären Team eine neue Hochdurchsatz-Mikrofluidik-Technologie für serologische Massentests entwickelt. Ziel ist es, in naher Zukunft von zu Hause aus einen einzigen Blutstropfen für mehrere Testproben zu entnehmen. Die versammelten Forschenden waren sich einig, dass die Implementierung ein anspruchsvoller Schritt bleibt, der in Forschungsprojekten noch zu wenig im Fokus steht. Das Fazit der Forschenden: «Es ist wichtig, dass ein Projekt einen Nutzen hat, ohne den eine gesundheitspolitische Umsetzung nicht möglich ist.»

«Forschende müssen aus ihrem Elfenbeinturm herauskommen und besser kommunizieren, was sie tun und wie sie es tun.»

Die Sozialwissenschaften aufwerten

Trotz der vielen fruchtbaren Erkenntnisse war das Krisenmanagement nicht nur beispielhaft. Die Konferenzteilnehmenden sprachen immer wieder das Problem der Kommunikation an. Ein Beispiel: Die Forschenden haben festgestellt, dass COVID-19 eine Krankheit ist, die durch die Luft übertragen wird, aber diese Information ist nicht gut genug an die Öffentlichkeit gelangt. Das Fazit: «Die Wissenschaftler müssen aus ihrem Elfenbeinturm herauskommen und besser kommunizieren, was sie tun und wie sie es tun.» Das Krisenmanagement wird im Rahmen des NFP 80 erforscht, das im Dezember 2022 startete. Mit einem Budget von 14 Millionen Franken umfasst es 25 Projekte aus den Geistes- und Sozialwissenschaften. Wissenschaften, die bei einer Pandemie früher und intensiver einbezogen werden müssen. In ihrer Rede «Gesellschaften im Spiegel von COVID-19» betonte die Professorin und Bioethikerin Samia Hurst die Bedeutung des NFP 80, dessen Leitungsgruppe sie angehört: «Die menschlichen Aspekte sind Teil einer Pandemie. COVID-19 war ein 'Stresstest' für die gesamte Gesellschaft.» Die Pandemie habe Themen wie häusliche Gewalt, schlechte Arbeitsbedingungen in bestimmten Berufen und die Widerstandsfähigkeit von Jugendlichen gegenüber der Krise in den Vordergrund gerückt. Die Ergebnisse des NFP 80 werden die Ergebnisse des NFP 78, die bald veröffentlicht werden, ergänzen und Empfehlungen ermöglichen.

Persönlich

Susanne Fasler ist Leitende Ärztin in Aarau



Dr. med.
Susanne Fasler

KSA Dr. med. Susanne Fasler ist seit dem 1. März Leitende Ärztin im Ambulatorium der Frauenklinik des Kantonsspitals Aarau (KSA). Die Fachärztin für Gynäkologie und Geburtshilfe ist seit 2017 als Oberärztin in der Frauenklinik im KSA tätig. Fasler absolvierte ihr Humanmedizinstudium an der Universität Basel und promovierte 2011. Anschliessend verbrachte sie ihre Assistenzzeit im Spital Laufenburg, in der Frauenklinik im Spital Grabs sowie in der Frauenklinik des KSA. Neben ihrer ärztlichen Tätigkeit doziert sie an der Aargauischen Fachschule für Anästhesie-, Intensiv- und Notfallpflege sowie an der Zürcher Hochschule für angewandte Wissenschaften. Ausserdem arbeitet sie als Kursleiterin für den Schweizerischen Hebammenverband.

Attila Kollár wird Chefarzt Onkologie in Biel



PD Dr. med.
Attila Kollár

SZB PD Dr. med. Attila Kollár wird ab dem 1. August Chefarzt Onkologie am Spitalzentrum Biel (SZB). Der 47-Jährige ist zurzeit als Leitender Arzt in der Universitätsklinik für Medizinische Onkologie des Inselspitals Bern tätig. Er ist Co-Leiter des Sarkomzentrums und leitet seit 2020 das Zentrum für gastrointestinale Stromatumore. Der Facharzt für Allgemeine Innere Medizin und Medizinische Onkologie absolvierte das Medizinstudium in Bern und Fribourg. Seine onkologische Ausbildung verbrachte er im Onkologiezentrum Berner-Oberland in Thun sowie im Inselspital Bern. 2013 folgte ein Forschungsaufenthalt am Royal Marsden Hospital in London, bevor er 2016 ans Inselspital zurückkehrte.

Dieter Hänggi übernimmt Spitalleitung in Solothurn



Dieter Hänggi

SoH Dieter Hänggi übernimmt die Leitung des Bürgerspitals Solothurn ad interim. Hänggi ist seit 2018 als Leiter Pflegedienst und seit Juli 2021 zusätzlich als stellvertretender Direktor im Bürgerspital tätig. Zudem ist er Mitglied der Spitalleitung und des Fachgremiums Pflege. Er übernimmt die Leitung bis eine Nachfolge für die jetzige Direktorin Karin Bögli gefunden wird. Das Arbeitsverhältnis zwischen Bögli und der Solothurner Spitäler AG wird per Ende Mai aufgelöst. Grund dafür seien «unterschiedliche Auffassungen betreffend die Unternehmensführung», wie das Unternehmen in einer Medienmitteilung angibt.

Aus der Wissenschaft

Jogginghose misst Erschöpfung

Innovation Wenn Menschen müde werden, bewegen sie sich anders. Diesen Effekt können ETH-Forschende mit einem neuen Sensor aus speziellem Garn messen. Die innere Faser besteht aus einem leitenden, elastischen Gummi, umwickelt von einem Draht. «Die beiden Fasern wirken als Elektroden und erzeugen ein elektrisches Feld», erklärt Tyler Cuthbert, Mitglied der Forschungsgruppe in einer Medienmitteilung. Eine weitere Eigenschaft: Das Garn wird dicker, wenn man daran zieht. Mit der integrierten Antenne bildet es einen Schaltkreis, der ein Signal in einer bestimmten Frequenz aussendet. Bereits wenn es sich geringfügig ausdehnt, entstehen deutlich messbare Schwankungen. Diese sollen künftig in Echtzeit mit dem Smartphone empfangen und ausgewertet werden können. Das smarte Garn könnte – zum Beispiel in Jogginghosen eingenäht – Verletzungen im Sport und am Arbeitsplatz vorbeugen oder in der Rehabilitationsmedizin eingesetzt werden.

doi.org/10.1002/adma.202209321

Nasenspray wirkt bei Migräneattacken

Kopfschmerzen Ein neues Nasenspray zur Behandlung von akuter Migräne erweist sich laut einer aktuellen, randomisierten, placebo-kontrollierten Phase-2/3-Studie aus den USA als vielversprechend. Untersucht wurde Zavegepant, das zu den Gepanten gehört. Diese Wirkstoffklasse stellt auch bei Unverträglichkeit von Triptanen oder bei Vorliegen bestimmter Herz-Kreislauf-Risikofaktoren eine Behandlungsoption bei Migräneattacken dar. Die Studie ermittelte die Wirksamkeit, Sicherheit und Verträglichkeit bei verschiedenen Dosierungen. Zentrale Wirksamkeitseindpunkte waren Schmerzfreiheit sowie Freiheit von den belastendsten Symptomen nach zwei Stunden. Das Resultat: Die geringste Dosierung des Wirkstoffs (5 mg) unterschied sich hinsichtlich der Wirksamkeit nicht signifikant vom Placebo. Die beiden höheren Dosierungen (10 und 20 mg) waren wirksamer als das Placebo. 1588 Personen wurden im Rahmen der Studie untersucht. Weitere Studien sind nötig, um das Potenzial des Wirkstoffs bei akuter Migräne zu erforschen. Die vorliegende Studie wurde von Biohaven Pharmaceuticals, Inc. finanziert.

doi.org/10.1111/head.14389

Vermischtes

ChatGPT: der neue Arzthelfer



© Sompong Sriphet / Dreamstime

Die Maschine unterstützt den Menschen. Das ist das Ziel.

Künstliche Intelligenz Das Programm ChatGPT könnte die Gesundheitsversorgung revolutionieren. Zu diesem Schluss kommt das Unternehmen Global Data, das auf Marktanalysen im Gesundheits- und Energiebereich spezialisiert ist. Das Chatprogramm der Firma OpenAI könne Ärztinnen und Ärzten Arbeit abnehmen, beispielsweise beim Schreiben von Briefen oder Berichten. Oder es könne mit den Patientinnen und Patienten kommunizieren.

Konkret könnten «Chatbots» die Symptome einer Person begutachten und Empfehlungen ableiten oder angeben, wohin sie sich als Nächstes wenden sollen. Dadurch könnten Patientinnen und Patienten schneller eine Antwort erhalten, wodurch die Mitarbeitenden in Gesundheitseinrichtungen entlastet würden. Auch als Motivator kommen Chat-

bots laut der Mitteilung infrage: Sie könnten Tipps rund um das richtige Verhalten im Nachgang zu einer Behandlung geben oder rechtzeitig an die Medikamenteneinnahme erinnern. Und auch sonst Auskunft geben bei Fragen zu Medikamenten oder medizinischen Geräten.

Fragen beantworten, Symptome erkennen, bei der Nachbehandlung unterstützen – das alles könnte künstliche Intelligenz also in Zukunft leisten. Doch dabei gibt es auch ethische Bedenken. Denn ChatGPT und ähnliche Programme lernen von den Informationen, mit denen sie «gefüttert» werden. Je nach Futter werden die Aussagen besser oder schlechter. Deshalb wird ChatGPT kein Ersatz, sondern eher ein Helfer für die Menschen sein. Aber einer, der im Gesundheitsbereich stark an Bedeutung zunehmen könnte.

In Zahlen

Insel Gruppe im roten Bereich



Schwieriges Geschäftsjahr für die Insel Gruppe: Sie schreibt im Jahr 2022 einen Verlust von **80 Millionen Franken**. Als Reaktion sollen laut Medienmitteilung die Standorte Münsingen und Tiefenau geschlossen werden, davon sind **1000 Mitarbeitende** betroffen.

Voraussichtlich wird es zu **200 Kündigungen** kommen. Den knapp **600** gesundheitlichen Fachpersonen wird eine Stelle garantiert, für die anderen Mitarbeitenden werden individuelle Lösungen gesucht.



Im Jahr 2022 wurden in der Insel Gruppe **3,6%** weniger Personen akutstationär behandelt als im Vorjahr: **59 735** statt **61 942**. Die Anzahl ambulanter Konsultationen stieg um **2%** von **910 529** auf **928 830**.

© Rungrote / Dreamstime; Blankstock / Dreamstime; Webtechops Llc / Dreamstime

Kopf der Woche

Über die Grenzen des Körpers hinaus



© Céline Michel

Jérémie André

Doktor-Romancier In seinem ersten Roman «La Fabrique du corps humain» hat sich der Arzt und Psychiater Jérémie André von seinen eigenen Erfahrungen inspirieren lassen, um die Geschichte eines Lausanner Medizinstudenten zu erzählen. An der Seite von Dominique Mercier nimmt der Leser an der Krankenvsiste einer Patientin teil, die an einer Lungenentzündung leidet, oder an einer Vorlesung über erektile Dysfunktion an der medizinischen Fakultät. Der analytische Geist des Arztes zeigt sich in den detaillierten Beschreibungen des menschlichen Körpers. Man lauscht dem Herzklopfen einer Patientin, bevor man die Anatomie der Arteria gastroepiploica betrachtet, während sie seziiert wird.

Jérémie André schloss 2012 sein Studium an der Universität Lausanne ab. Er absolvierte seine Ausbildung in Allgemeiner Innerer Medizin in Vevey und am Universitätsspital Lausanne (CHUV). Danach spezialisierte er sich in Psychiatrie und Psychotherapie. Diese doppelte Spezialisierung beeinflusst seinen Umgang mit Patientinnen und Patienten. Der Arzt und Psychiater interessiert sich für den Menschen als Ganzes. Sein Denkansatz ist sowohl sozialkritisch als auch philosophisch: «Die Beschäftigung mit der Suizidproblematik zwingt uns, die sozialen Determinanten

des Suizids zu kennen. Die Behandlung von Psychosen zwingt uns, mit den Phänomenologen und Existenzialisten nach dem Sinn des Seins zu fragen.»

Jérémie Andrés Blick auf den menschlichen Körper ist ambivalent. Viel Respekt und Bewunderung für die menschliche Anatomie wechseln sich ab mit einer Beschreibung der schädlichen Auswirkungen der Arbeit auf den menschlichen Körper – insbesondere den der Ärzteschaft: «Wir lernen, den Körper des anderen zu heilen, haben aber manchmal ein sehr komplexes Verhältnis zu unserem eigenen: Prüfungsrevisionen und Nachtschichten stellen ihn auf eine harte Probe, ebenso wie die Medizinerpartys, bei denen die Studenten bekanntlich die Sau rauslassen. Oft achten wir mehr auf die Körper der anderen als auf unsere eigenen».

Trotz seines kritischen Blicks auf die Arbeit liebt er den Arztberuf. Kern seiner Tätigkeit ist es für ihn, «sich um andere zu kümmern, manchmal auch in unangenehmen Situationen». Er arbeitet als stellvertretender Klinikleiter in der Krankenhauspsychiatrie in Vevey. Auf der digitalen Plattform der Zeitung Le Temps betreibt er einen Blog über die Schnittstelle zwischen Medizin, Psychiatrie und Gesellschaft: blogs.letemps.ch/jeremie-andre/

Aufgefallen



© Marbenzu / Dreamstime

Rauchlose Tabakprodukte Auch der Konsum von Kau- oder Schnupftabak birgt für Erwachsene ein doppelt so hohes Risiko für die Entwicklung einer peripheren Arterienerkrankung wie für Nichtraucher. Zu dieser Erkenntnis gelangten Forschende anhand der Daten von 14 344 Erwachsenen, die in den USA seit Ende der 1980er Jahre im Rahmen der ARIC-Studie beobachtet wurden. doi.org/10.1016/j.amepre.2023.01.001

Heilende Drogen

Psychedelika Die Studien scheinen vielversprechend, viele Therapeuten sind überzeugt, dass es funktioniert: mit Drogen psychische Erkrankungen wie Depressionen und posttraumatischen Stress behandeln. Psychedelika-unterstützte Therapien sind in der Schweiz auf dem Vormarsch – in der Forschung, aber auch in den Praxen.

Daniel Saraga



Während der Sitzung sprechen die Betroffenen kaum. Oft sind sie in sich versunken, liegen auf einer Matratze, manchmal mit verbundenen Augen oder Musik hörend. Häufig reagieren sie aber auf das, was um sie herum geschieht, etwa, wenn jemand lacht oder weint. Das kann ihre Erinnerungen verstärken, Vergangenes nachhallen lassen und damit das Erleben beeinflussen. Meiner Erfahrung nach ist der Einsatz von Psychedelika äusserst wirksam, um Blockaden in einer laufenden Therapie zu lösen.» So beschreibt es ein Genfer Psychiater, der seit zwei Jahren LSD und MDMA bei einigen seiner Patienten einsetzt.

Dies sind nicht die einzigen psychedelischen Substanzen, die für Psychiater von Interesse sind. Psilocybin, DMT

(der Wirkstoff in Ayahuasca), Ketamin, Ibogain und Meskalin sind immer häufiger Gegenstand von Studien zur Behandlung von psychischen Erkrankungen wie Depression, posttraumatischem Stress oder Substanzmissbrauch [1]. Rund 60 klinische Studien laufen derzeit weltweit zu Psilocybin, dem Wirkstoff von halluzinogenen Pilzen, etwa 30 zu MDMA und etwa 10 zu LSD [2] (siehe Kasten «Die wichtigsten therapeutisch eingesetzten Betäubungsmittel»).

Die Schweiz spielt eine besondere Rolle bei diesem wiedererwachten Interesse an sogenannten «psychedelischen» Therapien. Während die internationale Forschung nach dem Verbot von Psychedelika in den 1970er Jahren zum Erliegen kam, konnte eine Gruppe von Therapeuten um den Psychiater Peter Gasser in Solothurn Studien durchführen und erzielte mit LSD und MDMA gute Resultate. «Die Drogenpolitik in der Schweiz ist in den 1990er Jahren

Steigende Zahl an Bewilligungen

Das Gesetz erlaubt es dem Bundesamt für Gesundheit (BAG), neben Bewilligungen für die wissenschaftliche Forschung und Medikamentenentwicklung auch Ausnahmebewilligungen für die beschränkte medizinische Anwendung eines verbotenen Betäubungsmittels zu erteilen. Dies hat es im Jahr 2022 für MDMA, LSD oder Psilocybin in mehr als 220 Fällen getan (zu jeweils ungefähr gleichen Teilen). Die Zunahme ist mit etwa 70% pro Jahr rasant. Die Gesuche kamen hauptsächlich aus der Deutschschweiz, seit einigen Jahren aber auch aus der Romandie.

Die Kriterien sind streng: Die betreffende Erkrankung muss durch dokumentiertes Therapieversagen als unheilbar eingestuft sein, ein positiver Effekt für die Erhaltung der Autonomie muss zu erwarten sein und die Indikation muss durch Studien untermauert sein. Ablehnungen sind aber selten, erklärt Adrian Gschwend vom BAG: «Die Therapeuten kennen die Kriterien gut und gehen kein Risiko ein, da jedes Vorkommnis den Zugang zu diesen Ansätzen ernsthaft behindern könnte.»

Für viele Gesuche eignet sich das System der Ausnahmebewilligungen nicht. In diesen Fällen müsste ein Privatunternehmen bei Swissmedic ein Bewilligungsgesuch einreichen, ähnlich wie beim medizinischen Cannabis. Dies würde auch die Therapeuten entlasten, die jedes Gesuch wertvolle Zeit kostet.

pragmatisch geworden», sagt Adrian Gschwend, Betäubungsmittelspezialist beim Bundesamt für Gesundheit (BAG). Seit 2007 werde mit verbotenen Substanzen geforscht, seit 2014 seien mit Bewilligung durch das BAG eingeschränkte medizinische Anwendungen möglich (siehe Kasten «Steigende Zahl an Bewilligungen»). In den Nachbarländern, die keine Anwendung zu medizinischen Zwecken vorsehen, ist der Rahmen restriktiver.

Sitzung mit Psilocybin dauert bis zu sechs Stunden

Die Einnahme der Substanz sei zwangsläufig in eine monate- bis jahrelange Therapie eingebunden, erklärt Daniele Zullino, Leiter der Abteilung für Suchtmedizin am Universitätsspital Genf (HUG). Er bietet seit 2020 Psychedelika-unterstützte Psychotherapien an: «Ziel ist es nicht, auf einen Trip zu gehen, sondern bei der behandelten Person aufgrund dieser Erfahrung neue Perspektiven für ihr Leben und die therapeutische Arbeit zu eröffnen.»

Der am Anfang des Artikels erwähnte Psychiater, der etwa 30 Personen mit Psychedelika behandelt hat, zieht es vor, anonym zu bleiben, um nicht mit Anfragen überschwemmt zu werden. «Ich würde so etwas nicht jedem empfehlen. Wir klären im Vorfeld die Erwartungen und Ziele ab und bereiten die Sitzung vor. Das können Einzelsit-

Hintergrund

zungen sein, bei denen zur Wahrung der Geschlechterdualität auch eine Kollegin zugegen ist, oder Gruppensitzungen mit sieben bis acht Patienten und mehreren Therapeuten.» Dieser Ansatz ist sowohl für die Betroffenen als auch für die Therapeuten anspruchsvoll. Eine Sitzung dauert mit Psilocybin fünf bis sechs Stunden, mit LSD das Doppelte.

Die Dosen liegen im mittleren bis hohen Bereich – 25 mg Psilocybin, 100-150 mg MDMA, 100-200 Mikrogramm LSD. In manchen Fällen kommt es zu einem Moment der Angst oder des Kontrollverlusts. «Eine Sitzung mit einem Psychedelikum ist kein Spaziergang», fährt der Psychiater fort. «Aber wir bereiten die Betroffenen gut vor, bieten ihnen einen sicheren Rahmen und bleiben an ihrer Seite. Ich habe bislang keine negativen Rückmeldungen gehabt; lediglich eine Person sagte mir, dass sie nicht beabsichtige, eine solche Erfahrung zu wiederholen. Eine Patientin erzählte mir, dass Antidepressiva für sie wie ein Heftpflaster seien, während das Psychedelikum eine Heilung von innen heraus angestossen habe. Das ist ein schönes Bild.» Manche Betroffene hören an dieser Stelle auf, andere machen noch eine oder mehrere Sitzungen, manchmal mit einer anderen Substanz.

Was sagen die Studien?

Es überrascht nicht, dass die Therapie mit Psychedelika sowohl die Spezialistinnen und Spezialisten, die sie praktizieren, als auch ihre Klientinnen und Klienten überzeugt. Die Forschung scheint diese

positiven Erfahrungen zu bestätigen. Den Fallstudien folgten randomisierte klinische Studien. Die jüngste Metaanalyse [3] belegt signifikant positive Wirkungen mit einer Effektstärke nach Cohen von mehr als 1,2 bei Angst und 1,4 bei Depression (gegenüber etwa 0,3 mit Antidepressiva). Laut einer systematischen Übersichtsarbeit zu Ketamin [4] zeigt die Hälfte der behandelten Personen nach einem Monat ein Ansprechen, das heisst eine mehr als 50-prozentige Reduktion des Depressionsscores im PHQ-9-Fragebogen.

«Wohlgermerkt, diese Studien bewerten nicht die Wirkung der Substanz, sondern die der psychedelischen Therapie», so Katrin Preller, Spezialistin für neurobiologische Wirkungen von Betäubungsmitteln an der Universität Zürich. «Praktisch alle Studien haben ihre Wirkung bestätigt. Allerdings sind die Stichprobenumfänge mit wenigen Dutzend Teilnehmenden noch relativ klein. Wir müssen auf grösser angelegte klinische Studien der Phase 3 warten. Ich gehe davon aus, dass dort die Wirkung gegenüber den Ergebnissen der Metaanalysen geringer ausfallen wird – wie so oft, wenn die Studien grösser werden.» Eine umfassendere Studie [5]

zu Psilocybin-Einzeldosen mit 233 Personen berichtete schwächere Effekte, wobei insbesondere das Ansprechen nach drei Monaten sich auf 20% der behandelten Personen reduzierte.

Das Placebo-Problem

Eine weitere Schwierigkeit bei klinischen Studien besteht darin, dass der Vergleich mit einer Placebo-Kontrollgruppe selten verblindet ist, da die Wirkungen eines Psychedelikums im Allgemeinen erkennbar sind. Die Kontrollgruppe erhält manchmal eine niedrige Dosis, die spürbare körperliche Wirkungen, jedoch keine veränderten Bewusstseinszustände hervorruft.

«Diese Frage ist aus klinischer Sicht nicht problematisch», meint Daniele Zullino. «Die Einnahme der Substanz dient als Impulsgeber für die Therapie. Ob dies teilweise auf einen Placebo-Effekt zurückzuführen ist, spielt keine Rolle. So

verhält es sich auch bei den klassischen Antidepressiva.»

Die derzeitige Euphorie hat auch Kritik hervorgerufen [6]. Menschen mit hohem Leidensdruck könnten sich Hoffnung auf eine Wundertherapie machen, ohne sich der Risiken bewusst zu sein, gibt die britische Forscherin und Psychiaterin Joanna Moncrieff in Nature [7] zu bedenken. «Es gibt einen gewissen Hype, das ist klar», kommentiert Daniele Zullino. «Wir nehmen nur ein Fünftel der Leute auf, die uns kontaktieren. Viele sind mehr am Trip als an der Therapie interessiert.»

Was genau macht das Molekül?

Bleibt die Frage nach dem Wirkmechanismus. «Wir kennen einige der neurobiologischen Wirkungen von Psychedelika auf das Gehirn, ihre Wirkung in der Therapie dagegen kaum», sagt Katrin Preller. «Unsere Studien könnten dazu Erklärungen liefern.» Haupthypothese ist, dass die Erfahrung eines veränderten Bewusstseinszustandes neue Betrachtungsweisen ermöglicht und so zu einem therapeutischen Aha-Erlebnis führt. Denkbar wären auch Veränderungen am neurologischen Belohnungssystem, die beispielsweise über Serotonin, die Art und Weise der Emotionsverarbeitung oder aber die Normalisierung bestimmter Schaltkreise des Gehirns erfolgen könnten.

Die Psychologin führt derzeit zwei Untersuchungen mit jeweils 60 Personen zum Einsatz von Psilocybin bei der Behandlung von therapieresistenten Depressionen und Alkoholmissbrauch durch. Ihr Team untersucht sowohl die Auswirkungen auf die Therapie als auch die neurophysiologischen Effekte. Die Teil-

nehmenden füllen Fragebogen aus, unterziehen sich kognitiven Tests und verbringen eine Stunde in einem MRT-Scanner, der Veränderungen ihrer Gehirnaktivität dokumentieren soll. Die Substanz stelle nur einen Teil der Behandlung dar, betont Katrin Preller: «Wir wählen die Personen aus, bereiten sie vor und führen die Sitzung mit der psychotropen Substanz durch. Daran schliessen sich drei



bis vier Therapiesitzungen mit sechsmonatiger Nachbeobachtung.»

Psychische Störungen sind ein riesiger Markt, der nach neuen Behandlungen hungert. Etwa fünfzig Unternehmen aus diesem Bereich sind an der Börse notiert, und 79 klinische und präklinische Studien werden derzeit von privaten oder nichtakademischen Organisationen durchgeführt, so der Verein Psychedelic Alpha. Obschon die gängigsten Psychedelika nicht patentierbar sind, schützen die Unternehmen bestimmte kristalline Anordnungen oder chemisch leicht abgewandelte Varianten. Damit schliesst sich gewissermassen der Kreis: 1947 brachte die Firma Sandoz in Basel LSD als Medikament für die Psychiatrie auf den Markt.

Die wichtigsten therapeutisch eingesetzten Betäubungsmittel

Psilocybin ist der wichtigste psychoaktive Wirkstoff halluzinogener Pilze und ist synthetisierbar. Es ist eines der am besten untersuchten Psychedelika für therapeutische Zwecke, insbesondere, weil es nicht süchtig macht und seine Wirkung nicht zu lange anhält (etwa 4 Stunden).

LSD hat eine Wirkdauer von etwa zehn Stunden; seine Integration in die Therapie ist anspruchsvoll. Wie Psilocybin führt LSD zu Bewusstseinsveränderungen, mit einer Verstärkung der Wahrnehmungen, des assoziativen Denkens oder der Affektivität.

MDMA, bekannt als Ecstasy, wurde insbesondere bei posttraumatischen Belastungsstörungen untersucht, namentlich bei Veteranen der US-Armee. Es kann zu Toleranz und Abhängigkeit führen, kardiovaskuläre Nebenwirkungen hervorrufen und ist nicht kompatibel mit serotoninbeeinflussenden Antidepressiva. MDMA erleichtert die Kommunikation, stärkt das Vertrauen und fördert Introspektion und Selbstakzeptanz.

Im Gegensatz zu diesen Substanzen ist **Esketamin** seit 2020 zugelassen. Dieses Ketamin-Enantiomer (Anästhetikum, Schmerzmittel sowie Freizeitdroge) kann zur Behandlung schwerer depressiver Episoden eingesetzt werden, mit acht Dosen, die über einen Zeitraum von einem Monat in Gegenwart eines Arztes eingenommen werden.

Die Wirkung von **Cannabis** gegen Depressionen ist nicht erwiesen; es kann jedoch bei somatischen Erkrankungen, insbesondere Multipler Sklerose, oder während einer Chemotherapie zur Linderung von chronischen Schmerzen, Krämpfen und Übelkeit sowie zur Verbesserung des Schlafes eingesetzt werden. Seine medizinische Anwendung ist seit dem 1. August 2022 zugelassen.

Man unterscheidet generell zwischen psychedelischen Therapien, die auf eine starke Erfahrung und wenig Intervention des Therapeuten während der Sitzung ausgelegt sind, und psycholytischen Therapien, in denen bei weniger hohen Dosen eine Interaktion mit dem Analytiker möglich ist.



Literatur

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

Kommet her zu mir

Spitalseelsorge Gefaltete Hände, gesenkter Blick – die Seelsorge ist mit so einigen Vorurteilen belastet. Dabei kann sie auch ganz anders. Die Seelsorgenden am Universitätsspital Zürich machen Schulungen, sind bei Krisengesprächen dabei und gestalten Rituale für die Mitarbeitenden. Und natürlich führen sie auch Patientengespräche. Wir haben sie begleitet.

Rahel Gutmann

Weisser Kittel, gelbe Turnschuhe – und am Kragen ein silbernes Kreuz. Er steht im Stationszimmer. Um ihn herum Pflegefachpersonen, die bei seinem Eintreten kaum aufgeblickt haben. In der Hand eine Liste. Gerade bereitet er sich auf die Patientenbesuche auf der Palliative-Care-Abteilung vor. Deshalb die Liste. Sie enthält nicht etwa Angaben zu Medikamenten oder zur Diagnose. Es ist der Belegungsplan mit Namen, Zimmernummern und Konfessionszugehörigkeit:

RKK für katholisch, EVRK für reformiert, ORTH für orthodox, BUD für buddhistisch, MUS für muslimisch, OB für ohne Bekenntnis, UEG für Übrige. Bernd Siemes ist nicht Arzt, er ist Leiter der katholischen Spitalseelsorge am Universitätsspital Zürich (USZ).

Heute wird er die Personen mit dem Vermerk RKK besuchen, aber auch bei denjenigen mit OB anklopfen und fragen, ob sie ein Gespräch wünschen. Schliesslich möchte er für alle da sein, die Gesprächsbedarf haben: «Ich sehe mich als Teil des Behandlungsteams und möchte dazu beitragen, dass der Aufenthalt für die Betroffenen gut verläuft.» Die Konfession spielt dabei eine untergeordnete Rolle.

Die weichen Faktoren wahrnehmen

Als der Spitalseelsorger in das Zimmer einer Palliative-Care-Patientin tritt, hat er das Lied «Engel» von Marius Müller-Westernhagen dabei. «Engel, lass die Zeit stillstehen, lehr mich zu verstehen, lehr mich dankbar sein», diese Zeile ist ihm nach dem letzten Gespräch mit der Patientin durch den Kopf gegangen. Er will die Liedstrophen mit ihr teilen, bevor sie das Spital verlässt und ins Hospiz zurückkehrt. Die

Frau wirkt entspannt. Sie erzählt von ihren Kindern, vom Spitalaufenthalt, auch vom Leben im Hospiz. Und sie sagt, dass es immer wieder Menschen gebe, die wie Engel eine Stütze in ihrem Leben seien.

Engel – das klingt jetzt doch recht religiös. Geht es in allen Gesprächen um solche Themen? Ja und nein, meint Bernd Siemes: «Manchmal sprechen wir auch über ganz alltägliche Dinge. Aber oft schwingt eine spirituelle Dimension mit. Oder sie ergibt sich beim zweiten oder dritten Gespräch.» Spirituell heisst nicht religiös. Und auch nicht katholisch. Oder reformiert. Es bedeutet, die individuelle Spiritualität der Patientin oder des Patienten wahrzunehmen und miteinzubeziehen. Ins Gespräch. Und so in gewissem Sinne auch in die Behandlung. Das schafft einen Mehrwert für die Betroffenen und entlastet das Behandlungsteam.

«Manchmal sprechen wir auch über ganz alltägliche Dinge. Aber oft schwingt eine spirituelle Dimension mit.»

Bernd Siemes

Leiter katholische Spitalseelsorge am USZ

Susanna Meyer Kunz, die Leiterin der reformierten Seelsorge am USZ, erklärt es so: «Wir Seelsorgende machen Human Care. Das heisst, wir nehmen die weichen Faktoren im Spital wahr, die im Stress manchmal untergehen. Zudem machen wir Spiritual Care für all jene, denen

Für einmal in der Kirche: Meistens sind Susanna Meyer Kunz, Leiterin der reformierten Spitalseelsorge, und Bernd Siemes, Leiter der katholischen Spitalseelsorge, nicht hier, sondern in den Abteilungen des Universitäts-
spitals Zürich anzutreffen.



Spiritualität wichtig ist. Und Spezialisten sind wir in der Pastoral Care.» In der religiösen Begleitung also, dem Durchführen von konfessionellen Ritualen oder dem gemeinsamen Gebet. Doch diese Form der Begleitung mache in ihrer täglichen Arbeit einen immer kleineren Teil aus.

Auch Bernd Siemes hat in einem kleinen Etui die Hostie dabei. Für den Fall, dass jemand eine Kommunion wünscht. Und noch etwas anderes trägt er immer mit sich: aprikosengrosse Herzen und Kreuze aus Olivenholz. Ein solches Herz liegt im Zimmer einer Frau, die das Spital nach einem längeren Aufenthalt bald verlassen darf. Mit dem Seelsorger spricht sie über ihren Hund, den sie vermisst. Aber auch über ihren Kinderwunsch, für dessen Erfüllung der passende Partner gefehlt habe. Bernd Siemes zeigt neben ihr Bett und sagt: «Im Leben ist es manchmal wie mit diesem Herz. Es ist nicht perfekt. Es hat Kerben, ist uneben und verfärbt.» Doch trotzdem gebe es Gutes, auf das sie sich freuen dürfe. Etwa die Wanderungen, die sie zusammen mit ihrem Hund bald wieder machen könne.

Der Kontakt ist persönlich, wohlwollend und auf Augenhöhe. Alle Gespräche unterliegen dem Seelsorgegeheimnis. Manchmal dauern sie lange, manchmal kurz. Und manchmal steht eine Sprachbarriere dazwischen. Doch immer ist das Ziel der Seelsorgenden, dass ihre Anwesenheit den Menschen gut tut.

Die Seelsorgenden sind auch für die Mitarbeitenden da: Bei Krisengesprächen, religiösen Fragen oder wenn Mitarbeitende selbst in der Krise stecken.

Von Mensch zu Mensch

Es sei der «Luxus» der Seelsorge, dass sie zeitlich nicht gebunden sei, sagt Bernd Siemes. Denn die 13 reformierten und katholischen Seelsorgenden bewegen sich als Dritte im Spitalumfeld. Das bedeutet, sie haben zwar ihre Büros am USZ, offiziell angestellt sind sie aber von ihrer jeweiligen Kirche. Niemand wirft ihnen vor, dass sie zu lange bei einer Person geblieben seien. Dass sie das Therapieziel schneller erreichen sollten. Oder dass sie eine Dienstleistung nicht abrechnen können. Wenn ihnen eine Person ihre ganze Lebensgeschichte erzählen möchte, dann können sie sich hinsetzen und sie bis zum Ende anhören. Eine wertvolle Ressource für das medizinische Personal im Spital.

Das findet auch Peter Steiger, stellvertretender Direktor des Instituts für Intensivmedizin und Leiter Intensivstation für Traumatologie und Intensivstation für Brandverletzte. Er ist seit 25 Jahren am USZ. Längst gehören die Seelsorgenden für ihn zum Behandlungsteam. Auf der Station für Brandverletzte nehmen sie an den wöchentlichen interdisziplinären Rapports teil. «Sie helfen uns, das Bild der Patienten und ihrer Angehörigen zu vervollständigen.» Weil sie zu ihnen hingehen, mit ihnen reden, ihnen zuhören. Doch Peter Steiger erlebt auch immer wieder, dass Leute zurückschrecken, wenn man von Seelsorge spricht. Dann müsse er «predigen» und ihnen erklären, dass es nicht um ein religiöses Gespräch mit dem Pfarrer gehe, sondern um ein Gespräch von Mensch zu Mensch.

Ein offenes Ohr für alle

«Bitte nicht stören» steht auf dem Blatt, das Susanna Meyer Kunz an das Sprechzimmer der Seelsorge hängt. Hier, direkt neben der Spitalkirche, wird über Mittag ein «heikles» Gespräch zwischen einer Ärztin und den Angehörigen einer Patientin stattfinden. Die Seelsorge stellt diesmal nur den Raum zur Verfügung. Andere Male führen die Seelsorgenden dort selbst Gespräche mit Angehörigen.

Die Spitalkirche liegt leicht abgeschirmt im Untergeschoss des Hauptgebäudes. Es ist ruhig. Gerade ist die Kirche leer. Die Seelsorgerin nutzt den Moment, um die «Kerzenburg» neu aufzufüllen. Den einzigen Ort im Spital, an dem Kerzen angezündet werden dürfen. Direkt daneben liegen graue Kieselsteine in einer Kiste. Wer möchte, kann sich einen nehmen und ihn bemalen – ihn dann mitnehmen oder in der Kirche lassen. Die vielen bunten Steine zeigen, dass das Angebot ankommt. Jeden Sonntag findet in der Kirche ein Gottesdienst statt, abwechselnd reformiert, katholisch oder ökumenisch. Doch die Kirche wird auch noch für ganz anderes genutzt: «Wir haben Ärzte, die hier ihren Musikunterricht abhalten.» Weil sie keine Zeit haben, um für solche Aktivitäten aus dem Spital rauszukommen. Susanna Meyer Kunz freut die rege Nutzung.

Denn sie und ihr Team möchten auch für die Mitarbeitenden da sein. Sei es als Vermittelnde bei Krisengesprächen, als Expertinnen und Experten bei religiösen Fragen oder als Ansprechpersonen, wenn Mitarbeitende selbst in einer Krise stecken. Die Seelsorgenden suchen den Kontakt, sie gehen in die Abteilungen, betätigen sich in der Ethikkommission, der Ombudsstelle, dem Lenkungsausschuss Ethik. Und sie bieten Schulungen an. Etwa zum Thema «Trauer» oder «Sich abgrenzen». «Wichtig ist, dass wir uns ins Bewusstsein der Leute bringen», ist Susanna Meyer Kunz überzeugt. Sie zeigt die Weihnachtskarte, die die Seelsorge im vergangenen Winter verteilt hat. Darauf die Seelsorgenden lachend und mit roter Weihnachtsmannmütze. Niemand würde hier an den stereotypen Pfarrer mit schwarzer Kleidung und strengem Blick denken. Auch zu Ostern wird es eine Karte geben und dazu einen Zopfkranz mit Eiern.

In einigen Abteilungen ist der Kontakt bereits sehr gut. So etwa in der Gebärabteilung, wo die Hebammen sehr eng mit den beiden zuständigen Seelsorgerinnen zusammen-

MAS in Spiritual Care

Die Medizinische Fakultät der Universität Basel bietet seit 2017 den interdisziplinären postgraduierten Masterstudiengang «Spiritual Care» an. Im MAS erweitern Fachpersonen aus Gesundheitsberufen ihre Kompetenz, spirituelle Bedürfnisse bei Patientinnen und Patienten, Pflegebedürftigen, Personen in Krisensituationen und deren Angehörigen wahrzunehmen und damit umzugehen. Er richtet sich an Ärztinnen und Ärzte, Pflegekräfte in leitender Position, Berufstätige in der Krankenhauseelsorge, in Palliative Care, in der Gerontologie, in sozialer Arbeit und in der Krisenintervention sowie weitere Berufsgruppen im Gesundheitswesen. Weitere Informationen: spiritual-care.weiterbildung.unibas.ch

arbeiten. Gerade bei der Trauerbegleitung nach Kindsverlust. In diesen Fällen bieten die Seelsorgenden neben Gesprächen auch Abschiedsrituale für die Eltern an. Und sie gehen auf die Mitarbeitenden zu und fragen, ob sie Gesprächsbedarf haben. Ein Angebot, das Anne-Catherine Metry, Hebamme und Gruppenleiterin, sehr schätzt: «Wir können sie immer beiziehen, wenn wir eine schwierige Situation erlebt haben.» Sie selbst hatte vor einiger Zeit einen Fall, bei dem ein Kind unerwartet direkt nach der Geburt verstorben war. Die Seelsorgerin kam danach zu ihr. Fragte, was passiert war. Das gibt im vollen Arbeitsalltag Gelegenheit, das Erlebte Revue passieren zu lassen und die Gedanken zu ordnen. Im Team arbeiten sie daran, dass das noch selbstverständlicher wird und niemand stigmatisiert wird, der diese Unterstützung in Anspruch nimmt.

Das individuelle Gespräch ist eine Art, wie die Seelsorgenden für die Mitarbeitenden da sein können. Eine andere sind Rituale. Auf der Palliative-Care-Abteilung etwa führen die Mitarbeitenden einmal im Jahr ein Feuerritual durch. Ein Anlass, bei dem sie die Dankes- und Grusskarten sowie die Todesanzeigen von ehemaligen Patientinnen und Patienten sammeln und in einem Lagerfeuer verbrennen. Ein letztes Abschiednehmen von den Menschen, die sie behandelt haben. Das hat eine reinigende Funktion. Und es ist eine Gelegenheit, die Seelsorge in einem anderen Kontext kennenzulernen. Denn Susanna Meyer Kunz leitet die Zeremonie. Ebenso wie die Gedenkfeiern für die Angehörigen der Verstorbenen und die Abdankungen für verstorbene Mitarbeitende.

Die Beziehung macht's

Bernd Siemes steuert auf seiner Runde ein weiteres Zimmer für einen Besuch an. Die Türe ist zu, in der Nähe stehen drei Pflegenden. Sie haben gerade Schichtwechsel. «Kann ich reingehen?», fragt er in ihre Richtung. Eine junge Pflegerin schaut kritisch. «Sie können schon rein. Aber er hat den psychologischen Dienst abgelehnt, ich glaube nicht, dass er mit Ihnen reden wird.» Bernd Siemes öffnet die Tür trotzdem. Und verschwindet für eine halbe Stunde dahinter. Sein Geheimnis? Er kennt den Patienten von früher. So etwas ist natürlich die Ausnahme. Aber es zeigt eine Sache: Seelsorge hat viel mit Beziehung zu tun. Und mit Beziehungsarbeit.

Wenn also Bernd Siemes heute so selbstverständlich in ein Stationszimmer laufen kann, dass niemand mehr aufblickt, wenn das Seelsorgeteam für ein Krisengespräch angefragt wird oder wenn Susanna Meyer Kunz an einem Rapport ihre Perspektive einbringt, dann steckt dahinter harte Arbeit. Die noch lange nicht zu Ende ist.

Berufsverband

«Viele sind spirituell offen»

Die reformierte und katholische Spitalseelsorge haben 2022 einen gemeinsamen Berufsverband gegründet.

Wie kam es dazu?

Die Seelsorge in Spitälern, Kliniken und Institutionen der Langzeitpflege befindet sich zurzeit in einem Transformationsprozess hin zur spezialisierten Fachdisziplin im Gesundheitswesen. Auch zukünftig wollen wir allen Patientinnen und Patienten unabhängig von ihrer Religionszugehörigkeit oder Weltanschauung qualitativ hochstehende Seelsorge anbieten. Dafür braucht es einen Berufsverband, der einheitliche professionelle Qualitätsstandards definiert.

Der Verband ist ökumenisch aufgebaut. Geht das gut?

Das geht sehr gut. Katholische und reformierte Seelsorgende gehören zwar unterschiedlichen Kirchen an, haben aber in Spitälern und Kliniken die gleiche Aufgabe. Schon vor der Gründung haben die beiden konfessionellen Vereinigungen ökumenische Tagungen durchgeführt und die Vorstände haben sich in wichtigen Fragen abgestimmt. Insofern lag die Gründung eines ökumenischen Verbandes in der Luft.

Was ist für Sie das Ziel von Seelsorge?

Das Ziel der Spitalseelsorge sehe ich darin, Patientinnen und Patienten in ihren spirituellen Fragen und Anliegen zu begleiten und zu unterstützen. Ihnen bei der Suche nach dem zu helfen, was im Umgang mit der aktuellen Krankheitssituation tragend und inspirierend ist. Weiter ist es Ziel der Seelsorge, den Menschen in dem zu stärken, was ihn als Persönlichkeit ausmacht. Mit ihm nach den Werten zu fragen, an denen er sein Leben bisher ausgerichtet hat – und die vielleicht auch für anstehende Entscheidungen Orientierung geben können. All das sind letztlich spirituelle Fragen oder Anliegen.

Sind Sie bei Ihrer Arbeit mit Vorurteilen konfrontiert?

Seelsorge ist zum Teil mit bestimmten Vorstellungen behaftet, zum Beispiel dass wir kommen, um über den Glauben zu sprechen und zu beten. Und es gibt Vorbehalte, die in schwierigen früheren Erfahrungen mit Kirche begründet sind. Ausserdem haben viele Patientinnen und Patienten heute keinen Zugang mehr zu Religion und Glauben. Trotzdem sind sie durchaus spirituell interessiert und offen.

Wie können diese Vorbehalte abgebaut werden?

In Patientenkontakten können wir darlegen, wofür wir da sind: für die Patientin, den Patienten und das, was sie oder ihn zurzeit beschäftigt. Wichtig ist auch, dass die Mitarbeitenden den Auftrag und die Arbeitsweise der Seelsorge kennen; das heisst, dass wir aufzeigen, worin unsere Aufgabe besteht und welchen Beitrag wir zur Behandlung von Patientinnen und Patienten leisten können.



Heiko Rüter

Präsident des Berufsverbands Seelsorge im Gesundheitswesen, Seelsorger im Kantonsspital Baden

Martigny – bloss ein Einzelfall?

Notaufnahme Personalmangel, steigende Fallzahlen, Kostendruck: Die Spitäler sind mit vielen Herausforderungen konfrontiert. Die Notaufnahmen in ihrer Funktion als Eingangspforte leiden als Erste. Ein Beispiel ist Martigny, wo die Notfallabteilung seit Januar geschlossen ist. Ein notwendiges Übel, meint Vincent Ribordy.

Die Spitäler in der Schweiz stehen vor enormen Herausforderungen, bedingt durch ein sich rasch verändernden Pflegebedarf, einen Mangel an Gesundheitspersonal und den anhaltenden wirtschaftlichen Druck auf das Gesundheitssystem. Aus Sicht der Schweizer Notfalldienste ist die Situation aufgrund der zahlreichen Herausforderungen – immer mehr Einsätze, qualifizierter Personalbestand am kritischen Limit, unzureichende Ressourcen und saturierte Spitallast – unhaltbar geworden, und das System wurde durch die COVID-19-bedingte Krise im Gesundheitswesen hart getroffen, wie aus zahlreichen Publikationen im Detail zu entnehmen ist [1–3]. Die Schweizerische Gesellschaft für Notfall- und Rettungsmedizin (SGNOR) und die Association Latine de Médecine d'Urgence (ALAMU) schlugen Alarm und wandten sich zu Jahresbeginn mit einem Schreiben an die zuständige Leitung und Direktion der Krankenhaus- und Gesundheitsdienste [4].

Die Schweizerische Ärztezeitung veröffentlichte Ende Januar ein mit dem Chefarzt geführtes Interview zur nächtlichen Schliessung der Notaufnahme in Martigny [5]. Ist dies der erste Fall einer langen Reihe? Wir hoffen nicht, aber der Mangel ist so gross, dass die Versorgungssicherheit zur konkreten Gefahr für das gesamte Gesundheitswesen zu werden droht, während sich die Gesundheitspolitik weiterhin allein auf die Kosten konzentriert [6, 7]. Die nächtliche Schliessung der Notaufnahme in Martigny reflektiert ganz einfach ein in Schieflage geratenes Gesundheitssystem. Die Notaufnahme ist ohne entsprechend qualifiziertes Personal und leistungsgerechte Ressourcen nicht funktionsfähig. Allgemeiner ausgedrückt heisst dies, dass

unser Gesundheitssystem ohne entsprechende Investitionen Schiffbruch erleiden wird.

Parallel dazu gilt es jedoch noch weitere Überlegungen anzustellen. Die Organisation eines Spitalnetzwerks muss ein transversal ausgerichtetes Funktionieren und eine komplementäre Realisierung der Aufgabenstellungen gewährleisten. Die Zusammenlegung von Ressourcen und hochtechnischer Ausstattung ermöglicht eine effiziente Notfallmedizin für eine breite Bevölkerung. Als gesundheitstech-

Möglicherweise könnte es einigen Politikern auch an der erforderlichen Weitsicht oder dem notwendigen Quäntchen Mut mangeln.

nisches Drehkreuz zwischen Bevölkerung und Spital sorgt die Notaufnahme für die erforderliche Aufnahme, Triage, Stabilisierung und Orientierung der schwersten und komplexesten Notfälle. Sie ist mit sehr unterschiedlichen täglichen, wöchentlichen oder saisonalen Aufgaben konfrontiert. Die regionalen Spitäler versorgen die nicht lebensbedrohlichen, weniger komplexen Notfälle und entlasten damit die zentrale Einrichtung. Für die Bevölkerung ermöglicht die Aufrechterhaltung notdienstlicher Strukturen in der Nähe (regionale Spitäler und Pikettdienste) den Zugang zu ungeplanten notdienstlichen Leistungen, zumal die Dienst- und Hausärzte Mühe haben, den Bedarf der Bevölkerung in Zeiten knapper Mittel zu genügen.

So gesehen ist es möglicherweise nicht erforderlich, die regionalen Notaufnahmen

rund um die Uhr in Bereitschaft zu halten. Die vitalen notdienstlichen Leistungen dürften sowieso nicht in erster Linie darauf ausgerichtet sein und die laufenden Notdienste sind nachts deutlich weniger gefordert oder können bis zum Morgen warten, vor allem wenn noch eine regelnde Zentrale und medizinische Versorgung zwischengeschaltet sind. Durchgehend geöffnete Notaufnahmen in Spitälern ohne die entsprechend erforderliche technische Ausstattung zur Behandlung von schweren Fällen senden falsche Sicherheitssignale.

Wenn dies der Bevölkerung nicht klar und deutlich kommuniziert wird, kann es zu Unverständnis und Abwehrreaktionen kommen. Und bei der Neustrukturierung der Spitäler wird das Gespenst der Demontage der öffentlichen Spitäler beschworen. Möglicherweise könnte es einigen Politikern auch an der erforderlichen Weitsicht oder dem notwendigen Quäntchen Mut mangeln und die Thematik bleibt in ihrer Dringlichkeit erhalten, während die Bevölkerung unzufrieden ist.

Die Kolleginnen und Kollegen des Spitals Wallis gaben sicherlich ihr Bestes, bevor sie zu diesem Bruch kamen. Sie haben der Qualität der Pflege den Vorrang gegeben. Da trifft niemanden eine Schuld. Die Entscheidungsträger sind aufgefordert, die Notfalldienste des Spitalzentrums des französischsprachigen Wallis weiterhin zu unterstützen und ihnen nicht nur die dafür erforderlichen Mittel verfügbar zu machen; es gilt auch zu erklären, wie der Gesundheitsschutz und der Zugang zur Gesundheitsversorgung für die Bevölkerung des Kantons gewährleistet wird.

Prof. Dr. med. Vincent Ribordy, Chefarzt Notaufnahme HFR Freiburg, Co-Präsident SGNOR



Literatur

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

Dies ist Ihre Seite!

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



© Paimya Khunjarin / Dreamstime

Volle Wartezimmer sind in Notaufnahmen keine Seltenheit mehr.

Die Notaufnahme steht vor dem Kollaps

Reformbedarf Die nächtliche Schliessung der Notaufnahme in Martigny ist ein Alarmzeichen. Unser Gesundheitssystem steht kurz vor dem Kollaps. Die Ursachen: eine alternde Gesellschaft, eine veränderte Arbeitseinstellung, eine schrumpfende Ärztezahl. Die Lösung? Eine Aufwertung der Allgemeinmedizin.

Die Notärzte sind beunruhigt: Die Notaufnahme steht kurz vor dem Kollaps. Der Autor hat dies bereits vor 40 Jahren erlebt, als er in einem peripheren Spital mit Betten in den Bädern und auf den Fluren arbeitete und später dann als Oberarzt in der Notaufnahme des Universitätsspitals Lausanne (CHUV). «Herr Direktor, wie viele Kranke betreuen Sie gegenwärtig in Ihrem Spital?», fragt Victor Hugo in «Die Elenden». «Sechszwanzig, gnädiger Herr. Epidemisch hatten wir es in diesem Jahr mit Typhus und vor zwei Jahren mit der Suette Militaire («Englischer Schweiss») zu tun, betreuten dabei bis zu einhundert Kranke und wussten nicht mehr, was wir tun sollten.» Epidemien und winterliche Überbelastungen hat es schon immer gegeben. Ist die Angst vor dem Kollaps berechtigt?

Ja. Die Zeiten haben sich geändert und wir uns mit ihnen. Tempora mutantur, nos et mutamur in illis. Veränderung in drei Stufen.

Erste Veränderung: Alterung der Bevölkerung. Als Victor Hugo «Die Elenden» im Jahr 1862 veröffentlichte, lag die Lebenserwartung bei 37 Jahren, heute liegt sie bei 84. Eine al-

ternde Bevölkerung ist anfälliger für Infektionserkrankungen, Stürze und Frakturen.

Zweite Veränderung: Verhältnis zur Arbeit. Die Zeit, in der «die Arbeit das Leben» war, ist vorbei und die Zeit der grossen Resignation angebrochen. Die neue Ärztegeneration ist nicht mehr bereit, ihre Gesundheit für die Karriere zu opfern. Und die, die aus dem Beruf aussteigen, sagen sich: «Ich bin nicht bereit, mein Leben meinem Beruf als Arzt unterzuordnen.» Die jungen Kollegen wollen weniger arbeiten, in Teilzeit, wollen einen «Papa-Tag» in der Woche einführen – das spricht für sie.

Dritte Veränderung: Anzahl der Hausärzte. Sie geht seit 2013 zurück. Für ein funktionierendes Gesundheitssystem braucht es aber 50% Allgemeinmediziner. Davon sind wir weit entfernt. Das Problem liegt nicht in der Anzahl der ausgebildeten Ärzte, sondern in deren fachspezifischen Verteilung. Warum mangelt es an Allgemeinmedizinern?

«Eine Aufwertung der Allgemeinmedizin ist wichtig, da sie das beste Bollwerk gegen eine Überlastung der Notdienste bildet», sagt Pierre-

Yves Rodondi, Direktor des Instituts für Hausarztmedizin der Universität Freiburg [1]. Und er fügt hinzu: «In meiner Praxis behandle ich die meisten Notfälle in fünfzehn Minuten.» Die Allgemeinmedizin als hocheffizienter Qualitätsansatz.

Die Allgemeinmedizin aufzuwerten bedeutet, diesen schönen Beruf der Diagnose, der Behandlung und der Beziehung ins Rampenlicht zu rücken. An den Fakultäten wurden Abteilungen für Hausarztmedizin geschaffen und Praktika bei Hausärzten eingeführt. Kantonale Kurse für Hausarztmedizin bieten einen Rahmen für die Weiterbildung. Gemeinschaftspraxen kommen dem Wunsch der jungen Leute nach optimierten Arbeitszeiten und dem Zusammenwirken von Althergebrachtem und Neuem entgegen und unterstützen die Forderung nach einer hochwertigen Hausarztmedizin. All diese Anstrengungen reichen jedoch nicht aus. Warum?

Bei einer Aufwertung der Allgemeinmedizin geht es auch um ein offenes Ohr für die finanziellen Anliegen der jungen Ärzte und Ärztinnen und um eine Reduzierung der zwischen Facharzt und Allgemeinmediziner klaffenden Vergütungslücke. Die mit der Umwandlung von TARMED in TARDOC befassten Parteien müssen auf eine bessere Verteilung des Kuchens achten und gleichzeitig die erforderliche Kostenneutralität im Blick behalten.

Dazu sagte der SP-Nationalrat Pierre-Yves Maillard im Radio: «Die Rahmenbedingungen in der Schweiz sind dergestalt, dass die Arbeit des Allgemeinmediziners am schlechtesten bezahlt wird und seine Arbeitsbedingungen die härtesten sind. Dies gilt es zu ändern, wenn wir wollen, dass die von uns ausgebildeten Mediziner dort arbeiten, wo der Mangel herrscht.» [2] In diesem Kontext ist zu unterstreichen, dass hier ein Linker als Fürsprecher für eine bessere Vergütung von manchen Medizinerinnen auftritt! Eine bemerkenswerte Anpassung der Mittel und Wege zur Linderung der Not in der Medizin und der Überlastung in den Notaufnahmen.

Durch die Gleichbehandlung der Allgemeinmedizin lassen sich auch mehr Allgemeinmediziner finden und indirekt damit in der Folge auch die Notaufnahmen entlasten.

Jacques Aubert, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin, ehemaliger Dozent an der Universität Lausanne



Literatur

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

Briefe an die Redaktion

Spital sucht Konsens statt Konkurrenz

Brief zu: Kiefer-Glomme Y. Spital sucht Bett. Schweiz Ärztezg. 2023;104(07):16–19

Frau Kiefer-Glomme beschreibt treffend die leider nicht bessernde Situation des Kapazitätsmanagements vieler Spitäler. Angestossen durch den Personalmangel in der Pflege, nach all den anderen Krisen nun die erneute Kapazitätskrise.

Von der Disponentin bis zum Operateur spürt die ganze Mitarbeiterkette in den Spitälern täglich die frustrierenden Auswirkungen davon, wenn nicht systemisch gedacht und gehandelt wird: Krisenmodus als Lebensform?

Das Hauptproblem offenbart sich häufig in der praktischen Duldung der Partikularinteressen, vulgo: Silos, der verschiedenen Spitalkliniken.

Bevor man für uns Ärzte und Ärztinnen noch den «Fähigkeitsausweis Bettenmanagement» einführen mag, den mancher sich zweifellos schon redlich verdient hätte, sollten wir dazu kommen, für das Ganze zu denken.

Was es jetzt also dringend braucht, um die «volonté générale» im Sinne unserer Patientinnen und Patienten und administrativ überlasteten Mitarbeitenden durchzusetzen: ein ärztlich besetztes, klinikübergeordnetes Eintritts- und OP-Management, welches sich weisungsbefugt und kompetent erstens anhand von Dringlichkeiten und zweitens anhand der Verteilungsgerechtigkeit orientiert. Was spräche dagegen?

Das Belassen des Kapazitätsmanagements im Schwebezustand kann auch als mangelnde Wertschätzung den Mitarbeitenden gegenüber ausgelegt werden.

Mein ganz persönlicher Eindruck ist, dass es so wie aktuell nicht weitergehen kann und darf.

Hier sollte man von den Direktionen das einfordern dürfen, was den Mitarbeitenden seit Jahren gepredigt wird: «Agilität».

Dr. med. Frank Scherff, Frauenfeld

Briefe einreichen

Briefe an die Redaktion reichen Sie online ein unter:

saez.ch/de/publizieren/leserbrief-einreichen

Ärztenschaft am Limit (mit Replik)

Brief zu: Siroka J. Volle Notfallstationen und geschlossene Betten. Schweiz Ärztezg. 2023;104(11):26–27

Und wieder ein Artikel über die jahrelang bekannte Situation und wieder eine neue Umfrage, welche schon längst Bekanntes mitteilt. Das Mantra, mehr Zeit für die eigentliche Medizin zu haben, wird nicht eintreten, solange wir immer alles in vorauseilendem Gehorsam abnicken, was von aussen an uns angetragen wird, und solange unsere Ärztevereinigungen uns nicht davor schützen und nur Mitgliedsbeiträge kassieren. Ebenso die inflationäre Bildung von Fachgesellschaften, welche zu ihrer Alimentierung immer neue Kurse anbieten – die in 3-5-jährigem Abstand besucht werden müssen, damit man weiterhin abrechnen kann – trägt auch dazu bei. Der Tanz um die goldenen Kälber «Qualitätssicherung» und «Zertifizierung» und die immer neuen Titelschöpfungen wie zum Beispiel Allgemeine Innere Medizin und Hausarztmedizin bringen keinen Zuwachs von Wissen, sondern nur weitere Zwangsmassnahmen hinsichtlich Kurse und Abgaben. Kolleginnen und Kollegen vor 20-30 Jahren genügte es, einmal monatlich ihre Fachzeitung zu lesen und auf Fortbildungen zu gehen, welche auch wirklich interessiert haben, und nicht nur um Punkte zu sammeln. Mit 65-70 Jahren haben sie noch gearbeitet, einfach aus dem Grunde, weil es Spass gemacht hat. Der aktuelle Zustand führt dazu, dass man jungen Kolleginnen und Kollegen nur abraten kann und sein Heil selbst nur in der Flucht sucht und sobald nur irgend möglich in die Pensionierung geht. Es würde sich lediglich etwas ändern, wenn wir aufhören würden, unsere Arbeitsethik und -moral über alles zu halten, anstatt zu kämpfen. Denn geschenkt werden wir weder von der Politik noch von den Kassen etwas bekommen. Letztere lachen sich ja sowieso täglich über die blöde Ärzteschaft krumm, welche sie am Nasenring durch die Manege führen können und jährlich mit neuen Einschränkungen demütigen.

Dr. med. Tanja Wöhrle, Gais

Replik auf «Ärztenschaft am Limit»

Geschätzte Kollegin

Ich teile Ihre Feststellung, dass es viele Missstände und schlechte Entwicklungen im Gesundheitswesen gibt. Diese waren der entscheidende Grund, warum ich begonnen habe, mich standespolitisch zu engagieren. Aus langjähriger persönlicher Erfahrung kann ich Ihnen darum auch versichern, dass sich Ärztevereinigungen – auch dank ihrer Mitgliedsbeiträge – mit ganzer Kraft dafür einsetzen, die Entwicklungen unseres Gesundheitswesens positiv mitzugestalten. Dabei nicken wir schädliche Vorhaben auch nicht in vorauseilendem Gehorsam ab. Im Gegenteil ist die FMH dafür bekannt, die Perspektive und Argumente der Ärzteschaft sehr kritisch und dezidiert einzubringen. Dennoch liegen die durch gesundheitspolitische Entscheidungen gesetzten Rahmenbedingungen natürlich nicht vollständig in unserer Hand.

Ich persönlich würde Kollegen darum auch nicht raten, den Beruf zu verlassen, sondern sie dazu ermutigen, die Zukunft unseres Berufsstands mitzugestalten. Das Kämpfen gegen Missstände und eine hohe Arbeitsethik stehen in meinen Augen dabei nicht im Widerspruch zueinander – im Gegenteil: Gute Rahmenbedingungen in der Patientenversorgung machen eine sinnstiftende Berufsausübung erst möglich. Das Engagement in der Gesundheitspolitik und eine gelebte Arbeitsethik sind insofern zwei Seiten der gleichen Medaille.

Dr. med. Jana Siroka, Mitglied des FMH-Zentralvorstandes und Departementsverantwortliche Stationäre Versorgung und Tarife

Mitteilungen

Förderungspreis USGG 2023

Die USGG vergibt auch im Jahr 2023 wieder einen «Förderungspreis Forschung» im Betrag von 10 000 Franken. Es soll dadurch die Forschung im Bereich der Gefässerkrankungen unterstützt werden. Berücksichtigt werden Projekte, welche bereits begonnen wurden und in der Schweiz durchgeführt werden. Ein und dasselbe Protokoll darf im gleichen Jahr nur bei einem der ausgeschriebenen Preisausschreiben der Gesellschaften der «Union Schweizerischer Gesellschaften für Gefässkrankheiten» (USGG) eingereicht werden. Ausgeschlossen sind Projekte, die bereits ausgezeichnet wurden oder durch den Schweizerischen Nationalfonds unterstützt werden.

- Teilnahmeberechtigt sind Forscherinnen und Forscher bis max. 45-jährig, die in der Schweiz tätig sind. Die Wahl der Preisträgerin oder des Preisträgers erfolgt durch den wissenschaftlichen Ausschuss der USGG und wird anlässlich der Unionstagung vom 15.–17. November 2023 vergeben.
- Der Preis wird nur einmal an dieselbe Person vergeben.
- Der Preisträger/die Preisträgerin verpflichtet sich, das Projekt an der Unionstagung der Union Schweizerischer Gesellschaften für Gefässkrankheiten vom 15.–17. November 2023 in Lausanne vorzustellen.

Bewerbungen sind in Deutsch, Französisch oder Englisch einzureichen bis spätestens am 28.8.2023 per E-Mail mit folgenden Unterlagen:

1. Projektbeschreibung und erste Ergebnisse (maximal fünf Seiten)
2. Literaturverzeichnis
3. Curriculum Vitae (max. eine A4-Seite)
4. Unterschriebener Begleitbrief der Antragstellerin/des Antragstellers

Die Bewerbung ist per Mail zu senden an die USGG Geschäftsstelle:
USGG[at]meister-concept.ch

Schweizer Preis für Angiologie 2023

Die Schweizerische Gesellschaft für Angiologie schreibt jedes Jahr einen Preis in Höhe von 10 000 Franken für die beste wissen-

schaftliche Arbeit, die zur Publikation in einer «peer reviewed» Fachzeitschrift angenommen ist oder publiziert wurde, aus. Schweizer Kandidatinnen und Kandidaten, die ihre Arbeiten im In- oder Ausland und Personen aus dem Ausland, die ihre Arbeiten in der Schweiz durchgeführt haben, sind eingeladen, sich für diesen Preis zu bewerben.

Hierfür sollen die Kandidaten nebst dem Bewerbungsschreiben ihr Curriculum Vitae und die Publikationen bis zum 25. September 2023 an

Herrn Prof. Dr. med. Marc Righini
Hôpitaux Universitaires de Genève (HUG)
4, Rue Gabrielle-Perret-Gentil
1211 Genève 14
oder per E-Mail: marc.righini[at]hcuge.ch
schicken.

Der Preis wird anlässlich der 23. Unionstagung der Union Schweizerischer Gesellschaften für Gefässkrankheiten vom 15. bis 17. November 2023 in Lausanne vergeben.

FMH



Der Ritt auf dem toten Pferd

Gesundheitspolitik Den Dakota-Stämmen wird die Weisheit zugeschrieben «Wenn du merkst, dass du ein totes Pferd reitest, steig ab». Genauso sollten auch untaugliche Gesetzesvorlagen wie die «Netzwerke zur koordinierten Versorgung» verworfen werden. Leider gibt es aber viele Wege und Gründe, tote Pferde schönzureden.

Yvonne Gilli



Koordination stärken statt Koordination überregulieren

Gesundheitspolitik Die Diskussionen zur Gesetzesvorlage «Netzwerke zur koordinierten Versorgung» zeigten verschiedene Argumente gegen den geplanten neuen Leistungserbringer auf. Es gibt jedoch auch viele alternative Lösungsansätze für eine Stärkung der koordinierten Versorgung, die weiterverfolgt werden sollten.

Anne-Geneviève Bütikofer, Yvonne Gilli, et al.



Die Stimme der Physician Associates in der Schweiz

Jubiläum Der Verband Physician Associates Switzerland feierte am 2. April 2023 sein einjähriges Bestehen. Er wurde mit dem Ziel gegründet, diesem neuen Beruf eine Stimme zu verleihen, der rund 100 aktive Berufsangehörige zählt und jährlich um 48 Absolventinnen und Absolventen wächst.

Kristina Pranjic, Caroline Sidler, et al.



Die Tendenz, ein totes Pferd weiter reiten zu wollen, hat dem Gesundheitswesen bereits mehrere fragwürdige Gesetze beschert.

Der Ritt auf dem toten Pferd

Gesundheitspolitik Den Dakota-Stämmen wird die Weisheit zugeschrieben «Wenn du merkst, dass du ein totes Pferd reitest, steig ab». Genauso sollten auch untaugliche Gesetzesvorlagen wie die «Netzwerke zur koordinierten Versorgung» verworfen werden. Leider gibt es aber viele Wege und Gründe, tote Pferde schönzureden.



Yvonne Gilli
Dr. med., Präsidentin der
FMH

Als das Volk im Juni 2012 die Managed-Care-Vorlage mit wuchtigen 76% an der Urne versenkte, kommentierte die NZZ: «Das Ziel war, dass sich bis zu 70 Prozent der Versicherten Ärztenetzen anschliessen würden. Sie hätten sich nur noch nach Rücksprache mit ihrem Hausarzt von einem Spezialisten behandeln lassen. Nach dem Nein vom Wochenende fällt nun auch dieser regulierende Effekt beziehungsweise Damm gegen eine Spezialistenflut weg.» [1] Heute wissen wir: Auch ohne das damals geplante Gesetz wurde dieses Ziel nicht nur

erreicht, sondern sogar übererfüllt. Im Jahr 2021 – keine zehn Jahre nach der Abstimmung – entschieden sich 76% aller Versicherten für ein alternatives Versicherungsmodell und sparten damit durchschnittlich über 1000 Franken Jahresprämie – ohne dass der Gesetzgeber hätte nachhelfen müssen.

Angesichts dieser Erfolgsgeschichte der alternativen Versicherungsmodelle (AVM) könnte man annehmen, das Stimmvolk hätte damals auf das richtige Pferd gesetzt. Auch das Schweizerische Gesundheitsobservatorium Obsan hielt fest, dass «trotz der ungenü-

genden Anreize (...) bemerkenswert viele, unterschiedliche und auf alle Regionen verteilte Initiativen» zur integrierten Versorgung existierten, deren Entwicklung sich zudem seit einigen Jahren stark beschleunige [2]. Zwar ist auch dieses Pferd nicht ohne Makel unterwegs: Nicht alle Menschen, die von einem AVM profitieren könnten, sind in einem solchen versichert – und nicht alle AVM bieten echte Netzwerkmodelle an. Auch für unser erfolgreiches Pferd bleibt also durchaus Verbesserungspotenzial.

Aus einem untauglichen Gesetzesentwurf wird auch nicht mit einigen Anpassungen eine gute Idee.

Koordination wächst durch Akteure...

Wie sich das verbleibende Potenzial ausschöpfen liesse, zeigt unter anderem das Nationale Forschungsprogramm NFP 74 auf, das sich intensiv mit der Koordination im Gesundheitswesen befasste. Seine erste Empfehlung an die Systemgestalter lautet: «Es braucht geeignete finanzielle und rechtliche Rahmenbedingungen, um innovative Versorgungsmodelle zu erproben und bei Eignung zu multiplizieren.» [3] Das NFP 74 plädiert dafür, «punktuelle Lösungen und innovative Ansätze in einem Bottom-up-Prozess zu verwirklichen» und gegebenenfalls auszuweiten. Letztlich seien die Kultur und «die Menschen, die ein System im Alltag prägen», entscheidend: «Wir sollten nicht alles top-down zu regulieren versuchen, sondern insbesondere auch die Eigeninitiative fördern – sowohl der Patientinnen und Patienten wie auch der Gesundheitsfachpersonen.» [4]

... nicht durch Bundesvorgaben

Als der Bundesrat im September 2022 sein zweites Kostendämpfungspaket vorlegte, ignorierte er leider all diese Entwicklungen und Erkenntnisse. Statt zu prüfen, wie sich die Erfolgsgeschichte der AVM weiterentwickeln liesse, wie sich die Rahmenbedingungen für innovative bottom-up Modelle verbessern liessen und zu eruieren warum sich Versicherte gegen Netzwerkmodelle entscheiden, schickte er ein zweites Pferd ins Rennen: Mit einem neuen, top-down konzipierten Leistungserbringer möchte er eine Parallelstruktur von «Netzwerken zur koordinierten Versorgung» schaffen, die die Patientenversorgung gemäss Vorgaben des Bundes koordinieren [5]. Warum dieser noch nie erprobte Leistungserbringer besser funktionieren sollte als die bereits bestehenden Netzwerke und

warum Versicherte, die AVM meiden, ausgerechnet diesen neuen Leistungserbringer aufsuchen sollten, der ihnen nicht einmal Prämienrabatte bringt, bleibt dabei unklar.

An den Bedürfnissen der Praxis vorbei

Dass dieser am Schreibtisch entworfene, neue Leistungserbringer an den realen Herausforderungen der koordinierten Versorgung vorbei geht und diese nicht fördert, sondern sogar behindern würde, wurde spätestens beim Hearing in der nationalrätlichen Gesundheitskommission (SGK-N) im Oktober deutlich. Für die Vertreter eben jener Menschen, die das «System im Alltag prägen» war grossmehrheitlich klar: Dieses Konstrukt wird nicht funktionieren. Dieses Pferd ist tot und fürs Reiten untauglich. Konfrontiert mit dem «starken Widerstand» der betroffenen Akteure beschloss die SGK-N dem bundesrätlichen Pferd eine Chance zur Wiederbelebung zu geben: An runden Tischen sollte das Bundesamt für Gesundheit (BAG) mit den Vertretern des Gesundheitswesens eine Lösung finden [6]. In der Folge fanden sich 15 Akteure zu drei Terminen im BAG ein, wo anhand vorgegebener Traktanden das tote Pferd analysiert wurde und viele Inputs und Präsentationen des BAG zeigten, was das Pferd alles könnte, wenn es denn leben würde.

Die Wiederbelebung ist gescheitert

Trotz dieser Mühen liessen sich auch im Verlauf der drei runden Tische bei dem toten Pferd keine zuvor unbekanntenen Vitalzeichen erkennen. Vielmehr zeigte sich, dass ein totes Pferd auch dann keine Kutsche ziehen kann, wenn man ihm die Mähne stützt. Aus einem Gesetzesentwurf, den die Akteure des Gesundheitswesens aus guten Gründen grossmehrheitlich ablehnen, wird nicht mit einigen Anpassungen eine gute Idee. Warum der neue Leistungserbringer die koordinierte Versorgung nicht verbessern kann, legen die FMH, H+, medswiss.net, mfe und pharmaSuisse gemeinsam ab Seite 26 in dieser Ausgabe dar, ergänzt mit Stellungnahmen des Dachverbands der schweizerischen Berufsorganisationen im Gesundheitswesen (SVBG) und des Konsumentenschutzes [7]. Die Akteure beschränken sich aber längst nicht nur auf Kritik an dem vorliegenden Gesetzesentwurf – sie zeigen auch Lösungsansätze für eine echte Förderung der Koordination im Gesundheitswesen auf.

Nun gilt es abzusteigen ...

Es ist zu hoffen, dass diese Stimmen aus der Praxis im Gesetzgebungsprozess Gehör finden. Bei vielen Akteuren bleibt jedoch der Eindruck, dass es Verwaltung und Politik

schwer fällt den neuen Leistungserbringer zu verwerfen – obwohl ihn diejenigen, die ihn mit Leben füllen müssten, als untauglich ablehnen. Die Tendenz, ein totes Pferd weiterreiten zu wollen, hat dem Gesundheitswesen bereits mehrere fragwürdige Gesetze beschert. Eine wichtige Rolle dürfte dabei die sogenannte «sunk-cost-fallacy» spielen: Wir Menschen neigen dazu, auch schlechte Handlungsoptionen weiterzuverfolgen, wenn wir selbst oder andere bereits viel Aufwand in diese investiert haben. Liegt erst einmal ein ausgearbeiteter Gesetzesentwurf vor, möchte man lieber «noch etwas daraus machen» als ihn einfach bachab zu schicken. Auch der Wunsch *überhaupt* ein Pferd vorweisen zu können, begünstigt das Festhalten an einem toten Pferd. Nicht selten hört man im Parlament: Wenn wir das jetzt auch noch streichen, steht ja nichts mehr drin. Wenn wir dieses Pferd für tot erklären, haben wir keines mehr.

Aufschlussreich ist darum auch die Besänftigung, das tote Pferd würde doch niemanden stören. So argumentierte das BAG mehrfach, im schlimmsten Fall würde einfach gar nichts geschehen und das Gesetz bliebe eine leere Hülle. Abgesehen davon, dass das nicht stimmt (siehe S. 26), argumentiert so niemand, dem es um die Sache geht: Die Koordination im Gesundheitswesen ist schlicht zu wichtig für leere Hüllen. Wir brauchen kein totes Pferd, wir brauchen ein gutes!

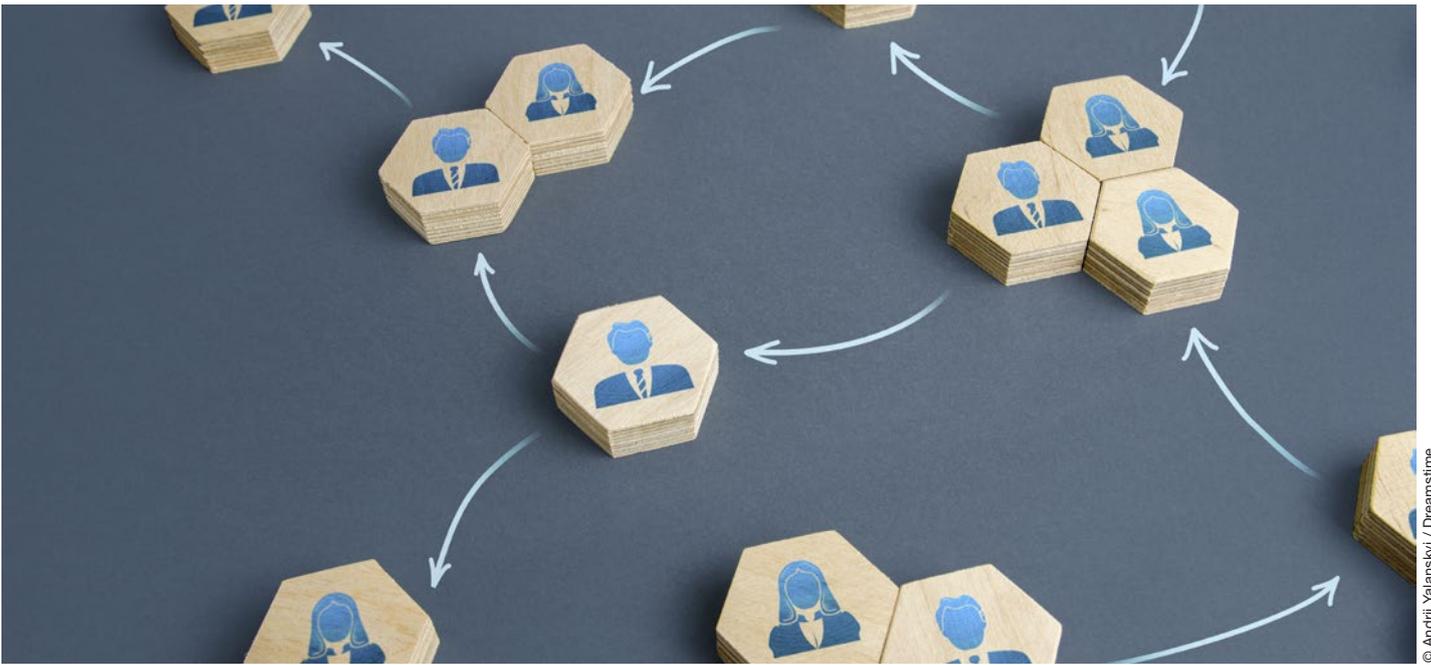
... und umzusatteln

Die gute Nachricht ist: Wir haben mit den sich verbreitenden AVM bereits ein sehr erfolgreiches Pferd. Wir wissen ausserdem durch die Managed-Care-Ablehnung von 2012, dass die Weiterentwicklung der Versorgungslandschaft auch ohne neue Gesetzgebung funktioniert. Wir haben ein NFP 74, das eine Förderung der Koordination in der Patientenversorgung *mit* und nicht *gegen* die Akteure des Gesundheitswesens empfiehlt. Und wir haben viele Akteure, die viele zukunftsweisende Lösungswege zusammengetragen haben. Es wäre also kein Verlust, sondern ein Gewinn, den neuen Leistungserbringer ganz offiziell für tot zu erklären – und sich auf funktionierende Alternativen zu konzentrieren.



Literatur

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



Koordinierte Versorgung lässt sich mit vielen Ansätzen fördern. Der geplante neue Leistungserbringer gehört nicht dazu.

Koordination stärken statt Koordination überregulieren

Gesundheitspolitik Die Diskussionen zur Gesetzesvorlage «Netzwerke zur koordinierten Versorgung» zeigten verschiedene Argumente gegen den geplanten neuen Leistungserbringer auf. Es gibt jedoch auch viele alternative Lösungsansätze für eine Stärkung der koordinierten Versorgung, die weiterverfolgt werden sollten.

Anne-Geneviève Bütikofer^a, Yvonne Gilli^b, Anne Sybil Götschi^c, Esther Kraft^d, Philippe Luchsinger^e, Marcel Mesnil^f, Martine Ruggli^g, Markus Trutmann^h, Nora Willeⁱ

^a Direktorin H+; ^b Präsidentin FMH; ^c Präsidentin medswiss.net; ^d Leiterin Abteilung DDQ, FMH; ^e Präsident mfe; ^f Senior Expert public affairs & politics pharmaSuisse; ^g Präsidentin pharmaSuisse; ^h Leiter Politik H+; ⁱ Persönliche wissenschaftliche Mitarbeiterin Präsidentin, FMH

Mit dem zweiten Kostendämpfungspaket legte der Bundesrat am 7. September 2022 eine elfseitige Sammlung an Gesetzesänderungen vor. Eines der enthaltenen Vorhaben klang zunächst sehr gut: die «gezielte Förderung der koordinierten Versorgung» [1]. Die genaue Lektüre brachte jedoch Enttäuschung: Das Gesetz plant mit einem neuen, staatlich stark regulierten ambulanten Leistungserbringer ein neues Silo in unserem Gesundheitswesen. Dieser neue Leistungserbringer wird als «Netzwerk zur koordinierten

Versorgung» bezeichnet, hat aber mit Netzwerken, wie wir sie in der Schweiz kennen, nichts zu tun. Er ist eine Parallelstruktur, welche keinen erkennbaren Mehrwert, aber viel neue Administration schafft [2].

Erfolgsgeschichte ausbremsen?

Damit droht das Gesetz die Innovationen abzuwürgen, die in den letzten Jahrzehnten die Erfolgsgeschichte einer immer besser koordinierten Versorgung ermöglicht haben. Die Anfänge erster HMOs und Hausarztmodelle aus

den frühen 90er Jahren haben sich zu einer grossen Auswahl alternativer Versicherungsmodelle (AVM) entwickelt, mit denen heute mehr als zwei Drittel der Bevölkerung durchschnittlich über 1000 Franken Jahresprämie sparen [3]. Ein Obsan-Bericht hielt fest, dass es «eindrücklich» sei, dass «trotz der ungenügenden Anreize [...] bemerkenswert viele, unterschiedliche und auf alle Regionen verteilte Initiativen existieren» [4]. Zudem beschleunige sich die «Entwicklung der integrierten Versorgung in der Schweiz [...] seit einigen Jahren

stark»: Die Hälfte der 162 identifizierten Initiativen wurde in den sechs Jahren vor Publikation des Berichts lanciert.

Die sich beschleunigende positive Entwicklung darf nicht durch ein staatlich-administratives Korsett ausgebremst werden.

Widerspruch der «Geförderten»

Die Akteure, die sich für eine koordinierte Versorgung engagieren und ihre Herausforderungen aus der Praxis kennen, realisierten schnell, dass der geplante neue Leistungserbringer keinen Fortschritt, sondern lediglich ein neues staatlich-administratives Korsett bringen würde, ohne die interprofessionelle Zusammenarbeit zu fördern. Entsprechend zeigte das Hearing der nationalrätlichen Gesundheitskommission (SGK-N) im Oktober 2022 auch, dass «der vom Bundesrat vorgeschlagene Ansatz bei den betroffenen Akteuren auf starken Widerstand stösst» [5]. Die Kommission beauftragte die Verwaltung «an einem runden Tisch eine Lösung zu finden, die für das Gesundheitswesen einen Mehrwert bringt» und «bei den betroffenen Akteuren - Ärzteschaft sowie andere Gesundheitsfachpersonen, Versicherer, stationäre und ambulante Dienste, Patientenorganisationen und Kantone – mehrheitsfähig ist» [5]. In der Folge lud das BAG 15 Akteure zu drei runden Tischen im Januar, Februar und März 2023 ein: ARTISET, curafutura, fmc, FMH, GDK, H+, Konsumentenforum, medswiss.net, mfe, ospita, pharmasuisse, pro-salute, santésuisse, Spitex, SVBG.

Auftrag zum Runden Tisch

Der genaue Auftrag war, bei den runden Tischen «einen abgestimmten Vorschlag zuhanden der SGK-N zur Umsetzung der Massnahme 'Netzwerke zur koordinierten Versorgung' zu erarbeiten» [6]. Ein Zusatzbericht des BAG zuhanden der Kommission sollte Möglichkeiten der genaueren Ausgestaltung des geplanten neuen Leistungserbringers ausführen. Damit entstand eine schwierige Ausgangslage: Da die eingeladenen Akteure den neuen Leistungserbringer grossmehrheitlich ablehnten, hätten sie lieber unabhängig von dieser Gesetzesvorlage neue Lösungen für die Förderung der koordinierten Versorgung diskutiert. Das Kernanliegen aller Teilnehmenden, die Koordination in der Gesundheitsversorgung weiter voranzutreiben, konnte durch die Einengung der Diskussion auf den vom Bundesrat vorgeschlagenen neuen Leistungserbringer jedoch nur teilweise verfolgt werden.

Die behandelte Problemstellung, die Argumente gegen die aktuelle Gesetzesvorlage sowie die eingebrachten alternativen Lösungsideen werden hier in der Folge aus der Perspektive der Autorinnen und Autoren zusammengefasst.

Welches Problem soll gelöst werden?

Mit Blick auf die koordinierte Versorgung formulierte das BAG vor allem zwei Herausforderungen: Zum einen sind nicht alle Personen, die möglicherweise von einer koordinierten Versorgung profitieren könnten, in einem entsprechenden AVM versichert, etwa ältere Menschen oder chronisch Kranke. Zum anderen bieten auch AVMs nicht immer «echte» koordinierte Versorgung an. Der neue Leistungserbringer solle diese Situation verbessern, indem er koordinierte Versorgung praktiziert, wohlbemerkt unabhängig vom Versicherungsmodell eines Patienten. Durch die neue Regulierung sollen interprofessionelle Zusammenschlüsse ambulanter Leistungserbringer eine Versorgung «aus einer Hand» gewährleisten. Unter Aufnahme der breiten Skepsis der Akteure im Gesundheitswesen formulieren wir verschiedene Argumente gegen das neue Konstrukt, die in neun Punkten zusammengefasst werden.

Was spricht gegen den neuen Leistungserbringer?

1. Ein neuer Leistungserbringer ist noch kein Versorgungsmodell: Die Gesetzesvorlage setzt den neuen Leistungserbringer mit einem Versorgungsmodell gleich – präsentiert aber lediglich eine neue Einrichtung, welche nach Vorgaben des Bundesrats zu Organisation, Personal, Zusammenarbeit, Datenaustausch, Qualitätssicherung und Koordination aufgebaut werden sowie kantonale Leistungsaufträge erhalten soll, wie wir das für Spitäler kennen. Ob dieser am Schreibtisch entworfene neue Leistungserbringer in der Praxis den Anspruch eines «Versorgungsmodells» überhaupt einlösen könnte, ist spekulativ. Es bleibt auch unklar, warum er erfolgreicher in der Koordination sein sollte als die bereits bestehenden Netzwerke. Alle in der Botschaft aufgeführten «Vorteile» des neuen Leistungserbringers sind mit dem vorgeschlagenen Modell gar nicht realisierbar, unbelegt oder bereits heute Realität.

2. Koordinierte Behandlungen funktionieren nur, wenn Patientinnen und Patienten diese Koordination auch wünschen: Die Gesetzesvorlage verkennt, dass eine gut koordinierte Behandlung in einem Netzwerk eine bewusste Entscheidung des Patienten voraussetzt – also Freiwilligkeit. Darauf gründet auch der Erfolg der heutigen Netzwerkmodelle. Wer von einem Lotsen in der Gesundheitsversorgung profitieren möchte, muss sich auch lotsen lassen – und dafür zum Beispiel Einschränkungen

Position des SVBG

Als Schweizerischer Dachverband der Berufsorganisationen im Gesundheitswesen (SVBG) begrüßen wir die Absicht, die koordinierte Versorgung in der Grundversorgung zu fördern. Die Gesundheitsberufe wollen ihre Leistungen für eine bestmögliche Versorgung koordinieren – in jenen Situationen, in denen es notwendig und zweckmässig ist. Das betrifft bei weitem nicht nur die vielzitierten multimorbiden älteren Personen, sondern genauso Kinder oder Jugendliche und Menschen mit psychischen Problemen. Allerdings werden die Hindernisse, welche die Koordination aus Sicht der einzelnen Fachpersonen behindern, mit dem neuen Leistungserbringer nicht abgebaut und den individuellen Bedürfnissen der Betroffenen wird damit wenig Rechnung getragen. Anstatt die für die Koordination notwendigen Leistungen zu definieren und zu entschädigen soll ein neuer Leistungserbringer geschaffen werden – eine Entschädigung der Koordinationsleistungen ist dann jedoch diesem Leistungserbringer und den von ihm behandelten Personen vorbehalten.

Statt behördlich regulierte Netzwerke als neue Leistungserbringer zu etablieren, wäre es sinnvoller die gewünschten Koordinationsleistungen zu fördern. Hierfür wären zwei Ansätze zentral: Zum einen müssten Digitalisierungsgewinne realisiert werden, indem der Informationsaustausch z.B. mit Hilfe eines funktionierenden EPD unterstützt würde. Zum anderen müssten Koordinationsleistungen vergütet werden. Eine entsprechende gesetzliche Grundlage könnte zielführende Verhandlungen zwischen den Tarifpartnern befördern. Und last but not least sollte der Patient selber wählen können, wer für ihn Koordinationsleistungen übernimmt. Es bleibt damit festzuhalten, dass der aktuelle Gesetzesentwurf an den Problemen der Realität vorbeigeht, statt echte neue Lösungsansätze vorzuschlagen.

Claudia Galli Hudec, Präsidentin svbg

gen in seiner Wahl der Leistungserbringer akzeptieren. Der geplante neue Leistungserbringer könnte sein Versprechen einer koordinierten Behandlung darum gar nicht einlösen: Jeder zum Beispiel im Standard- oder in einem telemedizinischen Modell versicherte Patient könnte beliebig zusätzlich Leistungserbringer

Koordinierte Versorgung dank Wahlfreiheit

Auch wenn das KVG in den letzten 10 Jahren mit manchen Revisionen schlechter geworden ist, sind die soliden Grundpfeiler Wahlfreiheit für die Versicherten sowie Wirksamkeit, Zweckmässigkeit und Wirtschaftlichkeit für die versicherten Leistungen immer noch erkennbar. Dank der Wahlfreiheit können sich die Versicherten für die Standardgrundversicherung oder für ein alternatives Versicherungsmodell (AVM) entscheiden. Wer die Standardgrundversicherung wählt, will sämtliche zugelassenen Leistungserbringer selber auswählen und ist folglich auch für die Koordination selber verantwortlich. Wer ein AVM wählt, schränkt die Wahlfreiheit freiwillig ein und bekommt dafür einen Prämienrabatt, weil die Untersuchungen und Behandlungen je nach AVM unterschiedlich koordiniert werden. Mit den AVM beweisen Leistungserbringer, Versicherer und Versicherte, wie ein kleiner Freiraum im überregulierten KVG auf der Basis von Vertragsfreiheit blüht.

Nun will der Bundesrat einen zusätzlichen Leistungserbringer, der koordiniert. Die Kritik in der Vernehmlassung und an einem Hearing der nationalrätlichen Gesundheitskommission war vernichtend. Die Kommission beauftragte deshalb das BAG, zusammen mit den Akteuren Vorschläge zu erarbeiten. Anstatt an den drei runden Tischen ergebnisoffen nach Lösungen zu suchen, versteifte sich das BAG allzu sehr auf die Verteidigung des bundesrätlichen Vorschlags, ohne die Mehrheit der Akteure von den Vorteilen eines zusätzlichen Leistungserbringers für die Versicherten und Patient:innen überzeugen zu können. Nun muss das Parlament entscheiden, ob die koordinierte Versorgung reguliert und standardisiert wird, oder ob die AVM mit zusätzlichen Anreizen (Mehrjahresverträge für Versicherte; mehr Flexibilität beim Einsatz, bei der Zusammenarbeit der Leistungserbringer, bei den Leistungen, bei der Vergütung und bei der Prämienberechnung) auch für ältere und chronisch kranke Versicherte attraktiver werden sollen.

Felix Schneuwly, Fachbeirat Gesundheit Konsumentenforum kf

ausserhalb des Netzwerks aufsuchen. Die Vorstellung das Versorgungsmodell vom Versicherungsmodell zu trennen und damit auch Personen, «die nicht eine besondere Versicherungsform gewählt» [1] haben, in Netzwerken zu versorgen, ist darum nicht realistisch. Bereits heute hat jeder Versicherte jedes Jahr von Neuem die Möglichkeit, ein Versicherungsmodell mit verbindlicher Zusammenarbeit der Leistungserbringer in einem Netzwerk zu wählen. Wenn Patienten diese Koordination nicht wünschen, wird man dies nicht mit einer zusätzlichen Versorgungsstruktur, wie sie der Bundesrat vorschlägt, ändern können, die die Versorgungslandschaft weiter fragmentiert.

3. Wer sich heute trotz deutlicher Kostenvorteile gegen AVMs mit Netzwerkversorgung entscheidet, würde zukünftig auch einen neuen Leistungserbringer meiden: In einen neuen Leistungserbringer müsste sich der Patient genauso hineinbegeben, wie heute in ein Netzwerk-Modell – und er könnte ihn genauso meiden. Eine Förderung der koordinierten Versorgung sollte darum bei den Gründen ansetzen, warum Versicherte kein Netzwerk-Modell wählen, statt eine Parallelstruktur zu schaffen. Diese Gründe können sehr unterschiedlich sein. Bei Menschen, die sich bewusst gegen Netzwerkmodelle entscheiden oder nie darüber nachgedacht haben, wäre vor allem Information sinnvoll. Bei anderen – insbesondere auch multimorbiden – Personen ohne AVM stellt sich die Frage, ob es überhaupt ein Nachteil ist, wenn diese heute nicht in AVMs versichert sind: Viele werden bereits heute von ihrem Hausarzt koordiniert behandelt. Andere chronisch Kranke sind über ihre Erkrankung(en) bestens informiert und haben ihr individuelles Behandlungsnetz längst etabliert. In beiden Fällen hätte ein Wechsel in ein Netzwerk-Modell kaum Auswirkungen auf die Qualität und Kosten ihrer Versorgung.

4. Die freie Entscheidung der Versicherten ist zu respektieren: Mit einer Trennung des Versorgungsmodells vom Versicherungsmodell übergänge man auch die Entscheidung der Versicherten. Diese wählen mit ihrem Versicherungsmodell heute auch ein Versorgungsmodell. Wer das teure Standardmodell wählt, kann beliebig Leistungserbringer aufsuchen – kann dann aber keine Netzwerkkoordination erwarten. Das Ziel, Menschen, die sich gegen Netzwerkmodelle entschieden haben, eine HMO «unterzuschieben», ist auch fragwürdig, weil die Versicherten so auch der grossen Prämienreduktionen beraubt würden, die normalerweise mit der Wahl eines Netzwerk-Modells verbunden sind. Das Versicherungsmodell vom Versorgungsmodell zu trennen, hiesse auch die wirtschaftlichen Anreize – und damit den zentralen Treiber von integrierter Versor-

gung und Kostendämpfung – von der Versorgungsebene zu lösen.

5. Die Wahlfreiheit der Versicherten würde eingeschränkt: Wo heute der Versicherte entscheidet, nach welchem Modell er behandelt werden möchte und dafür auch die Kosten trägt, würde ihm zukünftig die Entscheidung durch die Anbindung seines Hausarztes abgenommen. Angesichts des Grundversorgermangels würden viele Versicherte entweder in den neuen Leistungserbringer gezwungen, weil sich der einzige verfügbare Hausarzt diesem angeschlossen hat oder der neue Leistungserbringer wäre für sie gar nicht verfügbar. Statt eine Parallelstruktur aufzugleisen, die für die Versicherten oft entweder alternativlos oder nicht verfügbar wäre, sollten darum besser die Anreize für Koordination und Ausweitung des interprofessionellen Angebots in den bereits bestehenden Strukturen verbessert werden. So liesse sich auch konsequent vom Patienten und seinen spezifischen Netzwerk-Bedürfnissen her denken, statt von einer Struktur her, die allen gleichermassen übergestülpt wird.

6. Hoher Koordinationsaufwand darf nicht nur für Patienten des neuen Leistungserbringers vergütet werden: Der neue Leistungserbringer soll mit den Versicherern die «Finanzierung der Zusatzkosten, die durch die Koordination komplexer Fälle entstehen» [7], vereinbaren. Abgesehen davon, dass die Unterteilung in komplexe und weniger komplexe Fälle Abgrenzungsfragen aufwirft, stellt sich hier eine sehr grundlegende Frage: Warum sollten diese Zusatzkosten ausschliesslich dem neuen Leistungserbringer vergütet werden? Statt wie hier geplant einen spezifischen Leistungserbringer zu fördern, sollte das Erbringen der *Leistung* am Patienten gefördert werden – unabhängig davon, ob dieser ein staatlich vorstrukturiertes Setting aufsucht oder nicht. Für Patienten und Patientinnen, die umfangreiche Koordinationsleistungen benötigen, müssen diese auch ausserhalb des neuen Leistungserbringers finanziert werden – auch hier gilt es vom Patienten aus zu denken statt von der Struktur.

7. Überregulierung beschränkt die integrierte Versorgung: Die mit dem neuen Leistungserbringer verbundenen neuen administrativen Auflagen bringen keinen Mehrwert, aber viele zusätzliche Beschränkungen. Die heute individuellen Verträge der Netzwerke funktionieren sehr gut und ermöglichen Vereinbarungen, die für alle stimmen. Auch zusätzliche kantonale Leistungsaufträge würden die koordinierte und überregionale Versorgung einschränken. Das Ziel, mit gesetzlichen Vorgaben «eine einheitliche Gestaltung der in Zukunft entstehenden Netzwerke zu gewährleisten» [1], untergräbt die Erfolgsgeschichte der AVM: Gerade die Flexibilität der Netzwerke ermöglichte bislang die Anpassung an unterschiedliche Bedürfnisse ver-

schiedener Regionen oder Patientengruppen, bot den Versicherten eine Auswahl und förderte Weiterentwicklung durch Konkurrenz. Der neue Leistungserbringer würde mit mehr Auflagen und Bürokratie die koordinierte Versorgung nicht fördern – sondern ersticken.

8. Das KVG ist ein Finanzierungsgesetz und sollte nicht die Organisation der Patientenversorgung vorgeben: Das KVG regelt als Finanzierungsgesetz, wer medizinische Leistungen zulasten der OKP nach welchem Schema und unter welchen Bedingungen (WZW) abrechnen darf. Die Ausgestaltung von Versorgungsmodellen ist jedoch keine Aufgabe des KVG, sondern in erster Linie eine unternehmerische Leistung von Leistungserbringern, die mit günstigen Rahmenbedingungen gefördert werden sollte. Die Berufsausübung wird in den – sehr unterschiedlichen – kantonalen Gesundheitsgesetzen reguliert. In diesem gesetzlichen Rahmen sind bereits heute sowohl kantonsspezifische als auch kantonsübergreifende integrative Versorgungsprojekte möglich.

9. Für eine verbindliche interprofessionelle Zusammenarbeit braucht es keinen neuen Leistungserbringer: Es braucht keinen neuen Leistungserbringer, «damit sich Gesundheitsfachpersonen zu einem interprofessionellen und interdisziplinären Betreuungsteam zusammenschliessen» [7], wie die vielen bestehenden Netzwerke zeigen. Diese Entwicklung ist auch nicht, wie vom BAG kritisiert, ausschliesslich «ärztegetrieben». Dies zeigt unter anderem das Beispiel der Medbase-Gründung durch einen Physiotherapeuten. Auch die wachsende Bedeutung von MPK, Pflegefachpersonen, APN oder Sozialarbeitenden in Netzwerken verdeutlicht die zunehmend interprofessionelle Zusammenarbeit, die auch bereits heute in Verträgen mit den Versicherern verbindlich festgelegt wird. Potenzial besteht noch in einer engeren Zusammenarbeit mit weiteren Akteuren, wie Apotheker und Spitex. Erschwert wird die Verbesserung der koordinierten Patientenversorgung jedoch vor allem durch das Fehlen einer Plattform für den digitalen Austausch zwischen Gesundheitsdienstleistern, durch die fehlenden Anreize und die unzureichende Tarifierung von Koordinationsleistungen – dass ambulante Leistungserbringer nicht gemeinsam abrechnen können, war hingegen bislang kein Problem. Diese rein administrative Verrechnungsfrage wäre zudem viel einfacher lösbar – und bräuchte keine Schaffung eines neuen, staatlich stark regulierten Leistungserbringers.

Wie kann man die Koordination tatsächlich fördern?

Selbst diejenigen Akteure, die die Kritik am neuen Leistungserbringer nicht oder nur teilweise teilen, sehen oft Möglichkeiten, die inter-

professionelle Koordination in der Gesundheitsversorgung auch ohne diesen Leistungserbringer zu fördern beziehungsweise zu verbessern. Viele Lösungsansätze betreffen die Rahmenbedingungen für eine erfolgreiche Weiterentwicklung der heutigen AVM und der Koordination in der Gesundheitsversorgung, hier müssen noch Fehlanreize beseitigt werden. Ein anderer zentraler Fehlanreiz, der früher schlechte Risikoausgleich, wurde bereits korrigiert und lässt nun eine neue positive Dynamik erwarten. Auch Weiterentwicklungen auf der Versorgungsseite sind denkbar. Hier werden neue Kompetenzen der Pflegeberufe und Apothekerinnen und Apotheker jedoch auch ohne neuen Leistungserbringer einen Beitrag zu einer koordinierten Grundversorgung leisten. Die Ansatzpunkte werden nachfolgend in neun Punkten zusammengefasst:

Die Akteure des Gesundheitswesens haben viele alternative und taugliche Lösungsansätze zur Förderung der Koordination benannt.

1. Mit dem neuen Risikoausgleich werden AVM für chronisch Kranke immer attraktiver: Die Einführung des morbiditätsorientierten Risikoausgleichs im Jahr 2020 beseitigte bereits einen wichtigen Fehlanreiz. Da zuvor die Jagd nach guten Risiken belohnt wurde, während sich Investitionen nicht lohnten, wurde das Potenzial von AVMs für chronisch Kranke nicht ausgeschöpft. Mit der Verbesserung des Risikoausgleichs haben sich die Anreize 2020 für die Versicherer jedoch grundlegend geändert. Dies lässt eine sehr positive zukünftige Entwicklung erwarten: Die mit dem neuen Leistungserbringer angestrebten Ziele könnten bereits allein durch den neuen morbiditätsbasierten Risikoausgleich erreicht werden.

2. Die Einheitliche Finanzierung ambulanter und stationärer Leistungen EFAS wird einen Schub bei der integrierten Versorgung auslösen: Mit dem Fortschritt bei EFAS ist die Politik kurz davor, ein weiteres Hindernis integrierter Versorgungsmodelle zu beseitigen. Insbesondere bei häufigen chronischen Erkrankungen wie Diabetes, Herzleiden und Atemwegserkrankungen können diese Modelle durch Investitionen in eine umfassende ambulante Betreuung teure Spitalaufenthalte vermeiden. Doch diese Modelle sind heute für Versicherer unattraktiv, weil diese die Mehrkosten im ambulanten Bereich tragen müssen, während die eingesparten Spalkosten jedoch vor allem die Kantone ent-

lasten. Mit EFAS müsste nicht mehr der Versicherer investieren, damit der Kanton spart, sondern beide wären gleichermaßen an Investition und Kostenvorteil beteiligt. Damit würden auch die Prämienrabatte für die Versicherten steigen. Die Rabatte für HMO-Modelle, die der neue Leistungserbringer nachahmen soll, lägen mit EFAS um 20% höher. Diese Versicherungsform würde also deutlich attraktiver [8] genauso wie die Weiterentwicklung von Versorgungsmodellen für spezifische Krankheitsgruppen.

3. Koordinationsleistungen müssen finanziert werden – für alle Patienten: Ein weiterer Schlüssel zur Verbesserung der Koordination im Gesundheitswesen liegt in einer sachgerechten Tarifierung von Koordinationsleistungen. Heute findet Koordination insbesondere deshalb zu wenig statt, weil sie – je nach Gesundheitsberuf und Situation – immer oder teilweise gratis erfolgen muss. Eine Vergütung der für die Koordination aufgewendeten Zeit käme zudem allen Patienten mit entsprechendem Bedarf unabhängig vom Versicherungsmodell zugute. Ein Anspruch auf die Vergütung von Koordinationsleistungen wäre auch einfach und schnell umsetzbar – im Gegensatz zur Etablierung eines neuen Leistungserbringers. Mit dem TARDOC liegt bereits ein Tarif vor, der auch die Vergütung von interprofessionellen und Koordinationsleistungen vorsieht. Dies wird selbstverständlich auch mit dem geplanten, aus TARDOC und ambulanten Pauschalen zusammengesetzten Tarifsystem möglich sein. In anderen Tarifen müssten Koordinationsleistungen ergänzt werden, und auch im Beitragssystem der Pflegeversorgung sowie in der LOA der Apotheker muss die Bezahlung solcher Leistungen sichergestellt werden. Für darüber noch hinaus gehende Leistungen von Netzwerken, die mehr Qualität und Einsparungen bringen, sollten die Netzwerke weiterhin frei mit Versicherern Sondervergütungen aushandeln können – ohne unnötige Auflagen des Bundesrats. So würden Vernetzungsleistungen mit Mehrwert für Patienten und Versicherte gefördert – statt zusätzliche Regulierungen auf Ebene der Organisationsstruktur aufgebürdet werden.

4. Listenmodelle müssen verhindert und damit Etikettenschwindel vermieden werden: Wenn heute nicht alle AVM tatsächlich koordinierte Netzwerkarbeit anbieten, wird dieses Problem nicht durch einen neuen Leistungserbringer gelöst. Stattdessen gilt es Etikettenschwindel zu vermeiden: Wo AVM draufsteht, muss auch AVM drin sein, also ein Netzwerk von Leistungserbringern, das mit den Versicherern verbindliche Verträge abgeschlossen hat. Nur diese können eine kontinuierliche koordinierte Betreuung kranker Menschen leisten.

Sogenannte Trittbrettfahrer- beziehungsweise Listenmodelle können dies nicht. Ärzte und andere betroffene Leistungserbringer müssen sich darum von diesen unseriösen Listen streichen lassen können, die den Patienten ein Hausarzt- oder koordiniertes Modell nur vorkaukeln. Das wäre mit einer minimalen KVG-Revision in Artikel 41 Absatz 4 möglich.

5. Eine freiere Prämien- und Vertragsgestaltung könnte der integrierten Versorgung einen Innovationsschub ermöglichen: Die Gestaltung der Prämien und Rabattierungen muss zukunftsfähig angepasst werden, schon allein, weil das Preiskollektiv im Standardmodell immer kleiner wird. Mit einer Anpassung von Artikel 101c KVV könnten die Versicherungen ihre Prämien frei und ohne Maximalrabatte festlegen – sofern diese der realisierten Einsparung entsprechen – und so einen Innovationsschub in den AVMs auslösen. Diese würden durch die vergrößerte Prämien Differenz oder durch den Verzicht auf Kostenbeteiligung immer attraktiver. Auch eine neue Möglichkeit in der Grundversicherung, **Mehrjahresverträge** abzuschliessen, könnte sich sowohl auf Qualität als auch auf die Kosten positiv auswirken, weil damit neue Anreize für Präventionsleistungen gesetzt würden.

6. Für Versorgungsprobleme in spezifischen Situationen müssen Bottom-up Lösungen entwickelt werden: Spezifische Situationen aus dem Alltag der Patientenversorgung weisen einen besonders dringenden Handlungsbedarf auf, für die ebenfalls Lösungsansätze formuliert wurden. So liessen sich im Bereich der Pflege und insbesondere der Spitex mit entsprechender Vergütung und Kompetenz Koordinationsleistungen erbringen, die bei alten und multimorbiden Menschen Spital- oder Heimeinweisungen reduzieren könnten. Auch im wachsenden Bereich der Langzeitpflege könnte eine zentrale Rolle der Pflegenden, kombiniert mit der von Apothekerinnen und Apothekern gestützten Betreuung der Medikation, ein grosses Verbesserungspotenzial bei multimorbiden kostenintensiven Patienten realisieren. Die Ergebnisse des jüngst publizierten NFP 74 sprechen dafür *«innovative Ansätze in einem Bottom-up-Prozess zu verwirklichen»*, der verbindliche Lösungen für eine gute Zusammenarbeit auf Augenhöhe bringt. Das NFP 74 fordert von den Systemgestaltern *«geeignete finanzielle und rechtliche Rahmenbedingungen, um innovative Versorgungsmodelle zu erproben und bei Eignung zu multiplizieren»* [9]. Ein Aufsetzen auf den erfolgreichen Projekten des NFP 74 zur Koordination mit zentraler Rolle von Pflegenden könnte hier zeitnah praxistaugliche Lösungen bringen. Auch die im Kostendämpfungspaket 2 vorgesehenen neuen OKP-Leistungen der Apothe-

ker (zum Beispiel im Rahmen von Präventionsprogrammen oder von pharmazeutischen Beratungsleistungen) haben in Pilotstudien oder im Ausland bereits Qualitäts- und Kostenvorteile gezeigt und sind grundsätzlich im Rahmen interprofessioneller Zusammenarbeit zu erbringen.

7. AVM müssen als Qualitätsprodukte positioniert und besser kommuniziert werden: Neben dem schlechten Risikoausgleich waren AVMs auch deshalb für chronisch Kranke lange nicht attraktiv, weil sie in erster Linie als «Sparmodelle» beworben wurden. Kranke Menschen wünschen sich aber keine Discount-Versicherung, sondern ein Qualitätsprodukt. Die bereits einsetzende Änderung der Kommunikation könnte zusätzlich unterstützt werden, wenn Personen, die von einem bestimmten Modell profitieren könnten, gezielt mit Informationen angesprochen werden dürften: Mit einer verbesserten Kommunikation wird das Bewusstsein wachsen, dass Netzwerkmodelle neben Preisvorteilen insbesondere für chronisch kranke Menschen auch mehr Qualität bieten können. Die hochprofessionellen Qualitätsaktivitäten der Netzwerkmodelle gehören neben den wirtschaftlichen Anreizen zu ihren wichtigsten Erfolgsfaktoren. Dies muss stärker hervorgehoben werden. Der neue Leistungserbringer, der keinerlei Qualitätsanforderungen erfüllen muss, würde hingegen als reine Kostendämpfungsmassnahme keine zukunftsweisende Entwicklung der Versorgung fördern.

8. Interprofessionelle Qualitäts-Charta: Statt mit einem neuen Leistungserbringer ein neues Silo zu schaffen, könnte ein qualitätsorientierter Ansatz die heutigen Silos nachhaltig öffnen. So könnte im Rahmen eines freiwilligen Bottom-up Commitments eine verbindliche Charta mit Qualitätszielen erarbeitet werden, die allen Gesundheitsberufen als Grundlage für eine Zusammenarbeit auf Augenhöhe dient. Ein Anschluss an diese interprofessionelle Qualitätscharta könnte mit Anreizen für alle Beteiligten verbunden werden, um Win-win-Lösungen für Patienten, Leistungserbringer und Versicherer zu schaffen.

9. Spitäler als Koordinatoren der Versorgung: Last but not least muss die Koordination über alle Akteure der Versorgungskette hinweg gefördert und weiterentwickelt werden und damit neben ambulanten Netzwerken auch Spitäler und Kliniken einbeziehen. Spitäler decken Fachrichtungen der akutsomatischen, psychiatrischen und rehabilitativen Medizin ab, wobei in all diesen Bereichen palliativmedizinische Angebote hinzukommen. Erfahren im Betreiben grösserer Netzwerke können sie koordinierende Aufgaben über das gesamte Versorgungsspektrum hinweg übernehmen.

Ein schönes Beispiel dafür liefert das jüngst geschaffene Réseau de l'Arc [10].

Fazit: Koordination stärken statt Koordination regulieren

Das Verdienst des im zweiten Kostendämpfungspaket geplanten neuen Leistungserbringers ist, dass er dem wichtigen Thema der koordinierten Versorgung neue Aufmerksamkeit verschafft hat. Die aktuelle Debatte zeigt jedoch, dass dieses administrative Konstrukt die grosse Mehrheit der Akteure des Gesundheitswesens nicht überzeugen kann, weil es die Koordination nicht fördern würde, sondern im

Wir können die Erfolgsgeschichte nur fortschreiben, wenn Kritik und Lösungsansätze aus der Praxis berücksichtigt werden.

Gegenteil erfolgreiche Entwicklungen behindern und den Verwaltungsaufwand erhöhen würde.

Es liegen nun nicht nur Argumente gegen den neuen Leistungserbringer vor, sondern auch Lösungsansätze, wie die Koordination in der Gesundheitsversorgung tatsächlich gestärkt werden kann. Viele dieser Ansätze weisen eine sehr gute Kosten-Nutzen-Bilanz auf, erfordern sie doch oftmals nur punktuelle Anpassungen und lassen trotzdem grosse Wirkungen erwarten. Nun bleibt zu hoffen, dass die Stimmen aus der Praxis von der Politik berücksichtigt werden – damit die Erfolgsgeschichte der integrierten Versorgung in der Schweiz fortgeschrieben werden kann. Von einer weiteren politisch top down gesteuerten (Über-)Regulation ist aktuell abzusehen. Stattdessen sind die laufenden Finanzierungs- und Tarifierungsreformen voranzutreiben. Die Evaluation ihrer Umsetzung sowie die Evaluation der bereits verabschiedeten Reformen werden wesentliche Erkenntnisse für die Wege einer weiteren zukunftsfähigen Förderung der integrierten und koordinierten Versorgung zeigen.

Korrespondenz
nora.wille[at]fmh.ch



Literatur

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



© Jason Dent / Unsplash

Die Physician Associates feiern ihr einjähriges Bestehen als Berufsverband.

Die Stimme der Physician Associates in der Schweiz

Jubiläum Der Verband Physician Associates Switzerland feiert am 2. April 2023 sein einjähriges Bestehen. Er wurde mit dem Ziel gegründet, diesem neuen Beruf eine Stimme zu verleihen, der rund 100 aktive Berufsangehörige zählt und jährlich um 48 Absolventinnen und Absolventen wächst.

Kristina Pranjić^a, Caroline Sidler^b, Sonia Barbosa^c

^a Präsidentin Physician Associates Switzerland (PAS), DAS Klinische Fachspezialistin; ^b Vize-Präsidentin PAS, DAS Klinische Fachspezialistin; ^c Master of Health Science, Abteilungsleiterin Dienstleistungen und Berufsentwicklung, FMH

Physician Associates (PA) – auch bekannt als Klinische Fachspezialistinnen und -spezialisten – sind in der Schweiz eine relativ neue Erscheinung. In anderen Ländern wie etwa in den USA, in Kanada, in Grossbritannien oder in den Niederlanden ist dieses Berufsbild jedoch bereits länger etabliert oder befindet sich, wie in Deutschland, in der fortgeschrittenen Entwicklungsphase. PAs arbeiten an der Schnittstelle zwischen medizinischen Fachkräften und dem Pflegepersonal. In der angelsächsischen Welt werden diese Gesundheitsfachkräfte als «Non-Physician Practitioners» oder NPP bezeichnet: Die Tätigkeiten, die sie dank ihrer zusätzlichen Ausbildung übernehmen können, sind komplexer und werden ihnen von Ärztinnen und Ärzten delegiert.

Schweizer PAs kommen aus Gesundheitsberufen (Mindestniveau Bachelor of Science oder HF-Diplom mit bestimmten Zusatzausbildung mit/oder Auflagenmodule), benötigen mindestens zwei Jahre Berufserfahrung und müssen eine berufsbezogene Weiterbildung im PA-Studienbereich absolviert haben. Der entsprechende Studiengang wurde 2017 an der Zürcher Fachhochschule ZHAW mit einem Certificate of Advanced Studies (CAS) gestartet. Mittlerweile wurde auch ein Master of Advanced Studies (MAS) ins Leben gerufen und die Absolventinnen und Absolventen des ersten Jahrgangs werden dieses Jahr ihre Diplome erhalten.

Zurzeit gibt es in der Schweiz etwa 100 Physician Associates, die in verschiedenen Fachbereichen arbeiten.

Zurzeit gibt es in der Schweiz etwa 100 PAs, die in verschiedenen Fachbereichen arbeiten – die Mehrheit ist aktuell im stationären Bereich vertreten. Der Beruf wurde ursprünglich für die Chirurgie konzipiert und hat sich dort sehr gut bewährt. Mittlerweile ist jedoch eine Ausweitung auf die internistischen Fachgebiete und im ambulanten Sektor im Gange. Basierend auf der aktuellen Ausbildungsplatzanzahl und der bisherigen Anmeldequote rechnen wir bis 2025 mit 300 aktiven PAs in der Schweiz.

Zur Gründung des Berufsverbands

Um diese stetig wachsende Zahl der in der Schweiz tätigen PAs zu vertreten wurde 2020 die Gründung eines entsprechenden Berufsverbands lanciert. Die Initiantinnen wandten sich noch im selben Jahr an die FMH und dank der Unterstützung des PA-Büros der Gesellschaft konnte der neue Verband im April 2022 seine Arbeit aufnehmen. Die Gründung des

Im vergangenen Jahr widmete sich die PAS insbesondere diesen Tätigkeiten:

- Kontaktaufnahme und Vernetzung mit anderen Verbänden im Gesundheitswesen
- Beratungen in Bezug auf die Implementierung der Berufsrolle bei Belegärztinnen und -ärzten sowie Institutionen
- PA-Networking Event mit Berufsvertreterinnen und -vertretern im November 2022
- Vorstellung der Berufsverbands der PAS an der ZHAW bei den Studierenden und Absolventinnen und Absolventen
- Mitarbeit in der PA-Kommission der FMH
- Lancierung einer Partnerschaft mit dem Kantonsspital Winterthur

Verbands Physician Associates Switzerland (PAS) wurde offiziell am Physician Associate Symposium der ZHAW am 24. Juni 2022 gefeiert. Das Ziel der PAS ist es, das Berufsbild in der Schweiz zu verankern, dessen Mehrwert aufzuzeigen und es stetig weiterzuentwickeln. Die PAS beschäftigt sich so unter anderem mit der Gestaltung einer gemeinsamen Berufsidealität, der Qualitätsentwicklung in Aus- und Weiterbildung sowie der Sozial-, Berufs- und Bildungspolitik.

Zukunftsperspektiven

Angesichts der gegenwärtigen Herausforderungen im Gesundheitssystem – wie unter anderem ein sich verschärfender Fachkräftemangel sowie eine weiter voranschreitende Alterung der Gesellschaft – bieten Physician Associates / Klinische Fachspezialistinnen und -spezialisten Möglichkeiten, drohende Versorgungslücken abzudecken. Als attraktive Weiterbildungsoption für qualifizierte und erfahrene Fachleute kann deren drohende Abwanderung aus dem Gesundheitswesen verhindert werden. Sie bieten zudem die Chance, Ärztinnen und Ärzte und andere Fachkräfte zu entlasten und Prozesse effizienter zu gestalten.

Um diese Chancen des Berufsbildes aufzeigen zu können, braucht es einen klaren Kompetenzkatalog und den Nachweis einer entsprechenden Ausbildung. Ein wichtiger Schritt in diese Richtung ist die Etablierung eines Bachelor-Studiengangs an der Fachhochschule. Dieser wäre sowohl ein Türöffner für Berufseinsteigerinnen und -einsteiger auf EFZ-Niveau an der Fachhochschule, wie MPA / MPK oder FAGE als auch eine attraktive Gesundheitsausbildung für Maturandinnen und Maturanden,

die sich für Gesundheitsberufe interessieren. Mit der Entwicklung dieses Studiengangs und der berufsbegleitenden Weiterbildung (MAS) sollten die Abschlusskompetenzen ausreichend definiert werden, um klare Rahmenbedingungen zu schaffen. So wäre sichergestellt, dass der Beruf die notwendigen Anforderungen für Tarifverhandlungen erfüllt, um die von PAs erbrachten Leistungen zu verrechnen.

Der Verband für die Schweizer Physician Associates strebt nach einer qualitativ hochwertigen und attraktiven Ausbildung, die qualifizierte Arbeitskräfte in das Gesundheitssystem bringt oder dort hält und ihnen interessante Berufsperspektiven eröffnet. Die PAS verpflichtet sich zum Engagement für die dazu benötigten Rahmenbedingungen und bemüht sich deswegen weiterhin um die Einbindung entsprechender Partnerinnen und Partner, Institutionen und Interessengruppen.

Korrespondenz

sonia.barbosa[at]fmh.ch

Personalien

Todesfälle / Décès / Decessi

Ernst Leo Abelin (1933), † 1.1.2023, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, 3011 Bern
Pierre Claude Sizonenko (1932), † 13.2.2023, Spécialiste en pédiatrie, 1206 Genève
Alexis Gunn-Secheyay (1963), † 24.2.2023, Spécialiste en ophtalmologie, 1204 Genève
Caspar Bruppacher (1948), † 7.3.2023, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin, 8032 Zürich
Heinz Emil Baumann (1929), † 11.3.2023, Facharzt für Ophthalmologie, 6353 Weggis

Ärztegesellschaft des Kantons Bern Ärztlicher Bezirksverein Bern Regio

Zur Aufnahme als ordentliche Mitglieder haben sich angemeldet:
Karin Alexander, Fachärztin für Allgemeine Innere Medizin, FMH, Praxis Bubenberg AG, Bubenbergplatz 8, 3011 Bern
Isabel Bolt, Fachärztin für Kinder- und Jugendmedizin, FMH, Berner Rheumazentrum, Viktoriastrasse 72, 3013 Bern
Karina Gallandat, Fachärztin für Allgemeine Innere Medizin, Praxis Bubenberg AG, Bubenbergplatz 8, 3011 Bern
Mirco Kempter, Facharzt für Angiologie, Universitätsklinik für Angiologie, Inselspital Bern, Freiburgstrasse, 3010 Bern
Radu Olariu, Facharzt für Plastische, Rekonstruktive und Ästhetische Chirurgie, Universitätsklinik für Plastische- und Handchirurgie, Inselspital Bern, Freiburgstrasse, 3010 Bern
Alexander Rosenov, Facharzt für Angiologie, FMH, Universitätsklinik für Angiologie, Inselspital Bern, Freiburgstrasse, 3010 Bern
Jenny Sarah Schneider, Fachärztin für Hämatologie, FMH, Prolindo, Lindenhofspital, Bremgartenstrasse 119, 3012 Bern
Benny Wohlfarth-Schulz, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin, Universitätsklinik für Angiologie, Inselspital Bern, Freiburgstrasse, 3010 Bern
Zeljko Zivcec, Facharzt für Neurologie, FMH, Medizinisches Zentrum VIVA AG, Bernstrasse 21, 3072 Ostermundigen

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.

Praxiseröffnung

Zur Aufnahme in unsere Gesellschaft hat sich gemeldet:
Christoph Hans Nützi, Facharzt für Ophthalmologie, Augenzentrum Willisau, Ettiswilerstrasse 12/14, 6130 Willisau

Zur Aufnahme in unsere Gesellschaft Sektion Stadt hat sich gemeldet:
Thomas Kofler, Facharzt für Kardiologie und Facharzt für Allgemeine Innere Medizin, FMH, Praxis Prof. Chatterjee, Hirslanden Klinik St. Anna, 6006 Luzern
Linn Krüger, Fachärztin für Kinder- und Jugendmedizin, FMH, ab 1.6.2023: Kinderarztpraxis im Garten, Landschaustrasse 4, 6006 Luzern
Azin Navaei, Praktische Ärztin, Stoffwechselpraxis Zentralschweiz AG, Zentralstrasse 1, 6003 Luzern

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

Unterwaldner Ärztegesellschaft

Zur Aufnahme in unsere Gesellschaft haben sich gemeldet:
Maximilian Georg Friedrich Heilgemeir, Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, Spital Nidwalden AG, 6370 Stans

Einsprachen sind innert 20 Tagen nach der Publikation schriftlich und begründet zu richten an: Unterwaldner Ärztegesellschaft c/o medkey AG, Schwannenplatz 7, 6004 Luzern.

Ärztegesellschaft des Kantons Zug

Zur Aufnahme in die Ärzte-Gesellschaft des Kantons Zug als ausserordentliche Mitglieder haben sich angemeldet:
Michael Fiechter, Facharzt für Neurochirurgie, FMH, CuraSpina, Schulhausstrasse 2, 6330 Cham
Tobias Pötzel, Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, FMH, CuraSpina, Schulhausstrasse 2, 6330 Cham

Einsprachen gegen diese Kandidaturen müssen innerhalb 14 Tagen seit dieser Veröffentlichung schriftlich und begründet beim Sekre-

ariat der Ärzte-Gesellschaft des Kantons Zug eingereicht werden. Nach Ablauf der Einsprachefrist entscheidet der Vorstand über Gesuch und allfällige Einsprachen.



Ein Speichel-Test lässt aktuell noch keine Aussage über den Phänotyp und die Ausdehnung der Endometriose zu.

Ein Speicheltest zur Diagnose von Endometriose?

Endotest Eine schnelle und einfache Diagnose von Endometriose: Darauf haben Betroffene schon lange gewartet. Ein französisches Start-up hat nun einen Speicheltest entwickelt. Die ersten Ergebnisse sind vielversprechend, aber es bleiben noch viele Fragen offen.

Markus Eberhard^a, Peter Martin Fehr^b, Sara Imboden^c, Michael David Mueller^d, Nicolas Samartzis^e

^a Dr. med., Kantonsspital Schaffhausen; ^b Dr. med., Kantonsspital Graubünden; ^c PD Dr. med., Inselspital Bern; ^d Prof. Dr. med., Inselspital Bern; ^e Dr., Kantonsspital Schaffhausen

Der Endotest wurde von dem Start-up -Ziwig™ in Frankreich konzipiert und wird in der Schweiz von Labor Team W™ und in Deutschland von Eluthia™ vertrieben. In der Schweiz wird der Test unter der Form einer flüssigen Biopsie abgegolten und so von der Grundversicherung übernommen. Er kostet zum aktuellen Zeitpunkt 781.20 Franken und kann von Ärzten mit einem speziellen Speichelset entnommen werden. Eine genetische Beratung ist nicht vorausgesetzt. Die Ausführung im Labor dauert ungefähr 20 Tage.

miRNA und künstliche Intelligenz

Der Endotest ist ein Speicheltest, der auf einer Analyse von microRNA basiert. MicroRNA – oder miRNA – sind meist 22-24 Nukleotide kurze, nicht kodierende Ribonukleinsäuren (RNA). Sie sind in der Lage, die Proteinsynthese zu regulieren, indem sie Messenger-RNA (mRNA) über eine kovalente Bindung blockieren oder deren Abbau beschleunigen können. Dadurch gelten sie als hochspezifische Genregulatoren und sind in ihrer Struktur stark konserviert [1, 2]. Sie sind nicht nur im Cyto-

plasma sondern auch in Körperflüssigkeiten zu finden und können so auch eine Funktion als parakrine und endokrine Mediatoren übernehmen [3].

In der Studie von Bendifallah et al. wurde mithilfe künstlicher Intelligenz ein Muster von 109 miRNAs erfasst, welches zur Diagnostik von Endometriosefällen verwendet wurde [4]. Das Herbeiziehen von künstlicher Intelligenz und die Berücksichtigung von den über 2600 bisher rapportierten miRNAs ermöglichte es gemäss den Autoren, die bisherigen Versuchen

eines miRNA-basierten nichtinvasiven Endometriostests zu übertreffen [5, 6].

Dieser neue Test übertrifft die bisherigen Versuchen eines miRNA-basierten nichtinvasiven Endometriostests.

Studiendesign

Eingeschlossen wurden in der Studie 200 Probandinnen zwischen 18 und 43 Jahren mit chronischen Unterbauchschmerzen beziehungsweise Dysmenorrhoe [4]. Davon hatten 153 Endometriose. Die Diagnose wurde in 45,8% der Fälle durch ein MRI und in 54,2% durch eine Laparoskopie gestellt. Bei den restlichen 47 Frauen wurde eine Endometriose mittels Laparoskopie ausgeschlossen. Diese Gruppe wurde als Kontrollgruppe eingesetzt. 51% der Frauen in der Kontrollgruppe hatten einen unauffälligen intraoperativen Situs, 23% ein Teratom, 11% ein Zystadenom, 2% ein Leiomyom und 13% eine andere gynäkologische Krankheit.

Im Endometriosekollektiv hatten 52% ein ASRM I-II und 48% ein ASRM III-IV. Dies widerspiegelt sich auch in dem relativ grossen Anteil mit weitläufigen Endometriose-assoziierten Beschwerden (56% mit ischialgiformen Schmerzen, 21% mit Zyklus-assoziierten rechtsseitigen Schulterschmerzen, 24% mit Zyklus-assoziiierter Hämatochezie, 17% mit Zyklus-assoziiierter Hämaturie). Eine gewisse Unklarheit besteht darin, wie die ASRM-Einteilung bei den 45,8% Fällen erfolgte, die lediglich mittels MRI diagnostiziert wurden.

Eine miRNA-Signatur konnte mit 96,7% Sensitivität und 100% Spezifität die Probanden in die korrekte Gruppe einteilen.

Test-Wertigkeit

In der aktuellen Publikation konnte eine miRNA-Signatur evaluiert werden, welche mit 96,7% Sensitivität und 100% Spezifität die Probanden in die korrekte Gruppe einteilen konnte [4]. Es wurde eine interne Validierung an 10 unterschiedlichen Datasets rapportiert, eine externe Validierung aktuell hingegen noch nicht. Eine externe Validierung an einem unabhängigen Patientenkollektiv kann nachweisen, dass das Testresultat unabhängig von den eingeschlossenen 200 Frauen ist, aus welcher die miRNA-Signatur hervorgegangen ist. Ein oft genannter Kritik-

punkt ist die aktuell kleine Anzahl von 47 Frauen in der Kontrollgruppe, was einen direkten Einfluss auf die Sensitivität und Spezifität ausüben könnte.

Noch viele offene Fragen

Aktuell bestehen noch viele ungeklärte Fragen: Was bedeutet der Test für die Adenomyose? Was bedeutet ein negatives Resultat, wenn sich im Untersuchungs klare Hinweise auf eine Endometriose zeigen? Was bedeutet ein positives Resultat, wenn sich asymptomatische Patientinnen testen lassen? Ist die Sensitivität gleich für milde wie für fortgeschrittene Endometrioseformen? Im aktuellen Testkollektiv wurden relativ viele schwere Endometriosefälle eingeschlossen (48% rASRM III-IV). Bei den frühen Formen, wäre aber ein solcher Test besonders interessant, da diese mittels Bildgebung schwieriger zu diagnostizieren sind.

Dieser Test ersetzt auf keinen Fall eine genaue Anamnese und sorgfältige Untersuchung auf Endometriosezeichen.

Wie ist der Test zu werten, wenn eine Patientin mit bekannter Endometriose nach einer operativen Therapie ein Rezidiv der Beschwerden hat? Wertet der Test die Prädisposition oder das Vorhandensein der Endometriose? Was bedeutet ein positiver Test bei Frauen unter 18 Jahren, sowie über 43 Jahren? Hat eine Hormontherapie einen Effekt auf das Resultat? Kann der Therapieerfolg im Test widerspiegelt werden? Wird das Resultat die Entscheidung zur Operation-Indikation und -Technik beeinflussen?

Dieser Test ersetzt auf keinen Fall eine genaue Anamnese und sorgfältige Untersuchung auf Endometriosezeichen, insbesondere weil er aktuell noch keine Aussage über den Phänotyp und die Ausdehnung der Endometriose zulässt.

Neue Resultate erwartet

Gemäss den Autoren der Studie ist eine gross angelegte multizentrische prospektive Validierungsstudie mit 1000 Probandinnen in 10 französischen Kliniken gerade kürzlich abgeschlossen worden und die Resultate sind demnächst zu erwarten. Da der Test nun im klinischen Umlauf ist, werden bald auch erste externe Resultate von verschiedenen Seiten vorliegen. Allenfalls wäre es möglich, dass eine Erweiterung der Kollektivgrösse der künstlichen Intelligenz helfen könnte, den Algorithmus weiter zu verfeinern.

Expertenmeinung

Experten der Arbeitsgemeinschaft für Gynäkologische Endoskopie der SGGG Gynécologie Suisse raten zurzeit von der Durchführung des Endotests ausserhalb von klinischen Studien ab

Externe Validierung abwarten

Zusammenfassend kann gesagt werden, dass mit grosser Spannung die Entwicklung eines nichtinvasiven Endometriostests erwartet wird. Ein Speicheltest wie der Endotest wäre eine ideale Testform. Aktuell ist es ratsam, erst die externe Validierung mit einem grösseren Patientenkollektiv abzuwarten, um den Test als Diagnosemittel einsetzen zu können. Bis dahin sollte den Patientinnen erklärt werden, dass das Testergebnis noch keine Aussage zulässt und noch nicht die bisherigen klinischen und bildgeberischen Diagnosemittel sowie die Laparoskopie ersetzen kann.

Patientinnen, die einen Test durchführen möchten, sollte zum jetzigen Zeitpunkt davon abgeraten werden, denn die Testergebnisse können zurzeit noch nicht interpretiert werden und die Kosten sind beträchtlich. Wenn wir von einer Endometriose-Inzidenz von 10% ausgehen und bei allen betroffenen Frauen den Test durchführen würden, würden Kosten von über 300 Millionen Franken entstehen. Bei einem Verdacht auf Endometriose ohne Korrelat in der Bildgebung kann – nach entsprechender vorgängiger Information über die Limitationen – allenfalls ein Test in Erwägung gezogen werden.

Korrespondenz

thomas.eggimann[at]hin.ch



Literatur

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

Bei Vergiftungen und Vergiftungsverdacht: 145

Notrufnummer Tox Info Suisse führte 2021 fast 40 000 Beratungen bei Giftkontakten von Mensch und Tier sowie bei Fragen zu Vergiftungen durch. Ein Überblick über die Intoxikationsfälle und die Beratungstätigkeit des schweizerischen Giftnotrufs.

Alexander Jetter^a, Colette Degrandi^b, Katrin Faber^b, Cornelia Reichert^c

^a Prof. Dr. med., Oberarzt, Tox Info Suisse, Zürich; ^b Dr. med., Oberärztin, Tox Info Suisse, Zürich; ^c Dr. med., Leitende Ärztin, Tox Info Suisse, Zürich

Tox Info Suisse ist der Giftnotruf der Schweiz. Die als gemeinnützige Stiftung organisierte Beratungsstelle mit der Notfall-Telefonnummer 145 steht Laien und Medizinalpersonen an 365 Tagen im Jahr rund um die Uhr für Fragen zu Vergiftungen

Medikamente, Haushaltsprodukte und Pflanzen waren die häufigsten Noxen.

zur Verfügung. Im Jahr 2021 erhielt Tox Info Suisse 39 584 Anfragen. Nach Abzug von 2474 Anfragen theoretischer Natur, die überwiegend präventiven Charakter hatten, sowie 3 Anfragen mit nicht zuzuordnendem Grund, verblieben 35 538 Anfragen zu Giftkontakten bei Menschen und 1569 Anfragen zu Tieren. Da zu manchen Giftkontakten mehrere Anfragen erfolgten, waren insgesamt 32 928 Menschen und 1551 Tiere von Giftkontakten betroffen. Medikamente, Haushaltsprodukte und Pflanzen waren die häufigsten Noxen (Abbildung 1). Während 89% der Vergiftungen bei Kindern symptomlos oder mit leichten Symptomen verliefen, kam es bei 8% der Vergiftungen bei Erwachsenen zu schweren Symptomen (Abbildung 2).

Zusammenarbeit mit der Ärzteschaft

Bei der telefonischen Beratung wird zur entsprechenden Beratung der Anrufenden der

potenzielle Schweregrad der Vergiftung eingeschätzt. Eine definitive Beurteilung kann aber erst im Verlauf und nach Abklingen allfälliger Symptome erfolgen. Tox Info Suisse ist daher auf die ärztlichen Rückmeldungen angewiesen, um die Beratungstätigkeit stetig zu verbessern. Aus diesem Grund erhalten alle Ärztinnen und Ärzte, die Tox Info Suisse wegen einer absehbaren oder eingetretenen Vergiftung kontaktieren, eine schriftliche Beurteilung verbunden mit dem Wunsch, Informationen zum Verlauf

und Ausgang zukommen zu lassen. Im Jahr 2021 kamen 5480 ärztliche Rückmeldungen zu 8316 ärztlichen Anfragen, was einer Rückmeldungsquote von 65,9% entspricht. Alle wurden sorgfältig gelesen und in die interne Datenbank übertragen, sodass sie für zukünftige Anfragen, für Aktualisierungen der Beratungsunterlagen und zur wissenschaftlichen Auswertung zur Verfügung stehen.

Für die Abbildungen 2 und 3 wurden nur die Rückmeldungen berücksichtigt, bei denen



Abbildung 1: Schädigende Stoffe (Noxen) bei allen Fällen von Giftkontakt bei Menschen (Kinder sind definiert als Personen, die jünger als 16 Jahre alt sind).

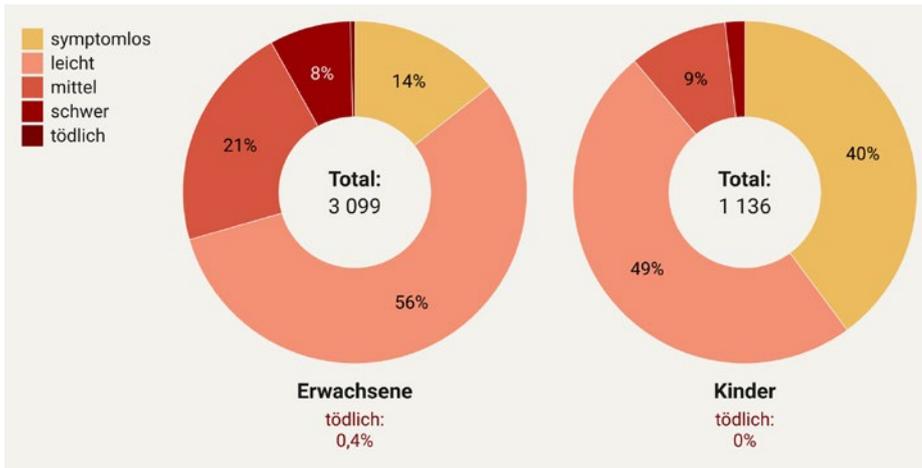


Abbildung 2: Klinischer Verlauf bei Kindern (= Personen bis 16 Jahren) und Erwachsenen gemäss den auswertbaren ärztlichen Rückmeldungen zu den Giftkontakten beim Menschen.

die Symptomatik mit gesicherter oder wahrscheinlicher Kausalität auf die Vergiftung bezogen werden kann. Eine gesicherte Kausalität

Die häufigsten schwer verlaufenden Intoxikationen waren durch Medikamente und Drogen bedingt.

liegt vor, wenn die Noxe(n) im Körper nachgewiesen wurde(n), der zeitliche Verlauf und die Symptome zur Noxe passten und andere Ursachen (zum Beispiel eine Grundkrankheit) keine Erklärung boten. Eine wahrscheinliche Kausalität beinhaltet die gleichen Kriterien, aber ohne den analytischen Giftnachweis. Bei symptomlosen Verläufen kann eine Kausalität nicht bestimmt werden. Anhand der Sympto-

matik wird dann nach standardisierten Kriterien der Schweregrad bestimmt. Hierbei wird unterschieden zwischen symptomlosem Verlauf, Fällen mit leichten, mittleren oder schweren Symptomen sowie Fällen mit tödlichem Ausgang. Leichte Vergiftungen brauchen in aller Regel keine Behandlung. Bei mittleren Symptomen ist oft eine Behandlung nötig, während schwere Fälle immer ärztlich behandelt werden müssen, oft ist auch eine intensivmedizinische Betreuung notwendig.

Tödliche Vergiftungen

Im Jahr 2021 wurden Tox Info Suisse 13 Vergiftungsfälle bekannt, die tödlich endeten. Alle betrafen erwachsene Personen, wobei 7 weiblichen Geschlechts waren. In 11 Fällen wurden die Substanzen in suizidaler Intention eingenommen, einmal geschah die Vergiftung akzidentell, einmal waren die Einnahmeumstände

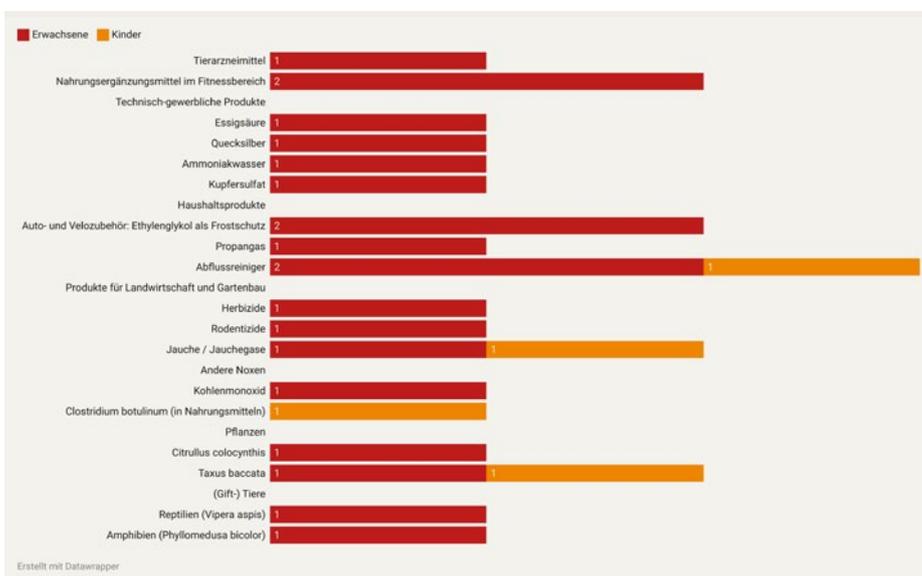


Abbildung 3: Schwere Vergiftungen, die nicht auf Medikamente, Drogen und Alkohol zurückzuführen waren

unbekannt. Die hauptverantwortlichen oder einzigen eingenommenen Substanzen waren achtmal Medikamente (Phenobarbital in zwei Fällen, Paracetamol, Brexpiprazol, Oxycodon, Propranolol, Diamorphin und Strophantin in je einem Fall), zweimal Drogen (hauptverursachend waren je einmal Cocain und MDMA (Ecstasy)), sowie je einmal Essigsäure, ein Reinigungsmittel auf Basis von Wasserstoffperoxid und Phosphorsäure, sowie Pflanzenteile der Eibe. Die häufigsten schwer verlaufenden Intoxikationen waren durch Medikamente und Drogen bedingt. Aber auch andere Noxen können zu schweren Vergiftungen führen (Abbildung 3).

Mehr Suizidversuche

Während der COVID-19-Pandemie wurde eine Zunahme von Suizidversuchen von Jugendlichen und jungen Erwachsenen verzeichnet. Bei den bis zu 15-jährigen Jugendlichen war diese Zunahme besonders ausgeprägt. Insgesamt sind Suizidversuche durch Vergiftung bei Frauen deutlich häufiger als bei Männern, was sich auch bei Jugendlichen und jungen Erwachsenen feststellen lässt. Dabei werden vor allem Medikamente aus der Hausapotheke verwendet, insbesondere Paraceta-

Während der Pandemie wurde eine Zunahme von Suizidversuchen von Jugendlichen und jungen Erwachsenen verzeichnet.

mol, das bei etwa 25% der Suizidversuche von Personen bis 25 Jahren verwendet wird, und Ibuprofen. Dieser Trend war auch bei anderen Giftinformationszentren weltweit feststellbar. Den Suizidversuchen bei Jugendlichen und jungen Erwachsenen ist der Schwerpunkt des Jahresberichts 2021 gewidmet, der auf der Homepage von Tox Info Suisse (toxinfo.ch) abrufbar ist.

Die Zahlen zur Beratungstätigkeit von Tox Info Suisse zeigen, dass der Notruf stark in Anspruch genommen wurde und dass ein hohes Bedürfnis nach Information bei Giftkontakten weiterhin besteht. Die Mitarbeitenden von Tox Info Suisse danken der Ärzteschaft für ihre grosse Bereitschaft, durch Rückmeldungen die Beratungsqualität stetig verbessern zu helfen, und der FMH für ihre finanzielle Unterstützung.

Korrespondenz

alexander.jetter[at]toxinfo.ch

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.



998

Demenzerkrankungen aus neurologischer Perspektive 2

Risikofaktoren Ergänzend zum ersten Teil beleuchtet dieser zweite Teil das Thema Prävention und Therapie bei dementiellen Erkrankungen aus neurologischer Perspektive. Basierend auf einer differenzierten ätiologischen Diagnosestellung sollten präventive und therapeutische Massnahmen auf individueller Basis möglichst frühzeitig erfolgen.

Nils Peters, Hans Pihan, et al.



1002

Elektrostimulation und Technologien – Realität und Realisierung

Schlaglicht Die Elektrostimulation ist heute eine realistische Therapieoption im rehabilitativen Alltag für Menschen, die aufgrund eines Traumas oder einer neurologischen Erkrankung die Fähigkeit verloren haben, ihre Muskeln freiwillig zu bewegen.

Ines Bersch-Porada, Michael Baumberger



1006

Eine folgenschwere Erkältung

Unklare Diagnose Eine 38-jährige Patientin ohne relevante Vorerkrankungen hatte sich initial aufgrund von anhaltenden Zahnfleischblutungen bei ihrem Hausarzt vorgestellt. Im externen Blutbild war eine ausgeprägte Thrombozytopenie aufgefallen, woraufhin die Zuweisung an das Universitätsspital Basel zur weiteren Abklärung erfolgte.

Hadrien Komaromi, Michael Osthoff, et al.

Journal Club

Kurz und bündig

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

Wissenschaftliche Redaktion Swiss Medical Forum

Neues aus der Biologie

Schnellnachricht vom Rachen ans Gehirn: Achtung Influenza!

Bereits in Frühstadien von Infektionskrankheiten reagiert unser Körper mit einem schützenden Reduktionsprogramm: Wir vermeiden körperliche Anstrengungen, trinken weniger

und essen kaum noch. Bisher war man der Überzeugung, dass Prostaglandine vom Ort der Infektion via Blut ins Gehirn gelangen, um von dort den reduzierten Modus im Körper zu initiieren und zu steuern. Durch Blockade der Prostaglandinsynthese mittels nichtsteroidaler Antirheumatika kann diese Botschaft ans

Zentralnervensystem wenigstens teilweise gehemmt werden.

Eine Forschungsgruppe hat nun bei Mäusen sensorische Nerven mit Prostaglandinrezeptoren im Rachenraum entdeckt, welche die Nachricht einer beginnenden Influenza-Infektion direkt auf neuronalem Weg in den Hirnstamm vermitteln. Es handelt sich um sensible Fasern des Nervus glossopharyngeus, deren Ausschaltung dazu führt, dass die Mäuse trotz Rachen-Influenza weiterhin sehr aktiv sind, normal essen und normal trinken. Die Forschenden gehen davon aus, dass auch andere Regionen des Körpers solche neural-gekoppelten Sensoren besitzen. Sie postulieren, dass das Gehirn damit rasch die Information erhält, wo eine Infektion am Entstehen ist. Für ein Paradoxon allerdings haben die Autorinnen und Autoren keine überzeugende Erklärung: Mäuse mit ausgeschalteten Nerven überleben die Influenza deutlich besser als die Kontroll-Mäuse, die das «schützende» Reduktionsprogramm einschalten.

Zweifellos fehlen noch einige Puzzle-Teile für ein umfassendes Verständnis dieser Entdeckung. Ob diese neuronalen Signalwege auch beim Menschen existieren, ist noch unbekannt.

Nature. 2023. doi.org/10.1038/s41586-023-05796-0.
Verfasst am 7.3.2023_MK.

Fokus auf...

Das posturale orthostatische Tachykardiesyndrom (POTS)

- Das POTS ist eine unterdiagnostizierte Multisystemerkrankung mit Störung der Orthostaseregulation, welche die Lebensqualität und Leistungen vor allem junger Menschen beträchtlich reduzieren kann.
- Die Prävalenz liegt zwischen 0,1–1,0% und betrifft vor allem junge Frauen. Es ist eine chronische Erkrankung über Jahre mit unsicherer Prognose für eine vollständige Heilung [1].
- Die entscheidenden Kriterien der POTS-Diagnose sind der posturale Pulsanstieg >30/min ohne Blutdruckabfall, begleitet von präsynkopalen Symptomen, die im Liegen sofort verschwinden. Zur Diagnostik eignet sich ein Schellongtest.
- Komorbiditäten begleiten das POTS, ohne dass deren Zusammenhang geklärt ist: Schlaf- und Konzentrationsstörungen, chronische Fatigue, Migräne, Reizdarmsyndrom, Fibromyalgie, Überstreckbarkeit der Gelenke.
- Der Ausschluss anderer Erkrankungen ist ein zentrales Element der Diagnosestellung (z.B. Anämie, Medikamentennebenwirkungen, paroxysmale supraventrikuläre Tachykardien, Endokrinopathien).
- Pathophysiologisch wird eine Spirale vermutet, die durch verminderte körperliche Aktivität, kardiovaskuläre Dekonditionierung, sympathische Überreaktion mit Tachykardie und Intoleranz für körperliche Belastungen charakterisiert ist [2].
- Die nicht pharmakologischen Therapien spielen eine zentrale Rolle: Training, bei dem Stehen vermieden wird (Fahrradfahren, Rudern, Schwimmen); täglich 3 L Wasser trinken mit 10 g Salz; Kompressionsstrümpfe; erhöhte Kopflage beim Schlafen.
- Pharmakologisch sind Betablocker (Propranolol 10–20 mg/Tag) oder Ivabradin [3] 2 × 5 mg/Tag oder Midodrin 3 × 5 mg/Tag nützlich.

1 CMAJ. 2022. doi.org/10.1503/cmaj.211373.

2 J Am Coll Cardiol. 2019. doi.org/10.1016/j.jacc.2018.11.059.

3 J Am Coll Cardiol. 2021. doi.org/10.1016/j.jacc.2020.12.029.

Verfasst am 6.3.2023_MK, auf Hinweis von Frau S. Ehrenzeller (Basel),

Praxisrelevant

Koronare Herzkrankheit: Statine fix oder zielgerichtet nach LDL-C dosieren?

In dieser Multizenterstudie aus Südkorea wurden 4400 Patientinnen und Patienten mit koronarer Herzkrankheit 1:1 randomisiert, um entweder a) mit einer Statindosis von 20 mg Rosuvastatin oder 40 mg Atorvastatin oder b) mit einer halb so hohen Statindosis von 10 mg Rosuvastatin oder 20 mg Atorvastatin behandelt zu werden. Während die Statindosis in der ersten Gruppe (a) belassen wurde, passte

man in der zweiten Gruppe (b) die Statindosis in der Folge je nach LDL-Cholesterin (LDL-C) an. Das Ziel in dieser Gruppe war, ein LDL-C von 1,29–1,81 mmol/l zu erreichen. Die Kontrollen erfolgten regelmässig nach 6 Wochen, 3, 6, 12, 24 und 36 Monaten. Nach einer Dosisanpassung erfolgte die Kontrolle nach 4 Wochen.

Ist diese zielorientierte Wahl der Statindosis der hohen Fixdosis unterlegen? Primärer Endpunkt war ein Kombinationsendpunkt von Tod, Myokardinfarkt, Hirnschlag und koronarer Revaskularisation innerhalb von 3 Jahren. Während die erzielten durchschnittlichen LDL-C in beiden Gruppen praktisch identisch waren, lag die Anzahl der Patientinnen und Patienten, die den Endpunkt erreichten, in der Gruppe mit zielorientierter Statindosis nur leicht und nicht signifikant höher: 8,7 versus 8,1% ($p < 0,001$ für Noninferiorität).

Grundsätzlich ist es sinnvoll, mit einem zuverlässigen Surrogatmarker (LDL-C) die individuell notwendige Statindosis zu ermitteln. Es scheint dabei nicht nachteilig zu sein, wenn anfänglich die Dosis noch zu tief ist. Umgekehrt ist eine Dosisverringern bei Statin-induzierten Muskelschmerzen oder anderen Nebenwirkungen sehr willkommen.

Leider war diese Studie nur auf die sekundäre Prävention beschränkt. Zudem waren die Ereignisse im Endpunkt seltener als erwartet und die Beobachtungsdauer relativ kurz – und dennoch: wertvolle Analyse!

JAMA. 2023. doi.org/10.1001/jama.2023.2487.
Verfasst am 11.3.2023_MK.

Das hat uns nicht gefreut Künstliche Süsstoffe und kardiovaskuläres Risiko

Künstliche Süsstoffe sind heute aus Nahrungsmitteln und Getränken nicht mehr wegzudenken. Für Personen mit hohem kardiovaskulärem Risiko – Übergewicht, Diabetes – werden sie als Zuckerersatz nachgerade empfohlen. Erythritol gehört zu diesen häufig verwendeten Süsstoffen. Es hat unmittelbar nach Einnahme keine glykämischen Effekte, wird gastrointestinal auch in hohen Dosen gut vertragen und zudem werden ihm antioxidative Effekte zugeschrieben. So weit, so gut.

Aber: In dieser Studie hier wurden Erythritol-Spiegel gemessen und mit dem kardiovaskulären Profil in den drei Folgejahren korreliert. Bei erhöhten Plasmaspiegeln war auch das Risiko für ein grösseres kardiovaskuläres Ereignis («major adverse cardiac event» [MACE]) signifikant erhöht. Die Daten wurden in der Folge in zwei weiteren Kohorten validiert. Physiologische Experimente mit Ery-

Auch noch aufgefallen



© Kindel Media / Pexels

ChatGPT ist in aller Munde – eignen sich Softwares auf Basis künstlicher Intelligenz auch für den klinischen Alltag und wissenschaftliche Publikationen?

Chatbot and «scientific writing»

Vier Autoren – einer davon «ChatGPT» («Generative Pre-trained Transformer», ein Programm auf Basis künstlicher Intelligenz) – diskutieren die Perspektiven, die sich mit der Verwendung von Chatbot, einer Software zur Simulation menschlicher Konversation für wissenschaftliches Arbeiten, ergeben [1]. Dies betreffen unter anderem das Verfassen und Redigieren von Artikeln, das Zusammentragen von wissenschaftlicher Evidenz oder das Konzeptualisieren eines Antrages. Denkbar sind aber auch Einsätze im klinischen Alltag: Chatbot macht anhand von Rohdaten (Vitalparametern, Laborwerten, Verlaufseinträgen...) Therapievorschlüsse oder schreibt Austrittsberichte. Zukunftsmusik?

Die von Chatbot verfasste Gegenüberstellung von zwei Artikeln zur kardiopulmonalen Wiederbelebung nach Herzstillstand liest sich jetzt schon besser als manches, was man so gemeinhin an Diskussionen in Journal Clubs zu hören bekommt. Reflektiert wirken auch die unredigierten Kommentare der Software zur eigenen Rolle als Autor oder das konkrete Feedback zum gemeinsam verfassten Manuskript.

Nach dem Lesen scheint klar: Hier bahnt sich eine hilfreiche Entwicklung an, so sie denn als Unterstützung und nicht als Ersatz gesehen wird. Denn die Probleme liegen auf der Hand: Wer garantiert Unabhängigkeit und akkurate Gewichtung? Wo bleibt – bei wissenschaftlichen Arbeiten – die Eigenleistung und wie werden Plagiate vermieden? Hier wird es also Regulative brauchen. Die «Science»-Gruppe hat in diesem Sinne vorerst alle von ChatGPT verfassten Texte und Abbildungen aus ihren Zeitschriften verbannt [2]...

1 Crit Care. 2023. doi.org/10.1186/s13054-023-04380-2.
2 Am J Med. 2023. doi.org/10.1016/j.amjmed.2023.02.011.
Verfasst am 9.3.23_HU.

thritol suggerieren zudem ein erhöhtes Risiko für Atherothrombosen.

Das ist noch kein Beweis einer Kausalität von Erythritol und dem künftigen Auftreten kardiovaskulärer Ereignisse. Auch wurden die initialen Erythritol-Messungen nicht bei Gesunden, sondern im Rahmen elektiver

Herzkatheteruntersuchungen durchgeführt. Die strenge Assoziation und die postulierten physiologischen Effekte sind dennoch ein wichtiges Caveat und ein Aufruf für dezidierte Folgestudien.

Nature Med. 2023. doi.org/10.1038/s41591-023-02223-9.
Verfasst am 8.3.23_HU.

Prävention und Therapie

Demenzerkrankungen aus neurologischer Perspektive – Teil 2

Ergänzend zum ersten Teil zur Diagnostik¹ beleuchtet dieser zweite Teil das Thema Prävention und Therapie bei dementiellen Erkrankungen aus neurologischer Perspektive. Basierend auf einer differenzierten ätiologischen Diagnosestellung sollten präventive und therapeutische Massnahmen auf individueller Basis möglichst frühzeitig erfolgen.

Prof. Dr. med. Nils Peters^{a,b,c,k}, Dr. med. Hans Pihan^{d,k}, Dr. med. Olivier Rouaud^{a,k}, Dr. phil. Michael M. Ehrensperger^c, PD Dr. med. Marc Sollberger^{c,k}, Dr. med. Leonardo Sacco^{f,k}, Prof. Dr. med. Bogdan Draganski^{g,h,k}, Prof. Dr. med. Jean-Marie Annoni^{i,k}, Dr. med. Ansgar Felbecker^{j,k}

^a Stroke Center, Klinik für Neurologie, Klinik Hirslanden, Zürich; ^b Neurologische Klinik und Stroke Center, Universitätsspital und Universität Basel, Basel; ^c Universitäre Altersmedizin FELIX PLATTER, Basel; ^d Neurologische Klinik, Spitalzentrum Biel, Biel; ^e Leenaards Memory Centre, Centre hospitalier universitaire vaudois (CHUV), Lausanne; ^f Ambulatorio della Memoria, Unità disturbi Cognitivi e Logopedia, Neurocentro della Svizzera Italiana, Ente Ospedaliero Cantonale (EOC), Lugano; ^g Laboratoire de recherche en neuro-imagerie (LREN) – Département des neurosciences cliniques, CHUV, Université de Lausanne, Lausanne; ^h Abteilung Neurologie, Max-Planck-Institut für Kognitions- und Neurowissenschaften, Leipzig, Deutschland; ⁱ Neurologische Klinik und Department, Kantonsspital und Universität Fribourg, Fribourg; ^j Klinik für Neurologie, Kantonsspital St. Gallen, St. Gallen; ^k Task Force Demenz der Schweizerischen Neurologischen Gesellschaft (SNG)

1 Teil 1, «Demenzerkrankungen aus neurologischer Perspektive – Diagnostik», ist in der vorangehenden Ausgabe des Swiss Medical Forum erschienen.

Einführung

Vor dem Hintergrund der demographischen Entwicklung stellen Demenzerkrankungen eine zunehmende medizinische, psychosoziale (für Betroffene wie auch das soziale Umfeld) sowie sozioökonomische Herausforderung für die Gesellschaft dar. Detaillierte Zahlen zur Demographie und Epidemiologie finden sich im ersten Teil der Übersicht.

Wichtig für die differenzierte Therapie und präventive Massnahmen ist konzeptionell die Tatsache, dass der Begriff Demenz keine singuläre Erkrankung, sondern ein Syndrom alltagsrelevanter kognitiver Einschränkungen beschreibt, dem ganz unterschiedliche Ursachen zugrunde liegen können. Wie in Teil 1 ausgeführt, seien hier insbesondere neurodegenerative Erkrankungen, vor allem die Alzheimer-Erkrankung, sowie neurovaskuläre Erkrankungen genannt. Letztere stellen die zweithäufigste Ursache von Demenzen dar und umfassen eine Vielzahl neurovaskulärer Erkrankungen, die mit vaskulären kognitiven Einschränkungen bis hin zu einer vaskulären Demenz assoziiert sein können. Darüber hinaus seien auch nochmals die gemischten Demenzen (englisch: «mixed dementia»), wie zum Beispiel gemischte neurodegenerative und -vaskuläre Erkrankungen, erwähnt.

Der vorliegende zweite Teil dieser Übersichtsarbeit widmet sich nun dem Thema Prävention

und Therapie von Demenzen, nachdem wir im ersten Teil die wichtigsten Aspekte zur Diagnostik aus neurologischer Sicht beleuchtet haben.

Prävention

Solange medikamentöse Therapien den Verlauf einer Demenz noch nicht wesentlich beeinflussen können, kommt der Prävention der zugrunde liegenden Erkrankungen eine zentrale Rolle zu. Epidemiologische Modelle gehen davon aus, dass bis zu 40% der Demenzfälle in unseren westlichen Gesellschaften durch eine effektive Reduktion der bekannten Risikofaktoren verhindert werden können [1]. Der Fokus liegt dabei auf den vaskulären Risikofaktoren. Aber auch weitere modifizierbare Risikofaktoren wie ein niedriges Bildungsniveau, soziale Isolation, eine Hörminderung oder eine Depression tragen erheblich zu einem erhöhten Demenzrisiko im späteren Leben bei [2]. Risiken entstehen teilweise bereits im frühen bis mittleren Lebensalter, wirken sich aber erst Dekaden später auf das kognitive Leistungsvermögen aus. Damit ist es schwierig, medizinische Evidenz für die Wirksamkeit von Präventionsstrategien aufzuzeigen.

Empfehlungen für eine wirksame Demenzprävention umfassen auf der einen Seite Aspekte des Gesundheitsbewusstseins und Lebens-

stils wie etwa eine ausgewogene Ernährung, Vermeidung von Rauchen und eines übermässigen Alkoholkonsums sowie regelmässige körperliche, geistige und soziale Aktivitäten. Hier spielen die breite Aufklärung und Edukation der Bevölkerung eine entscheidende Rolle.

Auf der anderen Seite kommt der frühzeitigen Diagnose und Behandlung wichtiger vaskulärer Risikofaktoren und Erkrankungen eine entscheidende Rolle zu. Dies nicht nur für die dezidiert vaskulären Demenzformen, sondern auch für neurodegenerative und gemischte Demenzerkrankungen, deren Progredienz ebenfalls von vaskulären Faktoren beeinflusst wird (Abb. 1) [3]. Häufige vaskuläre Risikofaktoren wie beispielsweise die arterielle Hypertonie, die Dyslipidämie sowie der Diabetes mellitus spielen in Zusammenhang mit Demenzrisiken eine wichtige Rolle. Präventiv scheint ein additiver, multimodaler Therapieansatz am zielführendsten zu sein, was nicht zuletzt auch durch aktuelle Studien bestätigt werden konnte [4]. Im Rahmen der vaskulären Prävention und Therapie kommt der interdisziplinären Zusammenarbeit mit den betreuenden Hausärztinnen und -ärzten eine wichtige Rolle zu.

Therapie

Die bestehenden Therapieansätze bei Demenzerkrankungen richten sich nach der zugrunde

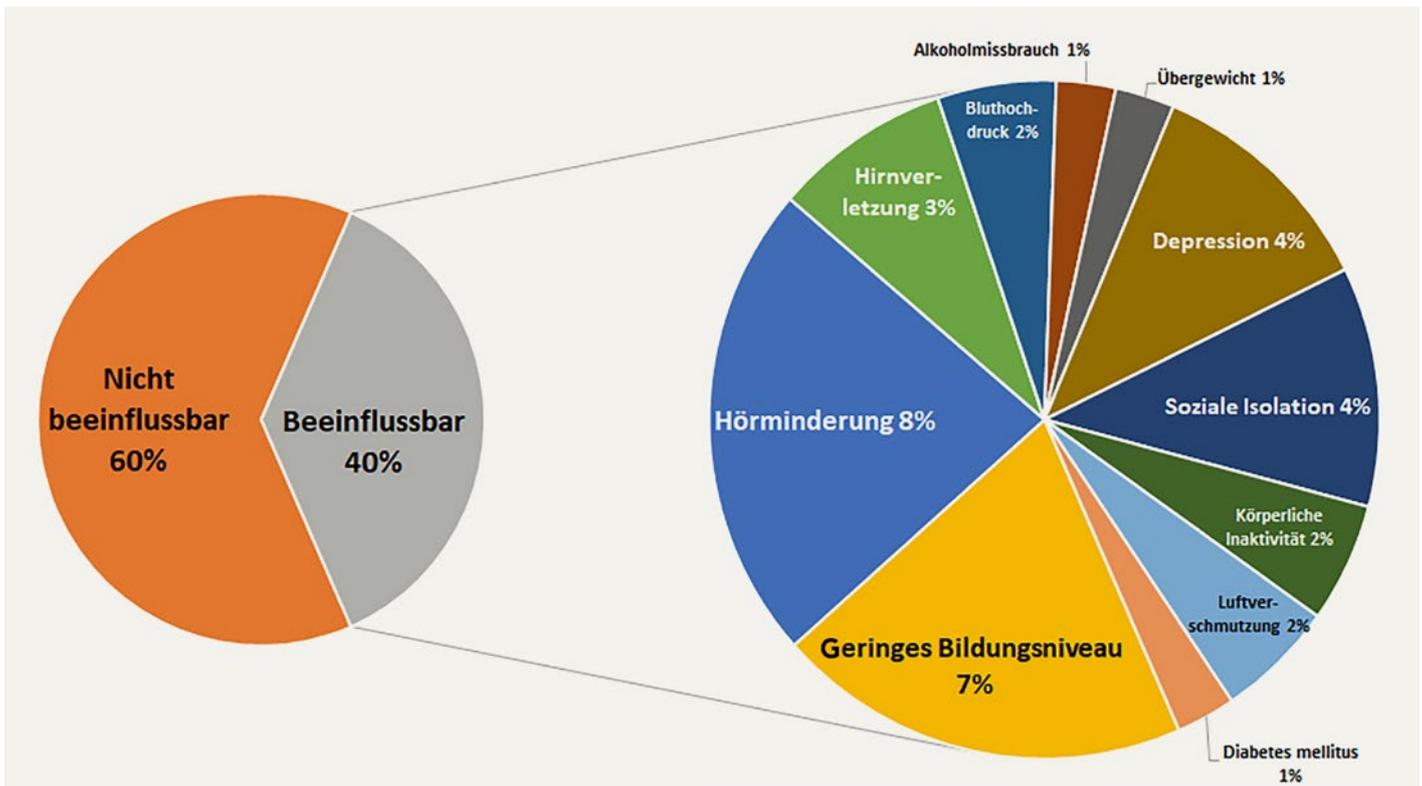


Abbildung 1: Risikofaktoren für eine Demenz: 40% der Risikofaktoren einer Demenz gelten als beeinflussbar. Sie sind mit ihrem prozentualen Anteil im rechten Teil der Abbildung dargestellt. Neben den bekannten vaskulären Risikofaktoren spielen «demenzspezifische» Risikofaktoren eine Rolle, die teilweise bereits Jahrzehnte vor Ausbruch der Demenz wirksam sind (nach [2]).

liegenden Ursache. Prinzipiell unterscheidet man kausale und symptomatische Therapien. Bei der vaskulären und gemischten Demenz steht die Behandlung der zugrunde liegenden vaskulären Risikofaktoren und Erkrankungen im Vordergrund, wobei therapeutische Massnahmen bei Vorliegen einer Demenz nicht mehr so effektiv sind wie im präventiven Bereich oder beim Vorliegen einer nur leichten kognitiven Beeinträchtigung (siehe oben). So ist die arterielle Hypertonie der wichtigste Risikofaktor für eine zerebrale Mikroangiopathie, die wiederum die häufigste Form der vaskulären Demenz darstellt. Auch der akuten Schlaganfalltherapie kommt in der Vorbeugung einer vaskulären Demenz – der sogenannten «Post-Stroke-Demenz» – eine wichtige Rolle zu: Es ist bekannt, dass circa 10% aller Schlaganfallpatientinnen und -patienten nach dem respektive durch den Schlaganfall eine Demenz entwickeln. Bei einem Schlaganfallrezidiv verdreifacht sich dieses Risiko auf 30% der Betroffenen [5].

Kausale Therapieansätze

Für die Alzheimer-Erkrankung wurde im Jahr 2021 mit Aducanumab die erste antikörperbasierte, erkrankungsmodifizierende Therapie in den USA durch die «Food and Drug Administration» (FDA) zugelassen. Die Therapie basiert auf einer passiven Immunisierung mit Antikör-

pern, gerichtet gegen das Beta-Amyloid, das die Grundlage der sogenannten Alzheimer-Plaques darstellt. Ziel ist eine Verminderung der Plaquebildung und somit ein positiver Effekt auf die Neurodegeneration.

Die Zulassung von Aducanumab basiert auf den vorhandenen Studienergebnissen (EMERGE- und ENGAGE-Studie) bei insgesamt 3200 Patientinnen und Patienten, wobei ein studienübergreifender Effekt vor allem auf Biomarker der Erkrankung (Amyloid, Tau) beschrieben wurde [6, 7]. Die Wirkung auf den Erhalt der kognitiven Funktionen wurde nur in EMERGE bei der höheren Medikationsdosis gezeigt. Insgesamt blieb damit der klinische Nutzen im Sinne von gewonnener Zeit mit erhaltener Lebensqualität unklar.

Die Resultate der beiden Zulassungsstudien für Aducanumab wurden kritisch diskutiert, nicht zuletzt aufgrund der berichteten potentiellen Nebenwirkungen (inflammatorische Reaktionen, vaskuläre Ödeme, intrazerebrale Blutungen) [6–8]. Eine Zulassung in der Europäischen Union wurde durch die Europäische Arzneimittelbehörde (EMA) abgelehnt, der Zulassungsantrag in der Schweiz von der Herstellerfirma zurückgezogen. Die Vermarktung der Substanz wurde vorerst gestoppt. Die Wirksamkeit der Therapie mit Aducanumab soll nun im Rahmen einer Phase-3b/4-Studie weiter evaluiert

werden (ENVISION-Studie, ClinicalTrials.gov: NCT05310071).

Aktuell wurden die ersten Ergebnisse einer Phase-3-Studie (Clarity AD, ClinicalTrials.gov: NCT03887455) zur Wirksamkeit des Anti-Beta-Amyloid-Antikörpers Lecanemab (BAN2401) publiziert [9]. Die doppelblinde und placebo-kontrollierte Studie zeigte bei circa 1800 Patientinnen und Patienten mit einer frühen Alzheimer-Erkrankung (inklusive «mild cognitive impairment» [MCI]) über einen 18-monatigen Behandlungszeitraum einen positiven Effekt auf die Biomarker wie auch auf den klinisch-kognitiven primären Endpunkt. Die Zulassung in der Schweiz wird 2024 erwartet. In den ersten neun Monaten der Behandlung kann es zu überwiegend asymptomatischen, kernspintomographisch erkennbaren sogenannten ARIAs (engl.: «amyloid-related imaging abnormalities») kommen, die einem vasogenen Ödem respektive (Mikro-)Blutungen entsprechen. Die Beurteilung der Schwere dieser ARIAs ist für die Planung der weiteren Behandlung von Bedeutung. Hier kann insbesondere das neurologische Fachgebiet einen wertvollen Beitrag leisten. Insgesamt wird der passenden Indikationsstellung eine wichtige Bedeutung zukommen und es gilt, im Verlauf das Kosten-Nutzen-Verhältnis sowie den individuellen Gewinn an Lebensqualität unter der Therapie näher zu bestimmen.

Studienergebnisse zu weiteren Substanzen mit ähnlichem Wirkmechanismus waren zuletzt negativ bezüglich des primären kognitiven Endpunktes (Gantenerumab) beziehungsweise werden demnächst erwartet (Donanemab).

Da die Amyloid-Ablagerung respektive Plauebildung den klinisch-kognitiven Symptomen bereits 10–15 Jahre vorausgeht, ist es möglich, dass eine Frühdiagnostik beziehungsweise ein früher Therapiebeginn zu einem besseren Behandlungsergebnis führen wird. Dies muss jedoch noch mit zukünftigen Studienergebnissen gezeigt werden. Im Rahmen des diagnostischen Prozesses zur frühen Indikationsstellung – bei möglicherweise noch diskreten kognitiven Einschränkungen – kommt der Liquordiagnostik und nuklearmedizinischen Methoden zum Nachweis einer bestehenden Amyloid-Plauebildung eine wichtige Rolle zu.

Auch andere potentielle Therapieansätze werden aktuell in klinischen Studien erforscht wie zum Beispiel die potentielle Rolle von «glucagon-like-peptide»-(GLP-)-1-Rezeptor-Agonisten (Semaglutid), die Progression einer frühen Alzheimer-Erkrankung zu verhindern (EVOKE-Studie, ClinicalTrials.gov: NCT04777396).

Symptomatische Therapieansätze

Weiterhin eine wichtige Rolle in der Demenztherapie spielen die symptomatischen Therapieansätze. Wichtig sind das Training von Alltagsfunktionen sowie regelmässige körperliche Aktivität. Hierfür können gerade in frühen Krankheitsstadien Ergo- und Physiotherapie empfohlen werden, insbesondere in Fällen, in denen motorische Symptome und Mobilitätseinschränkungen bestehen [10, 11]. Ergotherapeutische Ansätze können einen stabilisierenden Effekt zum Beispiel im Bereich Handlungsplanung und -durchführung im Rahmen von individuellen Alltagssituationen erreichen und die Autonomie und Lebensqualität der Betroffenen unterstützen. Diese individuellen Ziele sollten im Rahmen der Beantragung einer Kostengutsprache aufgeführt und spezifiziert werden. Weitere nichtmedikamentöse Therapien wie Logopädie, Musiktherapie, neuropsychologische Therapie oder Aktivierungstherapien kommen je nach Symptomen, Patientenalter und Krankheitsstadium zur Anwendung.

An medikamentösen symptomatischen Therapien sind bei der Alzheimer-Demenz insbesondere die sogenannten Antidementiva (Acetylcholinesterasehemmer und Memantin) zu nennen, deren Rolle in den aktuellen Leitlinien aufgeführt wird. Ein positiver Effekt auf kognitive Funktionen, insbesondere exekutive Leistungen, sowie Alltagsaktivitäten ist beschrieben, wobei die Gruppe der Acetylcholinesterasehemmer bei leichter bis mittelschwerer

Demenz und Memantin in den eher fortgeschrittenen Erkrankungsphasen empfohlen wird. Die Medikation kann auch bei der gemischten Demenz eingesetzt werden. Der Einsatz bei der rein vaskulären Demenz ist im Sinne einer individuellen Off-Label-Therapie zu sehen. Die individuellen kognitiven Einschränkungen, deren Verlauf und Einfluss auf die Alltagsaktivitäten der Betroffenen gilt es regelmässig unter der Therapie zu reevaluieren. Generell ist bei Antidementiva auf das Auftreten von Nebenwirkungen, vor allem auf gastrointestinale Beschwerden, zu achten. Diesbezüglich bietet die Anwendung von transdermalen Präparaten ein besseres Nebenwirkungsprofil. Generell sollten der klinische Nutzen wie auch mögliche Nebenwirkungen der antidementiven Behandlung in einer Verlaufskonsultation erfragt und dokumentiert werden. Bezüglich der Dauer einer Therapie mit Antidementiva und eines allfälligen Therapiestopps gilt es, die formellen Kriterien im Rahmen der regelmässigen Verlaufskontrollen inklusive der neurokognitiven Testung zu berücksichtigen.

Weitere symptomatische Therapien richten sich individuell nach der bestehenden Symptomatik. Diese Therapien betreffen vor allem Verhaltenssymptome wie zum Beispiel affektive Störungen, hierbei insbesondere Depressionen, Antriebs- und Verhaltensstörungen, psychotische Symptome, Agitiertheit oder Aggression sowie Angst- oder Schlafstörungen. Antidepressive Behandlungen scheinen den Übergang von MCI zu Demenz zu verzögern. Empfehlungen für die Behandlung der entsprechenden Symptome sind publiziert [12], bei Vorliegen entsprechender Symptome sollte eine Fachärztin oder ein Facharzt für Psychiatrie konsiliarisch hinzugezogen werden. Symptome einer Depression stellen oftmals ein frühes nichtkognitives Symptom einer Demenz dar. Eine medikamentöse Therapie sollte in diesen Fällen eingeleitet werden, wobei Medikamente mit einer anticholinergen Wirkung wie beispielsweise Trizyklika zu vermeiden sind. Finden sich klinisch Hinweise auf eine andere zugrunde liegende neurologische Erkrankung, sollte diese bezüglich nichtkognitiver Symptome gemäss den aktuellen Leitlinien behandelt werden (z.B. dopaminerge Therapie motorischer Symptome bei Morbus Parkinson). Die längerfristige Behandlung und Begleitung der Betroffenen und ihrer Familien sollte in Zusammenarbeit mit Hausärztinnen und -ärzten sowie anderen spezialisierten Fachärztinnen und -ärzten erfolgen.

Ausblick

Das Thema kognitive Störungen und Demenz wird vor dem Hintergrund der demographischen Entwicklung in den kommenden Jahren

Das Wichtigste für die Praxis

- Wie auch die detaillierte Diagnostik sollte die Evaluation der Therapie in spezialisierten Zentren interdisziplinär erfolgen.
- Der vaskulären Prävention und Therapie kommt in der Grundversorgung eine wichtige Rolle zu.
- Auch nichtkognitive Symptome der Demenz sollten erkannt und adäquat interdisziplinär behandelt werden.
- Die antikörperbasierte Therapie mit Lecanemab bei der frühen Alzheimer-Erkrankung steht kurz vor der Zulassung.

weiter an Bedeutung gewinnen. Einer differenzierten und möglichst frühzeitigen Prävention und Therapie kommt daher auch in Zukunft eine entscheidende Rolle zu. Neue medikamentöse-therapeutische Ansatzpunkte bei neurodegenerativen Erkrankungen werden erforscht und stehen zum Teil vor einer Zulassung.

Korrespondenz

Prof. Dr. med. Nils Peters
Stroke Center
Klinik für Neurologie Hirslanden
Witellikerstrasse 40
CH-8032 Zürich
nils.peters[at]hirslanden.ch

Disclosure Statement

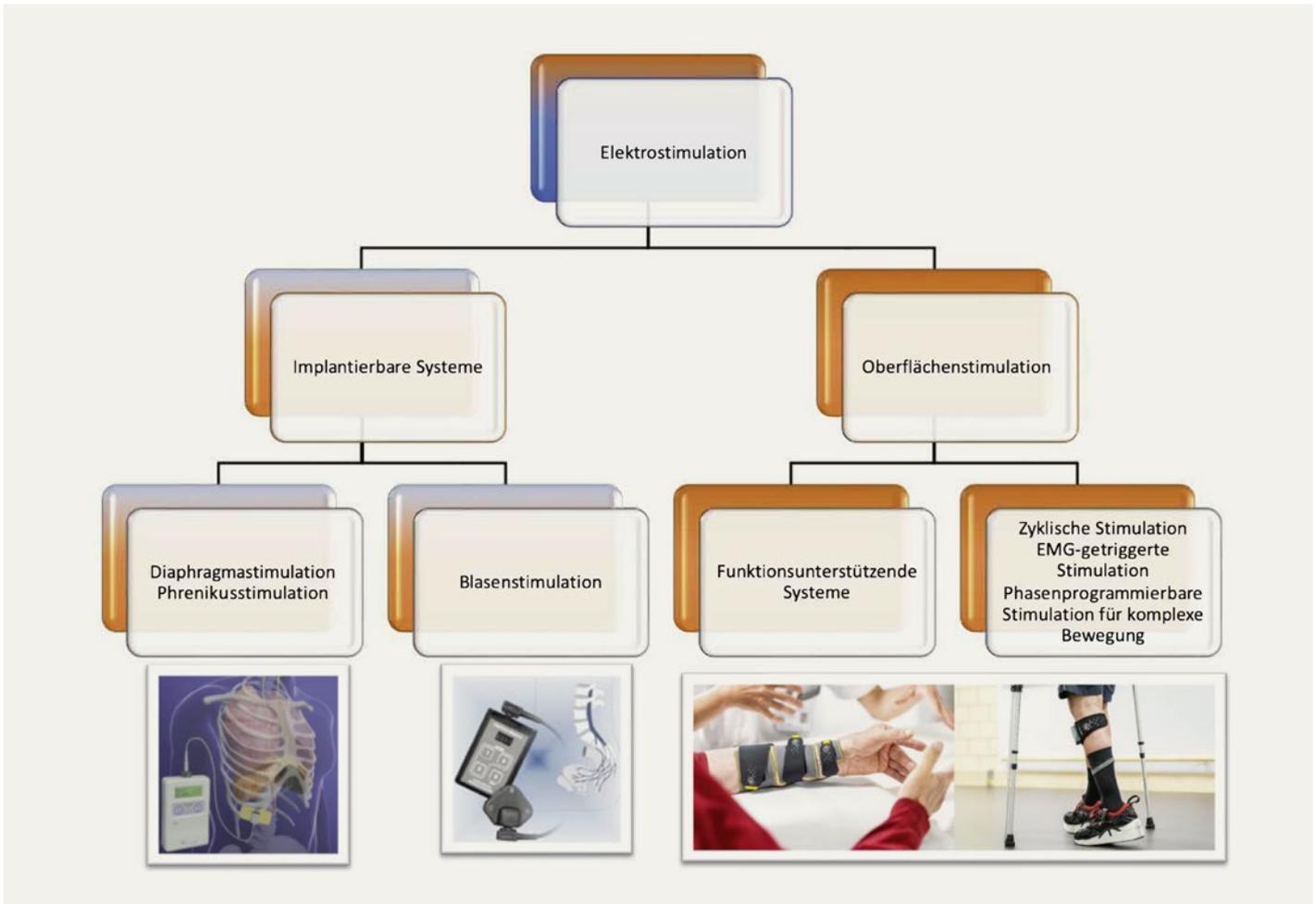
NP: Honorar von OM Pharma für Vortrag im Advisory Board sowie von Novo Nordisk Pharma AG für ein Advisory Board. OR: Vortragshonorare von Biogen und OM Pharma; Teilnahme an einem Data Safety Monitoring Board oder Advisory Board von OM Pharma, Schwabe Pharma. LS: Grants von GE für Lehrveranstaltungen; Zahlung von Biogen für eine Stellungnahme; Teilnahme an einem Data Safety Monitoring Board oder Advisory Board von Biogen. BD: Zuschüsse von OM Pharma und Roche für Vorträge und Workshops; Teilnahme an einem Advisory Board von Biogen. JMA: Mitarbeit bei der lokalen ethischen Forschungskommission, Lausanne; Vortragshonorare von OM Pharma, Novartis, Biogen, der Schweizerischen Neurologischen Gesellschaft sowie dem Inselspital; Zuschüsse für Reisekosten (Interlaken 2022); Teilnahme an einem Data Safety Monitoring Board oder Advisory Board von Almirall. AF: Beraterhonorare (Zahlung an Institut) von Roche, Biogen, OM Pharma, Specialty Care Therapiezentren AG, Nestle, Vifor Pharma; Vortragshonorare (Zahlung an Institution) von Schwabe Pharma und OM Pharma; Präsident und Vorstandsmitglied von Swiss Memory Clinics, Vorstandsmitglied der Stiftung Alois & Auguste sowie der National Platform Dementia. Die anderen Autoren haben deklariert, keine potentiellen Interessenskonflikte zu haben.

Literatur

Die vollständige Literaturliste finden Sie online unter <https://doi.org/10.4414/smf.2023.09293>.



Prof. Dr. med. Nils Peters
Stroke Center, Klinik für Neurologie,
Klinik Hirslanden, Zürich



© Synapse Biomedical; RBM – Medizinprodukte; Schweizer Paraplegiker-Zentrum; mit freundlicher Genehmigung.

Abbildung 1: Übersicht über die Systeme für Elektrostimulation. EMG: Elektromyographie.

Schlaglicht: Physikalische Medizin und Rehabilitation

Elektrostimulation und Technologien – Realität und Realisierung

Seit Jahren versucht die Medizin, die Muskelfunktion und -kraft von Menschen wiederherzustellen, die aufgrund eines Traumas oder einer neurologischen Erkrankung die Fähigkeit verloren haben, ihre Muskeln freiwillig zu bewegen. Die Elektrostimulation ist heute eine realistische Therapieoption im rehabilitativen Alltag.

Dr. Ines Bersch-Porada^{a,b*}, PT; Dr. med. Michael Baumberger^{a,b*}

Schweizer Paraplegiker-Zentrum, Nottwil; ^a Paraplegiologie und Rehabilitationsmedizin; ^b International FES Centre® für Behandlung, Forschung und Lehre

*Geteilte Erstautorschaft

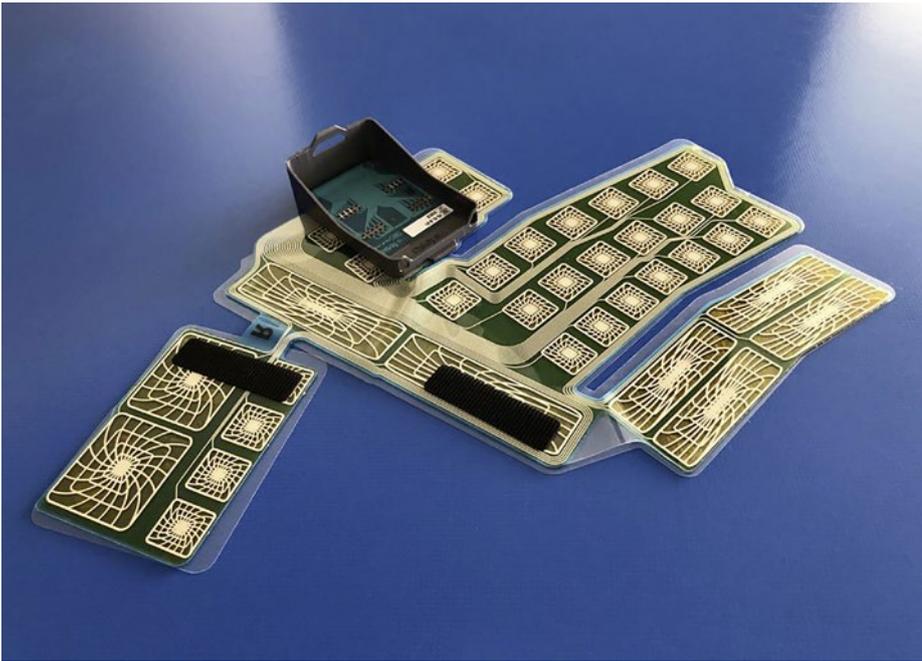


Abbildung 2: Array- oder Multipad-Elektrode für den Unterarm zur Stimulation von Handfunktionen (FESIA Grasp®).



Abbildung 3: Integration der funktionellen Elektrostimulation in eine physiotherapeutische Behandlung. Ein schriftlicher Informed Consent zur Publikation liegt vor.

Elektrostimulation

Die Methodik der Elektrostimulation (ES) hat je nach Anwendung und Indikation sehr gute bis moderate wissenschaftliche und klinische Evidenz. ES wurde bereits vor mehr als 200 Jahren bei Personen mit Querschnittslähmung (QSL) angewendet. In der Literatur finden sich zwei Aufzeichnungen von Brockliss (1782) und Mauduyt (1784) aus Frankreich. Beide empfahlen eine frühzeitige Behandlung mit ES bei Patientinnen und Patienten, die von der Taille abwärts gelähmt waren [1]. Ende des 19. Jahrhunderts wurden vier Fälle von inkomplett Gelähmten beschrieben, einer von Gull aus London [2] und drei von Erb aus Heidelberg [3]. Die Elektroden wurden auf der Haut über der Wirbelsäule angebracht. Bei den Patientinnen und Patienten verbesserte sich die Muskelkraft nach der Behandlung mit ES. Alle erlangten die Gehfähigkeit wieder und eine Person berichtete über Schmerzlinderung [2, 3]. In den sechziger Jahren des 20. Jahrhunderts erzielten Dimitrijevic et al. einen weiteren Meilenstein, da sie aufzeigten, dass eine gezielte Stimulation die Fazilitation der spinalen Motoneurone bewirkt und der afferente Input in das Rückenmark mit gleichzeitiger Inhibition der Interneurone zu einer motorischen Verbesserung führte [4]. Heutzutage ist die ES mit ihren verschiedenen Formen der neuromuskulären und funktionellen ES sowie der direkten Muskelstimulation in der Rehabilitation von Menschen mit akuter und chronischer QSL im Rehabilitationskonzept etabliert [5, 6]. Die Indikationen sind Neuromodulation zur

Förderung residueller Funktionen [7, 8], motorisches Lernen [9, 10], Unterstützung und Ersatz bei Steh-, Geh- und Greiffunktionen im Sinn einer Orthetik [11], Atemmanagement [12, 13], Herz-Kreislauf-Training [14], Prophylaxe für Dekubitus [15], Subluxation im Schultergelenk und Osteoporose [16], Verbesserung der Muskelkraft sowie inter- und intramuskulären Koordination und Tonusregulation [17].

Bei der Vielfalt der Systeme für ES wird zwischen implantierbaren Systemen und solchen zur transkutanen Stimulation unterschieden (Abb. 1).

Bei letzterer wird über die Applikation von Elektroden auf die Haut bei der ES ein elektrisches Feld erzeugt, das entweder zu einer Depolarisation der Zellmembran der nahegelegenen Neuronen oder zur Auslösung von Aktionspotentialen der Muskelfasern führt. Beides resultiert in einer Muskelkontraktion [18]. Bei einer supranukleären Schädigung erfolgt die Übertragung des Stromes über den Nerv. Bei infranukleären Schädigungen hingegen erfolgt die Stimulation direkt über den Muskel. Die Reizschwelle für die Erzeugung von Aktionspotentialen bei Nervenfasern ist



Abbildung 4: Therapieeinheit auf dem MotionMaker™. Ein schriftlicher Informed Consent zur Publikation liegt vor.



Abbildung 5: Kombination aus direkter Muskelstimulation und funktionellen Übungen, unterstützt durch Virtual Reality. Ein schriftlicher Informed Consent zur Publikation liegt vor.

deutlich niedriger als diejenige für die direkte Erregung von Muskelfasern. Sie liegt bei Nervenfasern ab 50 μ s (0,05 ms) Impulsdauer, während diejenige von Muskelfasern über 10 ms liegt. Basierend auf dieser physiologischen Grundlage entscheidet sich die Auswahl der Stimulationsparameter und des geeigneten Stimulationssystems.

Technologien

Die Entwicklung von Stimulationssystemen, die Array-Elektroden (Abb. 2) integrieren, sowie die Möglichkeit der anwenderfreundlichen Programmierung von Bewegungsmustern in der klinischen Praxis haben die Behandlung von Menschen mit QSL verbessert.

Es können Kombinationsbehandlungen von ES integriert in die klassische physio- und ergotherapeutische Behandlung durchgeführt werden (Abb. 3).

Zusätzlich erlaubt die Robotik, die repetitive oder wechselnde Bewegungsmuster – sei es aufgabenspezifisch oder lokomotionsbezogen – mit einer ES in Echtzeit synchronisiert, die Prinzipien der Neuromodulation und des motorischen Lernens in der Akut- und Subakutphase nach QSL umzusetzen (Abb. 4) [7].

Der Einsatz von immersiven Lernformen wie unter anderem die Anwendung von virtuellen Welten (Abb. 5) als Zusatz zur ES mit Robotik bietet dem zentralen und peripheren Nervensystem einen umfassenden Reiz.



Abbildung 6: FESIA Walk®.

Letztlich ist das Ziel der Neurorehabilitation, alle Wege motorisch, sensorisch und kognitiv zu nutzen, um restaurativ auf residuale Funktionen im geschädigten Gebiet des Nervensystems Einfluss zu nehmen.

Umsetzung am Beispiel der Lokomotion

Klinische Innovation in Kombination mit einem fundierten neurologischen Fachwissen sind die Kernkompetenzen des interprofessionellen Rehabilitationsteams.

Die Neuromodulation ist ein Schwerpunkt der Rehabilitation, der in der akuten und subakuten Phase nach QSL zur Anwendung kommt. Je nach Belastbarkeit der zu behandelnden Person kann hier mit einer stationären Robotik, zum Beispiel dem MotionMaker™, gearbeitet werden. Der MotionMaker™ ist eine Cyberthese (Abb. 4), die neuromuskuläre ES in Echtzeit der unteren Extremitäten mit symmetrischen extensorischen und flexorischen sowie alternierenden Beinbewegungen in einer Robotik kombiniert. Die ES selbst kann efferent sensorisch oder afferent motorisch erfolgen, je nach Auswahl der Stimulationsparameter und Höhe der Amplitude. Zudem verfügt das Gerät über ein visuelles Feedbacksystem, das der Patientin oder dem Patienten Rückmeldung über die Synchronisation der eigenen Beinbewegung und der Robotik über den gesamten Bewegungsweg gibt. Betroffene jeder Läsionshöhe können von der Therapie zu einem frühen Zeitpunkt in der Rehabilitation profitieren.

Ein anderer Ansatz der Neuromodulation ist die Kombination von Lokomotionstraining auf dem Lokomat® in Kombination mit transkutaner Rückenmarkstimulation («transcutaneous spinal cord stimulation» [tSCS]). Bei der tSCS werden die sensorischen Fasern, insbesondere die afferenten Ia-Fasern, in den Hinterwurzeln aktiviert, die eine transsynaptische Aktivierung der α -Motoneuronen bewirken [19]. Es wird vermutet, dass die unmittelbare Verbesserung in der Motorik auf die zeitliche Summation von afferentem Input und den willkürlichen Befehlen auf die absteigenden Bahnen zurückzuführen ist [20]. Die Umsetzung in den klinischen Alltag ist einfach. Die tSCS läuft simultan zum Lokomotionstraining. Besteht die Möglichkeit, dies mit Action Observation zu kombinieren, ist der Reiz auf das Nervensystem und letztlich auf die neurale Plastizität umfassend erreicht.

In der chronischen Phase nach QSL, wenn motorische Defizite mit Hilfsmitteln unterstützt werden müssen, bieten ES-induzierte Fusshebersysteme eine Alternative zu klassischen Schienen. Die Geräte, die Array-Elektroden bereitstellen, ermöglichen die grösstmögliche Individualität der Programmierbarkeit (Abb. 6). Die ES umfasst die ge-

zielte Aktivierung der Musculi peronei, des Musculus tibialis anterior und gegebenenfalls der langen Zehenextensoren. In der Abdruckphase ist die Aktivität des Musculus triceps surae entscheidend, um genügend Stabilität im Vorwärtstransport des Körpergewichtes über das Standbein zu gewährleisten. Zudem kann, wenn erwünscht, der Fluchtreflex in Nähe des Peronalnerves stimuliert werden, falls Defizite in der Knie- und Hüftflexion die Schrittauflösung beeinträchtigen. Vorwärtsgehen, Rückwärtsgehen, Seitwärtsgehen, Richtungs- und Geschwindigkeitswechsel sowie Treppensteigen sind mit zuverlässiger ES möglich.

Fazit

Zusammenfassend zeigt das Beispiel der Behandlung von Gangstörungen nach QSL den Einsatz von ES und Technologie von der akuten bis zur chronischen Phase. Dieser Behandlungsansatz sollte standardisiert werden und durch ergänzende wissenschaftliche und klinische Evidenz weiter belegt werden.

Korrespondenz

Dr. med. Michael Baumberger
Schweizer Paraplegiker-Zentrum
Guido A. Zäch Str. 1
CH-6207 Nottwil
michael.baumberger[at]paraplegie.ch

Informed Consent

Schriftliche Informed Consent zur Publikation liegen vor.

Disclosure Statement

Die Autoren haben deklariert, keine potentiellen Interessenkonflikte zu haben.

Literatur

- Silver JR, Weiner MF. Electrical treatment of spinal cord injuries in the 18th and 19th centuries. *J Med Biogr.* 2013;21(2):75–84.
- Gull SW. A collection of the published writings of William Withy Gull. University of Toronto Libraries; 2011.
- Georg Thieme Verlag, Stuttgart. Handbuch der Elektrotherapie von W. Erb. I. Hälfte. *Dtsch Med Wochenschr.* 1882;8(48):654. Epub 2009 26 Okt.
- Dimitrijevic MR. Restorative Neurology of Spinal Cord Injury. New York: Oxford University Press; 2012. p 1–337.
- Atkins KD, Bickel CS. Effects of functional electrical stimulation on muscle health after spinal cord injury. *Curr Opin Pharmacol.* 2021;60:226–31.
- Luo S, Xu H, Zuo Y, Liu X, Ali AH. A Review of Functional Electrical Stimulation Treatment in Spinal Cord Injury. *Neuromol Med.* 2020;22(4):447–63.
- Bersch I, Alberty M, Fridén J. Robot-assisted training with functional electrical stimulation enhances lower extremity function after spinal cord injury. *Artif Organs.* 2022;46(10): 2009–146.
- Al'joboori Y, Hannah R, Lenham F, Borgas P, Kremers CJP, Bunday KL, et al. The Immediate and Short-Term Effects of Transcutaneous Spinal Cord Stimulation and Peripheral Nerve Stimulation on Corticospinal Excitability. *Front Neurosci.* 2021;15:749042.
- Kapadia N, Moineau B, Popovic MR. Functional Electrical Stimulation Therapy for Retraining Reaching and Grasping After Spinal Cord Injury and Stroke. *Front Neurosci.* 2020;14:718.

10 Jovanovic LI, Kapadia N, Zivanovic V, Rademeyer HJ, Alavinia M, McGillivray C, et al. Brain-computer interface-triggered functional electrical stimulation therapy for rehabilitation of reaching and grasping after spinal cord injury: a feasibility study. *Spinal Cord Ser Cases.* 2021;7(1):24.

11 Taylor P, Humphreys L, Swain I. The long-term cost-effectiveness of the use of Functional Electrical Stimulation for the correction of dropped foot due to upper motor neuron lesion. *J Rehabil Med.* 2013;45(2):154–60.

12 McCaughey EJ, Jonkman AH, Boswell-Ruys CL, McBain RA, Bye EA, Hudson AL, et al. Abdominal functional electrical stimulation to assist ventilator weaning in critical illness: a double-blinded, randomised, sham-controlled pilot study. *Crit Care.* 2019;23(1):261.

13 Onders RP. Functional electrical stimulation: restoration of respiratory function. *Handb Clin Neurol.* 2012;(109):275–82.

14 Solinsky R, Mercier H, Picard G, Taylor JA. Cardio-metabolic Effects of High-Intensity Hybrid Functional Electrical Stimulation Exercise after Spinal Cord Injury. *PM R.* 2021;13(9):937–44.

15 Smit CAJ, Zwinkels M, Dijk T van, Groot S de, Stolk-Swuste JM, Janssen TWJ. Gluteal blood flow and oxygenation during electrical stimulation-induced muscle activation versus pressure relief movements in wheelchair users with a spinal cord injury. *Spinal Cord.* 2013;51(9):694–9.

16 Craven BC, Giangregorio LM, Alavinia SM, Blencowe LA, Desai N, Hitzig SL, et al. Evaluating the efficacy of functional electrical stimulation therapy assisted walking after chronic motor incomplete spinal cord injury: effects on bone biomarkers and bone strength. *J Spinal Cord Med.* 2017;40(6):748–58.

17 Thrasher TA, Ward JS, Fisher S. Strength and endurance adaptations to functional electrical stimulation leg cycle ergometry in spinal cord injury. *Neuro Rehabil.* 2013;33(1):133–8.

18 Peckham PH, Knutson JS. Functional electrical stimulation for neuromuscular applications. *Annu Rev Biomed Eng.* 2005;7(1):327–60.

19 Minassian K, Persy I, Rattay F, Dimitrijevic MR, Hofer C, Kern H. Posterior root-muscle reflexes elicited by transcutaneous stimulation of the human lumbosacral cord. *Muscle Nerve.* 2007;35(3):327–36.

20 Gerasimenko Y, Gorodnichev R, Puhov A, Moshonkina T, Savochin A, Selionov V, et al. Initiation and modulation of locomotor circuitry output with multisite transcutaneous electrical stimulation of the spinal cord in noninjured humans. *J Neurophysiol.* 2015;113(3):834–42.



Dr. Ines Bersch-Porada, PT
Schweizer Paraplegiker-Zentrum,
Nottwil



Dr. med. Michael Baumberger
Schweizer Paraplegiker-Zentrum,
Nottwil

Anhaltende Zahnfleischblutungen

Eine folgenschwere Erkältung

Hadrien Komaromi, dipl. Arzt; PD Dr. med. Michael Osthoff; Dr. med. Karin Grimm

Klinik für Innere Medizin, Universitätsspital Basel, Basel

Fallbeschreibung

Wir berichten über eine 38-jährige Patientin ohne relevante Vorerkrankungen, die sich initial aufgrund von anhaltenden Zahnfleischblutungen bei ihrem Hausarzt vorgestellt hatte. Im externen Blutbild war eine ausgeprägte Thrombozytopenie aufgefallen (3 G/l), woraufhin die Zuweisung an das Universitätsspital Basel zur weiteren Abklärung erfolgte.

Die Patientin berichtete, neben den gehäuften Zahnfleischblutungen einige Tage zuvor auch punktförmige Einblutungen an den Beinen bemerkt zu haben. Ansonsten seien ihr keine weiteren Blutungsstigmata aufgefallen. Zudem hätte sie etwa ein bis zwei Wochen vor der Vorstellung unter grippalen Symptomen mit Gliederschmerzen gelitten, die spontan rückläufig gewesen wären. Weiter war 15 Jahre zuvor eine *Helicobacter-(H.-)pylori*-Infektion antibiotisch eradiziert worden, ansonsten war die medizinische Vorgeschichte unauffällig.

Wir sahen eine Patientin in gutem Allgemeinzustand mit normwertigen Vitalzeichen (Blutdruck 129/82 mm Hg, Puls 88/min, Tem-

peratur 37,5 °C). Die Petechien an den Beinen waren mittlerweile fast vollständig rückläufig. Enoral waren inzwischen keine Blutungszeichen mehr nachweisbar. Die übrige klinische Untersuchung war unauffällig.

Im Labor bei Eintritt bestätigte sich die extern festgestellte ausgeprägte Thrombozytopenie (3 G/l). Die Leukozytenzahl und der Hämoglobin-(Hb-)Wert waren normal, allerdings waren im Blutbild atypische Lymphozyten auffällig. Im Chemogramm fielen zudem erhöhte Transaminasen auf (Tab. 1).

Frage 1

Welche Untersuchung ist im vorliegenden Fall eher nicht Teil der initialen Abklärung?

- Bestimmung der Thrombozyten im Citrat-Röhrchen
- Peripherer Blutaussstrich
- Knochenmarkpunktion
- Gerinnungsstatus mit Quick, Fibrinogen und D-Dimeren
- Abdomensonographie

Einer der ersten Schritte zur Abklärung einer isolierten Thrombozytopenie ist die Bestimmung der Thrombozyten im Citrat-Röhrchen zum Ausschluss einer Pseudothrombozytopenie bei Ethylendiamintetraacetat-(EDTA-) Phänomen, einer EDTA-bedingten Verklumpung der Thrombozyten im Röhrchen, die bei etwa 0,03% der Bevölkerung auftritt. Das EDTA führt bei diesen Individuen zur Dissoziation von Glykoprotein (GP) IIb/IIIa, wodurch in diesem Bereich Antigene für natürlich vorkommende Autoantikörper exponiert werden, was zu einer Verklumpung der Plättchen führt [1]. Bei unserer Patientin konnte dies jedoch ausgeschlossen werden. Des Weiteren sollte eine Handdifferenzierung des Blutbilds durchgeführt werden, da sich hier weitere Hinweise auf eine zugrunde liegende Ursache ergeben können, beispielsweise Fragmentozyten als Hinweis auf eine thrombotische Mikroangiopathie oder Blasten als Hinweis auf eine hämatologische Neoplasie [2]. Bei unserer Patientin konnten atypische Lymphozyten (7% der Leukozyten) nachgewiesen werden. Zum Ausschluss einer disseminierten intravasalen Gerinnung (DIC) sollte zudem der Gerinnungsstatus mit Quick, Fibrinogen und D-Dimeren bestimmt werden [2]. Dieser war bei der Patientin unauffällig. Ein weiterer Teil der Basisdiagnostik ist eine Sonographie des Abdomens zum Ausschluss einer ausgeprägten Splenomegalie als Hinweis auf einen Hypersplenismus [2]. Hier bestand bei unserer Patientin lediglich eine diskrete Splenomegalie (Längsdurchmesser der Milz etwa 13 cm [Norm: etwa 11 cm]). Auf eine Knochenmarkpunktion konnte zu diesem Zeitpunkt bei fehlenden Hinweisen auf eine hämatologische Neoplasie verzichtet werden.

Frage 2

Was ist die wahrscheinlichste Diagnose?

- Nebenwirkung eines Medikaments
- Thrombotisch-thrombozytopenische Purpura
- Immunthrombozytopenie

Tabelle 1: Laborwerte bei Eintritt ins Spital

Laborparameter	Werte bei Eintritt	Referenzbereich
Leukozyten	5,03 G/l	3,5–10 G/l
Hämoglobin	140 g/l	120–160 g/l
Thrombozyten	3 G/l	150–450 G/l
Atypische Lymphozyten	7%	
Quick	90%	70–120%
aPTT	32 s	25–34 s
Fibrinogen	2,3 g/l	1,7–4 g/l
D-Dimere	<0,3 µg/ml	0,19–0,5 µg/ml
ALAT	78 U/l	8–41 U/l
ASAT	64 U/l	11–34 U/l
LDH	285 U/l	135–214 U/l

aPTT: aktivierte partielle Thromboplastinzeit; ALAT: Alanin-Aminotransferase; ASAT: Aspartat-Aminotransferase; LDH: Laktatdehydrogenase.

- d) Myelodysplastisches Syndrom
e) Aplastische Anämie

Verschiedene Medikamente (z.B. Antibiotika) sowie Impfungen können zu einer immun-vermittelten Thrombozytopenie führen oder über eine Knochenmarkschädigung eine Thrombozytopenie verursachen. Bei unserer Patientin gab es hierfür keine entsprechenden Hinweise in der Anamnese. Die unauffälligen anderen hämatologischen Reihen (Erythrozyten und Leukozyten) sowie das Alter der Patientin sprachen gegen ein myelodysplastisches Syndrom oder eine aplastische Anämie [2]. Eine thrombotisch-thrombozytopenische Purpura konnte durch das Fehlen von Fragmentozyten im Blutausschrieb und bei normwertigem Hb-Wert ausgeschlossen werden [3]. In der Gesamtschau der Befunde interpretierten wir die Thrombozytopenie somit als Immunthrombozytopenie (ITP). Die erhöhten Transaminasen und die atypischen Lymphozyten im peripheren Blutausschrieb werteten wir – bei grippalen Symptomen und Gliederschmerzen in der Vorgeschichte – als Hinweis auf einen Infekt als Trigger.

Frage 3

Welche Serodiagnostik ist zur weiteren Abklärung sinnvoll?

- a) Humanes-Immundefizienz-Virus (HIV), Hepatitis-B und -C-Virus
b) Epstein-Barr-Virus (EBV) und Zytomegalie-Virus (CMV)
c) Eine serologische Abklärung ist nicht notwendig.
d) HIV, CMV, Parvovirus B19
e) Alle genannten Serologien sind sinnvoll.

Zu den typischen viralen Triggern einer ITP gehören neben HIV auch EBV, CMV und Parvovirus B19 [4]. Da bei unserer Patientin die Transaminasen erhöht waren, ergänzten wir Serologien für Hepatitis B, C und E. Bei unserer Patientin ergaben die entsprechenden serologischen Untersuchungen einen Status nach EBV- und Parvovirus-B19-Infektion sowie eine serologische Konstellation passend zu einem CMV-Primoinfekt. HIV- und Hepatitis-Serologien waren negativ.

Frage 4

Welche serologische Konstellation spricht für einen CMV-Primoinfekt (mehr als eine Antwort richtig)?

- a) Positive IgM-Antikörper, IgG-Antikörper zwingend negativ
b) Positive IgM-Antikörper, IgG (noch) negativ oder (schon) positiv
c) Positive IgM-Antikörper, IgG-Antikörper mit niedriger Avidität

Tabelle 2: Ergebnisse der CMV-Serologie

Serologieparameter	Wert der Patientin	Referenzwert
CMV-IgG	15,7 S/CO	<0,9
CMV-IgM	4 S/CO	<0,9

CMV: Zytomegalie-Virus; Ig: Immunglobulin; S/CO: Signal/Cut-off-Verhältnis.

- d) Positive IgM-Antikörper, IgG-Antikörper mit hoher Avidität
e) Serologisch bei CMV keine sichere Unterscheidung zwischen einem Primoinfekt und einer stattgehabten Infektion möglich

Bei unserer Patientin waren die CMV-spezifischen IgM- und IgG-Antikörper positiv (Tab. 2).

Bei CMV sind aber (sofern die IgG-Antikörper auch bereits positiv sind) positive IgM-Antikörper nicht beweisend für einen Primoinfekt, da diese auch bei einer polyklonalen Stimulation des Immunsystems wieder positiv werden können. Eine höhere diagnostische Aussagekraft kann in diesem Fall (positive CMV-IgM- und -IgG-Antikörper) mit der Bestimmung der IgG-Avidität erzielt werden [5]. Dabei handelt es sich um die «Passgenauigkeit» der IgG-Antikörper bezüglich des CMV-Antigens. Diese nimmt mit der Zeit zu, und ist dementsprechend bei einem Primoinfekt typischerweise niedrig. Serologisch kann man somit sehr wohl einen Primoinfekt diagnostizieren, aber mittels Serologie nicht zwischen stattgehabter Infektion und Reaktivierung unterscheiden [5]. Letzteres wäre nur anhand einer CMV-Polymerasekettenreaktion (PCR) möglich.

Für die ITP wurde angesichts der sehr tiefen Thrombozytenzahlen (3 G/l) eine hochdosierte Kortikosteroid-Stosstherapie mit Dexamethason 40 mg begonnen [2] und angesichts der klinischen Blutungszeichen gemäss den Empfehlungen unserer Kolleginnen und Kollegen der Hämatologie eine intravenöse Therapie mit Immunglobulinen (IVIG) in einer Dosierung von 0,5 g/kg Körpergewicht ergänzt. Darunter betrug die Thrombozyten am nächsten Tag 14 G/l und wiederum einen Tag später 43 G/l. Die Patientin wurde nach Hause entlassen und ambulant in unserer hämatologischen Sprechstunde weiterbetreut. Bereits acht Wochen später kam es zu einer vollständigen Normalisierung der Thrombozyten, somit konnte eine Chronifizierung ausgeschlossen werden (Definition der chronischen Thrombozytopenie: Persistenz für mehr als sechs Monate) [2].

Diskussion

Die ITP ist eine häufige Ursache der erworbenen Thrombozytopenie. Der genaue Patho-

mechanismus ist nicht ganz geklärt. Antikörper gegen GP IIb/IIIa und GP Ib-IX auf der Oberfläche der Thrombozyten sowie Megakaryozyten spielen eine wichtige Rolle und führen zu einer erhöhten Zerstörung respektive verminderten Produktion von Thrombozyten [2]. Die Inzidenz liegt bei 2–4 Neuerkrankungen pro 100 000 Erwachsene im Jahr. Im mittleren Alter sind mehr Frauen als Männer betroffen, ab dem 60. Lebensjahr mehr Männer als Frauen [2].

In 80% der Fälle kommt die ITP primär idiopathisch vor (es kann keine auslösende Ursache eruiert werden), 20% sind sekundär. Die möglichen Ursachen für eine sekundäre ITP sind zahlreich: Medikamente, lymphoproliferative Neoplasien, Autoimmunerkrankungen, Impfungen und Infektionen (z.B. mit HIV, Hepatitis-Viren, EBV, CMV, Varizella-Zoster-Virus [VZV], *H. pylori* und neu SARS-CoV-2) [2, 4, 6]. Auch Parvovirus B19 kann eine ITP auslösen, allerdings vor allem bei Kindern und Kleinkindern. Bei (insbesondere immunsupprimierten) Erwachsenen kommt es als Folge einer Parvovirus-B19-Infektion häufiger zu einer «pure red cell aplasia» als hämatologischer Komplikation [7].

Unsere Patientin hatte in der Vergangenheit eine *H. pylori*-Infektion, das Stuhl-Antigen war jetzt aber negativ. Der grippale Infekt 1,5 Wochen vor Spitaleintritt, die atypischen Lymphozyten im peripheren Blutausschrieb, die leicht erhöhten Transaminasen und die leichte Splenomegalie passten zu einer primären CMV-Infektion. Dies konnte serologisch bestätigt werden.

Frage 5

Eine primäre CMV- und EBV-Infektion verursachen ein ähnliches Mononukleose-artiges Krankheitsbild. Welches Symptom respektive welcher Befund ist (bei Erwachsenen) typisch für eine primäre EBV-, aber eher ungewöhnlich für eine primäre CMV-Infektion?

- a) Teilweise protrahierte Fieberschübe
b) Tonsillopharyngitis
c) Atypische Lymphozyten im Blutausschrieb
d) Erhöhung der Transaminasen
e) Lymphozytose

Eine primäre CMV-Infektion verursacht häufiger nur milde Symptome bei immunkompe-

Was ist Ihre Diagnose?

ten Menschen. Im Falle einer klinischen Manifestation wird klassisch eine Mononukleose (mit Fieber und den typischen, oben genannten Blutbildveränderungen) beobachtet, jedoch in der Regel ohne Tonsillitis wie bei der EBV-Infektion. Zervikale Lymphadenopathien sind im Gegensatz zur akuten EBV-Infektion auch eher selten respektive geringer ausgeprägt. Eine Erhöhung der Transaminasen ist dagegen ebenfalls häufig [8].

Die Art der Behandlung der ITP wird von der Thrombozytenzahl, dem Ausmass der klinischen Blutungszeichen und von individuellen Faktoren abhängig gemacht. Bei Thrombozytenzahlen über 20 G/l und asymptomatischen Betroffenen kann auch eine Watch-and-Wait-Strategie in Betracht gezogen werden. Das primäre Behandlungsregime besteht in der Regel aus einem Prednison-Stoss, IVIG können zusätzlich in Abhängigkeit vom Ausmass der klinischen Blutungszeichen diskutiert werden, sind aber in der Regel eher Notfällen vorbehalten, die einen raschen Thrombozytenanstieg notwendig machen [2]. In unserem Fall wurde der Entscheid für die IVIG-Gabe aufgrund der sehr tiefen Thrombozytenzahlen und der Blutungsstigmata gefällt, um grössere Blutungen zu vermeiden.

Trotz Immunsuppression respektive Behandlung eines möglichen Auslösers kann es in circa 10% der Fälle zu einer refraktären ITP kommen. Hier kommt als Zweitlinientherapie eine Behandlung mit einem Thrombopoetin-Rezeptor-Agonisten infrage [2]. Zudem kann eine refraktäre ITP bei persistierenden Infektionen beobachtet werden und wird unter anderem auch bei einer aktiven CMV-Replikation beschrieben [9]. Die zur Behandlung der ITP notwendige Immunsuppression kann die CMV-Replikation fördern. In diesen Fällen ist eine antivirale Behandlung der CMV-Infektion in Betracht zu ziehen [9]. Bei unserer Patientin war dies nicht der Fall und sie benötigte keine antivirale Therapie für ihre CMV-Primoinfektion.

Zusammenfassend sollten bei Neudignose einer ITP bei entsprechenden anamnestischen oder laborchemischen Hinweisen Serologien für typische virale Trigger (HIV, Parvovirus B19, CMV, EBV) durchgeführt werden. Eine CMV-Primoinfektion kann hier ein Auslöser sein, entsprechende Fälle sind vor allem bei Kindern [10], aber auch bei Erwachsenen [9] beschrieben. In einer polnischen Studie konnte bei 19 von 60 Kindern mit ITP eine aktive CMV-Infektion nachgewiesen werden [10]. Atypische Lymphozyten und erhöhte Transaminasen im Labor können hier Hinweise sein [8]. Dies ist in Hinblick auf die Therapie insofern von Bedeutung, als dass die immunsuppressive Behandlung der ITP zu einer vermehrten viralen Replikation führen

kann, was wiederum eine therapierefraktäre ITP zur Folge haben und eine antivirale Behandlung notwendig machen kann [10, 11].

Antworten

Frage 1: c. Frage 2: c. Frage 3: e. Frage 4: b und c. Frage 5: b.

Korrespondenz

Dr. med. Karin Grimm
Universitätsklinik für Infektiologie
Inselspital Bern
Freiburgstrasse 16p Haus 5
CH-3010 Bern
[KarinJanina.Grimm\[at\]insel.ch](mailto:KarinJanina.Grimm[at]insel.ch)

Informed Consent

Ein schriftlicher Informed Consent zur Publikation liegt vor.

Disclosure Statement

Die Autoren haben deklariert, keine potentiellen Interessenskonflikte zu haben.

Literatur

- Lardinois B, Favresse J, Chatelain B, Lippi G, Mullier F. Pseudothrombocytopenia – a review on causes, occurrence and clinical implications. *J Clin Med.* 2021;10(4):594.
- Matzdorf A, Meyer O, Ostermann H, Kiefel V, Eberl W, Kühne T, et al. Immunthrombozytopenie – aktuelle Diagnostik und Therapie: Empfehlungen einer gemeinsamen Arbeitsgruppe der DGHO, ÖGHO, SGH, GPOH und DGTI. *Oncol Res Treat.* 2018;41(Suppl 2):5–36.
- Joly BS, Coppo P, Veyradier A. Thrombotic thrombocytopenic purpura. *Blood.* 2017;129(21):2836–46.
- Yenicesu I, Yetgin S, Ozyürek E, Aslan D. Virus-associated immune thrombocytopenic purpura in childhood, pediatric hematology and oncology. *Pediatr Hematol Oncol.* 2002;19(6):433–7.
- Périllaud-Dubois C, Bouthry E, Jadoui A, Leng AL, Roque-Afonso AM, Vauloup-Fellous C. Positive predictive values of CMV-IgM and importance of CMV-IgG avidity testing in detecting primary infection in three different clinical settings. A French retrospective cohort study. *J Clin Virol.* 2020;132:104641.
- Bomhof G, Mutsaers PGNJ, Leebeek FWG, Te Boekhorst PAW, Hofland J, Croles FN, Jansen AJG. COVID-19-associated immune thrombocytopenia. *Br J Haematol.* 2020;190(2):e61–4.
- Landry ML. Parvovirus B19. *Microbiol Spectr.* 2016;4(3).
- Hurt C, Tammaro D. Diagnostic evaluation of mononucleosis-like illnesses. *Am J Med.* 2007;120(10):911.e1–8.
- DiMaggio D, Anderson A, Bussel JB. Cytomegalovirus can make immune thrombocytopenic purpura refractory. *Br J Haematol.* 2009;146(1):104–12.
- Smalisz-Skrzypczyk K, Romiszewski M, Matysiak M, Demkow U, Pawelec K. The influence of primary cytomegalovirus or Epstein-Barr virus infection on the course of idiopathic thrombocytopenic purpura. *Adv Exp Med Biol.* 2016;878:83–8.
- Psaila B, Bussel JB. Refractory immune thrombocytopenic purpura: current strategies for investigation and management. *Br J Haematol.* 2008;143(1):16–26.



Hadrien Komaromi, dipl. Arzt
Klinik für Innere Medizin,
Universitätsspital Basel, Basel

27.04.2023 | 13.00–15.00 Uhr

Iron Academy 2023 / Lausanne

Réjouissez-vous de passer un après-midi sur les thèmes suivants : «Comment interpréter les paramètres du fer» et «La place du fer et des inhibiteurs SGLT-2 dans la prise en charge du patient insuffisant cardiaque». La participation est gratuite.

Hôtel Aquatis, Route de Berne 148, 1010 Lausanne, Schweiz
Kontakt: Nicole Muster
info@ironacademy.ch

27.04.2023 | 11.00–18.00 Uhr

14th Swiss Forum for Mood and Anxiety Disorders (SFMAD)

Symposium zum Thema «Behandlung von Angst und affektiven Störungen: Personalisierte Therapie und Behandlungsempfehlungen» inkl. Crashkurs. Informationen zu Programm und Anmeldung finden Sie hier: www.sgad.ch

Radisson Blu, Zurich Airport, 8058 Kloten, Schweiz
Kontakt: Sonia Fröhlich de Moura
info@sgad.ch

27.04.2023–29.09.2022

71. Jahrestagung der VSOU

«Next Generation» – unter dieses Motto haben wir den kommenden Jahreskongress der Vereinigung süddeutscher Orthopäden (VSOU) vom 27. – 29. April 2023 in Baden-Baden gestellt.

Kongresshaus Baden-Baden, Augustaplatz 10, 76530 Baden-Baden, Deutschland
Kontakt: Carola Schröder
carola.schroeder@intercongress.de

28.04.2023 | 09.15–12.15 Uhr

Workshop ICD-11 Somatik

Im Workshop möchten wir die wichtigsten allgemeinen Neuerungen sowie Beispiele aus den Teilbereichen Rheumatologie und Neurologie aufzeigen. In diesem Kontext werden ebenso Leiturtelle des Bundesgerichts besprochen werden.

ZOOM, Sennweidstrasse 46, 6312 Steinhausen, Schweiz
Kontakt: Swiss Insurance Medicine
info@swiss-insurance-medicine.ch

28.04.2023–29.04.2023

Haemostasis in Critical Care

10. Interdisziplinärer Hämostaseologischer Intensivworkshop für OP und Intensivstation - Workshopreihe Perioperative Hämostaseologie.

Kantonsspital St. Gallen, Rorschacher Strasse 226, 9016 St. Gallen, Schweiz
Kontakt: Jacqueline Fiore
jacqueline.fiore@zmsg.ch

29.04.2023 | 08.30–13.00 Uhr

2. Oberösterreichischer Rheumatag für ÄrztInnen

Schlossmuseum Linz, Schlossberg 1, 4020 Linz, Österreich
Kontakt: Frau Sonja Chmella, Frau Sabine Ablinger
maw@media.co.at

29.04.2023

Kardiologie Netzwerk Burgenland: Update 2023

Kultur Kongresszentrum Eisenstadt, Franz Schubert-Platz 6, 7000 Eisenstadt, Österreich
Kontakt: Information / Fachausstellung: MAW - Medizinische Ausstellungs- und Werbegesellschaft, Frau Barbara Horak
kardio@maw.co.at

04.05.2023 | 13.00–15.00 Uhr

Iron Academy 2023 / Basel

Freuen Sie sich auf einen spannenden Nachmittag zu den Themen «Aktuelle Aspekte der Differentialdiagnostik von Müdigkeit» und «Stellenwert von Eisen und SGLT2-Inhibitoren bei der Behandlung von Herzinsuffizienz». Die Teilnahme ist kostenlos.

Hotel Odelya, Missionsstrasse 21, 4055 Basel, Schweiz
Kontakt: Nicole Muster
info@ironacademy.ch

04.05.2023–05.05.2023

10. Jahreskongress der SSCLPP

Zum 10. Mal findet der Kongress der SSCLPP in diesem Jahr statt. Es erwarten Sie spannende Keynote-Sessions sowie Workshops rund um das Thema «Interprofessionelle Zusammenarbeit: Die Zukunft der Konsiliar- und Liaisonpsychiatrie?».

Best Western Premier Hotel Beaulac, Esplanade Léopold-Robert 2, 2000 Neuchâtel, Schweiz
Kontakt: SSCLPP
registration@organizers.ch

04.05.2023–05.05.2023

ENDO Linz 2023

Power Tower Linz, Linz, Österreich
Kontakt: Frau Carmen Zavorsky, Frau Natalie Ubl
endolinz@maw.co.at

05.05.2023 | 09.00–17.00 Uhr

Romantische, sexuelle und geschlechtliche Vielfalt: Wie Sie dem Thema bei der Arbeit kompetent begegnen können

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

06.05.2023

18. Kardiovaskuläres Symposium

Schloss Wilhelminenberg, Savoyenstraße 2, 1160 Wien, Österreich
Kontakt: Informationen bei: ÄrzteZentrale Med.Info
azmedinfo@media.co.at

06.05.2023

45. Badener Rheumatologischer Fortbildungstag und 12. Burgenländischer Rheumatag

Congress Center Baden, 2500 Baden, Österreich
Kontakt: Information und Anmeldung: ÄrzteZentrale Med.Info, 1010 Wien
azmedinfo@media.co.at

06.05.2023–07.05.2023

25. Substitutions-Forum der Österreichischen Gesellschaft für arzneimittelgestützte Behandlung von Suchtkrankheit (ÖGABS)

Schlosshotel Mondsee, Schloßhof 1A, 5310 Mondsee, Österreich
Kontakt: Veranstaltungsleitung: MAW - Medizinische Ausstellungs- und Werbegesellschaft
maw@media.co.at

07.05.2023–09.05.2023

Swiss HLG Conference 2023

Die Jahreskonferenz dreht sich in diesem Jahr rund um das Thema «Ist die Biopharmaindustrie nachhaltig?». Erfahren Sie die aktuellsten Erkenntnisse und tauschen Sie sich über diese mit weiteren Fachleuten aus der Gesundheitsbranche aus.

Grand Hotel Suisse Majestic, Avenue des Alpes 45, 1820 Montreux, Schweiz
Kontakt: Swiss HLG
registration@organizers.ch

08.05.2023–10.05.2023

26. DOSCH-Symposium der Österreichischen Gesellschaft für Hygiene, Mikrobiologie und Präventivmedizin

Thematische Ausrichtung 2023:
Hygiene wirkt!

Casineum Velden, Am Corso 17, 9220 Velden am Wörthersee, Österreich
Kontakt: Lisa Jandrinitsch
oeghmp@media.co.at

Seminare und Veranstaltungen

08.05.2023–10.05.2023

CAS Leadership in Health Care Organisations Modul 3

Führung in Gesundheitsorganisationen gestaltet sich fordernder denn je. Wie kann Führung unter diesen Bedingungen gelingen? In diesem Modul fokussieren wir auf die Dynamiken in Gruppen, Teams, Netzwerken, Professionen und Organisationen.

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

10.05.2023–12.05.2023

7. SGAIM Frühjahrskongress | Together for better care

Das Programm bietet Raum für Inspiration und Austausch in verschiedenen Formaten zu «climate change and health», «artificial intelligence» und «interprofessional care», als auch aktuelle Themen der Allgemeinen Inneren Medizin.

Congress Center Basel, Messeplatz 21, 4058 Basel, Schweiz
Kontakt: Uwe Fritz
congress@sgaim.ch

10.05.2023–12.05.2023

Deutscher Wundkongress & Bremer Pflegekongress

Kombikongress mit Fachausstellung für Teilnehmer aus ambulanter, stationärer und akuten klinischer Pflege; Medizinerinnen und Mitarbeitern aus der Gesundheitsbranche.

Congress Bremen & Messe Bremen, M3B GmbH, Bürgerweide, 28215 Bremen, Deutschland
Kontakt: Cordula Paul
info@deutscher-wundkongress.de

11.05.2023–13.05.2023

fresh up digital - Innere Medizin 2023

Was ist «fresh up Innere Medizin»?

Ein rein digitaler «state of the art» refresher-Kurs via Livestream.

Kontakt: wikonect GmbH
info@wikonect.de

11.05.2023–12.05.2023

39. Frühjahrstagung der Österreichischen Diabetes Gesellschaft (ÖDG)

Congress Innsbruck, 6020 Innsbruck, Österreich
Kontakt: Tagungsbüro: Mondial Congress & Events
oedg@mondial-congress.com

11.05.2023–12.05.2023

Ausbildung für Begutachtung - Modul 3

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

Radisson Blu Hotel, Lucerne, Inseliquai 12, 6005 Luzern, Schweiz
Kontakt: Administrative Office Swiss Insurance Medicine
info@swiss-insurance-medicine.ch

12.05.2023–13.05.2023

30. ATHEROSKLEROSE Jahrestagung - AAS

Parkhotel Billroth, 5340 Sankt Gilgen, Österreich
Kontakt: Informationen und Anmeldung: ÄrzteZentrale Med.Info
azmedinfo@media.co.at

12.05.2023–13.05.2023

Kärntner Internisten Symposium - Innere Medizin am See

Seepark Hotel Klagenfurt, Universitätsstraße 104, 9020 Klagenfurt am Wörthersee, Österreich
Kontakt: Veranstaltungsleitung / Informationen: MAW - Medizinische Ausstellungs- und Werbegesellschaft
maw@media.co.at

12.05.2023–13.05.2023

CLI.Kongress 2023

Im Rahmen des Kongresses möchten wir den wissenschaftlichen Stand der Behandlung der kritischen Extremitätenischämie und des diabetischen Fußsyndroms interdisziplinär diskutieren.

Kontakt: wikonect GmbH
info@wikonect.de

12.05.2023 | 09.00–17.30 Uhr

Verträumte Kinder in der Schule und zu Hause unterstützen: Hilfestellungen für Kinder mit ADHS mit vorwiegend unaufmerksamen Erscheinungsbild (ADS)

Kinder mit einer ADHS mit vorwiegend unaufmerksamen Erscheinungsbild werden seltener und oft später diagnostiziert als vorwiegend hyperaktiv-impulsive Kinder.

Debattierhaus Karl der Grosse, Kirchgasse 14, 8001 Zürich, Schweiz
Kontakt: Chantal Engel
info@sgvt-sstcc.ch

13.05.2023

12. Österreichische Fachtagung für Zahntrauma der ARGE Zahntrauma in der ÖGZMK

Hotel Parl Hyatt, Am Hof 2, 1010 Wien, Österreich
Kontakt: Kongressbüro
zahn@media.co.at

13.05.2023

Kardiologische Fortbildungsseminare - Rhythmologie

Schloss Wilhelminenberg, Savoyenstraße 2, 1160 Wien, Österreich
Kontakt: Information und Sponsoring: MAW - Medizinische Ausstellungs- und Werbegesellschaft
kardio@maw.co.at

13.05.2023

Sommerfortbildung der Universitätsklinik für Gynäkologie und Geburtshilfe Innsbruck

Haus Marie Swarovski, Kirchplatz 2, 6112 Wattens, Österreich
Kontakt: Tagungssekretariat: Univ.Klinik für Gynäkologie und Geburtshilfe Innsbruck, Frau Mag. Liane Goldmann
liane.goldmann@tirol-kliniken.at

15.05.2023–17.05.2023

17. Deutscher Hebammenkongress

Begegnung, Bildung, Bündnisse – Wir alle in Berlin – Unter diesem Motto lädt der Deutsche Hebammenverband zum Hebammenkongress 2023 ein. Besuchen Sie das Kongress-Highlight des Jahres – vor Ort, in Präsenz. Wir freuen uns auf Sie!

Estrel Berlin, Sonnenallee 225, 12057 Berlin, Deutschland
Kontakt: Ulrike von Haldenwang - Leitung Kongressorganisation
Haldenwang@hebammenverband.de



Fehlt Ihre Veranstaltung?

Tragen Sie sie ein auf events.emh.ch

Soll Ihre Veranstaltung herausstechen?

Wir helfen gerne.
events@emh.ch

Personalversicherungen

| Einfach Personal versichern

Sonderkon-
ditionen für
Mitglieder von
FMH Services

Jetzt vergleichen und Prämien sparen
**Alle notwendigen Versicherungen für
Ihr Praxispersonal**

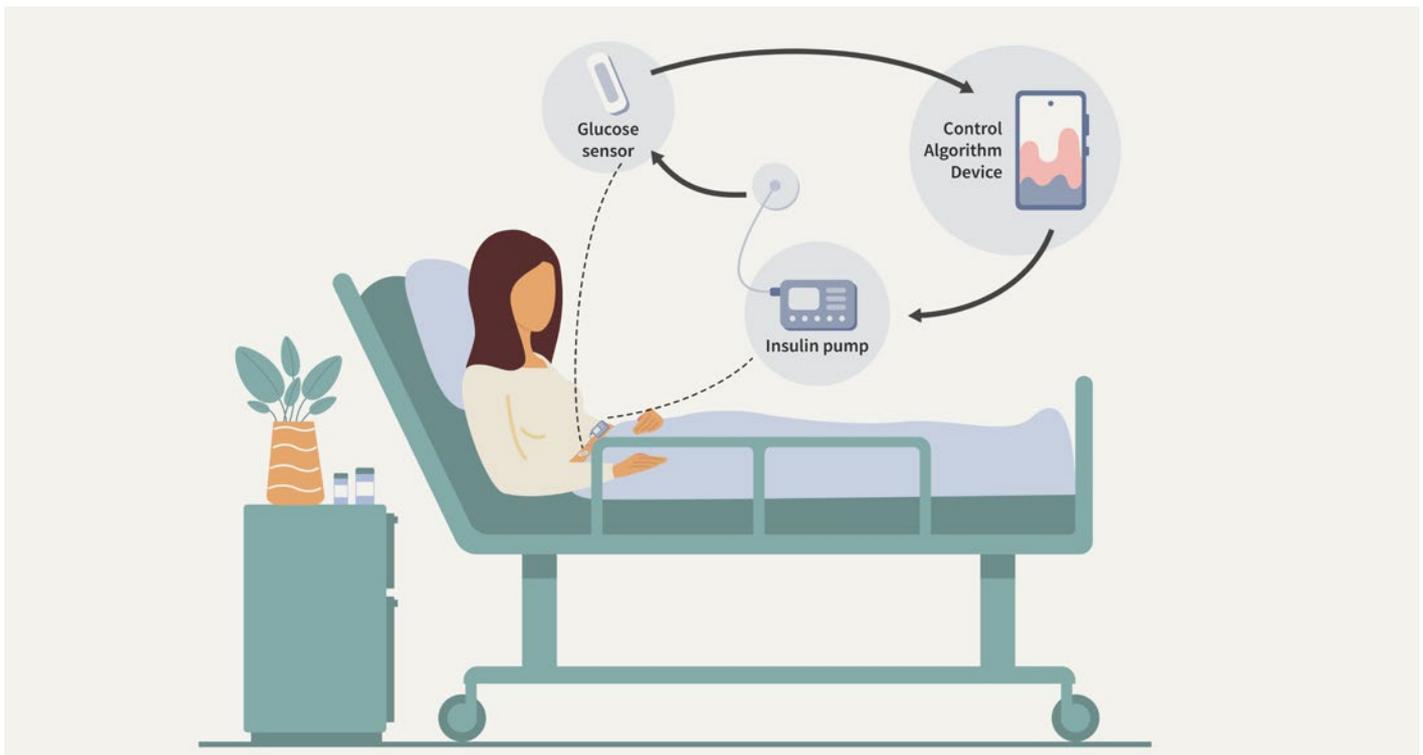
- Alles aus einer Hand: KTG, UVG, BVG
- Prämien sparen dank exklusiven Rahmenvertragskonditionen
- Tiefere Lohnnebenkosten für Sie und Ihre Mitarbeitenden

INSURANCE

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



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



Komponenten einer Closed-Loop-Insulintherapie: Kontinuierlicher Glukosesensor, Insulinpumpe und Kontrollalgorithmus zur Glukose-gesteuerten Insulin-Dosisanpassung.

Die Closed-Loop-Insulintherapie

Diabetes Das Blutzuckermanagement im Spital ist anspruchsvoll und zeitintensiv. Der gezielte Einsatz von neuen Technologien wie kontinuierliches Glukosemonitoring und Closed-Loop-Insulintherapien können eine sichere und effektive Diabetesbehandlung im Spital unterstützen.

Prof. Dr. med. et phil. Lia Bally

Die Diabetesprävalenz ist bei hospitalisierten Personen mindestens dreimal so hoch wie in der Allgemeinbevölkerung. Von den über 65 Jährigen sind mehr als ein Drittel betroffen.

Eine Hyperglykämie bei stationären Patientinnen und Patienten, mit oder ohne vorbestehendem Diabetes, ist mit einem erheblichen Anstieg von Morbidität, Mortalität und Gesundheitskosten verbunden [1]. Begünstigt werden Hyperglykämien durch Krankheits- oder Verletzungs-assoziierte Stoffwechselprozesse (z. B. Insulinresistenz durch Entzündung), medizinische Interventionen (z. B. künstliche Ernährung oder Einsatz von Steroiden) und Änderungen im Aktivitätsverhalten.

Dementsprechend sind adäquate Diabetestherapien im Spital notwendig, um eine optimale Blutzuckereinstellung zu erreichen und damit Komplikationen zu vermeiden. Die Diabetestherapie der Wahl bei akut kranken Personen ist Insulin, da hiermit der Blutzucker am effektivsten gesenkt und gesteuert werden kann und keine Probleme

Für Sie zusammengefasst vom:

SGED/SSED-Kongress | 17.-18.11.2022 | Bern

mit Arzneimittel-Wechselwirkungen oder eingeschränkten Organfunktionen entstehen. Eine erfolgreiche Umsetzung einer Insulintherapie ist allerdings anspruchsvoll, da schnelle Änderungen im Insulinbedarf ein engmaschiges Blutzucker-Monitoring und tägliche Dosis-Anpassungen erfordern. Zusätzlich ist eine Guideline-konforme Behandlung zeitintensiv (bis zu zwei Stunden pro Tag pro Patient bei intravenöser Insulintherapie) [2], was bei aktuell besorgniserregenden Personalengpässen eine grosse Herausforderung darstellt. So steigt das Risiko für Hypoglykämien wenn eine engmaschige Blutzuckerüberwachung nicht möglich ist, was ungünstige Patienten-Outcomes und höhere Gesundheitskosten zur Folge hat.

Automatisierung der Blutzuckermessung

Eine technische Neuerung, die das Diabetes-Selbstmanagement in den letzten Jahren erheblich vereinfacht hat, ist das kontinuierliche Glukosemonitoring (auch CGM genannt). Die CGM-Technologie ermöglicht mit einem Sensor und einem kleinen Sender, der auf die Haut geklebt wird, den Glukosewert im Unterhautfettgewebe kontinuierlich zu messen. Neben der ständigen Verfügbarkeit eines Messwertes ermöglichen Trendangaben und Alarmer den Vorteil von frühzeitig präventiven oder korrektiven Handlungen. Aktuell sind CGM-Geräte noch nicht für die stationäre Anwendung zugelassen. Während der Covid-19-Pandemie wurden CGM-Systeme jedoch breit eingesetzt, um nicht nur den Personalaufwand reduzieren konnte, sondern auch Expositionsrisiken des Personals zu minimieren. Obwohl die Glukose nicht direkt im Blut sondern im Unterhautfettgewebe gemessen wird, zeigten mehrere Genauigkeitsstudien von CGM-Anwendungen im Krankenhaus eine zufriedenstellende Übereinstimmung mit kapillären Blutzuckerwerten [3, 4]. Eine mindestens einmal tägliche Überprüfung der Übereinstimmung (Toleranz von +/- 20%) wird aber für eine sichere Anwendung empfohlen. Betreffend Wirksamkeit des Einsatzes von CGM-Systemen konnte ein Vorteil in Bezug auf die Detektion von Hypoglykämien nachgewiesen werden. Eine Reduktion der Hyperglykämien konnte durch die reine Automatisierung des Blutzuckermonitorings bis jetzt nicht belegt werden. Eine mögliche Erklärung ist das Fehlen der notwendigen Expertise für adäquate Therapieanpassungen.

Automatisierung der Blutzuckermessung & Insulindosierung

Bei Anbindung der kontinuierlichen Glukosemessung an einen Kontrollalgorithmus, welcher die Insulinabgabe über eine Pumpe reguliert, spricht man von einer sogenannten Closed-Loop-Insulintherapie. Dabei wird die Insulinabgabe reduziert, wenn die Gefahr eines zu niedrigen Glukosewerts besteht – bei einem hohen Glukosewert wird mehr Insulin verabreicht. Bei einem voll-automatischen Closed-Loop-System erfolgt die Insulindosisanpassung alle 8 bis 12 Minuten rein Glukose-gesteuert, ohne dass weitere Handlungen durch das Pflegepersonal erforderlich sind. In mehreren randomisierten kontrollierten Studien wurde die Wirksamkeit eines bisher kommerziell nicht erhältlichen, voll-automatisierten (allerdings seit 2020 CE-zertifiziert) Closed-Loop-Systems untersucht – dabei kamen herkömmliche Therapien (gemäss lokalen Leitlinien) während des Spitalaufenthalts

zum Einsatz. Diese Studienpopulationen bestanden aus nicht kritisch kranken, medizinischen und chirurgischen Patientinnen und Patienten. Die Closed-Loop-Therapie führte zu einer signifikant besseren Blutzuckereinstellung (im Durchschnitt mindestens 5,5 Stunden pro Tag mehr Zeit im Blutzuckerzielbereich), ohne dass dabei das Risiko für Unterzuckerungen anstieg [5-7]. Besonders hoch war der Nutzen für anspruchsvolle Patientengruppen wie Personen mit einer Hämodialysetherapie, künstlicher Ernährung und Pankreasoperationen [8, 9]. Die Grösse der Stichproben der Studien waren allerdings zu klein (n=44 bis 136), um mögliche Effekte einer besseren Blutzuckereinstellung auf das Patienten-Outcome zu untersuchen.

Weg von der Innovation zur Umsetzung

Trotz überzeugenden Ergebnissen in klinischen Studien bedarf es für die klinische Umsetzung voll-automatisierter Insulin-Therapien im Krankenhaus noch erhebliche Vorarbeit. Herausforderungen bestehen insbesondere in der Integration von Sensor- und Insulinpumpen-Daten in das Klinikinformationssystem, Regelungen für die Kostenübernahme und die Schulung von nicht-spezialisierten Gesundheitsfachpersonen in der Technologie-Anwendung (z. B. Insulininfusionsset-Wechsel nach zwei bis drei Tagen, Sensorwechsel nach zehn Tagen). Zusätzlich gilt es zu definieren, welche Patientengruppen sich für eine voll-automatisierte Closed-Loop-Insulintherapie qualifizieren. Eine

signifikante Steigerung der Therapiequalität mit günstigem Verhältnis von Versorgungsaufwand und Nutzen ist insbesondere bei komplexen Patientinnen und Patienten mit rasch fluktuierendem Insulinbedarf, hohem Pflegebedarf und langer stationärer Verweildauer zu erwarten.

Auch wenn noch nicht abschliessend beurteilbar, birgt die voll-automatische Closed-Loop-Insulintherapie ein hohes Potential, die Sicherheit und Qualität der stationären Diabetesversorgung zu verbessern.

Korrespondenz

Lia.Bally[at]insel.ch



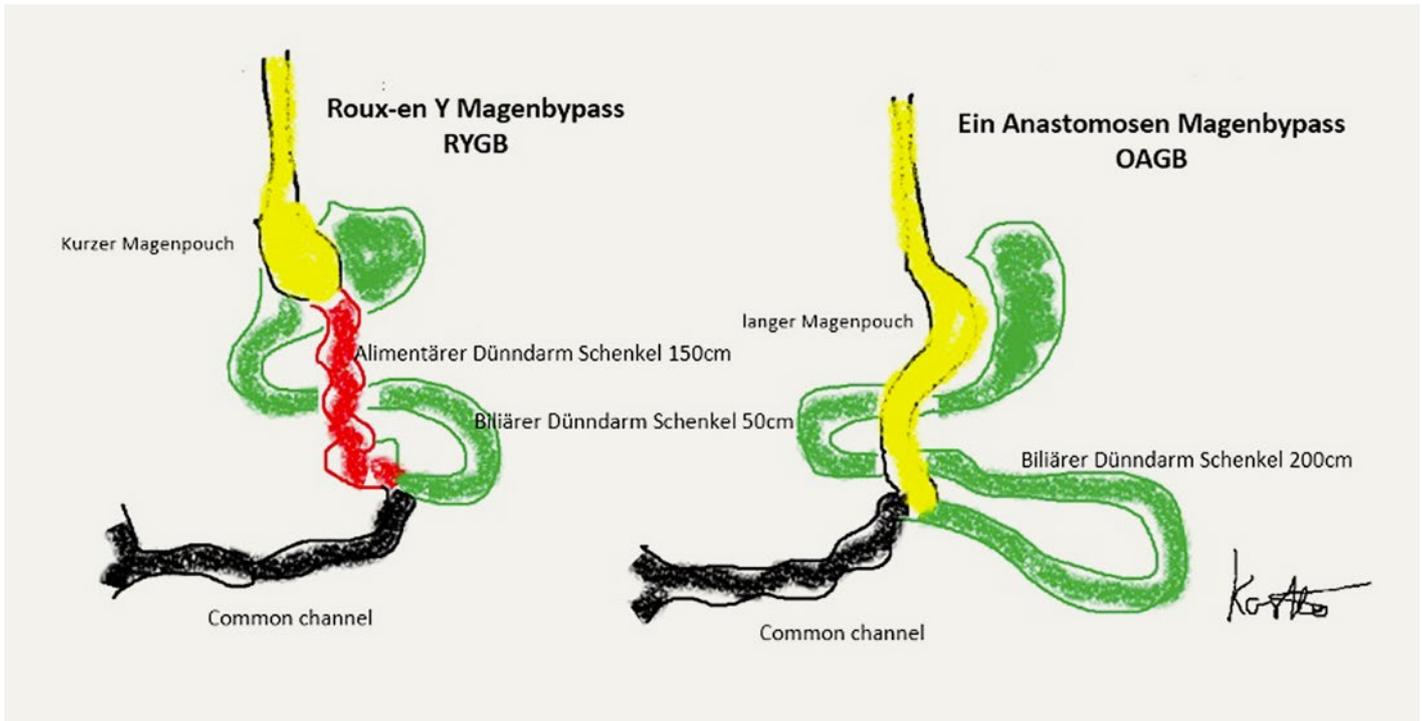
Literatur

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



Prof. Dr. med. et phil. Lia Bally

Leiterin Ernährungsmedizin, Adipositas, Metabolismus.
Leiterin Forschung an der Universitätsklinik für Diabetologie, Endokrinologie, Ernährungsmedizin und Metabolismus am Inselspital Bern und an der Universität Bern.



Operationstechnik des RY Magenbypasses und des OAGB in unserer prospektiven Studie am Spital Limmattal.

Magenbypass – ohne Fusspunktanastomose?

Bariatric Der Roux-en-Y-Magenbypass (RYGB) ist die in der Schweiz am häufigsten durchgeführte bariatrische Operation. Weltweit und in Europa erlangt der Ein-Anastomosen-Magenbypass (OAGB) immer mehr an Beliebtheit. Wo liegen die Unterschiede zum RYGB, gibt es Vorteile? Wo liegen die Risiken?

Dr. med. Thomas Köstler

Die weltweit am häufigsten durchgeführte bariatrische Operation zwischen 2015 bis 2018 waren der Schlauchmagen (60 %), die RYGB (30 %) und der OAGB (5 %). In Europa gibt es stark unterschiedliche Präferenzen. In Österreich war der OAGB (40 %), in Frankreich die Sleeve Gastrectomy (62 %) und in der Schweiz der RYGB (76 %) die häufigste bariatrische Operation [1]. In den Guidelines der International Federation for the Surgery of Obesity and Metabolic Disorders (IFSO), der American Society for Metabolic and Bariatric Surgery (ASMB) sowie in den deutschen S3-Leitlinien sind alle oben genannten Eingriffe gleichwertig anerkannt.

In der Schweiz darf gemäss Leitlinien der Swiss Society for the Study of morbid Obesity (SMOB) der OAGB nur unter Studienbedingungen durchgeführt werden, da zu wenig qualitativ aussagekräftige Daten zu den Langzeitergebnissen, welche fünf Jahre und mehr betragen, vorliegen.

Wir haben an der letzten jährlichen SMOB-Tagung in Bern die noch nicht publizierten Drei-Jahres-Resultate unserer prospektiven randomisierten Studie zum Vergleich der RYGB vs. OAGB vorgestellt.

Vor- und Nachteile des OAGB

Der OAGB unterscheidet sich gegenüber dem RYGB dadurch, dass beim OAGB ein längerer Magenpouch als beim

RYGB hergestellt und auf eine «Fusspunktanastomose» verzichtet wird. (siehe Skizze 1).

Nachteilig kann es somit beim OAGB zum biliären Reflux in den Ösophagus kommen. Die Billroth-II-Operation ist eine ähnliche Operation wie der OAGB. Auch hier wird auf eine Fusspunktanastomose verzichtet. Langzeitergebnisse dieser Operation zeigen keine höhere Inzidenz von Karzinomen nach Teilgastrektomie, nach 15 bis 20 Jahren aber eine höhere Inzidenz eines Short-Segment-Barrett-Ösophagus [2].

Ohne Fusspunktanastomose mehr Reflux, mit Fusspunktanastomose mehr Darmverschlüsse.

Ein symptomatischer Reflux nach OAGB wird in 5 bis 15% der Fälle angegeben [3]. Nach drei Jahren mussten wir im Rahmen unserer Studie bei 7,6% der Patienten mit OAGB diesen aufgrund eines biliären Refluxes in einen RYGB umwandeln, wodurch der Reflux behoben wurde. Nach zwei Jahren waren es in der französischen Y-OMEGA-Studie 2,4% [4].

Der Vorteil des OAGB gegenüber dem RYGB liegt darin, dass Komplikationen an der Fusspunktanastomose nicht auftreten können. Die Rate der frühpostoperativen Dünndarmobstruktionen an der Fusspunktanastomose nach RYGB liegt bei 0,8 bis 2,7% [5].

Eine schwedische Studie zeigte eine Reoperationsrate von 3,1% [6], dies aufgrund von Darmobstruktionen, verursacht durch die Fusspunktanastomose, trotz verschlossener Mesolücken.

Wir konnten an unseren eigenen Patienten nachweisen, dass sich 37% der primär verschlossenen intermesenterialen Lücken wieder öffnen [7]. Neuere Studien zeigen bei längerer Nachbeobachtungszeit eine Inzidenz von bis zu 4,7% Invaginationen mit Darmobstruktionen an der Fusspunktanastomose nach RYGB [8].

Aufgrund von Darmobstruktionen und inneren Hernien mussten wir in unserer Studie 7,6% der Patienten der RYGB-Gruppe in den ersten drei Jahren postoperativ reoperieren, jedoch keinen in der OAGB-Gruppe.

Der OAGB ist eine sichere Operation in Bezug auf die postoperative Morbidität und Mortalität.

Sowohl der RYGB, als auch der OAGB haben ihre langfristige Wirksamkeit bezüglich Gewichtsreduktion (Excess weight loss, EWL) nach über fünf Jahren belegt (RYGB ca. 60%, OAGB ca. 70%) [9]. Nach drei Jahren betrug der EWL in unserer Studie beim OAGB 97,5% und beim RYGB 80,2%. Die früh-postoperative Komplikationsrate beider Eingriffe ist niedrig.

Nach drei Jahren war die Reoperationsrate in unserer Studie bei beiden Operationen gleich hoch, beim RYGB

Für Sie zusammengefasst vom:

SGED/SSED-Kongress | 17.-18.11.2022 | Bern

aufgrund ungenügender Gewichtsreduktion und Darmobstruktionen (10%), und beim OAGB aufgrund von Reflux (7,6%). Unsere Resultate entsprechen den Daten einer Metaanalyse [9]. Die Diabetesremission ist besser nach OAGB verglichen zum RYGB.

Unsere Studie belegt, dass die Glucosekonzentration ein Jahr postoperativ nach einer Testmahlzeit nach OAGB statistisch signifikant niedriger ist und die GLP-1-Konzentration statistisch signifikant höher ist als nach RYGB. Ob dieser Effekt auf den Verzicht der Fusspunktanastomose oder aufgrund der unterschiedlichen Längen der Dünndarmschenkel oder Magenpouchkonfiguration beider Operationen zurückzuführen ist, bleibt unbeantwortet. Der RYGB kann mit ähnlicher biliärer Schenkellänge und vergleichbarem Magenpouch wie der OAGB durchgeführt werden.

Die Lebensqualität, die wir mit zahlreichen Scores ermittelt haben, zeigt ein Jahr postoperativ keinen Unterschied zwischen den beiden Operationen.

Zusammenfassung

Durch den Verzicht auf die Fusspunktanastomose können langfristig Komplikationen wie Darmverschlüsse oder innere Hernien vermieden werden. Gleichzeitig birgt dieser Vorteil auch Nachteile. Unklar bleiben die langfristigen Folgen eines nicht behandelten biliären Refluxes für den Ösophagus. Bis anhin wurde noch keine höhere Karzinomrate beschrieben, wohl aber häufigere morphologische Schleimhautveränderungen am Ösophagus. Eine sorgfältige Selektion und eine regelmässige klinische und endoskopische postoperative Kontrolle der Patienten ist nach Durchführung eines OAGB sehr wichtig.

Korrespondenz

Thomas.Koestler[at]spital-limmattal.ch



Literatur

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



Dr. med. Thomas Köster

Leiter des interdisziplinären Adipositas Zentrums am Spital Limmattal. Ausserdem ist er Spezialist für Viszeralchirurgie, Allgemeinchirurgie sowie Traumatologie.

Bariatrische Chirurgie – ein Auslaufmodell?

Adipositas-Therapie Die chronische Krankheit Adipositas stellt eine der grössten Herausforderungen für die heutigen Gesundheitssysteme dar. Neue Medikamente für die Therapie der Adipositas werden in Zukunft eine Gewichtsreduktion ermöglichen, die vergleichbar mit den Ergebnissen einer bariatrischer Chirurgie sind.

Prof. Dr. med. Katharina Timper, Prof. Dr. med. Ralph Peterli

Bereits heute sind in Europa fast 60% aller Erwachsenen und ein Drittel aller Kinder von Adipositas oder Übergewicht betroffen – mit weiter stark steigender Tendenz [1]. Adipositas stellt einen Hauptrisikofaktor für Herz-Kreislauf Erkrankungen, Diabetes mellitus Typ 2, die Fettlebererkrankung sowie verschiedenste Krebserkrankungen dar und ist mit einer erhöhten Gesamtmortalität assoziiert [2, 3].

Adipositas ist eine komplexe, multifaktorielle Erkrankung, bei der (epi)genetische und (neuro)biologische Faktoren eine Rolle spielen, die durch äussere Faktoren, dem sogenannten «Lifestyle», ungünstig beeinflusst werden [4]. Eine zentrale Rolle bei der Entstehung von Adipositas kommt den veränderten neurobiologischen Prozessen im Gehirn zu, welche in weitestgehend autonomer, nicht willentlich beeinflussbarer Weise vorgeben, was, wann und wie wir essen und wie die Stoffwechselprozesse im Körper ablaufen [5]. **Der Patient mit Adipositas ist also nicht übergewichtig, weil er zu viel isst, er isst zu viel, weil er an Adipositas erkrankt ist.** Dies macht deutlich, warum kurzfristige Verhaltens-Interventionen bezüglich des „Lifestyles“ in den allermeisten Fällen nicht zu einer langfristigen und nachhaltigen Gewichtsreduktion führen können, da die ursächlichen biologischen Mechanismen therapeutisch nicht adressiert werden. Zudem ist bis heute noch immer der Irrglaube verbreitet, dass Adipositas eine Folge unzureichender Willensanstrengung ist und sich die betroffenen Menschen «einfach mehr anstrengen, weniger essen und mehr bewegen sollten» [6]. Die daraus resultierende Abwertung und Stigmatisierung führen bei den meisten Betroffenen zu einer Internalisierung mit Selbstvorwürfen und Schuldgefühlen. Das setzt eine sehr gefährliche Spirale in Gang, die durch den entstehenden psychologischen Stress beispielsweise emotionales Essverhalten und damit eine weitere Gewichtszunahme fördert [7-11].

Adipositas-Therapie heute

Eine ausgewogene, individuell angepasste Ernährung und einen Ausbau der körperlichen Aktivität sind neben der Behandlung von psychischen Erkrankungen wie Depressionen und Angststörungen, die häufig mit Adipositas assoziiert sind [12], zentrale Grundpfeiler der Adipositas-Therapie [13-15]. Abhängig vom Ausmass der Adipositas und den vorhandenen Folgeerkrankungen ist eine gezielte Therapie der Adipositas entweder mit den heute verfügbaren GLP-1-Analoga wie dem Liraglutide, oder mit einer bariatrischen Operation indiziert. GLP-1-Analoga setzen dort an, wo Adipositas entsteht: im Gehirn. Dort bewirken sie eine Verstärkung des Sättigungs- und eine Verringerung des Hungergefühls, so dass es zu einer Reduktion der Nahrungsaufnahme kommt. In Studien konnte eine mittlere Abnahme des Körpergewichts um 10% vom Ausgangsgewicht gezeigt werden [16, 17]. Die individuellen Effekte können aber stärker und schwächer ausfallen. Damit sind die GLP-1-Analoga vor allem bei Patientinnen und Patienten mit leichter bis moderater Adipositas indiziert. Neben der Gewichtsreduktion haben GLP-1-Analoga weitere günstige Wirkungen auf Stoffwechselprozesse wie die Fettverbrennung, den Zuckerstoffwechsel und die Senkung des systolischen Blutdrucks [18]. Bei ausgeprägter Adipositas und vor allem bei Vorliegen multipler Folgeerkrankungen ist oft primär eine bariatrische Operation indiziert. Der Magenbypass oder die Schlauchmagenoperation stellen eine sehr effektive und sichere Methode dar,

Für Sie zusammengefasst vom:

SGED/SSED-Kongress | 17.-18.11.2022 | Bern

das Gewicht um 25-30% vom Ausgangsgewicht zu senken und Adipositas-assoziierte Begleiterkrankungen zu verringern oder gar vollständig zu heilen [19]. Dies geht einher mit einer deutlichen Zunahme der Lebensqualität, einer Reduktion der Mortalität um fast 50% und einer Zunahme der Lebenserwartung um fünf bis neun Jahre [20].

Adipositas-Therapie morgen

Neue potente Medikamente in der Pipeline, wie das langwirksame GLP-1-Analogon Semaglutide [21] und der duple GIP-GLP-1-Agonist Tirzepatide [22] lassen neben weiteren neuen Wirkstoffen [23], welche sich zur Zeit in Phase I-III Studien befinden, eine Gewichtsreduktion von 16 bis 23% oder mehr erwarten. Somit stellt sich die Frage, welchen Stellenwert die bariatrischen Operationen in Zukunft einnehmen werden. 20 bis 25% der Patientinnen und Patienten sprechen nicht auf eine Behandlung mit dem GLP-1-Analogon Liraglutide an [16]. Auch in Zukunft wird es immer Patientinnen und Patienten geben, die auf die neuen Medikamente nicht oder nur unzureichend ansprechen, mit inakzeptablen Nebenwirkungen reagieren oder nicht gewillt sind, diese anzuwenden. Für diese Patientinnen und Patienten wie für Menschen mit ausgeprägter Adipositas und multiplen Folgeerkrankungen ist die bariatrische Chirurgie sicher weiterhin die Therapie der Wahl. Ganz in Analogie zur heute weit ausdifferenzierten und individualisierten Therapie von Krebspatienten müssen in Zukunft auch bei der Therapie von Menschen mit Adipositas alle Bestrebungen dahin gehen, eine möglichst breite Palette an unterschiedlichen Behandlungsoptionen zur Verfügung zu haben, aus der massgeschneiderte Therapiekonzepte für den einzelnen Patienten entwickelt werden können. Diese müssen nicht nur der Schwere der Adipositas und den vorliegenden Begleiterkrankungen Rechnung tragen, sondern massgeblich auch den Wünschen und Bedürfnissen sowie der Lebenswirklichkeit der

Patientinnen und Patienten entsprechen. Denn eine erfolgreiche Adipositas-Therapie stellt immer die Patienten ins Zentrum.

Fazit

Die neuen Anti-Adipositas-Medikamente stellen eine lang ersehnte und dringend benötigte Erweiterung der Behandlungsmöglichkeiten für die Therapie der chronischen Krankheit Adipositas dar, werden aber die bariatrische Chirurgie nicht komplett verdrängen oder ersetzen. Grundpfeiler der erfolgreichen Adipositas-Therapie ist heute wie in Zukunft ein interdisziplinäres, multimodales Setting – gepaart mit individuell auf den einzelnen Patienten zugeschnittenen Lösungen.

Korrespondenz

katharina.timper[at]usb.ch
ralph.peterli[at]clarunis.ch



Prof. Dr. med. Katharina Timper

Leitende Ärztin und Leiterin Adipositasprechstunde und Ernährung. Forschungsgruppenleiterin «Obesity Research» an der Klinik für Endokrinologie/Diabetologie/Metabolismus am Universitätsspital Basel.



Prof. Dr. med. Ralph Peterli

Stellvertretender Chefarzt Viszeralchirurgie, Leiter Forschung Viszeralchirurgie und bariatrisches Referenzzentrum Clarunis – Universitäres Bauchzentrum Basel am St. Claraspital und Universitätsspital Basel.



Zentrale Grundpfeiler der Adipositas-Therapie sind Entstigmatisierung und Wertschätzung des Patienten mit Adipositas und eine individuelle, multimodale Therapie.

Die Gamer-Brille für den Ernstfall

Ophthalmologie Es klingt wie aus einem Science-Fiction-Film: neurologisch bedingte Sehstörungen mit einer Gamer-Brille diagnostizieren. Ein Berner Start-up hat genau das entwickelt. Funktioniert das wirklich? Wir haben die Brille angeschaut und nachgefragt.

Astrid Tomczak-Plewka

Eine Velofahrerin stürzt. In den Tagen und Wochen nach ihrem Unfall merkt sie, dass es ihr zu schaffen macht, wenn sie zu viele visuelle Reize verarbeiten muss – etwa in einem Bahnhof oder auf einer belebten Strasse. Die MRI-Untersuchung zeigt keine Auffälligkeiten. Augenarzt Dr. med. Mathias Abegg stellt jedoch fest, dass die horizontalen Augenbewegungen der Patientin verlangsamt sind. Dies deutet auf eine Verletzung im Hirnstamm hin.

Eine ausgezeichnete Idee

Abegg stellt diese Diagnose, indem er die Bewegung der Pupillen beobachtet, wenn die Patientin mit den Augen einen Gegenstand verfolgt, der sich bewegt. In Zukunft will Abegg dafür eine Art Gamer-Brille einsetzen, die aufzeichnet und analysiert, wie die Augen auf visuelle Reize reagieren. Ein Prototyp ist fertig, Abegg hat ihn bereits erfolgreich getestet. Eine erste Version soll nächstes Jahr auf den Markt kommen und dann Augenärztinnen und Neurologen bei ihrer Arbeit helfen. «Viele neurologische Erkrankungen äussern sich in Sehstörungen», sagt Mathias Abegg und nennt als Beispiel die Multiple Sklerose, bei der dieser Anteil zwischen 25 und 50% liegt.

Aber auch ein grosser Anteil der Hirntumore hat direkte oder indirekte Auswirkungen auf das visuelle System und kann mit einer geeigneten Untersuchung erkannt werden. Eine solche neuroophthalmologische Untersuchung ist hochspezialisiert und aufwendig. «Die Untersuchung der Pupillen gilt hier als extremes Beispiel. Führt sie kein Spezialist durch, werden nur 12% korrekt erkannt», so Abegg. Er hat sich nach seinem Medizinstudium auf Hirnforschung und Neuroophthalmologie spezialisiert und zwölf Jahre lang an der Klinik für Augenheilkunde im Inselspital Bern gearbeitet, davon acht Jahre als Leitender Arzt der Orthoptik.

In seiner Forschungstätigkeit hat er immer wieder mit Eyetrackern gearbeitet, die allerdings aufgrund ihrer Unhandlichkeit für die medizinische Praxis nicht tauglich

sind. Im Inselspital hat er festgestellt, «dass es ein klinisches Bedürfnis für ein diagnostisches Gerät gibt». Daraus sei langsam die Idee gereift, eine Firma zu gründen, um diese Lücke zu schliessen. Im Dezember 2021 war die erste Finanzierungsrunde gesichert, im vergangenen Jahr präsentierte die Firma ihre Idee bei verschiedenen Fachanlässen und potenziellen Investoren – und wurde mehrmals prämiert.

Die Diagnosebrille, die nun in Abeggs Start-up entwickelt wird, funktioniert wie folgt: Vor jedem Auge befinden sich jeweils ein Bildschirm und Kameras. Die Bildschirme zeigen eine virtuelle Landschaft, in der sich ein Papageienkopf bewegt. Die Patientin oder der Patient wird aufgefordert, diesem Papageienkopf mit den Augen zu folgen. Insgesamt werden acht neuroophthalmologische Tests innerhalb von zehn Minuten durchgeführt. So wird in einem Test jeweils ein Auge mit einer hellen Fläche geblendet, während das andere Auge dunkel bleibt. Kameras und Software registrieren die Reaktionen der Pupillen auf den Reiz. Gesunde Pupillen weiten sich bei Dunkelheit und ziehen sich bei viel Licht zusammen, eine andere Reaktion könnte bedeuten, dass bei der Signalverarbeitung im Gehirn etwas nicht stimmt. In anderen Tests wiederum wird gemessen, wie und mit welcher Geschwindigkeit sich die Augen horizontal und vertikal bewegen, wie gross das Gesichtsfeld ist, oder wohin ein Auge blickt und ob es schießt. Gerade Letzteres ist eine grosse Errungenschaft, denn: «Ein Grundproblem von Eyetrackern ist, dass sie davon ausgehen, dass die Leute nicht schießen. Dann kalibriert das Gerät falsch», so Abegg. «Wir haben eine extra angepasste Kalibrierung, damit das Gerät auch funktioniert, wenn die Augen nicht in die gleiche Richtung blicken.»

Die Grenzen des Möglichen

Prof. Dr. med. Anja Palmowski, Fachärztin für Augenheilkunde und Augenchirurgie am Universitätsspital Basel sieht zwar Potenzial in der neuen Diagnosebrille, hat aber auch



© machineMD, Fotos BOFF

Ein Prototyp ist fertig. Läuft alles nach Plan, soll Anfang 2024 eine erste Version der Diagnosebrille auf den Markt kommen.

Fragezeichen. «Aus der Praxis weiss ich, dass die Patientinnen und Patienten bei solchen Untersuchungen sehr kooperativ sein müssen», sagt sie. Es sei deshalb fraglich, ob die Brille bei Kindern oder Menschen mit Behinderung gute Dienste leisten könnte.

Für Mathias Abegg ist klar: «Natürlich braucht es hier, wie bei anderen Untersuchungen auch, eine gewisse Kooperationsbereitschaft, aber unsere Brille gewährt eine sehr grosse Bewegungsfreiheit – das vereinfacht vieles», sagt er.

«Natürlich braucht es hier, wie bei anderen Untersuchungen, eine gewisse Kooperationsbereitschaft.»

Dr. med. Mathias Abegg
Ophthalmologe

«Wir wollen eine Lösung entwickeln, die auch für Kinder ab etwa sechs Jahren zuverlässig funktioniert.» Deshalb wäre das Gerät kaum geeignet, ein Mikroschielen zu diagnostizieren – obwohl es laut Abegg «prinzipiell möglich wäre.» Aber diese Untersuchung wird bei kleinen Kindern im Alter von etwa zwei Jahren gemacht.

Es gibt noch andere Grenzen: So muss mehr als die Hälfte der Pupille offen sein, damit die Aufzeichnung zuverlässig ist. Somit ist sie beispielsweise bei einer Okulomotoriusparese mit hängendem Oberlid nicht geeignet. «Aber

das ist uns nicht wichtig», erklärt Abegg. Denn solche Fälle seien Spezialfälle. «Unser Zielpublikum sind nicht neuroophthalmologische Spezialistinnen, sondern niedergelassene Augenärztinnen und Neurologen.»

Anja Palmowski bleibt derweil zurückhaltend: «Ich bin sehr dafür, dass solche Geräte weiterentwickelt werden», sagt sie. «Aber 90% einer neuroophthalmologischen Untersuchung ist Anamnese. Die kann nicht ersetzt werden.» Das sieht auch Abegg grundsätzlich so: «Wir können die Anamnese nicht ersetzen, wohl aber die Untersuchungszeit massiv abkürzen.» Die bisherige Resonanz bei potenziellen Kundinnen und Kunden sei «sehr positiv». Zwar ist seine Firma nicht die einzige, die sich auf diesem Terrain bewegt, aber «es gibt kein Produkt, welches das Gleiche macht wie unsere Brille», so Abegg. Läuft alles nach Plan, soll Anfang 2024 eine erste Version der Diagnosebrille auf den Markt kommen. Natürlich hoffen Abegg und seine Mitstreiterinnen und -mitstreiter bei MachineMD auf den kommerziellen Durchbruch. Der aber dürfte nur gelingen, wenn wirklich das eintrifft, was Abegg als eine Art Mission Statement formuliert: «Wir wollen Ärztinnen und Ärzte glücklich machen, indem wir ihnen zuverlässige, quantitative und reproduzierbare Diagnosedaten zur Verfügung stellen. Damit können wir dazu beitragen, dass Hirnerkrankungen früher und genauer diagnostiziert werden können.»

Kritisch denken und besser kommunizieren

Arzt-Patienten-Kommunikation Ärztinnen und Ärzte halten sich konstant auf dem aktuellen Wissensstand. So unterstützen sie Menschen, sich an medizinischen Entscheidungen zu beteiligen. Dafür sollten sie die Evidenz kritisch betrachten – und das ist oft nicht leicht.

Sven Streit

Forscherinnen und Forscher aus Deutschland, Österreich und der Schweiz haben mehrere tausend Gesundheitsfachpersonen im Sommer 2022 zu ihrer professionellen Gesundheitskompetenz befragt, also zu den Herausforderungen in ihrem Informations- und Wissensmanagement, in der Vermittlung von Informationen und generell der Kommunikation mit Patientinnen und Patienten. Am 16. März 2023 wurden die Studienergebnisse erstmals in einem Webinar präsentiert (die Ärztezeitung wird in einer der nächsten Ausgaben im Detail berichten).

In einer Podiumsdiskussion wurde ich eingeladen, mit der ärztlichen Perspektive die Ergebnisse einzuordnen und die Beobachtung einer Patientin, einer APN und zweier Vertreterinnen von nationalen Behörden zu reflektieren. Der Begriff der professionellen Gesundheitskompetenz liess mich zunächst an meiner eigenen Begriffskompetenz zweifeln, da ich den Praxisbezug nicht intuitiv herstellen konnte.

Was uns leicht fällt und was schwer

Ziel des Ländervergleichs war es, herauszufinden, welche Schritte bei der Unterstützung von Gesundheitskompetenz uns Fachpersonen Mühe machen. Der Prozess kann so beschrieben werden: Wir lesen Studien und Fachinformationen, fassen die Ergebnisse in unseren Worten für unsere Patientinnen und Patienten zusammen, versuchen sie mit klarer und patientenzentrierter Kommunikation zu unterstützen und gemeinsam eine Entscheidung zu treffen. Dazu gehört auch die Frage, wie wir Fachpersonen Patientinnen und Patienten bei der Einschätzung der Verlässlichkeit von digital gefundenen Informationen unterstützen.

Die Kernaussagen für mich sind: In allen drei Ländern beschreiben Ärztinnen und Ärzte sowie andere Fachkräfte aus dem medizinischen Bereich ein identisches Bild: Wir betrachten es insgesamt als relativ leicht, die Gesundheitskompetenz zu fördern. Erfreulich ist vor allem, dass die patientenzentrierte Kommunikation als wenig schwierig eingeschätzt wird. Aber es gibt auch noch Arbeit: Am schwierigsten ist es für Fachpersonen, statistische Studienergebnisse und deren Evidenz kritisch zu beurteilen. Zudem finden wir es schwierig, Patientinnen und Patienten im Umgang mit digitalen Informationen zu unterstützen.

In der Tat: Prospekte zeigen uns schöne Säulendiagramme und tiefe p-Werte, doch welche Patientinnen und Patienten wurden überhaupt in die Studien eingeschlossen? Lassen sich diese mit denjenigen in meiner Sprechstunde vergleichen? Und auch wenn ein tiefer p-Wert gezeigt wird: Ist der Unterschied nicht nur statistisch, sondern auch klinisch relevant? Wie interpretiere ich Studienresultate bei Krankheit X, Y und Z, wenn alle Krankheiten gleichzeitig vorkommen? Waren die Forschenden dieser Studien unabhängig oder stehen kommerzielle Interessen dahinter?

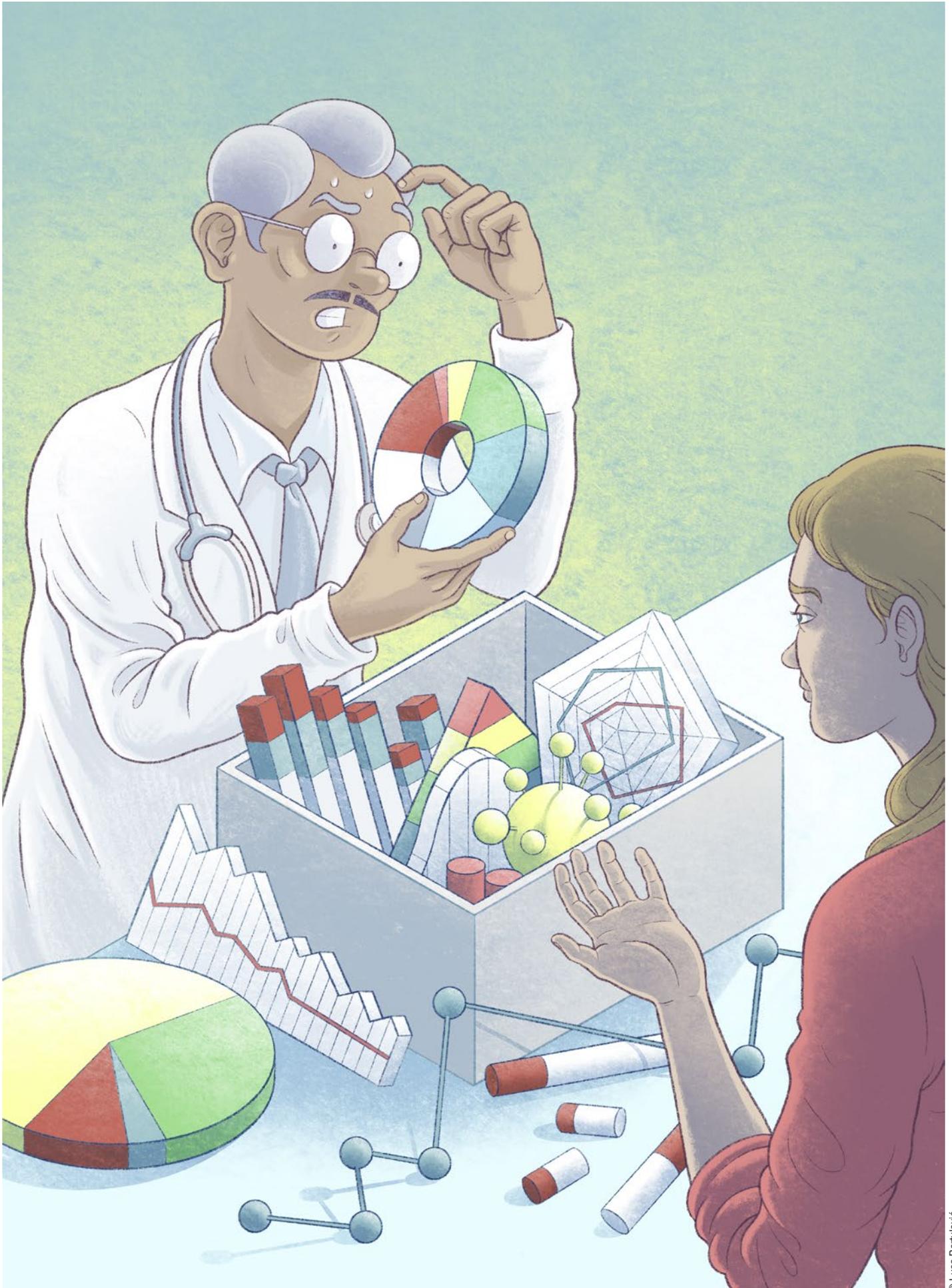
Die Situation kann verbessert werden

Es braucht also die Fähigkeit, die Evidenz kritisch zu betrachten, sie in den klinischen Kontext unserer Erfahrung zu stellen und für unsere Patientinnen und Patienten die individuell beste Empfehlung zu finden. Die von David Sackett beschriebene evidenzbasierte Medizin umschliesst all diese Elemente und dennoch können wir noch viel lernen, um patientenzentriert zu kommunizieren und Informationen kritisch zu hinterfragen.

Ich sehe viele Gesundheitsfachpersonen in meinem Umfeld, die die gemeinsame Entscheidungsfindung mit viel Expertise, Empathie und Können umsetzen. Dennoch berichteten 40% aller Befragten von Schwierigkeiten, wenn sie ihre Patientinnen und Patienten darin unterstützen sollen, einzuschätzen, ob die gefundenen digitalen Gesundheitsinformationen seriös, falsch oder irreführend sind. Ich denke, dass wir hier ansetzen können. Es sollte zum Beispiel Gesundheitsdossiers geben, die von Personen ohne Interessenskonflikte und gemeinsam mit Patientinnen und Patienten verfasst wurden. Solche digitalen Hilfen können wir dann guten Gewissens empfehlen. Das Glas ist in Bezug auf die professionelle Gesundheitskompetenz halb voll. Um es weiter zu füllen, sehe ich Interprofessionalität, Patientenzentrierung und kritisches Denken als wichtige Zutaten, die wir fördern sollten.



Prof. Dr. med. Dr. phil. Sven Streit
Leiter Interprofessionelle Grundversorgung,
Berner Institut für Hausarztmedizin (BIHAM),
Universität Bern, Hausarzt



© Luca Bartulović

Die Macht der Sprache



Nicole Ritz

PD Dr. med et PhD
 Chefärztin Pädiatrie und
 pädiatrische Infektiologie,
 Kinderspital Luzern
 und Universität Luzern

Worte beeinflussen unser Denken und unser Denken beeinflusst unser Handeln. Die Bedeutung von Sprache geht weit über das reine Austauschen von Informationen hinaus. Deshalb ist es wichtig, dass wir uns bewusst sind, wie wir Sprache nutzen. Worte haben Macht und können sowohl positive als auch negative Auswirkungen haben. Das gilt generell, aber besonders auch in einer professionellen Umgebung wie der Medizin. Das Wort Assistenten möchte ich deshalb in der Medizin gänzlich ersetzen. Warum?

Der sorgfältige und korrekte Umgang mit Sprache schafft eine Kultur, die von Respekt und Achtung geprägt ist.

Wir alle wissen, dass ein Medizinstudium ein hohes Mass an Motivation, Engagement und Durchhaltevermögen braucht. Zulassungsbeschränkungen, Eignungstests, dann sechs Jahre Studium mit grossem theoretischem und praktischem Lernumfang und schwierigen Prüfungen. Stolz dürfen alle sein, die am Ende ein Diplom erhalten, auf dem «Ärztin» oder «Arzt» steht. Kurz nach dem Staatsexamen jedoch erfahren die frischgebackenen Ärztinnen und Ärzte eine Abwertung ihrer Rolle. Erneut werden sie Assistenten genannt, nennen sich selbst so und werden selbst in offiziellen Dokumenten so bezeichnet. Erst als Oberärztin oder Oberarzt – also nach etlichen weiteren Jahren – werden sie vom Fluch der Abwertung befreit.

Dem können wir leicht Abhilfe schaffen, in dem wir das Wort Assistenten, das oft eine abwertende oder untergeordnete Rolle vermittelt, konsequent ersetzen. Durch die Verwendung der Bezeichnung Assistenzärztin und Assistenzarzt zeigen wir Wertschätzung und Respekt für die Position und die Fähigkeiten der Person, unabhängig von der Zeit seit dem Staatsexamen oder dem Alter. Diese vier bis sechs Buchstaben sollten es uns allen Wert sein.

Wie seltsam unsere Wortwahl ist, können wir an folgendem Beispiel sehen: Stellen Sie sich

vor, Sie sind in einem Krankenhaus und fragen nach der betreuenden Ärztin oder dem betreuenden Arzt. Die Person am Empfang antwortet: «Oh, Sie meinen den Assistenten? Ich rufe ihn gleich.» Sofort fragen Sie sich, wer der Assistent sein könnte: Der Radiologiefachmann, der medizinische Praxisassistent, das Sekretariat oder doch der Arzt? Wenn jemand also nach einem Assistenten ruft, ist es unklar, ob er oder sie eine Ärztin oder einen Arzt meint, eine andere medizinische Fachperson oder eine Person, die in einem anderen Bereich tätig ist. Durch die Verwendung von Assistenzärztin oder Assistenzarzt wird jedoch sofort klar, um wen es sich handelt.

Der sorgfältige und korrekte Umgang mit Sprache ist mir als Chefärztin sehr wichtig, denn er schafft eine Kultur, die von Respekt und Achtung geprägt ist. Ich weiss aus eigener Erfahrung, dass es nicht immer einfach ist, alte Gewohnheiten zu ändern. Im vergangenen Jahr habe ich festgestellt, dass wir als Team regelmässig in alte Muster zurückgefallen sind und von Assistenten und Unterassistenten sprachen.

Ich bin der Meinung, dass ein guter Weg, alte Gewohnheiten zu ändern, darin besteht, sie mit Humor abzulegen.

Ich bin der Meinung, dass ein guter Weg, alte Gewohnheiten zu ändern, darin besteht, sie mit Humor abzulegen. Wir sollten uns deshalb nicht scheuen, über unsere Rückfälle zu schmunzeln, uns selbst zu korrigieren und andere zu ermutigen, korrekte Bezeichnungen zu verwenden. Denn durch die Verwendung von Assistenzärztin oder Assistenzarzt anstelle von Assistenten benutzen wir eine unmissverständliche Sprache und können gleichzeitig sicherstellen, dass jede und jeder gleichermaßen respektiert und wertgeschätzt wird. Dasselbe gilt auch für die Unterassistenten oder «UHU»: Medizinstudierende klingt doch viel besser, oder?