

# SCHWEIZERISCHE ÄRZTEZEITUNG & SWISS MEDICAL FORUM

Ausgabe 37  
13. September 2023



**12 Die Macht der Worte**  
Wie akustische Suggestion  
die Heilung unterstützt

**20 Interview zur WHO**  
Medikamente sollten  
überall verfügbar sein

**32 Prämienanstieg**  
Was höhere Kosten für niedrige  
Einkommen bedeuten

**48 Pharmacovigilance**  
Lokale Gewebeschädigung  
nach Wundspülung unter Druck

# Das richtige Wort finden



**Magdalena Mühlemann**  
Leiterin Content  
Wissenschaft,  
Fort- und Weiterbildung  
magdalena.  
muehlemann[at]emh.ch

Worte lösen etwas aus. Das wissen wir aus der Liebe, das wissen wir aus dem Streit. Ob bei der Arbeit oder in der Kindererziehung: Was und wie wir etwas sagen, spielt eine Rolle. Entsprechend wenig sollte es uns überraschen, dass die Suggestionen in der Trance der Hypnose auch im medizinischen Kontext eine Wirkung erzielen. Hypnose? Da denken viele von uns noch immer an esoterische Scharlatanerie oder schlichtweg Manipulation. Ursula Speck, Anästhesistin und Intensivmedizinerin am Kantonsspital St. Gallen, sieht das anders: «Die Medizinische Hypnose ist eine einfache, kostengünstige, nebenwirkungsfreie und sichere Methode, um den Patientenkomfort zu steigern und den Medikamentenbedarf zu senken.» Höchste Zeit also, alte Assoziationen abzustauben? Lesen Sie die Titelgeschichte von Martina Huber ab Seite 12.

**«Die Medizinische Hypnose ist eine einfache, kostengünstige, nebenwirkungsfreie und sichere Methode, um den Patientenkomfort zu steigern.»**

Doktor, auf ein Wort! Patient-Arzt- oder Arzt-Arzt-Interaktion ohne mittelbaren physischen Kontakt soll nun auch offiziell über Telefon, Videokonferenz und ähnliches erlaubt sein – nicht nur in den Telefonkonsultations-

zentren. Die Ärztekammer der FMH hat am 8. Juni 2023 die Möglichkeit zur Durchführung von Telemedizin in ihrer Standesordnung verankert. Somit ist die Grundlage geschaffen zur Integrierung der Telemedizin in die Schweizer Gesundheitslandschaft, schreibt FMH-Departementsvorsteher eHealth, Alexander Zimmer, im Leitartikel ab Seite 30. Anpassungen in den kantonalen Gesundheitsgesetzen sind nun zu erwarten. Es gibt noch einiges zu definieren und zu klären, gerade auch im Hinblick auf den Datenschutz und die Dokumentationspflicht.

Buchstäblich nach Worten ringen musste die adipöse Patientin, die Daniel Schweckendiek et al. in ihrem «besonderen Fall» ab Seite 52 vorstellen. Eine progrediente Dyspnoe hatte sie innert weniger Wochen in den Rollstuhl gebracht. Pulmonale oder kardiale Ursachen fanden sich keine. Erst als die Sauerstoffsättigung im Stehen gemessen wurde, kam das behandelnde ärztliche Team auf die richtige Spur. Im Gegensatz zum Liegen sank die Sauerstoffsättigung nämlich deutlich ab mit reaktiver Tachykardie und Schwindel, und es zeigte sich eine Lippenzyanose. Hätten Sie es gewusst? Es war die Leber! Den Kommentar von Lars C. Huber zum Fallbericht finden Sie auf Seite 55.

Anzeige



**BUCHVORSTELLUNG**  
EMH Schweizerischer Ärzteverlag

Anne-Christine Loschnigg-Barman, Judith Alder

**Manchmal ist Mama müde**



Dieses und weitere  
Bücher finden Sie hier:  
**shop.emh.ch/  
collections/all**

## Im Fokus



12



20



80

© Monkey Business Images / Dreamstime; Valentin Flauraud; Luca Bartulovic

## Die Macht der Worte

**Medizinische Hypnose** Positive Suggestionen können Patientinnen und Patienten Schmerzen und Ängste nehmen, ihr Wohlbefinden steigern und ihre Selbstheilungskräfte aktivieren. Eine Anästhesistin, ein Psychiater, eine Kinderärztin und ein Hausarzt geben Einblick.

Martina Huber

## Medikamente für alle – überall

**WHO** Bestimmte Medikamente sollten allen Menschen zur Verfügung stehen. Zu diesem Zweck führt die Weltgesundheitsorganisation WHO eine Modellliste zu essenziellen Medikamenten. Wie diese Liste entsteht und Themen wie Antibiotikaresistenz und Medikamentenengpässe darin geregelt werden, erklärt Benedikt Huttner, Sekretär des Expertenkomitees.

Interview: Ines Böhm

## Kommunikation will gelernt sein

**Arzt-Patienten-Kommunikation** Das Erlernen und Üben von professioneller Kommunikation wird von Weiterbildungsverantwortlichen an vielen Spitälern gewünscht. Jedoch mangelt es an kompetenten Dozierenden, die Motivation der Mitarbeitenden ist nicht immer gegeben. Unser Autor Wolf Langewitz beschreibt in seiner Kolumne, wie es anders gehen kann.

Wolf Langewitz

Anzeige



# EVENTS

Swiss Health Web

**Wissen, was wo passiert!**

- Kongresse
- Seminare
- Fort- und Weiterbildungen

**Alles auf einen Blick.**  
Überzeugen Sie sich selbst.

events.emh.ch



## Inhaltsverzeichnis

3	<b>Editorial von Magdalena Mühlemann</b> Das richtige Wort finden
<b>8</b>	<b>REDAKTIONELLE INHALTE</b>
8	<b>News</b>
8	<b>Auf den Punkt</b> Das Angstorgan der Männer im Visier
12	<b>Coverstory</b> Die Macht der Worte
20	<b>Interview</b> Medikamente für alle – überall
25	<b>Forum</b> In memoriam: Werner Stauffacher (1931–2023)
28	<b>Mitteilungen</b>
78	<b>Wissen</b> «Der Leidensdruck ist gross»
80	<b>Praxistipp</b> Kommunikation will gelernt sein
82	<b>Zu guter Letzt von Nora Bienz</b> Der Graben zwischen den Generationen
<b>29</b>	<b>FMH</b>
30	<b>Leitartikel des Zentralvorstandes</b> Telemedizin: Anpassung der FMH-Standesordnung
32	<b>FMH Aktuell</b> Was bedeuten die Prämien für mittlere und kleine Einkommen?
37	<b>Personalien</b>

<b>38</b>	<b>ORGANISATIONEN</b>
38	<b>Universitätsklinik für Allgemeine Innere Medizin, Inselspital Bern</b> Umsetzung von Qualitätsindikatoren
42	<b>Walliser Ärztesgesellschaft</b> Ein «Grounding» des Gesundheitssystems verhindern
<b>45</b>	<b>SWISS MEDICAL FORUM</b>
46	<b>Weekly Briefing von Lars C. Huber und Martin Krause</b>
48	<b>Aktuell</b> Lokale Gewebeschädigung nach Wundspülung unter Druck mit Antiseptikum
52	<b>Der besondere Fall</b> Nicht im Liegen «stehen» bleiben
55	<b>Kommentar</b> Es ist nicht das Herz, nicht die Lunge – es ist die Leber!
56	<b>Was ist Ihre Diagnose?</b> Wenn die Zahnprothese nicht mehr passt
<b>60</b>	<b>SERVICES</b>
60	<b>Seminare und Veranstaltungen</b>
65	<b>Stellenmarkt</b>
72	<b>FMH Services</b>

## 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, Lucas Vallois, 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. Wertli, 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.vsdruck.ch

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



Mit der hellblauen Schleife wird symbolisch auf zahlreiche Krankheiten hingewiesen, allen voran auf den Prostatakrebs.

#### Auf den Punkt

# Das Angstorgan der Männer im Visier

**Vorsorgen** Im Jahr 2005 wurde von europäischen Urologen- und Patientenverbänden der 15. September zum Prostata-Tag erklärt. Dieser Tag dient dazu, regelmässig Aufklärung über Männergesundheit zu betreiben und Männer über Prostataerkrankungen zu informieren.

Sandra Ziegler

Die Prostata ist nicht selten ein «Angstorgan» für Männer. Hintergrund hierfür ist unter anderem die Flut an widersprüchlichen Informationen im Internet. Dies mag auch einer der Gründe sein, warum viele Männer erst zu einer urologischen Untersuchung erscheinen, wenn es beim Wasserlösen Schwierigkeiten gibt. Unsicherheit besteht insbesondere in Bezug auf die Kosten und den Nutzen der Prostatakrebsfrüherkennung. Umso wichtiger ist es, dass «Mann» in einem Beratungsgespräch transparent und offen über die verschiedenen Diagnose- und Behandlungsoptionen informiert wird.

Da ist einmal der PSA-Wert. Die weltgrösste Studie «European Randomized Study of Screening for Prostate Cancer – ERSPC» – auch mit Beteiligung in der Schweiz – zeigte, dass der Gebrauch von PSA die Mortalitätsrate um 20 bis 30% senken kann [1], allerdings mit Überdiagnosen verbunden ist. Aus der Aarauer Kohorte wissen wir, dass rund 50% der Männer, die im Alter zwischen 50 und 75 Jah-

ren erstmalig zu einem PSA-Test eingeladen wurden, einen PSA-Wert zwischen 0 und 1 zeigten; 30% der Männer hatten einen Wert zwischen 1 und 2 und 12% zwischen 2 und 3. Nur ein kleiner Teil, nämlich 8%, hatte einen PSA > 3 ng/ml [2]. Vergleicht man Daten aus Aarau, Göteborg und Rotterdam, so wäre ein Wert bis 2 ng/ml normal [2, 3, 4]. «Es gibt aber eine Grauzone im Bereich eines PSA-Werts von 2 bis 10,» sagt PD Dr. med. Marco Randazzo, Facharzt für Urologie an der Hirslanden Klinik Aarau, «In diesen Fällen setzen wir weitere Tools zur Risikoeinschätzung und Diagnose ein.»

Das kann einerseits eine digitale rektale Untersuchung (DRU) sein, mit der Einschränkung, dass man da nur die Rückfläche der Prostata abtasten kann, oder auch – seit rund drei Jahren – der Stockholm-3-Test. Dieser Test ermittelt über genetische Marker, serologische Parameter und klinische Befunde einen Risiko-Score, der das weitere Vorgehen definiert. «Die Studien aus Schweden haben gezeigt, dass

der Test dazu führt, dass 30 bis 40% weniger MRIs und 8 bis 10% weniger Biopsien notwendig sind, ohne dass dabei die Diagnose von schweren Krebserkrankungen beeinträchtigt wäre», erläutert Randazzo [6, 7].

Darüber hinaus haben sich die bildgebenden Verfahren und die Biopsietechniken verbessert. «Heute setzen wir das MRI in Kombination mit Ultraschall ein, um signifikante Tumore besser zu detektieren», sagt Randazzo. MRI und Ultraschall werden fusioniert und überlagert. Diese Biopsietechnik ist viel genauer und der Eingriff weniger belastend.

Sollte die Diagnose danach «therapiebedürftiger Prostatakrebs» lauten, haben sich auch die Behandlungsmethoden verbessert. Mittels neuester Robotik kann der Tumor mit weniger Blutverlust und weniger Schmerzen entfernt werden. «Die Operation ist nicht trivial, liegt das Organ doch im kleinen Becken, eingebettet im Beckenboden, nahe dem Schliessmuskel, und kann somit die Erektion und Kontinenz beeinflussen», meint Randazzo. «Da hilft es uns, dass wir feinere Instrumente einsetzen, den Operationsbereich bis zu 10-fach vergrössern können und dazu eine 3D-Ansicht des Organs haben.» Darüber hinaus können Urologinnen und Urologen einen hochintensiven, fokussierten Ultraschall einsetzen, um den Tumor schonend zu zerstören, ohne das umliegende Gewebe zu stark zu beeinträchtigen. Diese HIFU-Therapie bietet sich vor allem bei lokal begrenztem Prostatakrebs von geringer bis mittlerer Aggressivität an.

## Die Prostata ist das «Angstorgan» für Männer. Umso wichtiger ist es, dass «Mann» transparent und offen informiert wird.

Und schliesslich gibt es noch die Brachytherapie. «Diese Therapie ist etwas in Vergessenheit geraten, obwohl sie gute Resultate zeigt», kommentiert Randazzo. Bei dieser lokalen Strahlentherapie werden kleine radioaktive «Seeds» – kleine Jod-125-haltige Kügelchen – in die Prostata implantiert. In der Folge werden die Prostatakrebszellen durch die Strahlung, die von den Seeds ausgeht, lokal abgetötet. «Wir haben so eine nebenwirkungsarme und effektive lokale Strahlentherapie», sagt Randazzo.

Prostatakrebs ist die häufigste Krebserkrankung des Mannes und die zweithäufigste Krebstodesursache. Früh erkannt, ist das Prostatakarzinom aber gut heilbar. Und: nicht jeder Krebs benötigt eine Therapie. Sich gut zu informieren und regelmässig eine Vorsorgeuntersuchung zu machen, ist sicher der erste Schritt. Dieses Bewusstsein will der Europäische Prostata-Tag am 15. September fördern.



### Literatur

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

### Persönlich

## USZ engagiert Nierenspezialistin



PD Dr. med.  
Britta George

**Zürich** PD Dr. med. Britta George ist die neue Direktorin der Klinik für Nephrologie des Universitätsspitals Zürich (USZ). Gleichzeitig wird sie zur Inhaberin des Lehrstuhls für Nephrologie an der Universität Zürich ernannt. George tritt ihre neue Stelle per 1. November an. Aktuell ist sie Geschäftsführende Oberärztin der Medizinischen Klinik am Universitätsklinikum Münster, wo sie seit 2017 in der Nephrologie und Inneren Medizin tätig ist. George studierte an der Westfälischen Wilhelms-Universität Medizin, wo sie 2008 promovierte. Ihre Forschungsschwerpunkte sind glomeruläre Erkrankungen sowie die Transition von akutem Nierenschaden in eine chronische Nierenerkrankung. Sie verfügt ausserdem über einen MBA in Management in Medicine.

## Rakesh Padiyath ergänzt die Spitalleitung des USB



Dr. med. Rakesh  
Padiyath

**Basel** Dr. med. Rakesh Padiyath ist zum neuen Direktor Prozesse, Steuerung und Entwicklung am Universitätsspital Basel (USB) gewählt worden. Diese Direktion optimiert die Steuerung von Ressourcen und Prozessen für das ganze Spital im Interesse einer guten Kapazitätsplanung. Rakesh Padiyath hat an der Universität Zürich Humanmedizin studiert, an der Universität Basel promoviert und an der Hochschule St. Gallen einen MBA erworben. Er ist seit 2011 am Universitätsspital Basel in verschiedenen Funktionen tätig. Ferner war er von 2019 bis 2021 in der Hirslanden Klinik St. Anna als Leiter des medizinischen Systems in der Geschäftsleitung tätig.

## Führungswechsel in der Klinik Susenberg



Dr. med. Anna  
Georgi

**Zürich** Die Klinik Susenberg hat Dr. med. Anna Georgi zur neuen Chefärztin und Vorsitzenden der Geschäftsleitung gewählt. Die Klinische Dozentin der Universität Zürich war von 2016 bis 2020 bereits in der Klinik tätig. Sie folgt auf Dr. med. Christel Nigg, die sich von ihren Führungsfunktionen zurückzieht. Anna Georgi hat nach ihrem Medizinstudium in Heidelberg und Berlin breite medizinische Erfahrung gesammelt, unter anderem im Spital Uster, am Stadtspital Waid und rund zehn Jahre in der Inneren Medizin des Universitätsspitals Zürich. Georgi verfügt über einen Facharztstitel in Allgemeiner Innerer Medizin und hat sich in Geriatrie, Psychosomatischer und Psychosozialer Medizin und Palliativmedizin weitergebildet.

## Aus der Wissenschaft

## Blutvergiftungen vermeiden

**Pilzsepsis** Das Immunsystem hindert den Körper daran, Hefepilzinfektionen zu bekämpfen. Zu diesem Ergebnis kommt eine Studie unter der Leitung von PD Dr. med. Stefan Freigang vom Institut für Gewebemedizin und Pathologie der Universität Bern. In Mausversuchen zeigte sich die Schlüsselrolle des entzündungshemmenden Eiweisses Interleukin 1-Rezeptor-Antagonist (IL-1Ra). Dringt *Candida albicans* in die Blutbahn ein, nimmt IL-1Ra zu, hemmt dadurch aber die Produktion und das Ausschwärmen von Neutrophilen, einer Untergruppe der weissen Blutkörperchen. Somit wird die Immunabwehr geschwächt und das Risiko für Blutvergiftungen steigt. Nun wollen die Forschenden untersuchen, ob dieser Mechanismus auch beim Menschen eine Pilzsepsis begünstigt. «Sollte sich dies bestätigen, könnten Wirkstoffe, die gegen das Eiweiss gerichtet sind, als neue Strategie zur Bekämpfung des Hefepilzes und eventuell auch anderer Pilzinfektionen eingesetzt werden», sagt Stefan Freigang.

doi.org/10.1016/j.immuni.2023.06.023

## Leberschädigung nach Impfung

**COVID-19** Forschenden des Universitätsspitals Basel um PD Matthias Matter ist es gelungen, die Schädigung der Leber nach einer mRNA-basierten COVID-19-Impfung besser zu verstehen. Ziel der Studie war es, diese seltenen Impfschädigungen mit den Leberschädigungen bei Autoimmunhepatitis zu vergleichen. Dabei stiessen die Forschenden auf deutliche Unterschiede: In Leberbiopsien von Patientinnen und Patienten nach einer COVID-19-Impfung fand sich eine stärkere Aktivierung von Stoffwechselgenen, ein stärkeres Infiltrat an zytotoxischen T-Zellen und eine andere Immunantwort durch T- und B-Zellen. Im Gegensatz zur Autoimmunhepatitis besteht zudem eine gute Chance, dass sich die Patientinnen und Patienten von einer durch die COVID-19-Impfung hervorgerufenen Leberschädigung vollständig erholen, ohne dass Folgeschäden an der Leber zurückbleiben. Die Studie ist im *Journal of Hepatology* erschienen.

doi.org/10.1016/j.jhep.2023.05.020

## Vermischtes

## Vorhang auf für Schweizer Pionierärztinnen



© Bibliothèque de l'Institut des humanités en médecine CHUV-UNIL

Ein Anatomiekurs an der Medizinischen Fakultät Lausanne im Jahr 1902. Die Studentinnen machen die Hälfte der Belegschaft aus.

**Frauen in der Medizin** Gegen das Vergessen ankämpfen. Dieses Ziel verfolgt das Lausanner Forschungsprojekt «La médecine féminine», kurz MEDIF, bei dem das Vermächtnis von Ärztinnen in der französischsprachigen Schweiz und in Frankreich zwischen 1867 und 1939 gewürdigt werden soll. Das Projekt wird gemeinsam von Dr. Aude Fauvel, Medizinhistorikerin am Institut für Humanität in der Medizin (CHUV-UNIL), und Prof. Rémy Amouroux (UNIL) geleitet.

In der vierjährigen Studie soll der Beitrag von Ärztinnen zur Innovation im Gesundheitswesen analysiert werden. «Die ersten Ärztinnen trugen dazu bei, die damalige Sicht auf das schwache Geschlecht zu reformieren. Von und für Frauen verfasste Gesundheitshandbücher,

in denen über Körper und Sexualität gesprochen wird, wurden veröffentlicht und waren zu dieser Zeit ein echter Erfolg», betont Dr. Fauvel.

Ein Teil des Projekts wird sich mit dem Aufbau von Datenbanken beschäftigen, um das Phänomen der «Unsichtbarmachung» zu bekämpfen: «Frauen hatten oft nicht die Möglichkeit, Archivmaterial zu hinterlassen. Viele von ihnen heirateten oder veröffentlichten unter Pseudonymen und änderten ihre Namen, was die Forschung zusätzlich erschwerte», so die Historikerin.

Die MEDIF-Studie wird vom Schweizerischen Nationalfonds mit 870 000 Franken unterstützt und soll unter anderem dazu beitragen, die Karriere von Ärztinnen zu fördern.

## Zitat der Woche

«Die Realität entsteht in unseren Köpfen: Wir erleben das, was unser Gehirn aus unseren Wahrnehmungen macht.»

**Prof. Dr. Claire-Anne Siegrist**  
 Fachärztin Pädiatrie und Infektiologie  
 Hintergrundbericht ab Seite 12.



## Kopf der Woche

# Sie steht Krebsbetroffenen bei



Anna Zahno

**Unterstützung** Eine Krebsdiagnose wirft viele Fragen auf. Seit 1995 kümmert sich das Krebstelefon um die Anliegen von Erkrankten und deren Angehörigen. Ein Team aus Pflegefachpersonen beantwortet Fragen unter anderem per Telefon, Chat, Videotelefonie oder E-Mail. Insbesondere letztere Dienstleistung ist sehr gefragt: «Noch nie seit Bestehen des Angebots wurden so viele E-Mail-Anfragen beantwortet wie 2022», sagt Anna Zahno, Leiterin des Krebstelefons. Die schriftliche Online-Beratung sei ideal für Menschen, denen schreiben leichter falle als telefonieren, die Angst oder Scham vor höherschwelligen Angeboten hätten oder die Wert auf Anonymität und Flexibilität legten. «Bei gewissen Tabuthemen wie «Krebs & Sexualität» sprechen Betroffene im Chat offener als am Telefon.» Auch für Menschen, die durch Beruf und Familie zeitlich eingeschränkt seien, sei das Angebot ideal. «Sie können ihre Fragen dann stellen, wenn sie auftauchen, zum Beispiel abends zuhause, und erhalten innert 48 Stunden eine schriftliche Rückmeldung», sagt Zahno.

Die sieben Beratenden des Krebstelefons verfügen über Zusatzausbildungen in onkologischer Pflege, Psychoonkologie, Schmerzbehandlung, Psychologie, Sozialarbeit, psycho-

sozialer oder systemischer Beratung. «Wir beantworten die Anfragen mit unserem eigenen Fachwissen, durch Recherche, Nutzung der Datenbank des Deutschen Krebsforschungszentrums in Heidelberg und mit Unterstützung von onkologischen Fachbeiräten», erklärt Anna Zahno.

Eine Diagnose stellt das Beratungsteam des Krebstelefons aber nicht. Vielmehr gehe es darum, Fragen zu beantworten, für die in der Sprechstunde mit der Ärztin oder dem Arzt die Zeit fehle. «Betroffene und Angehörige trauen sich manchmal nicht, Rückfragen zu stellen. Oftmals kommen ihnen die Fragen auch erst nach dem Gespräch in den Sinn.» Häufig seien es Fragen zur Erkrankung, den Therapiemöglichkeiten und den daraus resultierenden Folgen, die die Ratsuchenden beschäftigten.

Das Beratungstelefon leistet aber auch emotionalen Beistand. «Wir unterstützen die Ratsuchenden bei existenziellen Themen und Sinnfragen, bis hin zu Fragen im Zusammenhang mit der Krebserkrankung und der Arbeitssituation, verändertem Körperbild und etwa auch der intrafamiliären Kommunikation.»

Das Krebstelefon ist ein kostenloses Angebot der Krebsliga Schweiz. Finanziert wird der Beratungsdienst über Spenden.

## Aufgefallen



**Sterbehilfe** Was kostet ein assistierter Suizid? Können Paare gemeinsam sterben? Was passiert am Sterbetag? Diese und weitere Fragen soll ein neues Kartenset beantworten. Entwickelt wurde das Aufklärungstool «RUND UM Assistierter Suizid» von der Grafikerin Selina Fässler. Das Projekt erhielt Förderbeiträge von palliatura und der Stiftung DIGNITAS Academy. Mehr Informationen: [www.rundum-kartensets.ch](http://www.rundum-kartensets.ch)

# Die Macht der Worte

**Medizinische Hypnose** Positive Suggestionen können Patientinnen und Patienten Schmerzen und Ängste nehmen, ihr Wohlbefinden steigern und ihre Selbstheilungskräfte aktivieren. Eine Anästhesistin, ein Psychiater, eine Kinderärztin und ein Hausarzt geben Einblick.

Martina Huber

**D**as Schlimmste ist vorbei. Wir bringen Sie jetzt ins Krankenhaus, wo schon alles vorbereitet wird. Ihr Körper kann sich ganz auf seine Selbstheilungskräfte konzentrieren, während Sie sich jetzt ganz geborgen fühlen. Lassen Sie alle Organe, Ihr Herz, Ihre Blutgefäße, sich selbst in einen Zustand versetzen, der Ihr Überleben sicherstellt. Bluten Sie gerade so viel wie nötig ist, um die Wunden zu reinigen, und lassen Sie dann Ihre Gefäße sich von selbst so weit schliessen, dass Ihr Leben gesichert ist. Ihre Körperfunktionen, Ihre Körpertemperatur, alles wird optimal aufrechterhalten, während im Krankenhaus schon alles für Ihre optimale Versorgung hergerichtet wird. Wir bringen Sie so schnell und sicher wie nur möglich dorthin. Sie sind jetzt in Sicherheit. Das Schlimmste ist vorbei.»

Diesen Text sollten Rettungssanitäterinnen und Rettungssanitäter Unfallopfern vorlesen, selbst wenn diese bewusstlos waren – wiederholt und mit ruhiger Stimme. Weiter waren sie angehalten, Patientinnen und Patienten möglichst rasch vom Unfallort wegzubringen und weder belanglose noch negative Konversationen mit ihnen zu führen. Das war die Versuchsanlage im sogenannten Kansas-Experiment, das der US-amerikanische Psychiater Erik Wright 1976 durchführte. Es zeigte auf, wie mächtig sogenannte

therapeutische Suggestionen sind – also Botschaften, die die Gesundheit und den Heilungsverlauf positiv beeinflussen sollen. In der Gruppe des Rettungspersonals, das diese Vorgaben erhielt, erreichten mehr Patientinnen und Patienten das Krankenhaus lebend, es überlebten insgesamt mehr, und die Überlebenden waren auch schneller wieder gesund als in der Kontrollgruppe, wo das Rettungspersonal diese Instruktionen nicht erhalten hatte [1].



**«Wir alle sollten daran arbeiten, wie wir mit unseren Patientinnen und Patienten sprechen und wie wir ihnen gegenüber treten.»**

**Dr. med. Nicolas Huber**  
Hausarzt

## Weniger Schmerzen nach Operationen

Auch jüngere Studien bestätigen die Macht von Worten auf Körper und Gesundheit. Etwa die deutsche Multicenter-Studie, die ein Team von Forschenden um Hartmuth Nowak



© Monkey Business Images / Dreamstime

Studien zeigen, dass das gesprochene Wort bei der medizinischen Behandlung für Patientinnen und Patienten von grosser Bedeutung sein kann.

vom Universitätsklinikum Bochum und Nina Zech von der Universitätsklinik Regensburg durchführte und mit dem Förderpreis der Deutschen Schmerzgesellschaft ausgezeichnet wurde. Die Resultate erschienen 2020 im Fachmagazin *British Medical Journal* [2]. Teilgenommen hatten rund 400 Patientinnen und Patienten, die während mindestens einer Stunde unter Vollnarkose operiert worden waren. Rund die Hälfte von ihnen erhielt während der Operation über einen Kopfhörer therapeutische Suggestionen mit positiven und unterstützenden Worten abgespielt, hinterlegt mit Musik. Auch die Kontrollgruppe erhielt einen MP3-Player und Kopfhörer, doch bei ihnen wurde nichts abgespielt.

Es zeigte sich: Patientinnen und Patienten, die therapeutische Suggestionen erhielten, hatten nach dem Eingriff weniger Schmerzen und benötigten deutlich weniger Schmerzmedikamente.



**«Die Medizinische Hypnose ist eine einfache, kostengünstige, nebenwirkungsfreie und sichere Methode.»**

**Dr. med. Ursula Speck**  
Oberärztin für Anästhesiologie

### Einfach und sicher

«Das eröffnet eine neue Dimension in der medizinischen Behandlung», sagt Ursula Speck, Oberärztin an der Klinik für Anästhesiologie, Intensiv-, Rettungs- und Schmerzmedizin des Kantonsspitals St. Gallen (KSSG). «Die Medizinische Hypnose ist eine einfache, kostengünstige, nebenwirkungsfreie und sichere Methode, um den Patientenkomfort zu steigern und den Medikamentenbedarf zu senken.» Überrascht ist Speck nicht von solchen Studienresultaten: Sie ist im Vorstand der Schweizerischen Ärztesellschaft für Hypnose (SMSH) und setzt am Schmerzzentrum des KSSG seit fast 20 Jahren Medizinische Hypnose ein. «Wir verfügen heute über eine Vielzahl von medikamentösen und interventionellen Methoden, aber die Medizinische Hypnose erlaubt uns, mit ganz einfachen Mitteln einen positiven Einfluss auf das Befinden unserer Patientinnen und Patienten zu nehmen», sagt sie.

Die SMSH definiert Hypnose als eine Kommunikationsform auf verbaler und nonverbaler Ebene, die Patientinnen und Patienten dabei hilft, in verschiedene Formen von Trancen zu gelangen. Trancen wiederum sind veränderte Bewusstseinszustände, die sich vom Alltagsdenken unterscheiden und in denen die Aufmerksamkeit nach innen und auf die eigene Wahrnehmung gerichtet wird. «In diesem Zustand sind Patientinnen und Patienten besonders empfänglich für Suggestionen», sagt Speck. «Das können wir nutzen, um die Wahrnehmung von Schmerzen zu verändern und den Betroffenen zu einem erträglicheren Körpergefühl zu verhelfen.»

### Verletzlicher Zustand

Im medizinischen Kontext befinden sich Patientinnen und Patienten gemäss Speck oftmals ohnehin in einem Trancezustand: «Eine medizinische Behandlung, insbesondere in einem Notfall, stellt eine Ausnahmesituation dar, in welcher

der Mensch in einen spontanen Trancezustand geht und daher besonders suggestibel und verletzlich ist. Deshalb ist es so wichtig, unsere Worte sorgsam zu wählen.»

Speck begleitet beispielsweise Patientinnen und Patienten, die an chronischen Schmerzen, Angststörungen oder psychosomatischen Beschwerden wie Reizdarmsyndrom leiden. Sie unterstützt auch stationäre Patientinnen und Patienten. Oft bereitet sie etwa schwangere Mütter auf eine weitere Geburt vor, wenn sie aufgrund schlechter Erfahrungen grosse Angst davor haben. Einmal hatte sie einen Patienten, der an einer Trigeminusneuralgie litt – chronischen Schmerzen eines Gesichtsnervs. In Trance erinnerte er sich daran, wie sich die weichen Nüstern seines Pferdes auf dieser Wange anfühlten, wenn er das Tier begrüßte. Indem er diese Körpererinnerung wieder wachrief, dieses angenehme Gefühl auf seiner Haut wieder erlebte, konnte er das Körpergefühl der Trigeminusneuralgie mit der Zeit zum Positiven verändern.

«In Trance kann man die Wahrnehmung zum Beispiel ganz bewusst auf einen Teil des Körpers fokussieren, der sich gut anfühlt, oder den Körper für eine Weile ganz verlassen und mit der Fantasie an einen sicheren Ort reisen, wo man sich entspannen kann», sagt Ursula Speck. Das brauche ein gewisses Mass an Sprachverständnis und Vorstellungskraft, doch könnten 80 Prozent aller Menschen Trance gut erleben, 10 Prozent sogar sehr gut. «Nur etwa 10 Prozent aller Menschen sind nicht trancefähig – für sie ist Hypnose nicht die richtige Therapiemethode.»

## Hypnose-Ausbildung in der Schweiz

Hypnosetherapeut ist kein geschützter Beruf. Vom Schweizerischen Institut für ärztliche Weiter- und Fortbildung (SIWF) anerkannt ist der Fähigkeitsausweis Medizinische Hypnose [3], den die Schweizerische Ärztesellschaft für Hypnose (SMSH) [4] anbietet. Voraussetzung für den Fähigkeitsausweis ist ein Facharztstitel der FMH. Ärztinnen und Ärzte in der Ausbildung oder ohne Facharztstitel erhalten ein Zertifikat.

Enge Kooperationspartner der SMSH sind die Gesellschaft für klinische Hypnose und Hypnotherapie Schweiz (ghyps) [5] sowie das Institut Romand d'Hypnose Suisse (irhys) [6]. Diese wie die SMSH Mitglieder der Internationalen Gesellschaft für Hypnose (ISH) sind und sich deren ethischen Richtlinien verpflichten.

Auch für diplomierte Pflegefachkräfte in Medizin und Zahnmedizin bieten die drei Fachgesellschaften Aus- und Weiterbildungen in hypnotischer Kommunikation an, welche mit einem Zertifikat abgeschlossen werden.

Ausbildungen und Workshops in Hypnose und hypnotischer Kommunikation bietet auch der Verein hypnose gesellschaft schweiz (hygs) [7] an. Er wurde 2021 von ehemaligen SMSH-Mitgliedern gegründet, die den Fähigkeitsausweis für Medizinische Hypnose auch weiteren Gesundheitsberufen zugänglich machen wollten, wie beispielsweise Osteopathinnen, Physiotherapeuten oder Pflegefachkräften.

## Das Erleben steht im Zentrum

ÄrztKolleginnen und -kollegen seien oftmals skeptisch, manche würden über die «magic medicine» scherzen. «Was Hypnose für manche suspekt macht, ist die Tatsache, dass wir mit Suggestionen arbeiten», sagt Speck. «Man assoziiert damit Manipulation oder denkt an Marketingstrategien und politische Debatten. Für viele ist schwer vorstellbar, wie wir das in einem therapeutischen Kontext einsetzen.»

«Es gibt viele falsche Vorstellungen über Hypnose», sagt auch Ulrich Geissendörfer, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie mit eigener Praxis in Baden-Dättwil und wie Speck im Vorstand der SMSH. «Im Gegensatz zum Film, in welchem jemand mit den Fingern schnippt und man ist in Trance, braucht es in der Realität immer die Bereitschaft der Patientin oder des Patienten. Letztlich ist jede Hypnose in gewissem Sinn eine Selbsthypnose.» Geissendörfer selbst kam per Zufall zur Hypnose: Vor knapp zehn Jahren sei ein Flyer der SMSH auf seinem Schreibtisch gelandet, als er gerade seine jährlichen Weiterbildungen plante. So habe er sich zur Grundausbildung für Ärztinnen und Zahnärzte angemeldet (siehe Kasten).

Zunächst sei er skeptisch gewesen. «Als Verhaltenstherapeut lernte ich strukturiert klare Richtlinien und Strategien, die ich einsetze. Bei der Medizinischen Hypnose ist es anfangs schwammig und diffus. Es gibt zwar einen Fähigkeits- und Wissensanteil, aber das Wesentliche ist das Erleben – und das lässt sich schwer in einem Lehrbuch vermitteln.»

So seien es dann die konkreten Übungen gewesen, die ihn überzeugt hätten: «Zu meinem eigenen Erstaunen habe ich gemerkt: Es funktioniert und hat einen angenehmen und überraschend deutlichen Effekt.» Seither setzt er die Hypnose in seiner Praxis ein, beispielsweise bei Patientinnen und Patienten mit Depressionen, Angststörungen oder psychosomatischen Beschwerden. Wobei er betont: «Medizinische Hypnose besteht nicht ausschliesslich darin, Patientinnen und Patienten in Trance zu begleiten. Vielmehr ist Medizinische Hypnose ein Psychotherapieverfahren mit diversen Elementen und eine besondere Art der therapeutischen Beziehungsgestaltung.»



## Die Realität entsteht in unseren Köpfen: Wir erleben das, was unser Gehirn aus unseren Wahrnehmungen macht.

**Prof. Dr. Claire-Anne Siegrist**  
Fachärztin Pädiatrie und Infektiologie

Insbesondere bei psychosomatischen Beschwerden und affektiven Reaktionen, die schwer in Worte zu fassen sind, habe die Medizinische Hypnose seine therapeutischen Möglichkeiten wesentlich erweitert, sagt Geissendörfer: «In Trance haben Patientinnen und Patienten oftmals einen Zugang zum eigenen Innenleben, welchen sie sonst nicht haben. Sie können erleben, wie ihr jetziges Befinden mit früheren Erfahrungen zusammenhängt. Diese Verknüpfungen kann man in Trance viel effizienter erkennen und bearbeiten als im üblichen therapeutischen Gespräch.»

Allerdings sei es wichtig, die Erwartungen vor Therapiebeginn zu klären: «Medizinische Hypnose ist ein fantasti-

sches Instrument, das sehr viel bewirken kann. Manche haben jedoch zu hohe Erwartungen. Wie bei jeder anderen medizinischen Behandlung ist daher eine sorgfältige Aufklärung über Möglichkeiten und Grenzen selbstverständlich.»

### Die Realität entsteht in unseren Köpfen

«Die Hypnose hat mein Leben verändert», sagt Claire-Anne Siegrist, Fachärztin für Pädiatrie und Infektiologie. Bis zu ihrer Pensionierung Anfang 2023 arbeitete sie als leitende Ärztin am Universitätsspital Genf (HUG) und als Professorin an der Universität Genf. Sie entdeckte die Hypnose für sich, als sie 2016 an Polyneuritis erkrankte – einer schmerzhaften Nervenkrankheit in den Beinen, die sie in den Rollstuhl brachte. «Die Hypnose hat mir geholfen, unerträgliche Schmerzen zu lindern», sagt sie. Heute könne sie wieder von ihrem Rollstuhl aufstehen. Und wenn sie sich vorstelle, dass sie ihre Füße in einen Bergsee halte, spüre sie die wohlthuende Kühle, und wie die Schmerzen in Füßen und Beinen nachlassen. «Unser Gehirn ist unglaublich mächtig», sagt sie. «Die Realität entsteht in unseren Köpfen: Wir erleben das, was unser Gehirn aus unseren Wahrnehmungen macht. Denselben Reizen ausgesetzt, erleben unterschiedliche Menschen etwas anders. Das eröffnet unendlich viele Möglichkeiten.»



**«Es gibt zwar einen Fähigkeits- und Wissensanteil, aber das Wesentliche ist das Erleben – und das lässt sich schwer in einem Lehrbuch vermitteln.»**

**Dr. med. Ulrich Geissendörfer**  
Facharzt Psychiatrie und Psychotherapie

Als Patientin wurde ihr bewusst, wie empfindlich die Worte von Ärztinnen und Pflegenden einen treffen können, wenn sie nicht sorgfältig gewählt sind. In der Folge rief sie am HUG gemeinsam mit der Anästhesistin Adriana Wolff ein Programm für Klinische Hypnose ins Leben. Inzwischen werden sowohl das Pflegepersonal als auch alle Ärztinnen und Ärzte des Spitals in hypnotischer Kommunikation geschult. «Hypnose bedeutet, dass wir unsere Patientinnen und Patienten in den Mittelpunkt stellen und dass wir die richtigen Worte wählen», sagt Siegrist. «Im Spitalalltag erlaubt sie uns, mit vielen Problemen unserer Patientinnen und Patienten anders umzugehen, sodass sie entspannter sind und weniger Schmerzen und Ängste haben.» Beim Verabreichen einer Spritze etwa sollte man nicht sagen: «Es gibt jetzt einen Stich, es tut nur ein bisschen weh», denn oft hören Patienten dann nur «Stich» und «weh». Besser sei es, beispielsweise zu sagen: «Es kann sein, dass Sie etwas spüren, aber Sie werden das gut aushalten.» Bei Kindern könne man zum Beispiel den Landeplatz für einen Schmetterling vorbereiten und sie dann während der Impfung nach den Farben des Schmetterlings fragen, der da gelandet ist. «Der Fantasie sind keine Grenzen gesetzt, und Kinder sind schnell in ihrer Welt», sagt Siegrist. «Wenn wir uns auf sie einlassen, können wir sie gut von Schmerz und Angst wegführen.» Auch nach ihrer Pensionierung setzt die Ärztin ihr Engagement fort und begleitet Kinder und Jugendliche mit Medi-

zischer Hypnose – nicht mehr am Universitätsspital Genf, sondern an der Klinik der Genfer Gemeinde Carouge.

### Sich Zeit nehmen

«Hypnose ist eine Kommunikationsform, die uns eigentlich bei fast allem unterstützen kann», sagt Nicolas Huber. Der Facharzt für allgemeine innere Medizin ist Hausarzt in einer Gruppenpraxis in Oberurnen und engagiert sich im Vorstand des Vereins Hypnose Gesellschaft Schweiz (hygs), der sich 2021 von der SMSH abgespaltete. Wenn Patientinnen und Patienten ihn gezielt danach fragten, begleite er diese manchmal mit Hypnose, etwa bei chronischen Nacken- oder Kopfschmerzen oder bei Schlafstörungen. «In 90 Prozent meiner Zeit arbeite ich allgemeinmedizinisch und habe da einen Takt von 15 Minuten, maximal 30 Minuten pro Person. Für Hypnose brauche ich eine Stunde. Es ist angenehm, so manchmal aus dem rasenden Rhythmus rauszukommen.»

Vor allem aber habe er seine Kommunikation mit Patientinnen und Patienten verändert, seit er vor gut zehn Jahren die SMSH-Ausbildung in Medizinischer Hypnose abschloss: «Es ist eine Grundhaltung, die meine ganze Arbeit beeinflusst, die Art und Weise, wie ich auf die Leute zugehe, mit ihnen spreche.» So habe er beispielsweise früher rein faktenbasiert gesprochen, wenn er eine Krebsdiagnose überbringen musste. «Heute weiss ich, dass die Betroffenen dann in einer angsterfüllten Trance sind, aus der ich sie abholen muss.» Er halte es nicht für nötig, dass alle Ärztinnen und Ärzte Medizinische Hypnose anwenden. «Aber wir alle sollten daran arbeiten, wie wir mit unseren Patientinnen und Patienten sprechen und wie wir ihnen gegenüber treten.»

*In einem Folgetext wird die Autorin ihre Erfahrungen schildern, die sie an einem SMSH-Weiterbildungstag zu Medizinischer Hypnose und Schmerz gemacht hat.*



### Literatur

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

# Medikamente für alle – überall

**WHO** Bestimmte Medikamente sollten allen Menschen zur Verfügung stehen. Zu diesem Zweck führt die Weltgesundheitsorganisation WHO eine Modellliste zu essenziellen Medikamenten. Wie diese Liste entsteht und Themen wie Antibiotikaresistenz und Medikamentenengpässe darin geregelt werden, erklärt Benedikt Huttner, Sekretär des Expertenkomitees.

Interview: Ines Böhm

## **Benedikt Huttner, seit wann gibt es die Modellliste der essenziellen Medikamente (EML) [1] und wie wird sie weiterentwickelt?**

Die EML gibt es seit 1977, sie wird alle zwei Jahre von einem Expertenkomitee, dem Expert Committee on selection and use of Essential Medicines, aktualisiert. Die neue Liste ist Ende Juli 2023 erschienen. Dem Komitee gehören Expertinnen und Experten mit klinischen, pharmakologischen, statistischen und epidemiologischen Kenntnissen aus allen WHO-Regionen an. Um ein Medikament in die Liste aufzunehmen, muss ein Antrag gestellt werden. Darin wird die Evidenz für das Medikament dargelegt, die als Entscheidungsgrundlage dient.

## **Wer stellt diese Anträge?**

Im Prinzip kann jeder einen solchen Antrag stellen: die WHO selbst, akademische Einrichtungen, Institutionen wie Cochrane oder die Pharmaindustrie. Gerade wenn es bei der WHO für Erkrankungen keine entsprechenden technischen Abteilungen gibt, die Richtlinien erstellen, wie beispielsweise für Malaria oder Tuberkulose, sind wir auf externe Anträge angewiesen.

## **Werden viele Anträge gestellt?**

Mit dem Expertenkomitee bearbeiten wir in den jeweils zwei Jahren bis zum Erscheinen der nächsten Liste ungefähr

80 bis 90 Anträge. Beantragt werden die Aufnahme neuer Medikamente, neue Indikationen oder Formulierungen bereits gelisteter Medikamente sowie die Entfernung von Medikamenten, Indikationen oder Formulierungen [2].

## **Was genau ist Ihre Aufgabe als Sekretär des Expertenkomitees?**

Gemeinsam mit meinem Team bereite ich das Treffen des Komitees vor. Wir koordinieren uns zum Beispiel mit anderen WHO-Abteilungen, die Leitlinien erarbeiten. Wird darin ein neues Medikament empfohlen, arbeiten wir darauf hin, dass ein Antrag auf Aufnahme in die Liste vorliegt.

**«Für die Krebstherapie gab es 1977 sechs Medikamente auf der Liste, inzwischen sind es über 60. Das ist ein Zeichen von Fortschritt.»**

Unser Team organisiert Arbeitsgruppen zu Antibiotika und Krebsmedikamenten. Diese sind mit Fachpersonen aus allen Weltregionen besetzt. Sie diskutieren zum Beispiel potenzielle Medikamente und beurteilen, ob die Aufnahme

Dr. med. Benedikt Huttner ist Infektiologe und seit März 2021 Teamleiter und Sekretär des Expertenkomitees für die Auswahl und den Einsatz unentbehrlicher Arzneimittel bei der Weltgesundheitsorganisation in Genf.





© Valentin Flauraud

«Eine bessere Übereinstimmung zwischen nationalen Listen und Modellliste wäre wünschenswert», sagt Benedikt Huttner.

in die EML sinnvoll ist. Kommen Anfragen von Ländern, die ihre nationalen Listen überarbeiten wollen, unterstützt das Sekretariat beratend.

#### **Nach welchen Kriterien wird die EML zusammengestellt?**

Die Kriterien sind bewusst nicht sehr eng gefasst. Die Medikamente müssen die wichtigsten gesundheitlichen Bedürfnisse der Bevölkerung abdecken. Die Prävalenz einer Erkrankung spielt eine Rolle, aber auch Medikamente für seltene Erkrankungen werden gelistet. Die wichtigsten Kriterien sind die klinische Wirksamkeit und die Sicherheit. Aber auch der vergleichende Kosten-Nutzen-Effekt wird beurteilt, insbesondere wenn bereits Alternativen auf der Liste vorhanden sind.

#### **Welche Rolle spielen die Kosten eines Medikaments?**

Bei der Aktualisierung der Kriterien 2001 wurden die absoluten Kosten eines Medikaments als Kriterium ausgeklammert. Damit wollte man sicherstellen, dass die damals neu verfügbare antiretrovirale Therapie trotz der damals hohen Kosten zugänglich ist. Dies mit dem Effekt, dass die Preise massiv gefallen sind.

#### **Wie wird eine Entscheidung über die Aufnahme beispielsweise eines Krebsmedikaments in die EML getroffen?**

Heute kosten viele Therapien mehrere 10 000 US-Dollar pro Jahr. Daher besteht das Risiko, dass diese teuren Medikamente in ärmeren Ländern Ressourcen von anderen Berei-

chen abziehen. Vom Expertenkomitee wurde der heute geltende Vorschlag unterstützt, dass ein Krebsmedikament das Gesamtüberleben um mindestens vier bis sechs Monate verlängern sollte [3].

#### **Müssten die Kriterien im Hinblick auf die Kosten aktualisiert werden?**

Grundsätzlich ist es schwierig, Kostengrenzen zu definieren. Für viele Erkrankungen bräuchte man individuelle Kostengrenzen.

Wir sehen uns mit verschiedenen Problemen konfrontiert. Die meisten Anträge kommen aus reichen Ländern mit unterschiedlichen Gesundheitssystemen. Die Kosten sind nicht direkt auf andere Länder übertragbar. Die Informationen zu den Kosten sind oft veraltet und Generika noch nicht berücksichtigt.

Medikamentenpreise sind ausserdem sehr intransparent. Der offizielle Preis ist meist höher als der verhandelte Preis und dieser ist in den Ländern nicht einheitlich. Preisverhandlungen sind oft geheim. Ohne den tatsächlichen Preis ist es schwierig, eine Kosten-Nutzen-Analyse für ein Medikament zu machen. Dennoch sind diese Daten sehr wichtig.

#### **Bei jedem Update wird die Liste der essenziellen Medikamente länger. Woran liegt das?**

Es ist eigentlich ein Zeichen von Fortschritt. Für die Krebstherapie gab es 1977 sechs Medikamente auf der Liste, inzwischen sind es über 60. Die Liste ist dynamisch, wird aber relativ zurückhaltend angepasst. Wir versuchen zu vermeiden,

Medikamente auf die Liste zu nehmen, die sich später als weniger wirksam und sicher erweisen als angenommen. Das würde das Vertrauen in die Liste untergraben. Es werden auch Medikamente von der Liste genommen, zum Beispiel Hepatitismedikamente. Heute gibt es bessere HIV- oder Hepatitis-C-Medikamente mit weniger Nebenwirkungen als noch vor einigen Jahren und dies spiegelt die Liste wider.

### **Viele Länder erstellen nationale Medikamentenlisten. Diese weichen zum Teil erheblich von der EML der WHO ab. Was sind Gründe hierfür?**

Die EML der WHO ist eine Modellliste für die nationalen Medikamentenlisten. Auf den nationalen Listen sind Medikamente, die nicht auf der EML der WHO sind. Umgekehrt sind viele der von uns empfohlenen Medikamente nicht auf den nationalen Listen. Dies hat vielfältige Gründe, zum Beispiel die wirtschaftliche Leistungsfähigkeit eines Landes oder die Epidemiologie der Erkrankungen. Generell wäre eine bessere Übereinstimmung zwischen nationalen Listen und Modellliste wünschenswert.

### **Sind die Medikamente der Länderlisten tatsächlich für alle Patientinnen und Patienten verfügbar?**

Das ist eigentlich die Idee. Aber in vielen Ländern müssen Patientinnen und Patienten für gewisse Medikamente – von Insulin bis zu Krebsmedikamenten – einen bisweilen sehr hohen Teil der Kosten selbst übernehmen. Generell ist der prozentuale Anteil der Medikamentenkosten an den gesamten Gesundheitsausgaben in ärmeren Ländern viel höher als in den reichen Ländern.

### **Welche Bedeutung hat die EML für die Schweiz?**

Die Schweiz hat keine EML. Wir sagen, dass die EML für alle Länder relevant ist. Tatsache ist aber, dass die meisten Länder mit hohem Einkommen keine Liste dieser Art haben. Das Interesse am Konzept der EML wächst aber auch in den reichen Ländern.

### **Wie viele Antibiotika sind auf der EML?**

Auf den ersten EML waren 16 Antibiotika, heute sind es 39. Mit sechs bis acht dieser Antibiotika kann man einen Grossteil der ambulant versorgten Infektionen behandeln.

## **«Die Schweiz hat keine EML. Das Interesse am Konzept der EML wächst aber auch in den reichen Ländern.»**

### **Was sind die Folgen der weltweiten Antibiotikaresistenz?**

Daten zur weltweiten Antibiotikaresistenz sind sehr lückenhaft. Nach aktuellen Schätzungen gibt es ungefähr 1,27 Millionen Todesfälle pro Jahr, die direkt durch Antibiotikaresistenz verursacht werden. Das sind ungefähr doppelt so viele Todesfälle wie durch HIV oder Malaria. Die Therapie wird komplexer. Bei einem Fremdkörperinfekt mit einem resistenten Keim müssen meist teurere Medikamente eingesetzt werden, die Behandlung ist toxischer und dauert länger. Zudem sind viele der neueren Medikamente, die gegen hochresistente Keime aktiv sind, in vielen ärmeren Ländern nicht verfügbar.

### **Wo sehen Sie die Ursachen für die Antibiotikaresistenz und was tut die WHO dagegen?**

Die Antibiotikaresistenz ist multifaktoriell bedingt. Eine wichtige Ursache ist der übermässige und unangemessene Einsatz von Antibiotika bei Mensch und Tier.

Die WHO hat 2015 den globalen Aktionsplan zur Antibiotikaresistenz [4] beschlossen. Zudem bemüht sich die WHO mit der AWaRe-Klassifikation um eine für die Anwendung schlüssige Einteilung der Antibiotika. «AWaRe» steht für Access, Watch, Reserve. Eine vierte Kategorie sind nicht empfohlene Antibiotika, meist Antibiotikakombinationen.

## **«Nach aktuellen Schätzungen gibt es ungefähr 1,27 Millionen Todesfälle pro Jahr, die direkt durch Antibiotikaresistenz verursacht werden.»**

Unter «Access» laufen beispielsweise Penicillin, Amoxicillin und Amoxicillin/Clavulansäure. Das sind Antibiotika, die für die meisten Infektionen erste Wahl sind. «Watch»-Antibiotika wie Ciprofloxacin oder Ceftriaxon spielen bei bestimmten Infektionen eine wichtige Rolle, tragen aber stärker zur Resistenzbildung bei. Daher müssen sie besonders umsichtig angewendet werden, was leider oft nicht der

## Interview

Fall ist. «Reserve»-Antibiotika sind nur für die Behandlung multiresistenter Keime vorgesehen. Ein essenzielles Antibiotikum, unabhängig davon, ob es «Watch» oder «Reserve» ist, sollte trotzdem für alle Menschen verfügbar sein, die es brauchen.

### Wie hoch ist der Anteil der «Access»-Antibiotika am Gesamtgebrauch?

Die WHO hat offiziell das von vielen Ländern akzeptierte Ziel, dass 60% der Anwendungen «Access»-Antibiotika sein sollten. Diese Hürde ist recht tief, wahrscheinlich könnten 80-90% zu dieser Kategorie gehören. Die Schweiz liegt knapp über 60%.

### Warum ist es so schwierig, dieses Ziel einzuhalten?

Zeitdruck bei Ärztinnen und Ärzten, die oft nur wenige Minuten pro Patient zur Verfügung haben, fehlendes Training der Verschreibenden, das Fehlen diagnostischer Tests, Forderungen von Patientinnen und Patienten und fehlende Richtlinien für den Einsatz führen zu unnötigen Verordnungen oder solchen mit unnötig breitem Spektrum. Wo Antibiotika ohne ärztliche Verschreibung abgegeben werden, können auch wirtschaftliche Interessen ein Faktor sein. Andererseits können Erkrankte ohne Zugang zu ärztlicher Versorgung in bestimmten Situationen auf die Abgabe durch Apotheken angewiesen sein.

### Was ist die Antwort der WHO auf das Problem der Antibiotikaresistenzen?

Resistenzen könnten eingedämmt werden, wenn Antibiotika nur dann angewendet würden, wenn sie von Nutzen sind. Als die EML 1977 entstand, war geplant, nicht nur Medikamente zu listen, sondern auch deren Anwendungskriterien. Daher wurden 2022 im AWaRe-Antibiotika-Buch [5] die wichtigsten Erkrankungen mit Diagnose, typischen Erregern und die therapeutischen Massnahmen zusammengestellt. Inklusiv einer Auswahl der wirksamsten und sichersten Antibiotika mit Angaben zur Dosierung und Anwendungsdauer. Damit konnte die Lücke der für viele Erkrankungen fehlenden Richtlinien geschlossen werden. Zusätzlich veröffentlichte die WHO einen Leitfaden für einen besseren Einsatz von Antibiotika in Spitälern [6]. Die Ursachen für Antibiotikaresistenz sind komplex, dabei spielen Hygiene und Zugang zu sauberem Wasser ebenfalls eine wichtige Rolle. Die Effekte dieser Leitlinien werden sich hoffentlich in den nächsten Jahren zeigen.

### Ein Merkmal unentbehrlicher Arzneimittel sollte sein, dass sie jederzeit in ausreichender Menge verfügbar sind. Wir haben es momentan mit Medikamentenengpässen zu tun – auch in der Schweiz. Wie kommt es zu dieser Situation?

Bei Medikamentenengpässen geht es oft um essenzielle Medikamente. Engpässe können entstehen, weil der Bedarf plötzlich stark ansteigt. Viele Ausgangssubstanzen werden in Indien oder China hergestellt. Fällt dort ein Hersteller aus, hat der ganze Weltmarkt ein Problem mit der Beschaffung und Produktion. Für die Logistik wäre ein besserer Datenaustausch wünschenswert. Dann wüsste man, wo auf der Welt welche Medikamente vorhanden sind und wie diese besser verteilt werden könnten.



© Valentin Fluraud

«Bei Medikamentenengpässen geht es oft um essenzielle Medikamente.»

### Wie sieht es bei den Antibiotika aus?

Bei Engpässen stehen Antibiotika meist ganz oben auf der Liste. Ein Grund dafür ist, dass der Antibiotikamarkt für Hersteller nicht sehr attraktiv ist: Die Anwendungsdauer ist kurz und die Preise sind verhältnismässig tief.

### Was kann die WHO tun, um Medikamentenengpässen zu begegnen?

Eine Expertengruppe der WHO hat 2016 Vorschläge zu möglichen Massnahmen gemacht, von Medikamentenpreisen über Beschaffungssysteme bis zu Leitlinien [7]. Die Länder müssen selbst aktiv werden, um diese Massnahmen umzusetzen. Eine vermehrt lokale oder zumindest weltweit auf mehrere Standorte verteilte Produktion kann Teil der Lösung sein.



### Literatur

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

# In memoriam: Werner Stauffacher (1931–2023)

**Nachruf** Werner Stauffacher prägte mit seinen Visionen über Jahrzehnte das Departement Innere Medizin am Universitätsspital Basel. Darüber hinaus beeinflusste er mit seinem Engagement die medizinische Forschung in der Schweiz massgeblich.

**A**m 15. August 2023 verstarb nach längerer Krankheit Prof. Dr. med. Werner Stauffacher.

Nach seinem Medizinstudium in Basel und einem Forschungsaufenthalt in den USA an der Harvard Medical School widmete er sich der experimentellen Diabetologie im Labor von Alber Renold an der Universität Genf. Er blieb aber auch als Internist in der Klinik von Alex F. Müller in Genf aktiv, und wurde 1972 zum Co-Chefarzt der Medizinischen Klinik des Inselpitals Bern gewählt. Im Jahr 1976 wurde er Nachfolger von Fritz Koller als Chefarzt und Vorsteher des Departements Innere Medizin am damaligen Kantonsspital Basel.

## Fortschrittliche Strukturen geschaffen

Er kam bald zur Einsicht, dass es nicht mehr zeitgemäss war, an veralteten Strukturen der Inneren Medizin festzuhalten, und dass die Spezialitäten mehr Gewicht innerhalb des Departements bekommen mussten. So erweiterte er mit einem bemerkenswerten Gespür für notwendige Veränderungen Schritt für Schritt die etablierten Spezialgebiete. Durch geschickte Organisation und Berufung von fähigen und loyalen Kaderleuten schuf er eine Win-win-Situation für die Innere Medizin und ihre Spezialgebiete. Er war unermüdlich darauf aus, junge Nachwuchsleute zu fördern und der medizinischen Forschung ihren gebührenden Platz einzuräumen.

## Ein grosser Unterstützer der Forschung

In all seinen Funktionen, sei es als Dekan an der Medizinischen Fakultät, als Forschungsrat sowie Präsident der Abteilung Biologie und Medizin des Schweizerischen Nationalfonds (SNF) oder als Präsident der Schweizerischen Akademie der Medizinischen Wissenschaften (SAMW), engagierte er sich für junge

Forschende und qualitativ hochstehende medizinische Forschung in der Schweiz. In der SAMW trieb er das Projekt «Zukunft Medizin Schweiz» tatkräftig voran, unter besonderer Berücksichtigung neuester Technologien und der Frage der Patientensicherheit. In zahlreichen weiteren Gremien und Kuratorien brachte er sich tatkräftig mit dem Grundgedanken ein, eine bessere Medizin zu gestalten. So konnte er in einer Vorsitzfunktion beim MD-PhD-Programm des SNF, der Roche Research Foundation und der Helmut Horton Stiftung den Nachwuchs und die medizinische Forschung fördern. Typisch für Stauffacher war, dass er sich minutiös auf die vielen Sitzungen vorbereitete. Die vielfältigen Aufgaben in diesen Funktionen bewogen ihn dazu, für die Forschung im Hintergrund zu wirken und andere zu fördern. Das war sein Credo, und das machte ihn und das Departement Innere Medizin stark. Und er wusste stets, was er wollte!

## In all seinen Funktionen engagierte er sich für junge Forschende und qualitativ hochstehende medizinische Forschung in der Schweiz.

Neben den etablierten Spezialitäten schuf er 1991 in Basel als drittem Schweizer Universitätsspital eine Abteilung und später Klinik für Infektiologie und Spitalhygiene. Er war zudem massgeblich daran beteiligt, dass die Pflegewissenschaften an der Medizinischen Fakultät etabliert wurden.

Im Jahre 1994 trat Stauffacher als Departementsvorsteher und 1996 als Chefarzt der Medizinischen Klinik A zurück. Anschliessend war er noch bis 1997 kommissarischer Vorsteher

des Departementes Forschung. In dieser Funktion setzte er massgebende Akzente für dessen weitere Entwicklung.

Für seine unermüdliche und effektive Förderung der medizinischen Forschung in der Schweiz erhielt er 2002 den Dr. h.c. der Universität Genf.

Seine Tugenden wie Korrektheit, Pünktlichkeit und Loyalität waren Vorbild für die Mitarbeitenden des Departements. Offene, unprätentiöse und ehrliche Diskussionen für das bessere Argument waren wichtiger als egozentrisches Getue.

Nach seinem Rücktritt wurde es ruhig um Werner Stauffacher. Man begegnete ihn und seiner Frau im Theater Basel und er wurde ein genauer Beobachter unserer Gesellschaft. Eher unerwartet widmete er sich in den letzten Jahren gesellschaftspolitischen Themen. So war er häufiger Leserbriefschreiber in der «Basler Zeitung». Er ärgerte sich in seinen Beiträgen unter anderem über national-konservative Denkmuster und über fehlenden Anstand bei gewissen Politikern.

Wir denken gerne an die Begegnungen mit ihm zurück. Für seine Wertschätzung bleiben wir ihm dankbar.

*Ulrich Keller, Prof. em. Dr. med.*

*Jürg Schifferli, Prof. em. Dr. med.*

*André Perruchoud, Prof. em. Dr. med.*



## Dies ist Ihre Seite!

Sie können uns Ihre Texte für die Rubrik «Forum» einreichen. Weiterführende Informationen unter [saez.ch/publizieren](http://saez.ch/publizieren)

Ort, August 2023

# DHPC – Valproate (Depakine<sup>®</sup>, Depakine Chrono<sup>®</sup>, Valproate Chrono Sanofi<sup>®</sup>, Valproat Chrono Desitin<sup>®</sup>, Orfiril<sup>®</sup> long, Orfiril<sup>®</sup>, Valproat Sandoz<sup>®</sup>, Convulex<sup>®</sup>)

**Valproat** Potenzielles Risiko für Kinder von mit Valproat behandelten Vätern – Neue Informationen zum potenziellen Risiko für neurologische Entwicklungsstörungen bei Kindern von mit Valproat behandelten Vätern im Vergleich zu Kindern von Vätern, die mit Lamotrigin oder Levetiracetam behandelt wurden

Sehr geehrte Damen und Herren

Dieses Schreiben wird in Abstimmung mit Swissmedic versendet und informiert Sie über neue Warnhinweise und Massnahmen zur Aufklärung über ein potenziell erhöhtes Risiko für neurologische Entwicklungsstörungen (Neurodevelopmental Disorders, NDD) bei Kindern von in den drei Monaten vor und/oder zum Zeitpunkt der Zeugung mit Valproat behandelten Vätern, im Vergleich zu Kindern von Vätern, die mit Lamotrigin oder Levetiracetam behandelt wurden.

## Hintergrundinformationen

Valproat und verwandte Substanzen sind zur Behandlung von Epilepsie und/oder bipolarer Störung zugelassen.

Die Europäische Kommission (EK) hat am 31. Mai 2018 die folgenden Empfehlungen des EMA-Ausschusses für Risikobewertung im Bereich der Pharmakovigilanz (PRAC, Pharmacovigilance Risk Assessment Committee der Europäischen Arzneimittelbehörde) genehmigt:

- Hinzufügen der «Risiken für ungeborene Kinder nach einer Exposition [in dritter Generation und] des Vaters» als wichtiges potenzielles Risiko als Bestandteil des Pharmakovigilanzplans des Risikomanagementplans
- Durchführung einer präklinischen epigenetischen Studie zur Untersuchung der potenziellen Auswirkungen von Valproat auf das Epigenom männlicher [und weiblicher] Keimzellen
- Durchführung von sechs Unbedenklichkeitsprüfungen nach der Zulassung (PASS), darunter eine PASS zur Untersuchung des Zusammenhangs zwischen der Exposition des Vaters gegenüber Valproat und den Risiken für neurologische Entwicklungsstörungen (NDD) einschliesslich Autismus-Spektrum-Störungen (ASS) sowie angeborener Anomalien bei Nachkommen (Titel der Studie: «A post-authorization safety study (PASS) to evaluate the paternal exposure to valproate and the risk of neurodevelopmental disorders including autism spectrum disorder as well as congenital abnormalities in offspring – a population-based

## Zusammenfassung

- Daten aus 2 Ländern einer retrospektiven Beobachtungsstudie zu elektronischen Patientenakten aus drei nordeuropäischen Ländern könnten darauf hindeuten, dass bei Kindern (von 0 bis 11 Jahren) von Männern, die in den drei Monaten vor und/oder zum Zeitpunkt der Zeugung mit Valproat behandelt wurden, im Vergleich zu Kindern von Männern, die mit Lamotrigin oder Levetiracetam behandelt wurden, eine Tendenz zu einem erhöhten Risiko für neurologische Entwicklungsstörungen besteht. Die Daten des dritten Landes werden derzeit ausgewertet.
- Weitere Untersuchungen sind zu diesem potenziellen Risiko notwendig.
- Als Vorsichtsmassnahme sollte der verordnende Arzt männliche Patienten über dieses potenziell erhöhte Risiko für NDD aufklären und gemeinsam mit den Patienten mögliche alternative Therapieoptionen besprechen. Die Notwendigkeit einer wirksamen Verhütungsmethode während der Behandlung sowie bis zu drei Monaten nach Behandlung sollte ebenfalls mit den männlichen Patienten im zeugungsfähigen Alter erörtert werden.
- Die Abschnitte «Warnhinweise und Vorsichtsmassnahmen» und «Schwangerschaft, Stillzeit» der Fachinformation und der zugehörige Abschnitt der Packungsbeilage werden entsprechend geändert.
- Einfügen eines «Boxed Warning» für zeugungsfähige Männer in der Fachinformation und Patienteninformation.

retrospective study») (die «PASS zur Exposition des Vaters»). Diese Studie wurde von einem Konsortium aus Zulassungsinhaberinnen – in dem Sanofi Partner ist – als auferlegte Bedingung für die Marktzulassung von Valproat-haltigen Arzneimitteln durchgeführt.

Diese PASS verwendete elektronische Patientenakten aus drei nordeuropäischen Ländern. Die Ergebnisse aus zwei Ländern dieser PASS, einer retrospektiven Beobachtungsstudie, deuten darauf hin, dass bei Kindern von Männern, die im Laufe der drei Monate vor und/oder zum Zeitpunkt der Zeugung mit Valproat behandelt wurden, im Vergleich zu Kindern von Männern, die mit Lamotrigin oder Levetiracetam behandelt wurden, eine Tendenz zu einem erhöhten Risiko für neurologische Entwicklungsstörungen bestehen könnte.

Daten des dritten Landes werden derzeit ausgewertet. Weitere Untersuchungen sind über dieses potenzielle Risiko notwendig.

## Massnahmen und Anweisungen/ Empfehlungen für Fachpersonen

Als Vorsichtsmassnahme wurde die Produktinformation überarbeitet, um diesen Studienergebnissen aus den zwei Ländern und dem Risiko für Kinder von Vätern, die in den drei Monaten vor und/oder zum Zeitpunkt der Zeugung mit Valproat behandelt wurden, Rechnung zu tragen. Zusätzlich wird empfohlen, mit fortpflanzungsfähigen Männern mögliche alternative Therapieoptionen zu besprechen. Im Weiteren sollte die Notwendigkeit einer wirksamen Verhütungsmethode im Zeitraum der Behandlung sowie bis zu

drei Monaten nach Beendigung der Behandlung, erörtert werden. Das Risiko für Kinder, die von Vätern gezeugt wurden, welche Valproat mindestens drei Monate vor der Zeugung abgesetzt haben (zur Ermöglichung einer vollständigen neuen Spermatogenese ohne Exposition gegenüber Valproat) ist nicht bekannt.

Bei einer weiteren Überprüfung der Arzneimittelinformation, welche die Daten des dritten Landes und die Ergebnisse der Meta-Analyse von den drei Ländern enthalten wird, wird neues Schulungsmaterial entwickelt. Ziel dabei ist, medizinische Fachkräfte und Patienten über die Warnhinweise aufzuklären und Handlungsempfehlungen zur Anwendung von Valproat bei fortpflanzungsfähigen Männern zu erteilen.

### Meldung unerwünschter Ereignisse

Swissmedic empfiehlt Meldungen über unerwünschte Arzneimittelwirkungen (UAW) durch das dafür entwickelte Meldeportal Electronic Vigilance System (EIViS) zu melden. Alle erforderlichen Informationen hierzu sind unter [www.swissmedic.ch](http://www.swissmedic.ch) zu finden.

Dieses Arzneimittel unterliegt einer zusätzlichen Überwachung.

### Anhänge

Die Fachinformationen und die Patienteninformationen sind erhältlich auf [swissmedicinfo.ch](http://swissmedicinfo.ch).

### Kontaktangaben

Arzneimittel	Zul-Inh.	Tel.-Nr.	E-Mail
Depakine® Depakine Chrono® Valproate Chrono Sanofi®	sanofi-aventis (suisse) sa, Vernier	+41 (0)58 440 21 00	medinfo.de@sanofi.com
Valproat Chrono Desitin® Orfiril® Orfiril® long	Desitin Pharma GmbH, Liestal	+41 (0)61 926 60 10	info@desitin.ch
Valproat Sandoz®	Sandoz Pharmaceuticals AG, Risch	+41 (0)41 763 74 11	info.switzerland@sandoz.com
Convulex®	axapharm ag, Baar	+41 (0)41 766 83 88	zulassung@axapharm.ch

Anzeige





# MARKET

Swiss Health Web

Und vieles mehr – speziell  
für medizinisches Fachpersonal

Gesucht? Gefunden!

- Immobilien
- Möbel

- Geräte
- Nachfolge

- Vertretung
- Diverses

market.swisshealthweb.ch



# Mitteilungen

## Facharztprüfungen

### Facharztprüfung zur Erlangung des Facharzttitels Psychiatrie und Psychotherapie

#### Datum

Donnerstag, 27. Juni 2024

#### Ort

BernEXPO AG  
Mingerstrasse 6  
3000 Bern 22

#### Anmeldefrist

Mittwoch, 10. April 2024 (ausschliesslich mit dem Online-Formular auf der Website der SGPP)

Weitere Informationen finden Sie auf der Website des SIWF unter [www.siwf.ch](http://www.siwf.ch) → Weiterbildung → Facharzttitel und Schwerpunkte → Psychiatrie und Psychotherapie

## Vermischtes

### Korrigendum

Im Artikel «Sexuelle Belästigung in Spitälern weit verbreitet», Schweizerische Ärztezeitung, 2023;104(34):16–18, wurde der Name von Frau Milena Bruschini falsch geschrieben. Wir schrieben fälschlicherweise «Buschini».

### FMH-Podcast – Folge 16: Die Angst vor dem Kranksein

Bei Myrta Tonin wird eine seltene Art des Blutkrebses diagnostiziert. Sie zeichnet sich durch eine übermässige Produktion von roten und weissen Blutkörperchen sowie Blutplättchen aus. Myrta Tonin muss sich deshalb regelmässig Blut abnehmen lassen, kann aber ein relativ beschwerdefreies Leben führen. Ab einem bestimmten Zeitpunkt leidet sie immer wieder an sehr hohem Blutdruck und

Herzrasen. Sie sucht mehrmals die Notaufnahme auf. Die Ursachen bleiben unbekannt. Doch die Angst vor dem Herzrasen bleibt, verselbstständigt sich und hat Frau Tonin fest im Griff. Ihr behandelnder Arzt hilft ihr, Distanz zur Angst aufzubauen und sie zu überwinden. Die neuste Folge des FMH-Podcasts «An meiner Seite» finden Sie hier: [www.an-meiner-seite.ch](http://www.an-meiner-seite.ch)

### Korrigendum

**In den Personalien vom 2. August 2023**, Schweiz Ärztztg. 2023;104(2932):42–43, wurde bei Dr. med. Stefanie Häfliger fälschlicherweise die Praxisadresse Kramgasse 82, 3011 Bern, angegeben. Zurzeit besitzt Dr. Häfliger noch keine Praxisadresse.

Anzeige



## BUCH-SHOP

EMH Schweizerischer Ärzteverlag

Wir freuen uns  
auf Ihren Besuch!



## Lesen, was lesenswert ist!

- Umfangreiche Auswahl an Fachbüchern
- Spannende Kriminalromane
- Kinderbücher, Comics ... und mehr!



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

Powered by:  
**EMHMedia**  
SCHWEIZERISCHER ÄRZTEVERLAG

# FMH



30

## Telemedizin: Anpassung der FMH-Standesordnung

**Fernkonsultationen** Gemäss Entscheid der Ärztekammer vom Juni 2023 wurde die FMH-Standesordnung im Bereich der Telemedizin angepasst. Neu entscheiden die Ärztinnen und Ärzte, ob eine telemedizinische Behandlung möglich oder eine Konsultation vor Ort erforderlich ist.

**Alexander Zimmer**

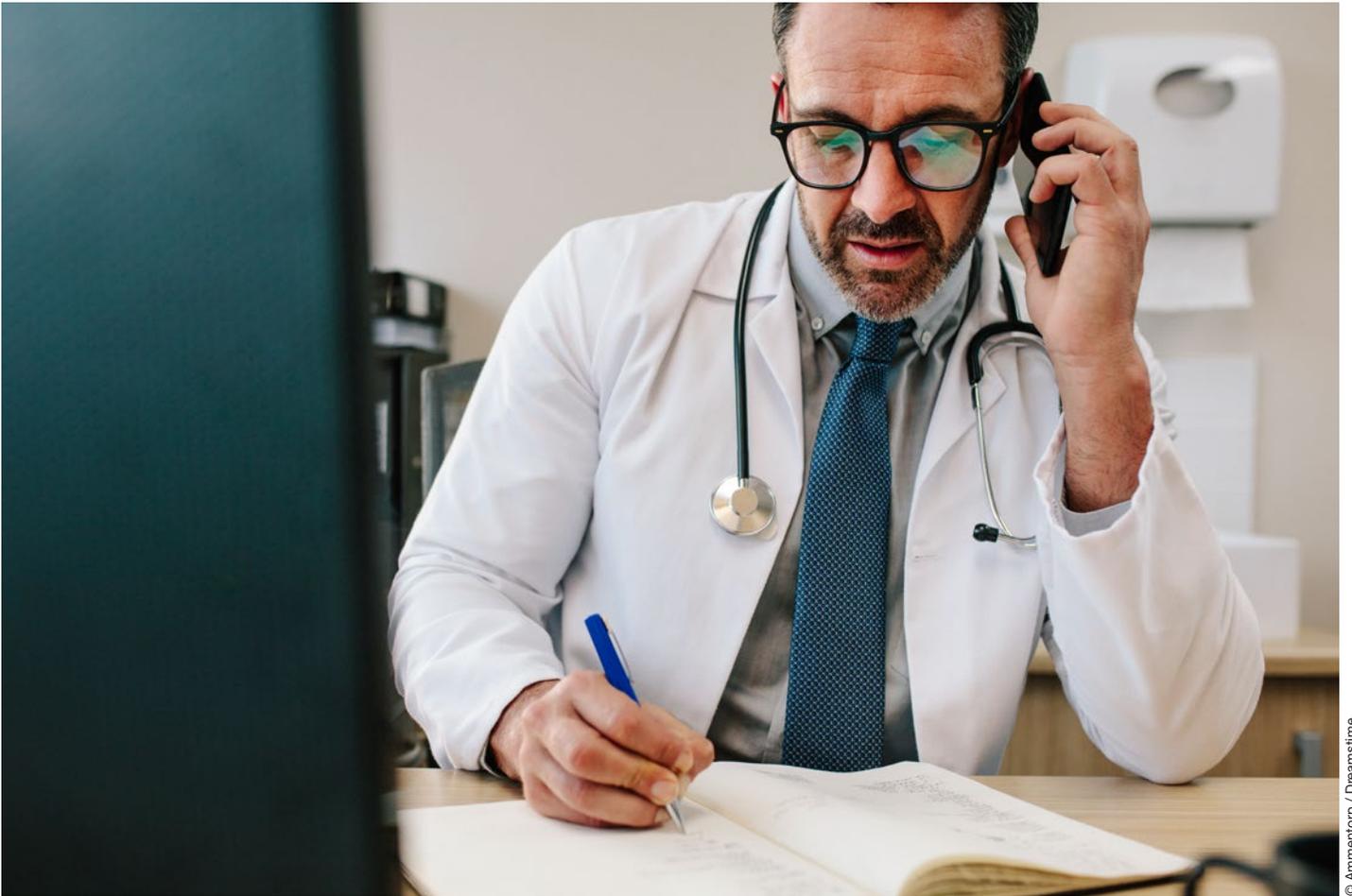


32

## Was bedeuten die Prämien für mittlere und kleine Einkommen?

**Krankenkassenprämien** Ähnlich wie im letzten Jahr wird auch in diesem Jahr die Verkündung eines ungewöhnlich hohen Prämienanstiegs erwartet. Was heisst das für die Belastung der Schweizer Haushalte? Und wie sieht die Entwicklung im langfristigen Zeitverlauf aus? Wir haben einige Zahlen zusammengestellt.

**Nora Wille, Yvonne Gilli**



© Ammentorp / Dreamstime

In Schweizer Arztpraxen werden immer häufiger telemedizinische Konsultationen durchgeführt.

## Telemedizin: Anpassung der FMH-Standesordnung

**Fernkonsultationen** Gemäss Entscheid der Ärztekammer vom Juni 2023 wurde die FMH-Standesordnung im Bereich der Telemedizin angepasst. Neu entscheiden die Ärztinnen und Ärzte, ob eine telemedizinische Behandlung möglich oder eine Konsultation vor Ort erforderlich ist.



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

**E**inem Bericht der Europäischen Ärztesgesellschaft (CPME) zufolge beschleunigte die COVID-19-Pandemie die Nutzung der Telemedizin in den Mitgliedstaaten, wo sie rasch zu einem Bestandteil der täglichen medizinischen Praxis wurde. Die Telemedizin habe das Potenzial, in einer Reihe von klinischen Szenarien ein nützliches zusätzliches Instrument zu sein, doch sei diese nicht ohne Risiko und eigne sich nicht für alle Szenarien. [1]

Auch in der Schweiz ist die Telemedizin durch ihren bemerkenswerten Aufschwung in

der Ausübung von beispielsweise Fernkonsultationen oder Konsiliarbehandlungen über Distanz zu einem wichtigen Bestandteil der modernen Gesundheitsversorgung herangewachsen. Schon länger beschränkt sich der Kreis der Telemedizinanwender nicht mehr auf Telekonsultationszentren oder Telefonzentralen des ärztlichen Notfalls. Telemedizin hat inzwischen auch in hausärztlichen und spezialärztlichen Praxen Eingang gefunden.

Allerdings gestaltet sich der Einsatz telemedizinischer Anwendungen aufgrund der Komplexität und Vielschichtigkeit der Disziplin

durchaus anspruchsvoll [2]. So sind einige definitorische, technische, organisatorische und rechtliche Aspekte zu beachten.

2016 definierte die WHO Telemedizin als die Erbringung von Gesundheitsdiensten auf Distanz und zwar jeglicher Art unter Verwendung von Informations- und Kommunikationstechnologien. Dazu zählt nicht nur die Leistungserbringung an Patientinnen und Patienten, sondern auch Forschung und Weiterbildung. [3] Auf nationaler Ebene schuf die Schweizerische Gesellschaft für Telemedizin und eHealth SGTMeH eine neue Definition der Telemedizin, welche die Telemedizin als Patient-Arzt- oder Arzt-Arzt-Interaktion ohne mittelbaren physischen Kontakt definierte. [4]

## Als Teil moderner Gesundheitsversorgung in Arztpraxen zählen telemedizinische Konsultationen.

Die fehlende einheitliche Definition von Telemedizin bewirkt deren breitgefächerte Auslegung und Nutzung. So kann Telemedizin beispielsweise in der Überwindung von Distanzen in ländlichen Regionen, bei Patientinnen und Patienten mit Mobilitätseinschränkungen, die den Weg in die Praxis nicht machen können, in der Überwachung chronisch Kranker sowie in der Prävention im Sinne von Selbstüberwachung durch die Patientinnen und Patienten sehr unterschiedlich eingesetzt werden.

Die Telemedizin stellt im eigentlichen Sinne keine neue Fachrichtung dar. Aber die vielfältigen Anwendungsmöglichkeiten und die damit einhergehenden unterschiedlichen organisatorischen und technischen Massnahmen zur Anpassung der Prozesse, müssen spezifiziert werden. Es stellen sich dabei verschiedene Fragen: Unter welchen Voraussetzungen darf Telemedizin praktiziert werden? Was sind die minimalen Kompetenzen, welche es zu erlernen oder zu intensivieren gilt? Wie wird die fehlende Möglichkeit, die Patienten persönlich untersuchen zu können, kompensiert? Welche technischen und organisatorischen Massnahmen müssen für den datenschutzkonformen Einsatz getroffen werden? Wie schule ich mein Praxispersonal im korrekten Umgang?

Bei der Durchführung der Telemedizin bleiben die herkömmlichen Grundsätze wie die ärztliche Schweigepflicht, die Sorgfaltspflicht und die Dokumentationspflicht bestehen. Aufgrund der technischen Möglichkeiten kann der Einsatz telemedizinischer Beratungen und/oder Behandlungen aber je

nach Anwendungsfeld zu Erweiterungen oder Anpassungen dieser Grundsätze führen.

Zudem bestehen im völlig veralteten TARMED-Abrechnungssystem nur beschränkte Möglichkeiten telemedizinische Beratungen und Behandlungen abzurechnen. Es existiert lediglich die Tarifposition «Telefonische Konsultation durch den Facharzt» (vgl. Tarifpositionen 00.0110ff). Im Bereich der Psychiatrie können telemedizinische Leistungen über die Tarifpositionen «Telefonische Konsultation durch den Facharzt für Psychiatrie» 02.0060, 02.0065 und 02.0066 limitiert auf 20' für Patientinnen und Patienten 6 bis 75 Jahre, 40' für Patientinnen und Patienten unter 6 Jahre und über 75 Jahre bzw. bei „erhöhtem Behandlungsbedarf“ abgerechnet werden. Immerhin können in diesem Fachbereich aber längere Telefonate in Krisensituationen über die zeitlich unlimitierte Position 02.0080 (Psychiatrische Krisenintervention) abgerechnet werden.

Während der COVID-19-Pandemie durften diese Tarifpositionen von Fachärztinnen und Fachärzten der Psychiatrie und Psychotherapie sowie Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie für jeglichen fernmündlichen, d.h. direkten und zeitgleichen Kontakt (z.B. Videokonferenz) angewendet werden [5]. Diese vorübergehende Bewilligung half entscheidend mit, die psychiatrisch-psychotherapeutische Versorgung während der Pandemiezeit aufrecht zu erhalten. Leider wurden diese fortschrittlichen Abrechnungsbedingungen per 1. Juli 2021 aber wieder aufgehoben.

## Neu entscheiden die Ärztinnen und Ärzte, ob eine Behandlung möglich oder eine Konsultation vor Ort erforderlich ist.

Eine zeitgemässe Verrechnung von telemedizinischen Leistungen würde der TARDOC Tarif ermöglichen. Mit der Position EA.00.0070 - Telemedizinische zeitgleiche Diagnostik und/oder Therapie durch den Facharzt im Einzelsetting [6] könnte eine telemedizinische Konsultation gleich wie eine psychiatrische Vorort-Konsultation abgerechnet werden.

Die Ärztekammer der FMH hat mit ihrem Entscheid vom 08. Juni 2023 dem Wandel der medizinischen Telekonsultation Rechnung getragen und die Möglichkeit zur Durchführung von Telemedizin in ihrer Standesordnung verankert [7]. Dieser, in einer FMH-Arbeitsgruppe Telemedizin, zuvor breit erarbeitete Vorschlag für die Ärztekammer

gibt den Ärztinnen und Ärzten die Entscheidungsmöglichkeit, ob eine Beratung oder Behandlung über Informations- und Kommunikationstechnologien möglich ist oder vor Ort durchgeführt werden muss. Von zentraler Bedeutung ist dabei natürlich, dass die erforderliche ärztliche Sorgfalt gewährleistet ist und insbesondere auch der Aufklärungs- und

## Wir müssen die anstehenden Herausforderungen bewältigen und sicherstellen, dass die Telemedizin ihr Potenzial entfalten kann.

Dokumentationspflicht nachgekommen wird.

Diese fortschrittlichen Anpassungen in der Standesordnung können auf der Webseite der FMH eingesehen werden. Aufgrund der verabschiedeten Änderungen sind Anpassungen in den kantonalen Gesundheitsgesetzen zu erwarten. Daher empfiehlt die FMH, sich bei Fragen zur konkreten Umsetzung an die kantonalen Gesundheitsdirektionen zu wenden.

Da sich die Telemedizin in einigen Aspekten von der ärztlichen Beratung vor Ort unterscheidet, wird die FMH ihren Mitgliedern zudem Hilfestellungen geben.

Für eine erfolgreiche Integration der Telemedizin in die Schweizerische Gesundheitslandschaft ist eine koordinierte Anstrengung und interdisziplinäre Zusammenarbeit von medizinischen Fachleuten, Gesundheitsbehörden und Technologieexperten notwendig. Wir müssen die anstehenden Herausforderungen bewältigen und sicherstellen, dass die Telemedizin ihr Potenzial entfalten kann. Die Schaffung klarer Definitionen, Vorschriften und Abrechnungsmöglichkeiten und vieles mehr ist hierbei unerlässlich. Des Weiteren sollte die Ausübung der Telemedizin in der Aus-, Weiter- und Fortbildung von Ärztinnen und Ärzten Eingang finden.

Die Anpassung der FMH-Standesordnung in Sachen Telemedizin war ein wichtiger Schritt für die Integration der Telemedizin in die Schweizer Gesundheitslandschaft. Es wird nicht bei diesem Schritt bleiben. Die FMH bleibt für ihre Mitglieder am Thema «dran».



### Literatur

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



© Pavel Muravev / Dreamstime

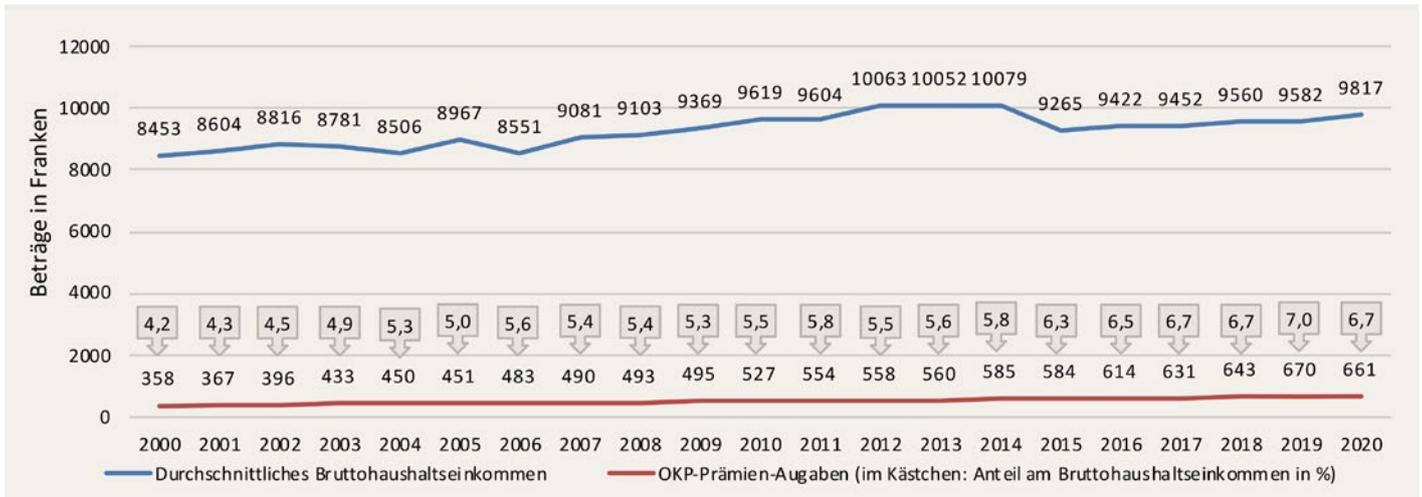
Es wird mehr für die Prämien bezahlt – und dank gesteigerter Einkommen bleibt dennoch mehr übrig.

# Was bedeuten die Prämien für mittlere und kleine Einkommen?

**Krankenkassenprämien** Ähnlich wie im letzten Jahr wird auch in diesem Jahr die Verkündung eines ungewöhnlich hohen Prämienanstiegs erwartet. Was heisst das für die Belastung der Schweizer Haushalte? Und wie sieht die Entwicklung im langfristigen Zeitverlauf aus? Wir haben einige Zahlen zusammengestellt.

**Nora Wille<sup>a</sup>, Yvonne Gilli<sup>b</sup>**

<sup>a</sup> Dr. phil., persönliche wissenschaftliche Mitarbeiterin der Präsidentin; <sup>b</sup> Dr. med., Präsidentin der FMH



**Abbildung 1:** Entwicklung der Bruttohaushaltseinkommen (in Franken) und der Prämienausgaben (in Franken sowie Prozent), Daten: Bundesamt für Statistik [11].

Bereits vor einem Jahr, verkündete der Bundesrat einen aussergewöhnlich hohen Prämienzuwachs. Im September 2022 gab er bekannt, dass die mittlere Prämie im Jahr 2023 mit 334.70 Franken um 6.6% höher ausfallen würde als im Vorjahr [1]. Diese Entwicklung stand in starkem Kontrast zu den Jahren zuvor als die Prämien effektiv sogar um 0.7% sanken (2022) beziehungsweise nur um 0.3% (2021), 0.1% (2020) beziehungsweise 1% (2019) stiegen [2,3,4,5,6].

### Negativ verzerrte Wahrnehmung

Die starken Schwankungen der jährlichen Prämienveränderungen erschweren es, eine allgemeine Tendenz zu erkennen. Zudem sehen wir vor allem die schlechten Entwicklungen. Ungünstige Prämienentwicklungen werden über das ganze Jahr hinweg medialisiert – moderate Entwicklungen weniger. Wer die höchste Zahl in die Runde wirft, erhält die grösste Schlagzeile –

dies wissen viele Akteure im Kampf um mediale Aufmerksamkeit zu nutzen. Grössere Prämienanstiege werden somit breiter transportiert als kleinere – und sie bleiben uns auch stärker im Gedächtnis. So hat sich über die Jahrzehnte der Eindruck verfestigt, es gebe eine fortwährende Prämienexplosion.

### Grössere Prämienanstiege werden breiter kommuniziert als kleinere – und sie bleiben uns auch stärker im Gedächtnis.

#### Prämienwachstum lässt nach

Die langfristige Betrachtung zeigt jedoch, dass das Prämienwachstum nachgelassen hat. Auf diese abflachende Entwicklung wies auch der Bundesrat im letzten Jahr hin: Seit 2018 habe

der Prämienanstieg «durchschnittlich 1.5%» betragen, «gegenüber 3.8% in den fünf Jahren davor (2013–2018)» [1]. In noch früheren Zeiträumen waren die Prämienanstiege sogar noch höher. Ihren Höhepunkt fanden sie vor etwa 20 Jahren als zwischen 1999 und 2004 die Prämien nicht nur in *einzelnen* Jahren, sondern *jahresdurchschnittlich* um 6,4% stiegen [7] – und dies ohne Jahrhundertereignisse wie eine Pandemie.

#### BAG-Ziel vorzeitig erreicht

Die langfristige Entwicklung ist folglich positiver als vielfach wahrgenommen. Selbst falls der Bundesrat für 2024 erneut einen Prämienzuwachs von 6,6% ankündigen sollte, wären die Prämien zwischen 2020 und 2024 jahresdurchschnittlich «nur» um 2,7% gestiegen. Auch dies wäre zwar ein Anstieg – aber trotzdem ein Kostendämpfungserfolg: Im Jahr 2017 setzten BAG-Experten das Ziel «das Wachstum der

**Tabelle 1: Definition der einkommensschwachen Modellhaushalte aus dem Prämienmonitoring des Bundes [14]**

Modellhaushalte (MMH)	Erwerbstätige Personen	Bruttoeinkommen	Anteil Haushalte mit gleichem oder tieferem Einkommen
MHH 1: Alleinstehende Rentnerin	0	45'000	65%
MHH 2: Paar mit zwei Kindern (3.5 und 5 Jahre)	1	70'000	20%
MHH 3: Alleinerziehende mit zwei Kindern (3.5 und 5 Jahre)	1	60'000	41%
MHH 4: Paar mit vier Kindern (3.5, 5, 8, 10 Jahre)	1	85'000	39%
MHH 5: Paar mit einem Kind (16 Jahre) und einer jungen Erwachsenen (20 Jahre)	1	70'000	20%*
MHH 6: Alleinstehende junge, erwerbstätige Person (24 Jahre)	1	38'000	33%
MHH 7: Paar ohne Kinder	1	60'000	26%

\* Da MHH 5 mit MHH 2 vergleichbar ist [14], wurde hier der Wert von MHH2 übernommen

Tabelle 2: Verbleibende Prämienbelastung einkommenschwacher Haushalte mit «Mittlerer Prämie» in % des verfügbaren Einkommens 2020

Quelle: Abbildung 4-9 im Prämienmonitorings des Bundes, [14, S. 92]

Kanton	MHH1	MHH2	MHH3	MHH4	MHH5	MHH6	MHH7	Mittelwert
ZH	11%	10%	6%	8%	11%	6%	15%	10%
BE	12%	12%	7%	10%	12%	7%	16%	11%
LU	10%	9%	8%	7%	8%	8%	13%	9%
UR	9%	10%	7%	10%	12%	7%	10%	9%
SZ	9%	7%	7%	6%	7%	8%	8%	7%
OW	9%	5%	7%	4%	7%	8%	8%	7%
NW	9%	8%	8%	8%	7%	7%	8%	8%
GL	10%	8%	7%	8%	8%	8%	11%	8%
ZG	6%	3%	4%	3%	3%	7%	4%	4%
FR	11%	10%	7%	9%	13%	7%	18%	11%
SO	11%	12%	10%	11%	12%	10%	15%	12%
BS	14%	13%	8%	15%	14%	5%	15%	12%
BL	13%	13%	10%	11%	15%	11%	20%	13%
SH	11%	9%	9%	10%	9%	9%	9%	9%
AR	10%	11%	7%	9%	7%	8%	15%	10%
AI	8%	11%	6%	12%	10%	6%	9%	9%
SG	10%	11%	7%	9%	10%	8%	13%	10%
GR	8%	5%	5%	4%	3%	6%	6%	5%
AG	10%	7%	7%	6%	6%	9%	13%	8%
TG	10%	12%	4%	10%	9%	8%	15%	10%
TI	12%	6%	5%	6%	6%	8%	14%	8%
VD	10%	8%	8%	7%	7%	6%	7%	8%
VS	11%	9%	6%	8%	10%	9%	15%	10%
NE	13%	16%	10%	14%	16%	11%	21%	15%
GE	11%	11%	6%	10%	13%	7%	11%	10%
JU	12%	15%	9%	12%	16%	10%	19%	13%
Mittelwert	10%	10%	7%	9%	10%	8%	13%	9%

Werte bis zu 5% = dunkelgrün, Werte zwischen 6 und 10% = hellgrün, Werte zwischen 11 und 15% = gelb, Werte zwischen 16 und 20% = hellrot, Wert über 20% = dunkelrot

Gesundheitskosten im OKP-Bereich längerfristig auf 2,7 Prozent pro Jahr zu begrenzen, was sie als «relativ starke Reduktion des Ausgabenwachstums» betrachteten [8]. Weil ihnen dies jedoch zu «ehrgeizig» schien, sollten zunächst 3,3% angestrebt werden [8]. Nun wurde das Ziel trotz Pandemie und ohne die geforderten Massnahmen vorzeitig erreicht – und wir lesen von einem «Prämienschock» [9].

### Haushalte bezahlen 6,7% für Prämien

Wichtiger als eine isolierte Betrachtung der Prämienentwicklung ist jedoch die Situation der Haushalte. Die jährliche Prämienkommunikation hat weithin den Eindruck hinterlassen, die Prämien würden seit Jahrzehnten die Einkommen auffressen – ein Mythos, der teilweise aktiv bewirtschaftet wird [10]. Die Daten des Bundes zeigen, dass die Haushalte in der

Schweiz im Jahr 2020 durchschnittlich 6,7% ihres Bruttohaushaltseinkommens für die Prämien ausgaben – im Jahr 2000 waren es noch 4,2% (siehe Abbildung 1) [11]. Die Belastung der Haushalte stieg folglich innerhalb von 20 Jahren um 2,5 Prozentpunkte, dies ist ein klarer Anstieg – aber keine Explosion. Trotz gestiegener Prämien sind im gleichen Zeitraum auch die verfügbaren Einkommen gewachsen und die

Haushalte legen immer höhere Sparbeträge zurück [10,12,13]. Kurz: Es wird mehr für die Prämien bezahlt – und dank gestiegener Einkommen bleibt dennoch mehr übrig.

## Das Prämienwachstum hat nachgelassen und erfüllt trotz Pandemie das ehrgeizige Kostenziel des BAG.

### Verbilligung federt Kopfprämien ab

Was für den Durchschnittshaushalt gilt, kann jedoch für einkommensschwache Haushalte und Familien ganz anders aussehen. Versicherte in bescheidenen wirtschaftlichen Verhältnissen erhalten darum individuelle Prämienverbilligungen (IPV). Seit 2019 müssen die Kantone zudem bei unteren und mittleren Einkommen die Prämien für Kinder um mindestens 80% und die von jungen Erwachsenen in Ausbildung um mindestens 50% verbilligen. Im Jahr 2020 erhielten 28% der versicherten Personen Prämienverbilligungen in einem Gesamtumfang von 5,5 Milliarden Franken [14]. Insbesondere unter Kindern und jungen Erwachsenen sind die Bezugsquoten mit 39% beziehungsweise 41% hoch, aber auch Betagte über 90 Jahre beziehen zu 42% Prämienverbilligungen [14].

### Bund monitorisiert die Prämienlast

Um die Wirksamkeit der Prämienverbilligungen zu prüfen, untersucht der Bund regelmässig die Situation von sieben Modellhaushalten (Tabelle 1) [14]. Diese repräsentieren Haushaltstypen, die häufiger Prämienverbilligung beziehen, aber keine Sozialhilfe oder Ergänzungsleistungen erhalten. In fünf dieser Modellhaushalte leben Kinder oder junge Erwachsene, auch eine Einelternfamilie ist dabei.

Alle liegen in der unteren Hälfte der Einkommensverteilung: Lediglich 20% bis 41% der jeweiligen Haushaltstypen in der Schweiz leben von dem hier angenommenen oder einem tieferen Einkommen. Einzig der analysierte Rentnerhaushalt weist ein höheres Einkommen auf, weil Bezüger von Ergänzungsleistungen ausgeklammert werden sollten.

### Einkommensschwache bezahlen 9,4%

Tabelle 2 zeigt, wie viel die 182 untersuchten einkommensschwachen Modellhaushalte (sieben Haushaltstypen in 26 Kantonen) von ihrem verfügbaren Einkommen für die Krankenkassenprämien aufbringen müssen. Über alle Haushalte und Kantone hinweg liegt ihre durchschnittliche verbleibende Prämienbelastung bei 9,4%. Über zwei Drittel (= 124) dieser einkommensschwachen Modellhaushalte bezahlen maximal 10% ihres verfügbaren Einkommens für die Prämien. In weiteren 50 Fällen liegt die Belastung bei 11 bis 15% und in acht Fällen zwischen 16 und 21%.

### Grosse kantonale Unterschiede

Die Prämienlast ist je nach Kanton und Haushaltstyp sehr unterschiedlich. In sechs Kantonen überschreitet keiner der einkommensschwachen Modellhaushalte eine Belastung von 10% (SZ, OW, NW, ZG, GR, VD), in zwei Kantonen werden hingegen fast alle stärker belastet (BL, NE). Die Einelternfamilie mit zwei Kindern (MHH3) überschreitet in keinem Kanton eine Belastung von 10% und auch alleinstehende 24-jährige Erwerbstätige (MHH6) überschreiten diesen Wert nur in zwei Kantonen. Die grösste verbleibende Prämienlast zeigt das Monitoring für kinderlose Paare mit einem Bruttoeinkommen von 60 000 Franken (MHH7). Diese bezahlen im Schweizer Durchschnitt 13% ihres verfügbaren Einkommens für die Prämien – mit einer

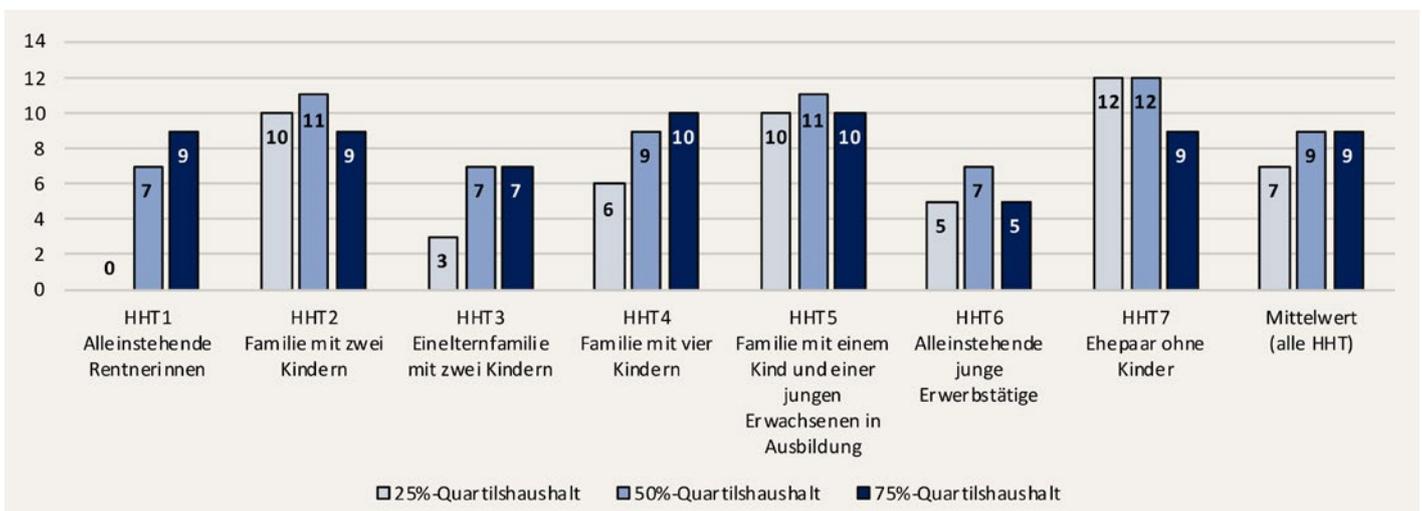
Schwankungsbreite zwischen 4% (ZG) und 21% (NE).

### Niedrige Einkommen werden entlastet

Das Monitoring des Bundes betrachtet neben den Modellhaushalten mit definierten Einkommen auch die Situation derselben Haushaltstypen unter drei verschiedenen Einkommensbedingungen. Für jeden Haushaltstyp wurde auf Basis von Steuerdaten der 25%--, 50%- und der 75%-Quartilshaushalt bestimmt. Diese erzielen ein Einkommen, bei denen entweder 25%, 50% oder 75% derselben Haushaltstypen in der Schweiz gleich viel oder weniger verdienen. Abbildung 2 zeigt wie viel die Modellhaushalte unter diesen drei Bedingungen für die Prämien ausgeben müssen.

## Wir brauchen bezahlbare Prämien, aber auch eine gute Patientenversorgung: Kostenalarmismus schadet dem Gesundheitswesen.

Das Monitoring des Bundes zeigt, dass die einkommensschwächsten Haushalte (25%-Quartil) durchschnittlich 7% ihres verfügbaren Einkommens für die Prämien aufwenden müssen. Bei Haushalten mit Einkommen am 50%- und 75%-Quartil sind es 9% des verfügbaren Einkommens. Kleinere Einkommen werden folglich durch Unterstützungsleistungen entlastet. Dabei spielt jedoch nicht nur die Prämienverbilligung eine Rolle, wie das Monitoring des Bundes ausführt: Für eine alleinstehende Rentnerin (HHT1) am 25%-Quartil resultiert eine Belastung von 0%, weil sie in allen Kantonen Ergänzungsleistungen erhält und die Prämien vollständig übernommen werden. Ähnlich hat eine



**Abbildung 2:** Verbleibende Prämienbelastung mit «Mittlerer Prämie» in % des verfügbaren Einkommens der Quartilhaushalte über alle Haushaltstypen (HHT), 2020, Quelle: Abbildung 5-5 im Prämienmonitoring des Bundes [14, S.99].

Einelternfamilie (HHT3) mit einem Einkommen in Höhe des 25%-Quartils vielfach Anspruch auf Sozialhilfe und die Prämien werden teilweise oder vollständig übernommen.

#### **Fazit: Es braucht Prämiendebatten,**

Die Krankenkassenprämien stellen eine wichtige Ausgabe aller Haushalte in der Schweiz dar und erhalten entsprechend viel öffentliche Aufmerksamkeit. Da schlechte Nachrichten mehr berichtet und gelesen werden und auch stärker im Gedächtnis bleiben, entsteht der Eindruck einer anhaltenden «Prämienexplosion». Aktuell erhöhen die Kostensteigerungen in anderen Lebensbereichen die Sensibilität für die Prämienentwicklung zusätzlich. Den wenigsten dürfte bewusst sein, dass die durchschnittliche Belastung der Haushalte in 20 Jahren lediglich um 2,5% Prozentpunkte gestiegen ist. Im langfristigen Trend hat das Prämienwachstum nachgelassen und erfüllt sogar die ehrgeizigsten Ziele der BAG-Experten. Auch die durchschnittliche Belastung durch die Krankenkassenprämien ist mit 6.7% des Bruttohaushaltseinkommens geringer als vielfach behauptet. Einkommensschwache Haushalte mit mittlerer

Prämie bezahlen je nach Definition durchschnittlich 7% oder 9,4% ihres verfügbaren Einkommens. Inwieweit hohe Belastungen entstehen, hängt vor allem von der kantonalen Prämienverbilligungspolitik ab.

#### **... die der Versorgung nicht schaden**

Welche Belastung durch Krankenkassenprämien akzeptabel ist, wird immer Gegenstand gesellschaftlicher Diskussionen und politischer Aushandlungsprozesse sein. Die hohe Aufmerksamkeit für negative Nachrichten erfüllt darum auch eine wichtige Kontrollfunktion und hilft sicherzustellen, dass ein existentielles Gut wie die Gesundheitsversorgung für alle erschwinglich bleibt. Gleichzeitig befördern andauernde Behauptungen einer «Prämienexplosion» aber leider auch den gesundheitspolitischen Kostenröhrenblick, der unserer Gesundheitsversorgung bereits viel Schaden zugefügt hat. Warnungen vor einem kostenbedingten Systemkollaps sind substanzlos – aktuell kollabiert vielmehr die Patientenversorgung, u.a. weil wir bei der Ausbildung von Fachkräften geizig haben und bei der Medikamentenversorgung ausschliesslich die Preise interessierten.

Menschen möchten aber nicht nur bezahlbare Prämien, sondern auch eine gute Versorgung, die selbst Pandemien und ihre Nachwehen auffangen kann. Um hier zu guten Lösungen zu kommen, braucht es seriöse Kostendämpfung statt Kostenalarmismus – und eine breite Informationsgrundlage, die einzelne Zahlen einzubetten erlaubt – gerade in Jahren mit höheren Prämienaufschlägen.

#### **Korrespondenz**

nora.wille[at]fmh.ch



#### **Literatur**

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

# Personalien

## Todesfälle / Décès / Decessi

*Felix Emanuel Wyss (1935)*, † 13.6.2023, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, 8032 Zürich

*André Wyss (1946)*, † 6.8.2023, Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates und Facharzt für Handchirurgie, 2514 Ligerz

*Werner Stauffacher (1931)*, † 15.8.2023, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin, 4051 Basel

## Aargauischer Ärzteverband

Zur Aufnahme in den Aargauischen Ärzteverband haben sich angemeldet:

*Als ordentlich praktizierende Mitglieder:*

*Daniel Brenner*, Facharzt für Prävention und Public Health und Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, Praxiseröffnung in Praxisgemeinschaft, Aurorastrasse 25, 5000 Aarau, ab 1.1.2024

*Cornelius Julian*, Facharzt für Urologie, Mitglied FMH, Angestellt in Uroviva Praxis, Privatklinik Villa im Park, Bernstrasse 84, 4852 Rothrist, ab 1.12.2023

*Philipp Rischer*, Facharzt für Anästhesiologie, Praxiseröffnung in Praxiszentrum Spital Muri, Spitalstrasse 144, 5630 Muri, ab sofort

*Alexandra Studhalter*, Fachärztin für Allgemeine Innere Medizin und Fachärztin für Rheumatologie, Mitglied FMH, Praxiseröffnung in Arztpraxis Mühlematt, Mühlemattstrasse 5, 4800 Zofingen, ab sofort...

*Sebastian Tudor*, Facharzt für Ophthalmologie, Angestellt in Augenzentrum Dr. Markus Kiener, Mellingerstrasse 207, 5405 Dättwil, ab sofort

*Foteini Xanthou*, Fachärztin für Ophthalmologie, Angestellt in Vista Augenzentrum Brugg, Neumarktplatz 1, 5200 Brugg, ab sofort

*Dominik Zumstein*, Facharzt für Kardiologie, Mitglied FMH, Praxiseröffnung in Gruppenpraxis Schindler/Jenni/Pape, Bahnhofstrasse 40, 5400 Baden, ab sofort

Als Chef- und Leitende ÄrztInnen:

*Matthias Seidel*, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin und Facharzt für Rheumatologie, Chefarzt in ZurzachCare, Bäderstrasse 16, 5401 Baden, ab sofort

*Martin Wernli*, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin und Facharzt für Medizinische Onkologie, Chefarzt in Stiftung Blutspende SRK Aargau-Solothurn, Tellstrasse 25, 5000 Aarau, ab sofort

Diese Kandidaturen werden in Anwendung von Art. 5 der Statuten des Aargauischen

Ärzteverbandes veröffentlicht. Einsprachen müssen innert 14 Tagen seit der Bekanntmachung schriftlich und begründet der Geschäftsleitung des Aargauischen Ärzteverbandes eingereicht werden. Nach Ablauf der Einsprachefrist entscheidet die Geschäftsleitung über Gesuch und allfällige Einsprachen.

## Ärztegesellschaft des Kantons Bern Ärztlicher Bezirksverein Bern Regio

Zur Aufnahme als ordentliches Mitglied haben sich angemeldet:

*Miriam Flückiger*, Fachärztin für Allgemeine Innere Medizin und Fachärztin für Gastroenterologie, Mitglied FMH, Gastroenterologie VIVA AG, Bernstrasse 21, 3072 Ostermündigen

*Caroline Johner*, Fachärztin für Allgemeine Innere Medizin und Fachärztin für Kardiologie, Mitglied FMH, Kardiologische Praxis Kirchenfeld, Thunstrasse 2, 3005 Bern

*Sarah Lindenberger*, Fachärztin für Kinder- und Jugendmedizin, Mitglied FMH, Praxis Steinibach AG, Hübeliweg 1, 3052 Zollikofen

*Jutta Walthert*, Fachärztin für Allgemeine Innere Medizin, Mitglied FMH, Praxis für Innere Medizin und Nephrologie am Hirschengraben, Effingerstrasse 2, 3011 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 hat sich gemeldet:

*Jochen Mutschler*, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, Luzerner Psychiatrie St. Urban, Schafmattstrasse 1, 4915 St. Urban

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

## Ärztegesellschaft Thurgau

Die Ärztegesellschaft Thurgau informiert über folgende Neuanmeldungen:

*Sonia Busch*, Fachärztin für Kardiologie, Langhaldenstrasse 13, 8280 Kreuzlingen

*Stefanie Apprich*, Schlosswiese 19, 8547 Gachnang

*Dirk Wollrath*, Facharzt für Anästhesiologie, Bildwis 1, 8564 Wäldi

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

## Ärztegesellschaft Uri

Zur Aufnahme in die Ärztegesellschaft Uri als ordentliches Mitglied hat sich angemeldet:

*Markus Cober*, Facharzt für Chirurgie und Facharzt für Urologie, Klinik Chirurgie, Kantonsspital Uri, 6460 Altdorf

Einsprachen gegen diese Kandidatur müssen innerhalb von 20 Tagen seit dieser Veröffentlichung schriftlich begründet an den Vorstand der Ärztegesellschaft Uri eingereicht werden. Nach Ablauf der Einsprachefrist entscheidet der Vorstand über Gesuche und allfällige Einsprachen.

## Ärztegesellschaft des Kantons Zug

Zur Aufnahme als ausserordentliches Mitglied haben sich angemeldet:

*Michael Bayer*, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin und Facharzt für Kardiologie, Mitglied FMH, Rigistrasse 1, 6330 Cham  
*Nondini Chaudhuri*, Fachärztin für Allgemeine Innere Medizin, Mitglied FMH, Medbase Zug, Baarerstrasse 53, 6300 Zug

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



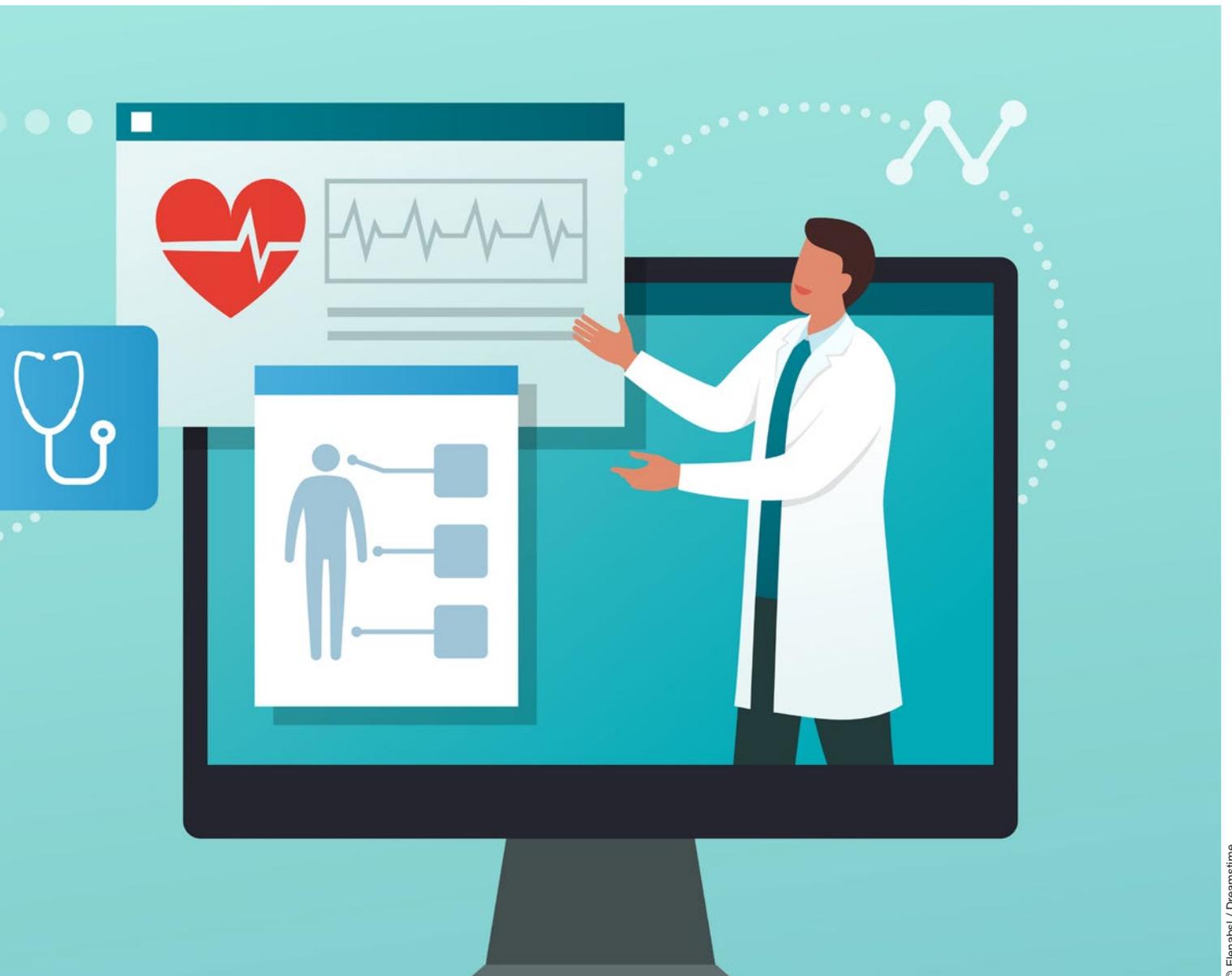
Die Auswertung zeigte, was bereits gut läuft und wo es noch Optimierungspotenzial gibt.

# Umsetzung von Qualitätsindikatoren

**Analyse** Empfehlungen sind gut, ihre Umsetzung besser. Deshalb hat die allgemeininternistische Universitätsklinik des Inselspitals die Qualitätsindikatoren der Schweizerischen Gesellschaft für Allgemeine Innere Medizin umfassend ausgewertet. Dabei hat sie punktuell Handlungsbedarf identifiziert und Verbesserungsmassnahmen umgesetzt.

**Thomas Beck<sup>a</sup>, Christine Baumgartner<sup>b</sup>, Drahomir Aujesky<sup>c</sup>**

<sup>a</sup> Dr. med., Klinischer Qualitätsmanager, Universitätsklinik für Allgemeine Innere Medizin, Inselspital, Universitätsspital Bern; <sup>b</sup> PD Dr. med., MAS, Leitende Ärztin, Universitätsklinik für Allgemeine Innere Medizin, Inselspital, Universitätsspital Bern; <sup>c</sup> Prof. Dr. med., Direktor und Chefarzt, Universitätsklinik für Allgemeine Innere Medizin, Inselspital, Universitätsspital Bern



© Elenabs / Dreamstime

Die Schweizerische Gesellschaft für Allgemeine Innere Medizin (SGAIM) hat im Juni 2021 in dieser Zeitschrift sechs Qualitätsindikatoren im stationären Bereich vorgeschlagen [1]. Die sechs Qualitätsindikatoren betreffen den zeitnahen Informationsfluss an die nachbehandelnde Ärzteschaft, die Neuverschreibung von Benzodiazepinen, die Erhebung der Sturzanamnese als Basis für eine Sturzprävention, restriktivere Transfusionsrichtlinien, das Critical Incidence Reporting System (CIRS) und den Impfschutz der Mitarbeitenden gegen Hepatitis B.

Im Rahmen der kontinuierlichen Qualitätskontrolle an unserer allgemeininternistischen Universitätsklinik haben wir den Ist-Zustand in Bezug auf diese Qualitätsindikatoren untersucht, um Bereiche zu identifizieren, in denen weitere Massnahmen zur Qualitätsverbesserung nötig sind.

Nachfolgend wird auf die einzelnen Qualitätsindikatoren näher eingegangen, wobei wir den theoretischen Hintergrund, den die SGAIM auf ihrer Homepage detailliert festgehalten hat, nicht rekapitulieren [2].

#### Informationsfluss

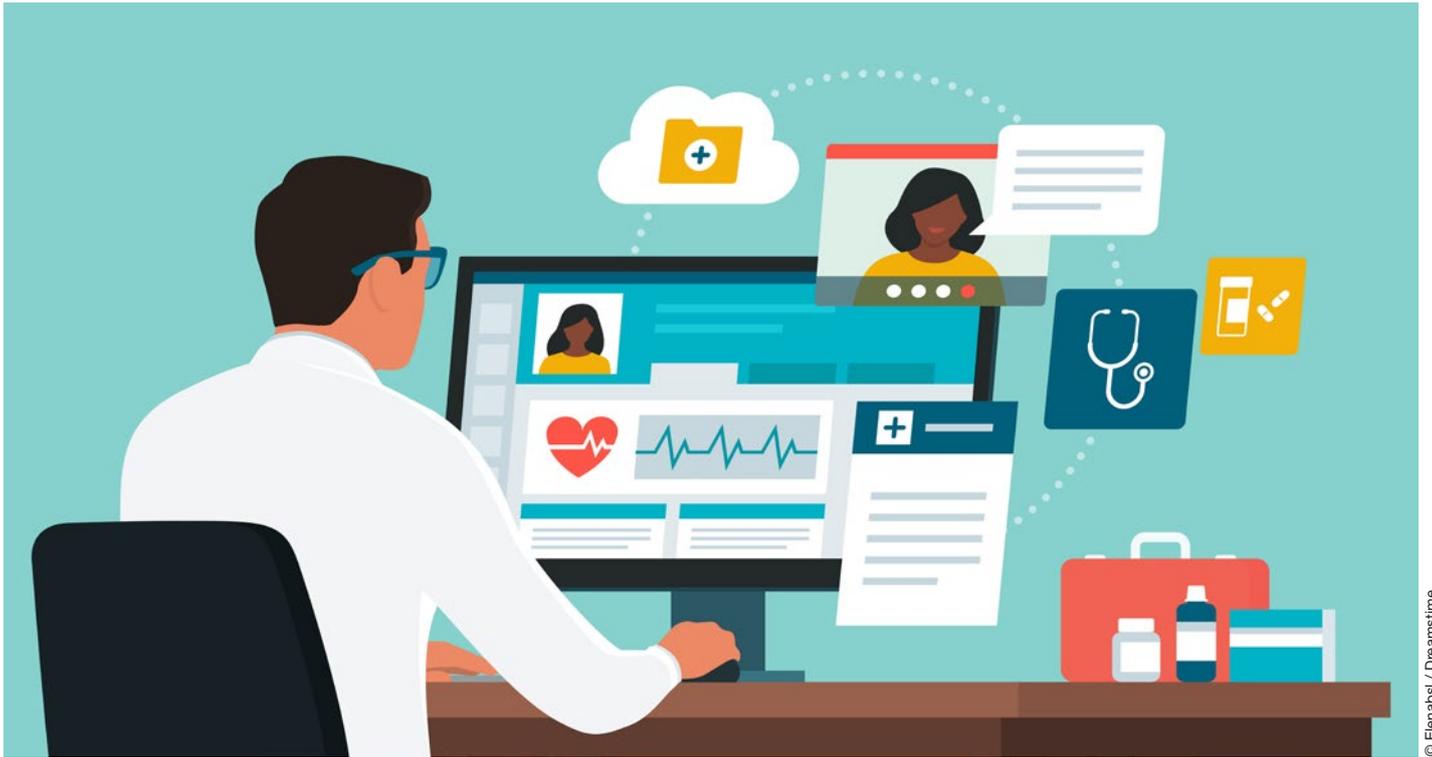
*Anteil provisorischer Austrittsberichte, die innerhalb von 24 Stunden an den nachbehandelnden Arzt beziehungsweise die Ärztin übermittelt wurden mit Angaben über Diagnosen, Prozedere und Medikamente (mit etwaigen Gründen für Medikamentenänderung).*

An unserer Klinik wurde zwar seit langem bei allen Austritten ein Kurzaustrittsbericht in Papierform an die Patienten und Patientinnen ausgehändigt, aber bisher nicht direkt an die nachbehandelnde Ärzteschaft übermittelt. Mittlerweile konnten technische Hürden für einen datenschutzkonformen elektronischen Versand

via E-Mail abgebaut werden. Die nachbehandelnde Ärzteschaft erhält unsere provisorischen Austrittsberichte ergänzt durch eine Laborzusammenfassung nun via E-Mail, wobei die Mitgabe in Papierform beibehalten wurde.

Monatliche Auswertungen seit der Etablierung des elektronischen Versands im Juni 2022 ergaben, dass die Versandrate der provisorischen Austrittsberichte innerhalb von 24 Stunden bei durchschnittlich 75% liegt. Diese auf den ersten Blick enttäuschende Rate beruht darauf, dass an den Wochenenden und Feiertagen kein Versand erfolgt. Die Versandrate innerhalb 72 Stunden beträgt hingegen 96%.

Unsere Analysen waren nicht angelegt, um einen positiven klinischen Effekt beispielsweise bezüglich ungeplanter Rehospitalisationen nachzuweisen. Dass die direkte Übermittlung der provisorischen Kurzaustrittsberichte aber einem Bedürfnis der Nachbehandelnden ent-



© Elenabs / Dreamstime

Mittlerweile konnten technische Hürden für einen datenschutzkonformen elektronischen Versand von Austrittsberichten via E-Mail abgebaut werden.

spricht, zeigt sich daran, dass die Sekretariate praktisch keine telefonischen Dokumentationsanfragen seitens der Hausärzteschaft mehr bewältigen müssen, was den Mehraufwand durch den elektronischen Versand kompensiert.

### Neuverschreibung Benzodiazepine

*Anteil älterer Patienten oder Patientinnen, bei denen während des Aufenthalts eine Therapie mit einem Benzodiazepin (oder anderen Sedativa/Hypnotika) neu begonnen wird.*

## Die Rate von Neu- und Weiterverschreibungen von Benzodiazepinen oder Z-Medikamenten ohne adäquate Indikation war mit 0,8% tief.

Aufwändige retrospektive Auswertungen der diesbezüglichen Praxis unserer Klinik im ersten Semester 2021 bei allen austretenden Personen, die vorgängig weder ein Benzodiazepin noch ein Z-Medikament einnahmen, haben erfreulicherweise ergeben, dass Neu- und Weiterverschreibungen nach Spitalentlassung nur in Ausnahmefällen vorkamen.

Konkret lag die kumulierte Rate von Neu- und Weiterverschreibungen von Benzodiazepinen oder Z-Medikamenten ohne in der Krankengeschichte dokumentierte adäquate Indikation

mit 0,8% mehr als zehnmals tiefer als die Zahlen aus der Literatur erwarten liessen [3].

Wir können nicht beurteilen, wie die Neu- und Weiterverschreibung von Benzodiazepinen oder Z-Medikamenten in anderen Kliniken gehandhabt wird. Da aber in der Schweiz mindestens zwei Drittel aller Verschreibungen im ambulanten Sektor erfolgen, würden wir empfehlen, diesen Qualitätsindikator auch dort und unter Berücksichtigung der erheblichen regionalen Unterschiede zur Anwendung vorzuschlagen [4, 5].

### Sturzprävention

*Anteil der Patienten und Patientinnen  $\geq 65$  Jahre, die danach gefragt wurden, ob und wenn ja, wie oft (Anzahl) und in welcher Weise (Sturzhergang) sie in den letzten 12 Monaten gestürzt waren.*

Die Erhebung der Sturzanamnese ist als Komponente vielfältiger Bemühungen zur Prävention von Stürzen in unserer Klinik seit vielen Jahren eigentlich ein obligatorischer Teil der Pflegeanamnese.

Bei der prospektiven Analyse von 150 Austritten im Januar 2022 war das entsprechende Feld in der elektronischen Krankengeschichte bei 40 Fällen (26%) allerdings nicht ausgefüllt.

Bei 15 (10%) dieser Fälle liess sich das Ausbleiben der Sturzanamnese vor dem klinischen Hintergrund nachvollziehen (Eintritt moribund oder aphasisch, fortgeschrittene Demenz, kurzfristige Selbstentlassung etc.), was illust-

riert, dass eine hundertprozentige Erfassung unrealistisch ist.

Damit verblieben 25 Fälle (17%) mit ungerechtfertigterweise unterbliebener Sturzanamnese.

Die Pflegenden wurden auf die Problematik hingewiesen und erneute Auswertungen – anhand von zwischenzeitlich eingeführten, strukturiert erfassten Daten zur Sturzanamnese in unserem Klinikinformationssystem – sind vorgesehen.

### Transfusionspraxis

*Anteil der Patienten respektive Patientinnen mit einer Transfusion bei einem Hämoglobin (Hb)-Wert von  $>80$  g/L.*

Die schon 2014 für die stationäre Allgemeine Innere Medizin (AIM) publizierten «Smarter Medicine»-Empfehlungen zur restriktiven Transfusionspraxis, welche auf die Vermeidung von unnötigen Transfusionen und deren Nebenwirkungen abzielen, wurden in unserer Klinik anhand von spezifischen Weiterbildungen und mittels «Pocket Cards» propagiert [6].

Die Transfusionspraxis in den Jahren 2012 bis 2019 in unserer Klinik wurde auch im Vergleich zu den übrigen Kliniken in unserem Spital bereits wissenschaftlich ausgewertet.

Gemäss ersten Resultaten, die als Poster an der Jahresversammlung 2021 der Schweizerischen Gesellschaft für Allgemeine Innere Medizin (SGAIM) präsentiert wurden, war in unserer Klinik zwischen 2012 und 2019 ein kontinuierlicher und statistisch signifikanter

Rückgang der durchschnittlichen Transfusionsgrenze von 74 g/l auf 69 g/l festzustellen [7]. Die durchschnittliche Rate an potenziell inadäquaten Transfusionen bei einem Hämoglobinwert von > 80 g/L lag 2012 in unserer Klinik nahe bei 30% und ging im Beobachtungszeitraum um rund vier Fünftel zurück [8].

### Critical Incident Reporting System

*Anteil der CIRS Fälle bei auf der AIM hospitalisierten Patienten und Patientinnen, die analysiert und diskutiert werden.*

Ein im Intranet leicht zugängliches CIRS-Meldesystem, welches der frühzeitigen Erkennung von möglichen Fehlerquellen im Arbeitsablauf dient und so die Verbesserung der Abläufe und Optimierung der Patientensicherheit anstossen soll, existiert in unserem Spital seit bald zwanzig Jahren. Die CIRS-Meldungen erfolgen anonym und betreffen nur kritische Ereignisse, die keinen bleibenden Schaden hinterliessen.

Alle Meldungen aus unserer Klinik werden neunmal jährlich im interdisziplinären Team im Hinblick auf systematische Sicherheitsmängel analysiert und allfällige Verbesserungsmassnahmen angestossen.

Besonders lehrreiche Fälle werden zudem quartalsweise einem Plenum aus Ärzteschaft und Pflege präsentiert und zur Diskussion gestellt, um so eine aktive Fehlerkultur zu stimulieren und das erneute Auftreten von ähnlichen (Beinahe-)Fehlern zu vermeiden.

Die Meldehäufigkeit ist monatsweise recht variabel, aber insgesamt konstant und betraf in den Jahren 2019 bis 2022 im Durchschnitt nur knapp zwei Prozent aller Austritte beziehungsweise drei CIRS-Meldungen pro 1000 Pflage tage.

Eine 2021 erschienene umfassende Analyse aller Abteilungen des Universitätsspitals Basel ergab bezüglich Meldehäufigkeit ähnlich tiefe Werte [9].

Wir gehen in Übereinstimmung mit den Autoren aus Basel davon aus, dass die gemeldeten kritischen Ereignisse wahrscheinlich nur die Spitze des Eisbergs darstellen. Wir würden zudem postulieren, dass noch seltenere oder ganz fehlende CIRS-Meldungen nicht unbedingt auf eine optimale Versorgungsqualität, sondern auch auf eine Unternutzung beziehungsweise ungenügende Bekanntheit des CIRS hinweisen können.

### Hepatitis B

*Anteil der Mitarbeitenden der AIM im Kontakt mit Blut oder mit blutkontaminierten Materialien, der einen ausreichenden Hepatitis-B-Impfschutz aufweist.*

Eine Hepatitis-B-Impfung ist an unserem Spital für alle Mitarbeitenden sowie für Studie-

rende, Zivildienstleistende und für Praktikumsstellen obligatorisch und schützende Titer werden gegebenenfalls durch Nachimpfungen sichergestellt. Externe Firmen, deren Mitarbeitende an unserem Spital eingesetzt werden, sind angehalten, ein eigenes Schutzkonzept zu entwickeln und ihre Mitarbeitenden gegen Hepatitis B zu impfen. Dementsprechend sind in unserem Spital seit mindestens 16 Jahren keine berufsbedingten Infektionen mit Hepatitis B aufgetreten.

Auch die übrigen Impfempfehlungen des Bundesamts für Gesundheit (BAG) für Gesundheitspersonal [10] werden beim Anstellungsprozedere angesprochen.

Schweizer Daten zur Impfquote gegen Hepatitis B bei Mitarbeitenden im Gesundheitswesen konnten wir keine finden und es ist unklar, ob eine gesicherte Immunität in allen Schweizer Spitälern der Standard ist.

## Ob sich die alleinige Betrachtung der Immunität gegen Hepatitis B als Qualitätsindikator für den Gesundheitsschutz eignet, ist diskutabel.

Ob sich die alleinige Betrachtung der Immunität gegen Hepatitis B als Qualitätsindikator für den Gesundheitsschutz der Mitarbeitenden eignet oder ob hier der Fokus auf alle Impfempfehlungen für Beschäftigte im Gesundheitswesen des BAG ausgeweitet werden könnte [10], ist diskutabel.

Eine solche, umfassendere Empfehlung zum Impfschutz für Mitarbeitende der AIM könnte zusätzlich dem Schutz der Patientinnen und Patienten vor übertragbaren Krankheiten (zum Beispiel Influenza) dienen.

### Schlussfolgerung

Die Publikation der Qualitätsindikatoren im stationären Bereich durch die SGAIM gab uns den Anstoss zur Überprüfung und Verbesserung der entsprechenden Empfehlungen im Rahmen unserer kontinuierlichen Qualitätsverbesserungsprozesse.

Eindeutigen Handlungsbedarf fanden wir hauptsächlich beim Informationsfluss – also der bis anhin unterbliebenen direkten Übermittlung der provisorischen Austrittsberichte an die nachbehandelnden Ärztinnen und Ärzte. Hier konnten wir den Transfer der relevantesten Informationen durch einen standardisierten elektronischen Versand der provisorischen Austrittsberichte massgeblich verbessern, wobei die bis anhin praktizierte Mitgabe beim Austritt in Papierform beibehalten wurde.

Die übrigen Indikatoren wurden an unserer Klinik mehrheitlich seit längerem thematisch

berücksichtigt, aber in diesem Kontext teilweise erstmals systematisch ausgewertet, was beispielsweise bei der Erhebung der Sturzanamnese weiteres Optimierungspotenzial offenlegte.

### Korrespondenz

thomas.beck[at]insel.ch

### Verdankung

Wir danken Herr Luca Varrà und dem Team des Insel Data Science Center, Inselelspital, Universitätsspital Bern für die komplexen Auswertungen betreffend Neuschreibung Benzodiazepine und Frau Dr. med. P. Iseli, Leiterin Personalärztlicher Dienst, Inselelspital, Universitätsspital Bern für ihre Auskünfte betreffend Impfschutz der Mitarbeitenden gegen Hepatitis B.



### Literatur

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



© Max Spring

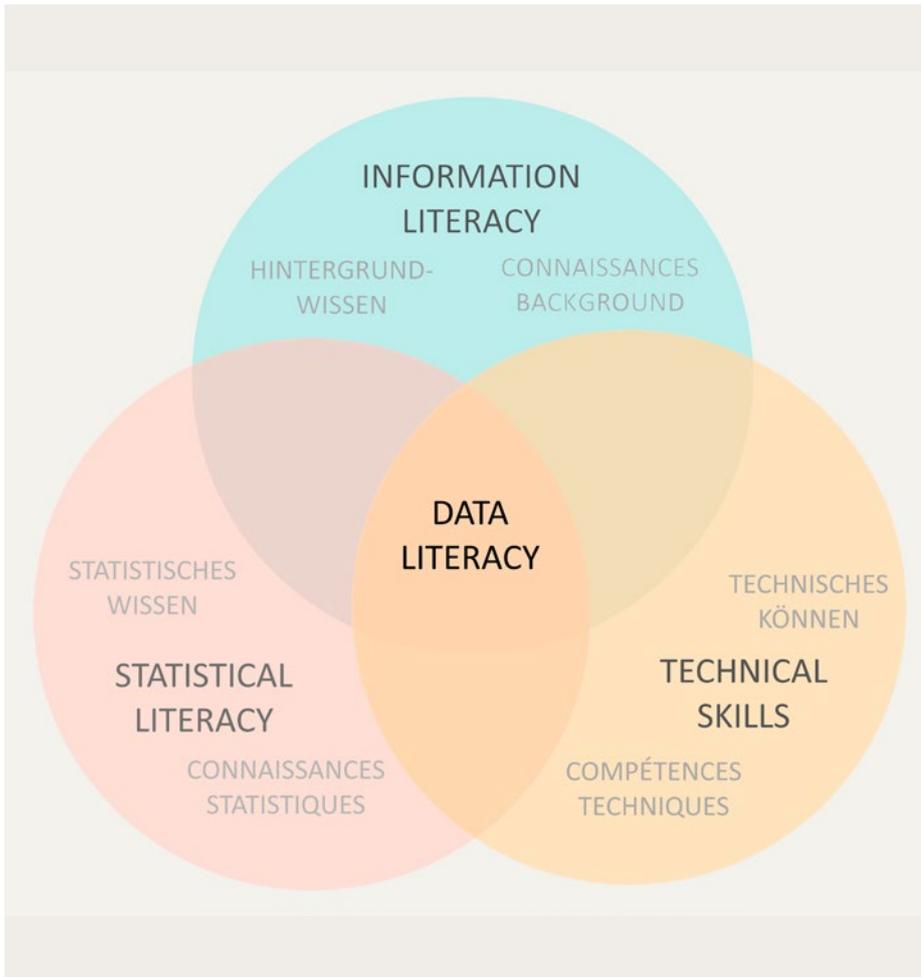
Cartoon zur Illustration der kontextuellen Abhängigkeit von Data Literacy: Die Zusatzinformation, dass sich die kranke Mutter wünscht, ein letztes Mal gemeinsam Weihnachten zu feiern, erlaubt eine ganz andere Interpretation des Cartoons und der statistischen Wahrscheinlichkeitsgewichtung der sonst im September unglaublich wirkenden Aussage.

# Ein «Grounding» des Gesundheitssystems verhindern

**Petition** Ein Kulturwandel im Umgang mit Daten ist bitter nötig. Damit liessen sich absehbare gesellschaftlich schwerwiegende negative Entwicklungen verhindern. Dieses auch im Gesundheitswesen dringliche Umdenken fordert die «Petition der Walliser Ärztgesellschaft für eine qualitativ hochstehende ambulante Gesundheitsversorgung».

**Monique Lehky Hagen**

Dr. med., Executive MBA focus Healthcare, Präsidentin Walliser Ärztgesellschaft (VSÄG)



Was ist «Data Literacy»? (Grafik aus: UN Data Revolution/undatarevolution.org)

Das «Grounding» der Credit Suisse, der aktuell besorgniserregende Ärztemangel in der Schweiz mit hoher Abhängigkeit vom Ausland wie auch die sich verschärfende globale Klimakrise – die negativen Entwicklungen dieser Probleme waren eigentlich schon seit Jahren vorhersehbar. Die dazu nötigen Hintergrundinformationen waren vorhanden und wurden in den Medien immer wieder thematisiert. Die technischen Fähigkeiten wie Lesen und Hören beherrschen wir eigentlich. Auch braucht es keine komplizierten statistischen Berechnungsmodelle, um die hohe Wahrscheinlichkeit negativer Entwicklungen bei den erwähnten Themen adäquat abschätzen zu können.

Offensichtlich braucht es aber mehr als «nur» ein Nebeneinander von Hintergrundinformationen, statistischen Kenntnissen und technischen Fertigkeiten, um sinnvolle Prognosen ableiten und verständlich vermitteln zu können und damit rechtzeitig adäquate Massnahmen zur Verhinderung gesellschaftlich schwerwiegender Entwicklungen zu ermöglichen. Die Fähigkeit, Informationen sinnvoll zusammenzuführen kann man gemäss UN Data Revolution [1] als «Data Literacy» – Datenkompetenz bezeichnen. Kurz zusammengefasst umfasst «Data Li-

teracy» die Fähigkeiten, Daten auf kritische Art und Weise in ihrem Kontext zu sammeln, zu managen, zu bewerten und anzuwenden. Dies unter Einhaltung des Datenschutzes und einer Datenethik in einer Kultur des lebenslangen Lernens und einer interprofessionellen kontinuierlichen Feedback-Kultur zwischen Datenlieferanten («Datenproduzenten») und Datennutzern («Datenkonsumenten»). Datenkompetenz impliziert, dass all diese Elemente unzertrennlich miteinander verwoben sind.

### Ein Anstieg der Physiotherapiekosten um 10% entspricht absolut adäquat einem vermehrten Bedarf der Bevölkerung.

#### Kulturwandel bringt Lösungen

Die Einleitung eines solchen gesellschaftlich, versicherungstechnisch und politisch mitgetragenen Kulturwandels würde es ermöglichen, für viele aktuell scheinbar unlösbare Probleme neue, zielführende gemeinsame Lösungsansätze finden und umsetzen zu können. Wir

könnten uns von festgefahrenen Meinungen distanzieren, die leider oft auf falsch erhobenen und inadäquat interpretierten Daten basieren. Wir würden gemeinsam verstehen, wieso die Gesundheitskosten wirklich steigen und wo wir diesbezüglich sinnvolle Präventions- und Korrekturmassnahmen ansetzen könnten. Wir könnten verstehen, welchen Einfluss Börsenverluste der Krankenkassen auf unsere Krankenkassenprämien haben. Wir würden einsehen, dass ein konstanter administrativer Kostenteil der Versicherer bei steigenden Kosten eine massive, schwer zu rechtfertigende Kostensteigerung bedeutet.

Umgekehrt würden wir verstehen, dass ein Anstieg von 10% der Physiotherapiekosten absolut adäquat ist. Er entspricht einem vermehrten Bedarf der Bevölkerung (teils wegen Dekonditionierung vieler Seniorinnen und Senioren aufgrund der COVID-Massnahmen) und rechtfertigt sicher nicht eine Tarifrückung für die Physiotherapie. Leider häufen sich solche logisch kaum nachvollziehbaren, aber die Leistungserbringer des Gesundheitswesens immer stärker einengenden, willkürlichen Zwangs- und Kontrollmassnahmen:

- Limitation der Ärztezulassungen, trotz bekanntem Ärztemangel und Überalterung der Ärzteschaft, nachgewiesenem steigendem Bedarf in der Bevölkerung und dem legitimen Wunsch der jungen Ärztinnen und Ärzte nach einer in anderen Sektoren üblichen «work-life-balance»
- zunehmende administrative Auflagen und Schikanen für alle Leistungserbringer im Gesundheitssektor, obwohl bereits zu wenig Zeit für die Patientenbetreuung bleibt
- fehlende Tarifierungen trotz bekannter Teuerung, Digitalisierungskosten und steigender Personalkosten.

#### Blockierte Tarifierungen

Diverse politische, tarifarische und gesellschaftliche Entscheidungen und Entwicklungen der vergangenen Jahre haben zu einer Gefährdung der medizinischen Versorgung nicht nur im Kanton Wallis geführt. Trotz wiederholter Aufrufe, Warnungen und Vorschläge der Ärzteschaft wurden bisher keine nennenswerten Kurskorrekturen eingeleitet. Im Gegenteil: Im Wallis blockieren die Walliser und Schweizer Krankenkassenverbände weiterhin unerlässliche und dringende Tarifierungen. Schlimmer noch: Keine einzige Krankenkasse wollte sich an der «Gemeinsam Gesund - Data Literacy»-Präventionskampagne der Walliser Ärztesellschaft [2] beteiligen. Diese hätte mindestens 50% der infektiösen Erkrankungen und Arbeitsausfälle und der damit verbundenen Kosten und Leiden verhindern können. Stattdessen werden die nicht vermiedenen gestiegenen Krankenkassen-

## Organisationen

senkosten geschickt mit virtuellen Aktienverlusten kombiniert dazu genutzt, um Prämien erhöhungen zu fordern, die viele Versicherte massiv belasten. So wird geschickt Druck aufgesetzt und gehofft, dass dringend nötige Tarifanpassungen nicht mehr zeitgemässer ambulanter Tarife trotz offensichtlicher und kohärenter Daten und Fakten verhindert werden können. Leider führt eine durch Fehlтарифierung mitbedingte ungenügende ambulante Grundversorgung, wie dies im Wallis für 2/3 der Fachspezialitäten der Fall ist, paradoxerweise zu einer Ankurbelung der Kostenspirale mit steigenden Spitalkosten und überfüllten Notfallstationen.

### Zwangs- und Kontrollmassnahmen engen die Leistungserbringer im Gesundheitswesen immer stärker ein.

Statt das Angebot zu einem partnerschaftlich getragenen, grundlegenden Kulturwandel mit dringenden Kurskorrekturen anzunehmen,

verharren die Versicherer auf ihren Positionen und verhindern damit gemeinsame Projekte zum Wohl der Patientinnen und Patienten und zu einer nachhaltigen Stabilisierung der Gesundheitskosten durch eine qualitativ adäquate Gesundheitsversorgung und Prävention.

### Datenkompetenz für die Kurskorrektur

Es bleibt die Hoffnung, dass die Politik auf kantonaler und nationaler Ebene Kurskorrekturen in unserem Gesundheitssystem einleitet, die einen Kulturwandel von einer kurzfristigen Gesundheitskostenpolitik zu einer nachhaltigen, finanziell tragbaren Gesundheitspolitik für alle ermöglicht. Die Grundlage dazu bildet eine neue, gemeinsame Datenkompetenzkultur. Nur so können wir die Gesundheitskosten sinnvoll und partnerschaftlich nachhaltig in den Griff bekommen, ohne den Leistungserbringern eine adäquate Entlohnung vorzuenthalten. Bereits über 13 500 Personen im und ausserhalb des Wallis haben die Wichtigkeit eines solchen Kulturwandels verstanden und die entsprechende Petition [3] unterschrieben. Diese fordert eine qualitativ hochstehende Gesundheitsversorgung für alle, im gegenseitigen

Respekt und in partnerschaftlicher, interprofessioneller Zusammenarbeit, basierend auf einer dringlich verbesserungswürdigen gemeinsamen Datenkompetenz.

Herzlichen Dank, wenn auch Sie mit Ihrer Unterschrift zu diesem Kulturwandel beitragen, damit wir ein «Grounding» unseres Gesundheitssystems gemeinsam verhindern können!



**Korrespondenz**  
smvs[at]hin.ch



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

# SWISS MEDICAL FORUM

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



1292

## Lokale Gewebeschädigung nach Wundspülung unter Druck

**Pharmacovigilance** Eine rund 40-jährige Patientin ohne bekannte Allergien stellte sich nach einer Katzenbissverletzung im Bereich der Fingerbeere des Daumens bei ihrem Hausarzt vor. Dieser führte eine Inzision und Spülung der Wunde durch. Am Folgetag wurde die Patientin aufgrund von exazerbierenden Schmerzen und einer zunehmenden Schwellung der Notfallstation zugewiesen.

Lena Fuest, Sarah Banholzer et al.



1296

## Nicht im Liegen «stehen» bleiben

**Progrediente Dyspnoe** Eine 57-jährige adipöse Patientin stellte sich mit Atemnot in der interdisziplinären Notfallambulanz vor. Anamnestisch litt sie an einer seit einigen Wochen zunehmenden Dyspnoe. Ferner berichtete sie über einen ungewollten Gewichtsverlust. Mittels Angio-Computertomographie wurden Lungenembolien ausgeschlossen. Kardiale Abklärungen fielen unauffällig aus.

Daniel Schweckendiek, Aurora Tatu et al.



1300



## Wenn die Zahnprothese nicht mehr passt

**Über Leitsymptom hinaus** Der 73-jährige Patient stellte sich zum 4-Jahres-Nachsorgetermin bei Status nach Pankreaskarzinom vor. In seiner Vorgeschichte waren eine hypertensive und koronare Kardiopathie, ein ischämischer Hirninfarkt, eine Gicht, ein übermässiger Alkoholkonsum und eine positive Raucheranamnese bekannt.

Nora Sutter, Marie-Noëlle Kronig, Tobias Tritschler

## Journal Club

## Weekly Briefing

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

Wissenschaftliche Redaktion Swiss Medical Forum

## Optimale Antibiotikadauer

## Gramnegative Bakteriämie bei Neutropenie

Diese Kohortenstudie untersuchte Immun-kompromittierte mit Neutropenie und gram-negativer Bakteriämie (v.a. *Escherichia coli* > *Pseudomonas aeruginosa* > Klebsiellen). Vorwiegend wurden intravenöse Antibiotika (AB) verabreicht, meist Cefepim oder Carbapeneme. Retrospektiv wurden drei Behandlungsgruppen unterschieden: mit kurzer (<10 Tage), intermediärer (11–14 Tage) und prolongierter AB-Therapie (>14 Tage). Keine signifikanten Unterschiede fanden sich für den zusammengesetzten Endpunkt aus Mortalität und mikrobiologischem «Relapse» – auch nicht, wenn nach Dauer und Schwere der Neutropenie respektive nach Art der Immunsuppression differenziert wurde. Fazit der Autorschaft: Eine kurze AB-Dauer ist auch in diesem Setting grundsätzlich sicher und wirksam.

Transpl Infect Dis. 2023, doi.org/10.1111/tid.14085.  
Verfasst am 25.8.23\_HU

## COPD-Exazerbation ...

## ... und Prävalenz venöser Thromboembolien

Bei >1500 Patientinnen und Patienten, die aufgrund einer akut exazerbierten chronisch obstruktiven Lungenerkrankung (AECOPD) hospitalisiert werden mussten, wurde das Vorliegen einer venösen Thromboembolie (VTE) systematisch mittels Computertomographie und Duplexsonographie ausgeschlossen. Die Resultate bestätigen in erster Linie die Daten früherer Arbeiten: Die Prävalenz einer VTE in diesem Patientenkollektiv ist hoch (24,5%) und geht mit einer schlechteren Prognose einher (1-Jahres-Mortalität 12,9 vs. 4,5%). Das Fehlen von purulentem Sputum scheint klinisch der brauchbarste unter vielen identifizierten Risikofaktoren zu sein: Bestehen keine Hinweise auf einen entzündlichen Trigger für die AECOPD, sollte das Vorliegen einer Lungenembolie ausgeschlossen werden.

Int J Chron Obstruct Pulmon Dis. 2023,  
doi.org/10.2147/COPD.S410954.  
Verfasst am 24.8.23\_HU

## Vintage Corner

## Anämiediagnostik: Mentzer-Index

Eisenmangel und Thalassämie sind häufige Differentialdiagnosen einer hypochromen, mikrozytären Anämie. Im klinischen Alltag kann hier der Mentzer-Index – «with the virtues of simplicity and ease of recall» – hilfreich sein. Der namensgebende Autor analysierte die Erythrozytenindices von 103 Patientinnen und Patienten mit moderater Anämie (Hämoglobin >9 g/dl): 50 mit Thalassämie, 53 mit Eisenmangelanämie. Der Quotient aus mittlerem korpuskulärem Volumen (MCV) / Erythrozytenzahl differenzierte in 87 Fällen korrekt. Werte <13 wiesen auf vorwiegend kleine Zellen (Mikrozyten) hin und waren entsprechend suggestiv für das Vorliegen einer Thalassämie, Werte >13 sprachen für einen Eisenmangel. Inkonklusiv waren Fälle mit konkomitantem Vorliegen beider Pathologien oder zusätzlicher Entitäten (z.B. Schwangerschaft, Hämolyse).

Lancet. 1973, doi.org/10.1016/s0140-6736(73)91446-3.  
Verfasst am 22.8.23\_HU

## CME

## Refraktäre Hypoglykämie bei Tumorleiden

- Im Zusammenhang von Hypoglykämie und Krebs kommen differentialdiagnostisch primär infrage: ein Insulin produzierender Tumor, eine unerwünschte Wirkung der Krebstherapie oder ein paraneoplastisches Syndrom.
- Auch bei Tumorpatientinnen und -patienten müssen Ursachen ohne direkten Zusammenhang mit dem Malignom in Betracht gezogen werden: inzidentelle Insulingaben, Sepsis, Leberversagen, Nebennierenrindeninsuffizienz.
- Zur Abklärung werden in der Hypoglykämie Insulinspiegel, C-Peptid und Ketone

( $\beta$ -Hydroxybutyrat) bestimmt: Bei hohen Insulinwerten differenzieren die C-Peptide zwischen einer endogenen Insulinproduktion («Insulinom», hohe C-Peptide) und exogener Insulingabe; ist der Insulinwert tief, liegt eine nicht insulinvermittelte Hypoglykämie vor.

- Als unerwünschte Effekte der Krebstherapie ist in erster Linie die Produktion von Antiinsulin-Antikörpern durch Immuncheckpoint-Inhibitoren zu nennen.
- Als seltene Paraneoplasie kommt ein «Doege-Potter-Syndrom» (DPS) infrage. Dabei kommt es zur exzessiven Produktion von «Insulin-like growth factor»-(IGF)-II, einem insulinähnlichen Wachstumsfaktor, durch einen soliden Tumor. Dieses Phänomen wird vorwiegend bei Patientinnen und Patienten mit solitären fibrösen

Tumoren von Pleura und Peritoneum beobachtet.

- Die DPS-Diagnose wird über die Bestimmung von IGF-II und IGF-I gestellt. Da die IGFII-Werte häufig im Normbereich liegen, ist der Quotient von IGF-II:IGF-I entscheidend. Werte >3:1 sind suggestiv, >10:1 diagnostisch für das Vorliegen eines DPS.
- Die definitive Therapie erfolgt operativ durch die Entfernung des IGF-II produzierenden Tumors. Ist keine Resektion möglich, steht die symptomatische Kontrolle mit regelmässiger Kohlenhydrataufnahme und systemischen Glukokortikoiden im Vordergrund.

N Engl J Med. 2023,  
doi.org/10.1056/NEJMcp2300899.  
Verfasst am 22.8.23\_HU

## Divertikulitis

# Bildgebung, Antibiotika, Koloskopie, Chirurgie

Die Fallvignette eines 62-Jährigen mit rezidivierender Divertikulitis wird zwei erfahrenen Gastroenterologen vorgelegt, die zu wichtigen Fragen dazu Stellung nehmen.

Die Divertikulitis ist eine entzündliche/infektiöse Erkrankung von Kolondivertikeln, die mit dem Alter an Häufigkeit zunimmt. Die klassischen Symptome sind linksseitige Unterbauchschmerzen, die von Fieber und Stuhlunregelmäßigkeiten begleitet sind. Zu den Komplikationen gehören Abszessbildung, Perforation und Stenosierung des Kolonlumens.

*Wie stellt man die Diagnose?* Auch bei typischer Symptomatik raten beide Spezialisten für die erste Episode, die Diagnose computertomographisch zu sichern. Für Rezidive sind sich die beiden nicht einig, ob eine erneute Bildgebung notwendig ist. Bemerkenswerterweise wird der Ultraschall als Diagnosegerät nicht erwähnt. In der Schweiz steht er aufgrund seiner Verfügbarkeit und fehlenden Strahlenbelastung wohl an erster Stelle.

*Sollen grundsätzlich Antibiotika zur Therapie verwendet werden?* Beide Gastroenterologen betonen, dass genügend Daten vorliegen, um bei einer unkomplizierten, diagnostisch gesicherten Divertikulitis auf Antibiotika zu verzichten. Eine Absprache mit der Patientin / dem Patienten mit zeitnaher Nachkontrolle ist empfehlenswert.

*Soll nach einer Divertikulitis eine Koloskopie erfolgen?* Die Chance, dass nach einer unkomplizierten Divertikulitis ein Kolonkarzinom entdeckt wird, beträgt 1,3%. Deshalb besteht Einigkeit unter den beiden Experten, dass die routinemässige Koloskopie nach einem Verlauf ohne Komplikationen nicht indiziert ist. Diese Situation ändert sich bei kompliziertem Verlauf, wo die Wahrscheinlichkeit eines Karzinoms bei 7,9% liegt.

*Wann ist bei einer rezidivierenden Divertikulitis die Chirurgie indiziert?* Das Dogma, nach zwei oder mehr Rezidiven eine chirurgische Sanierung durchzuführen, gilt nicht mehr. In Langzeit-Beobachtungsstudien waren keine Vorteile durch den Eingriff zu erkennen. Diese Ansicht wird von beiden Referenten angezweifelt. Die Wahrscheinlichkeit eines Rezidivs im Folgejahr wird mit jedem neuen Schub höher – 1. Schub: 8%, 2. Schub: 19%, 3. Schub: 24%. In randomisierten Studien war die Lebensqualität bei rezidivierenden Verläufen nach Chirurgie besser.

*Merke:* Bildgebung bei 1. Schub, keine Antibiotika bei unkompliziertem Verlauf, keine Routine-Koloskopie danach, Operation bei rezidivierendem Verlauf erwägen.

Ann Intern Med. 2023; doi.org/10.7326/M23-0669.  
Verfasst am 28.8.23\_MK

## Penicillinallergie



© EMH Schweizerischer Ärzteverband AG, <https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0>

Makulopapulöses Exanthem am Rumpf bei Penicillinallergie (aus: Jörg L, et al. Allergie auf Penicillin. Swiss Med Forum. 2017;17(10):236–40).

# Delabeling durch den Hausarzt?

Bei der Mehrzahl der Patientinnen und Patienten mit «Penicillinallergie» lässt sich bei einer Testung keine Allergie nachweisen. Dies gibt zu denken, weil das «Allergie-Label» den Einsatz zahlreicher Penicilline und eventuell auch Cephalosporine somit unnötig ausschliesst. Man schätzt, dass bei höchstens 5% der Nachweis einer wahren Allergisierung gelingt. Dieser beruht auf Hauttestungen, deren Durchführung und Interpretation den Spezialärztinnen und -ärzten vorbehalten ist.

In einer randomisierten Untersuchung wurden 377 Personen mit Angabe einer Penicillinallergie in zwei Gruppen miteinander verglichen: In der Interventionsgruppe erhielten 187 Personen oral 250 oder 500 mg Amoxicillin per os und wurden 1–2 Stunden beobachtet. Bei 190 Personen in der Kontrollgruppe wurde initial eine Hauttestung mit anschliessender oraler Testung durchgeführt. Je eine Person in jeder Gruppe entwickelte innerhalb einer Stunde einen leichten Hautausschlag. Am Tag 5 berichteten 9 Personen der Interventions- und 10 in der Kontrollgruppe über leichte immunologische Nebenwirkungen. Bei niemandem ist eine schwerwiegende Komplikation aufgetreten, die Adrenalin und/oder eine Notfallbehandlung erfordert hätte.

Diese Arbeit bricht wohl eine Lanze für eine unkomplizierte, ambulante Allergietestung, die auch durch die Hausärztin und den Hausarzt durchgeführt werden könnte. Allerdings ist zu beachten, dass nur Patientinnen und Patienten in die Interventionsgruppe eingeteilt wurden, die von einer milden Reaktion berichtet hatten oder deren Allergieereignis mehr als fünf Jahre zurücklag und die bei der Reaktion keine Therapie benötigt hatten.<sup>1</sup> Zudem scheint die Zahl der Untersuchten noch etwas gering. Man wünschte sich noch weitere Studien, um dieses Vorgehen zu festigen.

1 PEN-FAST-Score <3 von 5:  
2 Punkte für Allergieereignis ≤5 Jahre  
2 Punkte für Allergieereignis mit Anaphylaxie/Angioödem/schwerer Hautreaktion  
1 Punkt für Allergieereignis, das eine Therapie benötigte

JAMA Intern Med. 2023, doi.org/10.1001/jamainternmed.2023.2986.

Verfasst am 28.8.23\_MK

Aktuelles aus den Regionalen Pharmacovigilance-Zentren

# Lokale Gewebeschädigung nach Wundspülung unter Druck mit Antiseptikum

Dr. med. Lena Fuest<sup>a</sup>, M. pharm. Sarah Banholzer<sup>b</sup>, Prof. Dr. med. Manuel Haschke<sup>b</sup>, Prof. Dr. med. Esther Vögelin<sup>a</sup>,  
PD Dr. med. et phil. Stefan Weiler<sup>b,c</sup>

Inselspital, Universitätsspital Bern, Bern: <sup>a</sup> Universitätsklinik für Plastische- und Handchirurgie, <sup>b</sup> Klinische Pharmakologie & Toxikologie, Universitätsklinik für Allgemeine Innere Medizin; <sup>c</sup> Institut für Pharmazeutische Wissenschaften, Eidgenössische Technische Hochschule (ETH), Zürich

## Der klinische Fall

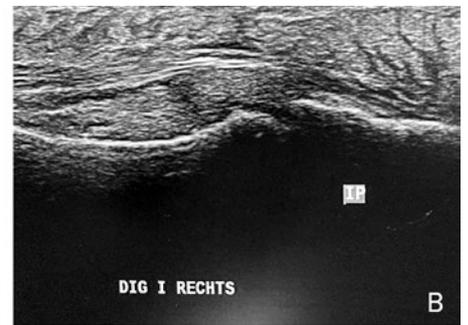
Eine rund 40-jährige, gesunde Patientin ohne bekannte Allergien stellte sich nach einer Katzenbissverletzung im Bereich der Fingerbeere des rechten Daumens am gleichen Tag bei ihrem Hausarzt vor. In der Hausarztpraxis wurde eine Inzision und Wundspülung (Tiefe nicht dokumentiert) der Wunde durchgeführt. Am Folgetag wurde die Patientin aufgrund von exazerbierenden Schmerzen und einer zunehmenden Schwellung von ihrem Hausarzt der Notfallstation zugewiesen. Bei der telefonischen Anmeldung berichtete der Hausarzt über das bereits etablierte Behandlungsregime aus Ruhigstellung sowie Beginn einer oralen antibiotischen Therapie mit Amoxicillin/Clavulansäure 3 × 1 g per os (Begleitmedikation siehe Tab. 1). Die Spülung der Wunde war gemäss behandelndem Arzt mit Octenidindihydrochlorid-Phenoxyethanol-Lösung (Octenisept®) erfolgt.

Bei der Vorstellung auf der Notfallstation klagte die Patientin über massive Schmerzen im Bereich des gesamten Daumens mit einem deutlichen Spannungsgefühl trotz ausgebauter peroraler analgetischer Therapie. Klinisch imponierte die Fingerbeere deutlich induriert und diffus geschwollen mit einer ubiquitären Druckdolenz sowie einer leichten Rötung bis

zum Metakarpophalangealgelenk I reichend (Abb. 1A). Konventionell-radiologisch erfolgte der Ausschluss von verbliebenem Fremdmaterial, vor allem von abgebrochenen Katzenzähnen. In einer sonographischen Untersuchung zeigten sich keine Anhaltspunkte für eine Abszessformation oder eine Beugesehnscheidenphleg-

mone bei deutlich aufgelockertem Subkutangewebe (Abb. 1B).

Klinisch, anamnestisch sowie aufgrund der Informationen durch den Hausarzt wurde von einer toxischen Reaktion auf die antiseptische Spülung ausgegangen. Um allerdings einen möglichen bakteriellen Einfluss auszuschliessen,



**Abbildung 1:** Daumen rechts. Ein Tag nach Spülung mit Octenidindihydrochlorid-Lösung und Inzision. Die Fingerbeere ist leicht geschwollen und gerötet. Die Wunde ist offen (A). Im Ultraschall zeigt sich zeitgleich das Subkutangewebe aufgelockert ohne Hinweise für eine Beugesehnscheideninfektion (B).

**Tabelle 1: Medikation der Patientin bei Vorstellung auf der Notfallaufnahme und Komorbiditäten**

Wirkstoff	Wirkstärke	Applikationsfrequenz
Amoxicillin/Clavulansäure	1 g	1–1–1
Metamizol	1 g	1–1–1–1
Paracetamol	1 g	1–1–1–1
Diclofenac	75 mg	1–0–0
Pantoprazol	20 mg	1–0–0
Komedikation: Keine Dauermedikation		
Komorbiditäten: Keine		

**Medikament:** Octenisept®  
(Octenidindihydrochlorid-Spüllösung)

**Folgen der UAW:** Hospitalisation,  
chirurgische Intervention

**Verlauf:** Nicht vollständig erholt

**Kausalitätsbewertung:** Wahrscheinlich

erfolgte ein Débridement mit Entnahmen von Gewebeprobe zur mikrobiologischen Untersuchung. Diese zeigten im Verlauf (allerdings bei bereits gestarteter oraler Antibiotikatherapie) kein Bakterienwachstum. Nach Erhalt der mikrobiologischen Resultate wurde der Patientin eine Kortisonstosstherapie empfohlen, die von dieser abgelehnt wurde. Neben der Wundpflege erfolgte zudem der Beginn einer intensiven Handtherapie bei Bewegungseinschränkungen im Interphalangeal- und Metakarpophalangealgelenk des Daumens mit Beeinträchtigung der Opposition.

Die Abbildungen 2–6 zeigen den Wundverlauf bis Tag 43 nach der Spülung mit Octenidindihydrochlorid-Lösung. Auch sieben Monate nach der initialen Vorstellung zeigte sich die Wunde weiterhin nicht verschlossen und inert.

### Klinisch-pharmakologische Beurteilung

Octenisept® ist eine farblose, bakterizide, fungizide und teils virenaktive Lösung, die Octenidindihydrochlorid neben Hilfsstoffen wie Phenoxyethanol und Glycerol enthält. Gemäss Schweizer Fachinformation wird das Produkt zur Desinfektion von Haut, Schleimhaut und Wunden sowie zur Nahtversorgung verwendet [1]. Die Lösung reagiert dabei mit der mikrobiellen Zellmembran und Zellwand, beeinträchtigt die Funktion und Stabilität der Zelle und wirkt so antimikrobiell.

Die Fachinformation enthält den Hinweis, dass das Produkt nicht unter Druck ins Gewebe injiziert werden darf, da dies zu Ödemen und Gewebsnekrosen führen kann, die sogar eine chirurgische Intervention notwendig machen können [1].

Der typische Verlauf nach Anwendung unter Druck ist eine starke Rötung und Schwellung innerhalb von 24 Stunden mit Schmerzentwicklung [2–6]. An den Extremitäten kann es zu einem Kompartmentsyndrom kommen. Fettgewebsnekrosen und ein fibröser Umbau der angrenzenden Muskulatur sind möglich. Typischerweise ist der Erregernachweis negativ. Mehrere Fälle von Gewebeschädigungen nach Anwendung von Octenidindihydrochlorid-Lösung wurden über das Pharmacovigilance-System gemeldet (s. Tab. S1 im Online-Appendix des Artikels). Insgesamt finden sich in der Pharmakovigilanz-Datenbank der «World Health Organization» (WHO) 95 Fälle von unerwünschten Arzneimittelwirkungen (UAW) im Zusammenhang mit Octenidin/Phenoxyethanol [7]. Hiervon betreffen 16 Fälle toxische Gewebeschädigungen/Reaktionen, die in Tabelle S1 im Online-Appendix des Artikels aufgeführt sind und alle aus der Schweiz stammen. Sie wurden von den entsprechenden Primärmedizinstellen alle als schwerwiegende UAW eingestuft. Eine Dunkelziffer von nicht erkannten



**Abbildung 2:** Rechte Hand von ventral (A) und dorsal (B). Zwei Tage nach Spülung mit Octenidindihydrochlorid-Lösung mit zunehmender Schwellung und Rötung über das Metakarpophalangealgelenk I hinaus.



**Abbildung 3:** Rechte Hand von ventral (A) und dorsal (B). Vier Tage nach Spülung mit Octenidindihydrochlorid-Lösung. Die Rötung ist regredient. Im Umgebungsbereich der Wunde zeigt sich eine zunehmende Mazeration der Haut.



**Abbildung 4:** Rechte Hand von ventral. Sechs Tage nach Spülung mit Octenidindihydrochlorid-Lösung. Die Haut beginnt sich zu lösen.

**Abbildung 5:** Rechte Hand von ventral: 17 Tage nach Spülung mit Octenidindihydrochlorid-Lösung. Fast vollständiges Ablösen der obersten Hautschicht bei weiterhin bestehender Rötung.

Gewebeschädigungen unter Octenidindihydrochlorid-Lösung ist soweit nicht bekannt, könnte jedoch analog zu anderen unerwünschten Wirkungen erheblich sein. Medizinische Fachpersonen und alle, die Heilmittel herstellen, gewerbsmässig verabreichen oder abgeben oder als Medizinalpersonen dazu berechtigt sind, sind verpflichtet, das Auftreten einer schwerwiegenden oder bisher nicht bekannten unerwünschten Wirkung an Swissmedic zu melden (Art. 59, Abs. 3 Heilmittelgesetz [HMG]) – auch wenn nur der Verdacht besteht.

Der Pathomechanismus der beschriebenen UAW ist nicht vollständig geklärt. Unter Druck eingebrachte Lösung kann in das interstitielle Gewebe gelangen und führt zusätzlich über eine protrahierte Kontaktzeit zu einer direkten Gewebeschädigung. Daher ist die Einbringung



**Abbildung 6:** Daumen rechts: 43 Tage nach Spülung mit Octenidindihydrochlorid-Lösung. Es zeigen sich inerte Wundverhältnisse ohne Anzeichen für einen sekundären Wundverschluss.

mit Spritzen oder Applikationsgeräten unter-sagt [8]. In Deutschland wurden bereits meh-rere Rote-Hand-Briefe zur Verbreitung dieser Informationen versendet [9–11]. Ausserdem wurden entsprechende Anpassungen in den Fach- und Gebrauchsinformationen, insbeson-dere Black-Box-Warnungen, gemacht, um den nicht bestimmungsgemässen Gebrauch des Produkts zu vermeiden.

Differentialdiagnosen umfassen Infektio-nen und im weiteren Verlauf nekrotisierende Faszitiden. Diagnostische Schritte beinhalten eine exakte Anamnese, klinische Untersuchung mit gegebenenfalls weiterer Bildgebung wie Sonographie und eine mikrobiologische Probe zum Ausschluss einer infektiösen Genese. Wenn eine Gewebeschädigung nach Ausschluss eines Erregers die wahrscheinlichste Ursache darstellt, kann eine antiinflammatorische The-rapie, zum Beispiel mit Glukokortikoiden, in Betracht gezogen werden. Die Evidenz dazu ist jedoch aufgrund der spärlichen vorhandenen Datenlage schwach.

### Zusammenfassung

Aufgrund des engen zeitlichen Zusammen-hangs, der guten Dokumentation in der Fach-information und Literatur, des Ausschlusses einer Infektion und anderer ersichtlicher Ur-sachen wurde die Kausalität zwischen dem Auf-treten der Gewebeschädigung und der Verab-reichung von Octenidindihydrochlorid-Lösung (Octenisept®) gemäss den Kriterien der WHO und des «Council for International Organizati-ons of Medical Sciences» (CIOMS) im vorlie-genden Fall formal als wahrscheinlich beurteilt.

### Korrespondenz

PD Dr. med. et phil. Stefan Weiler  
Klinische Pharmakologie & Toxikologie  
Universitätsklinik für Allgemeine Innere Medizin  
Inselspital, Universitätsspital Bern  
CH-3010 Bern  
stefan.weiler[at]insel.ch

### Informed Consent

Ein schriftlicher Informed Consent zur Publikation liegt vor.

### Disclosure Statement

Die Autoren haben deklariert, keine potentiellen Interessenskonflikte zu haben.

### Literatur

1 Refdata [Internet]. Zug: Refdata; c2023 [cited 2023 Aug 06]. Arzneimittelinformation-Publikationssystem (AIPS) – Einzelabfrage. Available from: <https://www.swissmedinfo.ch/>.

2 Högele AM, Neu J. Wound closure after irrigation with Octenisept® without possibility for drainage. Unfallchir-urg. 2011;114(1):70–2.

3 Franz T, Vögelin E. Aseptic tissue necrosis and chro-nic inflammation after irrigation of penetrating hand wounds using Octenisept®. J Hand Surg Eur Vol. 2012;37(1):61–4.

4 Schupp C, Holland-Cunz S. Persistent subcutaneous oedema and aseptic fatty tissue necrosis after using Octenisept®. Eur J Pediatr Surg. 2009;19(3):179–83.

5 Kaiser S, Kramer M, Thiel C. Schwerwiegende Kom-plikationen nach nicht bestimmungsgemässer Anwen-dung von Octenidindihydrochlorid. Eine Fallserie mit vier Hunden. Tierarztl Prax Ausg K Kleintiere Heimtiere. 2015;43(5):291–8.

6 Odorizzi M, Flurim H, Allasia A. Subcutaneous tissue swelling and prolonged edema: unexpected outcomes of the disinfection through octenidine dihydrochloride (Octenisept®). Int J Clin Pediatr. 2022;11(1):9–13.

7 Uppsala Monitoring Centre (UMC) [Internet]. Uppsala: UMC; c2023 [cited 2022 Oct 12]. VigilLyze. WHO indivi-dual case safety report (ICSR) database system. Availa-ble from: <https://vigilyze.who-umc.org/>.

8 Bundesärztekammer. Arzneimittelkommission der Deutschen Ärzteschaft: Schwere Gewebeschädigungen nach Spülung tiefer Wunden mit Octenisept®. Dtsch Arztebl. 2017;114(4):A-184/B-164/C-164.

9 Schülke & Mayr GmbH. Wichtige Information zur Arzneimittelsicherheit von Octenisept® (Octenidinhydro-chlorid, Phenoxyethanol): Ödematöse Schwellungen und Gewebeschädigungen nach Einbringen unter Druck in Stichwunden bei handchirurgischen Eingriffen. Rote-Hand-Brief. Norderstedt: Schülke & Mayr; 2008.

10 Schülke & Mayr GmbH. Octenisept® – Warnung vor nichtbestimmungsgemässer Anwendung bei der Wund-spülung englumiger Stichkanäle. Rote-Hand-Brief. Norderstedt: Schülke & Mayr; 2009.

11 Schülke & Mayr GmbH. Octenisept® – Ödematöse Schwellungen und Gewebeschädigungen nach Wund-spülungen unter Druck – Warnung vor nicht bestim-mungsgemäsem Gebrauch. Rote-Hand-Brief. Norder-stedt: Schülke & Mayr; 2011.



**Dr. med. Lena Fuest**  
Universitätsklinik für Plastische- und  
Handchirurgie, Inselspital,  
Universitätsspital Bern, Bern



Der Online-Appendix ist verfügbar unter:  
<https://doi.org/10.4414/smf.2023.09368>.



© Viacheslav Iacobchuk / Dreamstime

Manchmal reicht es nicht, die Sauerstoffsättigung nur im Liegen zu messen.

## Progrediente Dyspnoe

# Nicht im Liegen «stehen» bleiben

Dr. med. Daniel Schweckendiek<sup>a</sup>; Dr. med. Aurora Tatu<sup>a</sup>; PD Dr. med. Aju Pazhenkottil<sup>b</sup>; Dr. med. Thomas Gaisl<sup>c</sup>, MPH;  
Prof. Dr. med. Dr. phil. Gerhard Rogler<sup>a</sup>; Prof. Dr. med. Beat Müllhaupt<sup>a</sup>; Prof. Dr. med. Andreas E. Kremer<sup>a</sup>, PhD, MHBA

Universitätsspital Zürich, Zürich; <sup>a</sup> Klinik für Gastroenterologie und Hepatologie; <sup>b</sup> Klinik für Kardiologie; <sup>c</sup> Klinik für Pneumologie

Den Kommentar zu diesem Artikel finden Sie auf S. 1299 in dieser Ausgabe.

## Hintergrund

Im Abklärungsgang von zunehmender Dyspnoe sollte neben der Sauerstoffsättigung im Liegen zusätzlich immer auch der Wert im Stehen gemessen werden. Gibt es dabei einen deutlichen Unterschied, muss nebst primär pulmonalen und/oder kardialen Ursachen auch an eine Leberfunktionsstörung gedacht werden.

## Fallbericht

### Anamnese

Eine 57-jährige adipöse Patientin stellte sich bei der ersten Konsultation mit Atemnot in der interdisziplinären Notfallambulanz vor. Anamnestisch litt die Patientin an einer seit einigen Wochen zunehmenden Dyspnoe. Ferner

berichtete sie über einen ungewollten Gewichtsverlust von rund 17 kg in drei Monaten auf aktuell 84 kg bei einer Körpergrösse von 1,67 m, was einem Body Mass Index (BMI) von 30,1 kg/m<sup>2</sup> entspricht. Im Rahmen dieser initialen Vorstellung erfolgte eine erste kardiale Abklärung. Mittels Angio-Computertomographie wurden Lungenembolien ausgeschlossen. Laborchemisch fand sich ein normaler NT-proBNP-(«N-terminal pro-B-type natriuretic peptide»-)Wert. Im Elektrokardiogramm (EKG) zeigte sich ein normofrequenter Sinusrhythmus, Linkslagetyp ohne Rechtsherzbelastungszeichen oder relevante Erregungsrückbildungsstörungen. Die Patientin wurde daraufhin wieder in die häusliche Umgebung entlassen.

Im Rahmen einer zweiten Konsultation eine Woche später wurde die persistierende

Dyspnoe bei weiterhin unauffälligem EKG und normalem NT-proBNP-Wert als funktionell eingestuft. Eine ambulante erweiterte kardiologische Standortbestimmung wurde jedoch empfohlen. Mittels transthorakaler Echokardiographie (TTE) konnte dabei eine normale Auswurfraction (Ejektionsfraction [EF]: 65%) dokumentiert und Klappenvitien konnten ausgeschlossen werden. Klinisch und bildmorphologisch fanden sich keine Hinweise für eine relevante pulmonale Drucksteigerung (geschätzte «systolic pulmonary artery pressure» [sPAP]: 26 mm Hg; «tricuspid annular plane systolic excursion» [TAPSE]: 20 mm), die Vena cava war normalkalibrig und normal atemvariabel. Die Patientin verneinte pektanginöse Beschwerden oder Palpitationen. Ein ebenfalls durchgeführtes Langzeit-EKG lieferte keine

rhythmogene Ursache der Dyspnoe. HbA<sub>1c</sub>-Wert und LDL- («low density lipoprotein») Cholesterin-Spiegel waren normwertig.

Wenige Wochen später erfolgte schliesslich eine dritte Vorstellung über die Notfallambulanz. Die Dyspnoe war mittlerweile so ausgeprägt, dass der Patientin bereits bei geringen körperlichen Anstrengungen schwindelig wurde und sie eine schwere Atemnot entwickelte. Zu diesem Zeitpunkt war sie nur noch rollstuhlmobil.

### Status

Die Patientin war bei Aufnahme normotensiv und normofrequent, die Sauerstoffsättigung unter Raumluft betrug 91%. In der klinischen Untersuchung imponierte jedoch eine massive Sprech- und Tachydyspnoe mit einer Atemfrequenz von 30/min. Die Lungenauskultation erbrachte lediglich ein basales Knistern. Die Halsvenen waren nicht gestaut, der hepatojuguläre Reflux war negativ, die Bauchdecke war weich ohne abdominellen Druckschmerz bei lebhaften Darmgeräuschen.

### Befunde

Laborchemisch fand sich bei regelrechtem Differentialblutbild ein minimal erhöhter INR- («International Normalized Ratio») Wert von 1,3, der Spontan-Quickwert war leichtgradig erniedrigt und lag bei 65%. In der serumchemischen Untersuchung fand sich eine gering erhöhte Aspartat-Aminotransferase-(AST-)Wert von 39 U/l bei ansonsten normwertigen Befunden für die Alanin-Aminotransferase (ALT), die Cholestase- und Retentionsparameter sowie die Elektrolyte und das C-reaktive Protein. Eine arterielle Blutgasanalyse (aBGA) offenbarte eine hypoxämische respiratorische Insuffizienz unter Raumluft mit einem pH-Wert von 7,46, einem

Sauerstoffpartialdruck (pO<sub>2</sub>) von 7,3 kPa, einem Kohlendioxidpartialdruck (pCO<sub>2</sub>) von 3,8 kPa und einem alveoloarteriellen pO<sub>2</sub>-Gradienten (A-a-Gradienten) von 8,1 kPa. Erstmals wurde bei dieser Patientin auch die Sauerstoffsättigung im Stehen gemessen. Dabei fiel, im Gegensatz zum Liegen, die O<sub>2</sub>-Sättigung unter Raumluft von 92% auf 79% ab mit reaktiver Tachykardie und Schwindel (Platypnoe-Orthodeoxie-Syndrom). Zudem zeigte sich eine Lippenzyanose. Nach Gabe von 1 L Sauerstoff lag die Sauerstoffsättigung im Liegen bei 97%.

### Diagnose

Bei erhöhtem INR-Wert trotz intravenöser Vitamin-K-Substitution im Verlauf, sonographisch inhomogenem Leberparenchym im B-Bild (B: «brightness modulation») und stark erhöhtem A-a-Gradienten wurde der Verdacht eines hepatopulmonalen Syndroms (HPS) geäussert. Die Verdachtsdiagnose bestätigte sich im «Bubble-Kontrast»-TTE: Nach Infusion geschüttelter Kochsalzlösung via peripherer Verweilkanüle liessen sich sechs Herzschläge nach der Passage des rechten Vorhofs viele «Microbubbles» im linken Vorhof und Ventrikel nachweisen (Abb. 1A–C) als möglicher Hinweis auf einen intrapulmonalen Shunt. Im Normalfall, also bei gesunder Lunge, bleiben die «Microbubbles», die aus der geschüttelten Kochsalzlösung stammen, in den feinen Lungkapillaren hängen und passieren sie nicht.

In einem Leberbiopsat präsentierte sich histologisch eine mässiggradige gemischt-vesikuläre Steatose (gesamt etwa 60%, davon makrovesikulär etwa 40%) mit vereinzelter hepatozellulärer Ballonierung sowie azinären Entzündungsfoci und zirrhotisch umgebautem Leberparenchym. Laborchemisch und histopa-

thologisch fanden sich keine Hinweise auf eine autoimmune, infektiöse oder hereditär-metabolische Genese der Leberschädigung.

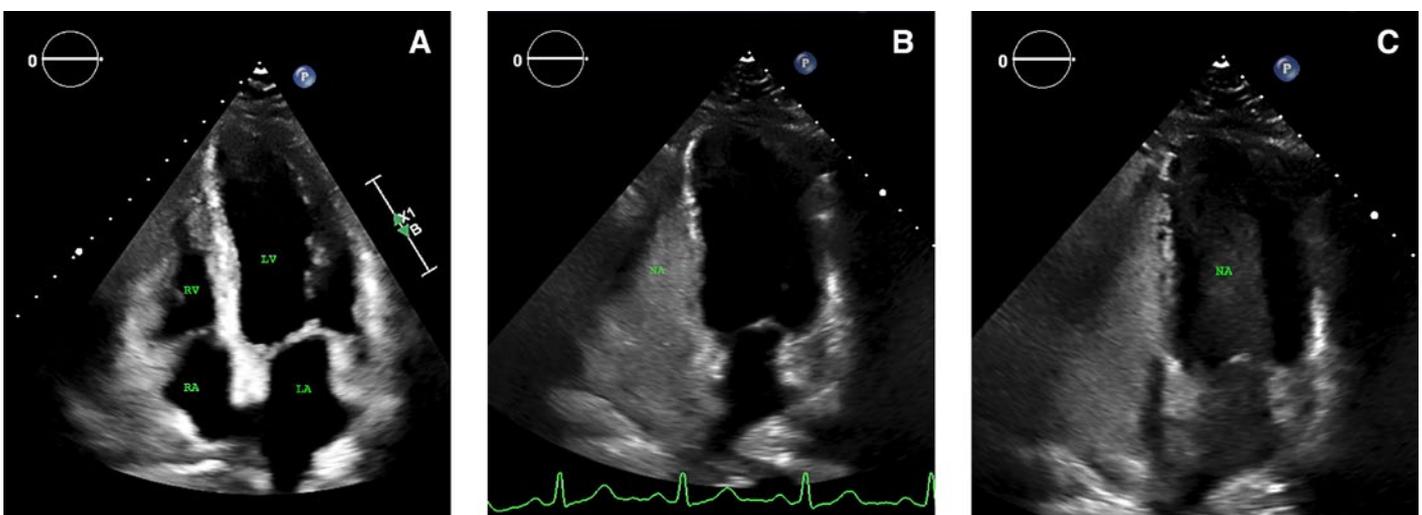
### Therapie und Verlauf

Im stationären Verlauf erfolgten weitergehende pneumologische Untersuchungen. Im Sechsen-Minuten-Gehtest fiel die Sauerstoffsättigung – trotz Applikation von 2 L O<sub>2</sub>/min – auf 82% ab. In einer Rechtsherzkatheteruntersuchung liess sich eine portopulmonale Hypertonie bei normalem pulmonalem Gefässwiderstand («pulmonary vascular pressure» [PVR]) ausschliessen. Symptomatisch erfolgte eine Therapie mit 2 L Sauerstoff in Ruhe und 4 L Sauerstoff unter Belastung, jeweils über die Nasenbrille. Darunter besserte sich die Dyspnoesyndromatik deutlich. Nach ausführlichen Gesprächen mit der Patientin und ihren Angehörigen erfolgte nach weitreichendem Ausschluss von Kontraindikationen eine Aufnahme auf die Warteliste zur Lebertransplantation.

### Diskussion

Das HPS ist durch drei Kriterien definiert: das Vorliegen einer Lebererkrankung, eine intrapulmonale Vasodilatation und eine abnormale Oxygenierung. Das Leitsymptom ist, wie auch in unserem Fall, eine progrediente Dyspnoe [1, 5].

Bei dieser Patientin führte erst die Messung der Sauerstoffsättigung im Stehen im Rahmen eines Provokationsmanövers nach Wochen der Verschlechterung zur Diagnose. Dies ist wenig erstaunlich, werden diese Patientinnen und Patienten doch häufig als Notfall eingeliefert und liegend abgeklärt. Eine aBGA im Liegen liefert meist keine oder nur geringfügige Abweichungen, sodass die Betroffenen nach Ausschluss



**Abbildung 1:** Transthorakale Echokardiographie (Vierkammerblick) mit gut erkennbarem Septum in der Mitte (A). Nach Gabe von NA («bubble test») sind die «Microbubbles» im rechten Vorhof und Ventrikel darstellbar (B). Sechs Herzschläge nach der Passage des rechten Vorhofs sind die «Microbubbles» im linken Vorhof und Ventrikel zu erkennen (C). LV: linker Ventrikel; LA: linker Vorhof; RV: rechter Ventrikel; RA: rechter Vorhof; NA: geschüttelte Natriumchloridlösung.

kardialer oder pulmonaler lebensbedrohlicher Ursachen wie Lungenembolie, Myokardinfarkt oder Pneumothorax oftmals wieder entlassen werden, ohne dass die auslösende Erkrankung erkannt wurde.

Je nach verwendetem Definitionskriterium für eine abnormale Oxygenierung beträgt die Prävalenz zwischen 5% und 32% [1, 2, 5]. Führende Ursachen sind chronische Lebererkrankungen inklusive (aber nicht zwingend mit) einer Leberzirrhose sowie eine portale Hypertension. Zu unterscheiden vom HPS ist die portopulmonale Hypertension. Während beim HPS eine Vasodilatation und Hypoxämie vorliegen, dominieren bei der portopulmonalen Hypertension Vasokonstriktion sowie -obstruktion mit einer pulmonal-arteriellen Hypertonie. Basierend auf pathophysiologischen Untersuchungen in präklinischen Modellen wird als Ursache eine lokale Überproduktion von Stickstoffmonoxid (NO) aus pulmonalen Endothelzellen mit konsekutiver Vasodilatation und Angiogenese vermutet. Beide Faktoren verursachen ein intrapulmonales «shunting» mit gestörtem Ventilations-Perfusions-Verhältnis [1, 5]. Laboranalytisch kennzeichnend ist ein erhöhter A-a-Gradient oder eine erhöhte pO<sub>2</sub>-Differenz von >15 mm Hg respektive >20 mm Hg ab einem Alter oberhalb von 65 Jahren [1]. Je nach Wert des A-a-Gradienten werden vier Schweregrade des HPS unterschieden [1, 4]. Interessanterweise korreliert dabei der Schweregrad der Hypoxämie nicht mit dem Schweregrad der Lebererkrankung [3].

Im Rahmen fortgeschrittener Lebererkrankungen bestehen mehrere Faktoren wie Anämie, Aszites, Hydrothorax oder Kachexie, die zu Dyspnoe führen können. Daher wird ein HPS oftmals erst verzögert diagnostiziert [1, 5]. Sehr spezifische Hinweise auf ein HPS sind aber Platypnoe und Orthodeoxie. Die Platypnoe beschreibt eine Zunahme der Dyspnoe, wenn die Betroffenen vom Liegen zum Stehen kommen. Eine Orthodeoxie besteht, wenn der pO<sub>2</sub>-Wert um mehr als 5% respektive 4 mm Hg im Stehen abfällt, verglichen mit den Werten in liegender Position. Ursächlich für diese Veränderungen ist die schwerkraftbedingte Umverteilung des Blutes zu den basalen Lungenabschnitten mit lokal ausgeprägter Vasodilatation [2]. Bei unserer Patientin zeigte sich dieses zusätzlich in einer deutlichen Lippenzyanose im Stehen. Begleitend können daneben Müdigkeit und Spidernävi sowie sogenannte Trommelschlegelfinger («digital clubbing») beobachtet werden [1]. Letztere waren bei unserer Patientin nicht vorhanden. Prinzipiell kann das HPS auch bei primären Lungenerkrankungen, insbesondere bei chronisch obstruktiver Lungenerkrankung (COPD) oder idiopathischer pulmonaler Fibrose (IPF), vorkommen [5].

Es existieren keine zugelassenen medikamentösen Therapien. Verschiedene im Tiermodell erfolgreiche Ansätze wurden ohne Erfolg auf den Menschen übertragen [1]. Die Lebertransplantation ist derzeit die einzige kurative Option. Erwähnenswert ist, dass Patientinnen und Patienten mit HPS eine erhöhte Mortalität im Vergleich zu von Leberzirrhose Betroffenen ohne HPS aufweisen [4].

## Das Wichtigste für die Praxis

- Beim Abklärungsgang einer Dyspnoe stets auch die Sauerstoffsättigung im Stehen messen.
- Bei anderweitig nicht erklärbarer Dyspnoe an ein hepatopulmonales Syndrom (HPS) denken. Die Ursache dieses Syndroms sind intrapulmonale Shunts mit konsekutiv vermindelter Oxygenierung des arteriellen Blutes.
- Die Diagnose wird mittels arterieller Blutgasanalyse mit Berechnung des alveoloarteriellen Gradienten, Nachweis eines intrapulmonalen Shunts in der transthorakalen Echokardiographie beim «bubble test» sowie Nachweis einer Lebererkrankung gesichert.
- Die Behandlung erfolgt symptomatisch mit einer Sauerstoffgabe; kurativ ist lediglich eine Lebertransplantation.

### Korrespondenz

Dr. med. Daniel Schweckendiek  
Klinik für Gastroenterologie und Hepatologie  
Universitätsspital Zürich  
Rämistrasse 100  
CH-8091 Zürich  
[daniel.schweckendiek\[at\]usz.ch](mailto:daniel.schweckendiek[at]usz.ch)

Prof. Dr. med. Andreas E. Kremer, PhD, MHBA  
Klinik für Gastroenterologie und Hepatologie  
Universitätsspital Zürich  
Rämistrasse 100  
CH-8091 Zürich  
[andreas.kremer\[at\]usz.ch](mailto:andreas.kremer[at]usz.ch)

### Informed Consent

Ein schriftlicher Informed Consent zur Publikation liegt vor.

### Disclosure Statement

Die Autoren haben deklariert, keine potentiellen Interessenskonflikte zu haben.

### Literatur

- 1 Soulaïdopolous S, Cholongitas E, Giannakoulas G, Vlachou M, Goulis I, et al. Review article: Update on current and emergent data on hepatopulmonary syndrome. *World J Gastroenterol.* 2018;24(12):1285–98.
- 2 Gupta S, Krowka MJ. Hepatopulmonary syndrome. *CMAJ.* 2018;190(8):E223.

- 3 Koch DG, Fallon MB. Hepatopulmonary syndrome. *Curr Opin Gastroenterol.* 2014;30(3):260–4.
- 4 Fuhrmann V, Krowka M. Hepatopulmonary syndrome. *J Hepatol.* 2018;69(3): 744–5.
- 5 Rodríguez-Roisin R, Krowka MJ. Hepatopulmonary syndrome – a liver-induced lung vascular disorder. *N Engl J Med.* 2008;358(22):2378–87.



**Dr. med. Daniel Schweckendiek**  
Klinik für Gastroenterologie und Hepatologie, Universitätsspital Zürich, Zürich

## Dyspnoe

# Es ist nicht das Herz, nicht die Lunge – es ist die Leber!

Wenn sich zirrhotische Patientinnen und Patienten mit der Symptomatik einer progredienten Dyspnoe präsentieren, dann kommt dafür meistens eine Anämie, zunehmender Aszites oder eine Sarkopenie mit allgemeiner Dekonditionierung infrage. Differentialdiagnostisch ist der Fächer pulmonaler Manifestationen bei Betroffenen mit einer Hepatopathie aber viel breiter [1]. Die entsprechenden Auswirkungen können dabei sämtliche Kompartimente der Lunge betreffen, ausgewählte Entitäten sind in der Tabelle 1 aufgeführt. Ein voreiliger Ausschluss («premature closure») dieser Diagnosen ist deshalb zu vermeiden – insbesondere wenn die kardialen und pneumologischen Abklärungen nicht wirklich wegweisend sind und die «gefährlichen» Krankheitsbilder vermeintlich ausgeschlossen wurden.

In dieser Ausgabe des Swiss Medical Forum stellen Schweckendiek et al. die Kasuistik einer Patientin mit hepatopulmonalem Syndrom (HPS) als besonderen Fall vor [2]. Zu Recht: Das Krankheitsbild und seine komplizierte Pathophysiologie sind unzureichend bekannt und die therapeutischen Optionen sind bescheiden. Aufgrund der geringen Sensibilisierung («awareness») wird die Diagnose vermutlich häufig verzögert gestellt. Im Unterschied zu den meisten anderen pulmonalen Manifestationen von nicht malignen Lebererkrankungen kann ein HPS zudem bereits bei akuten Leberschäden, zum Beispiel im Rahmen einer ischämischen Schockleber, auftreten. Im hier präsentierten Fall kam als besondere Herausforderung dazu, dass die

Diagnose einer Hepatopathie bei der Patientin bislang noch nicht bekannt war.

Die Erstbeschreibung des HPS findet sich bereits in Autopsieberichten am Ende des 19. Jahrhunderts: Charakteristisch waren damals schon die deutlich dilatierten Arteriole und Kapillaren, die anschaulich auch als «Spidernävi der Lunge» bezeichnet wurden [3]. Konfusion besteht im klinischen Alltag gern in der Abgrenzung eines HPS von der portopulmonalen Hypertonie: Bei Letzterer zeigt sich eine ausgeprägte Vasokonstriktion in der arteriellen Lungenstrombahn mit hämodynamischen Effekten (pulmonale Hypertonie), beim HPS besteht hingegen eine Vasodilatation der Lungengefäße mit Shuntvolumen und konsekutiver Störung des Gasaustausches [4]. Die Oxygenationsstörung nimmt dabei in aufrechter Körperposition zu (Orthodeoxie). Das Auftreten einer Platypnoe (quasi das klinische Negativbild der Orthopnoe) mit Orthodeoxie ist deshalb suggestiv für das Vorliegen eines HPS. Als zusätzliche klinische Hinweise finden sich gelegentlich ein digitales «Clubbing» und eine Zyanose.

Die lungenfunktionellen Basisabklärungen sind hingegen häufig unergiebig; die Diffusionskapazität ist der einzig konsequent pathologische Test. Die Verdachtsdiagnose wird am einfachsten durch die «Bubble»-Echokardiographie mit Nachweis von extrakardialen Shunts bestätigt.

Die ungewöhnliche Kombination von Hepatopathie, Platypnoe und Orthodeoxie ist praktisch diagnostisch für das Vorliegen eines HPS – ganz besonders dann, wenn sich die

Hypoxämie unter einer supplementären Sauerstoffgabe korrigiert [5]. Bei der Diagnosestellung im Vordergrund stehen deshalb einmal mehr die Anamnese und die gute klinische Untersuchung. Dazu setzt der Fallbericht von Schweckendiek et al. ein wichtiges Engramm.

### Disclosure Statement

Der Autor hat deklariert, keine potentiellen Interessenskonflikte zu haben.

### Literatur

- Rodriguez-Roisin R, Krowka MJ. Hepatopulmonary syndrome – a liver-induced lung vascular disorder. *N Engl J Med.* 2008;358(22):2378–87.
- Schweckendiek D, Tatu A, Pazhenkottil A, Gaisl T, Rogler G, Müllhaupt B, Kremer A. Nicht im «Liegen» stehen bleiben. *Swiss Med Forum.* 2023;23(37):1296–1298.
- Berthelot P, Walker JG, Sherlock S, Reid L. Arterial changes in the lungs in cirrhosis of the liver – lung spider nevi. *N Engl J Med.* 1966;274(6):291–8.
- Hoeper MM, Krowka MJ, Strassburg CP. Portopulmonary hypertension and hepatopulmonary syndrome. *Lancet.* 2004;363(9419):1461–8.
- Ghent CN, Levstik MA, J Marotta PJ. The hepatopulmonary syndrome. *N Engl J Med.* 2008;359(8):866.



Prof. Dr. med. Lars C. Huber  
Redaktor Swiss Medical Forum

**Tabelle 1: Ausgewählte pulmonale Manifestationen der Leberzirrhose [1]**

Lungenparenchym	Pleura	Lungengefäße
<ul style="list-style-type: none"> <li>Aspirationsereignisse (z.B. bei hepatischer Enzephalopathie)</li> <li>Gehäufte pneumonische Infekte (gestörte Immunabwehr)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Hepatischer Hydrothorax (meist rechtsseitig lokalisierter transsudativer Pleuraerguss bei Betroffenen ohne anderweitig erklärende kardiale oder pulmonale Ursache)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Lungenembolie (trotz niedrigem INR-Wert besteht paradoxerweise ein erhöhtes venöses Thromboserisiko)</li> <li>Portopulmonale Hypertonie</li> <li>Hepatopulmonales Syndrom (HPS)</li> </ul>

INR: «International Normalized Ratio».

Über das Leitsymptom hinausdenken

# Wenn die Zahnprothese nicht mehr passt

Dr. med. Nora Sutter<sup>a</sup>; Marie-Noëlle Kronig<sup>b</sup>, dipl. Ärztin; PD Dr. med. Tobias Tritschler<sup>a</sup>Inselspital, Universitätsspital Bern, Bern: <sup>a</sup> Universitätsklinik für Allgemeine Innere Medizin; <sup>b</sup> Universitätsklinik für Medizinische Onkologie

## Fallbeschreibung

Der 73-jährige Patient stellte sich zum geplanten 4-Jahres-Nachsorgetermin bei Status nach Pankreaskarzinom 2017 vor, das kurativ mittels Duodenopankreatektomie und adjuvanter Chemotherapie behandelt worden war. In der Vorgeschichte des Patienten waren eine hypertensive und koronare Kardiopathie, ein ischämischer Hirninfarkt 2019, eine Gicht, ein übermässiger Alkoholkonsum und eine positive Raucheranamnese bekannt. Seine Medikation bestand aus Acetylsalicylsäure, Lisinopril, Metoprolol, Atorvastatin, Pankreatin und Pantoprazol. Er berichtete, dass seine Zahnprothese seit dem Vortag nicht mehr passe, weil das Zahnfleisch an Grösse zugenommen habe.

## Frage 1

Welche Erkrankung kommt aufgrund der Anamnese und des klinischen Bildes differentialdiagnostisch am wenigsten infrage?

- Gingivitis/Periodontitis
- Sarkoidose
- Medikamentennebenwirkung
- Gicht
- Akute Leukämie

Das Bild zeigt eine Gingivahyperplasie (Abb. 1). Bis auf Gicht können alle erwähnten Erkrankungen mit einer Gingivahyperplasie einhergehen. Eine Gingivitis oder Periodontitis waren bei unserem Patienten aufgrund der schlechten Mundhygiene eine mögliche Erklärung. Eine

orale Beteiligung bei Sarkoidose ist selten, es kann jedoch zu oralen Knoten, Ulzerationen, Papeln und auch zu Gingivahyperplasie kommen [1]. Zu klassischen Medikamenten, die eine Gingivahyperplasie auslösen können, gehören Phenytoin, Cyclosporin und Calciumkanalblocker. Nach Stopp der auslösenden medikamentösen Therapie bildet sich die Gingivahyperplasie oft zurück [2, 3]. Unser Patient nahm keines der oben genannten Medikamente ein. Als seltenes Symptom kann es bei gewissen Formen einer akuten Leukämie zu einer Gingivahyperplasie kommen.

In der weiteren klinischen Untersuchung fanden sich an diversen Körperstellen multiple, teils einzeln stehende, teils konfluierende erythematös-livide Plaques und Knoten (Abb. 2), die sich in den letzten zehn Tagen entwickelt hätten. Des Weiteren fanden sich eine zervikale und inguinale Lymphadenopathie sowie eine Splenomegalie. Es zeigten sich keine Hämatome oder Petechien, und die neurologische Untersuchung war unauffällig.

## Frage 2

Welches ist der am wenigsten geeignete Schritt für die weitere Abklärung?

- Bestimmung des Differentialblutbilds
- Überweisung zu Zahnarzt oder Zahnärztin
- Bestimmung von Laktatdehydrogenase und Nierenretentionsparametern
- Durchführung einer Computertomographie von Thorax und Abdomen
- Bestimmung des Gerinnungsstatus

Auch wenn Beschwerden bei Prothesenträgerinnen und -trägern häufig durch eine lockere



**Abbildung 1:** Klinische Untersuchung der Mundhöhle des Patienten. Gingivahyperplasie der Kau-  
leiste im rechten (A) und linken (B) Oberkiefer.

Zahnprothese bedingt sind, ist eine Zuweisung zum Zahnarzt oder zur Zahnärztin in diesem Fall mit Hinweisen auf eine systemische Erkrankung am wenigsten geeignet und würde die relevante weitere Abklärung verzögern. Die anderen genannten Massnahmen der Abklärung sind richtungsweisend bei systemischen Erkrankungen, wobei der Gerinnungsstatus insbesondere bei einer hämato-onkologischen Differentialdiagnose frühzeitig bestimmt werden soll, um eine disseminierte intravasale Koagulopathie zu erkennen.

Im Differentialblutbild stellte sich eine Panzytopenie (Hämoglobin 79 g/l, Leukozyten 1100/ $\mu$ l, Thrombozyten 40 G/l) ohne Nachweis von Blasten in der Differenzierung dar. Des Weiteren liessen sich laborchemisch eine erhöhte Laktatdehydrogenase, eine erhöhte Harnsäure sowie erhöhte D-Dimere bei sonst normalen Gerinnungsparametern nachweisen. Die Nieren- und Leberparameter waren normwertig. In der anschliessend durchgeführten Computertomographie des Thorax und Abdomens liessen sich eine Splenomegalie mit 16 cm Durchmesser sowie eine Lymphadenopathie retroperitoneal, ilial rechts sowie inguinal beidseits nachweisen.

### Frage 3

Was ist die wahrscheinlichste Diagnose?

- Mundhöhlenkarzinom
- Akute myeloische Leukämie
- Haut- und Lymphknotenmetastasen bei bekanntem Pankreaskarzinom
- Paraneoplastische Dermatomyositis
- Primoinfektion mit dem Humanen Immundefizienz-Virus (HIV)

Ein Mundhöhlen- oder Pankreaskarzinom sind unwahrscheinlich aufgrund der ausgeprägten Panzytopenie ohne Hinweis auf eine ossäre Metastasierung in der Computertomographie und bei fehlendem Primär- respektive Rezidivtumor. Zudem sind die Hautläsionen nicht damit vereinbar.

Die Kardinalsymptome einer Myositis (proximale symmetrische Muskelschwäche) sowie typische Hautläsionen einer Dermatomyositis (z.B. Gottron-Papeln oder heliotropes Erythem) waren nicht vorhanden. Bei einer Primoinfektion mit dem Humanen Immundefizienz-Virus (HIV) kann es neben einer Lymphadenopathie auch zu Hautveränderungen kommen, jedoch würde es sich hierbei eher um ein makulopapulöses Exanthem mit gut umschriebenen Läsionen ohne Indurierung handeln [4]. Zudem ist eine HIV-Primoinfektion nur mit einer milden Anämie und/oder Thrombozytopenie assoziiert. Der HIV-Suchtest fiel negativ aus.

Als nächsten Abklärungsschritt führten eine Knochenmarkpunktion durch. Hier liess sich die Diagnose einer akuten myeloischen



**Abbildung 2:** Klinische Untersuchung des Patienten. Erythematös-livide Plaques und Knoten im Bereich der Unterschenkel (A, B), der Brust und des Bauchs (C) sowie des Rückens (D).

Leukämie (AML) M5a (akute Monoblastenleukämie) mit einer Knochenmarkinfiltration von 95% stellen (Tab. 1). Ebenfalls konnte mittels Hautbiopsie die Leukämie als Ursache für die Hautinfiltration nachgewiesen werden.

### Diskussion

Die Diagnose einer AML erfolgt bei einem Blastenanteil von  $\geq 20\%$  im peripheren Blut oder im Knochenmark respektive beim Nachweis einer AML-definierenden genetischen Aberration (Tab. 1). Zur korrekten Diagnosestellung gemäss Klassifikation der «World Health Organisation» (WHO) müssen zudem immer die Zytogenetik und die Molekulargenetik bestimmt werden. Dies hilft auch, um die Prognose abzuschätzen. Bei der myelomonozytär/monoblastär differenzierten AML werden überdurchschnittlich häufig extramedulläre Manifestationen wie Hautinfiltrate, Meningeosis leucaemica, Gingivahyperplasie und Infiltration von Milz und Leber beobachtet. Da der Patient aufgrund seines Pan-

kreaskarzinoms vorgängig eine Chemotherapie erhalten hatte, handelt es sich gemäss WHO-Klassifikation (Tab. 1) um eine myeloische Neoplasie post-zytotoxischer Therapie [5].

### Frage 4

Welches Symptom erwarten Sie bei einer AML am wenigsten?

- Leistungsknick, Müdigkeit
- Blutungen
- Häufige Infekte
- Dyspnoe, Doppelbilder und Schwindel
- Gewichtszunahme

Die klinische Präsentation bei einer AML ist durch die hämatopoetische Insuffizienz infolge der blastären Knochenmarkinfiltration geprägt: Es zeigen sich Müdigkeit und Leistungsknick bei Anämie, Blutungen bei Thrombopenie und vermehrte Infektanfälligkeit bei Neutropenie. Es kann zu einer disseminierten intravasalen Gerinnung und/oder einer Leukostase (v.a. bei

## Frage 5

Welches ist kein Risikofaktor für eine Leukämie?

- Rauchen
- Alkohol
- Vorgängige Radiotherapie
- Vorgängige Chemotherapie
- Vorbestehendes myelodysplastisches Syndrom

Risikofaktoren für eine AML sind Exposition gegenüber radioaktiver Strahlung, Rauchen und vorgängige Chemotherapien sowie ein vorbestehendes myelodysplastisches Syndrom [5]. Alkohol stellt keinen bekannten Risikofaktor dar.

## Frage 6

Welche Therapie ist bei unserem Patienten empfohlen?

- «Best Supportive Care»
- Intensive, kurativ intendierte Chemotherapie mit allogener Stammzelltransplantation
- Intensive, kurativ intendierte Chemotherapie mit autologer Stammzelltransplantation
- Palliativ intendierte Chemotherapie
- Lokale Therapie mit Clobetasol

Patientinnen und Patienten mit einem biologischen Alter <75 Jahren und ohne signifikante Komorbiditäten (diabetisches Spätsyndrom, schwere Leber- oder Nierenerkrankungen, Herzinsuffizienz mit Ejektionsfraktion <30%) sollten eine kurativ intendierte Therapie der AML erhalten. Anhand der genetischen Analysen in Kombination mit den phänotypischen und morphologischen Befunden werden die Therapie gewählt sowie die Prognose respektive das Risiko für einen Rückfall festgelegt. Die kurativ intendierte Therapie umfasst eine Induktionstherapie (zwei Zyklen) mit dem Ziel der kompletten Remission und eine anschliessende Postremissionstherapie (ein Zyklus). Bei intermediärem oder hohem Rückfallrisiko wird eine allogene Stammzelltransplantation als Postremissionstherapie bevorzugt [6]. Vor einer Therapie sollten fertilitätserhaltende Massnahmen mit den jüngeren Patientinnen und Patienten (Betroffene sollten die Volljährigkeit ihres Kindes erleben können) besprochen werden. Bei Männern erfolgt eine Samenspende (ggf. im Rahmen einer Hodenbiopsie), bei Frauen sind die Massnahmen leider sehr limitiert, da eine Eizellspende aufgrund der fehlenden Zeit für eine hormonelle Stimulation vor Beginn der Chemotherapie oft nicht infrage kommt.

Für Patientinnen und Patienten, die sich nicht für eine kurativ intendierte Therapie qualifizieren, ist die aktuell erste Wahl für eine palliative Therapie die Kombinationstherapie mit Azacitidin und Venetoclax [7]. Ebenfalls kann eine Kombinationstherapie mit Azacitidin und Venetoclax als weniger intensive Induktionstherapie bei älteren Personen mit anschliessender

**Tabelle 1: Auszug aus der neuen WHO-Klassifikation 2022 der akuten myeloischen Leukämie (AML) nach Khoury et al. [5]<sup>1</sup> (Klassifikationshierarchie absteigend)**

### Myeloische Neoplasie post-zytotoxischer Therapie

#### AML mit definierenden genetischen Anomalien

Akute Promyelozyten-Leukämie mit PML::RARA Fusion\*

AML mit RUNX1::RUNX1T1 Fusion\*

AML mit CBFβ::MYH11 Fusion\*

AML mit DEK::NUP214 Fusion\*

AML mit RBM15::MRTFA Fusion\*

AML mit BCR::ABL1 Fusion°

AML mit KMT2A Rearrangement\*

AML mit MECOM Rearrangement\*

AML mit NUP98 Rearrangement\*

AML mit NPM1 Mutation\*

AML mit CEBPA Mutation°

AML, Myelodysplasie-assoziiert°

AML mit anderen definierten genetischen Veränderungen°

- AML mit RUNX1T3::GLIS2 Fusion
- AML mit KAT6A::CREBBP Fusion
- AML mit FUS::ERG Fusion
- AML mit MNX1::ETV6 Fusion
- AML mit NPM1::MLF1 Fusion

#### AML, definiert über Differenzierung°

AML mit minimaler Differenzierung

AML ohne Ausreifung

AML mit Ausreifung

Akute basophile Leukämie

Akute myelomonozytäre Leukämie

Akute monozytäre Leukämie

Akute erythroide Leukämie

Akute megakaryoblastäre Leukämie

\* AML-definierende genetische Aberrationen, bei welchen die Diagnose einer AML auch bei einem Blastenanteil von <20% gestellt werden kann.

° Genetisch definierte AML-Subgruppen, die einen Blastenanteil von >20% in Blut oder Knochenmark zur Diagnosestellung zwingend fordern. Ausnahme: Akute Erythroleukämie, bei der die leukämische Zellpopulation aus Proerythroblasten und Makroblasten besteht

WHO: World Health Organisation

1 Adaptiert aus: Khoury JD, Solary E, Abla O, Akkari Y, Alaggio R, Apperley JF, et al. The 5th edition of the World Health Organization Classification of Haematolymphoid Tumours: Myeloid and Histiocytic/Dendritic Neoplasms. *Leukemia*. 2022;36(7):1703–19. doi: 10.1038/s41375-022-01613-1. Copyright © The Author(s) 2022, licensed under a CC BY 4.0 License <https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>.

Leukozytose >100 000/μl) kommen, beides entspricht einem hämatologischen Notfall und bedarf einer sofortigen zytoreduktiven Therapie. Die Symptome einer Leukostase umfassen unter anderem Dyspnoe, Schwindel, Doppelbilder und neurologische Ausfälle durch pul-

monale respektive zerebrale Mikrozirkulationsstörungen, die durch die erhöhte Viskosität des Blutes aufgrund der hohen Anzahl an Blasten verursacht sind. Mit einer Gewichtszunahme ist bei einer malignen, konsumierenden Erkrankung nicht zu rechnen.

kurativer Option mittels allogener Stammzelltransplantation angewandt werden. Die AML verläuft unbehandelt in kurzer Zeit tödlich.

Eine spezielle Subform stellt die akute Promyelozyten-Leukämie (APL) dar. Hier muss bereits bei Verdacht auf eine APL bei allen Erkrankten eine Therapie mit all-trans-Retinsäure (ATRA) eingeleitet werden, die bei Bestätigung der APL um eine APL-spezifische zytostatische Therapie ergänzt wird. Die Behandlungsstrategie ist immer kurativ und die Prognose gut.

Unser Patient qualifizierte sich in Anbetracht seines biologischen Alters von >75 Jahren und seiner Komorbiditäten (hypertensive und koronare Kardiopathie, Status nach ischämischem Hirninfarkt) nicht für eine intensive, kurativ intendierte Therapie, und wir initiierten eine palliative Therapie mit Venetoclax per os und Azacitidin subkutan. Unter der palliativen Therapie zeigte sich in der Knochenmarkuntersuchung nach dem ersten Zyklus eine komplette morphologische Remission der AML. Die Therapie wurde auch vier Monate nach Diagnosestellung gut vertragen, und der Patient erfreute sich eines ordentlichen Allgemeinzustandes.

### Antworten

**Frage 1: d. Frage 2: b. Frage 3: b. Frage 4: e. Frage 5: b. Frage 6: d.**

### Korrespondenz

Dr. med. Nora Sutter  
Universitätsklinik für Allgemeine Innere Medizin  
Inselspital  
Freiburgstrasse  
CH-3010 Bern  
[nora.sutter\[at\]insel.ch](mailto:nora.sutter[at]insel.ch)

### Informed Consent

Ein schriftlicher Informed Consent zur Publikation liegt vor.

### Disclosure Statement

Die Autoren haben deklariert, keine potentiellen Interessenkonflikte zu haben. TT ist Präsident der Swiss Young Internists (SYI), Bern.

### Literatur

- 1 Suresh L, Radfar L. Oral sarcoidosis: a review of literature. *Oral Dis.* 2005;11(3):138–45.
- 2 Steele RM, Schuna AA, Schreiber RT. Calcium antagonist-induced gingival hyperplasia. *Ann Intern Med.* 1994;120(8):663–4.
- 3 Mathur H, Moretti AJ, Flaitz CM. Regression of cyclosporin-induced gingival overgrowth upon interruption of drug therapy. *Gen Dent.* 2003;51(2):159–62.
- 4 Lapins J, Gaines H, Lindbäck S, Lidbrink P, Erntestam L. Skin and mucosal characteristics of symptomatic primary HIV-1 infection. *AIDS Patient Care STDS.* 1997;11(2):67–70.

- 5 Khoury JD, Solary E, Abla O, Akkari Y, Alaggio R, Apperley JF, et al. The 5th edition of the World Health Organization Classification of Haematolymphoid Tumours: Myeloid and Histiocytic/Dendritic Neoplasms. *Leukemia.* 2022;36(7):1703–19.
- 6 Schlenk RF, Döhner H. Genomic applications in the clinic: use in treatment paradigm of acute myeloid leukemia. *Hematology Am Soc Hematol Educ Program.* 2013;2013:324–30.
- 7 DiNardo CD, Jonas BA, Pullarkat V, Thirman MJ, Garcia JS, Wei AH, et al. Azacitidine and venetoclax in previously untreated acute myeloid leukemia. *N Engl J Med.* 2020;383(7):617–29.



**Dr. med. Nora Sutter**  
Universitätsklinik für Allgemeine Innere Medizin, Inselspital, Universitätsspital Bern, Bern

## Seminare und Veranstaltungen

20.09.2023 | 13.30–17.00 Uhr

### Halbtägiger Fortbildungskurs für Privatbeistände: «Für mehr Gesundheit und Teilhabe – Vertretungsrecht in medizinischen Fragen für Menschen mit kognitiven Beeinträchtigungen»

Der Kurs soll Privatbeistände sensibilisieren und befähigen, Menschen mit kognitiven Beeinträchtigungen in medizinischen Fragen kompetent in Situationen der Urteilsunfähigkeit zu vertreten.

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

20.09.2023–21.09.2023

### Hygiene trifft Mikrobiologie 2023

Billrothhaus, Frankgasse 8, 1090 Wien, Österreich  
Kontakt: c/o ÖGHMP Sekretariat: Frau Lisa  
Jandrinitsch, c/o MAW, Freyung 6/3, 1010 Wien  
oeghmp@media.co.at

20.09.2023–23.09.2023

### Kongress für Kinder- und Jugendmedizin 2023

Schwerpunktthemen: Immunreaktionen im Rahmen von Infektion, Autoimmunität und Allergie / Notfallmedizin / Digitalisierung und Robotik

Congress Center Hamburg, 20355 Hamburg, Deutschland  
Kontakt: Daniela Ruckriegel-Estrack  
daniela.ruckriegel@mcon-mannheim.de

20.09.2023 | 09.15–16.45 Uhr

### Nationale Tagung für betriebliches Gesundheitsmanagement 2023

Am 20. September findet im Kursaal Bern unter dem Titel «Gesunde neue Arbeitswelt?» die nationale Tagung für betriebliches Gesundheitsmanagement (BGM) statt. Informieren Sie sich jetzt über das reichhaltige Programm und melden Sie sich online an.

Kursaal Bern, Kornhausstrasse 3, 3013 Bern, Schweiz  
Kontakt: Gesundheitsförderung Schweiz  
congress@promotionsante.ch

20.09.2023–22.09.2023

### 32. Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Thoraxchirurgie

Es erwartet Sie ein spannendes Programm mit Vorträgen, Symposien, Journal-Clubs, Diskussionen und Workshops.

marinaforum Regensburg, Johanna-Dachs-Straße,  
93055 Regensburg, Deutschland  
Kontakt: wikonec GmbH  
dgt@wikonec.de

20.09.2023–21.09.2023

### Artificial Intelligence and Health Technologies in Cardiovascular Disease

Applications of AI in cardiovascular medicine will be discussed, including imaging modalities, biomarkers and predictive analytics, genetics, multiomics, cardiometabolic and valve disease and cardiomyopathies.

Kontakt: Dr. Ruth Amstein  
ruth.amstein@zhh.ch

21.09.2023–23.09.2023

### DGA 2023 – 52. Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Angiologie – Gesellschaft für Gefäßmedizin e.V. und 7. DGA-Interventionskongress

Wir freuen uns außerordentlich, Sie auf der 52. Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Angiologie – Gesellschaft für Gefäßmedizin e.V. und dem 7. DGA-Interventionskongress vom 21. bis 23. September 2023 in Leipzig begrüßen zu dürfen.

Kongresshalle am Zoo Leipzig, Pfaffendorfer Straße 31,  
04105 Leipzig, Deutschland  
Kontakt: DGA-Akademie GmbH  
info@wikonec.de

21.09.2023 | 13.00–15.00 Uhr

### Iron Academy 2023 / Luzern

Freuen Sie sich auf einen Nachmittag zu den Themen: «Eisenparameter: Interpretation und Konsequenzen» und «Chronische Niereninsuffizienz und Anämie – wie die Nieren schützen und wann an Eisenmangel denken?».  
Die Teilnahme ist gratis.

Radisson Blu Hotel, 6005 Luzern, Schweiz  
Kontakt: Nicole Muster  
info@ironacademy.ch

21.09.2023–22.09.2023

### 7. SGAIM Herbstkongress – Science and the Art of Medicine

Als Highlights empfehlen wir Ihnen die beiden Keynotes: bei den Möglichkeiten von Big Data stehen wissenschaftliche Ausführungen im Zentrum; bei den Freuden und Leiden des diagnostischen Prozesses die Unsicherheiten des medizinischen Alltags.

Kongresshaus Zürich, Claridenstrasse 5, 8002 Zürich, Schweiz  
Kontakt: Sabine Schwab  
congres@sgaim.ch

21.09.2023–22.09.2023

### Ausbildung für Begutachtung - Modul 2

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.

ZOOM, Inselquai 12, 6005 Luzern, Schweiz  
Kontakt: Administrative Office Swiss Insurance Medicine  
info@swiss-insurance-medicine.ch

21.09.2023–22.09.2023

### 2. Best Practice in Healthcare

Die Veranstaltung Best Practice in Healthcare findet vom 21./22. September 2023 in der Schulthess Klinik in Zürich statt. Sie erhalten Einblicke in Best Practices Beispiele aus Bereichen wie Forschung und Lehre, Mitarbeitende und viele mehr.

Schulthess Klinik, Lengghalde 2, 8008 Zürich, Schweiz  
Kontakt: MediCongress GmbH  
kongresse@medicongress.ch



#### Fehlt Ihre Veranstaltung?

Tragen Sie sie ein auf [events.emh.ch](https://events.emh.ch)

#### Soll Ihre Veranstaltung herausstechen?

Wir helfen gerne.  
[events@emh.ch](mailto:events@emh.ch)

Rechtsschutz

| Einfach zu  
seinem Recht  
kommen

Sonderkon-  
ditionen für  
Mitglieder von  
FMH Services

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

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

**INSURANCE**

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



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

# «Der Leidensdruck ist gross»

**Fibromyalgie** Die chronische Schmerzkrankheit ist verbreitet, aber oft unverstanden. Die Rheumatologin Barbara Ankli erklärt, welche neuen Empfehlungen es bei der Diagnose und Therapie zu beachten gilt – und auf welche Forschungserkenntnisse Betroffene hoffen dürfen.

Interview: Simon Koechlin

**Barbara Ankli, laut einer deutschen Studie [1] vergehen im Durchschnitt 16 Jahre, bis bei einer betroffenen Person die Diagnose Fibromyalgie feststeht. Weshalb tut sich die Medizin mit dieser Krankheit schwer?**

Weil es bis jetzt keine strukturellen Veränderungen gibt, anhand derer man die Krankheit objektiv nachweisen kann. Weder im Blut, noch mit Ultraschall oder Röntgenbild finden sich Anzeichen. Wir sind auf die subjektiven Symptome der Patientin oder des Patienten angewiesen, um eine Diagnose zu stellen.

**Was sind typische Fibromyalgie-Symptome?**

Führend ist ein generalisierter, grossflächiger, chronischer Schmerz in Sehnen und Muskeln. Zudem treten oft Schlafstörungen, chronische Erschöpfung, Angst, depressive Verstimmungen und Einschränkungen im Alltag auf. Man hat über 100 Symptome gezählt.

**Was müssen Hausärztinnen und Hausärzte wissen, um die Krankheit zu erkennen?**

Zum einen ist die Differentialdiagnose breit: Viele entzündliche rheumatologische Erkrankungen haben ähnliche Symptome wie die Fibromyalgie. Zum anderen wurden die Diagnose-Kriterien 2016 aktualisiert: Die Schmerzen müssen in vier von fünf Körperregionen vorhanden sei, was die Abgrenzung zu regionalen Schmerz-Syndromen ermöglicht. Und im Gegensatz zu früher kann die Diagnose Fibromyalgie unabhängig von anderen Erkrankungen gestellt werden, es ist also keine Ausschlussdiagnose mehr.

**Was bedeutet das?**

Ausschlussdiagnose hiess: War etwa bei einer Patientin rheumatoide Arthritis diagnostiziert, gab es bei ihr keine zusätzliche Diagnose Fibromyalgie. Bei manchen Patienten bleiben jedoch die Schmerzen und Erschöpfungssymptome, auch wenn die rheumatoide Arthritis gut behandelt ist. Heute kann man in solchen Fällen eine zweite Diagnose Fibromyalgie stellen und die Krankheit behandeln. Das ist eine grosse Hilfe.

**Was sind die Ursachen von Fibromyalgie?**

Das ist nicht gesichert. Studien haben gezeigt, dass Betroffene Traumata erlebten oder andere Stressoren schädigend

wirken – die Cortisol-Spiegel sind höher als in der Normalbevölkerung.

**Und die Traumata führen zu einem veränderten Schmerzempfinden?**

Die Schmerzschwelle ist bei Fibromyalgie-Patienten nachweisbar erniedrigt. Es handelt sich um einen noziplastischen Schmerz, zentrale Hypersensitivierung einerseits und periphere Neuropathie andererseits sind hier die Stichworte.

**Wie viele Menschen leiden an der Krankheit?**

Studien gehen in Europa von ungefähr drei Prozent der Normalbevölkerung aus. Es gibt keine Hinweise darauf, dass die Häufigkeit in den letzten Jahren gestiegen ist.

**Besonders häufig betroffen sind Frauen.**

Ja. 90 Prozent der in der Rheumatologie zugewiesenen Personen mit Abklärung Fibromyalgie sind Frauen. Aber es ist nicht nur eine Frauenkrankheit. Wenn man in Populationsstudien schaut, wer die Diagnosekriterien erfüllt, sind das nur 60 Prozent Frauen. Männer, so scheint es, werden unterdiagnostiziert.

**Weshalb?**

Das ist schwierig zu sagen. Vielleicht denken Ärztinnen und Ärzte bei Männern nicht an Fibromyalgie, weil sie als Frauenkrankheit gilt. Zwar gibt es Hinweise auf eine Rolle der Geschlechtshormone bei der Erkrankung. Aber man sollte die Männer nicht vergessen.

## Neue Broschüre zu Fibromyalgie

Die Rheumaliga Schweiz hat im Juli eine neue Broschüre zu Fibromyalgie [2] veröffentlicht. Sie deckt von Ursachen, Symptomen und Diagnose bis zur Therapie und Sozialberatung die wichtigsten Fragen rund um die chronische Schmerzkrankung ab. Ziel ist es, das Verständnis für die Krankheit zu fördern und Betroffenen und Angehörigen eine Orientierungshilfe zu geben.



© Andrey Popov / Dreamstime

Frauen sind zwar häufiger von Fibromyalgie betroffen, aber die Krankheit ist bei Männern unterdiagnostiziert.

**Sie haben an einer neu erschienenen Broschüre der Rheumaliga Schweiz zu Fibromyalgie [2] mitgewirkt. Was war der Grund für die Neuauflage?**

Zum einen die Änderungen der Diagnosekriterien und die Aufhebung der Ausschlussdiagnose. Zum anderen wollen wir Betroffene sowie Ärztinnen und Ärzte über angepasste Therapie-Empfehlungen informieren. Früher empfahl die Ärztin dem Patienten zuerst, selber aktiv zu werden, also seinen Alltag zu strukturieren oder sich mit niedriger Intensität sportlich zu betätigen. Erst in einer zweiten Stufe folgte eine Therapie. Heute setzt man auf einen multimodalen Therapieansatz, um keine Zeit zu verlieren. Mit der Aktivierung des Patienten beginnt sofort auch eine Physiotherapie, eine regelmässige ärztliche Betreuung und wenn nötig eine Medikamentengabe. Bestimmte Antidepressiva und Antiepileptika können beispielsweise dazu beitragen, eine innere Distanz gegenüber Schmerz zu entwickeln und der Hypersensitivierung entgegenzuwirken.

**Wie stark leiden die Betroffenen?**

Der Leidensdruck bei der Fibromyalgie ist gross. Die Suizidrate ist sehr hoch. Es ist wichtig, dass Hausärztinnen und Hausärzte sich dessen bewusst sind – und das im Gespräch thematisieren.

**Weil man bei der Fibromyalgie keine objektiven Ursachen im Körper findet, bekommen Betroffene zum Teil zu hören, sie bildeten sich ihre Krankheit ein. Wie sehr leiden sie darunter?**

Sehr. Auch deshalb ist eine psychologische Betreuung von Anfang an wichtig. Und dass sich Betroffene in ein Therapiekonzept eingebunden fühlen. Psychologische Betreuung hilft zudem dabei, auch negative Gefühle zuzulassen.

**Gibt es eine Heilung für die Krankheit?**

Eine Heilung im eigentlichen Sinn gibt es nicht. Das Ziel muss es sein, dass eine Patientin möglichst ihren Alltag leben kann und Lebensqualität zurückgewinnt. Das ist durchaus möglich.

**Laut der neuen ICD-11-Klassifikation [2] gilt Fibromyalgie nicht mehr als rheumatische Erkrankung, sondern als chronisches, primäres Schmerzsyndrom. Welche Auswirkungen hat das auf die Behandlung?**

In der Schweiz keine grossen. Bei uns sind Fachpersonen für Rheumatologie meist auch schmerzmedizinisch tätig. Wir sind aber nicht glücklich mit der neuen Einteilung. Sie könnte Konsequenzen haben bezüglich Sozialversicherungen. Chronische Schmerzpatientinnen und -patienten haben es schwer, Leistungen zu bekommen.

**Gibt es Hoffnung auf bessere Therapien?**

Es gibt tatsächlich Hinweise darauf, dass sich die Erkrankung vielleicht doch anhand objektiver Kriterien nachweisen und entsprechend behandeln lässt. Studien fanden beispielsweise signifikant erhöhte Werte von Zytokinen, die mit dem Schweregrad der Erkrankung korrelierten. Und Metaanalysen zeigen, dass in der Hälfte der Fibromyalgiebetroffenen sogenannte Small Fiber Neuropathien vorhanden sind: Bisher musste man Biopsien durchführen, um Schädigungen dieser ganz kleinen Nervenenden nachzuweisen. In Zukunft wird eine Mikroskopie der Hornhaut des Auges dies grösstenteils ersetzen können.



**Literatur**

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



**Dr. med. Barbara Ankli**

ist Rheumatologin und Fachärztin Allgemeine Innere Medizin mit eigener Praxis in Basel.

# Kommunikation will gelernt sein

**Arzt-Patienten-Kommunikation** Das Erlernen und Üben von professioneller Kommunikation wird von Weiterbildungsverantwortlichen an vielen Spitälern gewünscht. Jedoch mangelt es an kompetenten Dozierenden, die Motivation der Mitarbeitenden ist nicht immer gegeben. Unser Autor Wolf Langewitz beschreibt in seiner Kolumne, wie es anders gehen kann.

Wolf Langewitz

Die Bedeutung professioneller Kommunikation wird in vielen offiziellen Stellungnahmen und in Umfragen hoch eingeschätzt – trotzdem ist es schwierig, Kolleginnen und Kollegen zur Teilnahme an entsprechenden Schulungen zu motivieren. Das hat verschiedene Gründe, die entweder praktisch oder inhaltlich bedingt sind. Praktisch steht der Dissemination von Schulungen in professioneller Kommunikation im Spital-Setting ein eklatanter Mangel an kompetenten Dozierenden entgegen. Dies gilt besonders für Spitäler in der Peripherie und für die Dissemination in den Praxen. Dieser Mangel lässt sich in nützlicher Frist nicht beheben, sondern erfordert den Einsatz von Internet-basierenden Lernformen.

Inhaltlich haben jüngere Kolleginnen oft Mühe, eine ihnen gemässe Balance zu finden zwischen der Übernahme einer Gesprächs-«führung» und der Übergabe der Initiative an Patientinnen und Patienten. Beides bedarf einer sicheren Identität – einer inneren Haltung – als Ärztin oder Arzt, die wir uns im Laufe unserer Berufserfahrung erarbeiten müssen.

## Wer traut sich zu kritisieren?

Das Problem sieht bei erfahrenen Kollegen ganz anders aus: Ihnen ist nicht immer klar, warum sie überhaupt in ein Seminar zur professionellen Gesprächsführung gehen sollten. Das ist nicht unbedingt Ausdruck von Ignoranz und Arroganz, sondern schlicht darauf zurückzuführen, dass wir äusserst selten direkt von Patientinnen und Patienten auf mangelnde Kommunikationsfähigkeiten hingewiesen werden. Zum einen ist das eine Frage der Macht: Wer traut sich schon, eine Person zu kritisieren, von der man etwas will? Und es ist eine Frage der Kompetenz: Woher soll eine Patientin oder ein Patient wissen, dass man auch anders mit ihm kommunizieren könnte oder dass z. B. eine andere Art der Informationsvermittlung möglich wäre? Zusammengefasst führen diese Faktoren dazu, dass Patientinnen und Patienten schlecht sind im Geben von kritischem Feedback. Ich habe noch nie eine Patientin oder einen Patienten erlebt, die in einem Aufklärungsgespräch die Hände verwerfen und mich unterbrechen mit den Worten: «Stop! Das wird mir zu viel!» Gute Gründe, mich zu bremsen, hätten wahrscheinlich viele (gehabt); ich weiss zu viel und ich erzähle so gerne...

Bei technischen Prozeduren ist das Lernen in der Praxis (learning by doing) viel einfacher: Wenn ich bei der Punk-

tion das Gefäss verfehle, weiss ich unmittelbar, dass ich etwas an meinem Vorgehen ändern sollte – der Misserfolg stimuliert das Lernen. Wenn es keinen offenkundigen Misserfolg gibt, fällt der wichtigste Grund zum Lernen weg.

## Die Bedürfnisse berücksichtigen

Vielleicht müssen wir als Anbieter von Schulungen in Kommunikation auch darüber nachdenken, ob das typische Schulungsformat den Bedürfnissen der Teilnehmenden entspricht und ob es zu einer merkbaren Veränderung in der Praxis führt. Den ersten Punkt versuchen wir in unseren Seminaren dadurch aufzugreifen, dass wir mit den Problemfällen der Seminarteilnehmer arbeiten und nicht mit vorgegebenen Themen[1]. Den zweiten Punkt greifen Interventionen auf, die Seminare mit der Möglichkeit kombinieren, sich zur Anwendung in der Praxis ein professionelles Feedback zu holen [2][3]. Da eine flächendeckende 1:1 Supervision in der Praxis illusorisch ist, haben wir ein Programm entwickelt, in dem Kollegen zu einem ihnen genehmen Zeitpunkt ein Gespräch mit einem typischen Problempatienten buchen können, der von einem speziell trainierten Mitarbeiter dargestellt wird. Nach dem Gespräch erhalten die Kollegen ein strukturiertes Feedback, das mit den entsprechenden Video-Sequenzen aus dem Interview unterlegt wird (SoCoCo®). Dieses Programm wird in Basel seit mehreren Jahren in der Lehre und von der FMH im Rahmen von PEPra eingesetzt.



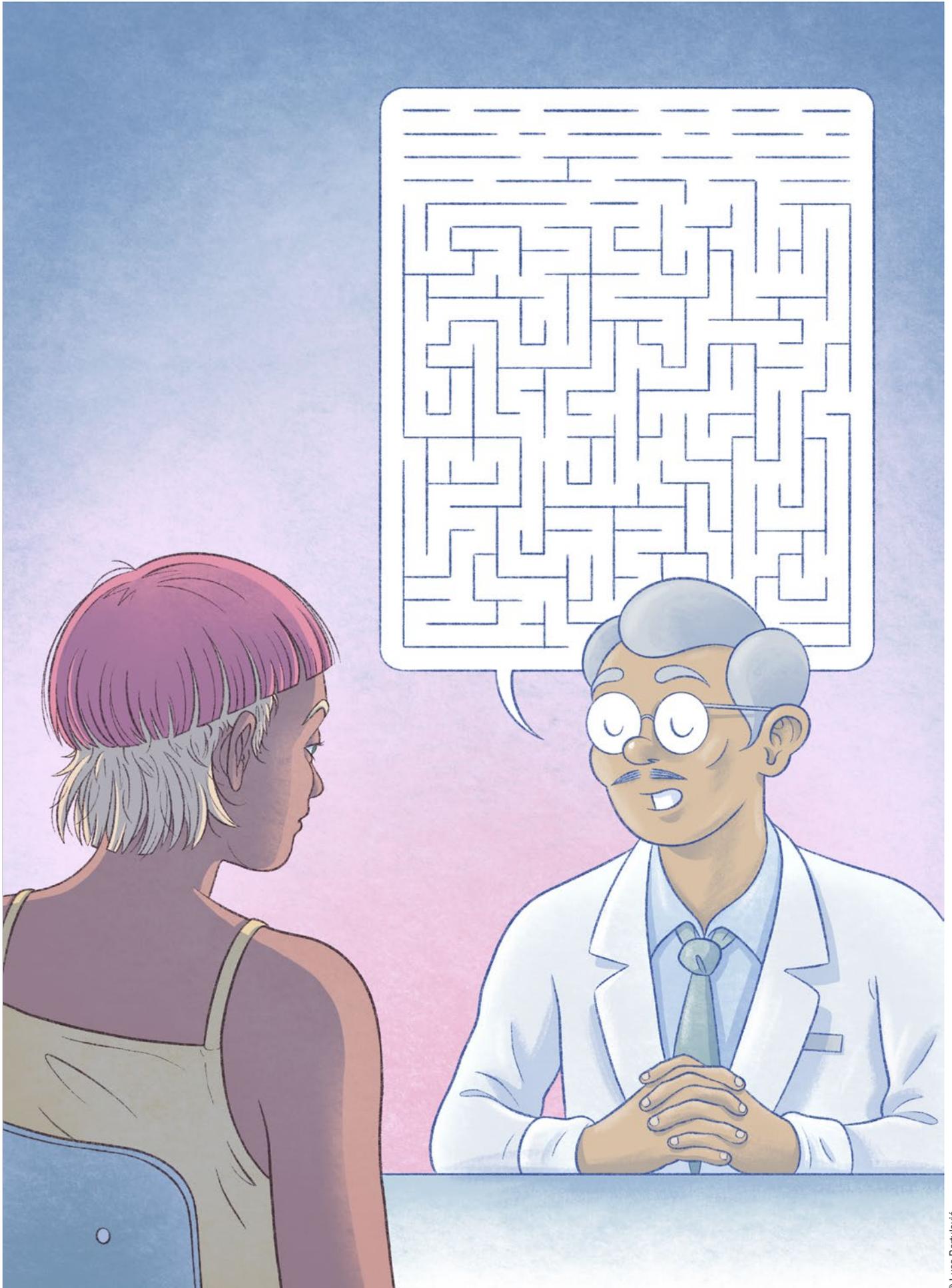
## Literatur

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



### Wolf Langewitz

ist Professor emeritus für Psychosomatik am Universitätsspital Basel und schreibt an dieser Stelle regelmässig über Arzt-Patienten-Kommunikation.



© Luca Bartulovic

# Der Graben zwischen den Generationen



**Nora Bienz**

Dr. med., Vizepräsidentin vsao Schweiz, Co-Präsidentin vsao Bern, Oberärztin, Inselspital Bern, Mitglied Advisory Board der Schweizerischen Ärztezeitung

Letzthin kreuzten der 60-jährige Chirurg Professor Othmar Schöb und ich, eine 37-jährige Intensivmedizinerin und Vizepräsidentin des vsao, im Online-Magazin Medinside [1, 2] die Klingel. Es ging um die Forderung, in den Spitälern die 42-Stundenwoche (plus 4 Stunden Weiterbildung) einzuführen. Die Heftigkeit des Schlagabtauschs und die vielen Kommentare lassen vermuten, dass es hier um mehr als die banale Arbeitszeit geht.

Es sind zwei Welten, die da aufeinanderprallen und zwischen denen sich ein Graben gebildet hat. Mein Kontrahent hat zweifellos eine geballte Kompetenz und enorme Schaffenskraft. So sehr man seine medizinischen Leistungen und Leidenschaft für die Medizin bewundern muss, so sehr ist es auch angezeigt, seine Aussagen kritisch anzuschauen. Herr Schöb ist in seinen Äusserungen nicht zimperlich: «Zerstören des Eliteberufs», «eine verweichlichte, kaum mehr belastbare junge Generation von Ärzten und immer mehr Ärztinnen», «junge Leute, die keine Leidenschaft für den Beruf haben». Der vsao schädige mit seinen gewerkschaftlichen Positionen die Qualität der Ausbildung, führe zu einem völlig überreglementierten Berufsalltag. Diese auf den ersten Blick einfache und überzeugende Argumentation ist meiner Meinung nach falsch.

Seine Assistenzzeit hat Professor Schöb 1988 begonnen. Das Jahr, in welchem verheirateten Frauen in der Schweiz das Recht der freien Berufswahl zugestanden wurde. Der medizinische Berufsalltag hat sich seither drastisch verändert. Herr Professor Schöb ist in einer männerdominierten Chirurgen-Welt gross geworden. Diese Welt hat ihn geprägt und nun lässt er sie mit voller Wucht auf die Spital-Realität 2023 prallen.

Hier hilft nur der geschärfte Blick für die rasanten Veränderungen, die in der Medizin, aber auch in der Gesellschaft vorstattengehen [3]: Die junge Ärzteschaft muss viel mehr administrative Arbeiten erledigen, die Patientenumsatzzahlen zeigen steil nach oben, die Liegedauer hat sich massiv verkürzt und Patientinnen und

Patienten sind komplexer krank, wesentlich älter und anspruchsvoller als früher. Dies sind ebenso gewichtige Faktoren. Der Zuwachs an therapeutischen und technologischen Möglichkeiten und die damit einhergehende hohe Spezialisierung kommen hinzu. Die Arbeit im Gesundheitswesen hat sich verdichtet und ist komplexer geworden – die Dienstbelastung von heute ist in vielerlei Hinsicht nicht mehr vergleichbar mit derjenigen von früher.

Gesellschaftlich sind wir aber mit einem mindestens so grossen Umbruch konfrontiert. Mittlerweile ist eine überwiegende Mehrheit erwerbstätig. 1988 waren mehr als doppelt so viele Männer wie Frauen berufstätig. Von damals bis 2022 ist die Anzahl erwerbstätiger Frauen in der Schweiz von 1,37 auf 2,36 Millionen angestiegen [4, 5]. Der Arzt von heute ist immer häufiger weiblich [6] und hat nicht eine Vollzeit-Care-Arbeitskraft zu Hause, die einen reinen Fokus auf die medizinische Tätigkeit erlaubt.

Kann es einen Brückenschlag über diesen Graben geben? Ein erster Schritt wäre, damit aufzuhören, uns gegenseitig falsche oder nicht vorhandene Einstellungen vorzuwerfen [7]. Hier die verweichlichte Jugend, die nur an Freizeit interessiert ist, dort die verknöcherte Generation, die durch ihr Beharren auf alten Strukturen ihre Machtpositionen bewahren will.

Was unsere Generationen verbindet, ist die Faszination und Leidenschaft für die Medizin und der Wunsch, früher wie heute hochstehende Arbeit für unsere Patientinnen und Patienten zu leisten. Wir sollten uns gemeinsam an einen Tisch setzen und auf Augenhöhe und mit gegenseitiger Achtung über nachhaltige Arbeitsbedingungen diskutieren.



## Literatur

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