

SCHWEIZERISCHE ÄRZTEZEITUNG & SWISS MEDICAL FORUM

Ausgabe 29–32
2. August 2023



38 Wirksam wählen
Die Gesundheitspolitik der
Zukunft mitgestalten

12 Tag der Jugend
«Viele Jugendliche sind
überfordert»

16 75 Jahre WHO
Die Schweiz zählt zu den
Gründungsmitgliedern

53 Physician Associates
Entwicklung eines neuen
Berufsprofils

Spuren hinterlassen



Sandra Ziegler
PhD, MS,
Geschäftsführerin EMH
sandra.ziegler[at]emh.ch

Im Oktober stehen die Gesamterneuerungswahlen für den National- und Ständerat an. Wählerinnen und Wähler gehen dabei selbstredend davon aus, dass ihre politische Einflussnahme im parlamentarischen Alltag Spuren hinterlässt. Anlässlich der Ärztekammer vom 8. Juni 2023 zeigte Michael Köpfli, ehemaliger Generalsekretär der GLP, auf, dass dem nicht immer so ist. Gemäss Köpfli lohnt es sich, die Prozesse der Interessenvertretung gut zu verstehen und das eigene Wahlverhalten entsprechend zu gestalten. In seiner «kleinen Politikunde» auf Seite 38 fasst er die wichtigsten Fakten zusammen und zeigt die Mechanismen auf – durchaus wichtige Informationen, wenn es darum geht, im Herbst die Gesundheitspolitik der Zukunft zu gestalten.

In seiner «kleinen Politikunde» fasst Michael Köpfli die wichtigsten Fakten und Mechanismen für den Wahlherbst 2023 zusammen.

Noch vor den Wahlen findet am 12. August der Internationale Tag der Jugend statt. Vieles hat in den letzten Jahren bei den Jugendlichen Spuren hinterlassen: Depressionen, Angst- und Essstörungen, Einsamkeit, Suizidalität und Selbstverletzungen haben in besorgniserregendem Mass zugenommen. Dagmar Pauli,

Chefärztin und stellvertretende Direktorin der Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie der Psychiatrischen Universitätsklinik Zürich, äussert sich im Interview auf Seite 12 zur psychischen Gesundheit der Jugendlichen in der Schweiz. Ihr Fazit: «Wir rennen als Gesellschaft Perfektionsansprüchen hinterher, die kaum noch zu erfüllen sind. Das belastet nicht nur Jugendliche, aber diese besonders.»

Die atraumatische Milzruptur sollte rasch diagnostiziert werden, da aufgrund von starken inneren Blutungen und einer hämodynamischen Instabilität Lebensgefahr besteht.

Keine offensichtlichen Spuren liegen jedoch bei der seltenen atraumatischen Milzruptur vor. Das klinische Bild ist wenig spezifisch und führt immer wieder dazu, dass diese falsch diagnostiziert und für eine andere Pathologie des Bauchraums gehalten wird. Dabei ist eine richtige Diagnose kritisch, denn es besteht Lebensgefahr wegen starker innerer Blutungen und einer hämodynamischen Instabilität. Im Übersichtsartikel auf Seite 48 beschreiben Muriel Willi Jeanmonod und Alend Saadi anhand einer Fallvignette die Diagnose und Behandlung der atraumatisch-idiopathischen Milzruptur.

Im Fokus



12

«Viele Jugendliche sind überfordert»

Psychiatrie Am 12. August ist der Internationale Tag der Jugend. Wie geht es den Jugendlichen? Depressionen, Ängste und Essstörungen haben stark zugenommen, sagt Psychiaterin Dagmar Pauli. Dazu hätten vor allem steigende Ansprüche unserer Gesellschaft beigetragen – aber auch Social Media.

Interview: Adrian Ritter

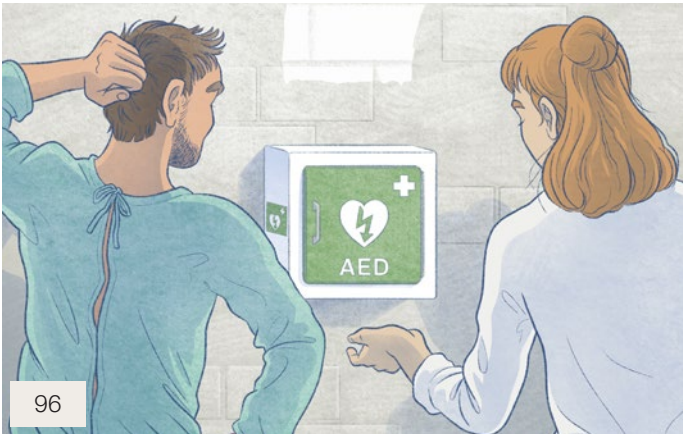


16

Gesundheit für alle:
75 Jahre WHO

Jubiläum Seit 1948 organisiert und unterstützt die Weltgesundheitsorganisation Gesundheitsinitiativen rund um den Globus. Die UN-Sonderorganisation mit Hauptsitz in Genf verbindet viel mit der Schweiz. Diese nimmt bis 2026 Einsitz im Exekutivrat der WHO.

Fabienne Hohl



96

Reden wir über Reanimation

Arzt-Patienten-Kommunikation Bei Eintritt ins Spital sollte mit Patienten ein Gespräch über Wiederbelebungsmaßnahmen im Falle eines Herz-Kreislauf-Stillstands gesprochen und anschliessend der festgelegte Wille in der Krankenakte vermerkt werden. Es sind herausfordernde Gespräche, die Angst und Sorgen bei Patientinnen und Patienten auslösen können. Was gilt es hier zu beachten?

Sabina Hunziker Schütz

Inhaltsverzeichnis

3	Editorial von Sandra Ziegler Spuren hinterlassen	34	FMH Aktuell CHOP 2024 – Anpassungen bei den Rehabilitationskodes
8 REDAKTIONELLE INHALTE		38	Coverstory Wirksam wählen und die Politik mitgestalten
8	News	42	Personalien
8	Auf den Punkt Das Arbeiten neu denken	45 SWISS MEDICAL FORUM	
12	Interview «Viele Jugendliche sind überfordert»	46	Weekly Briefing von Lars C. Huber und Martin Krause
16	Hintergrund Gesundheit für alle: 75 Jahre WHO	48	Übersichtsartikel Atraumatisch-idiopathische Milzruptur
21	Forum In memoriam: Johannes Gartmann (1925–2023)	53	Medizinisches Schlaglicht Entwicklung der Rolle der «Physician Associates» in den Schweizer Chirurgie-Abteilungen
22	Forum Wie steuerbar ist das Gesundheitssystem?	56	Was ist Ihre Diagnose? Transaminasenerhöhung während Tuberkulosetherapie
24	Forum Briefe an die Redaktion	60	Der besondere Fall Syphilis: ein neuroinfektiologisches Chamäleon
29	Mitteilungen	88 SCHWERPUNKT: INNERE MEDIZIN	
94	Wissen Besser schlafen mit Daridorexant?	88	Mangelernährung – ein häufig unerkannter Risikofaktor
96	Praxistipp Reden wir über Reanimation	90	COVID-19 – Risiko bei Immunschwäche bleibt
98	Zu guter Letzt von Simon Maurer Im Land der Halbgötter	92	Amyloidose
31 FMH		64	SERVICES
32	Leitartikel des Zentralvorstandes Post aus dem BAG	64	Stellenmarkt
		81	FMH Services
		99	Seminare und Veranstaltungen

Impressum

Schweizerische Ärztezeitung

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

Redaktion: 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 61 467 85 58, office@medicalforum.ch, www.medicalforum.ch. Manuskripteinreichung online: www.manuscriptmanager.net/smf

Wissenschaftliche Redaktion: Prof. Dr. med. Nicolas Rodondi, Bern (Chefredaktor); Prof. Dr. med. Martin Krause, Müllheim (Stellvertretender Chefredaktor); PD Dr. med. Carole Elodie Aubert, Bern; Prof. Dr. med. Stefano Bassetti, Basel; Prof. Dr. med. Idris Guessous, Genf; Prof. Dr. med. Lars C. Huber, Zürich; Prof. Dr. med. Gérard Waeber, Lausanne; Prof. Dr. med. et phil. Maria M. Werthli, Baden.
Die Mitglieder des Advisory Boards finden Sie online unter www.medicalforum.ch

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).

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 61 467 85 55, www.emh.ch

Anzeigen: Philipp Lutzer, Tel. +41 61 467 85 05, philipp.lutzer@emh.ch

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

Rubrik FMH Services: FMH Consulting Services, Stellenvermittlung, 6208 Oberkirch,
Tel. +41 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 31 359 11 11, dlm@fmh.ch

Andere Abonnemente: EMH Kundenservice, abo@emh.ch, +41 61 467 85 45

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: © Hansjörg Keller / Unsplash



© Clay Banks / Unsplash

Bis 2040 werden in der Schweiz etwa 5500 Ärztinnen und Ärzte fehlen, gleichzeitig wird sich eine Lücke von rund 40 000 Pflegenden auftun.

Auf den Punkt

Das Arbeiten neu denken

Fachkräftemangel Wie die Arbeit im Spital attraktiver gestaltet werden kann – darum ging es beim 5. Vierwaldstättersee-Symposium für Spital-Kaderärzte. Expertinnen und Experten aus Spital, Pflege und Wirtschaft diskutierten an zwei Tagen Lösungsansätze. Dabei spielten Massnahmen gegen den Fachkräftemangel und das Potenzial der Digitalisierung eine grosse Rolle.

Ines Böhm

Der Fachkräftemangel war bereits vor 15 Jahren ein Thema, aber hat sich deutlich zugespitzt. «Jetzt sind Lösungen gefragt, nicht nur langfristige, sondern auch kurzfristige», sagte Philip Sommer, Leiter Beratung Gesundheitswesen, PwC Switzerland. Bis 2040 werden in der Schweiz etwa 5500 Ärztinnen und Ärzte fehlen, gleichzeitig werde sich eine Lücke von rund 40 000 Pflegenden auftun [1]. Sommer zeigte wichtige Handlungsfelder für eine wirksame Transformation des Gesundheitssystems auf: Produktivitätssteigerung, neue Vergütungsstrukturen, Performance Management und Investitionen in die Digitalisierung.

Veränderungen anstossen

In vielen Punkten stimmte er mit Thomas Bösch überein, der die vergangenen elf Jahre als Personalleiter von Novartis Schweiz tätig war. Bösch sagte: «Bei Fachkräftemangel konkurrieren wir um einen Pool, den wir vergrössern müssen. Das Problem verlangt eine Lösung auf verschiedenen

Ebenen, angefangen bei der Gesellschaft über die Unternehmen bis hin zu Teams.» Auf politischer Ebene müsse man Einfluss nehmen, damit neue, zeitgemässe Berufsbilder zügig anerkannt werden. Das Profil der Advanced Practice Nurse schliesst Lücken zwischen ärztlicher Tätigkeit und der Pflege. Diese berufliche Entwicklungsmöglichkeit macht den Pflegeberuf attraktiver und kann die Effizienz des Gesundheitssystems steigern. Maya Zumstein-Shaha, stellvertretende Leiterin des Studiengangs Master of Science in Nursing, Berner Fachhochschule, bedauerte, dass der rechtliche Rahmen noch ausstehe.

Standardisierung vorantreiben

«Man muss sich auf die Kernaufgaben fokussieren, in einem Spital sind das Diagnose und Behandlung,» sagte Guru Sivaraman, Direktor ICT und CIO, Universitätsspital Zürich. Die in diesen Prozessen eingebundenen Expertinnen und Experten sowie Ressourcen sollen so weit wie mög-

lich für ihre Kernaufgaben freigestellt werden. «Digitalisierung kann uns ermöglichen, die Prozesspfade abzubilden und zu reduzieren, standardisieren und Logistikprozesse, die im Hintergrund sehr komplex sind, zu automatisieren», ist er überzeugt. Standardisierte Prozesse bedeuten eine Entlastung für die Mitarbeitenden und bringen einen Gewinn an Qualität und Effizienz.

Digitale Gesamtlösung

Am Luzerner Kantonsspital (LUKS) hat man sich mit dem auch international eingesetzten Klinikinformationssystem Epic für eine digitale Gesamtlösung entschieden. Dazu sagte Guido Schüpfer, Chief Medical Officer der LUKS-Gruppe: «Die Einführung von Epic ist kein IT-Projekt, sondern eine Organisationsentwicklung.» Ein solches Projekt sei nie abgeschlossen, es werde ständig weiterentwickelt. Schliesslich ergäben sich daraus viele Möglichkeiten beispielsweise mit neuen Kommunikationskanälen innerhalb des Spitals, aber auch mit den Patientinnen und Patienten oder für das Kapazitätsmanagement.

Das Profil der Advanced Practice Nurse schliesst Lücken zwischen ärztlicher Tätigkeit und der Pflege.

Attraktive Arbeitsbedingungen

Das Arbeitsverständnis hat sich in der jüngeren Generation stark gewandelt. Sie legt Wert auf die Vereinbarkeit von Familie und Beruf, definiert sich nicht nur über ihre Arbeit, die sinnstiftend sein sollte, und schätzt Flexibilität bezüglich des Arbeitsorts, berichtete Stephan Sigrist, Gründer des Think Tanks W.I.R.E.

Mit dieser Perspektive können Reserven genutzt werden, die in den Teams stecken. «Um dem Fachkräftemangel zu begegnen, muss der Arbeitsplatz im Spital so attraktiv sein, dass Mitarbeitende bleiben und neue angezogen werden», betonte Vanessa Kraege, stellvertretende medizinische Direktorin des Universitätsspitals Lausanne (CHUV). Die Abteilung für Innere Medizin am CHUV nahm eine eingehende Analyse der Arbeitsbedingungen vor. Anschliessend konnten die Abläufe so angepasst werden, dass sich sowohl Effizienz und Qualität der Arbeit als auch die Zufriedenheit der Assistenzärztinnen und -ärzte verbesserten – und dies bei weniger Überstunden.

Zusichtlich schloss Thomas Bösch: «Wenn ich auf die Schweizer Wirtschaft schaue, stimmt mich positiv, dass uns unsere Agilität immer geholfen hat. Wir werden auch dieses Problem lösen.»



Literatur

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

Persönlich

Claudio Caviezel wird Chefarzt Thoraxchirurgie in Chur



PD Dr. med.
Claudio Caviezel

KSGR PD Dr. med. Claudio Caviezel ist ab Januar 2024 neuer Chefarzt Thoraxchirurgie am Kantonsspital Graubünden (KSGR). Aktuell ist Caviezel stellvertretender Direktor an der Klinik für Thoraxchirurgie am Universitätsspital Zürich (USZ). Das Medizinstudium absolvierte er an der Universität Bern, wo er auch promovierte. Von 2013 bis 2015 war er am Kantonsspital Aarau als Oberarzt an der Abteilung für Thoraxchirurgie tätig und erhielt den Facharzttitel für Chirurgie. Danach wechselte er als Oberarzt an die Klinik für Thoraxchirurgie am USZ, wo er 2018 den Facharzttitel in Thoraxchirurgie erlangte. Für ein Clinical Fellowship war er in China und danach als Oberarzt am Rigshospitalet in Kopenhagen, bevor er 2020 ans USZ zurückkehrte.

Neue Spezialistin für Handchirurgie am Walliser Spitalzentrum



Dr. med. Cindy
Bouvet

CHVR Dr. med. Cindy Bouvet ist zur Leitenden Ärztin der Abteilung für Plastische Chirurgie des Spitalzentrums des französischsprachigen Wallis (CHVR) ernannt worden. Sie verfügt über einen Facharzttitel in Orthopädie und in Traumatologie des Bewegungsapparates und Handchirurgie. Im Jahr 2020 kam Cindy Bouvet als Oberärztin an die Abteilung für Plastische und Handchirurgie in Siders (VS). 2021 wurde sie zur Leitenden Ärztin für Handchirurgie am Universitätsspital Genf ernannt. Cindy Bouvet ist Spezialistin für Prothesenchirurgie, Arthroskopie und komplexe Traumatologie des Handgelenks und der Handwurzel.

Mirjam Christ-Crain erhält SNF-Forschungsgrant



Prof. Dr. med.
Mirjam Christ-Crain

USB/UNIBAS Prof. Dr. med. Mirjam Christ-Crain hat die Zusage für einen Investigator-Initiated Clinical Trial Grant (IICT) des Schweizerischen Nationalfonds (SNF) erhalten. Die Forschungsgruppe der Stellvertretenden Chefarztin Endokrinologie, Diabetes und Metabolismus und Co-Leiterin des Departements Klinische Forschung am Universitätsspital Basel (USB) und der Universität Basel (UNIBAS) wird mit 2,4 Millionen Franken unterstützt. In ihrer Studie untersucht sie die Auswirkungen von intranasal verabreichtem Oxytozin auf psychologische Symptome und sozio-emotionale Defizite bei Patientinnen und Patienten mit Diabetes insipidus. Insgesamt wurden sieben Studien für den IICT Grant ausgewählt.

Aus der Wissenschaft

Blasenentzündungen gezielt behandeln

Bakteriophagen Die Erreger von Harnwegsinfekten schnell und präzise identifizieren und zielgerichtet bekämpfen. Einem Forschungsteam um Prof. Dr. Martin Loessner von der ETH Zürich und Prof. Dr. med. Thomas Kessler von der Universitätsklinik Balgrist ist dies gelungen. Die Forschenden haben einen Schnelltest entwickelt, der auf Bakteriophagen basiert und gezielt Escherichia coli, Klebsiella und Enterokokken in Urinproben nachweisen kann. Der Vorteil: Die Diagnose dauert unter vier Stunden, statt wie bisher mehrere Tage. Diese Methode könnte es in Zukunft ermöglichen, sofort nach der Diagnose ein passendes Antibiotikum zu verschreiben und so Resistenzbildungen zu verhindern. Bakteriophagen könnten aber auch in der Therapie zum Einsatz kommen. Dafür haben die Forschenden die Phagen genetisch so modifiziert, dass sie im Inneren des infizierten Wirtsbakteriums bakterienabtötende Proteine freisetzen. Klinische Studien sollen die Wirksamkeit dieser neuen Phagentherapie nun überprüfen.

doi.org/10.1038/s41467-023-39612-0

Appetit auf Hirntumore

Makrophagen Basler Forschende haben herausgefunden, wie man die Erfolgchancen von Immuntherapien gegen aggressive Hirntumore erhöhen kann. Das Team um Prof. Dr. med. Gregor Hutter vom Departement Biomedizin der Universität Basel untersuchte anhand von Tumorproben von Glioblastom-Patientinnen und -Patienten das sogenannte «Friss mich nicht!»-Signal der Krebszellen. Das Signal beruht auf Zuckermolekülen namens Sialinsäure-Glykane, die von den Empfängern der zum Immunsystem gehörenden Makrophagen erkannt werden. In Laborversuchen blockierten die Forschenden diese «Siglec9»-Empfänger mittels Antikörpern. Danach konnten sie eine Aktivierung der Immunzellen im Tumor und dem benachbarten Gewebe feststellen. «Zusammengenommen weisen unsere Ergebnisse darauf hin, dass die Sialinsäure-Siglec-Achse ein vielversprechender Angriffspunkt sein könnte», sagt Gregor Hutter. Ob eine lokale Gabe von Antikörpern gegen den Empfänger im Gehirn möglich ist und ob dies die gewünschte Wirkung bringt, soll in einem nächsten Schritt an Patienten geprüft werden.

doi.org/10.1126/scitranslmed.adf5302

Preise & Auszeichnungen

Zentrum Orthogeriatry zertifiziert



(v.l.n.r.) Dr. med. Jochen Gieger, Prof. Dr. med. Johannes D. Bastian, Lisa Meyer, Dr. med. Anna K. Eggimann, Dr. med. Christian Kehl.

Inselspital Bern Erfolg für die Insel Gruppe: Das Zentrum Orthogeriatry an der Universitätsklinik für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie am Inselspital hat die Zertifizierung als Alters-TraumaZentrum DGU erhalten.

Mit der Auszeichnung wird die interdisziplinäre Zusammenarbeit der Orthopädischen Chirurgie und Traumatologie und der Geriatrie gewürdigt. Wichtige Schnittstellen bestehen zu den Universitätsklinikern für Notfallmedizin, für Anästhesiologie und Schmerzmedizin, für Diagnostische und Interventionelle

und Pädiatrische Radiologie sowie für Intensivmedizin. «Eine patientinnen- und patientenzentrierte Versorgung, um alte Menschen im Akutspital optimal zu versorgen zur Wiedererlangung von Selbstständigkeit durch unsere Kompetenz ist die zentrale Mission in unserem Team», sagt Prof. Dr. med. Johannes D. Bastian, Co-Zentrumsleiter und Chefarzt Orthopädische Chirurgie und Traumatologie. Die Zertifizierung wird seit 2014 im Auftrag der deutschen Akademie der Unfallchirurgie vergeben.

In Zahlen

Arbeitsunfälle



Im Jahr **2022** verzeichnete die Suva über **250 000 Unfälle** mit einer Arbeitsunfähigkeit von mehr als **drei Tagen**. Die durchschnittliche Arbeitsunfähigkeit betrug **43 Tage**.

80% der Verunfallten waren männlich, **20%** weiblich. Der Altersdurchschnitt lag bei **41 Jahren**. **92%** konnten ihre Tätigkeit wieder aufnehmen.



Die häufigsten Verletzungen waren Prellungen (**18,31%**), Brüche (**15,12%**) und Verstauchungen (**10,17%**), dabei waren vor allem Knie, Fussgelenke, Finger und Schultern betroffen.



Kopf der Woche

Eine Genferin will AIDS besiegen



**Prof. Dr. med.
Alexandra Calmy**

HUG Hoffnungsschimmer in der HIV-Forschung: Prof. Dr. med. Alexandra Calmy, Leiterin der HIV/AIDS-Abteilung am Universitätsspital Genf (HUG), begleitete und koordinierte die Behandlung eines Patienten, bei dem nach einer Knochenmarktransplantation keine HIV-Viren mehr nachgewiesen werden konnten.

Weltweit gelten nur fünf weitere Personen nach einer solchen Transplantation als wahrscheinlich von einer HIV-Infektion geheilt. Alexandra Calmy erklärt die Besonderheit des Patienten aus Genf: «Bisher war man sicher, dass nur Personen, die eine Knochenmarktransplantation mit der genetischen Mutation CCR5 delta 32 erhalten haben, Hoffnung auf eine Heilung ihrer HIV-Infektion haben. Mit dem Patienten aus Genf zeigen wir der wissenschaftlichen Gemeinschaft, dass die Delta-32-Mutation nicht unbedingt notwendig ist. Das öffnet die Tür für Behandlungsstrategien, die vielleicht weniger aggressiv sind.»

Der Fall des Patienten aus Genf sorgte für Aufsehen an der internationalen HIV-Konferenz, die vom 23. bis 26. Juli in Brisbane stattfand: «Wir wurden nach der Präsentation des Falls gebeten, die Hypothesen zu besprechen und weitere Analysen durchzuführen. Wir wurden auch gefragt, wie

man mit einer solchen dauerhaften Remission umgeht.» Alexandra Calmy begrüsst den internationalen Austausch: «Wir werden den Patienten in Zusammenarbeit mit unseren Kollegen vom Institut Pasteur und dem Hôpital COCHIN in Paris weiter betreuen. Im Kollektiv werden wir unsere Hypothesen verfeinern und über Behandlungsstrategien nachdenken.»

Dennoch ist der Kampf noch lange nicht gewonnen, wie die Spezialistin für Infektionskrankheiten betont: «Man muss vorsichtig sein. Wir sprechen von einer dauerhaften Remission und noch nicht von Heilung, denn die Nachbeobachtungszeit nach Absetzen der HIV-Therapie beträgt erst 20 Monate.» Alexandra Calmy blickt mit einer Mischung aus Optimismus und Realismus in die Zukunft: «Wir sind uns bewusst, dass diese Behandlung nicht in grossem Massstab umgesetzt werden kann. Aber dieser neue Fall von Remission bringt unerwartete Einblicke in die Mechanismen, die das Virusreservoir steuern. Diese Erkenntnisse geben Hoffnung für die Entwicklung von Therapien mit Aussicht auf Heilung. Letztendlich ist meine Hoffnung, dass die Remission oder Heilung von HIV kein so aussergewöhnliches Ereignis mehr sein wird.»

Aufgefallen



© Christian Grossebacher

Musiktherapie Ein medizinischer Roboter tanzt zu Geigenklängen. Diese ungewöhnliche Szene ereignete sich im Spitalzentrum Biel. Die ungarische Geigerin Anna Lilla Székeli sowie weitere junge Talente der Internationalen Sommerakademie Biel erheiterten die Gemüter der Patientinnen und Patienten und der Mitarbeitenden. Zwei Tage lang verwandelten sich der Operationssaal, die Küche und die Stationen in Konzertsäle.

Kopf der Woche

Eine Genferin will AIDS besiegen



**Prof. Dr. med.
Alexandra Calmy**

HUG Hoffnungsschimmer in der HIV-Forschung: Prof. Dr. med. Alexandra Calmy, Leiterin der HIV/AIDS-Abteilung am Universitätsspital Genf (HUG), begleitete und koordinierte die Behandlung eines Patienten, bei dem nach einer Knochenmarktransplantation keine HIV-Viren mehr nachgewiesen werden konnten.

Weltweit gelten nur fünf weitere Personen nach einer solchen Transplantation als wahrscheinlich von einer HIV-Infektion geheilt. Alexandra Calmy erklärt die Besonderheit des Patienten aus Genf: «Bisher war man sicher, dass nur Personen, die eine Knochenmarktransplantation mit der genetischen Mutation CCR5 delta 32 erhalten haben, Hoffnung auf eine Heilung ihrer HIV-Infektion haben. Mit dem Patienten aus Genf zeigen wir der wissenschaftlichen Gemeinschaft, dass die Delta-32-Mutation nicht unbedingt notwendig ist. Das öffnet die Tür für Behandlungsstrategien, die vielleicht weniger aggressiv sind.»

Der Fall des Patienten aus Genf sorgte für Aufsehen an der internationalen HIV-Konferenz, die vom 23. bis 26. Juli in Brisbane stattfand: «Wir wurden nach der Präsentation des Falls gebeten, die Hypothesen zu besprechen und weitere Analysen durchzuführen. Wir wurden auch gefragt, wie

man mit einer solchen dauerhaften Remission umgeht.» Alexandra Calmy begrüsst den internationalen Austausch: «Wir werden den Patienten in Zusammenarbeit mit unseren Kollegen vom Institut Pasteur und dem Hôpital COCHIN in Paris weiter betreuen. Im Kollektiv werden wir unsere Hypothesen verfeinern und über Behandlungsstrategien nachdenken.»

Dennoch ist der Kampf noch lange nicht gewonnen, wie die Spezialistin für Infektionskrankheiten betont: «Man muss vorsichtig sein. Wir sprechen von einer dauerhaften Remission und noch nicht von Heilung, denn die Nachbeobachtungszeit nach Absetzen der HIV-Therapie beträgt erst 20 Monate.» Alexandra Calmy blickt mit einer Mischung aus Optimismus und Realismus in die Zukunft: «Wir sind uns bewusst, dass diese Behandlung nicht in grossem Massstab umgesetzt werden kann. Aber dieser neue Fall von Remission bringt unerwartete Einblicke in die Mechanismen, die das Virusreservoir steuern. Diese Erkenntnisse geben Hoffnung für die Entwicklung von Therapien mit Aussicht auf Heilung. Letztendlich ist meine Hoffnung, dass die Remission oder Heilung von HIV kein so aussergewöhnliches Ereignis mehr sein wird.»

Aufgefallen



© Christian Grossebacher

Musiktherapie Ein medizinischer Roboter tanzt zu Geigenklängen. Diese ungewöhnliche Szene ereignete sich im Spitalzentrum Biel. Die ungarische Geigerin Anna Lilla Székeli sowie weitere junge Talente der Internationalen Sommerakademie Biel erheiterten die Gemüter der Patientinnen und Patienten und der Mitarbeitenden. Zwei Tage lang verwandelten sich der Operationssaal, die Küche und die Stationen in Konzertsäle.

«Viele Jugendliche sind überfordert»

Psychiatrie Am 12. August ist der Internationale Tag der Jugend. Wie geht es den Jugendlichen? Depressionen, Ängste und Essstörungen haben stark zugenommen, sagt Psychiaterin Dagmar Pauli. Dazu hätten vor allem steigende Ansprüche unserer Gesellschaft beigetragen – aber auch Social Media.

Interview: Adrian Ritter

Dagmar Pauli, wie steht es um das psychische Befinden der Jugendlichen in der Schweiz?

Wenn wir das halbvolle Glas anschauen: Eine Mehrheit bezeichnet ihre Gesundheit und Lebensqualität gemäss der neuesten Studie des Schweizerischen Gesundheitsobservatoriums als gut [1]. Allerdings gibt es eine Gruppe von Jugendlichen, die Symptome insbesondere von Depression, Angst- und Essstörungen aufweist. Diese Gruppe ist in den letzten zehn Jahren stark gewachsen, sodass wir doch von einer alarmierenden Situation sprechen müssen.

«Wir benötigen in den meisten Teilen der Schweiz mehr Betreuungsplätze in der ambulanten wie auch stationären Psychiatrie.»

Welcher Anteil der Jugendlichen ist betroffen?

Insgesamt berichteten gemäss der Studie bei den 18- bis 24-Jährigen 36% der Frauen und 15% der Männer von schweren psychischen Symptomen. Nicht weniger als 65% der jungen Frauen geben depressive Symptome an, bei fast einem Drittel sind sie stark. Zugenommen haben auch Gefühle von Einsamkeit: 32% der Frauen und 22% der jun-

gen Männer berichten davon. Das sind nicht Diagnosen, sondern subjektiv geäusserte Befindlichkeiten, die wir aber ernst nehmen müssen. Denn diese Zahlen lagen vor 10 bis 15 Jahren deutlich tiefer [2].

Wie sieht die Situation international aus?

Die Zahlen für die Schweiz sind vergleichbar mit denen in anderen westlichen Ländern. Und die berichtete Zunahme entspricht auch unseren Erfahrungen im klinischen Alltag. Was wir zudem feststellen: Die Probleme beginnen bei Jugendlichen in einem immer jüngeren Alter. Früher traten Symptome wie Suizidalität und Selbstverletzungen nicht vor 13 oder 14 Jahren auf. Heute sehen wir solche schon vor der Pubertät mit 11 oder 12 Jahren.

In welchem Zusammenhang steht die Zunahme mit der COVID-19-Pandemie?

Die Pandemie mag gewisse Probleme verstärkt haben. Vor allem aber hat sie die Aufmerksamkeit auf das Phänomen gelenkt. Die Pandemie war wie eine Lupe. So wurde in dieser



Dr. med. Dagmar Pauli

Chefärztin und stellvertretende Direktorin der Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie der Psychiatrischen Universitätsklinik Zürich

Zeit auch das Monitoring der psychischen Gesundheit verstärkt. Aber die Zunahme der psychischen Probleme bei Jugendlichen hat schon mehr als zehn Jahre zuvor begonnen. Wir Fachpersonen haben schon lange vor der Pandemie darauf hingewiesen – auch, dass wir den Betroffenen aufgrund beschränkter Ressourcen zu wenig Angebote machen können. Auch während der Pandemie erwiesen sich für die Jugendlichen gemäss der Swiss Corona Stress Study [3] nicht pandemiespezifische Phänomene als das Hauptproblem.

«Wir rennen als Gesellschaft Perfektionsansprüchen hinterher, die kaum zu erfüllen sind. Das belastet besonders Jugendliche.»

Sondern?

Die Jugendlichen litten vor allem unter einer Zunahme des schulischen Drucks durch den Lockdown. Die starke Zunahme psychischer Probleme in den vergangenen Jahren hat aus meiner Sicht insbesondere mit den gestiegenen Ansprüchen in unserer Gesellschaft zu tun. Wir verlangen immer mehr von uns selber und anderen – in der Schule, bei der Arbeit und in der Freizeit. Der Schulstoff beispielsweise wird laufend erweitert, es wird aber nie etwas weggelassen. Wir rennen als Gesellschaft Perfektionsansprüchen hinterher, die kaum noch zu erfüllen sind. Das belastet nicht nur Jugendliche, aber diese besonders. Weil sie damit aufwachen und sich weniger gut abgrenzen können. Das macht nicht alle krank, aber es führt bei vulnerablen Erwachsenen und Jugendlichen zunehmend zu psychischen Symptomen und Erkrankungen wie Burn-out.

Gibt es auch positive Entwicklungen?

Positiv ist, dass junge Menschen heute eher von ihren Problemen berichten als vor 10 oder 20 Jahren. Auch die Psychiatrie ist heute viel weniger stigmatisiert. Entsprechend holen sich Jugendliche häufiger Hilfe. Problematisch ist, dass wir noch zu wenige Hilfsangebote haben, um das aufzufangen zu können.

Warum sind gerade Depressionen sowie Angst- und Essstörungen so häufig?

Auch hier hat eine Entwicklung stattgefunden. In den 1980er- und 1990er-Jahren drückten Jugendliche ihre Nöte anders aus. Gewalt und der Konsum von harten Drogen waren ein grosses Thema. Heute stehen sogenannte internalisierende, nach innen gerichtete Störungen im Zentrum. Depressionen und Essstörungen haben etwas Selbstzerstörerisches, auch Vermeidendes. Die Betroffenen können den Alltag oft nicht mehr bewältigen, haben Ängste und ziehen sich zurück – bis hin zu Schulabsentismus und Invalidität. Das Ungleichgewicht zwischen Ressourcen und Anforderungen steht bei vielen jungen Menschen im Vordergrund.

Warum ist das bei jungen Frauen häufiger als bei jungen Männern?

Ich sehe drei Gründe: Mädchen neigen dazu, die Ansprüche des Umfeldes mehr aufzunehmen und ihnen genügen zu

wollen. Zudem ist die Pubertät für sie schwieriger, da die vermehrte Produktion von Östrogen zu mehr Rundungen führt – was nicht dem aktuellen Schönheitsideal entspricht. Das ist bei Jungen anders mit dem pubertätsbedingtem Muskelzuwachs. Ein weiterer Grund für die Geschlechterunterschiede ist, dass Mädchen mehr Zeit auf Social Media verbringen. Insofern sind sie dem Vergleichsdruck stärker ausgesetzt.

Stichwort Social Media: Welche Rolle spielen TikTok und andere Plattformen bei der Zunahme psychischer Belastungen?

Wir können nicht einfach dem Smartphone oder Social Media die Schuld geben. Aber es ist eine Tatsache, dass die gesellschaftlichen Ansprüche heute zu einem grossen Teil über Social Media vermittelt werden. Man sieht all die tollen Aktivitäten anderer Menschen. Es besteht die Gefahr, sich defizitär zu fühlen – gerade mit all den Fake-Fotos und der Hochglanz-Kultur. Das ist die eine Seite.

Und die andere?

Umgekehrt gibt es insbesondere auf TikTok negative Inhalte. Es gibt Subgruppen, die dysfunktionale Problemlösungen zelebrieren und sich damit gegenseitig runterziehen, etwa durch Videos mit Selbstverletzungen oder gar Suizidtipps. Das ist eine grosse Gefahr für psychisch vulnerable Jugendliche. Ich habe mir vor einiger Zeit selber versuchsweise ein TikTok-Konto eingerichtet und gezielt psychisch belastende Jugendvideos angeschaut. Eine eindrückliche Erfahrung. Ich bezeichne mich als psychisch stabil. Aber nachdem ich eine Stunde solche Videos angeschaut hatte, fühlte ich mich sehr unwohl.

«Ich plädiere dafür, Prioritäten zu setzen und dafür mehr Zeit für Reflexion zu haben – in der Schule, der Familie und bei der Arbeit.»

Zumal die Algorithmen immer mehr vom Selben zeigen?

Ja, das kommt dazu. Insgesamt lauern auf Social Media verschiedene Gefahren: Sozialer Druck, das Sich-Vergleichen, Informationsblasen aufgrund der Algorithmen, Cybermobbing, Schlafmangel und nicht zuletzt Suchtgefahr. Es ist heute durch Studien klar belegt, dass sich Social Media auf vulnerable Jugendliche negativ auswirkt. Ausserdem

Neues Angebot der PUK

Die Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie der Psychiatrischen Universitätsklinik Zürich (PUK) hat ein neues Angebot, das speziell auf Jugendliche in suizidalen Krisen ausgerichtet ist. «Krisenintervention für Jugendliche – Life» erlaubt mit einem hohen Betreuungsschlüssel mehr Zeit für die Beziehungsarbeit und wird offen geführt [2]. Das Ziel: Jugendliche in Krisen frühzeitig auffangen und längere psychiatrische Hospitalisationen verhindern.



© Nicolas Zornvi

«Die Probleme beginnen bei Jugendlichen in einem immer jüngeren Alter», sagt Dagmar Pauli.

schaffen virtuelle Kontakte keine echte Nähe, sie sind oberflächlicher als reale Begegnungen. Kein Wunder, nehmen Gefühle der Einsamkeit zu.

«Wir dürfen nicht nur behandeln, sondern müssen vor allem auch Prävention betreiben.»

Kann Social Media umgekehrt Teil der Lösung sein, um die Gesundheit junger Menschen zu schützen?

Social Media kann selbstverständlich nützlich sein, um etwa soziale Kontakte zu pflegen. Und es gibt beispielsweise mit der Body Positivity auch sinnvolle, von Jugendlichen selber initiierte Bewegungen. Aber die bestärkenden, förderlichen Anteile machen auf Social Media nur einen kleinen Anteil aus. Dagegen kommen wir nicht an, auch wenn zunehmend psychologische Hilfsangebote auf den Kanälen präsent sind. Aber es wird uns nicht gelingen, Social Media mit positiven Inhalten zu überschwemmen.

Was braucht es?

Technologische Lösungen. Die Anbieter müssen verpflichtet werden, den Eltern beispielsweise Software zur Verfügung zu stellen, mit der sie den Social-Media-Zugang ihrer Kinder steuern können. Und die Algorithmen müssen angepasst werden. Nachweislich schädliche Inhalte müssen viel effizienter als heute gelöscht werden. Und Hilfsangebote müssen technisch besser in die Plattformen eingebunden werden.

Abgesehen von Social Media. Was müssen wir tun, damit Kinder und Jugendliche psychisch gesund bleiben beziehungsweise wieder gesund werden?

Es braucht das Feuerlöschchen in der akuten Situation. Wir benötigen in den meisten Teilen der Schweiz mehr Betreuungsplätze in der ambulanten wie auch stationären Psychiatrie. Dabei sind neue Formen der Psychiatrie gefragt: offen, interdisziplinärer, systemischer und aufsuchender. Und ganz wichtig: Wir dürfen nicht nur behandeln, sondern müssen vor allem auch Prävention betreiben. Dazu müssen sich die Finanzierungsmodelle ändern. Sie sind noch zu sehr

auf stationäre Aufenthalte ausgerichtet, die ambulante Versorgung ist unterfinanziert. Unser Leistungsauftrag als Klinik umfasst zudem keine Prävention. Dazu müssen wir Spendengelder suchen, was aufwändig ist.

Und der Leistungsdruck, die immer höheren Anforderungen – wie lässt sich das ändern?

Wir brauchen eine Wertediskussion: Was ist uns wichtig in Bezug auf Kinder und Jugendliche? Ich plädiere dafür, Prio-

«Ich bin zuversichtlich, dass sich unsere Gesellschaft weiterentwickelt. Wir können so nicht weitermachen.»

ritäten zu setzen und dafür mehr Zeit für Reflexion zu haben – in der Schule, in der Familie und in unserer Arbeitswelt. Weniger ist mehr. Wenn wir die Anforderungen nicht besser dosieren, überfordern wir einen immer grösseren Teil der Menschen.

Denken Sie, es wird gelingen, einen solchen Wertewandel herbeizuführen?

Ich bin zuversichtlich, dass sich unsere Gesellschaft weiterentwickelt. Wir können so nicht weitermachen. Die junge Generation stellt auch entsprechende Forderungen, etwa nach einer besseren Work-Life-Balance. Ich spüre den Beginn einer Gegenbewegung, zum Beispiel in den Schulen. Ich besuchte kürzlich eine Kantonsschule, die eine Umfrage bei den Schülerinnen und Schülern machte, um zu erfahren, wie stark sie zeitlich belastet sind. Es waren erschreckende Zahlen. Jetzt erarbeitet diese Schule gezielt Massnahmen gegen den Druck. Auch in der Technologie gibt es positive Ansätze. Es wird viel Aufwand betrieben für personalisierte Werbung. Wenn wir gleich viel Engagement in den personalisierten Schutz junger Menschen vor negativen Inhalten im Internet stecken, ist vieles möglich. Ich neige immer zu Optimismus.



Literatur

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

Pro Juventute

Prävention und Sensibilisierung im Netz

Der Alltag von Kindern und Jugendlichen ist zunehmend digital. Social Media erfüllt dabei wichtige Bedürfnisse wie Kommunikation, Bestätigung und Austausch mit Gleichaltrigen. Schlagzeilen machen aber auch Schattenseiten wie Selbstwertprobleme, sexuelle Belästigung, Cyber-Mobbing oder ein problematisches Nutzungsverhalten, das bis zur Sucht führen kann.

Social Media ist nicht nur Teil des Problems, sondern auch Teil der Lösung. Viele Kinder und Jugendliche finden in der virtuellen Welt einen Raum, um sich mit Gleichaltrigen über ihre Gefühle, Sorgen und Problemlösungsstrategien auszutauschen. So kursieren zahlreiche Videos, in denen Personen auf humorvolle Weise zu ihrem Bäuchlein stehen, offen über Selbstzweifel sprechen oder Tipps zum Umgang mit Ängsten teilen. Für ihre psychische Gesundheit ist es entscheidend, dass Kinder und Jugendliche den verantwortungsvollen und kritischen Umgang mit Medien lernen. Medienkompetenz ist die Schlüsselkompetenz des 21. Jahrhunderts.

Jugendliche in ihrer Lebenswelt erreichen

Kinder und Jugendliche mit positiven Inhalten in ihrer Lebenswelt erreichen und unterstützen – das ist auch der Ansatz von Pro Juventute. Um weiterhin für Kinder und Jugendliche da zu sein, hat unsere Stiftung ihre Präsenz auf Social Media und die eigene Content-Produktion stark ausgebaut. Im Fokus stehen die beliebten Plattformen Instagram, TikTok und Snapchat, wo unsere Zielgruppe am häufigsten unterwegs ist. Unsere Beiträge bestehen einerseits aus eigens produzierten, kurzen und dynamisch geschnittenen Videos, was dem aktuellen Zeitgeist entspricht.

Andererseits publizieren wir auf denselben Kanälen auch ausführlichere Informationsbeiträge in Bild- und Textform rund um Mental Health. Die vielfältigen Interaktionsmöglichkeiten wie Kommentare oder Likes ermöglichen einen konstanten Austausch mit der Zielgruppe. Die Zusammenarbeit mit beliebten Influencerinnen und Influencern sowie ein dosierter Einsatz von bezahlter Werbung tragen dazu bei, möglichst viele Kinder und Jugendliche zu erreichen.

Das Ziel dieser teils humorvollen, teils ernsthaften Formate ist es, Präventions- und Sensibilisierungsarbeit zu leisten und unsere Zielgruppe auf Anlaufstellen wie das Beratungsangebot 147 hinzuweisen. «Danke, dass ihr mir das Leben gerettet habt», sagte etwa kürzlich ein junger Mann am Telefon zu uns. TikTok-Werbungen hätten ihn zum 147 geführt, woraufhin er den Mut gefunden hat, in eine Klinik zu gehen.



Nil Günes

ist Social Media Content Produzentin und Managerin bei der Stiftung Pro Juventute.



In ihrer 75-jährigen Geschichte kann die WHO auf einige Erfolge zurückblicken, etwa die Ausrottung der Pocken.

Gesundheit für alle: 75 Jahre WHO

Jubiläum Seit 1948 organisiert und unterstützt die Weltgesundheitsorganisation Gesundheitsinitiativen rund um den Globus. Die UN-Sonderorganisation mit Hauptsitz in Genf verbindet viel mit der Schweiz. Diese nimmt bis 2026 Einsitz im Exekutivrat der WHO.

Fabienne Hohl

Vor 75 Jahren hat die Schweiz gemeinsam mit 60 anderen Staaten die World Health Organization aus der Taufe gehoben. Die WHO, der heute 194 Länder angehören, hat es sich zur Aufgabe gemacht, die Gesundheit aller Menschen zu verbessern. Sie leistet Hilfe in Krisen, aber dies ist nur der sichtbarste Teil ihrer Arbeit: Als Steuer- und Koordinationsorgan der Vereinten Nationen (UNO) vernetzt die WHO Regierungen, Forschende, staatliche und private Institutionen und Organisationen. Zudem beobachtet und analysiert sie Gesundheitsdaten weltweit, erarbeitet Gesundheitsempfehlungen und -richtlinien und unterstützt Staaten dabei, ihre Gesundheitssysteme zu verbessern.

Seit 2017 steht die WHO unter der Leitung von Generaldirektor Tedros Adhanom Ghebreyesus. Jeden Mai treffen sich die Delegierten aller Mitgliedstaaten für eine Woche in Genf, um gemeinsam Resultate und Agenda der Organisation zu besprechen. Dieses Jahr hat die WHO-Hauptversammlung die Schweiz für drei Jahre in den Exekutivrat gewählt, dem sie bereits 1999 bis 2002 sowie 2011 bis 2014 angehörte.

Seit ihrer Gründung ist die Bekämpfung übertragbarer Krankheiten eine der wichtigsten Aufgaben der WHO.

Die Krisenresistenz verbessern

Vertreten wird die Eidgenossenschaft im Exekutivrat der WHO durch Botschafterin Nora Kronig Romero, Vizedirektorin des Bundesamts für Gesundheit (BAG). Die Schweiz könne der WHO einen echten Mehrwert bieten, als ein Land, «das mit allen spricht», sagte sie gegenüber Le Temps [1]. Ihre Amtszeit will Nora Kronig Romero nutzen, um Projekte wie die Global Health for Peace Initiative (GHPI)

voranzubringen, welche die Fortschritte in der Gesundheitsversorgung als zentrale Voraussetzung für Frieden betrachtet [2]. Ausserdem will die Schweiz dazu beitragen, dass sowohl die WHO wie auch die einzelnen Staaten besser auf Gesundheitskrisen vorbereitet sind. Dazu gehört laut BAG, «dass Länder den Stand ihrer Gesundheitsversorgung überprüfen und von den Erfahrungen anderer Staaten profitieren können». Ferner soll der Informationsaustausch beschleunigt werden [3], beispielsweise über den globalen BioHub, für den die Schweiz das Biosicherheitslabor Spiez als Depot für Pathogene zur Verfügung stellt. Hier können Krankheitserreger analysiert und die gewonnenen Erkenntnisse rasch mit der globalen Forschungsgemeinde geteilt und diskutiert werden [4].

Engagierte Partnerin Schweiz

Seit ihrer Gründung ist die Bekämpfung übertragbarer Krankheiten eine der wichtigsten Aufgaben der WHO. Dabei konnte sie in ihrer Geschichte etliche Erfolge verzeichnen: So erhielten in den 1950er-Jahren 300 Millionen Menschen in 46 Ländern im Rahmen einer WHO-Kampagne Penicillin gegen die Tropenkrankheit Frambösie, die unbehandelt schwere Behinderungen verursacht [5]. 1979 erklärte die WHO die Pocken für ausgerottet und in den letzten Jahren gab es grosse Fortschritte bei der Bekämpfung von HIV [6] und Malaria [7] – auch wenn auf diesen Gebieten noch viel zu tun bleibt.

Dennoch hat die Coronapandemie gezeigt, dass sich die Weltgemeinschaft noch besser gegen übertragbare Krankheiten schützen muss. Die Schweiz hat dieses Thema gemeinsam mit jenem der sexuellen und reproduktiven Gesundheit zu Schwerpunkten ihrer Gesundheitspolitik gemacht und wirkt in den Leitungsgremien der beiden entsprechenden WHO-Spezialprogramme mit [8]. Zudem engagiert sie sich im Bereich der nicht-übertragbaren Krankheiten, die heute zu den weltweit häufigsten Todesursachen gehören. Wie sehr sich die Schweiz in die Arbeit der Weltgesundheitsorganisation einbringt, zeigt auch die Zahl

Hintergrund

von 18 hiesigen WHO-Kooperationszentren. Eines der bekanntesten ist das Swiss Tropical and Public Health Institute (Swiss TPH).

Der Bundesrat hat grosses Interesse an einer starken WHO: Der Gesundheit komme in der UNO-Agenda 2030 für nachhaltige Entwicklung [9] eine zentrale Rolle zu, hält er in der aktuellen Strategie für die Gesundheitsausserpolitik 2019–24 fest [10]. Deshalb fungiert die Schweiz als Brückenbauerin zwischen staatlichen und privaten Akteuren, Politik und Wissenschaft, ist aktiv in humanitären Krisen wie auch in der internationalen Sucht- beziehungsweise Drogenpolitik. Zudem setzt sie sich ein für den allgemeinen Zugang zu Heilmitteln sowie für die Erforschung wirtschaftlich unattraktiver Medikamente. Die Partnerschaft der Schweiz mit der WHO unterstütze nicht nur die Gesundheitssysteme weltweit, schreibt die Direktion für Entwicklung und Zusammenarbeit (DEZA), sie Sorge auch dafür, «dass die internationalen Gesundheitsrisiken für die Schweiz möglichst gering gehalten werden» [11].

Reformen und mehr Unabhängigkeit

Trotz ihrer Verdienste steht die WHO in den vergangenen Jahren auch immer wieder in der Kritik. Es kam zu sexuellen Übergriffen innerhalb der Organisation und – im Falle des Ebola-Ausbruchs 2018 bis 2020 – auch bei WHO-Partnerorganisationen. Damals wurden 83 Kongolesinnen sexuell missbraucht, darunter ein 13-jähriges Mädchen. Die WHO hat sich um die Aufklärung dieser Verbrechen bemüht und eine unabhängige Kommission beauftragt, sie zu untersuchen [12]. Im Nachgang der Vorfälle hat die WHO ihr Regelwerk zur Prävention von sexuellen Übergriffen und zum Umgang damit überarbeitet und 2023 eine Strategie lanciert, um die «Nulltoleranz gegen jegliche Form sexueller Übergriffe» in der Organisation zu verankern. Verantwortung dafür trägt ein rund 40-köpfiges, internationales Team [13].

Die Schweiz will dazu beitragen, dass sowohl die WHO wie auch die einzelnen Staaten besser auf Gesundheitskrisen vorbereitet sind.

Weitere Vorwürfe richteten sich wiederholt gegen die Finanzierung: Die Pflichtbeiträge der Mitgliedstaaten betragen bis vor Kurzem nur knapp 20% des Budgets. Die verbleibenden finanziellen Ressourcen stammten von freiwilligen, projektgebundenen Beiträgen der Staaten sowie von Unternehmen, internationalen Organisationen und Stiftungen wie beispielsweise jener von Bill Gates. Dieser Umstand weckte immer wieder den Verdacht, dass Entscheide nicht immer unabhängig gefällt werden.

So sind es gute Neuigkeiten, dass die Mitgliedstaaten ihre Pflichtbeiträge um einen Fünftel erhöhen, und zwar als erster Schritt einer gestaffelten Aufstockung des Budgets bis 2030. Für die Schweiz bedeutet dies 2023 gemäss WHO-Botschafterin Nora Kronig Romero einen um zwei Millionen Franken höheren Pflichtbeitrag als bisher. Bis Ende des Jahrzehnts wird er total knapp zehn Millionen Franken

betragen [1]. Dieses Plus an Geldern gibt der WHO mehr Autonomie in ihren Entscheiden, mehr Planungssicherheit für ihr langfristig angelegtes Schaffen sowie die Ressourcen, um im Notfall rasch reagieren zu können. Damit verbessert sich die Situation im Vergleich zum Beginn der Coronapandemie: Damals musste die WHO erst rund 675 Millionen Dollar von der Weltgemeinschaft erbitten, um aktiv werden zu können. Im Gegenzug für die höheren Pflichtbeiträge erwarten die Mitgliedstaaten jedoch, dass die WHO ihre Abläufe effizienter gestaltet und ihre Arbeitsweise transparent macht – eine Aufgabe, deren Fortschritte sorgfältig beobachtet werden [14].

Es sind gute Neuigkeiten, dass die Mitgliedstaaten ihre Pflichtbeiträge um einen Fünftel erhöhen.

Pandemievertrag ante portas

Sorgfalt und intensiver Austausch sind derzeit auch beim Entwerfen des WHO-Pandemievertrags angesagt. Dessen erste Fassung ist für Mai 2024 zur Diskussion an der WHO-Hauptversammlung angekündigt. Er soll die Weltgemeinschaft besser auf kommende Krisen vorbereiten, indem sich die Staaten zu Solidarität, Gerechtigkeit und Kooperation verpflichten. Medikamente sollen für reiche wie arme Länder zugänglich sein, der Patentschutz soll in einer Krise angepasst und Technologien sowie Informationen sollen rechtzeitig geteilt werden. Befürchtungen, dass die Mitgliedsländer sich damit der Weisungsbefugnis der WHO ausliefern und ihre Souveränität in Gesundheitsfragen verlieren, entkräftet Botschafterin Nora Kronig Romero: Die Verantwortung für die Gesundheitspolitik bleibe bei den Mitgliedstaaten, erklärte sie in der NZZ [15]. Die sportliche Agenda für die Erarbeitung des Pandemievertrags zeigt, dass den Mitgliedstaaten die Dringlichkeit einer auch in Notfällen kompetenten WHO bewusst ist. Denn Krankheitserreger sind grenzüberschreitend; will man sie bezwingen, muss internationale Solidarität in der Praxis greifen.



Literatur

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

Die Privatklinik Aadorf: Fachklinik für Psychotherapie, Psychosomatik und Psychiatrie

Seit 25 Jahren engagiert sich die Privatklinik Aadorf für Menschen mit psychischen oder psychosomatischen Erkrankungen. Die konstant hohe Behandlungsqualität beruht nicht zuletzt auf der Spezialisierung auf vier Fachgebiete, der persönlichen Atmosphäre und der aussergewöhnlichen Lage im Wohnquartier.



Ein diskretes und sicheres Umfeld in unmittelbarer Nähe zur Natur: Haupthaus der Privatklinik Aadorf

Gegründet im Jahr 1998, zählt die Privatklinik Aadorf heute zu den führenden Kompetenzzentren in der Psychotherapie, Psychosomatik und Psychiatrie. Das Leistungsspektrum der ärztlich geleiteten Fachklinik deckt vier Fachgebiete ab: die Behandlung von Menschen mit Essstörungen, Adipositas bei psychischen Komorbiditäten, Depressionen/Angst/Burnout sowie die spezifische Therapie psychischer Erkrankungen von Menschen der Generation 50+.

Hohe Qualität dank Fokussierung auf vier Fachbereiche

Durch diese Spezialisierung auf vier Kernthemen kann die Privatklinik Aadorf eine hohe Behandlungsqualität und eine besondere Expertise gewährleisten, ohne den Blick fürs Ganze und die vielfältigen Wechselwirkungen zu vernachlässigen.

Vor allem im Bereich der Essstörungen erfüllt die Privatklinik Aadorf ein wichtiges Versor-

gungsbedürfnis. Als Kompetenzzentrum für Erkrankungen wie Anorexie, Bulimie oder Binge-Eating-Störung bietet die Klinik den betroffenen Frauen und Männern ein ganzheitliches Leistungsspektrum sowie die nötige Sicherheit und Achtsamkeit, um genesen zu können.

Die Privatklinik Aadorf kann in diesem Fachbereich Patientinnen und Patienten ab einem Alter von 16 Jahren aufnehmen und im Rahmen einer stationären Therapie behandeln. Dies ist gerade bei der Diagnose Anorexie ein wichtiger Aspekt, da diese häufig bereits in jungen Jahren entsteht und auch entsprechend frühzeitig behandelt werden sollte.

Menschlichkeit und Atmosphäre

Die Angebote und Leistungen in der Privatklinik Aadorf bauen auf dem spezifischen Wissen und dem breiten Erfahrungsschatz der Mitarbeitenden auf, ebenso auf multidiszipli-

nären Therapiekonzepten und einem ganzheitlichen Verständnis der Materie. Die hohe Behandlungsqualität zeigt sich aber auch in Aspekten, die das Fachliche übersteigen: Menschlichkeit und Empathie, eine vertrauensvolle und zwanglose Atmosphäre, ein diskretes und sicheres Umfeld in unmittelbarer Nähe zur Natur.

Eingebettet in ein Wohnquartier in Aadorf, verfügt die Klinik über 60 Betten im stationären Bereich. Ergänzt wird das Leistungsspektrum durch die Ambulatorien für Beratungen sowie Abklärungs-, Beratungs- und Triagegespräche in Aadorf und Zürich.

Die verhältnismässig überschaubare Grösse ist ein essenzieller Vorteil. So bietet sich den Patientinnen und Patienten ein behagliches und familiäres Umfeld, in welchem sie achtsam und persönlich betreut werden. Und sich mit kompetenter Unterstützung aus einer beschwerlichen Situation befreien können.

Ärztlich geleitete Fachklinik

Die Privatklinik Aadorf ist auf der Spitalliste des Kantons Thurgau aufgeführt und kann Patientinnen und Patienten aller Versicherungsklassen aus der ganzen Schweiz aufnehmen.

Für weitere Fragen steht das Team der Privatklinik Aadorf gerne zur Verfügung.

Privatklinik Aadorf

Fohrenbergstrasse 23
8355 Aadorf

Tel. +41 52 368 88 88

Fax +41 52 368 88 99

info@klinik-aadorf.ch

www.klinik-aadorf.ch

Frauenfeld, im Juli 2023

Wichtige Mitteilung | Chargenrückruf

Produkt:	Fluoxetin Zentiva 20 mg, dispergierbare Tabletten			
Wirkstoff:	Fluoxetinum			
Zulassungsnummer:	57925			
	GTIN	Pharmacode	Lot	EXP
	7680579250032	7778119	2045A030	09.2024
	7680579250056	7778120	2045A031	09.2024
	7680579250018	7778118	2045A031A	09.2024

Sehr geehrte Damen und Herren
Wir möchten Sie mit diesem Schreiben darüber informieren, dass die Helvepharm AG die oben erwähnten Chargen Fluoxetin Zentiva 20 mg, dispergierbare Tabletten bis auf Stufe Detailhandel vom Markt zurückruft. Dieser Rückruf erfolgt in Absprache mit Swissmedic. Fluoxetin Zentiva Kapseln 20 mg sind davon nicht betroffen.

Hintergrund

Dieser Rückruf erfolgt aufgrund einer Verunreinigung des Produkts mit einem Nitrosamin-Derivat (N-Nitroso-Fluoxetin) des Wirkstoffs.

Erforderliche Massnahmen

Die genannten Chargen dürfen nicht weiter vertrieben und abgegeben werden.

Bitte kontrollieren Sie Ihre Bestände und senden Sie alle Packungen der genannten Chargen innerhalb von 2 Wochen an Ihren Lieferanten zurück.

Der Rückruf erfolgt auf dem **umgekehrten Lieferweg** bis auf Stufe Detailhandel. Die Kunden,

die bei Helvepharm direkt bestellt haben, sind gebeten die Ware an folgende Adresse zu retournieren:

Voigt Industrie Services AG
Recall Fluoxetin Zentiva
Industriestrasse 4
4704 Niederbipp

Die Kunden, die über einen Zwischenhändler (z.B. einen Grossisten) bestellt haben, sind gebeten die Ware an ihren Lieferanten zurückzusenden.

Bei Fragen und für weitere Informationen zur Retoure steht Ihnen gerne unser Kundendienst unter der Telefonnummer 071 466 46 01 zur Verfügung.

Für die retournierte Ware erhalten Sie selbstverständlich eine entsprechende Gutschrift.

Meldung unerwünschter Wirkungen

Für Meldungen über unerwünschte Arzneimittelwirkungen (UAW) empfiehlt Swissmedic, das dafür entwickelte Meldeportal zu verwenden. Mit dem sogenannten Electronic Vi-

gilance System (EIViS) können UAW direkt oder durch Hochladen einer xml-Datei erfasst werden. Alle erforderlichen Informationen sind zu finden unter www.swissmedic.ch.

Bei Fragen und für weitere Informationen stehen wir unter der Telefonnummer 052 547 00 21 gerne zur Verfügung.

Wir bedauern die Umstände, die wir durch den Rückruf verursachen, und danken Ihnen im Voraus für Ihre Mithilfe.

Mit freundlichen Grüssen
Helvepharm AG

Dr. Nicolas Jeker
Fachtechnisch verantwortliche Person

Oliver Vukcevic
Head of Sales

Helvepharm AG
Walzmühlestrasse 48
8500 Frauenfeld

In memoriam: Johannes Gartmann (1925–2023)

Nachruf In seiner Forschung beschäftigte er sich vorwiegend mit der Diagnose und Behandlung von Lungenkrankheiten. Am 10. Mai 2023 ist Johannes Gartmann im hohen Alter von 98 Jahren in Chur verstorben. Seine Weggefährten blicken zurück auf das Leben eines Pioniers der modernen Pneumologie.



Prof. Dr. med. Johannes Gartmann

Prof. Dr. med. Johannes Gartmann wurde 1925 in Chur geboren und durchlief die dortigen Schulen. Er studierte in Bern, Montpellier und Lausanne Medizin und schloss 1951 mit dem Staatsexamen ab. Nach Assistenzjahren auf der Chirurgie am Spital Riehen absolvierte Gartmann seine pneumologisch-internistische Ausbildung in der Klinik Altein in Arosa und am Kantonsspital Winterthur.

Chefarzt der Höhenklinik Altein

1958 wurde Gartmann, im Alter von 33 Jahren, zum Chefarzt der Kantonal-zürcherischen Höhenklinik Altein in Arosa gewählt.

Das Altein war eines der ersten Zentren, das früh die Plethysmographie zur Lungenfunktionsdiagnostik sowie die Fiberbronchoskopie einführte. Bis 1974 wurden im Altein regelmässig durch Prof. Werner Brunner aus Zürich Lungeneingriffe durchgeführt. Da der Chirurg jeweils nach dem Eingriff wieder ins Unterland zurückreiste, blieb die postoperative Betreuung in der Verantwortung von Dr. Gartmann und seinem Team. 1972 erfolgten die Habilitation und 1978 die Ernennung zum Titularprofessor an der Universität Zürich.

Das Altein hatte eine lange Tradition bei der Behandlung von Tuberkulosepatienten. In seinem 1979 erschienen Büchlein «Altein-Arosa, Gedanken und Erinnerungen um eine Höhenklinik und eine Epoche» schildert er eindrücklich und unterhaltsam die damalige Atmosphäre an einer Höhenklinik mit ihrer bunt zusammengesetzten Patientenschaft.

Dank der seit dem Zweiten Weltkrieg entwickelten Medikamente benötigten an Tuberkulose Erkrankte aber immer weniger einen

Höhenklinik-Aufenthalt. Dr. Gartmann erweiterte deshalb rasch das Behandlungsspektrum auf andere Lungenerkrankungen.

Weiterbildung im In- und Ausland

Für Dr. Gartmann war eine ständige Weiterbildung im In- und Ausland eine Selbstverständlichkeit. In Wien liess er sich in die Technik der Thorakoskopie einführen, am Institut Pasteur in Paris studierte er neue mikrobiologische Methoden und am Brompton Hospital in London machte er sich mit der modernen Behandlung obstruktiver Lungenkrankheiten vertraut.

Die Ausbildung von Studierenden und des ärztlichen Nachwuchses war Johannes Gartmann ein grosses Anliegen. Seine Vorlesungen über Pharmakotherapie von Lungenkrankheiten an der Universität Zürich wurden sehr geschätzt. Die alle zwei Jahre von der Zürcher Lungenliga in der Klinik Altein organisierten Fortbildungskurse erfuhren seine vorbehaltlose Unterstützung. Als Präsident der Schweizerischen Gesellschaft für Pneumologie nahm er Einfluss auf die Ausbildung des Nachwuchses und die Verfassung von schweizerischen Behandlungsrichtlinien.

Gründung der Nebenwirkungszentrale

Fortschritte in der medikamentösen Behandlung der Tuberkulose führten zu kürzeren Aufenthalten in einer Höhenklinik oder machten diese gar überflüssig. Der Kanton Zürich beschloss daher, eine seiner drei Höhenkliniken (Wald, Clavadel, Altein) zu schliessen. Die Wahl fiel auf das Altein, das sich am besten umnutzen und deshalb verkaufen liess. Im April 1978 erfolgte die Schliessung, die Klinik wurde zu einem Clubhotel umgebaut.

Dadurch war Gartmann gezwungen, sich beruflich neu zu orientieren. Er eröffnete in Chur eine Spezialarztpraxis für Lungenkrankheiten und begann eine Tätigkeit als Leitender Arzt für Pneumologie am Kantonsspital Graubünden. Im Jahr 1981 gründete er, in Zusammenarbeit mit der FMH, die Schweizerische Arzneimittelnebenwirkungszentrale (SANZ). Diese Dokumentationsstelle für vermutete unerwünschte Arzneimittelwirkungen sollte in enger Zusammenarbeit zwischen Medizinalpersonen, Pharmaindustrie und verantwortlicher Behörde das rasche Erkennen von Nebenwirkungen erleichtern und geeignete Konsequenzen aufzeigen. Durch seine ruhige und umsichtige Art erwarb sich Dr. Gartmann rasch das Vertrauen aller Beteiligten.

Johannes Gartmann war eine vielseitige Persönlichkeit. In seinem 1997 erschienenen Büchlein «Vom Zauberberg zum Computertal – quo vadis Heilkunst?» reflektierte er kritisch die Fortschritte der modernen Medizin. In einer entscheidenden Umbruchphase hat Dr. Gartmann einen wichtigen Beitrag zur Entwicklung der modernen Pneumologie in der Schweiz geleistet. Sein ausgewogenes Urteil, seine wohlwollende Art und sein Humor bleiben seinen vielen Kollegen und Schülern in dankbarer Erinnerung.

*Dr. med. Max Kuhn, ehem. Leitender Arzt für Pneumologie, Kantonsspital Graubünden
Prof. Dr. med. Erich W. Russi, ehem. Chefarzt der Klinik für Pneumologie, Universitätsspital Zürich*



Das System steuert sich selbst, wobei das nicht als Gleichgewichtszustand vorzustellen ist.

Wie steuerbar ist das Gesundheitssystem?

Ansichtssache Reformen sind dringend notwendig. Darauf wird immer wieder hingewiesen. Die Steuerung des Schweizer Gesundheitssystems erweist sich jedoch als schwierig, oder?

Wieder einmal häufen sich Reformappelle. Die einen wollen Regulierungen regulieren, andere sehen ein Kostenproblem, vermissen vernetzte Strukturen oder wollen eine stimmige Kultur etablieren. Nichts davon ist überraschend. Man könnte meinen, einem Stammesritual beizuwohnen: Gelegentlich wird alarmistisch festgestellt, dass es so nicht weitergehen könne. Abends versammeln sich dann wieder alle um das Lagerfeuer und hoffen, dass dort weiterhin das wohlschmeckende Schwein brutzeln möge.

«Hört auf das Gesundheitssystem zu steuern», hörte man kürzlich [1]. Was aber ist dieses System? Florence Nightingale hatte vor 150 Jahren eine wichtige Spur aufgenommen, als sie notierte: «If medicine ever won control of the hospital, too much would be practiced on the patient; if administration, too little; if nursing, medical progress would be curtailed in the interest of the spiritual and emotional care of the patient.»[2]. Patientinnen und Patienten sind auf die Auseinandersetzung zwischen diesen unterschiedlichen Perspektiven angewiesen. Gute Versorgung entsteht dann, wenn behandelnde, betreuende, wirtschaftliche und

politische Perspektiven differenziert und integriert werden[3]. Das Kernstück des Gesundheitssystems ist eben diese Leistung – nichts anderes. Man kann sich das einfach vor Augen führen: Keine Patientin kann ohne Befund behandelt (und abgerechnet) werden. Und dieser ist immer das Ergebnis medizinischer, wirtschaftlicher und politischer Erwägungen. Entsprechend provokant sind Formen, die eine Verletzung dieser Differenzierungs- und Integrationsleistung darstellen: etwa Ärzte, die vornehmlich Geld machen, oder Krankenkassen, die Patienten kritische Rückmeldungen zu Medikamentenverschreibungen ihrer Ärztin geben wollen. Hier muss reagiert, hier muss gestritten werden.

Das System steuert sich selbst

Das Gesundheitssystem ist, wie uns die moderne Systemtheorie erklärt, für keine seiner vier Teilwelten steuerbar, weder in politischer noch wirtschaftlicher noch – für die Ärzteschaft manchmal schmerzlich – in medizinischer Weise. Die Raffinesse des Systems besteht genau darin, dass niemand Durchgriff hat. Nur darum ist das System so erfolgreich (und so mangel-

haft), wie es ist. Darum ist es so *funktional*, wie es *träge* ist. Niemand kann es steuern. Es steuert sich selbst, wobei das nicht als Gleichgewichtszustand vorzustellen ist, sondern als ständiges Prozessieren perspektivischer Unterschiedlichkeiten und fortlaufendes Neutarieren der Konstellation seiner vier Teilwelten.

An dieser Stelle kommen die Reformappelle ins Spiel. Nachdem es niemanden gibt, der für das Ganze sprechen kann, sind Problemwahrnehmungen und Reformappelle zwangsläufig *perspektivischer* Natur. Politik sieht Kosten, Wirtschaft Regulierung, Krankenkasse Qualität und Medizin Administration als Problem. Kurz, tendenziell werden die Konditionierungen *der anderen* als Problem wahrgenommen. Das Resultat ist ein grosses Durcheinander, in dem perspektivische *Expertisen* und *Interessen* auf Heftigste vermischt werden. So gesehen steht der Beitrag des Wirtschaftsvertreters immer unter dem Verdacht wirtschaftlicher und der Vorschlag eines Ermöglichungsparagraphs zur vernetzten Versorgung von Bundesseite politischer Interessen. Beides wird so (mal zu Recht, mal zu Unrecht) interpretiert – und löst entsprechende AbwehrROUTINEN aus. Das alles ist so frei von Überraschung wie es perfekt zur Erhaltung des Status quo beiträgt.

Zeit für einen Perspektivenwechsel

Denn der Status quo ist das übliche interessengeleitete Ringen der Akteure. Aus den Interventionserfahrungen anderer Systeme wissen wir: Solange Interessen in *üblicher Weise* vertreten werden, entsteht nichts Neues. Erst wenn Interessen zugunsten von *Lösungen* temporär hintangestellt werden (oder solches durch Krisen erzwungen wird), kann Neues entstehen. Gelegentlich braucht es also *interessensfreie* Räume für neue Lösungen. Temporär. Interessensfrei. Aber: perspektivisch informiert.

Methoden dafür stünden zur Verfügung. Im interdisziplinären CAS Managing Medicine in Health Care Organisations der Universität Bern, das sich an Führungspersonen aus dem Kerngeschäft des Gesundheitssystems richtet, werden solche besprochen. Der nächste Durchgang startet am 4. Dezember 2023. Detaillierte Informationen unter www.cas-managingmedicine.ch

Christof Schmitz, college M, Bern

Peter Berchtold, college M, Bern

Marcel Zwahlen, ISPM, Universität Bern



Literatur

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

Briefe an die Redaktion

Palliativpflege oder kurative Behandlung?

Brief zu: Dokumentarfilm «Röbi geht».

Der Dokumentarfilm «Röbi geht» von Christian Labhart versucht, das Lebensende des an Lungenkrebs erkrankten Robert Widmer nachzuzeichnen, der sich in ländlicher Umgebung zu Hause palliativmedizinisch betreuen lässt. «Röbi» hat sich bewusst gegen eine invasive, auf Heilung ausgerichtete Behandlung entschieden. Die ruhige filmische Begleitung schildert das Lebensende von «Röbi» in romantisierender Weise mit bewusst harmonischen und verführerischen Bildern und Szenen. Wie das Ende aussah, sehen wir nicht. Vor 41 Jahren entschied sich der an Blasenkrebs erkrankte Schweizer Strafrechtsprofessor Peter Noll gegen eine Operation, die sein Leben vielleicht hätte verlängern können. Fast neun Monate lang berichtet er in seinem Buch «Diktate über Sterben & Tod» unbeschönigt von seinem Sterbeprozess. Meiner Meinung nach steht es jedem Menschen frei, sich für oder gegen eine medizinische Behandlung zu entscheiden, die auf Heilung abzielt. Was jedoch im Mittelpunkt der Überlegungen stehen sollte, ist das Bestreben, die Lebensqualität bis zum Lebensende so hoch wie möglich zu halten. Sowohl eine auf Heilung ausgerichtete invasive Behandlung («Chemo-Qual/Stahl/Strahl») als auch eine langfristige stationäre palliative Betreuung sind mit sehr hohen Kosten verbunden. Dabei ist es wichtig, ein Pflegeheim nicht mit einer stationären Palliativ-Institution zu verwechseln. Dank unseres vorbildlichen Gesundheitssystems werden die anfallenden Kosten für den medizinischen Aufwand – anders als bei einer langdauernden stationären palliativen Betreuung (siehe zum Beispiel das Hospiz-Modell palliatura von Exit) – weitgehend übernommen. Doch selbst wenn die kurativen medizinischen Mittel ohne erhoffter Heilung ausgeschöpft worden sind, ist die weitere medizinische Betreuung «palliativ» und durch das Bundesgesetz über die Kranken- und Unfallversicherung (KUVG) gedeckt. «Der Tod hat

warme Hände», sagt «Röbi» vor seinem Gehen, das wir nicht sehen. Das mag stimmen – sowohl für Gesunde als auch für Kranke oder palliativ betreute Personen.

Pfr. Dr. Ebo Aebischer, Bern

Bravo

Brief zu: Frank O et al. Innovative Kommunikation für mehr Patientensicherheit. Schweiz. Ärzteztg. 2023;104(27-28):32-35

Danke für diesen ausgezeichneten Beitrag. In der heutigen Zeit der Informationsüberflutung die Aufmerksamkeit des Klinikpersonals auf die Patientensicherheit zu lenken, ist eine hohe Kunst – und dem Zeichner in meinen Augen gut gelungen. Möge die fünfstufige Likert-Skala der Ethikkommission auch die weniger grafikaffinen Entscheidungsträger dazu bewegen, das Talent und die vielen Stunden Arbeit von Künstlerinnen und Künstlern in diesem Genre zu honorieren.

Jakob Grieder, Basel

Wenn Medizin auf BAG-Niveau wäre oder «sie wissen nicht, was sie tun»

Brief zu: Gilli Y. Kostenziele schaffen Willkür statt Transparenz. Schweiz. Ärzteztg. 2023;104(26):24-25

Die FMH-Präsidentin muss sich politisch korrekt ausdrücken. Das hat sie getan. Was sie nicht erwähnt hat, ist, dass es vom BAG weder bösartig noch hinterlistig ist, wenn einst definierte erreichte Kostenziele neu als Kostenproblem perzipiert werden. Dafür gibt es gute Gründe: Erstens hat das BAG doch längst vergessen, was es einst verkündet hat. Zweitens fehlen dem BAG jedwelche Kenntnisse, wie es an der medizinischen Front zugeht. In der Pandemie, als die BAG-Leute gezwungen waren, mehr zu kommunizieren, konnte es sehen, wer wollte: Sie wissen weder, wovon sie sprechen, noch wie Medizin in der Praxis geht. Es sind reine Theoretiker, die noch nicht einmal eine medizinische Schnellbleiche benötigen, um im Amt zu wirken. Drittens macht das BAG, was der Bundesrat vorgibt. Und wenn der Bundesrat beschliesst, dass es jetzt opportun ist, in die Kerbe explodierende Gesundheitskosten – Krankenkassenprämien

– zu hauen, dann werden die Zahlen entsprechend her gerichtet. Wir wissen es alle: Die Krankenkassenprämien steigen, weil der prozentuale Anteil der Administration das Kerngeschäft, die Medizin, derart ins Schwitzkästchen genommen hat, dass die Medizin kaum noch Luft kriegt. Damit eng verknüpft sind: Die Angst vor den Juristen, fehlende Erfahrung und damit verbundene Zusatzabklärungen zur eigenen Absicherung, um nur zwei Punkte zu erwähnen. Gerade dieser Tage hat der scheidende Bundesrat Berset nun noch das elektronische Patientendossier zu seinem malignen Abschiedsgeschenk gemacht. Ein Rohrkrepierer der besonderen Art. Doch das Problem wird immer das Gleiche bleiben. Aktenstudium wird nicht vergütet, eine neue Zusatzuntersuchung schon. Es gibt immer Argumente, warum eine schon durchgeführte Untersuchung wiederholt wird. Oder es nach Ultraschall und CT nun auch noch eine MRT braucht. Wer will schon dagegen ankommen. Mir schwant schon Böses, welche neuen Kosten die zusätzliche Bürokratie zur Abklärung der Indikationen nach sich ziehen wird.

Wir können nur hoffen, dass allen widrigen Umständen zum Trotz das Niveau der Medizin sich nicht dem des BAG annähert. Denn wer will schon Behandlungen von jenen, die weder wissen, was sie tun, noch was sie sagen.

Daniel Schlossberg, Zürich

Stellen Sie keine Fragen – hören Sie zu!

Brief zu: Von Castelberg B. Empathisch distanziert. Schweiz. Ärzteztg. 2023;104(26):80-81

Sehr geehrte Frau Kollegin
Wir möchten zu Ihrem Aufsatz ein paar Gedanken anstellen und als Erstes zur kritischen Begriffsklärung beitragen. Empathie, zu Deutsch Einfühlungsvermögen, bezeichnet die Fähigkeit und Bereitschaft dazu, Empfindungen, Emotionen, Gedanken, Motive und Persönlichkeitsmerkmale einer anderen Person zu erkennen, zu verstehen und nachzuempfinden. Es handelt sich um eine höchst komplexe (Hirn-) Funktion, ist als Fähigkeit nicht bei allen Menschen gleichermaßen vorhanden und kann sogar völlig fehlen. Per se kann sie nicht trainiert oder geübt werden.

Briefe einreichen

Briefe an die Redaktion reichen Sie online ein unter:

saez.ch/de/publizieren/leserbrief-einreichen

Deshalb nimmt sie bei jungen Ärzten auch nicht umständehalber ab! Hingegen nehmen deren innere Konflikte aufgrund der erwähnten Sachzwänge vermutlich zu ... Der respektvolle Umgang mit den sich uns anvertrauenden Personen erachten wir als Selbstverständlichkeit und *Conditio sine qua non* einer guten Arzt-Patient-Beziehung. Der Umgang mit Nähe und Distanz im Allgemeinen sowie in der klinischen Situation ist sehr individuell und wohl in den meisten Fällen unproblematisch. Jedenfalls hat die Fähigkeit zur Empathie nichts damit zu tun. Nötigenfalls können Nähe-Distanz-Probleme in der Supervision angegangen werden. Etwas anders ist das Mitgefühl oder Mitleid. Davon können wir auch als Arzt überwältigt werden – der Umgang damit kann in der Supervision mit erfahreneren Kollegen reflektiert und gelernt werden, oder noch besser: Diese Aspekte der Arzt-Patient-Beziehung und der Umgang damit werden während des Medizinstudiums in den Interview-Kursen entsprechend einer integrativen, also bio-psycho-sozialen Medizin thematisiert. Gleichzeitig lässt sich erarbeiten, wie das Erleben und die Wahrnehmung des Patienten aufgrund unserer Empathie dem Verständnis des Patienten und seiner Krankheit dient. Und last but not least, unsere Empfehlung: Stellen Sie keine Fragen – hören Sie zu!

Prof. em. Dr. med. Rolf Adler und Dr. med. Stefan Zlot, Kehrsatz/Bern

Die Rolle von uns Ärzten gibt zu denken

Brief zu: 1. Wille N, Gilli Y. Was Krankenkassenprämien und Störche gemeinsam haben. Schweiz Ärzteztg. 2023;104(26): 26–29.

2. Wimmer R et al. Konservative Adipositas therapie. Swiss Med Forum. 2023;23(26):1162–7.

1. Die Artikel von Yvonne Gilli und ihren Mitarbeitern/-innen betreffend Prämien/Kostenpolitik finde ich enorm gut und wünsche mir, dass diese Darstellungen in den grossen Medien unseres Landes publiziert würden. Wie könnte dies erreicht werden?
2. Die Rolle von uns Ärzten gibt mir immer mehr zu denken: Auf der einen Seite unseres Planeten sterben Menschen vor dem 5. (oder 10. oder 20.) Lebensjahr an Unterernährung; hierzulande sollten wir die Menschen vor den Folgen der Überernährung bewahren und

ihnen die Segnungen einer immer komplexeren, ausgeklügelten Medizin zukommen lassen. Forschung über «frailty», gesundes Altern (H. Bischoff-Ferrari erhält 10 Millionen von der französischen Regierung! SAEZ Nr. 24 2023), Antibiotikaresistenz, Cholera-Erreger, Herzinsuffizienz etc. führen letztlich dazu, dass wir ein immer höheres Alter erreichen (im Gegensatz zu den Unterernährten), mehr Betreuung (Personalmanagement!) benötigen für die letzten Jahre und (woran?) dann sterben. Sicher sind Forschungsergebnisse gut; öfter habe ich den Eindruck, eine Studie werde vor allem gemacht, um eine Publikationsliste zu ergänzen (als Hausärztin habe ich sicher nicht den Überblick). Wie viele dringend benötigte patientenbetreuende Ärzte/-innen werden durch Studien- und Forschungsarbeit absorbiert? Wird die Klimaerwärmung mit ihren Folgen es überhaupt noch erlauben, dass wir Details wie Proteinaggregate bei M. Alzheimer erforschen? Woran kann man überhaupt noch sterben? Viele Fragen.

Dr. med. Daniela Steiger Neiningger, Langwiesen

Mitteilungen

Facharztprüfungen

Facharztprüfung zur Erlangung des Facharztstitels Psychiatrie und Psychotherapie

2. Teil

Ort und Datum

Bern	Samstag, 27. April 2024
Lugano	Samstag, 27. April 2024
Solothurn	Samstag, 27. April 2024
Genf	Samstag, 4. Mai 2024
Wil	Samstag, 4. Mai 2024

Anmelde- und Upload-Frist

- Die Frist für das Einreichen des **Anmeldeformulars** ist vom 14.09.2023 bis **15.11.2023 um 16.00 Uhr**.
- Die Frist für das **Hochladen der schriftlichen Arbeit** mittels Login-Daten ist bis **22.11.2023 um 16.00 Uhr**.

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

Facharztprüfung zur Erlangung des Facharztstitels Arbeitsmedizin

Datum:

Mittwoch, 24. Januar 2024, und Dienstag, 6. Februar 2024

Ort:

Bern

Anmeldefrist:

20. November 2023

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

Facharztprüfung zur Erlangung des Facharztstitels Ophthalmologie

Datum

Freitag, 3. Mai 2024

Ort

Palais des Congrès
2 Place de la Porte Maillot

75017 Paris
Frankreich

Anmeldefrist

01.10.2023–01.12.2023

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

Vermischtes

FMH-Podcast – Folge 14: Geschlechtersensible Medizin: Bessere Therapien für Frauen

Monika Rada (heute 70 Jahre alt) war ihr gesamtes Leben lang kerngesund. Bis im Alter von 69 war sie nie bei einem Arzt oder in einem Krankenhaus. Doch als ihr plötzlich schwindlig wird, sucht sie einen Arzt auf. Die Diagnose: Nierenkarzinom mit Metastasen in Gehirn und Lunge. Eine anschliessende Immuntherapie verlief jedoch so schlecht, dass sie ihre Nebennieren verlor. Ihr wurde ein Medikament in einer zu hohen Dosierung verabreicht. Das hat auch mit dem Geschlecht zu tun. Frauen haben mehr Nebenwirkungen und benötigen kleinere Dosen.

Die neuste Folge des FMH-Podcasts «An meiner Seite» finden Sie hier: www.an-meiner-seite.ch

Korrigendum

Im Artikel «Nierensteine besser verhindern», Schweiz Ärzteztg. 2023;104(2728):76–77, stand fälschlicherweise, dass bei Bestätigung des Kalziumgehalts durch eine Steinanalyse eine Kalziurie vorliege. Dieser Zusammenhang ist falsch. Korrekterweise sollte es heissen, dass bei Bestätigung des Kalziumgehalts, dem Vorliegen einer Kalziurie und dem Ausschluss von metabolischen Grunderkrankungen die Gabe von Thiaziddiuretika in den Leitlinien empfohlen wird.

Korrigendum

Im Artikel «Was vom Impfstoff übrig bleibt», Schweiz Ärzteztg. 2023;104(26):10–13, wurde angegeben, dass das Unternehmen Pfizer im Jahr 2021 37 Millionen Dollar durch seinen COVID-19-Impfstoff erwirtschaftet habe und

Moderna 17,7 Millionen. Tatsächlich waren es 37 respektive 17,7 Milliarden.

Hilfskasse für Schweizer Ärzte – eingegangene Spenden

Vom 1. April bis 30. Juni 2023 sind drei Spenden im Gesamtbetrag von 200 CHF eingegangen.

Der Stiftungsrat der Hilfskasse für Schweizer Ärzte freut sich sehr, diese Gaben bekannt geben zu dürfen und dankt allen Spendern recht herzlich.

Damit die Spenden in voller Höhe den Destinatären zukommen, haben wir uns entschlossen, für Spenden unter 500 CHF auf den Versand von persönlichen Dankschreiben zu verzichten. Wir hoffen sehr, dass diese Massnahme bei allen Spendern auf Verständnis stösst.

Für die Hilfskasse für Schweizer Ärzte
Der Kassier des Stiftungsrates

FMH



32

Post aus dem BAG

Vorkonsultation Ende des Jahres soll der TARDOC zum fünften Mal beim Bundesrat zur Genehmigung eingereicht werden. TARDOC kann somit noch 2025 eingeführt werden. Ob dann auch gleichzeitig ambulante Pauschalen eingeführt werden, hängt davon ab, inwieweit die jetzt vorliegende Version die Vorgaben des Bundesamts für Gesundheit erfüllt.

Urs Stoffel



34

CHOP 2024 – Anpassungen bei den Rehabilitationskodes

Leistungsabbildung Die Partner der SwissDRG AG einigten sich auf grundlegende Änderungen bei den CHOP-Kodes für die stationäre Rehabilitation. Damit wird die umstrittene Analogiekodierung abgelöst und ein strikterer Leistungsbezug mit weniger Fehlanreizen in der Tarifstruktur ST Reha ermöglicht. Eine zentrale Forderung der FMH und ihrer Fachgesellschaften ist somit erfüllt.

Bruno Trezzini



38

Wirksam wählen und die Politik mitgestalten

Interessenvertretung Wenn es um Interessenvertretung geht, denken viele zuerst an Lobbying im Bundeshaus. Dabei ist die wichtigste Interessenvertretung das Parlament. Im Oktober können Sie entscheiden, wer sich hier für ein starkes Gesundheitswesen einsetzen soll. Nutzen Sie diese Möglichkeit – und schauen Sie genau hin!

Michael Köpfli



© Willem Dijkstra / Dreamstime

Im Juni 2023 erhielt nicht nur die FMH einen schriftlichen und ausführlichen Prüfbericht vom BAG. Auch santésuisse und H+ flatterte Post ins Haus.

Post aus dem BAG

Vorkonsultation Ende des Jahres soll der TARDOC zum fünften Mal beim Bundesrat zur Genehmigung eingereicht werden. TARDOC kann somit noch 2025 eingeführt werden. Ob dann auch gleichzeitig ambulante Pauschalen eingeführt werden, hängt davon ab, inwieweit die jetzt vorliegende Version die Vorgaben des Bundesamts für Gesundheit erfüllt.



Urs Stoffel

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

Zum vierten Mal haben die Tarifpartner FMH und curafutura zusammen mit der SWICA Ende 2021 den TARDOC beim Bundesrat zur Genehmigung eingereicht und zum vierten Mal hat der Bundesrat den Tarifvorschlag zur Ablösung des veralteten und nicht mehr sachgerechten TARMED an den Absender zur Nachbesserung zurückgewiesen. Der Bundesrat hat mit dem Entscheid vom 3. Juni 2022 aber festgehalten, dass der TARDOC als Einzelleistungstarif gesetzt und materiell genehmigungsfähig ist. Die vom Bundesamt für Gesundheit (BAG)

aufgeführten Mängel betreffen materielle Themen (die nach der Inkraftsetzung behoben werden können) sowie die zwingende Anpassung der Kostenneutralität vor einer Genehmigung.

TARDOC 1.3.1

Eine Einreichung zur Vorprüfung (nicht Genehmigung) der Version 1.3.1 ist per Ende 2022 erfolgt. Die Konzepte zur Behebung der materiellen Mängel wurden innerhalb der ats-tms AG und vom Verwaltungsrat im Dezember 2022 verabschiedet. Konkret

wurden Konzepte in folgenden Bereichen erarbeitet:

- Konzept Arbeitszeit / Referenzeinkommen
- Konzept Revision Kostenmodelle und Sach- und Umlagekosten--Satz
- Konzept Revision Tarifwirksamkeitsindex
- Konzept Erhebung Minutagen
- Konzept langfristiges Monitoring (ohne Korrekturfolgen)

Das Departement Ambulante Versorgung und Tarife konnte seine Inputs auf Stufe Verwaltungsrat der ats-tms AG einbringen und kann sich mit diesen Konzepten einverstanden erklären.

Der Bundesrat hat in seinem Schreiben vom 3. Juni 2022 zudem klar festgehalten, dass betreffend kostenneutraler Einführung des TARDOC die Vorgaben des Bundesrates vor einer Genehmigung erfüllt sein müssen.

Die FMH und curafutura haben aus diesem Grund nochmals Verhandlungen zur Anpassung des Kostenneutralitäts-Konzepts geführt. Es wurden nur Anpassungen bezogen auf die bundesrätlichen Vorgaben vorgenommen. Folgende zentralen Anpassungen wurden umgesetzt:

- Der External Factor wird von 0.83 rechnerisch auf 0.82 korrigiert.
- Während der Phase der dynamischen Kostenneutralität beträgt das Kostenwachstum von TARDOC maximal 2% pro Jahr im Vergleich zum Referenzjahr. Neu gelten als Referenzgrösse aber die TARDOC-Kosten pro Versicherter, da alle in der Schweiz lebenden Personen versichert sind und auch Prämien zahlen.
- Die Phase der dynamischen Kostenneutralität gilt so lange, bis die wesentlichen Mängel von TARDOC gemäss Prüfbericht des BAG behoben sind, sowie die entsprechende Version von TARDOC vom Bundesrat genehmigt ist und der Bundesrat auch ambulante ärztliche Pauschalen genehmigt hat.
- Als Referenzjahr wird das Jahr 2024 festgelegt.

Dialogverfahren mit dem BAG

Um mit dem BAG bereits während der Prüfung der Tarifstruktur in einen Austausch gelangen zu können, hat die FMH mit Einreichung der Version 1.3.1 ein Dialogverfahren angeregt, um allfällige Differenzen noch vor der Einreichung zur Genehmigung im Herbst auszuräumen. Am 22. Mai 2023 fand ein erster direkter Austausch mit dem BAG zu den Themen «Konzepte zur Behebung der materiellen Mängel nach der Inkraftsetzung des TARDOC» und «Anpassung des Kostenneutralitätskonzepts» statt.

Das BAG fokussierte insbesondere auf die Kostenneutralität und stellte für Juni 2023 einen schriftlichen und ausführlichen Bericht in Aussicht.

Post aus dem BAG

Am 19. Juni 2023 ist die erwartete Post aus dem BAG bei der FMH eingetroffen. Die Genehmigungsbehörde anerkennt die Bestrebungen der FMH sowie von curafutura zur kostenneutralen Einführung, sieht aber weiterhin vor allem in diesem Bereich Anpassungsbedarf und verlangt, dass sämtliche Leistungen im TARDOC in die Kostenneutralität einfließen müssen. Damit war die Position der Vorhalteleistungen für den Spitalnotfall gemeint. Diese Position fusst auf einem Bundesgerichtsentscheid, der verlangt, dass diese Vorhalteleistung über den Tarif abzugelten ist. Weiter moniert das BAG die Bemessungsgrösse Kosten pro Versicherten für die Kostenneutralitätsphase und fordert das Gesamtvolumen des TARDOC als Messgrösse.

Der Bundesrat hielt im Juni 2022 fest, dass der TARDOC als Einzelleistungstarif gesetzt und materiell genehmigungsfähig ist.

TARDOC 1.3.2

Aufgrund der Vorkonsultation sind die FMH und curafutura beim Kostenneutralitätskonzept nochmals über die Bücher gegangen und haben das Kostenneutralitäts-Konzept gemäss den Vorgaben des BAG angepasst und die Position des Zuschlags für den Spitalnotfall gestrichen. Die Finanzierung von Vorhalteleistungen zur Sicherstellung der Versorgung sind aus unserer Sicht Aufgabe der Kantone und nicht Sache des Arzttarifs. Finanziert würde ein solcher Zuschlag insbesondere von den niedergelassenen Grundversorgern, was keineswegs sachgerecht wäre. Die FMH bedauert aber sehr, dass die Streichung dieser Tarifposition notwendig wurde.

An den Kosten pro Versicherten halten die beiden Tarifpartner fest, da somit der exogene Faktor «Bevölkerungswachstum», welcher unabhängig vom Tarifmodellwechsel ist, bereits berücksichtigt wird und das Taxpunktolumen damit nicht zusätzlich um diesen Faktor korrigiert werden muss. Mit dieser angepassten Version 1.3.2 des TARDOC sind wir überzeugt, dass nun die Bedingungen für die Genehmigung erfüllt sind und der Bundesrat der Einführung per Anfang 2025 zustimmen kann.

TARDOC 2.0

Bereits gestartet hat die Weiterentwicklung des TARDOC. So werden aktuell die Arbeiten zur Plausibilisierung der Minutagen und die Weiterentwicklung der Kostenmodelle, insbesondere auch die Erhebung des Tarifwirksamkeitsindex (ärztliche Produktivität) aufgegleist. Zudem sammelt die FMH immer noch Anliegen der ihr angeschlossenen Fachgesellschaften zur Verbesserung und Weiterentwicklung der Tarifstruktur. Auch soll TARDOC in den kommenden Jahren im Bereich der telemedizinischen Leistungen weiterentwickelt werden. Eine erstmalige Revision der Tarifstruktur ist nach der Kostenneutralitätsphase geplant. Anschliessend soll die Tarifstruktur in einem jährlichen Zyklus angepasst und weiterentwickelt werden.

Prüfbericht Ambulante Pauschalen

Auch den Entwicklern der ambulanten Pauschalen santésuisse und H+, flatterte Post in Form eines Prüfberichts zu den eingereichten Pauschalen V 0.3 ins Haus. Der FMH liegt auch dieser Bericht vor. In den kommenden Tagen finalisieren wir unsererseits einen Bericht zur mittlerweile finalisierten Version 1.0 der Pauschalen, die Ende des Jahres mit der Unterstützung von FMH und curafutura ebenfalls eingereicht werden sollen. Die Prüfung der FMH fokussiert dabei auf die Frage, ob die jetzt fertiggestellte Version 1.0 der ambulanten Pauschalen den Forderungen des BAG im Prüfbericht der Version 0.3 gerecht wird. Oder kurz gesagt erfüllen die ambulanten Pauschalen V 1.0 die Vorgaben des BAG? Neben der FMH sind auch zahlreiche Fachgesellschaften damit beschäftigt, die vorliegende finale Version für ihre Tarifkapitel zu prüfen.

Die FMH anerkennt die Notwendigkeit und den Sinn von Pauschalen im ambulanten Bereich. Auch hält sie das von der sts AG entwickelte System für grundsätzlich tauglich. Minimale Vorgaben müssen aber eingehalten werden. Die Pauschalen müssen unter anderem auf genügend und repräsentativen Daten kalkuliert sein und im ambulanten Bereich sehr häufig angewendet werden. Des Weiteren muss die medizinische Sachgerechtigkeit und Sinnhaftigkeit gewährleistet sein. Inwiefern dies in Version 1.0 eingehalten wird, wird sich weisen.

Die FMH wird TARDOC 1.3.2 sowie die Ambulanten Pauschalen 1.0 der Delegiertenversammlung im Herbst zur Beschlussfassung vorlegen. Sicherlich wird die Post aus dem BAG dabei eine entscheidende Rolle spielen!



© PT Tyler Olson / Dreamstime

Ab 2024 soll nach ST Reha 2.0 abgerechnet werden. Die neue Version wurde dem Bundesrat zur Genehmigung vorgelegt.

CHOP 2024 – Anpassungen bei den Rehabilitationskodes

Leistungsabbildung Die Partner der SwissDRG AG einigten sich auf grundlegende Änderungen bei den CHOP-Kodes für die stationäre Rehabilitation. Damit wird die umstrittene Analogiekodierung abgelöst und ein strikterer Leistungsbezug mit weniger Fehlanreizen in der Tarifstruktur ST Reha ermöglicht. Eine zentrale Forderung der FMH und ihrer Fachgesellschaften ist somit erfüllt.

Bruno Trezzini

Dr. phil., Experte, Abteilung Stationäre Versorgung und Tarife, FMH

Das Bundesamt für Statistik (BFS) hat Ende Juli 2023 die neueste Version der Schweizerischen Operationsklassifikation (CHOP) publiziert [1]. Im Rehabilitationskapitel wurden mehrere inhaltliche und klassifikatorische Anpassungen vorgenommen, die im Zusammenhang mit der Ablösung der sogenannten Analogiekodierung stehen und ab 2024 gültig sein werden. Ferner hat die SwissDRG AG dem Bundesrat ST Reha 2.0 für das Abrechnungsjahr 2024 zur Genehmigung vorgelegt [2-4]. Was sind die wichtigsten Neuerungen und was bedeuten sie für die Weiterentwicklung von ST Reha?

Die Leistungserbringer erarbeiteten die Kompromisslösung in enger Zusammenarbeit mit dem BFS und den Kostenträgern.

Verfeinerungen unter ST Reha 2.0

Aus Sicht der FMH und ihrer Fachgesellschaften wurden bei ST Reha 2.0 sinnvolle Verfeinerungen gegenüber der Einführungsversion 1.0 vorgenommen. Beispielsweise konnten erstmals auch die CHOP-Kodes BB.2- für Zusatzleistungen der Therapie in der Rehabilitation zur Tarifstrukturentwicklung verwendet werden. Neu wurde zudem ein Zusatzentgelt für die Transfusion von Erythrozytenkonzentraten geschaffen, das hinsichtlich der Schwelle zur Abrechenbarkeit den Gegebenheiten in der Rehabilitation besser Rechnung trägt. Positiv zu bewerten ist ferner, dass mit Ausnahme der psychosomatischen Rehabilitation die Tagespauschalen weiterhin konstant und nicht de-

gressiv ausgestaltet sind. Dies entspricht der klinischen Erfahrung der Fachgesellschaftsvertreterinnen und -vertreter in Bezug auf den zeitlichen Verlauf des Behandlungsaufwands und der damit verbundenen Kosten. Herausforderungen bestehen jedoch weiterhin hinsichtlich der Leistungsorientierung der Tarifstruktur.

Zwischen Anspruch und Wirklichkeit

ST Reha wurde mit dem Ziel entwickelt, ein schweizweit einheitliches, leistungsorientiertes Tarifsystem für die stationäre Rehabilitation zu schaffen. Dies setzt voraus, dass alle Fälle, die im Rahmen eines kantonalen Leistungsauftrags für die stationäre Rehabilitation behandelt werden, möglichst differenziert abgebildet werden können. Zu diesem Zweck wurden unter der Federführung der FMH und ihrer Fachgesellschaften zunächst CHOP-Kodes definiert, welche die Basisleistung (BA.-) und den Zusatzaufwand (BB.1-) in den verschiedenen Rehabilitationsarten abbilden. Die geforderte Leistungsorientierung in der Tarifgestaltung wird jedoch auch mit ST Reha 2.0 (Katalogversion) nicht vollumfänglich umgesetzt. Zum einen wird die Zuteilung zur Basis-RCG TR11 «Rehabilitation für Kinder und Jugendliche» allein über das Alter (<19 Jahre) gesteuert, das heisst ohne Rückgriff auf den BA.7 Kode «Pädiatrische Rehabilitation». Zum anderen ist bei den übrigen Rehabilitationsarten die Kodierung des entsprechenden BA.- Kodes lediglich für die Einteilung eines Behandlungsfalles in die am höchsten vergütete A-Stufe der Basis-RCG eine Voraussetzung. Für die Eingruppierung in die tieferen Vergütungsstufen B und C genügt hingegen das Vorhandensein einer Analogiekodierung, die keinen direkten Leistungsbezug beinhaltet. Um den Leistungsbezug der Tarifstruktur weiter zu

verbessern und Fehlanreize zu minimieren, war deshalb die Ablösung der Analogiekodierung unabdingbar.

Die in den BA.- Kodes definierten Therapieleistungen werden jetzt sowohl nach unten als auch nach oben abgestuft.

CHOP-Kodes-Anpassungen als Lösung

In ihrer Stellungnahme zu ST Reha 1.0 hielten die FMH und ihre Fachgesellschaften unter anderem fest, dass der Einführung der neuen Tarifstruktur nur zugestimmt werden kann, wenn die Verwendung der Analogiekodierung angesichts der mit ihr verbundenen Fehlanreize befristet wird. Der Verwaltungsrat der SwissDRG AG hat denn auch im März 2021 entschieden, dass die Verwendung der Analogiekodierung nur bis zur Datenerhebung 2024 (Daten 2023) zulässig ist [5, S. 9]. Der Spitalverband H+ und die FMH haben in enger Zusammenarbeit mit dem BFS und den Kostenträgern die jetzt eingeführten CHOP-Kode-Anpassungen als Kompromisslösung erarbeitet und damit die Grundlage für die Ablösung der Analogiekodierung geschaffen.

Wie die Rehabilitationskodes in der CHOP 2024 inhaltlich angepasst und neu strukturiert wurden, kann am besten anhand der Gegenüberstellung in der Tabelle beschrieben werden. So werden die in den BA.- Kodes definierten Therapieleistungen ab 2024 sowohl nach unten als auch nach oben abgestuft. Die Abstufung nach oben entspricht im Wesentlichen der Integration der seit 2021 verfügbaren BB.2-Kodes (Zusatzleistung der Therapie) in die ent-

sprechenden BA.- Kodes. Die Abstufung nach unten definiert neu zwei Situationen, in denen eine Unterschreitung der in den BA.- Kodes genannten durchschnittlichen Therapieminuten pro Woche zulässig ist. Zum einen sind dies Fälle, die wegen eines Abbruchs der Behandlung weniger als sieben zusammenhängende Tage in der stationären Rehabilitation verbringen und weniger als 300 Therapieminuten erreichen. Zum anderen sind es Fälle, die aus

Gründen einer reduzierten Belastbarkeit weniger als die definierten Mindestminuten – aber immer noch mehr als 300 Minuten im Durchschnitt pro Woche – erreichen können. Eine weitere Änderung betrifft die Auflösung des BB.1- Kodes. Er wird durch zwei eigenständige CHOP-Kodes für die 1:1-Betreuung und das Wundmanagement ersetzt. Zudem wurden zwei neue Kodes zur Abbildung der Überwachungsrehabilitation und der intensi-

ven Überwachung bei vorübergehend vital bedrohlicher Situation geschaffen. Schliesslich wurde auch noch ein Kode für die Erfassung von Belastungserprobungen in der neurologischen, der psychosomatischen und der pädiatrischen Rehabilitation kreiert.

Auswirkungen sind noch offen

Die jüngsten Anpassungen bei den CHOP-Kodes für die stationäre Rehabilitation wer-

Tabelle: Die wichtigsten CHOP-Kodes für die Abbildung von Behandlungsfällen in der stationären Rehabilitation am Beispiel der neurologischen Rehabilitation (nach CHOP- und ST Reha-Version)

CHOP 2019

Kommt zur Anwendung bei ST Reha 1.0 (Katalogversion)

BA Basisleistung in der Rehabilitation:

BA.1 Neurologische Rehabilitation

Mindestmerkmal Punkt 3, Therapie und Schulung: Mind. 20 TE pro Woche verteilt auf mind. 5 Tage, Therapiedauer pro Woche mind. 600 Min.

BB Zusatzaufwand in der Rehabilitation:

BB.1 Zusatzaufwand in der Rehabilitation, nach Aufwandspunkte

BB.11 Zusatzaufwand in der Rehabilitation, bis 10 Aufwandspunkte

[...]

BB.1F Zusatzaufwand in der Rehabilitation, 301 und mehr Aufwandspunkte

Zusätzlich Analogiekodierung / Zuordnung zu den Leistungsbereichen:

Nervensystem-Funktionseinschränkung → 93.19 Übung, n.a.klass.;

Herz-Funktionseinschränkung → 93.36.00

Kardiale Rehabilitation, n.n.bez.;

Lungen-Funktionseinschränkung: → 93.9A.00

Pneumologische Rehabilitation, n.n.bez.;

Andere Funktionseinschränkungen → 93.89.09 Rehabilitation, n.a.klass.

CHOP 2021 und 2022

CHOP 2021 kommt zur Anwendung bei ST Reha 2.0 (Katalogversion); CHOP 2022 kommt zur Anwendung bei ST Reha 1.0 (Abrechnungsversion) und ST Reha 3.0 (Katalogversion)

BA Basisleistung in der Rehabilitation:

BA.1 Neurologische Rehabilitation

Mindestmerkmal Punkt 3, Therapie und Schulung: Therapiedauer pro Woche mind. 540 Min. Die zeitliche Vorgabe für die wöchentlichen Therapie- und Schulungsleistungen sind als Durchschnitt pro Woche auf den gesamten Reha-Aufenthalt bezogen.

BB Zusatzaufwand in der Rehabilitation:

BB.1 Zusatzaufwand in der Rehabilitation, nach Aufwandspunkte

BB.11 Zusatzaufwand in der Rehabilitation, bis 10 Aufwandspunkte

[...]

BB.1Q Zusatzaufwand in der Rehabilitation, 701 und mehr Aufwandspunkte

BB.2 Zusatzleistung der Therapie in der Rehabilitation, nach durchschnittlichen Therapieminuten pro Woche

BB.21.11 Neurologische Rehabilitation, Zusatzleistung der Therapie, mit durchschnittlich 675 bis weniger als 810 Therapieminuten pro Woche

[...]

BB.21.14 Neurologische Rehabilitation, Zusatzleistung der Therapie, mit durchschnittlich 1080 und mehr Therapieminuten pro Woche

Zusätzlich Analogiekodierung / Zuordnung zu den Leistungsbereichen:

Nervensystem-Funktionseinschränkung → 93.19 Übung, n.a.klass.;

Herz-Funktionseinschränkung → 93.36.00

Kardiale Rehabilitation, n.n.bez.;

Lungen-Funktionseinschränkung: → 93.9A.00

Pneumologische Rehabilitation, n.n.bez.;

Andere Funktionseinschränkungen → 93.89.09 Rehabilitation, n.a.klass.

CHOP 2024

Kommt zur Anwendung bei ST Reha 2.0 (Abrechnungsversion) und bei ST Reha 5.0 (Katalogversion)

BA Rehabilitation:

BA.1 Neurologische Rehabilitation

BA.10 Neurologische Rehabilitation, mit weniger als 300 Therapieminuten pro Woche [bei Aufhalten < 7 aufeinanderfolgende Kalendertage]

BA.11 Neurologische Rehabilitation, mit durchschnittlich 300 bis weniger als 540 Therapieminuten pro Woche [bei reduzierter Belastbarkeit]

BA.12 Neurologische Rehabilitation, mit durchschnittlich 540 bis weniger als 675 Therapieminuten pro Woche

[...]

BA.18 Neurologische Rehabilitation, mit durchschnittlich 2075 und mehr Therapieminuten pro Woche

BB Zusätze für die Rehabilitation:

BB.3 Zusatzkodes für die Rehabilitation

BB.31.1 1:1-Betreuung in der Rehabilitation, nach

Dauer pro Tag

BB.31.11 1:1-Betreuung in der Rehabilitation, mindestens 2 Stunden bis 8 Stunden pro Tag

[...]

BB.31.13 1:1-Betreuung in der Rehabilitation, von

mehr als 16 Stunden pro Tag

BB.32 Wundmanagement in der Rehabilitation, mindestens 60 Min. pro Tag

BB.33 Belastungserprobung in der Rehabilitation, nach Dauer

BB.4 Überwachung in der Rehabilitation

BB.41 Überwachungsrehabilitation

BB.41.11 Überwachungsrehabilitation, bis 6

Behandlungstage

[...]

BB.41.1J Überwachungsrehabilitation, mindestens

322 Behandlungstage und mehr

BB.42 Intensive Überwachung bei vorübergehend

vital bedrohlicher Situation

BB.42.11 Intensive Überwachung in der Rehabilitation, von 30 Minuten bis 12 Stunden

[...]

BB.42.17 Intensive Überwachung in der Rehabilitation, von mehr als 240 Stunden

den frühestens in der Version 5.0 von ST Reha (Datenjahr 2024, Abrechnungsjahr 2027) ihr volles Potenzial für die Tarifstrukturentwicklung entfalten können. Es wird sich zudem zeigen müssen, ob die vorgenommenen CHOP-Kode-Anpassungen ausreichend sind, um all jene Fälle abzubilden, die derzeit durch die Analogiekodierung erfasst werden. Hierbei ist es wichtig, sich zu vergegenwärtigen, dass die Tarifstruktur ST Reha 2.0 (Katalog-

Die geforderte Leistungsorientierung in der Tarifgestaltung wird auch mit ST Reha 2.0 nicht vollumfänglich umgesetzt.

version) zwar unter Verwendung der Analogiekodierung mit Daten aus dem Jahr 2021 entwickelt wurde. Im Anwendungsjahr 2024 steht die Analogiekodierung in der Abrechnungsversion von ST Reha 2.0 jedoch nicht mehr zur Verfügung, dafür aber die angepassten

CHOP-Kodes. Die SwissDRG AG muss deshalb eine sogenannte «Überleitung» zwischen den neuen CHOP-Kodes und ST Reha 2.0 vornehmen [6, S. 11]. Für die SwissDRG AG besteht die Herausforderung unter anderem darin, die Anzahl Fälle, die in der Restgruppe TR80Z «Rehabilitation ohne weitere Angabe» fallen, möglichst klein zu halten. Um Fehlansätze auszuschliessen, musste nämlich das Tageskostengewicht dieser Gruppe in ST Reha 1.0 und ST Reha 2.0 normativ so angepasst werden, dass es nicht höher ist als bei den anderen RCGs. In diesem Kontext spielt es auch eine Rolle, ob sich hinsichtlich der Anrechenbarkeit von therapeutischen Leistungen in der stationären Rehabilitation in Zukunft die Sichtweise der Leistungserbringer oder jene der Krankenversicherer durchsetzt. So werden in der klinischen Realität therapeutische Leistungen teilweise auch durch Pflegekräfte mit entsprechenden Weiterbildungen oder durch im Krankenversicherungsgesetz nicht namentlich erwähnte Berufsgruppen (zum Beispiel Sporttherapeutinnen und -therapeuten) erbracht.

Auch wenn die Auswirkungen im Detail noch offen sind: Mit der Ablösung der Analogiekodierung und den Anpassungen bei den CHOP-Kodes ist aus Sicht der FMH eine wichtige Weiche für die leistungsorientierte Weiterentwicklung von ST Reha gestellt worden.

Korrespondenz
tarife.spital[at]fmh.ch



Literatur

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



© Bhanjörg Keller / Unsplash

Wählen und Abstimmen sind in der Schweizer Politik wichtiger als Lobbying.

Wirksam wählen und die Politik mitgestalten

Interessenvertretung Wenn es um Interessenvertretung geht, denken viele zuerst an Lobbying im Bundeshaus. Dabei ist die wichtigste Interessenvertretung das Parlament. Im Oktober können Sie entscheiden, wer sich hier für ein starkes Gesundheitswesen einsetzen soll. Nutzen Sie diese Möglichkeit – und schauen Sie genau hin!

Michael Köpfl

Partner Kommunikationsplan AG, ehem. Generalsekretär GLP Schweiz

Was kommt Ihnen in den Sinn, wenn Sie an Lobbying im Bundeshaus denken? Die mächtige Bauernlobby vielleicht? Die Krankenkassenlobby dürfte Ihnen sicher auch geläufig sein. Wie steht es mit der Ärztelobby? Interessenvertretung im Bundeshaus ist omnipräsent. Was manche für anrühlich halten, ist für andere Teil einer funk-

Sollten Sie auf einer der Listen eine Ärztin oder einen Arzt auf dem Platz gleich nach den Bisherigen finden, ist es keine schlechte Idee, diese zu portieren.

tionierenden Demokratie. «Lobbying im Bundeshaus ist legitim» bilanziert beispielsweise auch ein «10vor10»-Beitrag zum Thema Lobbying im Gesundheitswesen vom November 2022.

Um dann doch noch kritisch nachzureichen: «Doch punkto Gesundheitswesen wird unter der Bundeshauskuppel gerne auch Einzelinteressen nachgegeben.» Interessenvertretung ist nicht gleich Interessenvertretung.

Dass in der Politik von unterschiedlichsten Seiten versucht wird, die Gesetzgebung zu beeinflussen, ist ein Gemeinplatz. Lobbying ist dabei nur eines von vielen Mitteln. Wählen und abstimmen sind in der Schweiz der wichtigste Weg der politischen Einflussnahme. Viele Verbände und NGOs führen aktive Wahl- und Abstimmungskampagnen – oft sogar mit deutlich höherem Budget als die Parteien.

Unser Wahlsystem hat es in sich

Die Zusammensetzung des Parlaments ist selbstredend ein wichtiger Faktor, auch wenn es darum geht, wie die Gesundheitspolitik in Zukunft gestaltet wird. Mehr Ärztinnen und Ärzte im Parlament bedeuten aber nicht automatisch, dass es für unser Gesundheitswesen bessere Lösungen gibt. Denn auch wenn ein

Kommentar

Genau hinschauen

Wir brauchen mehr Menschen im Parlament, die sich für ein effizientes und patientenorientiertes Gesundheitswesen einsetzen. Aber Achtung, das Wahlsystem ist kompliziert. Damit Sie wirklich Menschen wählen, die gute Rahmenbedingungen für eine verantwortungsvolle medizinische Versorgung schaffen, lohnt es sich, beim Wählen genau hinzuschauen!

Dr. med. Yvonne Gilli, Präsidentin FMH

Arzt neu ins Parlament einzieht, ist noch nicht gesagt, dass dieser auch Spuren hinterlässt. Die Wahrscheinlichkeit, dass die Perspektive der Ärzteschaft gewichtiger eingebracht wird,



Michael Köpfl sprach an der Ärztekammer vom 8. Juni 2023 über die Wahlen im Herbst.

dürfte jedoch steigen. Ist es zielführend, explizit Ärztinnen und Ärzte bei den anstehenden Nationalratswahlen zu berücksichtigen? Grundsätzlich sicher, beim Schweizer Wahlsystem lohnt es sich aber, vor der Stimmabgabe die Ausgangslage genau anzuschauen.

Gut gemeint ist nicht immer gut gewählt

Gerade die Nationalratswahlen haben ihre Tücken. Denn im Gegensatz zur Wahl von Ständerätinnen und -räten, die meist im Majorzverfahren stattfinden, werden Nationalrätinnen und -räte meist im Proporzverfahren gewählt. Das heisst, dass zuerst die Listenstimmen über die Anzahl der Sitze einer Partei entscheiden, die Kandidatenstimmen entscheiden dann, wer die gewonnenen Sitze erhält (siehe Kasten «Achtung Proporzwahl»).

Dadurch ist gut gemeint nicht immer gut gewählt, wie dieses fiktive Fallbeispiel zeigt: Eine Partei hat aktuell einen Sitz im Nationalrat und strebt einen zweiten an. Die bisherige Nationalrätin ist völlig unbestritten. Hinter ihr kandidiert ein bekannter Kantonsrat, der sich in der Gesundheitspolitik als strenger Sparer und Befürworter von mehr staatlicher Steuerung im Gesundheitswesen einen Namen machte. Auf Listenplatz 10 kandidiert gleichzeitig eine eher unbekannte Ärztin, die sich im Bundeshaus für ihren Berufsstand einsetzen möchte. Wieso also nicht einfach diese Ärztin

auf die Liste schreiben? Schliesslich erhöht dies die Wahlchancen der Ärztin. Hier gilt es, Folgendes zu bedenken: Jede Stimme für die Ärztin ist in erster Linie eine Stimme für ihre Liste respektive Partei. Selbst eine Panaschierstimme kann dazu führen, dass die Partei tatsächlich den zweiten Sitz macht – und damit mit hoher Wahrscheinlichkeit der bekannte Kantonalpolitiker auf Listenplatz zwei in den Nationalrat einzieht. Aus Sicht der Ärzte resultiert somit die schlechteste aller Möglichkeiten: Die Ärztin wird nicht gewählt, dafür schafft es der Spar- und Staatsadvokat in Sachen Gesundheitswesen.

Im politischen Alltag ist es oft so, dass Neugewählte hintenanstehen müssen. Die wichtigen Kommissionen sind erfahrenen Parlamentariern vorenthalten.

Sollten Sie auf einer der Listen eine Ärztin oder einen Arzt auf dem Platz gleich nach den Bisherigen finden, ist es im Umkehrschluss sicher keine schlechte Idee, diese zu portieren – vorausgesetzt natürlich, Sie können mit den politischen Positionen der Kandidatin oder des

Kandidaten und der Partei überhaupt etwas anfangen.

Wahlverhalten statt Wahlversprechen

Apropos politischer Positionen: Grundsätzlich sollte man sich eher an der Analyse des Wahlverhaltens orientieren, denn an Wahlversprechen. Wir kennen es alle: Im Wahlkampf wird viel versprochen, das in der täglichen politischen Arbeit dann kaum eingelöst wird. Daher: wenn möglich, sollte man schauen, wie Politikerinnen bislang abgestimmt haben. Bei Bisherigen sollten solche Erwägungen auch mit Blick auf die Gesundheitspolitik gemacht werden: Gerade in der laufenden Legislatur hat sich bei verschiedenen gesundheitspolitischen Geschäften gezeigt, dass das Stimmverhalten auch innerhalb der Fraktionen oft sehr unterschiedlich ist. Bei der Debatte über das Kostendämpfungspaket hatten Abweichter (und Absenzen) teilweise entscheidenden Einfluss auf Gesetzesartikel.

Die unterschätzte Vernehmlassung

Die Abstimmungen im Parlament markieren meist den Endpunkt des politischen Prozesses. Am anderen Ende – oder eben am Anfang – stehen in der Regel die Vernehmlassungen. Was unspektakulär tönt, ist in vielen Fällen bereits ein wichtiger Schritt im Gesetzgebungsprozess. Es ist unverständlich, weshalb die Vernehmlassungen von vielen politischen Akteuren oft verschlafen oder zu wenig ernst genommen werden. Dabei gilt: Je früher und breiter man ein Anliegen im politischen Prozess platziert, desto grösser ist die Wahrscheinlichkeit, dass dieses auch Aufnahme im entsprechenden Gesetzesartikel findet. Es empfiehlt sich daher, möglichst viele und möglichst gehaltvolle Vernehmlassungsantworten einzureichen. Eine enge Koordination mit dem Dachverband und die Zusammenarbeit mit verbündeten Organisationen sind zentral. Es zeigt sich zudem, dass sogenannte Mustervernehmlassungen, die von mehreren Absendern gleichzeitig eingereicht werden, besonders effektiv sind. Abschreiben ist hier für einmal erlaubt.

Mehr Freiheit in den Kommissionen

Nehmen wir an, die junge Ärztin, welche sich für den Berufsstand einsetzen möchte, hat die Wahl miraculöserweise doch geschafft und sich von Listenplatz 10 auf den zweiten Platz vorgekämpft. Freude herrscht – eine Verbündete mehr im Parlamentsrund! Oder doch eher eine von 246 Parlamentarierinnen und Parlamentariern? Wenn die Wahl einen Einfluss auf die Gesundheitspolitik haben soll, wäre es von Vorteil, die junge Ärztin käme gleich ab Legislaturtag eins in die Kommission für soziale Sicherheit und Gesundheit des Nationalrates (SGK-N). Denn dort finden die wichtigen Wei-

© Stefan Marthaler

chenstellungen statt. In vielen Fällen fehlt in dieser Phase noch eine konsolidierte Partei- und Fraktionshaltung, was den Kommissionsmitgliedern eine gewisse Freiheit gibt, eigene Spuren zu hinterlassen. Leider ist es im politischen Alltag aber oft so, dass Neugewählte hintenanstehen müssen. Die wichtigen Kommissionen wie jene für Wirtschaft und Abgaben (WAK) oder eben die SKG sind in der Regel erfahrenen Parlamentariern vorenthalten

Am 22. Oktober haben auch Sie Einfluss darauf, wie die Gesundheitspolitik der kommenden Jahre aussehen wird.

Die Arbeit in den Kommissionen geschieht zuweilen in Abstimmung mit den General-, Fraktions- oder Kommissionssekretariaten der Parteien. Diese Polit-Profis sind in einem Milizparlament ein entscheidender Schalthel, da sie die Übersicht über die Geschäfte haben und so auch entscheidenden Einfluss auf die Fraktionspositionen ausüben können.

Wandelhalle: Symbolisch und überschätzt

Der Lobbyist in der Wandelhalle – wer kennt es nicht, dieses Symbolbild für das Lobbying helvetischer Prägung. Regelmässig entfacht auch die Diskussion über die Vergabe der Zutrittsberechtigungen. Jeder Parlamentarier kann zwei sogenannte «Badges» an Personen seiner Wahl vergeben. Zweifelsohne dürfte eine physische Nähe zum Politikbetrieb gewinnbringend sein. Schliesslich gibt es im Schweizer Parlament keinen Fraktionszwang, es ist deshalb auch möglich, Last-Minute in der Wandelhalle um Stimmen zu werben. Gerade im Nationalrat ist es aber oft so, dass die Fraktionspositionen befolgt werden. Dies heisst auch, dass die Debatte im Nationalrat kaum einen Einfluss auf das Stimmverhalten der Parlamentarierinnen hat. Gespräche mit Parlamentariern müssen deshalb viel früher geführt werden. Im Ständerat kommt es eher vor, dass die Diskussionen im Rat einen Meinungsumschwung herbeiführen. Dies ist sicher auch dem Umstand geschuldet, dass Ständerätinnen und Ständeräte in erster Linie ihren Kanton vertreten und erst in zweiter die Partei. Dass sie deshalb offener für Last-Minute-Einflussnahmen in der Wandelhalle sind, darf jedoch bezweifelt werden.

Medien lechzen nach exklusivem Material

Und so ist es in der Regel die vorparlamentarische Phase samt Kommissionsarbeit, welche die Stossrichtung vorgibt. Es empfiehlt sich daher, das politische Terrain für diese Phase des

Achtung Proporzwahl

Bei Proporzwahlen entscheiden zuerst die **Listenstimmen** über die Anzahl der Sitze einer Partei. Im zweiten Schritt entscheiden dann die **Kandidatenstimmen** darüber, wer diese Sitze erhält. Jede Stimme für eine Kandidierende einer Partei, ist auch immer eine Stimme für ihre Liste. Es empfiehlt sich deshalb, zu schauen, wer die aussichtsreichsten Kandidaten auf einer Liste sind. Denn sonst kann eine Stimme, die Sie für eine weniger chancenreiche Person abgeben, deren Liste stärken und damit einer Parteikollegin oder einem Parteikollegen mit mehr Kandidatenstimmen zur Wahl verhelfen – auch wenn Sie diese(n) vielleicht gar nicht wünschen.

Eine unveränderte Liste bringt einer Partei am meisten Listenstimmen. Wer einer bestimmten Partei – oder einer Listenverbindung – seine Stimme geben will, kann den **Namen dieser Partei** auf seinem Wahlzettel eintragen. So erhält die Partei auch für leere Linien oder durchgestrichene Namen die Listenstimmen. Trägt der Wahlzettel **keine Parteibezeichnung**, gehen leere oder durchgestrichene Stimmen verloren. Sie können auf einer Liste auch **panachieren**, das heisst Kandidierende durchstreichen und durch andere Kandidierende, unabhängig von der Partei, ersetzen. Die entsprechende Listenstimme geht in diesem Fall an die Partei des hinzugefügten Kandidaten.

In vielen Kantonen gehen Parteien **Listenverbindungen** ein, um ihre Chancen auf einen zusätzlichen Sitzgewinn zu erhöhen. Hier kann es sogar sein, dass von Ihrer Stimme für eine Partei Kandidierende einer *anderen* Partei profitieren. Schauen Sie also genau hin – und wählen Sie wirksam.

Gesetzgebungsprozesses vorzubereiten: Der Medienarbeit kommt hierbei eine wichtige Rolle zu. Der direkte Kontakt mit Journalistinnen und Journalisten oder ein gut platzierter Gastbeitrag in einem Leit- oder Fachmedium kann oft viel bewirken – mehr als eine Medienmitteilung oder gar eine Pressekonferenz: Journalisten unterstehen aufmerksamkeitsökonomischen Logiken und lechzen nach exklusiven Informationen und nicht so sehr nach Massensware. Indem man bilateral Informationen austauscht oder in Gesprächen ein Thema erklärt, hat man auch gute Chancen, ein Thema auf die mediale Agenda zu heben. Gute Argumente sind auch bei Journalisten gut aufgehoben. Diesen Umstand sollte man sich unbedingt zunutze machen. Denn letztlich nehmen auch die Entscheidungsträger im Bundeshaus wahr, was die Leit- und Fachmedien in ihren Politikfeldern schreiben und denken.

Volkentscheide als Ultima Ratio

Diese Aspekte sind umso wichtiger, wenn man sich gezwungen sieht, die eigenen Interessen über direktdemokratische Mittel zu verfolgen. Referenden und Initiativen sind in der Schweizer Politik die Ultima Ratio. Der Aufwand solcher Kampagnen, nicht nur der finanzielle, ist enorm. Gleichzeitig kann potenziell auch viel gewonnen werden. Mit einer erfolgreichen Volksabstimmung kann man auch der Gesundheitspolitik über längere Zeit den eigenen Stempel aufdrücken. Es versteht sich von selbst, dass eine breite Allianz die Arbeit erleichtert und die Erfolgchancen an der Urne erhöhen. Denn

eines ist auch klar: Wo viel gewonnen werden kann, ist auch starke Opposition nicht weit.

Gerade in der Gesundheitspolitik gibt es einen breiten Strauss an Interessen, die mit Nachdruck vertreten werden. Die FMH ist gut beraten, wenn sie die ganze Klaviatur der Interessenvertretung nutzt, um für ihre Mitglieder und damit für die Patienten und Patientinnen in der Schweiz das Beste herauszuholen. Am 22. Oktober haben auch Sie Einfluss darauf, wie die Gesundheitspolitik der kommenden Jahre aussehen wird. Gehen Sie wählen und es spricht nichts dagegen, dass Sie wenn möglich Berufskolleginnen und Berufskollegen portieren – solange Sie es richtig machen!

Korrespondenz

michael.koepfli[at]kommunikationsplan.ch

Personalien

Todesfälle / Décès / Decessi

Hans-Peter Wille (1939), † 1.3.2023, Facharzt für Oto-Rhino-Laryngologie, 8400 Winterthur
Josef Ehwald (1963), † 7.3.23, Praktischer Arzt, 8542 Wiesendangen

Paul Terrier (1937), † 23.3.2023, Spécialiste en médecine interne générale, 1400 Yverdon-les-Bains

Bernhard Nachbur (1928), † 23.4.2023, Facharzt für Chirurgie, 3063 Ittigen

Pierre Codoni (1941), † 28.4.2023, 6900 Lugano

Hans Jörg Leu (1926), † 3.5.2023, 5400 Baden

Jacques Dequesne (1946), † 20.5.2023, Spécialiste en gynécologie et obstétrique, 1003 Lausanne

Rudolf Oestreicher (1930), † 24.5.2023, Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin, 9008 St. Gallen

Mirosłowa Maria Arma (1937), † 27.5.2023, Spécialiste en dermatologie et vénéréologie, 6850 Mendrisio

Rolf Hunkeler (1957), † 7.6.2023, Facharzt für Chirurgie, 8044 Zürich

Alberto Togni (1953), † 7.6.2023, Spécialiste en médecine interne générale, 6500 Bellinzona

Lukas Suter (1924), † 9.6.2023, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin, 4052 Basel

Juerg W. Müller-Schoop (1940), † 14.6.2023, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin, 8044 Zürich

Carlo Moll (1954), † 16.6.2023, Facharzt für Pathologie, 6264 Pfaffnau

Henryk Kozal (1941), † 25.6.2023, 6716 Acquarossa

Praxiseröffnung / Nouveaux cabinets médicaux / Nuovi studi medici

VD

Jean-Benoît Joseph Epiney, Spécialiste en neurologie, membre FMH, Chemin de Pré-Fleuri 6, 1006 Lausanne

Ärztegesellschaft des Kantons Bern Ärztlicher Bezirksverein Bern Regio

Zur Aufnahme als ordentliches Mitglied haben sich angemeldet:

Stefanie Häfliger, Fachärztin für Dermatologie und Venerologie, Mitglied FMH

Torsten Pastor, Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, Lindenhofspital, Bremgartenstrasse 117, 3001 Bern

Denise Pohl, Fachärztin für Chirurgie, Mitglied FMH, Spital Tiefenau, Tiefenaustrasse 112, 3004 Bern

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

Ärztegesellschaft des Kantons Luzern

Zur Aufnahme in unsere Gesellschaft Sektion Stadt haben sich gemeldet:

Zsafia Birk, Praktische Ärztin, Praxis Dagmersellen, Stengelmattstrasse 11, 6252 Dagmersellen

Thomas Gander, Facharzt für Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie, Mitglied FMH, Luzerner Kantonsspital, Klinik für Mund-, Kiefer-, Gesichts- und Oralchirurgie, Spitalstrasse, 6000 Luzern 16

Christina Wansel, Fachärztin für Allgemeine Innere Medizin, Sanacare Gruppenpraxis Löwencenter Luzern, Zürichstrasse 9, 6004 Luzern

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

Ärztegesellschaft des Kantons Schwyz

Zur Aufnahme in die Ärztegesellschaft des Kantons Schwyz hat sich angemeldet:

Alireza Shahab Rahimi Azar, Facharzt für Oto-Rhino-Laryngologie, Mitglied FMH, ab 07/2023 zu 80%, in Küssnacht am Rigi tätig
Josef Vavrina, Facharzt für Oto-Rhino-Laryngologie, Mitglied FMH, ab 07/2022 zu 30%, in Pfäffikon SZ tätig

Einsprachen gegen diese Aufnahme richten Sie schriftlich innert 20 Tagen an Dr. med. Jörg Frischknecht, Bahnhofstrasse 31, 6440 Brunnen oder per Mail an joerg.frischknecht[at]hin.ch.

Ärztegesellschaft Thurgau

Die Ärztegesellschaft Thurgau informiert über folgende Neuanmeldungen:

Ussamah Abu-Tair, Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, Rheinstrasse 49b, 8500 Frauenfeld
Matthias Baechtold, Facharzt für Chirurgie, Pfaffenholzstrasse 4, 8500 Frauenfeld

Marius Brandt, Facharzt für Kardiologie und Facharzt für Allgemeine Innere Medizin, Hans-Breinlinger-Strasse 1, DE-78462 Konstanz
Esther Frei, Fachärztin für Ophthalmologie, Salstrasse 42, 8400 Winterthur
Margaret Hüsler Charles, Fachärztin für Gynäkologie und Geburtshilfe, Untere Vogelhalde 4, 8532 Weiningen

Jens Hutmacher, Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, Storenstrasse 14, 8280 Kreuzlingen
Juliane Hutmacher, Fachärztin für Gynäkologie und Geburtshilfe, Storenstrasse 14, 8280 Kreuzlingen

Georgi Kirovski, Facharzt für Radiologie, Gartenstrasse 2d, 8280 Kreuzlingen

Stefan Langenegger, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin, Mitglied FMH, Münchhalddenstrasse 8, 8008 Zürich

Klodian Likaj, Facharzt für Ophthalmologie, Bahnhofplatz 70, 8500 Frauenfeld

Amelie Lutz, Fachärztin für Radiologie, Burgstrasse 1, 8280 Kreuzlingen

Marius Meiser, Praktischer Arzt, Untere Rheingasse 1, 8245 Feuerthalen

Juliana Anna Franziska Reiser, Fachärztin für Rechtsmedizin, Mallisdorf 13, 9325 Roggwil

Paula Schillinger, Fachärztin für Kinder- und Jugendmedizin, Rosenbergstrasse 20, 7243 Pany

Rafael Traber, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, Mitglied FMH, Via Collina d'Oro 8, 6900 Lugano

Niko Zantl, Facharzt für Urologie, Englischviertelstrasse 22, 8032 Zürich

Einsprachen gegen diese Vorhaben müssen innerhalb 14 Tagen seit der Veröffentlichung schriftlich und begründet bei der Ärztegesellschaft Thurgau eingereicht werden. Nach Ablauf der Frist entscheidet der Vorstand über die Aufnahme der Gesuche und über allfällige Einsprachen.

Ärztegesellschaft des Kantons Zug

Zur Aufnahme als ordentliches Mitglied hat sich angemeldet:

Vasileios Galanis, Facharzt für Ophthalmologie, Augenarztpraxis Unterägeri, Zugerstrasse 40, 6314 Unterägeri

Zur Aufnahme als ausserordentliches Mitglied haben sich angemeldet:

Anne-Katrin Löbber, Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie, Poststrasse 10, 6300 Zug

Natascha Schütt, Fachärztin für Ophthalmologie,
Mitglied FMH, HEAL Augenpraxis, Baarer-
strasse 8, 6300 Zug

Einsprachen gegen diese Kandidaturen müs-
sen innerhalb 14 Tagen seit dieser Veröffent-
lichung schriftlich und begründet beim Sekre-
tariat der Ärzte-Gesellschaft des Kantons Zug
eingereicht werden. Nach Ablauf der Einspra-
chefrist entscheidet der Vorstand über Gesuch
und allfällige Einsprachen.

Anzeige



JOBS

Schweizerische Ärztezeitung

Jetzt
reinschauen!



Stellen ausschreiben, wo sie gefunden werden!

- Suchabonnemente mit Benachrichtigungen
- Bewerbungsmöglichkeit und Bewerberverwaltung
- Optimiert für alle Endgeräte



jobs.saez.ch

Powered by:
EMHMedia
SCHWEIZERISCHER ÄRZTEVERLAG

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.



1202

Atraumatisch-idiopathische Milzruptur

Differentialdiagnose Abdominalschmerzen sind in der Notfallabteilung ein häufiger Konsultationsgrund und haben eine breite Differentialdiagnose. Dieser Artikel soll verdeutlichen, wie wichtig es ist, die atraumatisch-idiopathische Milzruptur in die Differentialdiagnose einzu-beziehen, da diese Pathologie potentiell lebensbedrohlich ist und eine rasche Behandlung erfordert.

Muriel Willi Jeanmonod, Alend Saadi



1207

«Physician Associates» in den chirurgischen Abteilungen

Tandemfunktion Mehrere chirurgische Abteilungen haben die Rolle der «Physician Associates» für Pflegefachleute in ihre Praxis integriert, mit Zufriedenheit bei den Patientinnen und Patienten, aber auch bei den Pflege-teams, denn dies gewährleistet eine optimale und kontinuierliche Betreuung der Erkrankten in der Abteilung.

Mickael Chevallay, Sonia Barbosa, et al.



1210

Transaminasenerhöhung während Tuberkulosetherapie

Unklare Diagnose Eine 44-jährige, ansonsten gesunde Patientin litt über mehrere Monate an anfänglich trockenem, später produktivem Husten, der bei unauffälliger Laboruntersuchung und geringer Allgemeinsymptomatik zu Beginn als virale Bronchitis interpretiert wurde. Anamnestisch bestand mässiger Alkohol- und Nikotinkonsum.

Ivonne Chong, Stefan Zähringer, et al.

Journal Club

Weekly Briefing

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

Wissenschaftliche Redaktion Swiss Medical Forum

Chronisches Subduralhämatom

Dexamethason oder Evakuuation?

Bei der Genese chronischer Subduralhämatome werden entzündliche Prozesse im Subduralraum postuliert, die kontinuierlich Blutungen verursachen und dadurch die Symptome unterhalten. Dies war die Ausgangslage für eine randomisierte Studie, in der getestet wurde, ob Dexamethason 2×8 mg/Tag in absteigender Dosierung über 19 Tage oral verabreicht gleichwertig war wie die Standardtherapie = chirurgische Evakuuation über ein Bohrloch. Das Resultat, bei 252 Personen untersucht, war eindeutig: Mit Dexamethason war das neurologische Resultat nach drei Monaten signifikant schlechter, die Komplikationen/Todesfälle waren deutlich häufiger und in >50% war es nachträglich notwendig, doch noch chirurgisch zu entlasten. Die Studie wurde vorzeitig abgebrochen. Also: bohren und evakuieren!

N Engl J Med. 2023, doi.org/10.1056/NEJMoa2216767.
Verfasst am 16.6.23_MK

Asthma und COPD

Hospitalisationrate 1998–2018

Die optimale Betreuung bei Asthma oder chronisch obstruktiver Lungenerkrankung (COPD) verhindert Hospitalisationen. Die Hospitalisationsrate (HR) dieser Erkrankungen gilt daher als Qualitätsmassstab ihrer ambulanten Versorgung. Die jährliche Asthma- und COPD-assoziierte HR von sieben Regionen der Schweiz zwischen 1998 und 2018 wurde ermittelt. Während die HR für Asthma stabil war, zeigte sich für COPD eine Zunahme von 77,4 auf 142,7/100 000 Einwohnerinnen und Einwohner. Die jährlichen Spitaltage stiegen auf das 1,6-Fache, entsprechend die jährlichen Kosten auf 91,2 Mio. CHF an. Dies steht im Kontrast zu deutlich sinkenden HRn in verschiedenen Nachbarländern. Offenbar besteht in der Schweiz noch ein grosses Potential, die ambulante COPD-Betreuung zu verbessern.

Healthcare (Basel). 2023,
doi.org/10.3390/healthcare11091229.
Verfasst am 15.6.23_MK

Erworben vs. hereditär

Tiefes C1q beim erworbenen Angioödem

Angioödeme treten 1. bei ACE-Hemmern, 2. allergisch über IgE/Histamin und 3. hereditär über Mangel des C1-Esterase-Inhibitors (C1-INH) auf. Eine vierte Ursache wird beschrieben: Eine 61-Jährige entwickelte eine Schwellung von Zunge und Gaumen, die sich nach Adrenalin besserte. Die Konzentration des C1-INH war erniedrigt, die C1-INH-Funktion tief normal. Die Komplementfaktoren C4 und C1q waren nicht messbar. Weiter: ein IgG-lambda-Paraprotein und 20% monoklonale Plasmazellen. Dies ist die klassische Konstellation des erworbenen Angioödems: >40-jährig, fehlende Familienanamnese, C1-INH-hemmende Paraproteine, tiefes C1-INH, tiefe C4- und C1q-Werte. Letzteres im Unterschied zum hereditären Angioödem, das normale C1q-Spiegel aufweist.

Am J Med. 2023, doi.org/10.1016/j.amjmed.2023.01.036.
Verfasst am 16.6.23_MK

CME

Singultus

- Singultus entsteht durch die unwillkürliche, unilaterale Kontraktion des linken > rechten Zwerchfells mit unmittelbar darauffolgendem Glottis-Schluss, der das charakteristische Geräusch erzeugt. Es gibt unzählige Namen für dieses Geräusch (im Schweizerdeutschen etwa: Gluxer, Gluxi, Higger, Higgi, Hitzgi, Hixer ...). Die Frequenz beträgt 4–60/min.
- Akuter Singultus dauert <2 Tage, ist selbstlimitierend, harmlos, aber lästig. Hält er >2 Tage an oder persistiert sogar >1 Monat, ist er lebensbehindernd und abklärungsbedürftig.
- Zu Manövern gegen akuten Singultus gehören: 1. CO₂-Anstieg erzielen: Atem lange anhalten oder in einen Sack rückat-

men; 2. Vagusstimulation: eiskaltes Wasser oder Essig trinken, Druck auf Carotis oder Augenbulbus, Gurgeln, Ohrspülungen; 3. Bizzares: sexuelle Stimulation, rektale Massage. Bei chronischem Singultus wirken diese Manöver nicht.

- Folgende Medikamente können Singultus verursachen: Dexamethason, Benzodiazepine, Cisplatin, Opioide und Levodopa. Alkohol ist ein häufiger Auslöser.
- Erkrankungen, die chronischen Singultus auslösen: gastroösophagealer Reflux (GERD), kardiale Erkrankungen, Erkrankungen des Zentralnervensystems wie zum Beispiel Aneurysma, Tumoren, Parkinson, Multiple Sklerose sowie otorhinolaryngologische Erkrankungen.
- Auch psychische Konstellationen können einen persistierenden Singultus auslösen:

Stress, Aufregungen, Angst mit Hyperventilation.

- Die auslösende Erkrankung gehört zuerst behandelt: Ein Versuch mit Säureblockern ist empfehlenswert, da GERD zu den häufigsten Ursachen zählt.
- Wirksame Medikamente gegen chronischen Singultus: Chlorpromazin, Metoclopramid, Baclofen, Gabapentin.
- Akupunktur sollte versucht werden, wenn Medikamente nicht wirksam sind.
- Bei nicht beherrschbarem Singultus stehen invasive Massnahmen wie Vagus-Stimulation oder Phrenikus-Blockade zur Verfügung.

StatPearls. 2022, www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK538225.
Verfasst am 18.6.2023_MK

Supraventrikuläre Tachykardien

Ein Nasenspray zur Behandlung?

Die Resultate der RAPID-Studie (multizentrisch, randomisiert, placebokontrolliert) sind vielversprechend. 184 Personen mit vorbekannten, symptomatischen und jeweils >20 min anhaltenden Episoden paroxysmaler supraventrikulärer Tachykardien wurden eingeschlossen. 99 von ihnen erhielten einen intranasalen Kalziumantagonisten (Etripamil 70 mg, maximal 2 Dosen), 85 ein Placebo. Die Konversionsrate von Reentry-Tachykardien nach 30 min war 64% (63/99) in der Etripamil- respektive 31% (26/85) in der Placebo-Gruppe. Intra nasales Etripamil war gut verträglich, unerwünschte Wirkungen waren selten und mild (nasale Missempfindungen, Obstruktion, Rhinorrhoe). Im Unterschied zu den oralen Therapieoptionen («pill in the pocket») wirkt der Etripamil-Spray schneller und er kann als Vorteil gegenüber den hochwirksamen intravenösen Optionen selbständig und ausserhalb von Spital und Praxis verabreicht werden. Bei häufig rezidivierender Symptomatik bleibt natürlich die Katheterablation die definitive Therapieoption.

Lancet. 2023, doi.org/10.1016/S0140-6736(23)00776-6.
Verfasst am 19.6.23_HU

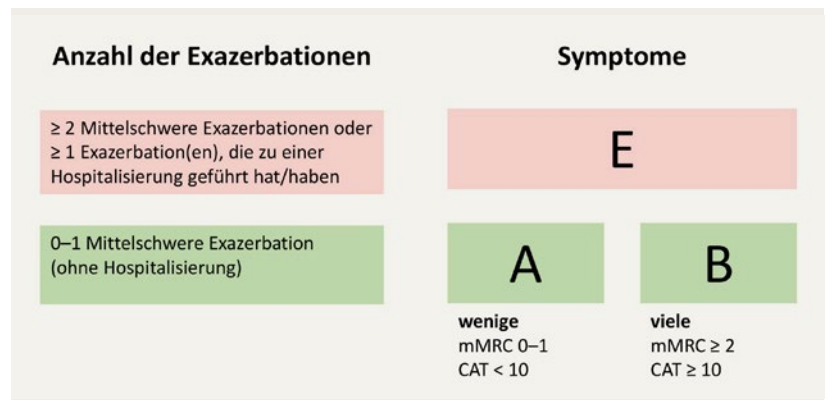
Unerwünschte Arzneimittelereignisse

Antikoagulation damals und heute

Diese retrospektive Studie aus einem grossen US-amerikanischen Spital untersuchte Ursachen, Schweregrad und Outcome unerwünschter Arzneimittelereignisse im Zusammenhang mit einer therapeutischen Antikoagulation. Die Daten wurden im Anschluss an die spitalweite Einführung eines digitalen Klinikinformationssystems erhoben und mit einer historischen Kohorte verglichen: Unerwünschte Wirkungen (wie Blutungen, thromboembolische Ereignisse, Thrombozytopenien) waren in der historischen Kohorte deutlich häufiger. Diese haben, vermutlich durch die Verfügbarkeit der direkten oralen Antikoagulanzen und damit eine neue Verordnungspraxis, von 30,5 auf 1,3% abgenommen. Umgekehrt fanden sich deutlich mehr Verordnungsfehler in der zeitgenössischen Kohorte, unter anderem eine falsche Dosierung, ein inadäquates Monitoring, ein fehlerhafter Interaktionscheck usw. Fazit: Digitalisierung und neue Antikoagulanzen haben die Patientensicherheit verbessert, gleichzeitig erfordern sie mehr Kompetenzen beim Personal.

Am J Med. 2023, doi.org/10.1016/j.amjmed.2023.05.013.
Verfasst am 19.6.23_HU

Quiz



COPD-Risikoklassen (Auszug aus Abb. 2 aus: Leuppi JD, et al. COPD – eine unterschätzte Erkrankung. Praxis. 2023;112(7–8):403–12. doi.org/10.1024/1661-8157/a004049, a Hogrefe OpenMind article [creativecommons.org/licenses/by/4.0]). mMRC: modified Medical Research Dyspnea Questionnaire; CAT: COPD Assessment Test.

Inhalationstherapie bei COPD

Dieses Quiz nimmt Bezug auf das CME des Weekly Briefing der letzten Ausgabe (Swiss Medical Forum 27–28) [1].

Vignette: Der 63-jährige Patient stellt sich in Ihrer Praxis zur Verlaufskontrolle nach einem kürzlich stattgehabten Spitalaufenthalt aufgrund einer akuten Exazerbation seiner chronisch obstruktiven Lungenerkrankung (COPD) vor. Vom Spitalaufenthalt hat sich der Patient gut erholt, er ist wieder auf seinem Vorniveau aktiv. Unverändert besteht eine leichte Anstrengungsdyspnoe («modified Medical Research Dyspnea Questionnaire [mMRC] 1). Das Rauchen hat der Patient vor Jahren erfolgreich sistiert. Zu einer hospitalisationsbedürftigen Dyspnoe ist es bisher erst einmal gekommen. Eine spirometrische Kontrolle vor der Hospitalisation hat eine mittelschwere Obstruktion ohne signifikante Reversibilität auf inhalede Bronchodilatoren gezeigt. Bislang stand der Patient unter einer kombinierten Inhalationstherapie mit einem langwirksamen Beta-2-Mimetikum (LABA) und einem Kortikosteroid (ICS), die er mehr oder weniger konsequent einsetzt. Im Labor finden sich keine Hinweise auf eine aktive Entzündung, die Eosinophilen im Differentialblutbild liegen bei 120 Zellen/ μ l.

Welche Aussage zu Beurteilung und Management ist korrekt? (Einfachauswahl)

- A) Da der Patient wenig symptomatisch ist, liegt eine Risikoklasse A vor.
- B) Aufgrund der hospitalisationsbedürftigen Exazerbation belassen Sie die etablierte Inhalationstherapie (LABA+ICS).
- C) Sie stellen die Inhalationstherapie primär auf ein Kombinationspräparat aus einem LABA und einem langwirksamen Anticholinergikum (LAMA) um.
- D) Aufgrund der Gesamtsituation ist die Indikation für eine dreifache Inhalationstherapie (LABA+LAMA+ICS) eindeutig gegeben.
- E) Es ist ein Vorteil der neuen Inhalations-Devices, dass sich die Überprüfung der Inhalationstechnik erübrigt.

Lösung C: Aufgrund der hospitalisationsbedürftigen Exazerbation liegt eine Risikoklasse E vor. Diese Einteilung erfolgt unabhängig von Schweregrad der Symptome und lungenfunktioneller Einschränkung. ICS erhöhen das Risiko für Pneumonien. Von einer ICS-Therapie profitieren primär Erkrankte mit Eosinophilenzahl $\geq 300/\mu$ l – dies trifft hier nicht zu. Eine hospitalisationsbedürftige Exazerbation alleine rechtfertigt eine ICS-Therapie nicht. Die Adhärenz ist auch bei modernen Inhalativa ein limitierender Faktor für den Therapieerfolg. Überprüfung und Schulung sind deshalb wesentliche Aspekte. Aufgrund von Schweregrad und Risikoklasse benötigt der Patient aus der Vignette eine konsequente Inhalationstherapie mit einem LABA+LAMA-Präparat.

1 Swiss Med Forum. 2023, doi.org/10.4414/fms.2023.09461.
Verfasst am 19.6.23_HU

Wichtige Differentialdiagnose bei Abdominalschmerzen

Atraumatisch-idiopathische Milzruptur

Abdominalschmerzen sind in der Notfallabteilung ein häufiger Konsultationsgrund und haben eine breite Differentialdiagnose. Dieser Artikel soll verdeutlichen, wie wichtig es ist, die atraumatisch-idiopathische Milzruptur in die Differentialdiagnose einzubeziehen, da diese Pathologie potentiell lebensbedrohlich ist und eine rasche Behandlung erfordert.

Muriel Willi Jeanmonod, dipl. Ärztin; Dr. med. Alend Saadi

Département de chirurgie, Hôpital de Pourtales, Réseau Hospitalier Neuchâtelois, Neuchâtel

Einleitung

Die Milz ist ein äusserst gut vaskularisiertes Organ, das rund 5–10% des Herzzeitvolumens erhält, was einem Blutfluss von etwa 150 ml/min in Ruhe entspricht. Eine Milzruptur kann darum katastrophale Blutungen mit fatalen Folgen auslösen, wenn sie nicht umgehend erkannt und behandelt wird. Milzläsionen sind häufig und betreffen 32% der Patientinnen und Patienten mit stumpfem Bauchtrauma [1]. In seltenen Fällen ist die Milzruptur allerdings atraumatisch. Dieses Thema wird in der Fachliteratur wenig diskutiert und die verfügbaren Informationen beschränken sich fast ausschliesslich auf Fallberichte [2, 3]. Die Studie von Liu et al. weist auf eine Prävalenz von atraumatischer Milzruptur von 3,2% hin [4]. Die ersten Fälle spontaner, atraumatischer Milzruptur haben Rokitsky 1861 respektive Atkinson 1874 beschrieben [2, 5]. Zwischen 1950 und 2011 wurden in der englisch- und französischsprachigen Fachliteratur 613 Fälle spontaner Milzruptur veröffentlicht [2, 5, 6].

Zur Bezeichnung dieser Läsion werden verschiedene Begriffe verwendet. Um diesbezüglich Klarheit zu schaffen, schlagen Renzulli et al. folgende Klassifikation vor [3]:

1. traumatische Ruptur im Zusammenhang mit einem adäquaten Trauma;
2. atraumatische Ruptur ohne adäquates Trauma, einteilbar in:

- 2.1 atraumatisch-pathologische Milzruptur: Milz mit histopathologischer Veränderung;
- 2.2 atraumatisch-idiopathische oder atraumatisch-spontane Milzruptur: Milz ohne histopathologische Veränderung; die atraumatisch-idiopathische Milzruptur ist eine Ausschlussdiagnose.

Laut dieser Studie tritt die atraumatische Milzruptur mehrheitlich bei Männern (Verhältnis 2:1) und in einem Alter von durchschnittlich 45 Jahren auf. In 93% der Fälle handelt es sich um eine atraumatisch-pathologische Milzruptur, während in 7% der Fälle keine Ätiologie feststellbar ist und es sich also um eine atraumatisch-idiopathische Milzruptur handelt [3].

Zur Diagnose der atraumatisch-idiopathischen Milzruptur müssen fünf Kriterien erfüllt sein [5, 7]:

1. Laut eingehender Anamnese in der Vorgeschichte kein Trauma und keine unübliche Tätigkeit, die die Milz verletzen könnte.
2. Kein Nachweis einer Erkrankung in einem anderen Organ, von dem bekannt ist, dass es die Milz beeinträchtigen und darum möglicherweise deren Ruptur auslösen kann.
3. Kein Hinweis auf perisplenische Adhäsionen oder Vernarbungen der Milz, die darauf hindeuten, dass sie zuvor verletzt wurde oder gerissen ist.

4. Abgesehen von der festgestellten Blutung und Ruptur sollte die Milz sowohl makroskopisch als auch histologisch unauffällig sein.
5. Kein Labornachweis einer kürzlichen Infektion durch Viren, die mit Milzschädigung in Verbindung gebracht werden.

Die Pathophysiologie der atraumatischen Milzruptur ist nicht eindeutig geklärt, drei Mechanismen wurden allerdings formuliert: Der erste bezieht sich auf den Anstieg des intrasplenischen Drucks infolge von Zellhyperplasie und Stauung, der zweite auf die Kompression der Milz durch die Bauchmuskulatur bei körperlicher Tätigkeit oder schwachem Trigger (wie bei Husten, Defäkation oder Niesen) und der dritte auf einen Gefässverschluss durch eine retikuloendotheliale Hyperplasie, die zu Thrombose und Infarkt führt. Diese Mechanismen lösen interstitielle und subkapsuläre Blutungen sowie die Ablösung der Kapsel aus, die ihrerseits weitere subkapsuläre Blutungen verursachen kann. Daraufhin kann die Kapsel nachgeben [2].

In der grossen Mehrheit der Fälle sind atraumatische Milzrupturen durch Infektionskrankheiten oder onkohämatologische Erkrankungen bedingt (Tab. 1). In 18% der Fälle ist die Ursache auf eine medizinische Intervention zurückzuführen. Weniger häufige Ursachen sind kleine Traumata wie Husten und Erbrechen so-

Tabelle 1: Häufige Ursachen atraumatischer Milzruptur

Infektionskrankheiten 23,3%	Malaria, Mononukleose, Zytomegalievirus-Infektion, Typhus, Endokarditis mit Milzembolie, Pneumonie, HIV-Infektion, Q-Fieber, Salmonellose, Milztuberkulose, Virushepatitis, Babesiose, Brucellose, <i>Bartonella</i> -Infektion, Dengue-Fieber, <i>Enterobacter-cloacae</i> -Infektion, murines Fleckfieber, Infektion durch <i>Rickettsia</i> sp, Windpocken
Hämatologische Störungen 13,7%	Non-Hodgkin-Lymphom, ALL, CML, AML, Histiozytose, Haarzelleukämie, Hodgkin-Lymphom, undifferenziertes Lymphom, Multiples Myelom, akute T-Zell-Leukämie, undifferenzierte Leukämie, ITP, Myelofibrose, Polycythaemia vera, Sichelzellerkrankheit, essenzielle Thrombozythämie
Neoplastische Erkrankungen 7,8%	Angiosarkom, Chorionkarzinom, Pankreas-, Lungenkarzinom
Iatrogen 18,3%	Koloskopie, endoskopisch retrograde Cholangiopankreatikographie, Operation an Leber oder Lunge
Medikamentös 7,7%	Antikoagulation, Thrombolyse, rekombinanter G-CSF, Thrombozytenaggregationshemmer, HIT
Schwangerschaft 6,2%	Normale Schwangerschaft, ektope Schwangerschaft (splenisch), nach vaginaler Geburt, nach Kaiserschnitt, Präeklampsie, geplatzte ektope Schwangerschaft (nicht splenisch), HELLP-Syndrom
Spontan 5,7%	
Somatische Anomalie 5,1%	Milzzyste, Milzinfarkt, Milzhamartom, Hämangiom, Pankreas-pseudozyste, Milzvenenthrombose, Milzarterienaneurysma, Empyem, Pankreas-Nieren-Transplantation, Cholesterinembolie, Milzgranulom, angeborene Zwerchfellhernie, Rippenexostose
Geringes Trauma 3,8%	Husten, Erbrechen, Epilepsie-Anfall
Rheumatologisch 1,6%	Morbus Wegener, Polyarteriitis nodosa, systemischer Lupus erythematodes, rheumatoide Arthritis
Amyloidose 3,9%	
Andere 2,9%	Peliose, Pankreatitis, Phäochromozytom, Afibrinogenämie, Morbus Gaucher, Morbus Wilson

Quelle: [6]: Aubrey-Bassler FK, Sowers N. 613 cases of splenic rupture without risk factors or previously diagnosed disease: a systematic review. BMC Emerg Med. 2012;12:11. doi: 10.1186/1471-227X-12-11. Copyright ©2012 Aubrey-Bassler and Sowers; licensee BioMed Central Ltd. This is an Open Access article distributed under the terms of the CC BY 2.0 (<http://creativecommons.org/licenses/by/2.0>).

ALL: akute lymphatische Leukämie; CML: chronische myeloische Leukämie; AML: akute myeloische Leukämie; ITP: Immunthrombozytopenie; G-CSF: Granulozyten-Kolonie-stimulierender Faktor; HIT: Heparin-induzierte Thrombozytopenie; HELLP: hemolysis, elevated liver enzymes, and low platelets.

wie rheumatische Erkrankungen und anatomische Anomalien [6].

Die Symptome der atraumatischen Milzruptur unterscheiden sich nicht von jenen der traumatischen Milzruptur. Dazu zählen Abdominalschmerzen, besonders im linken Hypochondrium und epigastrisch, sowie Schwindel, Übelkeit und Erbrechen. Ebenso können in die linke Schulter ausstrahlende Schmerzen infolge der Reizung des Zwerchfells (Kehr-Zeichen) zu beobachten sein. Bei der klinischen Untersuchung sind ein bei der Palpation schmerzhaftes Abdomen (insbesondere im linken Hypochondrium), eine Abwehrspannung und bisweilen Schockzeichen feststellbar [5].

Die Diagnose wird mittels Computertomographie (CT) oder Sonographie gestellt, die Befunde ermöglichen zudem die Einteilung der Milzläsionen nach der Klassifikation der «American Association for the Surgery of Trauma» (AAST) (siehe Tab. S1 im Online-Appendix des Artikels) [8].

Fallvignette

Ein 77-Jähriger leidet an einer ischämischen Herzkrankheit, die mittels Stentimplantation behandelt wurde und aufgrund derer er Acetylsalicylsäure einnimmt, sowie an einem bifokalen Aneurysma der Aorta abdominalis infrarenalis (in der Längsachse 4,9 cm). Aufgrund von

Übelkeit im Zusammenhang mit linksseitigen Schmerzen in Hypochondrium und Thorax wird er in die Notfallabteilung gebracht. Die Symptome sind beim Schneeschaukeln aufgetreten. In der Notfallabteilung ist der Patient hämodynamisch instabil und afebril und spricht teilweise auf eine Flüssigkeitssubstitution mit NaCl 0,9 % an. Die klinische Untersuchung zeigt eine Verminderung der Frequenz und Intensität der Darmgeräusche sowie einen Peritonismus im Epigastrium und linken Hypochondrium. Im Labor werden ein Hämoglobin-Wert von 105 g/l und erhöhte D-Dimer- (2030 µg/l) und Laktat-Werte (2,1 mmol/l) gemessen (Leber- und Pankreas-Werte und Troponin normal). Eine e-FAST-Untersuchung («extended Focused Assessment with Sonography in Trauma») ergibt freie Flüssigkeit im Bauchraum. In diesem Kontext wird zunächst ein Aneurysma der Aorta abdominalis vermutet. Ein CT-Angiogramm zeigt ein erhebliches Hämoperitoneum sowie eine aktive subkapsuläre Milzblutung. In dieser Situation erfolgt eine chirurgische Notfallbehandlung mit Laparotomie, Absaugen des Hämoperitoneums und Splenektomie. Der postoperative Verlauf (zunächst 24 Stunden in der Intensiv-, dann auf der Pflegestation) ist sowohl in klinischer als auch labormedizinischer Hinsicht günstig. Sowohl die histopathologische als auch die infektiologische Analyse ist normal. Als Ursache der Milzruptur wird eine kleinere Belastung (Schneeschaukeln) angenommen. Nach der Splenektomie erhält der Patient die üblichen Empfehlungen und Impfungen sowie ein Rezept für eine Antibiotika-Prophylaxe in Reserve.

Behandlung

Aufgrund der geringen Prävalenz, des wenig spezifischen klinischen Bildes sowie des Nichtvorhandenseins eines Traumas kann es leicht dazu kommen, dass die atraumatische Milzruptur falsch diagnostiziert und für eine andere Pathologie des Bauchraums gehalten wird. Die Folgen können gravierend sein, insbesondere in starken inneren Blutungen und einer hämodynamischen Instabilität bestehen und potentiell lebensbedrohlich sein [9]. Der Studie von Renzulli et al. zufolge [3] beträgt die Gesamt mortalität der atraumatischen Milzruptur unabhängig von der Behandlungsmethode 12,2%.

Bis in die 1990er Jahre galt die Splenektomie als Goldstandard [1]. Aufgrund der erheblichen Auswirkungen einer Splenektomie (siehe unten), der verbesserten Versorgung in der Intensivstation und der Entwicklung der interventionellen Radiologie und besonders der Embolisation liegt das Hauptaugenmerk heute auf dem Erhalt der Milz.

Die interventionelle Radiologie zielt auf den Verschluss entweder der Arteria splenica (proximale Embolisation) oder einer ihrer Äste (dis-

tale Embolisation) ab. Sie ermöglicht den Erhalt der Immunfunktion der Milz sowie die Verringerung der Versagensquote der konservativen Behandlung [1]. Die Vorteile der proximalen Embolisation sind die schnelle und einfache Durchführung, die geringeren Kosten sowie die Verringerung der Fälle von Milzabszess und -infarkt. Ein Nachteil ist die künftige Unzugänglichkeit für eine erneute Angiographie [1].

Angesichts der geringen Prävalenz gibt es weder Leitlinien noch besteht in der Fachliteratur ein Konsens im Hinblick auf die atraumatische Milzruptur. Den Studien zufolge werden atraumatische Milzläsionen (und insbesondere atraumatisch-idiopathische Milzrupturen) mehrheitlich mittels Splenektomie behandelt (85,3%), während lediglich bei 40–50% der Personen mit traumatischer Milzläsion eine Splenektomie durchgeführt wird [3, 9].

In der Studie von Renzulli et al. [3] – einer retrospektiven, multizentrischen Studie, die den Zeitraum zwischen dem 1.1.1980 und dem 30.6.2008 abdeckt und 632 Publikationen mit insgesamt 845 Fällen atraumatischer Milzruptur berücksichtigt – wurden die meisten Betroffenen (85,3%) innert 24 Stunden nach der Diagnose der Milzruptur einer chirurgischen Behandlung unterzogen (Splenektomie oder Splenorrhaphie), während 14,7% konservativ behandelt wurden (Beobachtung oder Angiographie). Laut dieser Studie wurden 17% der Patientinnen und Patienten, die konservativ behandelt wurden, einer sekundären chirurgischen Behandlung unterzogen, die Quote des Erhalts der Milz betrug insgesamt 13,7%. In dieser Studie betrug die Mortalität im Zusammenhang mit atraumatischer Milzruptur in der Gruppe der chirurgisch Behandelten 7,4% und in der Gruppe der konservativ Behandelten 4,4%. Hinsichtlich der Mortalitätsrisikofaktoren nennen Renzulli et al. das Vorliegen einer Splenomegalie, ein Alter über 40 Jahren sowie eine neoplastische Ätiologie. Ist hingegen im Falle einer normalen Milz kein ätiologischer Faktor nachweisbar, ist die Mortalität niedriger. Die Studie zeigt keinen Zusammenhang mit dem Geschlecht und der primären Wahl der Behandlung (konservativ oder chirurgisch). Bei einer sekundären Operation im Anschluss an eine konservative Behandlung war die Mortalität höher als bei alleiniger konservativer Behandlung.

Die Studie von Renzulli et al. [3] zeigt eine hohe Rate einer pathologisch veränderten Milz (97%) bei atraumatischer Milzruptur. Aufgrund des im Vergleich zur traumatischen Ruptur geringen Anteils konservativer Behandlungen bei atraumatischer Milzruptur und der erhöhten Rate pathologischer Veränderungen der Milz kommt die Studie darum zum Schluss, dass die Leitlinien zur Behandlung der traumatischen

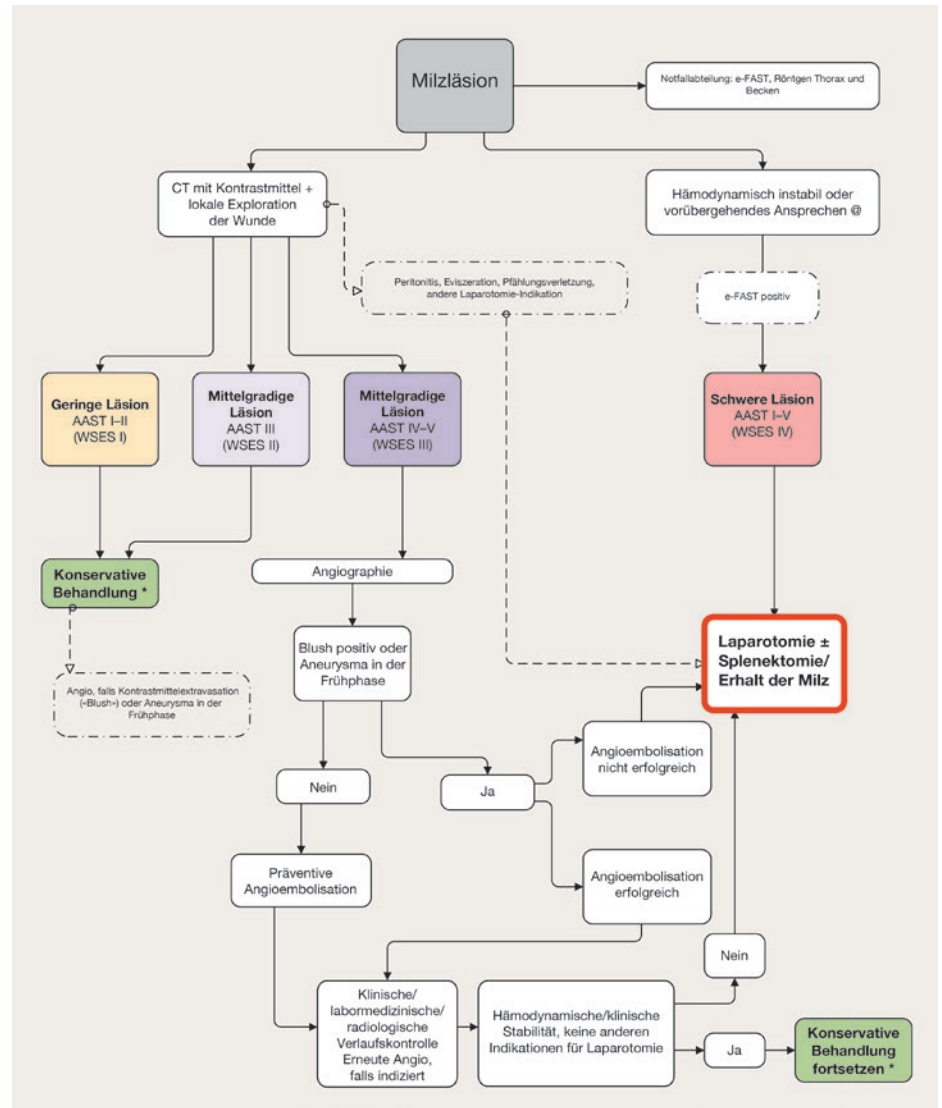


Abbildung 1: Algorithmus zur Behandlung der traumatischen Milzläsion beim Erwachsenen (angepasst nach [8]: Coccolini F, Montori G, Catena F, Kluger Y, Biffi W, Moore EE, et al. Splenic trauma: WSES classification and guidelines for adult and pediatric patients. *World J Emerg Surg.* 2017;12:40. doi: 10.1186/s13017-017-0151-4.; this is an open access article distributed under the terms of the CC BY 4.0 [http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/]; the CC0 1.0 [http://creativecommons.org/publicdomain/zero/1.0/] applies to the data made available in this article, unless otherwise stated.)

* Die konservative Therapie darf nur in Einrichtungen erfolgen, die zur Einschätzung des Schweregrads der Milzläsion in der Lage sind und über eine Intensivstation sowie über einen Zugang zu interventioneller Radiologie, Operationssälen und Transfusionen verfügen oder die Patientin bzw. den Patienten umgehend in eine andere Einrichtung transportieren können.

Falls nicht unbedingt notwendig, sollte die Untersuchung von Läsionen in der Nähe des unteren Rippenrands aufgrund des Risikos der Verletzung der Interkostalgefäße vermieden werden.

@ Kriterien einer hämodynamischen Instabilität sind: arterieller Blutdruck <90 mm Hg mit Anzeichen kutaner Vasokonstriktion (kalte, feuchte Haut, Zeit bis zur Wiederherstellung der normalen Hautfarbe verlängert), Veränderung des Bewusstseinszustandes und/oder Dyspnoe; oder >90 mm Hg, aber mehrere Bluttransfusionen oder Vasokonstriktoren nötig und/oder Basenüberschuss bei der Aufnahme von >5 mmol/l und/oder Schockindex >1 und/oder Transfusionsbedarf von mind. 4–6 Einheiten Erythrozyten-Konzentrat innert 24 Stunden; zudem Patientinnen und Patienten, die vorübergehend ansprechen (jene mit zunächst adäquatem Ansprechen auf die Volumensubstitution, bei denen aber dann Perfusionsdefizite und Anzeichen von Blutverlusten auftreten), sowie generell jene, die auf die Behandlung ansprechen, aber nicht stabil genug sind, um durch interventionelle Radiologie behandelt zu werden.

AAST: American Association for the Surgery of Trauma; WSES: World Society of Emergency Surgery; e-FAST: extended Focused Assessment with Sonography in Trauma.

Milzläsion nicht unverändert auf die atraumatische Ruptur anwendbar sind. Bei der Wahl der Behandlung sollten laut der Studie mehrere Kriterien rücksichtigt werden, und zwar: hämodynamische Stabilität, Anzahl der Transfusionen,

Grad des Hämatoperitoneums und Ausdehnung der Milzläsion (AAST-Klassifikation, siehe Tab. S1 im Online-Appendix des Artikels) sowie Ursache der Ruptur. Bei maligner oder unbekannter Ätiologie wird eine chirurgische,

bei nicht maligner Ätiologie eine konservative Behandlung empfohlen.

In der Fachliteratur beruhen die Kriterien für die Entscheidung zur chirurgischen Behandlung einer atraumatischen Milzruptur auf den Leitlinien für Milzläsionen, die durch ein stumpfes Trauma bedingt sind, und zwar: hämodynamische Instabilität, hochgradige Milzläsion sowie Peritonitis-Anzeichen [9] (Abb. 1).

Kriterien für eine Splenektomie sind eine klinische Verschlechterung, das Auftreten von schweren Symptomen oder Peritonitis-Anzeichen und das akute Absinken des Hämoglobin-Werts [9] (Tab. 2).

Für die Wahl der Behandlung (konservativ oder chirurgisch) je nach Ursache besteht hingegen kein Konsens. Aus der Studie von Walker et al. geht kein Unterschied der Therapieergebnisse in Abhängigkeit von der Ätiologie hervor, weshalb darin der Schluss gezogen wird, dass die Ursache die Behandlungsentcheidung nicht beeinflussen sollte [9].

Bei konservativer Behandlung werden eine engmaschige Kontrolle nach dem Spitalaufenthalt und insbesondere die weitere Abklärung der Rupturursache, falls diese zuvor nicht ermittelt werden konnte, empfohlen [9]. Aus der Fachliteratur gehen keine Empfehlungen für die Langzeitkontrolle hervor [9].

Zum Vergleich: Behandlung der traumatischen Milzläsion

Die Fachliteratur empfiehlt, traumatische Milzläsionen im Falle hämodynamischer Instabilität chirurgisch zu behandeln [1, 10]. Im Hinblick auf die prädiktive Relevanz des radiologischen Befunds (Grad des Hämoperitoneums oder Kontrastmittelextravasation im Computertomogramm) gehen die Studien auseinander: Laut der Studie von Corn et al. [1] sagen diese Parameter nichts über die Indikation einer Intervention (chirurgisch oder Embolisation) aus, während die Leit-

linien der «World Society of Emergency Surgery» (WSES) die Parameter berücksichtigen [10].

Sofern kein Peritonitis-Anzeichen vorliegt und keine andere, eine Laparotomie erfordernde Läsion assoziiert ist, ist der Goldstandard der Behandlung einer traumatischen Milzläsion bei einer hämodynamisch stabilen Person die konservative Methode [10]. Die Vorteile der konservativen Behandlung sind die geringeren Kosten, die niedrige Rate intraabdomineller Komplikationen, der geringere Bedarf an Bluttransfusionen, die verringerte Mortalität, der Erhalt der Milzfunktion und somit die Prävention von Infektionen [10]. Die Mortalität bei konservativer Behandlung liegt zwischen 4 und 15% [10]. Corn et al. nennen in ihrer Studie Risikofaktoren für das Versagen der konservativen Behandlung: Kontrastmittelextravasation im Computertomogramm, Milzläsion Grad IV oder V, hoher Verletzungsgrad («Injury Severity Score» [ISS]), verringerter Hämoglobin-Wert, Vorliegen einer Gefässläsion sowie gravierendes Hämoperitoneum [1]. Hinsichtlich des Alters geht aus der Fachliteratur kein Konsens hervor: Einige Studie belegen, dass ein höheres Lebensalter ein Risikofaktor für das Versagen einer konservativen Behandlung sein kann, in anderen wurde dagegen kein Zusammenhang gefunden [1]. Die Rate des Versagens einer konservativen Behandlung hängt laut der Studie von Peitzman et al. vom AAST-Grad ab (I: 4,8%, II: 9,5%, III: 19,6%, IV: 33,3%, V: 75%) und ist in den ersten 24 Stunden am höchsten (60,9% in den ersten 24 Stunden; 13,8% an Tag 2; 6,9% an Tag 3; 6% an Tag 4) [11].

Die Rate der Komplikationen (Infektion, Pneumonie, tiefe Venenthrombose, Harnwegsinfektion) ist oftmals in der Gruppe der chirurgisch Behandelten am höchsten. Dies kann entweder durch die Operation im Bauchraum selbst bedingt sein oder durch das Vorliegen von BegleitleSIONen oder einem höheren ISS

[1]. Nach der Splenektomie haben die Betroffenen zudem einen höheren Bedarf an Intensivpflege und weisen eine längere Hospitalisierungsdauer auf [1].

Bei Behandlung mittels interventioneller Radiologie beträgt die Erfolgsrate über 90% [12]. Das Risiko von Komplikationen, zu denen Abszesse, die Migration der Metallspirale (Coil) und Pneumonie zählen, liegt laut Fachliteratur zwischen 5 und 20% [1, 12].

Für die Praxis wird ein Algorithmus zur Behandlung der traumatischen Milzläsion beim Erwachsenen vorgeschlagen (Abb. 1). Dieser berücksichtigt den hämodynamischen Zustand, die Zahl der eingesetzten Blutprodukte, den Grad des Hämoperitoneums und das Ausmass der Milzläsionen laut AAST- oder WSES-Klassifikation ([10], und Tab. S1 im Online-Appendix des Artikels). Die AAST-Klassifikation bezieht anatomische Läsionen ein, während die WSES-Klassifikation die AAST-Klassifikation sowie den hämodynamischen Zustand umfasst. Diese Klassifikation teilt Milzläsionen in drei Gruppen ein: gering (WSES-Klasse I), mittelgradig (WSES-Klassen II und III) und schwer (WSES-Klasse IV). Je höher die WSES-Klasse, desto eher ist die chirurgische Behandlung zu empfehlen. Die Klassifikation ist für Erwachsene und Kinder gleich. Ein eigener Algorithmus für die pädiatrische Population wurde ebenfalls entwickelt [10].

Nach der Splenektomie

Nach einer Splenektomie besteht besonders in den ersten Jahren das Risiko fulminanter und potentiell tödlicher Infektionen (Postsplenektomie-Syndrom). Diese Infektionen durch kapselte Bakterien treten mit einer Inzidenz von 0,23–0,42% auf. Zu den Vorbeugemassnahmen zählen die Aufklärung der Betroffenen über das Infektionsrisiko, die umgehende Impfung (Pneumokokken, Meningokokken und

Tabelle 2: Überblick über die Arten der Behandlung, ihre Indikation, Erfolgsquote und Komplikationen bei atraumatischer Milzruptur

Art der Behandlung	Indikation	Erfolgsquote ¹	Komplikationen und Häufigkeit	Studien
Chirurgisch	Neoplastische oder unbekannte Ursache, hämodynamische Instabilität, hypovolämischer Schock, Absinken des Hämoglobin-Werts, Peritonitis-Anzeichen, klinische Verschlechterung	92,6%	Pneumonie, Wundinfektion (Häufigkeit unbekannt)	Walker et al. [9], Renzulli et al. [3], Gedik et al. [2]
Konservativ	Infektiöse oder nicht maligne Ursache, hämodynamische Stabilität, kein Peritonismus-Anzeichen	95,6%	Erneute Blutung und hämodynamische Instabilität (17%)	Renzulli et al. [3], Walker et al. [9]
Interventionelle Radiologie	Erhalt der Milzfunktion, Kontrastmittelextravasation		0%	Renzulli et al. [3]

¹ Bei Nichtvorliegen der Erfolgsquote wurde sie so berechnet: (Erfolgsquote) = 100% – (Quote der Todesfälle).

saisonale Grippe) und eine Antibiotika-Prophylaxe im Falle von Fieber, Grippesymptomen oder Bissen/Kratzern durch Tiere (Amoxicillin-Clavulansäure). Für Kinder wird empfohlen, mindestens während der ersten fünf Lebensjahre und danach während mindestens der ersten drei Jahre nach der Splenektomie eine Antibiotika-Dauerprophylaxe durchzuführen. In der Adoleszenz ist sie individuell abzuwägen [13].

Das Wichtigste für die Praxis

- Bei akuten, atraumatischen Abdominalschmerzen, insbesondere im linken Hypochondrium und epigastrisch, ist in der Notfallabteilung eine breite Differentialdiagnose wichtig, die auch die Hypothese einer atraumatischen Milzruptur umfasst.
- Die atraumatische Milzruptur ist potentiell lebensbedrohlich und steht häufig mit einer anderen Pathologie in Verbindung (Infektion, hämatologische oder neoplastische Krankheit).
- Aufgrund der oftmals instabilen klinischen Symptome muss die Diagnose rasch gestellt werden und die Behandlung umgehend sein.
- Nach einer Splenektomie müssen die Betroffenen über das Infektionsrisiko aufgeklärt und geimpft werden sowie ein Rezept für eine Antibiotika-Prophylaxe erhalten. Im Falle von Fieber, Grippesymptomen oder Tierkratzern oder -bissen muss die Einnahme des Notfall-Antibiotikums umgehend begonnen werden. Bei Kindern besteht die Notfall-Antibiotikatherapie aus Amoxicillin/Clavulansäure 50–80 mg/kg Körpergewicht/Tag per os in 2–3 Dosen. Für Erwachsene: Amoxicillin/Clavulansäure (875/125 mg) initial 1× 2 Tabletten, dann 8 Stunden danach 3× 1 Tablette/Tag per os oder Amoxicillin (1000 mg) initial 1× 2 Tabletten, dann 8 Stunden danach 3× 1 Tablette/Tag per os. Die Notfall-Antibiotikatherapie sollte erst nach ärztlicher Konsultation abgesetzt werden.

Korrespondenz

Muriel Willi Jeanmonod
Département de chirurgie
Hôpital de Pourtales (RHNe)
Rue de la Maladière 45
CH-2000 Neuchâtel
[mu.jeanmonod\[at\]hotmail.com](mailto:mu.jeanmonod[at]hotmail.com)



Muriel Willi Jeanmonod, dipl. Ärztin
Département de chirurgie,
Hôpital de Pourtales, Neuchâtel

Informed Consent

Ein schriftlicher Informed Consent zur Publikation liegt vor.

Disclosure Statement

Die Autoren haben deklariert, keine potentiellen Interessenskonflikte zu haben.



Der Online-Appendix ist verfügbar unter:
<https://doi.org/10.4414/smf.2023.09449>.

Literatur

- 1 Corn S, Reyes J, Helmer SD, Haan JM. Outcomes Following Blunt Traumatic Splenic Injury Treated with Conservative or Operative Management. *Kans J Med.* 2019;12(3):83–8.
- 2 Gedik E, Girgin S, Aldemir M, Keles C, Tuncer MC, Aktas A. Non-traumatic splenic rupture: Report of seven cases and review of the literature. *World J Gastroenterol.* 2008;14(43):6711–6.
- 3 Renzulli P, Hostettler A, Schoepfer AM, Gloor B, Candinas D. Systematic review of traumatic splenic rupture. *Br J Surg.* 2009;96:1114–21.
- 4 Liu J, Feng Y, Li A, Liu C, Li F. Diagnosis and treatment of atraumatic splenic rupture: experience of 8 cases. *Gastroenterol Res Pract.* 2019;2019:5827694.
- 5 Orloff MJ, Peskin GW. Spontaneous rupture of the normal spleen a surgical enigma. *Int Abstr Surg.* 1958;106(1):1–11.
- 6 Aubrey-Bassler FK, Sowers N. 613 cases of splenic rupture without risk factors or previously diagnosed disease: a systematic review. *BMC Emerg Med.* 2012;12:11.
- 7 Crate ID, Payne MJ. Is the diagnosis of spontaneous rupture of a normal spleen valid? *J R Army Med Corps.* 1991;137(1):50–1.
- 8 Srivastava SK, Jaiswal K, Kumar D. Prospective study of management and outcome of blunt abdominal trauma (solid organs and hollow viscus injuries). *Int Surg J.* 2017;4:3262–71.
- 9 Walker AM, Foley EF. Surgical management of atraumatic splenic rupture. *Int Sug J.* 2016;3:2280–8.
- 10 Coccolini F, Montori G, Catena F, Kluger Y, Biffi W, Moore EE, et al. Splenic trauma: WSES classification and guidelines for adult and pediatric patients. *World J Emerg Surg.* 2017;12:40.
- 11 Peitzman AB, Heil B, Rivera L, Federle MB, Harbrecht BG, Clancy KD, Croce M., et al. Blunt Splenic Injury in Adults: Multi-institutional Study of the Eastern Association for the Surgery of Trauma: *J Trauma.* 2000 ;49(2):177–87.
- 12 Rong JJ, Liu D, Liang M, Wang QH, Sun JY, Zhang QY, et al. The impacts of different embolization techniques on splenic artery embolization for blunt splenic injury: a systematic review and meta-analysis. *Mil Med Res.* 2017;4(1):17.
- 13 Bundesamt für Gesundheit. Prävention schwerer Infektionen bei anatomischer oder funktioneller Asplenie – Empfehlungen der Schweizerischen Gesellschaft für Infektiologie (SGINF), der Eidgenössischen Kommission für Impffragen (EKIF)1 und des Bundesamtes für Gesundheit (BAG). Stand 2015. *BAG-Bulletin.* 2015;10:155–62.
- 14 Morell-Hofert D, Primavesi F, Fodor M, Gassner E, Kranebitter V, Braunwarth E, et al. Validation of the revised 2018 AAST-OIS classification and the CT severity index for prediction of operative management and survival in patients with blunt spleen and liver injuries. *Eur Radiol.* 2020; 30(12):6570–81.

Schlaglicht: Chirurgie

Entwicklung der Rolle der «Physician Associates» in den Schweizer Chirurgie-Abteilungen

Mehrere chirurgische Abteilungen haben die Rolle der «Physician Associates» in ihre Praxis integriert, mit Zufriedenheit bei den Patientinnen und Patienten, aber auch bei den Pflegeteams.

Dr. med. Mickael Chevally^{a*}, Sonia Barbosa^{b*}, MHS; Prof. Dr. med. Stefan Breitenstein^{c*}; Dr. François Vermeulen^d; Prof. Dr. med. Christian Toso^a

^a Service de chirurgie viscérale et transplantation, Hôpitaux universitaires de Genève (HUG), Genève; ^b Département Prestations et développement professionnel, Fédération des médecins suisses FMH, Berne; ^c Klinik für Viszeral- und Thoraxchirurgie, Kantonsspital Winterthur, Winterthur; ^d Département de chirurgie, HUG, Genève

* Geteilte Erstautorenschaft

Geschichte und rechtliche Aspekte von «Physician Associates» in der Schweiz

«Physician Associates», kurz PAs, können in Geschichtsbüchern aus dem 18. Jahrhundert [1] gefunden werden. In ihrer modernen Definition können wir sie bis ins Jahr 1965 zurückverfolgen [2], als der erste Studiengang an der Duke University in North Carolina, USA, begann. In der Schweiz wurden sie 2014 am Kantonsspital Winterthur (KSW) informell eingeführt. PAs sind in der Schweiz unter verschiedenen Bezeichnungen in einem Kontext aufgetaucht, in dem neue Modelle für die Verteilung der Gesundheitsversorgung erforderlich sind. In der Tat ist die Schweiz gleichzeitig mit dem demographischen Druck einer alternden Bevölkerung sowie mit einem Mangel an Gesundheitspersonal konfrontiert. Derzeit wird der PA-Beruf im Bundesgesetz über die Gesundheitsberufe nicht offiziell anerkannt [3]. Ähnlich wie bei anderen Advanced-Practice-Rollen, die von nicht ärztlichen Leistungserbringenden übernommen werden, arbeiten PAs in einer rechtlichen Grauzone. Sie arbeiten strikt in Delegation einer Ärztin oder eines Arztes, die oder der die Verantwortung für diese delegierten Handlungen und für die gesamte Betreuung

der Patientinnen und Patienten trägt. Daher gibt es keine spezifische Tarifierung für die delegierten Handlungen, die von PAs durchgeführt werden. Im stationären Bereich ermöglichen die «Diagnosis Related Groups» (DRGs) den Spitalern, ihre Ressourcen nach eigenem Ermessen zuzuweisen. Im ambulanten Bereich decken die bestehenden Tarifstrukturen mit Einzelleistungsvergütung die von PAs erbrachten Leistungen nicht ab. Trotz dieser Herausforderungen ist der PA-Beruf stetig gewachsen und sein Bildungsmodell hat sich entsprechend angepasst. Im Jahr 2020 hat die Verbindung der Schweizer Ärztinnen und Ärzte FMH ihre Unterstützung für die Weiterentwicklung des PA-Berufs zum Ausdruck gebracht und strebt eine Formalisierung ihrer Ausbildung in enger Partnerschaft mit Ärztinnen und Ärzten sowie anderen Interessengruppen an. Angesichts der Komplementarität der beiden Berufsprofile ist es notwendig, dass die Aufgabenverteilung so organisiert wird, dass die Grundkompetenzen und die beruflichen Tätigkeiten, die übertragen werden können, berücksichtigt werden. Die Erkenntnisse aus internationalen Erfahrungen haben gezeigt, dass die frühzeitige Einbindung der wichtigsten Interessengruppen von ent-

scheidender Bedeutung ist [4]. Diese Beziehungen sind ausschlaggebend für die Qualität, die Tragfähigkeit und die Nachhaltigkeit des PA-Modells. Dies gilt insbesondere für die Schweiz, wo der Beruf noch in den Kinderschuhen steckt. Angesichts der grossen Zahl von Kandidatinnen und Kandidaten, die jedes Jahr das Ausbildungsprogramm der Zürcher Hochschule für Angewandte Wissenschaften (ZHAW) erfolgreich abschliesst, besteht hier ein beachtliches Entwicklungspotenzial. Bis 2025 wird es in der Schweiz etwa 300 tätige PAs geben.

Pioniere in der Schweiz: die Winterthurer Erfahrung

2014 wurde das Projekt «Physician Associate der chirurgischen Abteilung» in der Klinik für Viszeral- und Thoraxchirurgie des KSW mit nur einer Person in der Spitalabteilung gestartet. Ziel des Projekts war es, vor dem Hintergrund des zunehmenden Ärztemangels eine optimale und kontinuierliche Betreuung der Patientinnen und Patienten in der Abteilung zu gewährleisten. Aufgrund des ständig wechselnden Einsatzes der Assistenzärztinnen und -ärzte in der Chirurgie (Operationen, Notfälle, Sprechstunden) wurde die Tandemfunktion Arztperson/PA zu

einem bewährten Prozess im Abteilungsalltag. Neben einem positiven Behandlungsergebnis für die Patientinnen und Patienten war es das Ziel, die Zufriedenheit der am Behandlungsprozess beteiligten Personen zu gewährleisten. Dem medizinisch interessierten Fachpersonal wurde eine neue, anregende berufliche Perspektive geboten und den Assistenzärztinnen und -ärzten die Möglichkeit gegeben, Managementverantwortung zu übernehmen. Das Projekt wurde anfangs natürlich kritisch betrachtet. Wie können Pflegefachpersonen Teil des medizinischen Teams sein und medizinische Aufgaben übernehmen? Die meisten der geäußerten Kritiken konnten während der Umsetzungsphase beantwortet werden. Die Kontinuität, Verfügbarkeit und Zuverlässigkeit der PAs im Spitalalltag wurden sowohl von den Patientinnen und Patienten als auch vom medizinischen Personal dankbar aufgenommen.

Seit 2017 wurde in Zusammenarbeit mit dem Departement Gesundheit der ZHAW ein interprofessioneller Weiterbildungsstudiengang (CAS, Klinische Fachspezialistin / Klinischer Fachspezialist) strukturiert und eingeführt.

Heute sind PAs ein fester Bestandteil des medizinischen Teams und erfreuen sich grosser Beliebtheit. Die Tätigkeitsbereiche sind deutlich vielfältiger geworden. Am KSW sind PAs nicht nur in den chirurgischen Disziplinen tätig, sondern auch in der Pädiatrie, der Nephrologie, der Notaufnahme, der interventionellen Radiologie, der Angiologie, der Gynäkologie, der Onkologie, der Physiotherapie und im Operationssaal. Im Jahr 2023 wird das KSW-Team insgesamt mehr als 30 PAs umfassen, die sowohl im ambulanten als auch im stationären Bereich tätig sein werden. Das ehemalige Projekt ist nun ein strukturiertes Programm.

Einführung eines Programms für PAs oder klinische Assistentinnen und Assistenten: die Genfer Erfahrung

Bei Assistenzärztinnen und -ärzten in der Chirurgie kommt es häufig zu Arbeitsüberlastung. Neben der Verantwortung für die Patientinnen und Patienten auf der Bettenstation kommen noch die Zeit im Operationssaal und immer mehr administrative Aufgaben hinzu. Da die neue Bedürfnisklausel die Berufsaussichten für

zukünftige Chirurginnen und Chirurgen verringert, müssen ihre Ausbildungsplätze bereits im Vorfeld reguliert werden. Vor diesem Hintergrund wurde beschlossen, PAs in der Abteilung für Viszeralchirurgie einzuführen. Das erste Hindernis war das Fehlen eines gesetzlichen Rahmens im kantonalen Gesetz für diese Rolle. Nach zahlreichen Gesprächen mit der Rechtsabteilung kam man zu dem Schluss, dass PAs im Rahmen des Konzepts der delegierten Handlung und damit unter der Verantwortung einer Ärztin oder eines Arztes arbeiten würden. In einem Rekrutierungsprozess, der allen Gesundheitsberufen mit einem Bachelor-Abschluss offen stand, wurden drei Kandidatinnen ausgewählt, die alle drei Pflegefachfrauen waren. Für die Betreuung der Patientinnen und Patienten durch die PAs wurden Entscheidungsalgorithmen für jede Pathologie der Viszeralchirurgie entwickelt. Die PAs folgen diesen Algorithmen bei der Entscheidungsfindung mit einer klaren Bestimmung, wann ein Anruf bei der/dem verantwortlichen Ärztin/Arzt erforderlich ist. Zusätzlich zu der in der Praxis gesammelten Erfahrung wurde parallel

Tabelle 1: Anzahl (%) der Teilnehmenden an den Umfragen im September 2021, März 2022 und Oktober 2022

	September 21	März 22	Oktober 22
Pflegehelfer/-innen	6 (22%)	18 (25%)	10 (17%)
Pflegefachfrauen/-männer	11 (41%)	28 (39%)	24 (41%)
Klinische Assistenten/-innen	-	3 (4%)	3 (5%)
IPM	2 (7%)	2 (3%)	0 (0%)
Assistenzärzte/-innen	6 (22%)	12 (17%)	12 (21%)
Oberärzte/-innen	2 (7%)	8 (11%)	9 (16%)
Gesamtzahl	27	71	58

IPM: «Itinéraire Patient Manager».

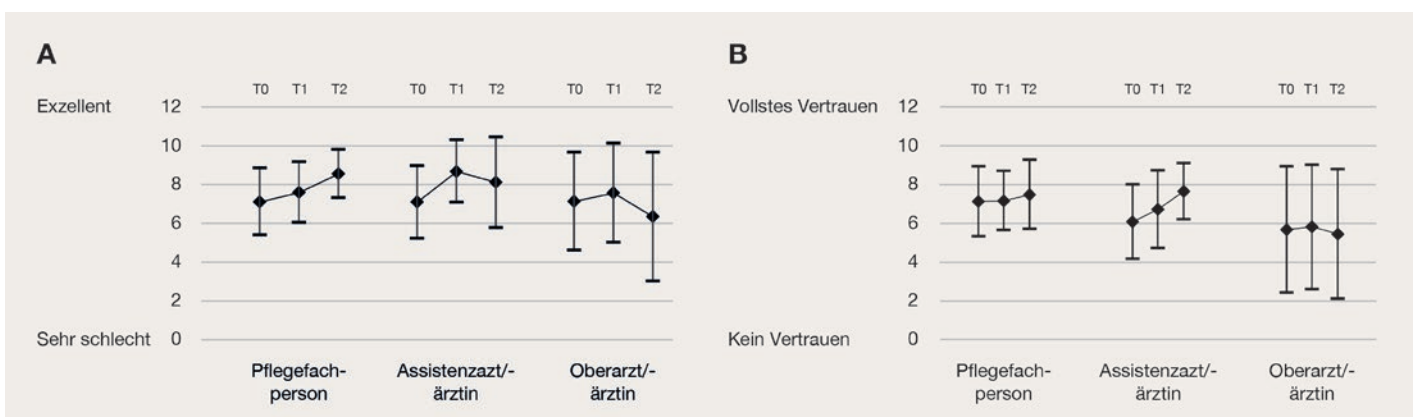


Abbildung 1: Entwicklung der Antworten nach Einführung der Rolle (T0: Projektbeginn, T1: 6 Monate, T2: 12 Monate). **A)** Zufriedenheitsniveau hinsichtlich Zusammenarbeit mit den «Physician Associates» (PAs). **B)** Vertrauensniveau gegenüber PAs.

dazu eine 500-stündige Ausbildung über ein Jahr durchgeführt. Die PAs arbeiten immer im Zweier-Team mit einem/einer Assistenzarzt/-ärztin und unter der Verantwortung eines/einer Oberarztes/-ärztin. Um das Funktionieren dieser neuen Rolle zu bewerten, wurde eine Umfrage unter Mitarbeitenden, die eng mit den PAs zusammenarbeiten, sechs und zwölf Monate nach der Einführung der neuen Rolle durchgeführt (Tab. 1). Diese zeigte sehr gute Ergebnisse in Bezug auf die Zufriedenheit, die Qualität der Zusammenarbeit und das Vertrauen in die PAs (Abb. 1).

Die Anzahl der Patientinnen und Patienten sowie deren Komplexität nahmen mit der Gewandtheit der PAs stetig zu. Dies geschah, ohne dass es zu Zwischenfällen oder Komplikationen kam. Unserer Erfahrung nach gehen die PAs bei der Betreuung der Patientinnen und Patienten kein Risiko ein und rufen bei Zweifeln konsequent die zuständigen Ärztinnen und Ärzte an. Ausserdem haben sie nicht die operativen und akademischen Verpflichtungen der Assistenzärztinnen und -ärzte, wodurch sie verfügbarer sind. Die Akzeptanz in der Abteilung war dank einer angemessenen Kommunikation mit allen betroffenen Mitarbeitenden sehr hoch. Die Befürchtung, dass es wegen der Unkenntnis der PA-Rolle zu Konflikten zwischen den verschiedenen Beteiligten kommen könnte, erwies sich letztlich als unbegründet.

Korrespondenz

Dr. med. Mickael Chevally
Service de chirurgie viscérale et transplantation
Hôpitaux universitaires de Genève
Rue Gabrielle-Perret-Gentil 4
CH-1205 Genève
[Mickael.Chevally\[at\]hcuge.ch](mailto:Mickael.Chevally[at]hcuge.ch)

Disclosure Statement

SB: Vortragshonorare von der Berner Fachhochschule, vom Institut et Haute École La Source sowie der Universität Luzern; Ehrenmitglied der Physician Associates

Switzerland. Die anderen Autoren haben deklariert, keine potentiellen Interessenskonflikte zu haben.

Literatur

- 1 Ramer SC. The Russian feldsher: A PA prototype in transition. *JAAPA*. 2018;31(11):1–6.
- 2 Duke University School of Medicine [Internet]. About the PA Program. Accés le 14.01.2023. Abrufbar unter- Disponible sur: <https://medschool.duke.edu/education/health-professions-education-programs/physician-assistant-program/about-pa-program-1>
- 3 Schweizerische Eidgenossenschaft. SR 811.21 – Bundesgesetz über die Gesundheitsberufe (GesBG). Letzter Zugriff am 14.01.2023. Abrufbar unter: <https://www.fedlex.admin.ch/eli/cc/2020/16/de>
- 4 Ritsema T, Brown D, Vetrovsky D. International development of the physician assistant profession. In: *Ballweg's Physician Assistant: A Guide to Clinical Practice*. 7th ed: Elsevier; 2021.



Dr. med. Mickael Chevally

Service de chirurgie viscérale et transplantation, Hôpitaux universitaires de Genève (HUG), Genève



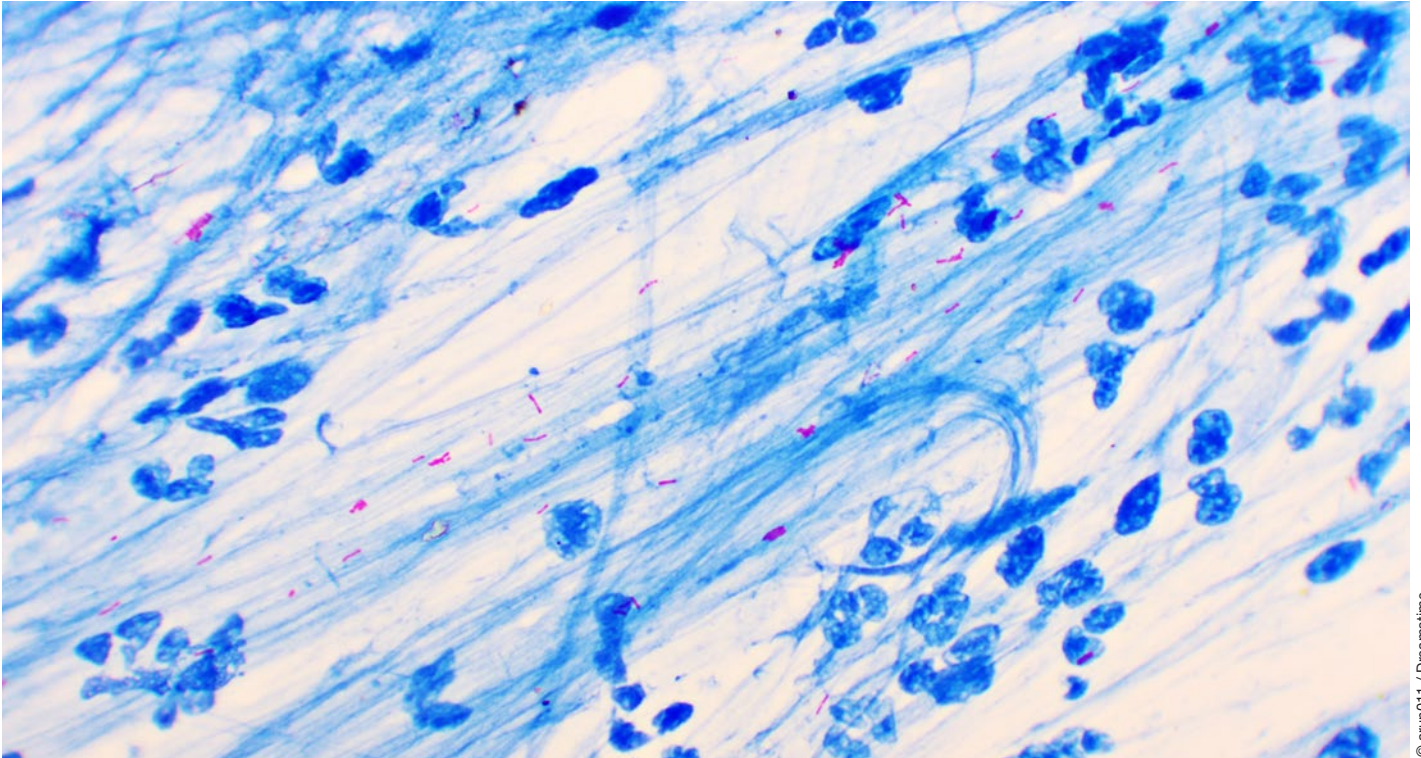
Sonia Barbosa, MHS

Service de chirurgie viscérale et transplantation, HUG, Genève; Département Prestations et développement professionnel, FMH, Berne



Prof. Dr. med. Stefan Breitenstein

Klinik für Viszeral- und Thoraxchirurgie, Kantonsspital Winterthur, Winterthur



Mikroskopischer Nachweis von säurefesten Stäbchen (*Mycobacterium tuberculosis*) im Sputum.

Was ist zu beachten?

Transaminasenerhöhung während Tuberkulosetherapie

Ivonne Chong^a, dipl. Ärztin; Dr. med. Stefan Zähringer^b; Dr. med. Bianca Roth^c; Dr. med. Philipp Kaiser^c

^a Innere Medizin, Luzerner Kantonsspital, Luzern; ^b Mythenpraxis, Schwyz; ^c Infektiologie und Spitalhygiene, Luzerner Kantonsspital, Luzern

Fallbeschreibung

Eine 44-jährige, ansonsten gesunde Patientin litt über mehrere Monate an anfänglich trockenem, später produktivem Husten, der bei unauffälliger Laboruntersuchung und geringer Allgemeinsymptomatik (kein Fieber, stabiles Gewicht bei Body Mass Index 20 kg/m², jedoch Nachtschweiss) zu Beginn als virale Bronchitis interpretiert wurde. Anamnestisch bestanden mässiger Alkohol- und Nikotinkonsum.

Radiologisch fand sich eine Kaverne von 3,3 × 4,0 cm im apikalen Abschnitt des rechten Oberlappens sowie ausgedehnte Tree-in-Bud-Läsionen oberlappenbetont in allen Lungenabschnitten. Mikrobiologisch konnte im Sputum *Mycobacterium tuberculosis* nachgewiesen werden. Ferner fand sich eine HBs-serokonvertierte Hepatitis-B-Virus-(HBV-)Infektion.

Eine Standardtherapie der Tuberkulose (Tb) mit Rifampicin (R), Isoniazid (I), Pyrazinamid (P) und Ethambutol (E) wurde begonnen.

Frage 1

Welche Nachkontrollen sind bei dieser Patientin am sinnvollsten?

- Anamnese/Untersuchung, Labor, Röntgen und Sputa alle vier Wochen
- Anamnese/Untersuchung, Sputa erst wöchentlich, dann alle zwei Wochen, Computertomographie (CT) vor Abschluss der Initialphase
- Anamnese/Untersuchung, Labor alle zwei Wochen, Sputum und eventuell CT vor Abschluss der Initialphase
- Labor und Röntgen alle zwei Wochen, CT nach vier und acht Wochen
- Anamnese/Untersuchung, Labor monatlich, CT vor Abschluss der Initialphase

Der klinische Verlauf sowie die Leberwerte sollten während der Initialphase (mit R, I, P, E) alle zwei Wochen kontrolliert werden und monatlich in der Fortsetzungsphase (R, I). Bei Anstieg der Leberwerte oder gastrointestinalen Symptomen können engmaschigere Kontrollen nötig werden. Eine Sputumkontrolle sollte bei kavernierendem Lungenbefall mit hoher Erregerlast bei Abschluss der Initialphase sowie am Ende der Behandlung erfolgen und dient einer allfälligen Therapieverlängerung auf insgesamt neun Monate. Konventionelle Thoraxröntgenbilder oder niedrig dosierte CT-Aufnahmen können für die indirekte Beurteilung des Ansprechens auf die Tuberkulosebehandlung hilfreich sein [1].

Unsere Patientin zeigte nach vier Wochen Therapie eine Alanin-Aminotransferase (ALAT) und Aspartat-Aminotransferase (AST) über dem Quantifikationsbereich (>1000 U/l). Die Leber-

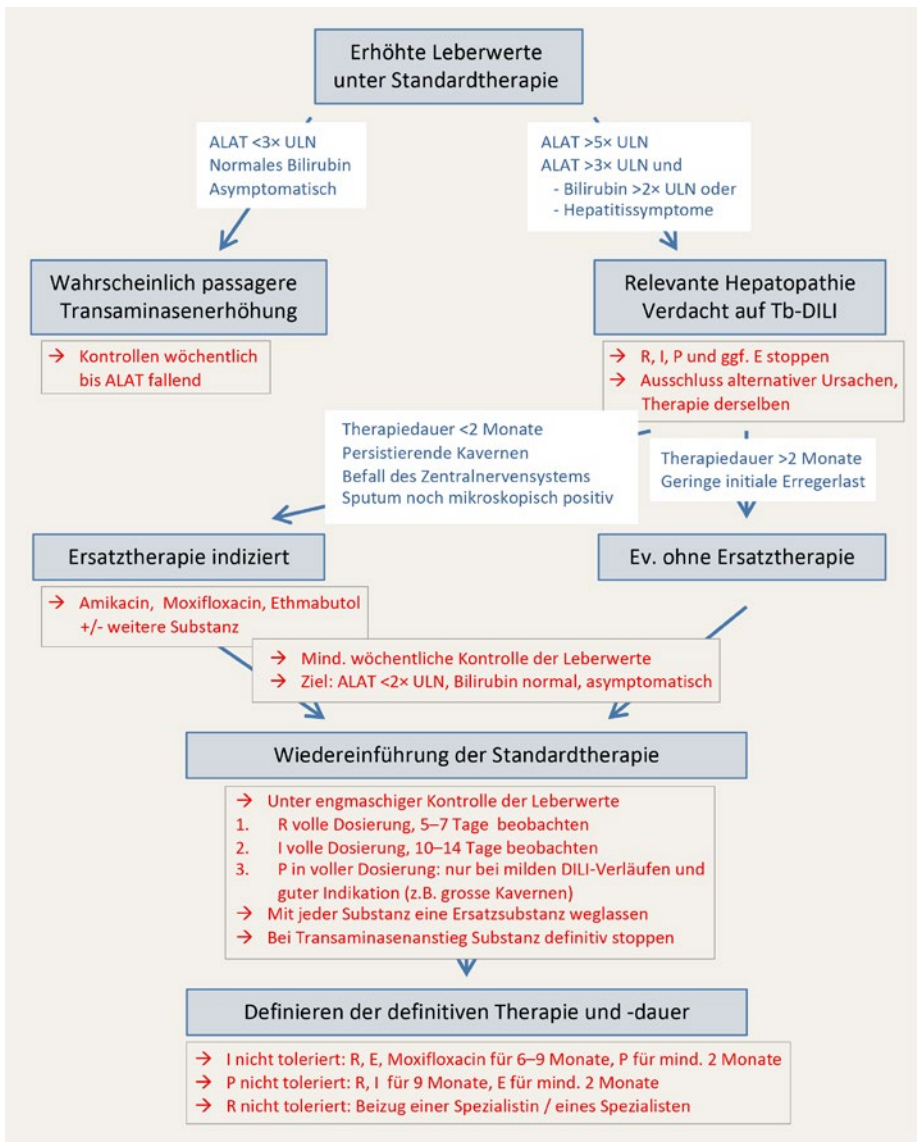


Abbildung 1: Schematisches Vorgehen bei Leberwerterhöhung unter Tuberkulose-(Tb-)Therapie. ALAT: Alanin-Aminotransferase; ULN: upper limit of normal; Tb-DILI: Tb-drug induced liver injury; ggf.: gegebenenfalls; mind.: mindestens; ev.: eventuell; R: Rifampicin; I: Isoniazid; P: Pyrazinamid; E: Ethambutol.

funktionsparameter, die alkalische Phosphatase (AP) und γ -Glutamyltransferase (γ GT) waren normwertig, das C-reaktive Protein (CRP) lag bei 30 mg/l. Die Patientin klagte über leichte Übelkeit ohne Erbrechen oder Bauchschmerzen. Sonographisch fand sich eine leichte Hepatomegalie. Die Sputa zeigten zu diesem Zeitpunkt weiterhin reichlich säurefeste Stäbchen.

Frage 2

Welche Diagnose scheint Ihnen am wahrscheinlichsten?

- Paradoxe Upgrade-Reaktion bei Tb-Leberbefall
- Akute virale Hepatitis, zum Beispiel Hepatitis A
- Transiente Transaminasenerhöhung im Rahmen einer «hepatischen Adaptation»
- Alkoholische Steatohepatitis
- «Tb-drug-induced liver injury» (Tb-DILI)

Unter einer Tb-Therapie können Lymphknoten, aber auch Tuberkulome in der Leber durch Einwanderung von Entzündungszellen eine vorübergehende Grössenzunahme erfahren (Upgrade-Reaktion). Dies zeigt sich meist in einer Leberwerterhöhung mit cholestatischem Profil. Akute virale Hepatitiden können sich durchaus wie beschrieben präsentieren und wurden bei unserer Patientin in der Folge ausgeschlossen; sie sind bei uns verhältnismässig selten. Von hepatischer Adaptation unter Tb-Medikamenten spricht man bei einem passageren, asymptomatischen Ansteigen der Transaminasen bis <3× ULN («upper limit of normal») [2]; engmaschige Kontrollen sind hier empfohlen (Abb. 1). Eine alkoholische Hepatitis ist meist stärker symptomatisch und zeigt ein γ GT-lastiges Profil.

Tb-DILI ist eine pathogenetisch heterogene, medikamentös induzierte Erhöhung der Leberparameter, die asymptomatisch oder

symptomatisch (mit Anorexie, Nausea, Erbrechen, Fieber, Oberbauchschmerzen) verlaufen kann. Die Latenzzeit zwischen Therapiebeginn und Einsetzen der Hepatopathie liegt im Mittel bei rund 3–4 Wochen (5–90 Tagen) [2]. Weibliches Geschlecht, Alter >35 Jahre, Alkoholkonsum, aber auch Kachexie und vorbestehende hepatische oder infektiöse (HIV, virale Hepatitis) Komorbiditäten können das Risiko einer Tb-DILI erhöhen, das im Mittel unter 5% liegen dürfte [2]. Die Sterblichkeit von Patientinnen und Patienten mit Tb-DILI wird mit bis zu 30% beziffert [3].

Unsere Patientin mit Risikofaktoren (Alter, Geschlecht, Alkoholkonsum) hatte isolierte, stark erhöhte Transaminasen nach vier Wochen Tb-Therapie und war oligosymptomatisch, was das Vorliegen einer Tb-DILI plausibel erscheinen liess. Nicht immer findet sich eine so eindeutige Konstellation.

Frage 3

Welche Konstellation erfüllt die Definition einer DILI formal nicht?

- ALAT 135 U/l (10–40), AP 90 U/l (34–104), Bilirubin 30 μ M (<21), schmerzhaft palpable Hepatomegalie
- ALAT 260 U/l (10–50), AP 135 U/l (40–129), Bilirubin 10 μ M (<21), Wohlbefinden
- ALAT 125 U/l (10–50), AP 250 U/l (40–129), Ikterus, Oberbauchschmerzen, Fieber
- ALAT 80 U/l (10–50), AP 500 U/l (40–129), Bilirubin 32 μ M (<21), flüchtige Hautrötung, Juckreiz
- ALAT 140 U/l (10–40), AP 100 U/l (40–104), Bilirubin 50 μ M (<21), Wohlbefinden

Die hepatozelluläre Form einer DILI ist definiert als Erhöhung der ALAT auf >5× der oberen Grenze der Norm (ULN) bei der asymptomatischen Person oder auf >3× ULN mit entsprechenden Symptomen oder einer Bilirubinerhöhung von >2× ULN. Von dieser hepatozellulären Form wird eine cholestatische Form abgegrenzt, die sich durch eine AP von >2× ULN respektive einem Verhältnis von (ALAT/ULN)/(AP/ULN) von <2 auszeichnet [4]. Diese Grenzwerte werden in der Praxis zur Abgrenzung einer relevanten Tb-DILI von der oben erwähnten meist passageren und häufigeren hepatischen Adaptation unter Tb-Therapie verwendet. Von den vier First-Line-Tb-Medikamenten sind drei, R, I und P in ansteigendem Ausmass, potentiell hepatotoxisch, wobei I und P meist ein hepatozelluläres (Antworten a, b, e), R aber zuweilen ein cholestatisches Profil sowie ein flüchtiges Exanthem provozieren kann (d) (Tab. 1) [1, 2]. Antwort c erfüllt die DILI-Definition formal nicht und deutet eher auf eine Cholangitis hin.

Zurück zu unserer Patientin mit Tb-DILI vier Wochen nach Behandlungsbeginn einer

Tabelle 1: Wichtige Eigenschaften der Erstlinien- und einiger Zweitlinien-Tb-Medikamente

Medikament	Charakteristika als Tb-Medikament	Charakteristika Hepatotoxizität ^a	Sonstiges
Rifampicin*	<ul style="list-style-type: none"> Bakterizid auch gegen nicht teilende Bakterien Hemmt Proteinsynthese 	<ul style="list-style-type: none"> Selten schwerwiegend hepatotoxisch Meist cholestatisch in den ersten 6 Wochen Selten hepatozellulär im Rahmen einer systemischen Hypersensitivität 	<ul style="list-style-type: none"> Röttlicher Urin Nausea Hautausschlag
Isoniazid*	<ul style="list-style-type: none"> Hochgradig bakterizid gegen sich teilende Bakterien Hemmt Synthese Zellwand 	<ul style="list-style-type: none"> Häufiger hepatotoxisch als Rifampicin DILI bei Monotherapie ca. 1% der Patientinnen und Patienten Meist hepatozellulär nach 4–12 Wochen Bildung von freien Radikalen, selten Hypersensitivität 	<ul style="list-style-type: none"> Polyneuropathie Hautausschlag Schläfrigkeit
Pyrazinamid*	<ul style="list-style-type: none"> Bakterizid auch bei tiefem pH (in abszedierenden Tuberkulomen) Mechanismus unklar 	<ul style="list-style-type: none"> Bei Tb-DILI am häufigsten für auslösende Substanz gehalten Bei Überdosierung regelmässig hepatozellulärer Schaden Bildung von freien Radikalen Sehr selten (cholestatische) granulomatöse Hepatitis 	<ul style="list-style-type: none"> Hyperurikämie Gichtanfälle Hautausschlag
Ethambutol*	<ul style="list-style-type: none"> Bakteriostatisch Hemmt Synthese Zellwand 	<ul style="list-style-type: none"> Sehr selten hepatotoxisch Hypersensitivität Cholestatisch 	<ul style="list-style-type: none"> Optikusneuritis (abhängig von Dosis und Dauer der Gabe)
Aminoglycoside[§]	<ul style="list-style-type: none"> Bakterizid gegen teilende Bakterien Weniger potent als Isoniazid Hemmen Proteinsynthese Gabe als Infusion erforderlich 	<ul style="list-style-type: none"> Extrem selten hepatotoxisch 	<ul style="list-style-type: none"> Oto- und Vestibulopathie Nephropathie
Moxifloxacin	<ul style="list-style-type: none"> Bakterizid Hauptpfeiler in der Behandlung der Rifampicin-resistenten Tb Hemmt DNA-Gyrase 	<ul style="list-style-type: none"> Selten hepatotoxisch Meist Hypersensitivität Hepatozellulär oder cholestatisch 	<ul style="list-style-type: none"> Tendinopathie <i>Clostridioide-difficile</i>-Infektion
Linezolid	<ul style="list-style-type: none"> Bakterizid Eigentlich Reservesubstanz für resistente Tb Einfach verfügbar in der Schweiz Hemmt Proteinsynthese 	<ul style="list-style-type: none"> Bei kurzzeitiger Gabe kaum hepatotoxisch Bei Langzeitgabe DILI in Kombination mit Laktatazidose Mitochondriale Toxizität 	<ul style="list-style-type: none"> Polyneuropathie Zytopenien Laktatazidose

* Erstlinienmedikamente

§ In der Schweiz hauptsächlich Amikacin

& Zusätzliche Referenz: [livertox.nih.gov](https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK547852/), <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK547852/> (abgerufen am 9. Mai 2021)

Tb: Tuberkulose; DILI: drug-induced liver injury.

kavernierenden Lungentuberkulose: Sie leidet an leichter Übelkeit, sonographisch mässiger Hepatomegalie und laborchemisch ALAT >5× ULN, mit normwertiger AP und Bilirubin.

Frage 4

Welche Massnahme erscheint Ihnen wenig geeignet im weiteren Management?

- Ersatz von R, I, P durch Amikacin, Moxifloxacin unter Fortführung von Ethambutol
- Sonographie der Leber und Gallenwege
- Pausieren der Tb-Therapie bis zur Normalisierung der Leberwerte
- Genauere Anamnese, Erfragen von zusätzlich eingenommenen Medikamenten und Noxen
- Kontrolle der Leberenzyme und -funktionsparameter 1–2×/Woche

Antworten b, d und e zielen auf die Diagnostik zur Sicherung der Ausschlussdiagnose DILI ab und stellen ein Minimalprogramm dar [2]. Da die Vortestwahrscheinlichkeit einer Tb-DILI meist sehr hoch ist, können seltenere Ursachen meist erst gesucht werden, wenn 7–10 Tage nach Absetzen der hepatotoxischen Tb-Medi-

kamente R, I und P kein Abklingen der Hepatopathie absehbar wird [2]. Eine DILI tritt meist früh in der Tb-Behandlung ein, wenn bei multibazillären Formen (wie der kavernierenden Lungentuberkulose in unserem Beispiel) noch eine hohe Erregerlast besteht und ein Unterbrechen der Therapie zu einer Rekrudescenz oder zur späteren Resistenzentwicklung führen kann. Im späteren Verlauf könnte Antwort c vertretbar sein, häufig ist aber das Einsetzen einer alternativen Therapie mit geringerer Hepatotoxizität vorzuziehen. Diese sollte mindestens drei Substanzen umfassen (Tab. 1). Typischerweise handelt es sich dabei um die Kombination eines Aminoglykosids wie Amikacin mit Moxifloxacin unter Weiterführung von Ethambutol [2].

Unter dem Eindruck der weiterhin grossen Kaverne mit Expektorat reichlich säurefester Stäbchen und in Unkenntnis der initialen Resistenzprüfung verwendeten wir beim vorliegenden Fall zusätzlich Linezolid als vierte Substanz. Die nachträglich eintreffenden Kulturresultate ergaben allerdings ein weiterhin voll sensibles Isolat. Innerhalb von drei Wo-

chen zeigte sich unter dieser leberschonenden Kombination eine vollständige Normalisierung der Transaminasen.

Frage 5

Wie würden Sie die Behandlung dieser Patientin fortführen?

- Wechsel zurück auf R, I, P, E in voller Dosierung
- Schrittweises Auswechseln von Amikacin und Linezolid durch I und P; R definitiv stoppen
- Weiterführen der aktuell gut tolerierten Therapie über sechs Monate
- Schrittweises Auswechseln der Zweitlinienmedikamente durch R, dann I und schliesslich P
- Weiterführen der aktuellen Therapie, Stoppen der Amikacin-Infusionen nach zwei Monaten

Die Therapie mit den Erstlinienmedikamenten R, I und P ist bezüglich Wirksamkeit weiterhin unübertroffen und hinsichtlich Langzeittoxizität letztlich günstiger als die meisten Zweitlinienmedikamente (Tab. 1) [1, 2]. Deshalb sollte eine Wiedereinführung zumindest von R und I angestrebt werden. Interessanterweise werden

R, I und auch P nach relevantem DILI-Ereignis sekundär nicht selten toleriert. Obwohl ein DILI-Rezidiv bei gleichzeitiger Reintroduktion gegenüber sequenzieller Wiedereinführung nicht gehäuft aufzutreten scheint [5], bietet letztere den Vorteil, dass ein allfälliges Rezidiv eher einer bestimmten Substanz zugeordnet werden kann. Häufig ist P die ausschlaggebende Noxe, weshalb diese Substanz mit Vorteil zuletzt wieder eingeführt wird. Bei Patientinnen und Patienten, die einen bedrohlichen DILI-Verlauf hinter sich haben oder bei denen eine mitverursachende chronische Lebererkrankung diagnostiziert worden ist, sollte von einer Wiedereinführung von P und eventuell auch I abgesehen werden [2]. Die Gesamtdauer der Tb-Therapie sollte nach erfolgreichem Management einer DILI-Episode so gewählt werden, dass letztlich die erforderlichen sechs Monate R und I sowie mindestens zwei Monate P erreicht werden [1]. Muss eine Komponente definitiv gestoppt werden, ist eine suffiziente Ersatztherapie zu wählen [2] (Abb. 1). Insbesondere bei Intoleranz von R sollte eine Ärztin oder ein Arzt mit Erfahrung im Gebiet zugezogen werden.

In unserem Fall wurde Linezolid durch R, fünf Tage später Amikacin durch I ersetzt, was die Patientin klinisch und laborchemisch gut tolerierte. Weitere zwei Wochen später ersetzen wir Moxifloxacin durch P. Eine Woche später lag die ALAT wieder bei 390 U/l, worauf P definitiv gestoppt werden musste. In der neunten Therapiewoche waren die Sputa erstmals mikroskopisch negativ und blieben hernach auch ohne Wachstum. Die weitere Therapie erfolgte mit R, I (über insgesamt neun Monate) und E (über insgesamt drei Monate). Definitiv gestoppt wurde die Behandlung nach einer abschliessenden CT-Untersuchung, die weitreichende Regredienz der Veränderungen inklusive Kaverne zeigte.

Diskussion

In der Schweiz erkranken jedes Jahr rund 550 Menschen an Tb, eine Zahl, die angesichts der Migration in Zukunft eher ansteigen wird. Die Behandlung dieser Patientinnen und Patienten fällt Allgemeinpraktizierenden sowie Fachärztinnen und -ärzten der Pneumologie und Infektiologie anheim und erfordert insbesondere in den ersten zwei Monaten regelmässige Kontrollen bezüglich einer medikamentösen Hepatopathie. Zu Beginn der Tb-Standardtherapie kann bei bis zu 20% der Erkrankten ein passagerer Anstieg der Transaminasen von weniger als 3× ULN eintreten. In weniger als 5% der Fälle entwickelt sich eine schwerere Hepatotoxizität, die die DILI-Kriterien erfüllt und die Organfunktion gefährden kann. Bei einem Transaminasenanstieg auf >5× ULN, einem Ikterus oder anderen Hepatitisssymptomen sollten die drei

hepatotoxischen Medikamente R, I und P – nach Möglichkeit in Rücksprache mit einer in Tb-Behandlung erfahrenen Arztperson – pausiert werden. Häufig fällt diese Komplikation in eine kritische Phase der Tb-Behandlung, sodass eine leberfreundlichere Ersatztherapie, oftmals bestehend aus einem Aminoglykosid, Moxifloxacin unter Weiterführung von Ethambutol eingesetzt werden muss. Eine sequenzielle Reexposition gegenüber R, I und allenfalls P sollte nach Abklingen der Hepatopathie angestrebt werden und wird häufig auch toleriert.

Ein Vorschlag zum Management einer Tb-DILI-Episode sowie wichtige Informationen zu den Tb-Erstlinien- und ausgewählten Zweitlinienmedikamenten sind in Abbildung 1 und Tabelle 1 zusammengefasst.

Antworten

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

Korrespondenz

Ivonne Chong
Innere Medizin
Spitalstrasse
CH-6004 Luzern
chi[at]jarzthaus.ch

Informed Consent

Ein schriftlicher Informed Consent zur Publikation liegt vor.

Disclosure Statement

Die Autoren haben deklariert, keine potentiellen Interessenskonflikte zu haben.

Literatur

- Schoch OD, Barben J, Berger C, Böttger EC, Egger Am, Fenner L, et al. Tuberkulose in der Schweiz – Leitfaden für Fachpersonen des Gesundheitswesens. Lungenliga Schweiz, Bundesamt für Gesundheit, Hrsg. Bern; 2021.
- Saukkonen JJ, Cohn DL, Jasmer RM, Schenker S, Jereb JA, Nolan CM, et al.; ATS (American Thoracic Society) Hepatotoxicity of Antituberculosis Therapy Subcommittee. An official ATS statement: hepatotoxicity of antituberculosis therapy. *Am J Respir Crit Care Med.* 2006;174(8):935–52.
- Devarbhavi H, Singh R, Patil M, Sheth K, Adarsh CK, Balaraju G. Outcome and determinants of mortality in 269 patients with combination anti-tuberculosis drug-induced liver injury. *J Gastroenterol Hepatol.* 2013;28(1):161–7.
- European Association for the Study of the Liver. Electronic address: easloffice@easloffice.eu; Clinical Practice Guideline Panel: Chair; Panel members; EASL Governing Board representative. EASL Clinical Practice Guidelines: Drug-induced liver injury *J Hepatol.* 2019;70(6):1222–61.
- Sharma SK, Singla R, Sarda P, Mohan A, Makharia G, Jayaswal A, et al. Safety of 3 different reintroduction regimens of antituberculosis drugs after development of antituberculosis treatment-induced hepatotoxicity. *Clin Infect Dis.* 2010;50(6):833–9.



Ivonne Chong, dipl. Ärztin
Innere Medizin, Luzerner Kantonsspital,
Luzern

Wichtige Differentialdiagnose

Syphilis: ein neuroinfektiologisches Chamäleon

Dr. med. Sabrina Humair^a, Dr. med. Vineeta Bansal Zweifel^b, Dr. med. Adrian Schmid^b, Prof. Dr. med. Sabine Sartoretti^c,
Dr. med. Matthias Greulich^d

Department Medizin, Kantonsspital Winterthur, Winterthur: ^a Klinik für Innere Medizin; ^b Medizinische Poliklinik und Infektiologie;

^c Klinik für Radiologie und Nuklearmedizin; ^d Klinik für Neurologie

Hintergrund

Ein Schlaganfall im jüngeren Lebensalter ist selten und stellt das Behandlungssystem vor besondere diagnostische und therapeutische Herausforderungen. Die Ursachen sind heterogen und unterscheiden sich deutlich von denen älterer Patientinnen und Patienten. Neben nicht arteriosklerotischen Vasopathien sowie unterschiedlichen kardialen und mikroangiopathischen Ätiologien sollte auch an Drogenkonsum, Vaskulitiden oder Infektionen wie HIV oder Syphilis gedacht werden [1]. Gerade die Neurosyphilis stellt trotz des Erfolges der Penicillintherapie eine besondere diagnostische und therapeutische Herausforderung dar. Die Entscheidung zur Durchführung einer Lumbalpunktion, die Interpretation von Liquorbefunden, klare diagnostische Richtlinien für Neurosyphilis, die Festlegung einer definitiven Therapie (einschliesslich Alternativen zu Penicillin) und die Vorgehensweise bei der Nachsorge von Patientinnen und Patienten mit Neurosyphilis sind mit Unsicherheiten behaftet [2].

Fallbericht

Anamnese

Die notfallmässige Zuweisung des 39-jährigen Patienten erfolgte bei Verdacht auf einen akuten Schlaganfall aufgrund einer von seinen Mitarbeitenden bemerkten Sprachstörung mit Wortfindungsstörungen sowie leichten drückenden Kopfschmerzen seit dem Aufstehen. Fremdanamnestisch habe der Patient auf der Arbeitsstelle die Post nicht korrekt sortiert und Schwierigkeiten gehabt, die richtigen Worte zu finden. Den aus der Vorgeschichte bekannten Drogenkonsum negierte der Patient. Auch ver-

neinte er Infekte, Hautausschläge, Schleimhautveränderungen im Mund, genitale Beschwerden, wie zum Beispiel Ulzera, oder eine Hörstörung. Er berichtete über häufige Zeckenstiche, wobei er jedoch in den letzten Monaten keinen bemerkt habe. Gegen Frühsommermeningoenzephalitis (FSME) war er vollständig geimpft. Im Verlauf der Hospitalisation berichtete der Patient des Weiteren, bis vor sechs Monaten repetitiv ungeschützten Sexualkontakt mit wechselnden Partnerinnen gehabt zu haben.

Klinischer Befund und Diagnostik

Auf der Notfallstation präsentierte sich ein kardiopulmonal stabiler, afebriler, voll orientierter Patient mit leicht verzögerter Spontansprache und Benennungsstörungen bei komplexen Begriffen im Sinne einer leichten expressiven Aphasie bei intaktem Lesen und Sprachverständnis. Zusätzlich fiel eine leichte psychomo-

torische Verlangsamung auf. Die «National Institutes of Health Stroke Scale» (NIHSS) bei Eintritt lag bei 1/42 Punkten. Begleitend bestanden leichte holozepale Kopfschmerzen, ein Donnerschlagkopfschmerz wurde verneint.

Computertomographisch zeigte sich eine diskrete Perfusionsminderung im hinteren Media- und Posteriorstromgebiet links (Abb. 1). Die CT-Angiographie ergab entsprechend Kaliberunregelmässigkeiten mit Vasospasmen der peripheren Media- und Posterioräste.

Im Tox-Screening waren Cannabis sowie Amphetamin positiv. Unter Annahme einer zerebralen Ischämie nahmen wir den Patienten zur Komplexbehandlung auf die Stroke Unit auf und vermuteten zunächst ein reversibles zerebrales Vasokonstriktionssyndrom im Rahmen einer Amphetaminintoxikation.

Im ergänzenden Magnetresonanztomogramm (MRT) des Schädels (Abb. 2) liess sich

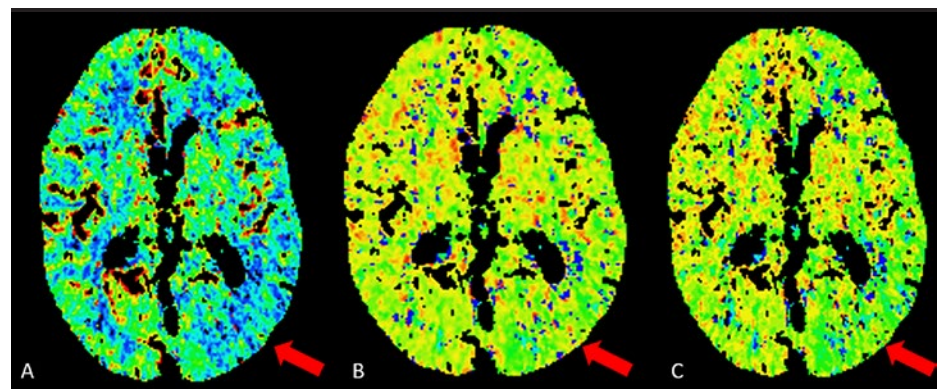


Abbildung 1: Perfusions-Computertomogramm des Schädels (Axialschnitte) mit **A**) zerebralem Blutfluss (CBF) und mit **B**) «mean transit time» (MTT) sowie mit **C**) «time to peak» (TTP). Die roten Pfeile weisen auf temporo-okzipitale Areale mit vermindertem CBF (blaue Farbe) und verlängerter MTT und TTP (grüne Farbe) im Media- und Posteriorstromgebiet links hin, vereinbar mit einer Durchblutungsstörung (Perfusionsdefizit) im Media- und im Posteriorstromgebiet links.

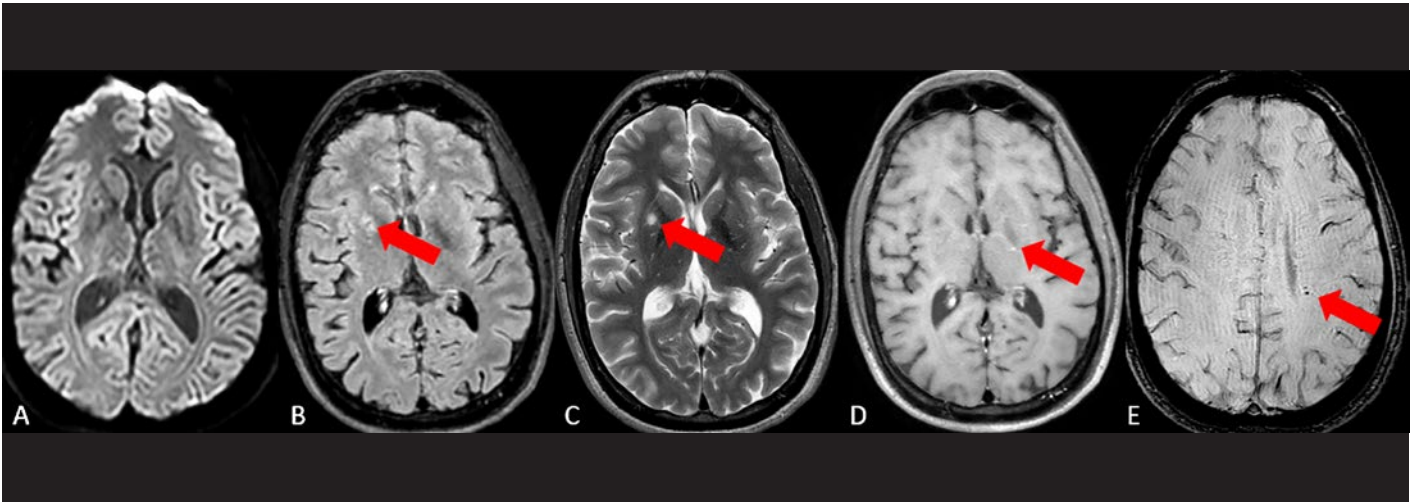


Abbildung 2: Magnetresonanztomogramm des Schädels (Axialschnitte): Diffusionsgewichtete Aufnahme ohne Diffusionsstörung (A). Chronischer kleiner lakunärer ischämischer Infarkt im Nucleus lentiformis rechts (roter Pfeil auf axialer FLAIR-Aufnahme B und auf axialer T2-gewichteter Aufnahme C). Kleine, punktförmige Kontrastmittelanreicherung im Crus posterius capsulae internaee links auf T1-kontrastmittelverstärkter Spin-Echo-Aufnahme (roter Pfeil in D) bei Kleingefässvaskulitis. Kleine Mikroblutungen im Centrum semiovale links (roter Pfeil in E) als Folge der Kleingefässvaskulitis.

Tabelle 1: Liquorbefund des Patienten

Parameter	Referenzbereich	Messwerte
Zellzahl Liquor		
Zellzahl	<5/ μ l	128
Erythrozyten	$\times 10^6$ / μ l	0
Polynukleäre Zellen maschinell	/ μ l	17
Mononukleäre Zellen maschinell	/ μ l	111
Mikroskopische Zelldifferenzierung Liquor		
Neutrophile	%	21,5
Eosinophile	%	0,5
Basophile	%	0
Monozyten	%	7,5
Lymphozyten	%	70,5
Plasmazellen	%	0
Andere Zellen	%	0
Liquor-Chemie/Liquorproteine		
Glukose / Liquor	2,2–3,9 mmol/l	2,3
Laktat / Liquor	<2,1 mmol/l	3,1
Totalprotein / Liquor	<450 mg/l	848
Albumin / Liquor	<350 mg/l	450
IgG / Liquor	<34 mg/l	218
IgA / Liquor	<5 mg/l	36
IgM /Liquor	<1,3 mg/l	18,3

Im Liquor zeigten sich eine lymphozytäre Pleozytose mit 128 Zellen/ μ l, erhöhte Protein-, verminderte Glukose- und erhöhte Laktatwerte. Des Weiteren fand sich eine intrathekale IgA-, IgM- und IgG-Synthese.

Tabelle 2: Ergebnisse des *Treponema pallidum*-Partikel-Agglutinationstests (TPPA) des Patienten in Serum und Liquor

Syphilisserologie Serum

RPR	↑ ↑	1:128
TPPA	↑ ↑	1:20480
T. p. IgG-ELISA	↑ ↑	>3,5
T. p. IgM-ELISA	↑ ↑	>3,5

Syphilisserologie Liquor

RPR	↑ ↑	1:8
TPPA	↑ ↑	1:2560
T. p. IgG	↑ ↑	>3,5
SPHA-IgM	↑ ↑	1:16

↑ : schwach reaktiv; ↑ ↑ : reaktiv; ELISA: 0–0,79 = nicht reaktiv.
Der TPPA war mit einem Titer von 1:20480 im Serum und einem Titer von 1:2560 im Liquor positiv, was für eine eindeutige Neurosyphilis sprach.
ELISA: Enzyme-linked Immunosorbent Assay; RPR: Rapid-Plasma-Reagin; T. p.: *Treponema pallidum*; SPHA: Solid-Phase-Haemadsorption-Assay.

keine akute Ischämie nachweisen, allerdings fanden sich einzelne chronisch-lakunäre Infarkte (Abb. 2B und C) sowie Mikroblutungen (Abb. 2E). Zusätzlich zeigten sich MR-angiographisch Kaliberunregelmässigkeiten der kleinen Hirngefässe.

Duplexsonographisch stellten sich die Gefässe unauffällig dar ohne Hinweise auf Vasospasmen der grösseren hirnversorgenden Arterien. Das Elektroenzephalogramm (EEG) war leicht allgemeinverändert mit «frontal intermittent rhythmic delta activity» (FIRDA) im Sinne einer diffusen Enzephalopathie.

Zur Abgrenzung einer Vaskulitis des Zentralnervensystems (ZNS) haben wir noch erweiterte Abklärungen mit Vaskulitis-Screening, Lues- sowie HIV-Serologie ergänzt. Hier liessen sich überraschenderweise *Treponema pallidum*-Antikörper im Serum nachweisen, die HIV-Serologie war negativ. Im Liquor zeigte sich eine lymphozytäre Pleozytose mit 128 Zellen/μl, erhöhtem Protein, verminderter Glukose und erhöhtem Laktat (Tab. 1). Des Weiteren fand sich eine intrathekale IgA-, IgM- und IgG-Synthese bei leichter Blut/Liquor-Schrankenstörung (Tab. 1).

In der ergänzenden Lues-Serologie war der *Treponema pallidum*-Partikel-Agglutinationstest (TPPA) im Serum mit einem Titer von 1:20 480 und im Liquor mit einem Titer von 1:2560 positiv (Tab. 2), was für eine Neurosyphilis sprach.

Die Borrelien-Serologie zeigte eine alleinige Positivität für Antikörper gegen p41 (Flagellin-Protein), die typisch für eine Kreuzreaktion mit *Treponema pallidum* oder anderen begeißelten Bakterien ist.

Diagnose und Therapie

In Zusammenschau der Befunde diagnostizierten wir eine meningovaskuläre Neurosyphilis und initiierten eine antibiotische Therapie mit Penicillin intravenös. Bei ansonsten fehlender Indikation für eine stationäre Therapie konnte die intravenöse Antibiotikabehandlung des Patienten im Verlauf ambulant mittels Elastomerpumpe im Rahmen unseres «Outpatient Parenteral Antimicrobial Therapy»-(OPAT-) Programms abgeschlossen werden.

Klinisch zeigte sich nach zweiwöchiger intravenöser Therapie ein guter Verlauf. In einer serologischen Kontrolle sechs Monate nach Therapie liess sich als Zeichen der Abheilung eine vierfache Reduktion des Rapid-Plasma-Reagin-(RPR-)Titer nachweisen.

Diskussion

Die Infektion des ZNS mit *Treponema pallidum*, dem Erreger der Syphilis, ist seit Jahrhunderten ein Ärgernis für Medizinerinnen und Mediziner. In der präantibiotischen Ära wurden Erkrankte oft seriellen Lumbalpunktionen unterzogen, um die therapeutische Wirksamkeit von Arsen zu beurteilen. Arsen und alle anderen Therapien, die vor der Entdeckung des Penicillins eingesetzt wurden, konnten die Patientinnen und Patienten jedoch nicht heilen [2, 3]. Mit dem weit verbreiteten Einsatz der Penicillintherapie nach dem Zweiten Weltkrieg sanken die Syphilisraten für mehrere Jahrzehnte dramatisch [2, 4]. Die Neurosyphilis, die einst so häufig war, dass sie in der präantibiotischen Ära schätzungsweise 10–20% der Spitalweisungen ausmachte, wurde zu einer seltenen Diagnose [2]. Mit dem Aufkommen der HIV-Infektion in den frühen 1980er Jahren wurde weltweit ein Wiederauftreten der Syphilis beobachtet und viele Berichte aus den 1980er sowie frühen 1990er Jahren deuteten auf eine schnellere Progression der Infektion mit *Treponema pallidum* zu einer ZNS-Erkrankung in dieser Patientenpopulation hin.

Weltweit erkranken zurzeit circa 5,6 Millionen Menschen jährlich an Syphilis, vor allem in Afrika [7]. 2019 wurden in der Schweiz dem Bundesamt für Gesundheit (BAG) 1046 neue Syphilisfälle gemeldet, was im Durchschnitt der zwei Vorjahre lag. Betroffen waren wesentlich homo- und bisexuelle Männer sowie Sexarbeiterinnen [8].

Zur Therapie der Neurosyphilis bedarf es einer zweiwöchigen intravenösen Penicillin-

therapie [9]. Letztere kann, bei Fehlen weiterer Indikationen für eine stationäre Behandlung, ambulant im Rahmen eines OPAT-Programms durchgeführt werden, was die Bettenauslastung und Spitalkosten reduziert [10], das Risiko nosokomialer Infektionen senkt und die Patientenzufriedenheit deutlich steigert [11].

Das Wichtigste für die Praxis

- Die Abklärung von Schlaganfall-verdächtigen Symptomen bei jüngeren Patientinnen und Patienten stellt aufgrund der heterogenen Ursachen eine besondere diagnostische Herausforderung dar.
- Infektiöse Ursachen sind hier eine wichtige Differentialdiagnose. Lues-, HIV- und Borrelien-Serologien sollten in einem Vaskulitis-Screening nicht vergessen und eine Lumbalpunktion sollte niederschwellig durchgeführt werden.
- Die Syphilis bleibt ein Chamäleon der Medizin und sollte differentialdiagnostisch immer in Erwägung gezogen werden.
- Der einzige Nachweis von Antikörpern gegen p41 (Flagellin-Protein) in der Borrelien-Serologie ist typisch für eine Kreuzreaktion mit *Treponema pallidum* oder anderen begeißelten Bakterien.

Korrespondenz

Dr. med. Sabrina Humair
Permanence Winterthur
Bahnhofplatz 5
CH-8400 Winterthur
sabrina.humair[at]gmail.com

Informed Consent

Ein schriftlicher Informed Consent zur Publikation liegt vor.

Disclosure Statement

Die Autoren haben deklariert, keine potentiellen Interessenskonflikte zu haben.



Literatur

Die vollständige Literaturliste finden Sie online unter <https://doi.org/10.4414/smfm.2023.09157>.



Dr. med. Sabrina Humair
Klinik für Innere Medizin, Department
Medizin, Kantonsspital Winterthur,
Winterthur

Resultate der Urabstimmung der FMH Services Genossenschaft

Geschätzte Genossenschafterinnen und Genossenschafter

Mit dem Geschäftsbericht haben wir Sie im Mai 2023 über unsere operativen Aktivitäten im vergangenen Jahr informiert und Sie um Genehmigung der im Geschäftsbericht 2022 publizierten Erfolgsrechnung 2022, der Bilanz per 31.12.2022 sowie der Geldflussrechnung und des Anhangs zur Rechnungslegung der

FMH Services, der Zuweisung des Resultats und um die Entlastung der Verwaltung gebeten.

Wir freuen uns, Ihnen nun die Resultate der Urabstimmung im Einzelnen präsentieren zu können und danken Ihnen für Ihre Teilnahme und Ihr Interesse.

Freundliche Grüsse
FMH Services Genossenschaft

Dr. med., MLaw Beat Bumbacher
Präsident der Verwaltung

Markus Lehmann
Geschäftsführer

Urabstimmung 2023

1. Stimmabgabe

12. Mai bis 30. Juni 2023 schriftlich bei der Gemeinde Oberkirch

2. Auszählung

Herr J. R. Rogger, Gemeindeverwaltung Oberkirch

3. Resultate

3.1 Antrag 1

Genehmigen Sie die im Geschäftsbericht publizierte Erfolgsrechnung 2022, die Bilanz per 31.12.2022 sowie die Geldflussrechnung und den Anhang zur Rechnungslegung der FMH Services?

Abgegebene Stimmen	3836
Ungültige Stimmen (keine Unterschrift)	23
Leere und keine Stimmen	107
Gültige Stimmen	3706
JA-Stimmen	3596
NEIN-Stimmen	110

Dem Antrag 1 wird somit deutlich zugestimmt.

3.2 Antrag 2

Sind Sie einverstanden, den Verlust von CHF 864675.61 auf die neue Rechnung vorzutragen und mit dem Eigenkapital zu verrechnen?

Abgegebene Stimmen	3834
Ungültige Stimmen (keine Unterschrift)	23
Leere und keine Stimmen	148
Gültige Stimmen	3663
JA-Stimmen	3409
NEIN-Stimmen	254

Dem Antrag 2 wird somit deutlich zugestimmt.

3.3 Antrag 3

Erteilen Sie der Verwaltung der FMH Services Genossenschaft für das Berichtsjahr 2022 Entlastung?

Abgegebene Stimmen	3830
Ungültige Stimmen (keine Unterschrift)	23
Leere und keine Stimmen	124
Gültige Stimmen	3683
JA-Stimmen	3477
NEIN-Stimmen	206

Dem Antrag 3 wird somit deutlich zugestimmt.

3.4 Antrag 4

Stimmen Sie der Wahl der Revisionsstelle Truvag Revisions AG in Sursee für eine weitere Amtsperiode von einem Jahr zu?

Abgegebene Stimmen	3839
Ungültige Stimmen (keine Unterschrift)	23
Leere und keine Stimmen	107
Gültige Stimmen	3709
JA-Stimmen	3604
NEIN-Stimmen	105

Dem Antrag 4 wird somit deutlich zugestimmt.

3.5 Antrag 5

Stimmen Sie der Wahl der Gemeindeverwaltung Oberkirch als neutrale Drittstelle zur Abwicklung der Urabstimmung für eine weitere Amtsperiode von einem Jahr zu?

Abgegebene Stimmen	3842
Ungültige Stimmen (keine Unterschrift)	23
Leere und keine Stimmen	267
Gültige Stimmen	3552
JA-Stimmen	3500
NEIN-Stimmen	52

Dem Antrag 5 wird somit deutlich zugestimmt.

3.6 Antrag 6

Stimmen Sie der Wahl von Herrn Dr. med. Beat Bumbacher (bisher) als Präsident der Verwaltung für eine weitere Amtsperiode zu?

Abgegebene Stimmen	3852
Ungültige Stimmen (keine Unterschrift)	23
Leere und keine Stimmen	266
Gültige Stimmen	3563
JA-Stimmen	3386
NEIN-Stimmen	177

Dem Antrag 6 wird somit deutlich zugestimmt.

3.7 Antrag 7

Stimmen Sie der Wahl von Herrn Dr. med. Philippe Eggimann (bisher) als Mitglied der Verwaltung für eine weitere Amtsperiode zu?

Abgegebene Stimmen	3841
Ungültige Stimmen (keine Unterschrift)	23
Leere und keine Stimmen	118
Gültige Stimmen	3700
JA-Stimmen	3540
NEIN-Stimmen	160

Dem Antrag 7 wird somit deutlich zugestimmt.

3.8 Antrag 8

Stimmen Sie der Wahl von Frau Dr. med. Regula Friedli-Kronenberg (bisher) als Mitglied der Verwaltung für eine weitere Amtsperiode zu?

Abgegebene Stimmen	3836
Ungültige Stimmen (keine Unterschrift)	23
Leere und keine Stimmen	111
Gültige Stimmen	3702
JA-Stimmen	3566
NEIN-Stimmen	136

Dem Antrag 8 wird somit deutlich zugestimmt.

3.9 Antrag 9

Stimmen Sie der Wahl von Herrn Dr. med. Simone Ghisla (bisher) als Mitglied der Verwaltung für eine weitere Amtsperiode zu?

Abgegebene Stimmen	3835
Ungültige Stimmen (keine Unterschrift)	23
Leere und keine Stimmen	111
Gültige Stimmen	3701
JA-Stimmen	3555
NEIN-Stimmen	146

Dem Antrag 9 wird somit deutlich zugestimmt.

3.10 Antrag 10

Stimmen Sie der Wahl von Herrn Dr. med. Remo Osterwalder (bisher) als Mitglied der Verwaltung für eine weitere Amtsperiode zu?

Abgegebene Stimmen	3835
Ungültige Stimmen (keine Unterschrift)	23
Leere und keine Stimmen	114
Gültige Stimmen	3698
JA-Stimmen	3520
NEIN-Stimmen	178

Dem Antrag 10 wird somit deutlich zugestimmt.

3.11 Antrag 11

Stimmen Sie der Wahl von Herrn Dr. med. Pierre Sindelar (bisher) als Mitglied der Verwaltung für eine weitere Amtsperiode zu?

Abgegebene Stimmen	3834
Ungültige Stimmen (keine Unterschrift)	23
Leere und keine Stimmen	227
Gültige Stimmen	3584
JA-Stimmen	3433
NEIN-Stimmen	151

Dem Antrag 11 wird somit deutlich zugestimmt.

Das Ergebnis dieser Urabstimmung wurde von Herr J. R. Rogger, c/o Gemeindeverwaltung Oberkirch, am 7. Juli 2023 als vollständig und richtig bestätigt.



Einfach weiter-
kommen

**Dienstleistungen für
Ärzte und Praxen**
Praxisgründung
Praxisführung
Gruppenpraxis
Praxisübergabe

 **FMH SERVICES**

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



Mangelernährung – ein häufig unerkannter Risikofaktor

Ernährungszustand Mangelernährung ist ein häufig unerkannter, modifizierbarer Risikofaktor für erhöhte Mortalität, Morbidität und Gesundheitskosten. Eine frühe Erkennung mittels Screenings durch den Hausarzt oder die Hausärztin und eine prompte adäquate Behandlung sind entscheidend für die positive Beeinflussung des klinischen Verlaufs.

Dipl. Ärztin Jolanda Siegenthaler, Carla Wunderle, Dipl. Ärztin Claudia Ciobanu, Prof. Dr. med. Philipp Schütz, Prof. Dr. med. Zeno Stanga

Die Europäische Gesellschaft für klinische Ernährung und Metabolismus (ESPEN) definiert die Mangelernährung als einen Ernährungszustand, in dem ein Energie-, Protein und Mikronährstoffdefizit zu einer veränderten Körperzusammensetzung (reduzierte Muskelmasse) und zu einer Abnahme der Körperfunktionen führt sowie zur negativen Beeinflussung des klinischen Verlaufs [1].

Auch in der Schweiz kommt die Mangelernährung häufig vor, welche in der Regel durch Krankheitsfaktoren bedingt ist, so dass dabei von einer krankheitsassoziierten Mangelernährung (KAM) gesprochen wird.

Die Prävalenz einer KAM bei hospitalisierten Patienten in der Schweiz liegt zwischen 20% bis 50% [2-4]. Dabei stellt die KAM insofern ein Problem dar, da sie mit einer hohen Mortalität, Morbidität und verminderten Lebensqualität vergesellschaftet ist und auch die Dauer des Spitalaufenthaltes negativ beeinflussen kann. Diese Auswirkungen führen dann auch zu höheren Kosten im Gesundheitswesen [5, 6].

Die Pathogenese der KAM scheint dabei multifaktoriell zu sein. Neben akuten und chronischen Entzündungsreaktionen, welche zu vermindertem Appetit und in Folge zu reduzierter Energie- und Proteinaufnahme führen können, scheinen auch endokrine Mechanismen den katabolen Zustand zu fördern [7-10].

Screening

Um Patientinnen und Patienten mit einem hohen Mangelernährungsrisiko zu identifizieren, empfiehlt die ESPEN folgende validierten Tools zu verwenden: Im stationären Setting das Nutritional Risk Screening 2002 (NRS 2002) und im ambulanten Setting den Malnutrition Universal Screening Tool (MUST), welche schnell durchgeführt werden können und die gleichen Ernährungskomponenten (BMI, Gewichtsverlust und Nahrungskarenz) beinhalten. [11, 12]

Hausärztinnen und Hausärzte spielen eine zentrale Rolle

Bei den vielen mangelernährten, kranken Patienten bei Spitaleintritt muss der Grundstein zur Entstehung der Man-

gelernährung bereits vorgängig, also in den Wochen und Monaten vor dem Spitalaufenthalt, gelegt worden sein. Deshalb spielt insbesondere der Hausarzt oder die Hausärztin in der Erkennung der KAM eine Schlüsselrolle. In der Sprechstunde können erste Zeichen einer KAM festgestellt und eine frühe Intervention eingeleitet werden, was den Krankheitsverlauf der Patientinnen und Patienten positiv beeinflussen kann.

Eine effektive und schnelle Massnahme für die Praxis stellt dabei die regelmässige Bestimmung des Gewichtes mit der Anlage einer Gewichtskurve dar, um Veränderungen rechtzeitig zu erkennen und allenfalls Interventionen einleiten zu können.

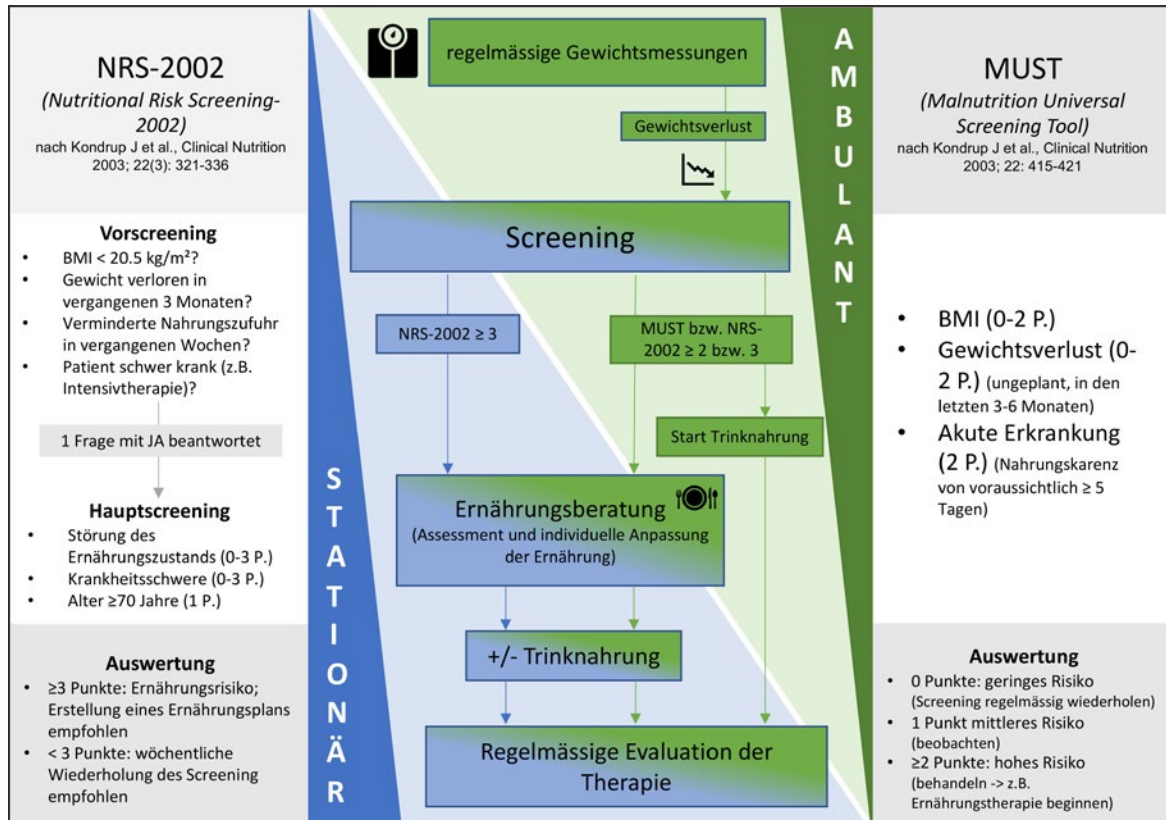
Dabei sind auch die übergewichtigen Patienten nicht zu vergessen, welche oft unter einer sarkopenischen Adipositas leiden [13-15].

Therapie

Wurde eine KAM festgestellt, kann eine gezielte Therapie die Komplikationen wie erhöhte Mortalität, verminderte Lebensqualität und Rehospitalisation positiv beeinflussen. Mehrere Studien zu diesem Thema, welche in einer Meta-Analyse von 2021 zusammengestellt wurden, konnten eine Reduktion der Mortalität um 27% bei hospitalisierten Patienten zeigen, welche eine Ernährungstherapie erhielten [16]. Eine der grössten Studien war dabei die in der Schweiz multizentrisch durchgeführte EFFORT-Studie (Effect of early nutritional support on Frailty, Functional Outcomes, and Recovery of malnourished medical inpatients Trial), welche mehr als 2000 hospitalisierte Patienten einschloss. Dabei wurden eine individuelle Ernährungstherapie,

Für Sie zusammengefasst vom:

7. SGAIM-Frühjahrskongress | 10.-12.05.2023
Congress Center Basel



Empfohlener Algorithmus für ambulantes und stationäres Management der KAM.

welche durch qualifizierte Ernährungsberaterinnen und Ernährungsberater eingeleitet und betreut wurde, mit der üblichen Spitalernährung verglichen. Es zeigte sich, dass mittels einer personalisierten Ernährungstherapie zum Erreichen der Energie- und Proteinziele eine signifikante Reduktion des Risikos für schwere Komplikationen (NNT=25) sowie eine Reduktion der Mortalität um 21% (NNT=37) erreichen konnte [6]. Für die Berechnung der Energiezufuhr kann als Goldstandard die indirekte Kalorimetrie angewendet werden oder auf validierte Formeln, wie zum Beispiel die Harris-Benedict-Formel, zurückgegriffen werden. Im klinischen Alltag wird dabei auch oft eine vereinfachte gewichtsadaptierte Berechnung von 25-30 kcal/kg KG/d angewendet [17]. Bezüglich der Proteinaufnahme werden 1.2 bis 1.5 g/kg KG/d empfohlen – dies sollte bei akutem oder chronischem Nierenversagen ohne Nierenersatztherapie auf 0.8 bis 1.0 g/kg KG/d reduziert werden [18]. Zudem sollte man auch Vitamine und Mineralstoffe bei mangelernährten hospitalisierten Patienten substituieren, um eine ausreichende Versorgung sicherzustellen [19]. Im Behandlungsverlauf sind vor allem regelmässige Therapieevaluationen wichtig, so dass beim Nichterreichen der Therapieziele orale Nahrungssupplemente oder auch eine enterale oder parenterale Ernährung ergänzend eingesetzt werden können [18].

Auch im Anschluss an eine Hospitalisation bleibt die Weiterführung der Ernährungstherapie wichtig. Eine 2022 veröffentlichte Meta-Analyse, welche 14 multinationale Studien einschloss, konnte zeigen, dass durch eine ambulant weitergeführte Ernährungstherapie eine Reduktion der Langzeitmortalität um 37% erreicht werden kann. [20] In der Schweiz wird aktuell die grossangelegte, multizentri-

sche, randomisierte EFFORT II-Studie (Effect of Continued Nutritional support at Hospital Discharge on Mortality, Frailty, Functional Outcomes and Recovery Trial) durchgeführt, welche hier die entscheidende Evidenz liefern kann.

Zusammenfassung

Viele Patienten weisen eine KAM auf, welche mit einer erhöhten Mortalität, Morbidität und mit höheren Gesundheitskosten vergesellschaftet ist. Entscheidend ist eine frühzeitige Erkennung und Behandlung durch ein multiprofessionelles Team mit regelmässiger Überprüfung des Therapieerfolges.

Dabei spielt die Hausärztin und der Hausarzt eine zentrale Rolle, da diese ein Mangelernährungsrisiko mittels Screenings bereits vor einem möglichen Spitaleintritt erkennen und frühzeitige Massnahmen einleiten können.

Korrespondenz

zeno.stanga[at]insel.ch



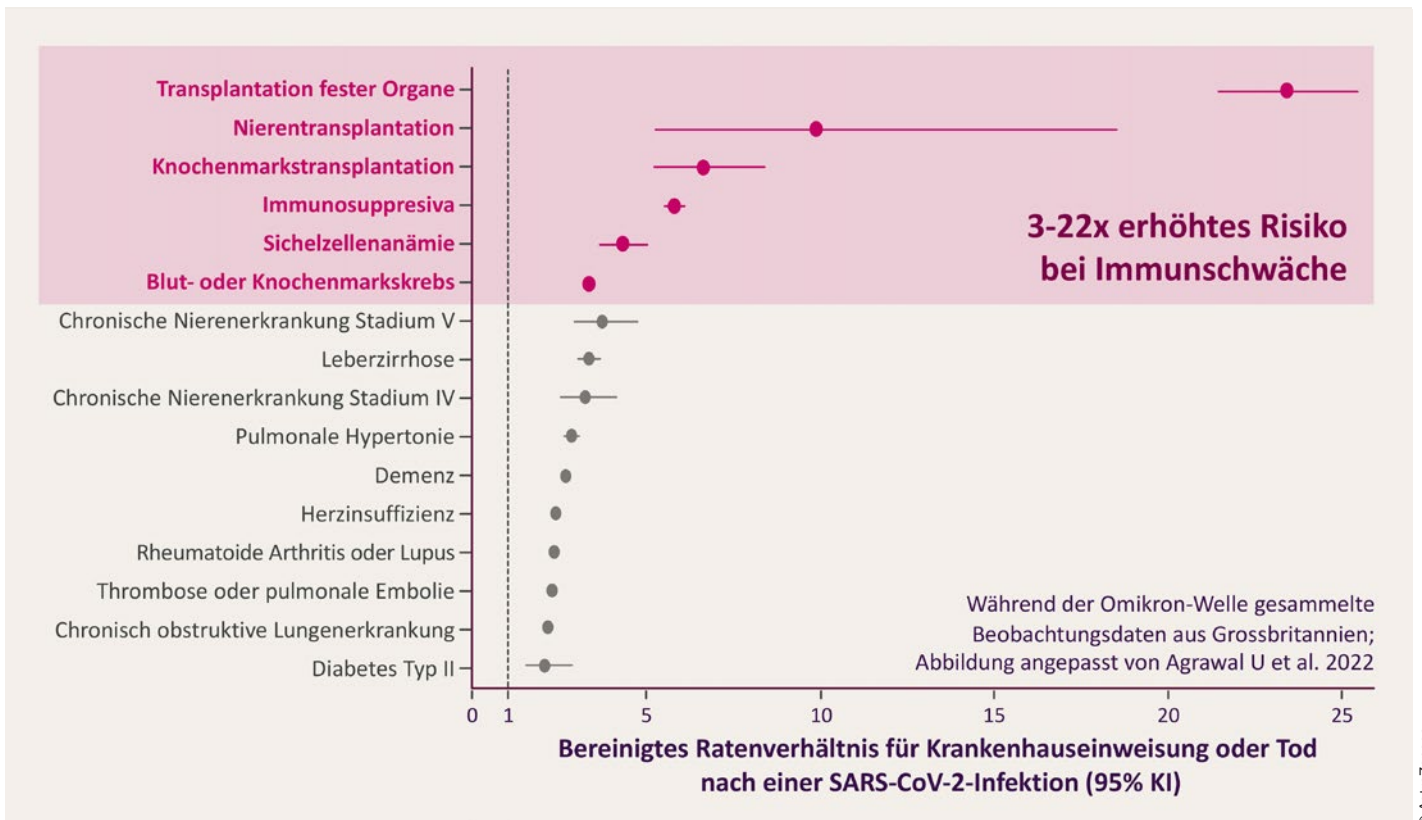
Literatur

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



Prof. Dr. med. Zeno Stanga

Leitender Arzt an der Universitätsklinik für Diabetologie, Endokrinologie, Ernährungsmedizin und Metabolismus am Inselspital Bern.



Das Risiko für eine Hospitalisation oder Tod ist bei doppelt geimpften immungeschwächten Patienten gegenüber Gesunden 3- bis 22-fach erhöht [7].

COVID-19 – Risiko bei Immunschwäche bleibt

Immunschwäche Nach drei Jahren Pandemie spürt man Erleichterung, dass sich allmählich wieder der Alltag einstellt. Doch nicht alle können aufatmen. Immungeschwächte Personen haben noch immer ein erhöhtes Risiko für einen schweren oder gar tödlichen Verlauf bei einer COVID-19-Infektion. Wie also schützt man diese vulnerablen Patientinnen und Patienten?

Dr. sc. nat. Marco Kuster

Die beklemmenden Bilder aus Bergamo zu Beginn der Pandemie, das bange Studieren der neuesten Fallzahlen, der einschneidende Lockdown und das sehnsüchtige Warten auf den ersten Impftermin. Gemäss der Weltgesundheitsorganisation (WHO) kam es weltweit zu über 276 Millionen Infektionen – rund 2.2 Millionen Menschen starben [1]. Während rund drei Jahren war COVID-19 ein fixer Bestandteil in unserem Leben.

Und heute? Gemäss WHO ist die pandemische Notlage vorbei [1]. Fast alle Massnahmen sind aufgehoben und unser Alltag hat sich weitgehend normalisiert [2]. Getestet wird kaum noch, Masken sieht man nur noch selten im öffentlichen Raum. Doch nicht alles ist wieder wie früher und schon gar nicht für die Menschen mit Immunschwäche in unserer Gesellschaft.

Am diesjährigen Kongress der European Society of Clinical Microbiology and Infectious Diseases (ECCMID)

in Kopenhagen mit rund 14 000 Spezialisten aus der Mikrobiologie und Infektiologie wurden auch diese Themen diskutiert [3]. Zwar herrscht Einigkeit, dass die Situation nicht mehr so dramatisch ist wie zu Beginn, doch COVID-19 wird uns noch lange beschäftigen – Long-COVID, Lücken im Gesundheitssystem durch die Mehrbelastung, die vielen aufgeschobenen Eingriffe und das verbleibende Risiko für immunsupprimierte Patientinnen und Patienten stehen hier im Fokus.

Die allermeisten Menschen dürften inzwischen mit dem Virus in Kontakt gekommen sein – durch die Impfung oder eine Infektion. Dadurch ist in der Bevölkerung eine gute Grundimmunisierung erreicht worden. Die Impfempfehlung in der Schweiz konnte entsprechend angepasst werden. Neu soll nur im Falle einer sich abzeichnenden COVID-19-Welle, besonders gefährdeten Personen, deren letzte Impfdosis mehr als sechs Monate zurückliegt, eine Impfung gegen Covid-19 empfohlen werden [4].

Wie aber wissen wir, wie viele Viren derzeit zirkulieren? Anders als während der Pandemie wird derzeit kaum noch getestet. Die Zahlen müssen also mit Vorsicht betrachtet werden, wenngleich das Abwassermonitoring wertvolle Hinweise zur Viruslast und den aktuell zirkulierenden Varianten liefern kann [5].

Hochrisikopatienten schützen

Nicht die ganze Bevölkerung kann auf ein robustes Immunsystem zurückgreifen. So setzt ab einem gewissen Alter eine Immunseneszenz ein, insbesondere bei Komorbiditäten. Hinzu kommen all jene Personen, die aufgrund einer Erkrankung, genetischer Faktoren oder medikamentöser Behandlung ein geschwächtes Immunsystem haben. Die Schweizer Gesellschaft für Infektiologie (SSI) hat in einer Kriterienliste die Hochrisikogruppe definiert [6]:

- HIV-Infektion mit einer CD4+ T-Zellzahl von < 200 pro μ l
- Vererbte Immunschwäche
- Behandlung mit monoklonalen Anti-CD20- oder Anti-CD19-Antikörpern oder anderen B-Zell-depletierenden Therapien, Bruton-Tyrosin-Kinase-Hemmern, einschliesslich immunsuppressiver Therapien (insbesondere bei langfristiger Anwendung von Glukokortikoiden >20 mg Prednisonäquivalent/Tag oder Krebs unter Chemotherapie)
- Hämatologische Malignitäten (z. B. Leukämie, Lymphom, Graft-versus-host Erkrankung (GvHD); einschliesslich autologer und allogener hämatopoetischen Stammzelltransplantation (HSCT) und CAR-T-Zell-Therapie, multiples Myelom, myeloproliferative Erkrankungen) mit Neutropenie (< 1000 Neutrophile/ μ l für \geq 1 Woche) oder unter aktiver Therapie oder nach HSCT
- Sichelzellenanämie
- Organtransplantierte

Diese Patienten haben ein besonderes Schutzbedürfnis. In Grossbritannien deuten Beobachtungsstudien darauf hin, dass auch während der Omikron-Welle noch immer ein deutlich höheres Risiko für eine Hospitalisation oder gar einen tödlichen Verlauf gegeben war, wenn Komorbiditäten vorhanden waren. Insbesondere für die von der SSI definierten Gruppen von Patienten mit Immunschwäche war das Risiko gegenüber der Gesamtbevölkerung sogar 3- bis 22-fach erhöht [6, 7; siehe Figur].

Auch die Betroffenen sind sich dieser Thematik bewusst. Ein Zusammenschluss von Betroffenenorganisationen hat erst kürzlich den Bundesrat aufgefordert, sich um die immungeschwächte Bevölkerung zu kümmern [8].

David Haerry, Vorsitzender des Positivrates und Mitunterzeichner der Forderung sagt dazu: «Für die rund 2% Menschen mit Immunschwäche in der Schweiz ist die Pandemie nicht vorbei. Gerade weil die Schutzmassnahmen gefallen sind, werden Sie wieder vermehrt aus der Gesellschaft und in die Isolation gedrängt».

Die möglichen Schutzmassnahmen vor COVID-19 sind für Patientinnen und Patienten mit Immunschwäche eingeschränkt. Oftmals bilden sich in dieser Gruppe auch nach mehrmaliger Impfung keine oder nicht ausreichend neutralisierende Antikörper. Es bleiben Masken, verstärkte Hygienemassnahmen und Social Distancing [9]. Für die Betroffenen und deren Umfeld verursacht dies einen hohen Leidensdruck.

Abhilfe konnte hier eine passive Immunisierung schaffen. Dabei werden den Patienten neutralisierende Antikörper verabreicht. Dank innovativer Anpassungen ist auch nach einer einzigen Gabe ein langanhaltender Schutz möglich [10]. Entsprechend wurden von Swissmedic inzwischen monoklonale Antikörper nicht nur für die Behandlung, sondern auch zur Prä-Expositionsprophylaxe zugelassen [11].

Leider haben die Antikörper durch die neusten Varianten von SARS-CoV-2 – insbesondere BQ.1 und XBB – ihre Wirksamkeit verloren und sind derzeit nicht mehr empfohlen [6]. Die Industrie arbeitet aber bereits an angepassten Nachfolgeprodukten, um die entstandene Versorgungslücke baldmöglichst zu schliessen. Entscheidend wird sein, dass diese Substanzen rasch wieder verfügbar und die Betroffenen zeitnah über die Prophylaxe-Möglichkeit informiert werden. Nur so kann COVID-19 auch für immungeschwächte Patienten seinen Schrecken verlieren.

Korrespondenz

Marco.Kuster[at]AstraZeneca.com



Literatur

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



Dr. sc. nat. Marco Kuster

Leiter der Medizinischen Abteilung für Impfstoffe und Immunkrankheiten bei AstraZeneca Schweiz. Arbeitet seit 14 Jahren in diversen medizinischen Funktionen für die Schweiz, Europa und globale Teams.

Amyloidose

Update Amyloidosen sind seltene Erkrankungen mit unspezifischen Zeichen und Symptomen. Daran zu denken ist entscheidend. Eine frühe Diagnose ist möglich – therapeutische Optionen stehen zur Verfügung um die potentiell eingeschränkten Organfunktionen und somit die Lebensqualität unserer Patienten zu verbessern.

KD Dr. med. Axel Rüfer

Amyloidosen sind Proteinfaltungskrankheiten – es findet eine extrazelluläre Ablagerung unlöslicher fibrillärer Aggregate in Geweben statt. In der Kongorot-Färbung lässt sich Amyloid nachweisen, welches polarisationsoptisch eine grüne oder rot-gelbliche Doppelbrechung zeigt. Eine Typisierung des Amyloids ist zwingend [1].

Der Fokus des Artikels ist auf den häufigsten kardialen Amyloidosen. Überwiegend unterscheidet man dabei die Leichtketten-Amyloidose (AL) von der Transthyretin-Amyloidose (ATTR), bei der man eine erworbene Form (ATTRwt - wild type) von einer hereditären (ATTRv - variant) differenziert. Diese machen mehr als 98% der kardialen Amyloidosen aus. Andere Formen kardialer Amyloidosen sind nicht Gegenstand des Artikels.

Die Amyloidose ist eine seltene Erkrankung mit unspezifischen klinischen Zeichen und Symptomen. Daher wird die Diagnose oft mit klinisch relevanter Verzögerung gestellt [2]. Das «Daran Denken» ist der Schlüssel für eine frühzeitige Diagnose. In der Hausarztpraxis sollte man bei Patienten mit (diastolischer) Herzinsuffizienz, nichtdiabetischer Proteinurie / nephrotischem Syndrom, Hepatomegalie, Motilitätsstörungen des Gastrointestinaltraktes, Fatigue und Gewichtsverlust, nichtdiabetischer Neuropathie, orthostatischer Hypotonie und Synkopeneigung an eine systemische Amyloidose denken [3].

In der kardiologischen Praxis muss man bei einer unerklärten Wanddicke des linken Ventrikels von ≥ 12 mm in der Echokardiographie und mindestens einem der folgenden Symptome an eine kardiale Amyloidose denken: Herzinsuffizienz oder Aortenstenose bei Patienten ≥ 65 Jahre, Hypotonie oder Normotonie bei zuvor hypertensiven Patienten, reduzierte longitudinale Myokardfunktion mit nahezu normaler Funktion der apikalen Segmente, Perikarderguss, EKG-Veränderungen wie Niedervoltage der QRS-Komplexe sowie AV-Überleitungsstörungen und Bradykardien [4].

Für Sie zusammengefasst vom:

7. SGAIM-Frühjahrskongress | 10.-12.05.2023
Congress Center Basel

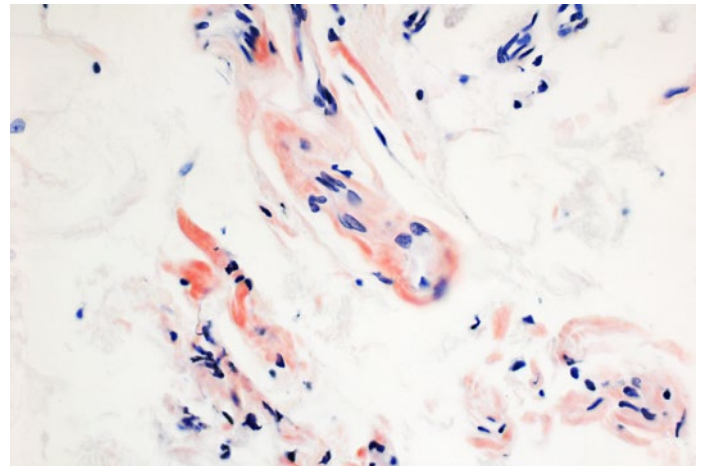


Abbildung 1: Kongorotfärbung, rot zeigen sich die extrazellulären Amyloidablagerungen.

© Mit freundlicher Genehmigung von Prof. Dr. Ellen Obermann, Institut für Pathologie, Luzerner Kantonsklinik.

Auch bevor man die Diagnose einer monoklonalen Gammopathie unklarer Signifikanz in der hämatologischen Praxis stellen kann muss man eine systemische Amyloidose ausschliessen.

Sollte der Verdacht auf eine systemische Amyloidose bestehen, kann mit den validierten aber unspezifischen Biomarkern NT-proBNP und Troponin T sowie Albumin im Urin und Alkalische Phosphatase eine mögliche Organbeteiligung evaluiert werden. Während sowohl die AL- als auch die ATTR-Amyloidose einen kardialen Befall verursachen können, ist eine Nieren- und/oder Leber-Manifestation nur bei der AL-Amyloidose beschrieben.

Nach Anamnese und körperlicher Untersuchung muss man klären, ob eine monoklonale Gammopathie vorliegt. Hierzu müssen eine Serum- und Urin-Protein-Elektrophorese mit Immunfixation vorgenommen und die freien Leichtketten im Serum (FLC) bestimmt werden (inklusive der Berechnung des Quotienten und der Differenz von involvierten und nicht-involvierten FLC).

Liegt eine monoklonale Gammopathie vor, muss eine Knochenmarkuntersuchung mit Zytologie, Histologie, genetischer Analyse sowie Kongorot-Färbung erfolgen. Ist dabei kein Amyloid nachweisbar, muss eine Feinnadelaspiration des Bauchfetts, allenfalls gefolgt von der Biopsie

potentiell klinisch beteiligter Organe (Niere, Herz, Nerven) durchgeführt werden. Der Amyloidnachweis in einem Organ ist genügend. Zwingend ist eine Typisierung des Amyloids mit der Immunhistochemie als Standard, in unklaren Fällen muss eine Massenspektrometrie erfolgen [5].

Liegt keine monoklonale Gammopathie vor, wird eine auf ^{99m}Tc -Phosphaten basierende Szintigraphie durchgeführt. Gemäss dem myokardialen und ossären Tracer-Uptake können vier Gradierungen (Grad 0 bis 3) entsprechend dem Perugini-Score vorgenommen werden. Ist der myokardiale Tracer-Uptake gleich dem ossären (Grad 2) oder grösser als der ossäre mit reduziertem/nicht vorhandenem ossären Tracer-Uptake (Grad 3) kann man die Diagnose einer kardialen ATTR-Amyloidose auch ohne Biopsie stellen. Eine molekulargenetische Analytik des Transthyretin-Gens (TTR) führt zur Unterscheidung zwischen nicht mutierter, im höheren Alter auftretender (ATTRwt) oder mutierter, familiärer (ATTRv) ATTR-Amyloidose. Bei Letzterer ist die Beteiligung von peripherem und/oder autonomem Nervensystem typisch [6].

Eine Endomyokardbiopsie mit Entnahme mehrerer Proben aus der zuvor durch Bildgebung festgelegten Zielregion ist bei den Patienten notwendig, welche sowohl eine monoklonale Gammopathie als auch einen Grad 1- bis Grad 3-Befund in der Szintigraphie haben, um Ausmass und Typ des Amyloids zu bestimmen. Das gleichzeitige Auftreten von kardialer AL- und ATTR-Amyloidose ist beschrieben [7].

Das therapeutische Procedere richtet sich bei der AL-Amyloidose danach, ob ein niedriges (20% der Patienten), intermediäres (60%) oder hohes (20%) Risiko vorliegt. Grundlage für die Risikostratifizierung ist das Staging. Das modifizierte Mayo Clinic / European staging system mit den Parametern NT-proBNP und Troponin I wird am häufigsten benutzt, da es am besten die Hochrisiko-Patienten mit fortgeschrittener kardialer Beteiligung bei Diagnose identifiziert (NT-proBNP > 8500 ng/L, Stadium IIIb) [8].

Die Therapie der AL-Amyloidose ist bei rascher Progredienz, insbesondere bei fortschreitender Herzinsuffizienzsymptomatik, ein medizinischer Notfall. Der Schweregrad der kardialen Beteiligung und der Anteil monoklonaler Plasmazellen bestimmen dabei die Prognose. Patienten mit niedrigem Risiko sind prinzipiell Kandidaten für eine Hochdosistherapie mit Melphalan 200 mg/m^2 mit autologer Stammzell-Transfusion. Dieser geht eine Induktion voraus, in der Regel mit dem Proteasomen-Inhibitor Bortezomib und dem anti-CD38-monoklonalen Antikörper Daratumumab, gefolgt von einer Konsolidation mit diesen Agenzien.

Die Patienten mit intermediärem Risiko bei einem kardialen Stadium I bis IIIa sind zumindest bei Diagnose keine Kandidaten für eine Hochdosistherapie und werden mit der kassenpflichtigen Therapie aus Daratumumab SC, Cyclophosphamid, Bortezomib und Dexamethason (CyBORd) therapiert [9]. Es gibt weitere wirksame aber nicht zugelassene Substanz-Kombinationen (Melphalan und Dexamethason (MDex), kombiniert mit Bortezomib (BMDex) oder Lenalidomid (LMDex)), und Monotherapien, wie Carfilzomib oder Venetoclax – letzteres insbesondere bei der Translokation t(11;14).

Patienten mit hohem Risiko im fortgeschrittenen kardialen Stadium IIIb sind die mit der grössten Herausforderung, hier existiert kein therapeutischer Standard und es

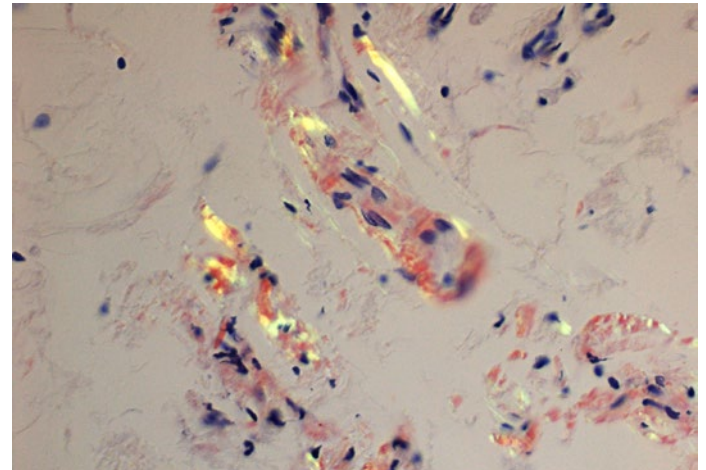


Abbildung 2: Polarisationsoptisch wird das Amyloid grünlich («flaschengrün») dargestellt.

© Mit freundlicher Genehmigung von Prof. Dr. Ellen Obermann, Institut für Pathologie, Luzerner Kantonsspital.

gibt keine zugelassenen Medikamente. Ob eine Monotherapie mit Daratumumab SC, niedrig-dosiertem Bortezomib oder Dexamethason durchgeführt wird, hängt neben der raschen Substanzverfügbarkeit und von Komorbiditäten wesentlich von Patientenwünschen ab. Aktuell werden monoklonale anti-Amyloid-Antikörper, wie z. B. CAEL-101 oder Birtamimab, in dieser Situation in Studien untersucht.

Zur Therapie der Wildtyp- oder hereditären ATTR-Amyloidose mit Kardiomyopathie im NYHA-Stadium I bis II ist der TTR-Stabilisator Tafamidis kassenpflichtig. Zur Therapie von symptomatischen ATTRv-Patienten mit Polyneuropathie im Stadium 1 und 2 sind die Proteinsynthese-Blocker Patisiran und Inotersen kassenpflichtig. Es ist davon auszugehen, dass beide letztgenannten Substanzen auch den Verlauf der ATTR-Kardiomyopathie positiv beeinflussen.

Bei der kardialen Amyloidose ist die Therapie der Aortenstenose, Thromboembolien, Vorhofflimmern, ventrikulären Arrhythmien und Überleitungsstörungen essentiell. Häufige Todesursachen sind eine rasch progressive Herzinsuffizienz sowie der plötzliche Herztod. Sowohl β -Blocker als auch ACE-Hemmer können zu symptomatischen Hypotonien führen und sollen vermieden werden. Diuretika sind Therapie der Wahl.

Eine interdisziplinäre Zusammenarbeit ist der einzig erfolgversprechende diagnostische und therapeutische Weg.

Korrespondenz

axel.ruefer[at]luks.ch



Literatur

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



KD Dr. med. Axel Rüfer

Co-Chefärzt Hämatologie am Luzerner Kantonsspital Luzern, ein Unternehmen der LUKS Gruppe. Organisator des Luzerner Amyloidose Netzwerks (LAN).

Besser schlafen mit Daridorexant?

Insomnie Das neue Schlafmittel mit dem Wirkstoff Daridorexant ist für Menschen mit Schlafstörungen ein Hoffnungsträger. Doch das Medikament ist nicht unumstritten: Sein Zusatznutzen wird von einigen Stellen nicht anerkannt. Matthias Emanuel Liechti, Professor für Klinische Pharmakologie und Innere Medizin am Universitätsspital Basel, gibt eine Einordnung.

Leonie Dolder

Manchen hilft kein Schäfchenzählen, kein gemütliches Bett, kein Einschlaflied: Wer in mindestens drei Nächten pro Woche und länger als einen Monat so schlecht schläft, dass die Lebensqualität beeinträchtigt ist, hat eine Schlafstörung. Insomnien stellen die zweithäufigste mentale Erkrankung dar und neigen zur Chronifizierung [1, 2]. Falsch oder nicht behandelt können sie das Risiko für andere Gesundheitsprobleme erhöhen.

Wirkstoff blockiert das Hormon Orexin

Mit Daridorexant gibt es einen weiteren Wirkstoff zur Behandlung von Schlafstörungen. Es ist zugelassen, um Erwachsene mit Insomnie zu behandeln, deren Symptome seit mindestens drei Monaten anhalten und eine beträchtliche Auswirkung auf die Tagesaktivität haben. Und so funktioniert das Mittel: Daridorexant antagonisiert die Aktivierung der Orexin-Rezeptoren, verringert somit die Wachheit und erleichtert das Einschlafen, ohne das Verhältnis der Schlafphasen zu verändern [3]. Zum Hintergrund: Das Hormon Orexin wird von Nervenzellen gebildet und ist an der Steuerung des Schlaf-Wach-Rhythmus beteiligt.

Es droht keine Abhängigkeit

Prof. Dr. med. Matthias Emanuel Liechti, Professor für Klinische Pharmakologie und Innere Medizin am Universitätsspital Basel, sieht klare Vorteile des seit April 2022 zugelassenen Wirkstoffs: «Er ist verträglicher als beispielsweise Benzodiazepine oder Benzodiazepin-Analoga bezüglich unerwünschter Benommenheit und Gangunsicherheit. Die Wirkung von 50 Milligramm Daridorexant ist etwa mit jener von 10 Milligramm Zolpidem vergleichbar.» Zudem senke der neue Wirkstoff im Vergleich mit Zolpidem die Wachliegezeit während der Nacht besser bei vergleichbarer Einschlafzeit. Womöglich wirke es also auch bei Durch-

schlafstörungen. Liechti: «Für mich bringt Daridorexant insgesamt eine Verbesserung, auch im Zusammenhang mit dem häufigen Problem der Abhängigkeit von und Verträglichkeit gegenüber bisherigen Schlafmitteln. Ausserdem ist es mindestens gleich und klinisch relevant wirksam.» Aber er ergänzt: «Primär sind bei Schlafstörungen weiterhin die nicht medikamentösen Massnahmen notwendig. Dazu gehören Schlafhygiene oder Verhaltensmodifikation.»

Die Studie schloss Personen aus, die innerhalb eines Monats vor Studienbeginn eine kognitive Verhaltenstherapie erhalten hatten.

Eingereichte Daten in der Kritik

Der Hersteller des Medikaments präsentierte zwei multizentrische, randomisierte, doppelblinde, placebokontrollierte Phase-3-Studien [4], in denen verschiedene Dosierungen von Daridorexant mit Placebo verglichen wurden.

Kritiker bemängeln zwar nicht fehlende Wirksamkeitsbelege, kritisieren aber die eingereichten Daten: Die Studie schloss Personen aus, die innerhalb eines Monats vor Studienbeginn eine kognitive Verhaltenstherapie (KVT) erhalten hatten. Auch während der Studie war eine KVT nicht erlaubt, ferner habe es keine Informationen dazu gegeben, ob die Teilnehmenden überhaupt jemals zuvor eine KVT erhalten hatten oder dafür geeignet waren. Das Medikament sei demnach möglicherweise nicht an der Patientengruppe geprüft worden, für die es bestimmt ist. Diesen Standpunkt vertritt auch die Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft (AkdÄ) und sieht einen Zusatznutzen gegen-



© Gregory Pappas / Unsplash

Mit Daridorexant lässt es sich gut einschlafen. Der Hersteller betont allerdings, dass das Medikament mit Vorsicht angewendet werden sollte.

über der zweckmässigen Vergleichstherapie als nicht belegt an. «Das Problem ist, dass es keine Studien mit guter Verhaltenstherapie und Daridorexant als Kombination gegenüber einer Verhaltenstherapie alleine gibt», erklärt Matthias Liechti. «Das ist für mich aber weniger relevant für die Praxis als der direkte Vergleich mit den Benzodiazepinen. In der Praxis stellt sich die Frage, welches Medikament sich nach einem Entscheid für eine medikamentöse Therapie am besten eignet.»

Vorsicht bei Depression

Der Hersteller von Daridorexant betont, dass das Medikament mit Vorsicht angewendet werden sollte, wenn bei Patientinnen und Patienten Hinweise auf eine Depression vorliegen. Ein möglicherweise erhöhtes Risiko für Suizide unter Daridorexant, insbesondere bei Depressionen und anderen psychischen Vorerkrankungen, wird vermutet – Forschende argumentieren, dass dies unter anderem daran liegen könnte, dass das Orexin-System mit dem Signalweg von Hypothalamus-Hypophysen-Nebennieren interagiert, der bei Menschen mit suizidalen Gedanken gestört ist [5]. Eine grosse Kohortenstudie aus den USA belegte, dass auch Benzodiazepine und Z-Substanzen mit einem erhöhten Sui-

zidrisiko einhergehen, unabhängig von Depressionen oder anderen psychischen Problemen [6]. Forschende analysierten in einer anderen Studie, dass das Suizidrisiko direkt vor Verschreibung der Z-Substanz Zolpidem am höchsten war und mit der Dauer der Einnahme des Medikamentes sank [7]. Daher könnten eher die Schlafstörungen selbst für das erhöhte Suizidrisiko verantwortlich sein als die genannten Medikamente.



Literatur

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

Reden wir über Reanimation

Arzt-Patienten-Kommunikation Bei Eintritt ins Spital sollte mit Patienten ein Gespräch über Wiederbelebungsmaßnahmen im Falle eines Herz-Kreislauf-Stillstands gesprochen und anschliessend der festgelegte Wille in der Krankenakte vermerkt werden. Es sind herausfordernde Gespräche, die Angst und Sorgen bei Patientinnen und Patienten auslösen können. Was gilt es hier zu beachten?

Sabina Hunziker Schütz

Die Besprechung des Reanimationsstatus ist ein zunehmend diskutiertes Thema und hat seit der Pandemie weiter an Bedeutung gewonnen. Der Reanimationsentscheid ist wichtig, nicht nur bei Eintritt ins Spital, sondern auch präklinisch. Nur so kann der Wunsch der Patientinnen und Patienten im Falle eines Herz-Kreislauf-Stillstands berücksichtigt und umgesetzt werden. Denn: Wenn die Person erstmal bewusstlos ist, können wir ihre Präferenz nicht mehr erfragen. Selbst nahe Angehörige als potenzielle Mitentscheider kennen den genauen Wunsch der Patientinnen und Patienten oftmals nicht.

Informierte Entscheidung

Die individuellen Präferenzen unserer Patientenschaft sind im Falle eines Herz-Kreislauf-Stillstands die Grundlage, sie bei dieser Entscheidung zu unterstützen, noch bevor eine solche Situation eintritt. Diese soll aber auf einer informierten Grundlage stattfinden. Tatsächlich überschätzen viele Patientinnen und Patienten die Überlebenschancen ohne neurologische Defizite nach einer Reanimation stark. Diese Einschätzung der Prognose ist häufig ausschlaggebend für oder gegen einen Reanimationsentscheid [1]. Ein wichtiger Teil des Gesprächs ist es daher, die medizinischen Möglichkeiten im Falle einer Reanimation aufzuzeigen. Die Schweizerische Akademie für medizinische Wissenschaften (SAMW) empfiehlt daher, dass Patientinnen und Patienten in einem solchen Gespräch realistisch über ihren aktuellen Gesundheitszustand und den voraussichtlichen Krankheitsverlauf informiert werden sollten [2]. Anschliessend wird die Befragung über Werthaltungen und Erwartungen empfohlen, woraus sich dann die Besprechung und Festlegung des Reanimationsstatus ergibt.

Für die Reanimationsentscheidung ist das ärztliche Gespräch also sehr wichtig, um auf Fragen oder Unsicherheiten einzugehen und die individuellen Präferenzen zu erfahren, damit Patientinnen und Patienten anschliessend eine informierte und für sie «sinnvolle» Entscheidung treffen können. Tatsächlich werden diese Gespräche aber sehr unterschiedlich gehandhabt. Auch erinnern sich ins Spital eingetretene Patientinnen und Patienten häufig nicht, ein solches Gespräch überhaupt gehabt zu haben. Dabei ist es unklar, ob dieses nicht stattgefunden hat oder es aus anderen Gründen nicht «erinnerungswürdig» ist [3].

Techniken für das Patientengespräch

Dies zeigt einerseits die Notwendigkeit auf, Patientinnen und Patienten im Vorfeld besser zu informieren (was ja teilweise bereits im Rahmen einer Patientenverfügung besprochen wird) und andererseits, dass die Gespräche einfach und verständlich geführt und die Patientinnen und Patienten miteinbezogen werden sollten.

Hier kann es hilfreich sein, am Ende des Gesprächs eine kurze Zusammenfassung des Besprochenen zu machen und auf offene Fragen oder mögliche Ängste einzugehen. Ein sogenanntes «Teach-Back» kann aufzeigen, was möglicherweise im Gespräch zu wenig klar war, zum Beispiel: «Um mir ein Bild zu machen, wie gut ich das erklärt habe, darf ich Sie bitten, mir kurz zu sagen, was Sie verstanden haben?». Auch verschiedene Kommunikationsinterventionen können helfen, das Wissen der Patientenschaft zu verbessern und das Reanimationsgespräch zu erleichtern [4].

Ob eine proaktive Kommunikation mit vordefinierten Kommunikationsrichtlinien im Sinne einer «Gemeinsamen Entscheidungsfindung» einen Einfluss auf das Wissen der Patientenschaft und ultimativ auf den Reanimationsentscheid und den «Komfort» mit dem Entscheid hat, wird derzeit in einer vom Schweizerischen Nationalfonds unterstützten Multizenterstudie untersucht [5]. Die Resultate dieser Studie werden wegweisend sein.

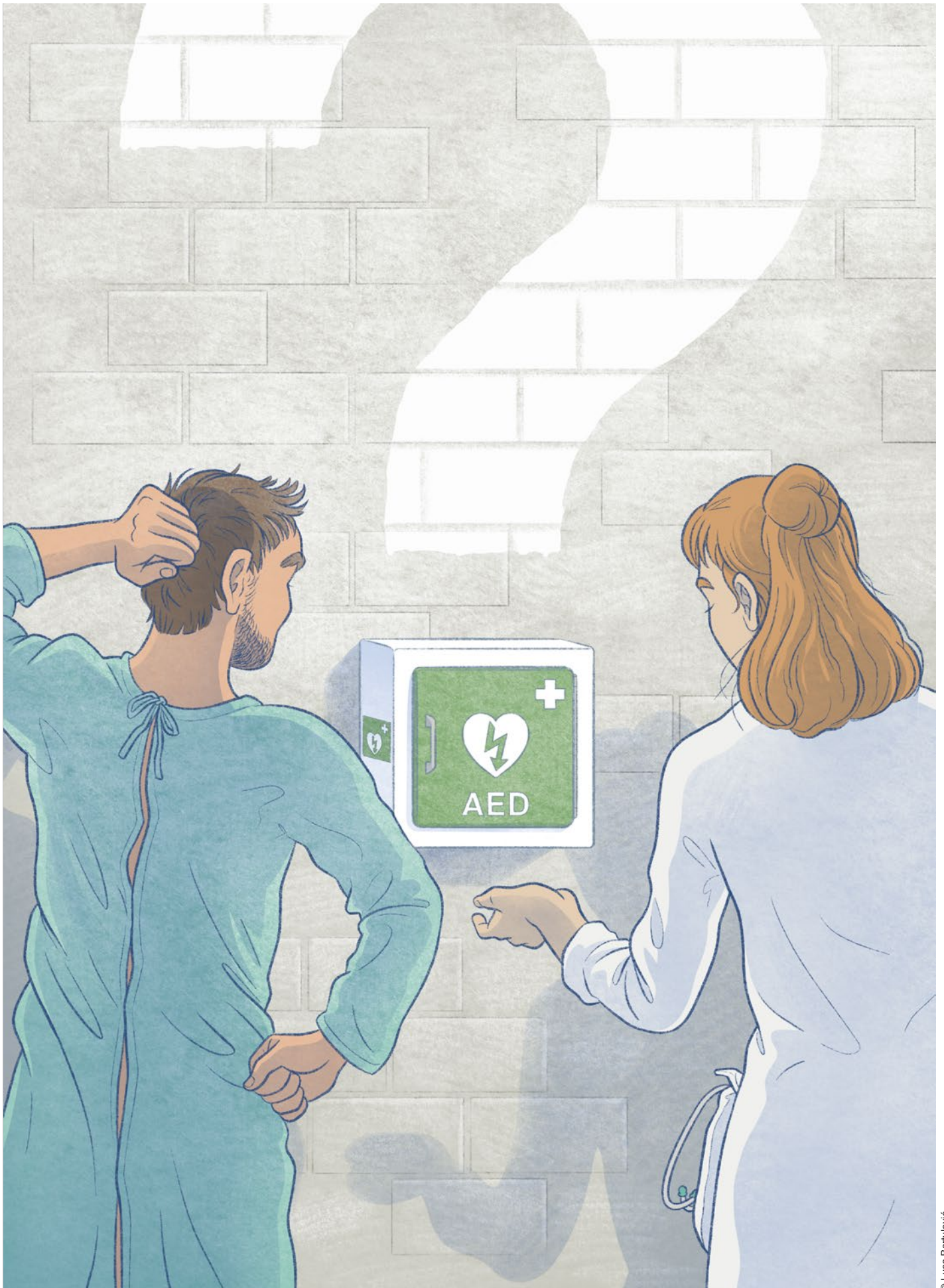


Literatur

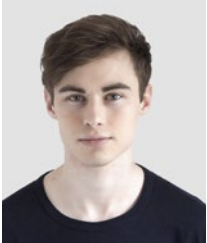
Vollständige Literaturliste unter www.saez.ch oder via QR-Code



Prof. Dr. med. Sabina Hunziker Schütz ist Ordinaria für Medizinische Kommunikation und stellvertretende Chefärztin für Psychosomatik am Unispital Basel. An dieser Stelle schreibt sie regelmässig über Arzt-Patienten-Kommunikation.



Im Land der Halbgötter



Simon Maurer

Journalist und Medizinstudent an der Universität Basel im 8. Semester

Es kommt die Zeit, da muss jeder Student, jede Studentin raus aus den wohl behüteten Vorlesungssälen der eigenen Universität. Hinaus in die weite Welt, wo fremde Dozierende mit fiesem Prüfungsfragen lauern und wo neue ungewohnte Patientinnen und Patienten auf einen warten, deren Art man nicht kennt. Als Student der Universität Basel konnte ich es nicht übers Herz bringen, den Rhein zu verlassen, und so zog es mich für mein Austauschjahr flussabwärts ins ferne Köln, wo ich legendären Spitalwesen begegnen sollte, die ich bisher nur aus alten Erzählungen und Mythen kannte.

Meine Odyssee durch die Kölner Medizin führte mich zunächst vor die Tore des riesigen Universitätsklinikums. Ein Spital – pardon, Krankenhaus – von dieser Grösse hatte ich noch nie gesehen! Um einmal um den kompletten Campus zu laufen, braucht man länger als für drei Anamnesen. Nun gut, ich betrat den Gesundheitstempel und begab mich in die Vorlesungen. Sie waren viel einfacher strukturiert, als ich das gewohnt war. Manchmal gab es keine Folien, sondern nur einen Professor, der eine Patientin mitbrachte und eine Stunde lang vor dem ganzen Saal zu ihrer Krankheit befragte. An anderen Tagen wurden Folien verlesen, und es wurde nicht mehr gesagt als das, was da stand. Offensichtlich mussten die Studierenden hier keine Orakel sein, um Prüfungen zu bestehen. Denn das Relevante war schon im Skript – anders als bei uns, wo manchmal absichtlich gefragt wird, was nur mündlich gesagt wurde.

Nach sechs mit Vorlesungen gefüllten Wochen pro Semester zog ich weiter und stieg in die patientengefüllten Räume des Klinikums auf. Als Blockpraktikant oder Famulant konnte man Assistenzärztinnen und -ärzte im Alltag begleiten und so viel von ihnen lernen – und das bereits ab dem zweiten Studienjahr! Die Atmosphäre war entspannt, wegen des geringen Altersunterschiedes war man per Du und getraute sich, auch informelle Fragen zu diskutieren. So lernte ich auch die meisten meiner deutschen Freunde kennen.

«Achtung, bei uns ist der Ton rauer, Schweizer haben normalerweise Mühe in Deutschland», warnten mich einige der Assistenzärzte. Ich verstand noch nicht, was sie meinten. Bis ich einen Tagesrapport miterlebte. Zum ersten Mal in meinem Leben sah ich da die berühmten Halbgötter in Weiss. Die Chefärzte umgab nämlich ein spezieller Nimbus, ihre Worte hatten mehr Gewicht als jeder 1000-seitige Sobotta. Die versammelte Ärzteschaft lauschte, ohne auch nur den kleinsten Mucks oder Widerspruch zu wagen. Fragen an die Chefärzte stellte niemand, zu gross war die Angst, als inkompetent zu gelten. Untereinander waren die Assistentinnen und Assistenten meist sehr herzlich – die Stimmung änderte sich immer nur, wenn ein Chefarzt dabei war.

Wo es Götter gibt, sind allerdings auch die Intrigen nicht weit. Das lernte ich, als ich eines Tages mit einem deutschen Studenten auf der Gynäkologie eingeteilt war. Der Oberarzt kam, und bot an, dass einer von uns in den Kreissaal mitkommen dürfe. Ganz freundlich liess der Kommilitone mir den Vorzug. Er bestand sogar darauf, dass ich die Operation sehe. Ich war überrascht und ging fröhlich mit. Ein paar Minuten später sagte mir eine Pflegefachfrau, dass ich auf der Hut sein müsse, denn der andere habe mir die Operation nur angeboten, weil er wisse, dass die zweite Geburt wegen eines speziellen Syndroms viel spannender sei.

Solch harte Bandagen im Kampf um Lerneinheiten habe ich in der Schweiz nie erlebt. Auch sind die Hierarchien bei uns flacher, und das Verhältnis zwischen Vorgesetzten und Untergebenen entspannter. Obwohl ich in Deutschland viele grossartige Personen kennengelernt habe, bin ich deshalb froh, vom Medizinolymp wieder in die Provinz zu kommen. Denn das Leben ohne die Willkür der Halbgötter ist eben doch schöner.

17.08.2023 | 09.00–17.45 Uhr

4. St. Galler Kontrastmittelsonographie-Symposium

Gemeinsam mit erfahrenen, internationalen ReferentInnen werden wir Ihnen an diesem Tag die Anwendung der CEUS-Technik in der allgemein-medizinischen ambulanten Versorgung, in verschiedenen Fachdisziplinen sowie an Zentrumsspitalern vorstellen.

Congress Hotel Einstein, Berneggstrasse 2,
9000 St. Gallen, Schweiz
Kontakt: Reesa Graf
reesa.graf@kssg.ch

21.08.2023–23.08.2023

CAS Leadership in Health Care Organisations Modul 5

Führung in Gesundheitsorganisationen gestaltet sich fordernder denn je. Wie kann Führung unter diesen Bedingungen gelingen? In diesem Modul stehen Selbstführung und die Sorge zu sich selbst im Vordergrund.

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

24.08.2023 | 09.00–17.00 Uhr

Stroke Summer School

Diese interprofessionelle Veranstaltung richtet sich an Ärztinnen und Ärzte, Pflegenden, Fachpersonen der Therapie und Rettungsdienste sowie weitere am Thema Stroke interessierte Expertinnen und Experten.

Universitätsspital Basel, Hebelstrasse 20, 4056 Basel, Schweiz
Kontakt: Isabelle Haitp
participants@imk.ch

24.08.2023–25.08.2023

Ausbildung für Begutachtung – Modul 1

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.

Universität Luzern, Frohburgstrasse 3, 6005 Luzern, Schweiz
Kontakt: Administrative Office Swiss Insurance Medicine
info@swiss-insurance-medicine.ch

26.08.2023–27.08.2023

Seminar 4 – Wege zur Heilung von Gewichtsproblemen, Adipositas und Anorexie

Heildiät und Ordnungstherapie nach Bircher-Benner als Grundvoraussetzung zur Regulation des intestinalen Mikrobioms und der damit verbundenen Adipositas, Essstörung, Bulimie, Bing-Eating, der Anorexia nervosa, des konstitutionellen Untergewichts.

Hotel Olten, Bahnhofstrasse 5, 4600 Olten, Schweiz
Kontakt: Sieglinde Kliemen
akademie@bircher-benner.com

06.09.2023–09.09.2023

65. Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Phlebologie und Lymphologie

Das Motto «Phlebologie, Lymphologie und Ruhrgebiet im Wandel» spiegelt wunderbar die Grundsituation in unserem Fachgebiet wider – die Forschung und Entwicklung von Ursachen, Diagnostik und Therapieoptionen befinden sich in einem stetigen Wandel.

Mercatorhalle im City Palais, Landfermannstraße 6,
47051 Duisburg, Deutschland
Kontakt: wikonect GmbH
dgpl@wikonect.de

07.09.2023–09.09.2023

SENOLOGIE 2023 – Jahrestagung der Österreichischen Gesellschaft für Senologie (ÖGS)

Hotel Savoyen, Wien, Österreich
Kontakt: c/o Christian Linzbauer
senologie2023@wma.co.at

07.09.2023–09.09.2023

29. Jahreskongress der Deutschen Interdisziplinären Gesellschaft für Außerklinische Beatmung (DIGAB) e.V. und 16. Beatmungssymposium der Deutschen Gesellschaft für Pneumologie und Beatmungsmedizin e.V.

Congress Center Hamburg CCH, 20355 Hamburg, Deutschland
Kontakt: Diana Lincke
Diana.Lincke@intercongress.de

07.09.2023 | 14.30–20.30 Uhr

2. Ustermer Symposium der Medizinischen Klinik

Das 2. Ustermer Symposium bleibt dem Motto treu: «Neues und Bewährtes» – Eine Mischung

aus bewährten Themen des hausärztlichen und klinischen Alltags, aber genauso sind auch neue Aspekte vertreten.

Spital Uster AG, Theaterstrasse 1, 8610 Uster, Schweiz
Kontakt: Anita Anselmi
anita.anselmi@lunge-zuerich.ch

09.09.2023 | 09.00–17.30 Uhr

Neues aus der Forschung in der Integrativen Medizin

Universitätsspital Basel und Klinik Arlesheim richten gemeinsam einen Wissenschaftskongress zum Stand der Forschung in der Integrativen Medizin aus: namhafte ReferentInnen aus dem In- und Ausland, spannende Themen, interessante Fragestellungen.

Universitätsspital Basel, Hebelstrasse 20, 4031 Basel, Schweiz
Kontakt: Verena Jäschke/Vanessa Trentin
verena.jaeschke@klinik-arlesheim.ch

11.09.2023–13.09.2023

WASAD Congress 2023

«Dealing with stress and anxiety in a world of chronic crises: What we can learn from translational perspectives»: Keynotes and plenaries from experts on mental health, research on stress, prevention and resilience

ETH Zürich, Gloriastrasse 35, 8092 Zürich, Schweiz
Kontakt: World Association for Stress Related and Anxiety Disorders e.V. (WASAD)
registration@organizers.ch

14.09.2023–15.09.2023

Advanced Swiss Cardiac Imaging Course

Strain or deformation Imaging is one of the most promising new technologies in modern echocardiography with great potential in adding new important information into clinical practice.

KSA Kantonsspital Aarau, Tellstrasse 25, 5001 Aarau, Schweiz
Kontakt: Nathalie Brand-Erlach
ascic@contenter.ch

**Fehlt Ihre Veranstaltung?**

Tragen Sie sie ein auf events.emh.ch

Soll Ihre Veranstaltung herausstechen?

Wir helfen gerne.

events@emh.ch