

SCHWEIZERISCHE ÄRZTEZEITUNG & SWISS MEDICAL FORUM

Ausgabe 16
19. April 2023



10 Karriere für Frauen
Oben ankommen dank
Mentoring-Programmen

14 Unterassistenz
Über den Konkurrenzdruck
bei der Stellensuche

22 Geschäftsjahr 2022
Welche Meilensteine
die FMH erreicht hat

46 Oft unterschätzte Gefahr?
Aktueller Wissensstand zu
Chlamydien als Zoonoseerreger

Anzeige

Carmenthin® 
Pfefferminzöl WS® 1340 / Kümmelöl WS® 1520

Kassenzulässig (SL), ab 12 Jahren

 Schwabe
Pharma AG
From Nature. For Health.

Referenz und Fachinformation Carmenthin®: www.swissmedinfo.ch
Alle Referenzen können bei Schwabe Pharma angefordert werden. 03/2023



Schmerzen? 

Blähungen? 

Völlegefühl? 

Höher streben



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

In der Medizin haben nach wie vor die Männer das Sagen. Liegt der Anteil der Frauen auf Assistenzstufe noch bei 59,5%, sinkt er bis zu den Chefärztinnen auf 15,3%. Dies soll sich ändern, findet Marie-Claire Flynn, Oberärztin mbF am Kantonsspital St. Gallen. Sie hat das Programm «Aiming Higher» mitinitiiert. Dieses richtet sich an Assistenzärztinnen ab dem zweiten Assistenzjahr, die eine leitende Funktion oder eine akademische Laufbahn anvisieren. Sie stärken ihre Kompetenzen und bauen ein professionelles Netzwerk auf. Neben Workshops und Selbststudium besteht das Programm insbesondere aus einem zweijährigen Mentoring.

Auch für Männer ist Mentoring eine gute Sache. Bei «Coach my Career» etwa sind sie ebenfalls angesprochen, wenn sie sich im letzten Studienjahr oder in der Assistenzzeit befinden. Psychologin Levke Henningsen von der University of Exeter Business School ist überzeugt, dass insbesondere auch etwas zurückhaltendere Mitarbeitende sehr profitieren können von Programmen zur Karriereförderung. Lesen Sie den Beitrag von Adrian Ritter ab Seite 10.

Neue Höhen erreicht auch das SIWF, wie aus der Zusammenfassung des Geschäftsberichts von Monika Brodmann Maeder und Christoph

Hänggeli ab Seite 24 zu erfahren ist: Das Jahr 2022 schliesst mit einem Rekord-Umsatz von 11 Mio. Franken. Bereits mehr als die Hälfte aller Fachgesellschaften haben zusammen mit SIWF-Fachpersonen «Entrustable Professional Activities» entwickelt. Die «Teach the teachers»-Kurse stiessen auf grosses Interesse und wurden ausgebaut. Die sechs Bereiche der SIWF-Geschäftsstelle waren beschäftigt wie nie. Der Bereich «Diplome» etwa hat für die Titelkommission im vergangenen Jahr 1928 Facharzttitel erteilt – fast 200 Titel mehr als im letzten Rekordjahr 2015.

Auch in der Neurochirurgie ist man nicht untätig. Die Behandlung und die Klassifizierung von niedergradigen Gliomen haben sich in den letzten Jahren stark gewandelt. Entwicklungen in den Operationstechniken erlauben es heutzutage, diese häufigen Hirntumore früh und idealerweise maximal zu resezieren – sogar in funktionellen Arealen, die früher als inoperabel galten. Zudem werden immer mehr molekulare Marker entdeckt und man versteht die Tumorgenese besser. Dadurch steigt die Hoffnung auf patientenspezifische Therapien und sogar eine Heilung. Lesen Sie das Schlaglicht von Severina Leu, et al. ab Seite 50.

Inhaltsverzeichnis

3	Editorial von Magdalena Mühlemann Höher streben	28	FMH Aktuell Weshalb die IV-Rechtsprechung für die Ärzteschaft relevant ist
6	REDAKTIONELLE INHALTE	31	Personalien
6	News	33 ORGANISATIONEN	
6	Auf den Punkt «Der Status Quo funktioniert nicht»	33	FMCH FMCH erarbeitet Katalog für ärztliche Mehrleistungen
10	Coverstory Frauen auf dem Weg nach oben	36	ANQ Qualität aus Patientenperspektive
14	Hintergrund Konkurrenzkampf bei der Stellensuche	40	Vertreter der Universitären Psychiatrien Ist eine «hohe Inanspruchnahme» gleich Überversorgung?
18	Forum In memoriam: Veronika Fierz (1941–2023)	43 SWISS MEDICAL FORUM	
19	Forum Briefe an die Redaktion	44	Kurz und bündig von Lars C. Huber und Martin Krause
20	Mitteilungen	46	Übersichtsartikel Chlamydien als Zoonoseerreger
76	Wissen Scheinheilige Götter in Weiss	50	Medizinisches Schlaglicht Niedergradige Gliome – behandeln oder nicht behandeln?
80	Praxistipp Langeweile auf Rezept	52	Aktuell Leukopenie – eine seltene unerwünschte Arzneimittelwirkung unter Amitriptylin
82	Zu guter Letzt von Jean Martin Netto-Null in der Forschung?	55	Forum Briefe an die Redaktion
21	FMH	57	SERVICES
22	Leitartikel des Zentralvorstandes Engagierter und vielfältiger Einsatz für die Ärzteschaft	57	Stellenmarkt
24	SIWF 2022 – ein turbulentes Jahr für das SIWF	68	Seminare und Veranstaltungen
		70	FMH Services

Impressum

Schweizerische Ärztezeitung

Offizielles Organ der FMH, der Verbindung der Schweizer Ärztinnen und Ärzte
Kontakt: Tel. +41 (0)61 467 85 72, redaktion.saez@emh.ch, www.saez.ch

Redaktion: Eva Mell, Julia Rippstein, Rahel Gutmann, Sarah Bourdely, Gabriele Hellwig, Bahador Saberi, Christelle Grisnaux, Caroline Murphy (Redaktionsassistentin), Tamy Markowitsch (Schwerpunktredaktion).
Die Mitglieder des Advisory Boards finden Sie online unter www.saez.ch

ISSN: **Printversion:** 0036-7486 / elektronische Ausgabe: 1424-4004. Erscheint jeden Mittwoch

© FMH Die Schweizerische Ärztezeitung ist eine Open-Access-Publikation. Auf der Basis der Creative-Commons-Lizenz CC BY-NC-ND 4.0 «Namensnennung – Nicht kommerziell – Keine Bearbeitung 4.0 international» haben Nutzerinnen und Nutzer das Recht, das Werk zu vervielfältigen, zu verbreiten und öffentlich zugänglich zu machen. Der Name der Verfasserin / des Verfassers ist in jedem Fall klar auszuweisen. Die kommerzielle Nutzung ist nur mit ausdrücklicher vorgängiger Erlaubnis von EMH und auf der Basis einer schriftlichen Vereinbarung zulässig.

Swiss Medical Forum – Schweizerisches Medizin-Forum

Das Swiss Medical Forum ist das offizielle Weiter- und Fortbildungsorgan der FMH und eine offizielle Weiter- und Fortbildungszeitschrift der SGAIM. Es ist Mitglied des «Committee on Publication Ethics» (COPE) und ist gelistet im «Directory of Open Access Journals» (DOAJ), womit es die Vorgabe des SIWF an eine Zeitschrift mit Peer-Review erfüllt. Kontakt: Tel. +41 (0)61 467 85 58, office@medicalforum.ch, www.medicalforum.ch. Manuskripteinreichung online: www.manuscriptmanager.net/smf

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

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

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



printed in
switzerland

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Gestaltungskonzept: Agentur Guido Von Deschwanden

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

Fotos: Alle Fotos sind, sofern nicht anders angegeben, zur Verfügung gestellt. Titelbild: Denys Nevozhai / Unsplash

Im Fokus



10



14



76

Frauen auf dem Weg nach oben

Karriere Je höher die Position, desto weniger Frauen. Das gilt auch für Schweizer Spitäler. Neue Programme zur Karriereförderung sollen dies ändern. Das Ziel: den Anteil der Ärztinnen auf den oberen Hierarchiestufen erhöhen und Diskriminierungen verhindern. Aber wie sinnvoll sind Förderprogramme für Frauen tatsächlich?

Adrian Ritter

Konkurrenzkampf bei der Stellensuche

Unterassistenz In den beliebten Fächern sind Unterassistenzstellen für die nächsten drei Jahre ausgebucht. Medizinstudierende müssen sich deshalb schon für bestimmte Fachgebiete entscheiden, bevor sie diese in den Vorlesungen kennengelernt haben. Der Verband der Schweizer Medizinstudierenden swimsa fordert nun ein neues Vergabesystem.

Simon Maurer

Scheinheilige Götter in Weiss

Ärztliche Non-Compliance Sie rauchen, obwohl Sie Ihren Patientinnen und Patienten davon abraten? Sie können nicht aufs Dessert verzichten und treiben zu wenig Sport? Dann befinden Sie sich in guter Gesellschaft. Weshalb folgen Ärztinnen und Ärzte ihren eigenen Ratschlägen nicht?

Eberhard Wolff

Anzeige

 SGAIM SSMIG SSGIM

7. SGAIM Frühjahrskongress
10. – 12. 05. 2023 Congress Center Basel

Besuchen Sie uns an **Stand 57** – Wir freuen uns auf Sie



SWISS HEALTH WEB

Powered by:
EMH Media
SCHWEIZERISCHER ÄRZTEVERLAG
EDITIONS MEDICALES SUISSES



© Grandmaisonc / Dreamstime

«Nur» 42 statt 50 Stunden: Der vsao setzt sich für eine tiefere Wochenarbeitszeit für Ärztinnen und Ärzte in Weiterbildung ein.

Auf den Punkt

«Der Status Quo funktioniert nicht»

Arbeitszeit Schluss. Aus. Die Zürcher Sektion des Verbands Schweizerischer Assistenz- und Oberärztinnen und -ärzte (vsao) hat den Gesamtarbeitsvertrag mit dem Kanton auf Ende Jahr gekündigt. Grund sind die darin vorgesehenen 50 Wochenarbeitsstunden. Philipp Thüler, Leiter Politik und Kommunikation beim vsao Schweiz, über die Forderungen der neuen Ärztegeneration.

Interview: Rahel Gutmann

Philipp Thüler, der vsao Zürich hat den Gesamtarbeitsvertrag gekündigt. Die vorgesehenen 50 Wochenarbeitsstunden seien nicht zeitgemäss. Wieso wollen Assistenzärztinnen und -ärzte weniger arbeiten?

Als der Gesamtarbeitsvertrag vor 20 Jahren ausgehandelt wurde, waren die 50 Arbeitsstunden pro Woche eine Errungenschaft. Doch die Idee war schon damals, 42 Stunden für die Dienstleistung an Patientinnen und Patienten einzusetzen und die restliche Zeit für die Weiterbildung zu nutzen. In der Realität ist es

so, dass Ärztinnen und Ärzte in Weiterbildung im Schnitt fast 56 Stunden pro Woche arbeiten, wie eine vsao-Umfrage gezeigt hat [1]. Für die Weiterbildung bleibt so oft nicht mehr genügend Platz. Das ist auf Dauer ein unhaltbarer Zustand.

Welche Alternativen gibt es aus Sicht des vsao?

Wir setzen uns für das Modell der 42-plus-4-Stunden-Woche ein. Das bedeutet 42 Stunden Dienstleistung an Patientinnen und Patienten und 4 Stunden strukturierte Weiterbildung pro Woche. Es ist wichtig, dass diese Stunden separat geplant und erfasst werden. Denn Assistenzärztinnen und -ärzte haben Anrecht auf ihre Weiterbildung. Wenn jedoch von Anfang an mit 50 Wochenarbeitsstunden geplant wird, bleibt die strukturierte Weiterbildung auf der Strecke.



Philipp Thüler
Leiter Abteilung Politik und Kommunikation,
Zentralsekretariat des vsao

Ausgerechnet in Zeiten des Fachkräftemangels die Arbeitszeit verringern – ist das überhaupt realistisch?

Ja. Wir sind überzeugt, dass das umsetzbar ist. Der vsao Tessin hat im vergangenen Jahr einen Gesamtarbeitsvertrag mit den kantonalen Spitälern ausgehandelt, der genau das vorsieht: Ab 2025 wird die 42-plus-4-Stunden-Woche umgesetzt. Und am Institut für Intensivmedizin des Universitätsospitals Zürich läuft zurzeit ein Pilotprojekt mit einer 42-plus-4-Stunden-Woche. Anscheinend funktioniert das gut und hat bereits zu mehr Bewerbungen geführt. Es braucht diese Veränderungen – gerade wegen des Fachkräftemangels. Die Spitäler müssen ihre Arbeitsbedingungen zeitgemässer gestalten, um neue Mitarbeitende zu gewinnen.

Und der beste Weg dorthin sind kantonal geregelte Gesamtarbeitsverträge?

Nicht nur. Die Vertragsverhandlungen müssen natürlich in den Kantonen stattfinden. Aber wir arbeiten auch auf nationaler Ebene daraufhin, dass eine Sensibilisierung stattfindet und die Probleme wahrgenommen werden. Grundsätzlich anerkennen alle, dass der Status Quo auf Dauer nicht funktioniert. Eine Verbesserung der Situation ist aber nicht in Sicht. Deshalb wollen wir noch in diesem Sommer einen runden Tisch mit den relevanten Akteuren aus der Ärzteschaft, den Spitälern, den Krankenkassen, den Kantonen und dem Bund organisieren.

Was erhoffen Sie sich von diesem Austausch?

Dass wir konkrete Lösungen diskutieren. Momentan sind die Verzweiflung und der Frust gerade unter den jungen Ärztinnen und Ärzten gross – dem Gesundheitswesen drohen empfindliche Qualitätseinbussen, wenn es uns nicht gelingt, Lösungen auf den Weg zu bringen.

Welche Massnahmen schlägt der vsao vor?

Neben der 42-plus-4-Stunden-Woche muss auch der administrative Aufwand reduziert werden. Wir publizieren demnächst unser Handbuch «Medizin statt Bürokratie», in dem wir Wege aufzeigen, wie sich die Bürokratie in Spitälern reduzieren lässt. Und für die Einführung der 42-plus-4-Stunden-Woche bieten wir eine Dienstplanberatung an. Es gibt durchaus Möglichkeiten, wie die Arbeitsbedingungen verbessert werden können.

Der vsao Zürich klagte über den fehlenden Austausch mit den kantonalen Kliniken. Werden die Gesprächspartner überhaupt offen sein für Ihre Vorschläge?

Unsere Ankündigung, einen runden Tisch zu organisieren, ist durchaus positiv aufgenommen worden. Prinzipiell bin ich überzeugt, dass alle Seiten an Lösungen interessiert sind. Auch in Zürich ist die Sektion weiterhin an Gesprächen um Neuverhandlungen interessiert und hofft, bis zum 1. Januar 2024 einen neuen Gesamtarbeitsvertrag aushandeln zu können.



Literatur

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

Persönlich

Heinz L. Unger ist Stellvertretender Chefarzt in Liestal



© Kantonsspital Baselland

Dr. med.
Heinz L. Unger

KSBL Dr. med. Heinz L. Unger ist seit Anfang April Stellvertretender Chefarzt Altersmedizin und Leiter Akutgeriatrie am Kantonsspital Baselland (KSBL). Nach dem Studium an der Johannes-Gutenberg-Universität in Mainz verbrachte Unger seine Assistenzjahre am Landeskrankenhaus Weinsberg. Danach arbeitete er in verschiedenen Kliniken im Bereich Altersmedizin und Rehabilitation, unter anderem als Chefarzt des Geriatriischen Zentrums im Kreis Ahrweiler. Zuletzt war der Facharzt für Neurologie zehn Jahre als Chefarzt der Klinik für Akutgeriatrie und Frührehabilitation am Evangelischen Krankenhaus Kalk in Köln tätig.

Plastische Chirurgin neu bei Clinique de Valère



Dr. med. Giulia
Virginia Vottero

Clinique de Valère Dr. med. Giulia Virginia Vottero, Fachärztin für Plastische, Rekonstruktive und Ästhetische Chirurgie, arbeitet künftig mit der Clinique de Valère zusammen. Seit 2020 ist sie akkreditierte Plastische Chirurgin an der Clinique Générale Ste-Anne in Freiburg. Zudem praktiziert sie seit 2019 als Plastische Chirurgin in der Praxis TopDerma in Freiburg und in der Praxis Dermatologie. Von 2020 bis 2021 war sie als Plastische Chirurgin am Universitätskrankenhaus in Lüttich, Belgien, tätig. Bis 2006 studierte die Ärztin Medizin an der Universität Turin in Italien. Anschliessend absolvierte sie als Assistenzärztin mehrere Praktika am Kantonsspital Freiburg und am Universitätsspital Lausanne.

Neuer Stellvertretender Direktor bei Hirslanden Bern



Dr. med.
Thomas Bühler

Hirslanden Dr. med. Thomas Bühler ist seit dem 1. April Stellvertretender Direktor der Hirslanden Bern AG. Er übernimmt diese Funktion zusätzlich zu seiner Funktion als Leiter des Bereichs Medizinisches System, die er seit Januar 2022 inne hat. Der 45-Jährige studierte Medizin an der Universität Basel. Ausserdem hat er einen Executive Master in Business Administration und einen CAS in Medizinrecht. Die klinische Weiterbildung absolvierte der Facharzt für Chirurgie in Basel, Liestal, Olten und Solothurn. Er war Leitender Arzt Notfallstation am Bürgerspital Solothurn, bevor er 2018 zum Eidgenössischen Departement für Verteidigung, Bevölkerungsschutz und Sport wechselte.

Aus der Wissenschaft

Entwicklung von Metastasen mit 3D sehen

Eierstockkrebs Ein 3D-Modell, um die Ausbreitung von Eierstock- und Bauchfellkrebs besser zu verstehen: Das hat ein Team des Adolphe Merkle Instituts, eines unabhängigen Kompetenzzentrums der Universität Freiburg, in Zusammenarbeit mit weiteren Schweizer Institutionen entwickelt. Diese Krebsarten werden oft in einem fortgeschrittenen Stadium diagnostiziert, was die Überlebenschancen verringert. Das Modell besteht aus einem mehrzelligen menschlichen Omentum, der Membran, die die Bauchorgane umhüllt und zu der die Metastasen dieser Krebsarten häufig hinwandern. Es umfasst Mesothelzellen, Fibroblasten, Makrophagen, Adipozyten und Endothelzellen und kommt der lokalen Gewebeterogenität des menschlichen Omentum majus in vivo näher als bisherige Modelle. Das hat ermöglicht, einen Zellatlas des menschlichen Omentum majus zu erstellen, die Mechanismen zu identifizieren, die die Ausbreitung von Krebszellen in das Omentum begünstigen, und molekulare Informationen auf Einzelzellebene zu generieren. Ein Schritt auf dem Weg zu personalisierten Therapien.

doi.org/10.1016/j.biomaterials.2023.121996

Postoperative Infekte wegen Darmbakterien

Wundinfektion Häufig sind Darmbakterien an Infektionen nach Eingriffen schuld. Das fanden Forschende der Universität Bern und der Universität Würzburg heraus. Auch ohne Verletzung des Darms überwinden diese Erreger postoperativ die Darmbarriere und verbreiten sich über die Blut- und Lymphbahnen im ganzen Körper. Wie die in Cell Reports erschienene Studie zeigt, könnte die Lösung des Problems aus der Leber kommen: Im Mausmodell sahen die Forschenden, dass die «Innate Lymphoid Cells» (ILCs), die als Teil des Immunsystems in der Leber ansässig sind, zum Einsatz kommen, wenn Bakterien aus dem Darm in die Leber gelangen. Sie setzen spezielle Botenstoffe wie das Protein Interleukin 22 frei, um eine Immunreaktion auszulösen und zu regulieren. Deshalb sei es sinnvoll, die Immunität prophylaktisch zu stärken, um Infekten vorzubeugen. Als nächstes wollen die Forschenden nun verstehen, welche Faktoren es den Darmbakterien ermöglichen, die Darmbarriere zu überwinden.

doi.org/10.1016/j.celrep.2023.112269

Vermischtes

Widerstand gegen Gebührenerhöhung beim Numerus clausus



© Alb110 / Dreamstime

Mehrkosten: Während der Pandemie mussten Messehallen für den Test gemietet werden.

Chancengleichheit Höhere Kosten fördern Ungleichheit: Die Schweizerische Hochschulkommission (HSK) hat die Kosten für den Eignungstest für das Medizinstudium (EMS) – besser bekannt als Numerus clausus – von 200 auf 300 Franken angehoben. Dagegen wehren sich Studierendenorganisationen so wie die Gewerkschaft Schweizerischer Verband des Personals öffentlicher Dienste (VPOD). Höhere Gebühren würden zu einer Benachteiligung von finanziell schlechter gestellten Schülerinnen und Schülern führen. Die HSK begründet ihren Entscheid unter anderem mit der Corona-Pandemie: Um die Sicherheit der Teilnehmenden zu gewährleisten, mussten für die Durchführung der Prüfungen Messehallen gemietet werden. Aus Sicht des Ver-

eins NCWiki, der sich für den Ausgleich von finanziellen Nachteilen im Medizinstudium einsetzt, des Verbands der Schweizerischen Assistenz- und Oberärztinnen und -ärzte sowie des VPOD könnten die Tests jedoch problemlos wieder in kostenlosen universitären Räumlichkeiten stattfinden. Wie die jährlichen Auswertungen des Zentrums für Testdiagnostik zeige, habe die Wahl des Prüfungsorts keinen Einfluss auf die EMS-Punktedifferenz – weder während der Pandemie (2020–2022) noch in den Jahren davor. Sollte die Gebührenerhöhung nicht kurzfristig rückgängig gemacht werden, fordern die Organisationen, dass eine unkomplizierte Lösung geschaffen wird, um finanziell Benachteiligten die Teilnahme am EMS zu ermöglichen.

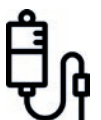
In Zahlen

Einnahme von Antibiotika



Im Jahr 2022 betrug der Anteil der Personen, die in den vorangehenden **zwölf Monaten** Antibiotika eingenommen hatten, **19%**, gegenüber **25%** im Jahr 2016. Dies gemäss einer Umfrage, die DemoSCOPE im Auftrag des BAG durchgeführt hat.

Antibiotika wurden am häufigsten von **55- bis 64-Jährigen (26%)** und **15- bis 24-Jährigen (21%)** eingenommen. Bei **17%** der Befragten im Jahr 2022 war der Grund ein chirurgischer Eingriff.



Das Wissen zur Dauer der Einnahme variiert. **44%** fanden, dass sie beendet werden sollte, wenn alle Antibiotika wie verschrieben eingenommen wurden. **17%** gaben an, dass sie nach **4 bis 14 Tagen** beendet werden sollte, und **11%**, sobald man sich besser fühlt.

© Choi Young Taeg / Dreamstime

Kopf der Woche

Eine Hausarztpraxis nur für Flüchtlinge



© Erich Häsel

Dr. med. Jörg Allmendinger

Kanton Glarus Mehr als 340 Personen mit Schutzstatus S bei einer Bevölkerung von 40 000 Menschen: In Glarus ist die Asylsituation angespannt. In dem kleinen Kanton arbeiten die Hausärzte und -ärztinnen bereits an der Grenze ihrer Kapazitäten. Um eine flächendeckende Versorgung der zahlreichen ukrainischen Flüchtlinge zu gewährleisten, hatte der Kantonsarzt, Dr. med. Jörg Allmendinger die Idee, eine neue Hausarztpraxis ins Leben zu rufen: «Die grenzsanitären Untersuchungen zeigten, dass die Flüchtlinge aus der Ukraine oftmals eine medizinische Betreuung benötigten. Die niedergelassenen Ärzte waren daran interessiert, sie zu betreuen, konnten dies aber aufgrund ihrer Überlastung nicht tun. Wir mussten also eine Lösung finden, um die Kollegen zu entlasten und gleichzeitig diese Flüchtlinge zu versorgen», erklärt er.

Nach einigen Unsicherheiten bezüglich der Infrastruktur und des Personals haben die Sprechstunden vor Ostern angefangen. Sie werden von einem pensionierten Arzt aus Glarus geleitet. Unterstützt wird er von einer medizinischen Praxisassistentin. Die Praxis ist an einem Tag pro Woche geöffnet. Zur Verfügung gestellt werden die Räumlichkeiten zu den branchenüblichen Konditionen von einem

anderen pensionierten Glarner Arzt. «Es war nicht einfach, die Person und den Ort zu finden. Die Anzahl Patienten ist für eine Praxis nicht rentabel. Der Hausarzt, der die Sprechstunden führt, wird über die Einnahmen der obligatorischen Krankenpflegeversicherung entgolten.» Der Kanton hilft mit 45 Franken pro Stunde, die für die MPA bestimmt sind.

«Es geht darum, den Flüchtlingen eine vollumfängliche hausärztliche Betreuung anzubieten» sagt Jörg Allmendinger. So haben die Flüchtlinge von Anfang an eine Ansprechperson. Hat beispielsweise jemand eine chronische Krankheit und gibt das im Fragebogen bei der Einreise an, kann der Hausarzt darauf eingehen. Bei allen Konsultationen ist eine Dolmetscherin anwesend, die von der Asylbetreuung finanziert wird.

Jörg Allmendinger freut sich über die gefundene Lösung: «Es ist spannend, konkret etwas bewegen zu können.» Der Deutsche, der 2002 in die Schweiz kam, ist seit Mai 2021 Kantonsarzt. Ein «unerwarteter Glücksfall», sagt der Facharzt für Orthopädie und Unfallchirurgie. «Ich wollte mich gerade selbstständig machen, als ich auf das Inserat stiess.» Eine Planänderung, die er keineswegs bereut.

Aufgefallen



Kunst Eine Explosion von Formen und Farben: Martin Baumann filmt seit zwei Jahren, wie sich Medikamente im Wasser auflösen. Der Mensch und seine Gesundheit stünden im Zentrum seiner Arbeit, erklärt der Zürcher Künstler. Seine Aufnahmen werden bis Herbst 2023 in der Rhyality Immersive Art Hall in Neuhausen (SH) ausgestellt. Die Installation bietet mit 24 Beamern und fast 100 Lautsprechern ein immersives Erlebnis.

Frauen auf dem Weg nach oben

Karriere Je höher die Position, desto weniger Frauen. Das gilt auch für Schweizer Spitäler. Neue Programme zur Karriereförderung sollen dies ändern. Das Ziel: den Anteil der Ärztinnen auf den oberen Hierarchiestufen erhöhen und Diskriminierungen verhindern. Aber wie sinnvoll sind Förderprogramme für Frauen tatsächlich?

Adrian Ritter

Sind Sie in einer Beziehung und wollen Sie Kinder?» Mit solch einer Frage wurde Dr. med. Chantal Pfiffner bei einem Vorstellungsgespräch konfrontiert. «Dies zu fragen ist unzulässig – und geschieht Männern wohl kaum je», sagt die damalige Assistenzärztin und heutige Oberärztin am Kantonsspital St. Gallen.

Die 32-Jährige ist kein Einzelfall. Frauen erleben in der Medizin häufiger offene und subtile Diskriminierungen als Männer und sind – wie in vielen Wirtschaftszweigen – auf der Führungsebene immer noch unterrepräsentiert. Während der Anteil Assistenzärztinnen noch bei 59,5% liegt, sinkt er bis zu den Chefärztinnen auf 15,3% [1].

Frauen erleben in der Medizin häufiger offene und subtile Diskriminierungen als Männer.

Genau darum braucht es Programme zur Karriereförderung für Frauen, ist Dr. med. Marie-Claire Flynn überzeugt. Die Oberärztin mbF am Kantonsspital St. Gallen hat das Programm Aiming Higher mitinitiiert (siehe Infokasten zu Aiming Higher). «Wir verlieren die Frauen auf dem Weg

nach oben. Dies ist wegen des Fachkräftemangels verhängnisvoll, aber auch, weil das Studium eine wertvolle Investition ist», sagt Flynn. Die Gründe dafür sieht sie in einer traditionell männlich geprägten Medizin – von tief verinnerlichten Rollenbildern bis zu langen Arbeitszeiten, welche

Aiming Higher richtet sich an Assistenzärztinnen

Aiming Higher ist ein Programm zur Karriereförderung von Frauen in der Medizin. Es will insbesondere helfen, Kompetenzen zu stärken und ein professionelles Netzwerk aufzubauen. Die Universität St. Gallen bietet das Programm in Kooperation mit sechs Spitälern sowie dem vsao Zürich und dem Verband «medical women switzerland» seit 2022 an. Es richtet sich an Assistenzärztinnen ab dem zweiten Assistenzjahr, die ihre berufliche Zukunft aktiv gestalten und eine leitende Funktion oder eine akademische Laufbahn in Betracht ziehen. Neben Workshops und Selbststudium im Umfang von rund fünf Tagen besteht der Kern des Programms aus einem zweijährigen Mentoring.



© Photobac / Dreamstime

Der Weg nach oben kann sehr anstrengend sein. Diese Erfahrung müssen auch Frauen in der Medizin immer noch oft machen.

die Kinderbetreuung zum Problem machen – und zwar für Mütter wie Väter.

Als Chantal Pfiffner von dem Karriereprogramm hörte, war ihr schnell klar: «Da mache ich mit, das ist eine gute Gelegenheit, mich mit meiner Karriereplanung gezielt auseinanderzusetzen und meine Kompetenzen zu stärken.» Sie meldete sich für die Teilnahme an, denn sie wusste, dass sie später gerne eine führende Funktion in einem Spital ausüben möchte. Aber sie kannte auch die Statistik: Dass Ärztinnen nämlich selten in Spitzenpositionen anzutreffen sind. Wenig hilfreich fand sie auch, dass im Medizinstudium Genderaspekte kaum thematisiert wurden, aber mehrere Dozierende den Studentinnen nebenbei rieten, besser während des Studiums schon Mutter zu werden – das lasse sich nachher als Ärztin kaum mehr mit dem Beruf vereinbaren.

Echte Gleichstellung gewünscht

Für Chantal Pfiffner haben es Frauen insbesondere wegen gesellschaftlicher Vorstellungen schwerer, beruflich nach oben zu kommen. «Noch immer geht man zum Beispiel mehrheitlich davon aus: Wenn ein Paar ein Kind bekommt, ist es die Mutter, welche die berufliche Tätigkeit zurückstellt. Dabei sind Kinder eine gemeinsame Aufgabe und immer mehr Männer möchten gleichberechtigt an der Betreuung teilhaben.»

«Das Karriereprogramm kann Frauen wie Männer dazu motivieren, Veränderungen zu wagen.»

Dr. med. Marie-Claire Flynn
Mitinitiatorin von Aiming Higher

Auch die Aiming-Higher-Mitinitiatorin Marie-Claire Flynn ist überzeugt: «Wir brauchen echte Gleichstellung, indem auch Männer Teilzeit arbeiten und ein krankes Kind zuhause betreuen dürfen.» So setzt ihr Karriereprogramm bewusst auch auf Männer als Mentoren für die Teilnehmerinnen. Denn diese sollen einbezogen werden beim Netzwerken und der Sensibilisierung der Gesellschaft. Flynn: «Aiming Higher kann die strukturellen Hindernisse nicht direkt verändern. Aber das Programm kann Frauen wie Männer dazu motivieren, Veränderungen zu wagen.»

Ähnliche Themen

Während sich Aiming Higher und andere Programme (siehe Kasten «Angebote zur Karriereunterstützung») spezifisch an Frauen richten, gibt es auch Angebote für Männer und Frauen. Dazu gehört etwa «Coach my Career», 2018 gegründet von der Verbindung der Schweizer Ärztinnen und Ärzte (FMH), dem Verein der Leitenden Spitalärztinnen und -ärzte der Schweiz (VLSS), dem Verband Schweizerischer Assistenz- und Oberärztinnen und -ärzte (vsao), dem Berufsverband der Haus- und Kinderärzte Schweiz (mfe) und der Swiss Medical Students' Association (swimsa). Das Mentoringprogramm richtet sich an Medizinstudierende im letzten Studienjahr sowie junge Assistenz- und Oberärztinnen und -ärzte. Erfahrene, teils pensionierte Ärztinnen und Ärzte bieten Beratung an, wobei das Mentoring meist die

Form eines einmaligen Treffens hat, um sich bei konkreten Fragestellungen zur Berufs- und Fachwahl oder dem Vorgehen bei Bewerbungen unterstützen zu lassen. Ein Mentee trifft sich dabei immer mit zwei Mentorinnen oder Mentoren. Dabei versucht man, weiblichen Mentees immer mindestens einen weiblichen Coach zu vermitteln.

Es gibt auch ein Mentoringprogramm für Medizinstudierende im letzten Studienjahr.

«In der Vergangenheit haben sich Frauen im Rahmen des Mentorings häufiger als Männer mit Themen wie Doppelbelastung, Familienplanung und Work-Life-Balance auseinandergesetzt», sagt Nora Bienz, Vizepräsidentin des vsao Schweiz, der Mitträger von «Coach my Career» ist: «Inzwischen wird das aber von den männlichen Mentees im selben Ausmass thematisiert.»

Rund 200 Personen haben «Coach my Career» bisher in Anspruch genommen – rund 60 Männer und 140 Frauen. Haben Frauen somit mehr Bedarf an Unterstützung bei ihrer Karriere? Nora Bienz relativiert: «Der Frauenanteil liegt in unserem Programm mit 70% nicht viel höher als bei den Medizinstudierenden mit etwa 61%.»

Auch Männer brauchen Vorbilder

Trotzdem stellt sich die Frage: Brauchen Männer überhaupt Karriereförderung, wenn sie ohnehin übervertreten sind in Kaderpositionen? Für Levke Henningsen ist die Antwort klar: Ja. Die Psychologin forscht und lehrt unter anderem zu Fragen von Gender und Karriere. Bis 2022 war sie an der Universität Zürich tätig, seither an der University of Exeter Business School. Henningsen ist überzeugt: «Programme zur Karriereförderung helfen Mitarbeitenden unabhängig von ihrem Geschlecht, ihre Führungsfähigkeit zu verbessern und ihr Wissen zu erweitern. So können insbesondere auch Mitarbeitende unterstützt werden, die zurückhaltender sind und mehr Mühe hätten, eigenständig beispielsweise einen Mentor oder eine Mentorin zu finden.»

Frauen reden in gemischtgeschlechtlichen Gruppen weniger offen über ihre Probleme.

Trotzdem sei eine speziell auf Frauen ausgerichtete Karriereförderung wichtig, so Henningsen. Nicht zuletzt habe die Coronapandemie zusätzliche Veränderungen zuungunsten der Frauen mit sich gebracht. «Frauen verloren im Vergleich zu Männern häufiger den Job oder reduzierten ihre Arbeitszeit, um bei der Kinderbetreuung oder im Haushalt mehr Verantwortung zu übernehmen», sagt Henningsen.

Mentoring spiele bei der Karriereförderung eine wichtige Rolle. «Es kann auf jeder Stufe der Laufbahn helfen, das Gefühl von Isolierung oder Orientierungslosigkeit zu vermeiden», sagt Henningsen. Gerade in frühen Phasen der Karriere erhielten Frauen gemäss Studien aber seltener formale Mentoring-Angebote als Männer – obwohl Frauen

solche Angebote durchaus als wichtig für ihre berufliche Entwicklung betrachten.

Geschützter Rahmen

Ob für Frauen ein Mentor oder aber eine Mentorin hilfreicher ist, dazu gibt es aus der Forschung keine klare Antwort. Eine Studie [2] zu Mentoring spezifisch in der Medizin weist allerdings darauf hin, dass Mentorinnen für Frauen besser geeignet sind, um die Vereinbarkeit von Beruf und Familie zu diskutieren. Eine Befragung von 3000 Frauen in den USA im Rahmen der KPMG Women's Leadership Study [3] ergab zudem, dass Frauen eher bereit sind, ausschliesslich mit anderen Frauen über berufliche Herausforderungen zu sprechen als in gemischtgeschlechtlichen Gruppen. Zwei Drittel der befragten Frauen gaben an, die wichtigsten Lektionen in Leadership von anderen Frauen gelernt zu haben.

Ob für Frauen ein Mentor oder aber eine Mentorin hilfreicher ist, dazu gibt es aus der Forschung keine klare Antwort.

Offener Austausch

Dasselbe Bild zeigen gemäss Marie-Claire Flynn die Erfahrungen der Universität St.Gallen mit Frauenförderung in anderen Wirtschaftszweigen: Frauen tauschen sich in gemischtgeschlechtlichen Gruppen weniger offen über ihre Wünsche und Probleme aus.

Für Aiming-Higher-Teilnehmerin Chantal Pfiffner war die Ausrichtung ausschliesslich auf Frauen kein Kriterium für die Teilnahme: «Aber es hat sich als Vorteil erwiesen, mich mal nur mit Frauen austauschen zu können.» Besonders bereichernd sei die Vielfalt der Teilnehmerinnen – Frauen aus verschiedenen medizinischen Fachrichtungen, mit und ohne Kinder und mit unterschiedlichen Karrierezielen.

Gleichzeitig ist für Pfiffner aber klar: «In der praktischen Arbeit bringen geschlechtergemischte Teams die besten Resultate – das zeigen auch Studien [4].» Was aber braucht es aus ihrer Sicht, um dem Ziel einer ausgeglichenen Geschlechterverteilung auf höheren Hierarchiestufen näherzukommen? Chantal Pfiffner sieht insbesondere folgende Rahmenbedingungen als nötig an: inspirierende Vorbilder, Netzwerke, flexible Arbeitspensen für Frauen

Die Coronapandemie brachte zusätzliche Veränderungen zuungunsten der Frauen mit sich.

und Männer und eine individuell gestaltbare Elternzeit statt vordefinierter Mutterschafts- und Vaterschaftsurlaube. All das helfe auch, dass Frauen erst gar nicht aussteigen und dann den Wiedereinstieg in den Beruf nicht mehr finden würden. Voraussetzung für eine solche Entwicklung sei aber auch ein gesellschaftliches Umdenken. Kommende

Angebote zur Karriereunterstützung – eine Auswahl

Aiming Higher: Programm zur Karriereförderung, das Angebot der Universität St.Gallen richtet sich spezifisch an Frauen

es.unisg.ch/de/weiterbildung/aiming-higher-karriereentwicklung-fuer-assistenzaeztinnen/

Mentoring for Women: Mentoring-Programm der Medizinischen Fakultät der Universität Bern und des Nationalen Forschungsschwerpunkts TransCure (Schwerpunkt akademische Karriere)

www.medizin.unibe.ch/ueber_uns/gleichstellung/index_ger.html

Coach my Career: Individuelles Mentoring mit erfahrenen Ärztinnen und Ärzten, auch Einzelsitzungen

www.fmh.ch/dienstleistungen/stationaere-tarife/coach-my-career.cfm

Filling the Gap: Laufbahnförderprogramm der Medizinischen Fakultät der Universität Zürich. Wichtiges Ziel ist es, die Zahl der Professorinnen und Frauen in akademischen Leitungsgremien zu erhöhen.

www.med.uzh.ch/de/Nachwuchsfoerderung/fillingthe-gap.html

Weitere Links:

[medical women switzerland](http://medicalwomen.switzerland)

medicalwomen.ch/

Häufig gestellte Fragen rund um den Berufseinstieg:

www.vlss.ch/karriere/faq

Generationen müssten sich Sprüche wie «Sie studieren Medizin? Frauen in der Medizin bringen doch nichts. Sie kosten nur und fallen früher oder später aus» dann hoffentlich nicht mehr anhören.



Literatur

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



© Austrian National / Unsplash

Der grosse Konkurrenzdruck um die Unterassistentenstellen setzt viele Medizinstudierende unter Stress.

Konkurrenzkampf bei der Stellensuche

Unterassistentenz In den beliebten Fächern sind Unterassistentenstellen für die nächsten drei Jahre ausgebucht. Medizinstudierende müssen sich deshalb schon für bestimmte Fachgebiete entscheiden, bevor sie diese in den Vorlesungen kennengelernt haben. Der Verband der Schweizer Medizinstudierenden swimsa fordert nun ein neues Vergabesystem.

Simon Maurer

Wer auf die Pädiatrie will, muss mit der Stellensuche beginnen, wenn die Karriere noch in den Kinderschuhen steckt. Denn die Unterassistentstellen sind auf Jahre hinaus vergeben. Interessierte Studierende müssen derzeit im zweiten Studienjahr mit dem Verschicken von Bewerbungen beginnen, wenn sie sich alle Optionen offenhalten wollen. So sind beispielsweise am Universitäts-Kinderspital beider Basel die Stellen in der klassischen Pädiatrie, Kinderchirurgie und Kinderorthopädie bis ins Jahr 2026 praktisch restlos vergeben. Gleich präsentiert sich die Situation am Kinderspital in Zürich.

Laut swimsa fühlen sich 66% der Studierenden im zweiten Jahr aufgrund der Stellensuche gestresst.

Doch es sind nicht nur die beliebtesten Fachgebiete wie Dermatologie, Ophthalmologie oder Neurochirurgie, die vielerorts auf mehrere Jahre hin ausgebucht sind. Sondern auch ganz allgemein Stellen an den grösseren Unispitälern, die sich besonderer Beliebtheit erfreuen. Eine aktuelle nationale Umfrage des Studierendenverbandes swimsa bei seinen Mitgliedern zeigt, dass sich im ersten Studienjahr bereits jeder dritte Student beziehungsweise Studentin wegen der Unterassistentstellensuche unter Druck gesetzt fühlt. Im zweiten Jahr seien sogar 66% der Medizinstudierenden deswegen gestresst.

Der grosse Konkurrenzdruck um die Unterassistentstellen entsteht nicht etwa wegen einer zu grossen Zahl von Medizinstudierenden aus der Schweiz, sondern am grossen ausländischen Interesse an der hiesigen Ausbildung.

Ärger wegen System deutscher Unis

Besonders deutsche Studierende entscheiden sich gerne für eine sogenannte Famulatur oder ein PJ-Tertial (4-Monate-Wahlstudienjahr) in der Schweiz. Das hat gleich mehrere Gründe: So ist zum einen die Bezahlung viel besser. In der Schweiz erhalten Unterassistenten in der Regel zwischen 1000 und 2000 Franken pro Monat. Währenddessen ist der Lohn in Deutschland mit durchschnittlich 200 bis 400 Euro pro Monat deutlich tiefer oder es gibt gar keine Entlohnung.

Zudem gelten die Chefärztinnen und Chefärzte in der Schweiz als umgänglicher, weil die Hierarchien flacher sind. Dazu kommt, dass Unterassistenten in der Schweiz eher bei Operationen mithelfen und mehr Aufgaben in Eigenverantwortung erledigen dürfen – was nach fünf Jahren theoretischer Medizin sehr attraktiv ist. Es erstaunt deshalb nicht, dass laut Ärztestatistik der FMH [1] rund 20% der in der Schweiz arbeitenden Ärztinnen und Ärzte ein Diplom aus Deutschland haben. Und dass fast alle Schweizer Spitäler auf ihren Website Informationen zu Famulaturen führen, obwohl es diese Art von Praktika an Schweizer Universitäten gar nicht gibt.

Die Inkompatibilität des deutschen und schweizerischen Ausbildungssystems wird zum Problem. In Deutschland dürfen Studierende nur ein einziges Fachgebiet selbst wählen. Sie müssen in diesem Fach gleich vier Monate am Stück verbringen, damit es anerkannt wird. In der Schweiz ist es

dagegen üblich, viel mehr Fachgebiete kennen zu lernen und besonders die «kleinen Fächer» für maximal ein bis zwei Monate zu absolvieren. Kommt also eine deutsche Studentin in die Schweiz für eine Unterassistentenstelle in der Urologie, besetzt sie Stellen für bis zu vier Schweizer Studierende.

Der Kampf um die besten Stellen beschneidet die Wahlfreiheit der Schweizer Studierenden und birgt Probleme für die Spitäler.

Der Kampf um die besten Stellen beschneidet nicht nur die Wahlfreiheit der Schweizer Studierenden, sondern bringt auch für die Spitäler Probleme mit sich. Der Mangel an Ausbildungsplätzen in bestimmten Fachgebieten hat nämlich dazu geführt, dass viele Schweizer Studierende sich auf die raren Plätze bewerben, ohne dass sie ein spezielles Interesse an einem Fach haben. Weil die Stelle auf der Neurochirurgie gesucht ist, reserviert man sich schon am Ende des ersten Studienjahres einen Platz dort – noch bevor man Anatomie hatte und einschätzen kann, ob das Fach überhaupt interessiert. Laut der Umfrage des Medizinistudentenverbandes swimsa haben sich im vergangenen Jahr tatsächlich mehr als 40% der Medizinstudierenden für eine Stelle in einem Fach beworben, das sie noch gar nicht kennen.

Das Problem dabei: Kurz vor Stellenantritt werden viele dieser Stellen doch noch abgesagt und mit einem Fach ersetzt, das in dem Moment mehr interessiert. Für die Spitäler bedeutet das eine Unsicherheit bei der Planung. «Das ist auch bei uns ein Problem», erklärt Philipp Lutz, Pressesprecher des Kantonsspitals St. Gallen. Dort werden aktuell 70 Unterassistentenstellen an 20 Kliniken angeboten. Selbst bei dieser grossen Zahl an Stellen sind die Absagen problematisch. «Sie führen zu planerischen Engpässen, die für die Stationsärzte zu Mehrarbeit führen. Eine Lösung des Problems ist unseres Erachtens schwierig», erklärt Lutz. Die Spitäler in der ganzen Schweiz gehen das Problem mit unterschiedlichsten Massnahmen an.

In der Ostschweiz ist der Kampf um die Ausbildungsplätze mittlerweile sogar zum Politikum geworden.

Lösung Inländervorrang?

In der Ostschweiz ist der Kampf um die Ausbildungsplätze mittlerweile sogar zum Politikum geworden. Nach einer Interpellation der Mitte-Fraktion zum Thema gab die Kantonsregierung in einer Antwort bekannt: «Bewerbungen von Studierenden an Schweizer Universitäten werden bevorzugt behandelt.» Doch das scheint das Problem nicht lösen zu können, wie ein Blick auf das Bewerbungsportal des St. Galler Kantonsspitals zeigt. Auch für das kommende Jahr 2024 ist die grosse Mehrheit der Stellen bereits besetzt.

Die St. Galler Regierung fordert deshalb von den Studierenden «eine gewisse Flexibilität, was den gewünschten Zeitraum und die gewünschte Fachrichtung betrifft». Gleichzeitig sagt sie aber auch: «Falls noch mehr Bewerbungen eintreffen sollten, würden für Studierende von Schweizer Universitäten in Absprache mit den Chefärztinnen und Chefarzten zusätzliche Stellen geschaffen.»

In der Zentralschweiz werden gewisse Plätze nur für bestimmte Schweizer Universitäten reserviert. So bietet zum Beispiel das Luzerner Kantonsspital auf der Hämatologie nur einen Ausbildungsplatz an, dieser ist in erster Linie für Studierende der Universität Bern gedacht. Mediensprecher Linus Estermann erklärt: «Die Medizinstudierenden aus der Schweiz suchen erfahrungsgemäss eher kurzfristig nach Stellen, jene aus Deutschland planen ihre Ausbildung in der Regel langfristiger. Das Luzerner Kantonsspital ist sich dieser Tatsache bewusst und versucht entsprechend, das bei der Vergabe zu berücksichtigen.»

Am Berner Inselspital ist die Situation von Fachgebiet zu Fachgebiet ebenfalls unterschiedlich. Die Viszeralchirurgie beispielsweise begrüsst auf der Website ausdrücklich Bewerbungen von inländischen und ausländischen Studierenden. Die Anästhesie an der Insel schreibt dagegen, dass die Vergabe der Plätze an externe Studierende erst nach Berücksichtigung der Berner Studierendenschaft erfolgt.

In der Zentralschweiz werden gewisse Plätze nur für bestimmte Schweizer Universitäten reserviert.

Ganz anders läuft es in der Romandie: Dort sind die Universitäten für die Zuteilung zu einem «stage» im sechsten Studienjahr zuständig. Sie führen eine Liste mit allen Fachgebieten und Stellen, aus denen die Studierenden ihre Favoriten auswählen können. Interessierte müssen sich bei einem Onlineportal [2] registrieren und dort ihre Präferenzen fürs kommende Jahr wählen. Die Fakultäten teilen dann die vorhandenen Plätze den Studierenden zu. Die eigens ausgebildeten Studierende haben damit einen Ausbildungsplatz sicher.

Eigene Lösung der Studierenden

Die individuellen Massnahmen der Spitäler konnten den Trend zu immer früher nötigen Bewerbungen bisher nicht stoppen. Deshalb hat nun der Verband swimsa in einem Massnahmenpapier die Idee für ein neues System lanciert. Wie eine Mitgliederbefragung unter fast 1000 Studierenden zeigte, unterstützen mehr als 90% der angehenden Medizinerinnen und Mediziner die Forderung, dass Stellen maximal ein Jahr vor Antritt ausgeschrieben werden sollen. So könne eine grössere Fairness bei der Platzvergabe sichergestellt und das Problem der doppelt gebuchten Stellen minimiert werden.

Ausserdem fordert die swimsa die Einführung eines Herbst- und Frühlings-Bewerbungsfensters, das für alle Schweizer Spitäler gültig sein soll. Der Vorschlag des Verbandes sieht vor, dass die Studierenden sich künftig jeweils ab dem 1. März und 1. September für die Unterassistentenstellen

len im Frühlings-, beziehungsweise Herbstsemester des Folgejahrs bewerben können sollen. Vorher würden die Stellen weder ausgeschrieben noch zugeteilt.

Die swimsa fordert unter anderem die Einführung eines Herbst- und Frühlings-Bewerbungsfensters.

Die Pläne der swimsa werden von den lokalen Fachschaften aller Schweizer Universitäten unterstützt und wurden Mitte März auch der Schweizerischen Medizinischen Interfakultätskommission vorgestellt. Ganz wenige Abteilungen wie die Innere Medizin des Luzerner Kantonsspitals praktizieren genau dieses System schon heute mit Erfolg. Doch die Implementation auf nationaler Ebene gestaltet sich schwierig, weil heute jedes Spital selbst die Vergabe der Unterassistentenstellen verantwortet. Der Studierendenverband appelliert deshalb nun an die Spitäler, ihre Stellenvergabepraxis anhand seines Vorschlags zu ändern.

Ob der nationale Systemwechsel in den nächsten Jahren gelingt und eine Entspannung auf dem Stellenmarkt erreicht werden kann, hängt aber vor allem vom Veränderungswillen der Chefärztinnen und Chefarzte in den einzelnen Spitälern ab. Schliesslich sind es immer noch sie, die über die Einstellungspraxis bei den Unterassistentenstellen entscheiden.



Literatur

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

Nachgefragt beim vsao

Über die Job-Situation bei Assistenzärztinnen und -ärzten

Nora Bienz, sind in der Schweiz heute genügend Assistenzarztstellen vorhanden?

Prinzipiell ja, einzelne kleine Kliniken bekunden sogar Mühe, die Stellen zu besetzen. Allerdings gibt es einzelne Fachrichtungen, bei denen die Nachfrage nach Assistenzarztstellen grösser ist als das Angebot.

Mehr als 40% der Spitalärztinnen und -ärzte in der Schweiz stammen aus dem Ausland. Spüren Schweizer Ärztinnen dadurch einen gewissen Konkurrenzdruck?

Weil in der Schweiz zu wenige Medizinerinnen und Mediziner ausgebildet werden, sind die im Ausland ausgebildeten Ärzte aus der Gesundheitsversorgung momentan nicht wegzudenken. Eine Konkurrenzsituation kann sich in den operativen Fächern ergeben, in welchen es gilt, gewisse Fertigkeiten zu erwerben und eine bestimmte Anzahl Eingriffe durchzuführen.

Braucht es einen Inländervorrang bei der Besetzung von Assistenzarztstellen?

Ja und nein. Wie gesagt, es gibt zurzeit nicht zu wenige Assistenzarztstellen, sondern eher zu wenige Assistenzärztinnen und zu wenige Medizinstudienabgänger. Um einen drohenden Ärztemangel zu verhindern, müssen eher mehr Medizinerinnen und Mediziner in der Schweiz ausgebildet und die Arbeitsbedingungen verbessert werden. Viele Assistenzärztinnen und -ärzte geben ihren Beruf vor Abschluss der Weiterbildung auf, weil die Arbeitsbedingungen nicht zeitgemäss sind. In Zukunft ist es sicher wünschenswert, den Anteil an im Ausland ausgebildeten Personen eher zu reduzieren, nicht zuletzt weil die Rekrutierung im Ausland auch ethisch problematisch ist. Jedes Land sollte die Kosten für die Ausbildung seiner Ärztinnen und Ärzte selbst tragen.

Welche anderen Lösungen wären denkbar, um das Problem der in gewissen Fachgebieten knappen Stellen zu lösen?

Assistenzärzte verbringen nach wie vor viel zu viel Zeit mit administrativen Aufgaben. Vermehrter Fokus auf ärztliche Tätigkeit und Dienstleistung am Patientenbett mit entsprechender Umverteilung und Verschlankung der Administration müssten Teil der Lösung sein.

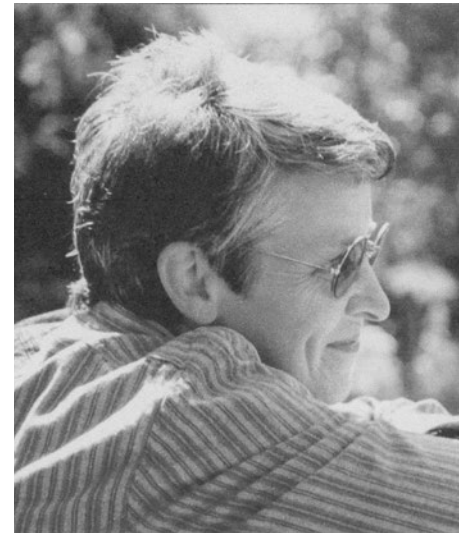


Dr. med. Nora Bienz

Vizepräsidentin des Verbands Schweizerischer Assistenz- und Oberärztinnen und -ärzte vsao

In memoriam: Veronika Fierz (1941–2023)

Nachruf Veronika Fierz, prominente Ärztin des öffentlichen Gesundheitswesens, ist am 9. Februar 2023 in Küsnacht nach kurzer schwerer Krankheit verstorben. Ihr grosses Engagement galt einer besseren Unfallverhütung und einer schulärztlichen Medizin, die die Gesundheit der Kinder stärker berücksichtigt.



Veronika Fierz setzte sich erfolgreich für eine effizientere Sozial- und Präventivmedizin ein.

Dr. med. Veronika Fierz, geborene Dubs, schloss ihr Medizinstudium 1967 in Zürich ab. Im gleichen Jahr heiratete sie ihren Kommilitonen Lukas Fierz und wurde 1970 und 1971 Mutter zweier Kinder.

Von 1974 bis 1976 arbeitete sie als Assistentin am gerichtsmedizinischen Institut der Universität Bern und verfasste ihre Dissertation «Tödliche Verkehrsunfälle innerorts». Die Analyse von 477 Todesopfern des Innerortsverkehrs von Basel, Bern und Zürich aus den Jahren 1969 bis 1973 publizierte sie 1975 in der Schweizerischen Ärztezeitung: Über 60% der Opfer waren Fussgänger, weitere 20% Zweiradfahrer und knapp 20% Autolenker, vorwiegend auf den grossen Durchgangsstrassen. In Bern und Zürich wurde etwa die Hälfte aller Fussgängeropfer auf dem Fussgängerstreifen getötet. Ihre Arbeit war die wohl entscheidende Grundlage für die Einführung des Versuchs mit Tempo 50 innerorts.

Von 1986 bis 1999 war Veronika Fierz Schulärztin in Bern. Reihenuntersuchungen waren en vogue, oft blind gegenüber dem Zusammenhang zwischen Test-Spezifität und Prävalenz: Je niedriger die Häufigkeit eines Charakteristikums in der untersuchten Bevölkerung und je schlechter die Test-Spezifität, desto unwahrscheinlicher widerspiegelt ein positives Testresultat tatsächlich das, was gesucht wird.

Mit der Abnahme der Tuberkulosehäufigkeit in der industrialisierten Welt kristallisierte sich zunehmend heraus, dass radiologische Reihenuntersuchungen obsolet wurden. Auch in der Schweiz wurden solche mehr und mehr eingeschränkt, bei Lehrern jedoch nicht in al-

len Kantonen, wie eine Umfrage von Veronika Fierz zeigte. Fehlende Daten waren oft die Regel. Wo es solche gab, war die Ausbeute gerade mal 1 auf 50 000. Die Strahlenbelastung der verwendeten Technik und das bescheidene Rendement warfen akut Fragen zur prinzipiellen Zulässigkeit auf. Auch diese Erhebung, die Überlegungen dazu und die Diskussion allfällig sinnvoller Alternativen publizierte Kollegin Fierz in unserer Ärztezeitung. Dies fand offenbar das Ohr von Entscheidungsträgern, und das Obligatorium wurde sukzessive fallengelassen. Ihr Ehemann, damals Nationalrat, nahm diese Daten, die gesetzlichen Grundlagen und ihre Argumentation tel quel auf, stellte eine parlamentarische Anfrage, und auch das Schirmbildobligatorium bei Rekruten fiel fast wörtlich über Nacht!

Sie publizierte in der Ärztezeitung

Nach der Aufhebung der generellen BCG-Impfung wurde die Tuberkulintestierung bei Schulkindern eingeführt. Der Tuberkulintest hat wegen Kreuzreaktionen mit BCG eine sehr schlechte Spezifität, und die Tuberkulose bei Schweizer Kindern war praktisch bereits verschwunden. Dadurch entstand ein Entscheidungschaos bei positiven Testresultaten. Die Problematik und die kantonale Diversität der Herangehensweise wurden von Veronika Fierz akribisch zusammengestellt und in der Ärztezeitung publiziert. Nach dem üblichen eidgenössischen Hin und Her wurde auch dieser alte Zopf schliesslich flächendeckend abgeschnitten.

Auch zu weiteren Fragen sammelte Kollegin Fierz Daten und diskutierte sie in der Ärztezeitung. Da die Daten immer für sich selbst sprachen, verhalf die Public-Health-Praktike-

rin mit ihren Anliegen immer wieder dem Fortschritt zu effizienterer Sozial- und Präventivmedizin zum Durchbruch.

Sie war ein Leuchtturm des öffentlichen Gesundheitswesens und eine wunderbare und oft revolutionäre Advokatin für die Gesundheit unserer Kinder im Speziellen und der Gesellschaft im Allgemeinen.

Kollegin Fierz ist überlebt von ihren beiden Kindern, sowie dem Vater ihrer Kinder.

Dr. med. Hans L. Rieder, Ehemals Internationale Union gegen Tuberkulose und Lungenkrankheiten (Paris) und Titularprofessor für Sozial- und Präventivmedizin an der Universität Zürich

Dies ist Ihre Seite!

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

Briefe an die Redaktion

Abkommen Schweiz-EU: Auswirkungen auf die Berufe der Humanmedizin

Brief zu: Reinhardt K. Goodbye, Deutschland. Schweiz Ärztezg. 2023;104(12):8–9

Bei der ganzen Diskussion um das Freizügigkeitsabkommen zwischen der Schweiz und der Europäischen Union (EU) vergessen wir eines nicht: In der EU und vor allem in Deutschland gibt es hochmotivierte, gut ausgebildete und hochanständige Menschen (zum Beispiel Medizinerinnen und Mediziner, Zahnmediziner und -medizinerinnen), die zudem noch Deutsch sprechen. Für die Schweizer Wirtschaft und das Schweizer Gesundheitswesen sind diese Menschen unverzichtbar.

Dr. iur. utr. Udo Adrian Essers, Küssnacht

Wer ist für Ventolin Dosier-Aerosol verantwortlich? (mit Replik)

Nach einer einfachen, fieberlosen Erkältung überfiel mich nachts ein unstillbarer Reizhusten, den ich für 1-2 Stunden mit einem Antitussivum beherrschen konnte. Nein, so etwas brauche ich nicht mehr. Ich erinnerte mich, dass dagegen ein Beta-Stimulator geeignet ist, und sogar, dass vor Jahren der Inhalator mit einem umweltschädlichen FCKW durch eine Form ohne ihn ersetzt wurde.

Als ich schnell vor der Abfahrt meines Zuges in die Apotheke ging, war ich überrascht, dass ich ein spottbilliges (etwas über 8 Franken) Ventolin Dosier-Aerosol erhalten habe, und es ist (noch immer!?) durch ein FCKW angetrieben.

Ich dachte, inzwischen wurde die Umweltharmlosigkeit der FCKWs nachgewiesen – nichts dergleichen! Ist Swissmedic für diese Nachlässigkeit verantwortlich? Haben es, wie ich, die Ärztinnen und Ärzte für Umweltschutz, denen ich mich verbunden fühle, nicht bemerkt?

Dr. med. Peter Marko, St. Gallen

Replik auf «Wer ist für Ventolin Dosier-Aerosol verantwortlich?»

Werter Kollege Peter Marko

Doch, wir von den Ärztinnen und Ärzten für Umweltschutz (AefU) haben sehr wohl bemerkt, dass Dosier-Aerosole (wie zum Beispiel Ventolin DA) immer noch klimaschädigende Treibgase enthalten. Wir haben darüber nach einer intensiven Recherche in unserer Fachzeitschrift Oekoskop 1/22 berichtet [1]. In einem separaten Artikel konnten wir diese Resultate und auch die Vorschläge für geeignete Alternativen in der Schweizerischen Ärztezeitung vorstellen [2]. Nach einem Verbot der früher als Treibgas verwendeten FCKW wurden diese in den 2000er Jahren in Dosier-Aerosolen durch Apafluran und Norfluran (wie bei Ventolin) ersetzt. Die ausgeprägte Klimawirksamkeit dieser Gase wurde dabei nicht beachtet. Gemäss unseren Abklärungen wurden im Jahr 2019 in der Schweiz 900 000 solcher DA mit klimaaktiven Treibhausgasen verschrieben/verwendet, was einem Äquivalent von 20 000 Tonnen CO₂ entspricht.

Wir von der AefU fordern, dass diese Dosier-Aerosole so rasch als möglich durch geeignete Ersatzprodukte (wie etwa Pulverinhalatoren) ersetzt werden. Dabei sind die Politik, die Verwaltung (BAFU und BAG), Swissmedic, aber auch wir verschreibende Ärztinnen und Ärzte und auch die Apotheken (wie in Ihrem Fall) gefragt. Es gibt praktisch kein DA-Präparat, das nicht ohne Nachteil für die Patientinnen und Patienten durch Produkte ohne Treibhausgase ersetzt werden könnte.

Beste Medizin für uns und fürs Klima!

*Dr. med. Bernhard Aufderreggen,
Präsident AefU*



Literatur

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

Eine andere engagierte Schwester

Brief zu: Ritzmann I. Wolff E. Schreiben als Mission: die Lehrbuchautorin Liliane Juchli. Schweiz Ärztezg. 2023;104(11):70–71

Der Artikel über die Ordensschwester Liliane Juchli ruft mir eine andere Schwester in Erinnerung, die zu einer anderen Zeit und unter anderen Umständen gelebt hat, aber auch unter schwierigsten Umständen Grosses geleistet hatte. Der jüdische Arzt Moses Wallach aus Frankfurt eröffnete 1902 das erste Spital ausserhalb der Stadtmauern von Jerusalem, das damals noch zum Osmanischen Reich gehörte. Zwei Jahre später folgte ihm Selma Mayer, auch aus Frankfurt, als Oberschwester. Trotz schwierigsten Verhältnissen und knappen Budgets brachte sie es fertig, einen gut funktionierenden, modernen Schwesterndienst aufzubauen. Sie selbst hatte eine schwere Kindheit, ihre Mutter starb als sie fünf Jahre alt war, und sie nahm sich vor, sich der Armen und Kranken anzunehmen. Sie war nicht verheiratet und wohnte im Spital. Als ich 1972 ein Jahr lang in diesem Spital arbeitete, war sie schon weit über achtzig und wohnte immer noch in ihrem Zimmer im Spital, und einmal in der Woche kam sie in die Abteilung zu den Kranken und dem Personal, jedermann kannte «Schwester Selma» – und zwar das Wort «Schwester» auf Deutsch. Sogar auf ihrem Grabstein schrieb man «Schwester» Selma, aber mit hebräischen Buchstaben. Und noch lang nach ihrer Pensionierung war die pflegerische Betreuung besser und menschlicher als in anderen Spitälern in Israel.

Dr. med. Peter Joel Hurwitz, Kfar Vradim, Israel

Briefe einreichen

Briefe an die Redaktion reichen Sie online ein unter:

saez.ch/de/publizieren/leserbrief-einreichen

Mitteilungen

FMH-Podcast – Folge 08: Leben mit einer Spenderniere

Urs Denzler wusste schon früh, dass seine Nieren versagen würden; denn seine Familie ist von einer Erbkrankheit betroffen. Seit einigen Jahren lebt er nun mit einer Spenderniere. Seine gesunde Schwester Ruth Haller wird demnächst dem gemeinsamen Bruder eine ihrer Nieren spenden. Im Gespräch mit Patrick Rohr erzählen die beiden, wie sie in der Familie mit der Erbkrankheit umgehen.

Die neueste Folge des FMH-Podcasts «An meiner Seite» erscheint am 12. April 2023 hier: www.an-meiner-seite.ch

SGAIM Teaching Award

Engagierte Mentorinnen und Mentoren, begeisterte Dozierende oder unterstützende Oberärztinnen oder -ärzte setzen sich tagtäglich mit viel Herzblut für den Nachwuchs im Fachbereich der Allgemeinen Inneren Medizin ein. Die Schweizerische Gesellschaft für Allgemeine Innere Medizin (SGAIM) belohnt herausragendes Teaching, Mentoring oder Coaching in der Allgemeinen Inneren Medizin mit dem «SGAIM Teaching Award». Die Preisverleihung findet im Rahmen des 7. SGAIM-Herbstkongresses in Zürich statt. Nominierungen können noch bis zum 31. Mai 2023 unter www.sgaim.ch/teachingaward eingereicht werden.

Hilfskasse für Schweizer Ärzte – Eingegangene Spenden

Vom 1. Januar bis 31. März 2023 sind sieben Spenden im Gesamtbetrag von 3150 CHF eingegangen.

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

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

Für die Hilfskasse für Schweizer Ärzte
Der Kassier des Stiftungsrates

Facharztprüfungen

Facharztprüfung zur Erlangung des Facharzttitels für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates

Zwischenprüfungen 2023 Kinderorthopädie & Tumore des Bewegungsapparates

Datum

Verfügbarkeit Online: ab Mitte Mai bis 30. September 2023

Ort

Online via www.swissorthopaedics.ch

Anmeldefrist

30. Juni 2023

(Die Prüfung kann danach noch bis am 30.9.2023 online absolviert werden)

Weitere Informationen finden Sie auf der Website des SIWF unter www.siwf.ch → Weiterbildung → Facharzttitel und Schwerpunkte → Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates

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

Ort und Datum

Werden nach Eingang der Anmeldungen, abhängig von gewünschter Prüfungssprache festgelegt.

Anmeldefrist

30. Juni 2023

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

Facharztprüfung zur Erlangung des Facharzttitels Klinische Pharmakologie und Toxikologie

Datum

Schriftliche Prüfung: Donnerstag, 19. Oktober 2023

Mündliche Prüfung: Ende November bis Anfang Dezember 2023

Ort

Schriftliche Prüfung: Bern

Mündliche Prüfung: Der Prüfungsort und das genaue Datum werden den Kandidaten rechtzeitig bekannt gegeben

Anmeldefrist

1. Juli 2023

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

Facharztprüfung zur Erlangung des Facharzttitels Medizinische Genetik

Datum

Donnerstag/Freitag, 23./24. November 2023

Ort

Universität Zürich, Institut für Medizinische Genetik

Anmeldefrist

29. September 2023

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

FMH



22

Engagierter und vielfältiger Einsatz für die Ärzteschaft

Geschäftsjahr 2022 Die FMH informiert über ihre Tätigkeiten und Projekte im vergangenen Berichtsjahr. Der Jahresbericht stellt die erreichten Meilensteine online in übersichtlicher und konzentrierter Form dar.

Stefan Kaufmann



24

2022 – ein turbulentes Jahr für das SIWF

SIWF-Geschäftsbericht 2022 geht als turbulentes Jahr in die Geschichte des SIWF ein. Die Umstellung der Weiterbildung auf kompetenzbasierte Bildung hat das SIWF massgeblich beschäftigt. Umwälzungen gab es unter anderem bei der Anerkennung der privatrechtlichen Schwerpunkte und Fähigkeitsausweise aus dem Ausland. Und in allen Bereichen purzelten die Rekorde.

Monika Brodmann Maeder, Christoph Hänggeli



28

Weshalb die IV-Rechtsprechung für die Ärzteschaft relevant ist

Versicherungsmedizin Bundesgerichtliche Rechtsprechung zur gutachterlichen Beurteilung der Arbeitsfähigkeit bei psychischen Erkrankungen – Quo vadis?

Jörg Jeger, Iris Herzog-Zwitter, Gerhard Ebner



© Eduard Labár / Unsplash

Gut abgestimmt und vorbereitet stellte sich die FMH verschiedenen Herausforderungen, um die Anliegen der Ärzteschaft zu stärken.

Engagierter und vielfältiger Einsatz für die Ärzteschaft

Geschäftsjahr 2022 Die FMH informiert über ihre Tätigkeiten und Projekte im vergangenen Berichtsjahr. Der Jahresbericht stellt die erreichten Meilensteine online in übersichtlicher und konzentrierter Form dar.



Stefan Kaufmann
Generalsekretär der FMH

Die FMH blickt auf ein bewegtes Jahr 2022 zurück: Das Verfahren zur Genehmigung des TARDOC durch den Bundesrat sowie die Kostendämpfungsmassnahmen im Gesundheitswesen beschäftigten die FMH weiterhin im gesamten Berichtsjahr. Aber nicht nur auf sondern auch neben der politischen Bühne setzte sich die FMH für die Ärzteschaft ein.

Politisches Engagement

Im Jahr 2022 fokussierten sich die Arbeiten der FMH auf politischer Ebene weiterhin auf die ambulante Tarifrevision sowie auf die Schadensbegrenzung bei der Kostensteuerung und bei staatlichen Eingriffen in die Tarifpartnerschaft. Mit der Mitte November 2022 gegründeten Organisation ambulante Arzttarife AG, kurz OAAT AG, wurde ein wichtiger Meilenstein erreicht. Zum ersten Mal seit

vielen Jahren sind alle Tarifpartner gemeinsam in einer Tariforganisation für ambulante ärztliche Leistungen beteiligt. Gleichzeitig einigten sich die Tarifpartner auf eine Vereinbarung über das Vorgehen zur Einreichung der beiden Tarifsysteme TARDOC und ambulante Pauschalen im Jahr 2023. In der ständerätlichen Gesundheitskommission gelang es, die Weichen für einen Artikel 47c im zweiten Teil des ersten Kostendämpfungspakets zu stellen, der das Kostenmonitoring und die Korrekturregeln in der alleinigen Kompetenz der Tarifpartner belässt.

Die FMH setzte sich auf politischer Ebene auch im Jahr 2022 für die unterschiedlichen Bedürfnisse der Ärzteschaft ein.

Am Anfang des Berichtsjahres engagierte sich die FMH gemeinsam mit diversen anderen Akteuren im Gesundheitswesen, dass die zeitnahe Einführung der einheitlichen Finanzierung von ambulanten und stationären Leistungen (EFAS) im Parlament vorangetrieben wurde. Mit Erfolg: Nach dem Nationalrat hat auch der Ständerat für EFAS grundsätzlich grünes Licht gegeben. Krankenkassen und Kantone sollen künftig die von der Grundversicherung gedeckten ambulanten und stationären Behandlungen gemeinsam bezahlen.

Im Februar 2022 haben die Schweizer Stimmberechtigten die Volksinitiative «Ja zum Schutz der Kinder und Jugendlichen vor Tabakwerbung» mit mehr als 55 Prozent angenommen. Die mit der Volksabstimmung angenommenen Werbeeinschränkungen sind ein entscheidender Schritt in der Tabakprävention. Die FMH unterstützte die Volksinitiative als Mitglied der Trägerschaft. Die FMH drückte vor der Abstimmung ebenfalls ihre Unterstützung für die Revision des Transplantationsgesetzes aus. Das Schweizer Stimmvolk stimmte der erweiterten Widerspruchslösung Mitte Mai schliesslich zu.

Ärztegesundheit, Patientenverfügung und KI bilden einige Themenfelder, mit denen sich die FMH intensiv beschäftigt hat.

Intensive Projektarbeit

Die Schweizerische Akademie für Qualität in der Medizin (SAQM) der FMH hat Anfang Mai 2022 ihren Qualitätspreis «Innovation

Qualité» verliehen. Damit zeichnet die SAQM alle zwei Jahre praxiserprobte Qualitätsprojekte aus, die das Schweizer Gesundheitswesen voranbringen.

Die Behandlungsqualität für Patientinnen und Patienten und ihre Versorgungssicherheit hängen direkt mit dem Gesundheitszustand der praktizierenden Ärztinnen und Ärzte zusammen. Ein hoher Zeit- und Leistungsdruck fordert seinen Tribut auch bei der Gesundheit von Ärztinnen und Ärzten. Die FMH engagiert sich deshalb mit einer Charta für die Ärztesundheit. Diese wurde Mitte Mai 2022 der Ärztekammer vorgestellt.

Zusammen mit einer Expertengruppe hat die FMH ihre Patientenverfügung überarbeitet. Oberstes Ziel war es, Widersprüche bei der Wahl von Therapieziel und Behandlungswunsch zu vermeiden, damit diese für das behandelnde Team klar erkennbar sind. Auch die Notfallsituation kann neu klar geregelt werden. Die revidierte Patientenverfügung steht seit Anfang Oktober 2022 in einer Kurz- und einer ausführlichen Version online und in Papierform zur Verfügung.

Dank der guten interdepartementalen Zusammenarbeit konnte die FMH im Berichtsjahr bedeutende Meilensteine erreichen.

Informative Publikationen

Anfang September 2022 wurden die Inhalte der beiden offiziellen Organe der Verbindung der Schweizer Ärztinnen und Ärzte (FMH) – die Schweizerische Ärztezeitung (SÄZ) für die Standespolitik und das Swiss Medical Forum (SMF) für die Fort- und Weiterbildung – in einem neuen, modern gestalteten Fachmagazin zusammengeführt.

Chatbots, Machine Learning, neuronale Netze: Künstliche Intelligenz ist auf dem Vormarsch. Sie verändert auch das Gesundheitswesen tiefgreifend. Dieser Prozess stellt die Ärzteschaft vor verschiedene Herausforderungen. Mit der im September 2022 publizierten Broschüre «Künstliche Intelligenz im ärztlichen Alltag» bietet die FMH der Ärzteschaft einen Überblick über die KI im ärztlichen Umfeld.

Stress und Arbeitsbelastung sind für Ärztinnen und Ärzte stark gestiegen. Trotzdem schätzt die Ärzteschaft die Versorgungsqualität als hoch ein. Dies zeigte eine im Oktober 2022 publizierte repräsentative Befragung, welche die FMH beim Forschungsinstitut gfs. bern in Auftrag gegeben hatte.

Geschäftsbericht jetzt online lesen

Dies sind ausgewählte entscheidende Schritte aus einem intensiven Jahr 2022. Unter der Rubrik «Meilensteine» des Online-Geschäftsberichts finden Sie weitere Ereignisse, die für die FMH im Berichtsjahr prägend waren, übersichtlich dargestellt.

Die FMH hat sich im vergangenen Jahr an diversen Fronten für die Bedürfnisse der Ärztinnen und Ärzte eingesetzt und bedeutende Hürden gemeistert. Dies gelang unter anderem dank der guten übergreifenden Zusammenarbeit der Departemente und Abteilungen des Generalsekretariats. Auch die Herausforderungen, die das laufende Jahr bereit hält, sind wir bereits wieder gemeinsam mit viel Elan angegangen.

Lesen Sie mehr zu den Aktivitäten der FMH im Geschäftsbericht 2022: www.report2022.fmh.ch



Die Bereichsleiterinnen und Bereichsleiter (v.l.n.r.): Petra Bucher, Allgemeines Sekretariat; Alexandra Baptista, Diplome; Lukas Wyss, Medizininformatik; Renate Jungo, Weiterbildungsstätten; Barbara Linder, Internationales. Es fehlt: Anne-Sylvie Thiébaud Nori, Recht.

2022 – ein turbulentes Jahr für das SIWF

SIWF-Geschäftsbericht 2022 geht als turbulentes Jahr in die Geschichte des SIWF ein. Die Umstellung der Weiterbildung auf kompetenzbasierte Bildung hat das SIWF massgeblich beschäftigt. Umwälzungen finden bei der Anerkennung der privatrechtlichen Schwerpunkte und Fähigkeitsausweise aus dem Ausland wie bei der Verselbstständigung der privatrechtlichen Schwerpunkte statt. Und in allen Bereichen purzelten die Rekorde.

Monika Brodmann Maeder^a, Christoph Hänggeli^b

^a PD Dr. med., Präsidentin SIWF; ^b Rechtsanwalt, Geschäftsführer SIWF

Die Zeiten sind aussergewöhnlich – für die Welt wie für das SIWF. 2022 geht in jeder Hinsicht als turbulentes Jahr in die Geschichte des SIWF ein: Die Reform der ärztlichen Weiterbildung nahm im Jahr 2022 rasant Fahrt auf und bereits mehr als die Hälfte aller Fachgesellschaften entwickelten zusammen mit den SIWF-Expertinnen und -Experten Entrustable Professional Activities (EPAs). Auch die «Teach the teachers»-Kurse stiessen auf grosses Interesse und wurden laufend ausgebaut. Wiederum stattgefunden hatte 2022 das MedEd-Symposium, das im Zeichen von Fehlerkultur, Patienten-Feedback und EPAs stand.

Umwälzungen

Nicht nur die Umstellung der Weiterbildung auf kompetenzbasierte Bildung hat das SIWF massgeblich in Anspruch genommen, sondern auch die Titelordnung hat die SIWF-Organe wesentlich beschäftigt. Vorstand und Plenum haben nach monatelangen und intensiven Diskussionen der Revision der Weiterbildungsord-

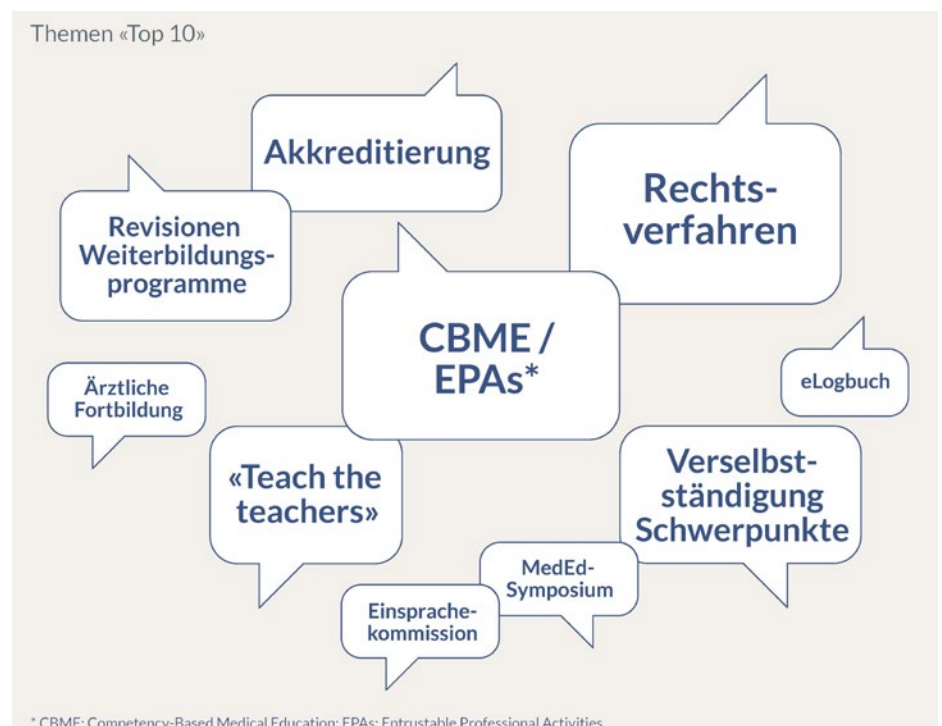


Abbildung 1: Diese zehn Themen haben das SIWF 2022 primär beschäftigt.

nung (WBO) und damit der Verselbstständigung der Schwerpunkte zugestimmt. Neu unterscheidet die WBO nicht mehr zwischen mono- und interdisziplinären Schwerpunkten, sodass für die ärztlichen Qualifikationen nicht mehr vier, sondern nurmehr drei Gefässe zur Verfügung stehen: Facharzttitel, Schwerpunkte und Fähigkeitsausweise.

Die Umstellung der Weiterbildung auf kompetenzbasierte Bildung hat das SIWF massgeblich in Anspruch genommen.

Die Verselbstständigung der privatrechtlichen Schwerpunkte vereinfacht einerseits die Titelsystematik und das eLogbuch, andererseits sind aber die Fachgesellschaften mit neuen Administrationsaufgaben konfrontiert. Wie bereits heute bei den interdisziplinären Schwerpunkten fallen auch die monodisziplinären Schwerpunkte in die administrative Zuständigkeit der Fach- beziehungsweise Fachgesellschaften. Hierfür müssen die Programme entsprechend angepasst und die Sekretariate der verantwortlichen Gesellschaften ausgebaut werden. Die Schwerpunkte sind damit formal nicht mehr ein Teil beziehungsweise Anhang des Facharzttitelprogramms, sondern sie sind eigenständige Programme. Mit dieser Verein-

fachung und Flexibilisierung der Titelsystematik wird insbesondere auch eine Entlastung des eLogbuchs angestrebt, das sich auf die 45 eidgenössischen Facharzttitel beschränken soll, um die Komplexität herabzusetzen und die Usability zu erhöhen. Der Umbau aller Schwerpunktprogramme wird mehrere Jahre in Anspruch nehmen. Bereits verabschiedet wurde das neue Programm «Spezialisierte Traumatologie», das gemeinsam von den Chirurgen und Orthopäden getragen und administriert wird.

Jetzt bedroht ein neuerer Entscheid des Bundesverwaltungsgerichts das Weiterbildungssystem der WBO: Gestützt auf das Freizügigkeitsabkommen mit der Europäischen Union sollen nicht nur ausländische Facharzttitel, sondern auch ausländische Subspezialitäten von der Medizinalberufekommission (MEBEKO) anerkannt und damit den Schwerpunkten des SIWF gleichgestellt werden. Lassen sich die hohen Standards der Schwerpunkte in der Schweiz noch beibehalten? Das Bundesgericht als oberste Instanz wird darüber befinden, ob der Entscheid des Bundesverwaltungsgerichts in Kraft treten und die Freizügigkeit in Europa höher gewichtet wird als die Qualität der Weiterbildung.

Visitationen

Visitationen bilden das Hauptinstrument für die Gewährleistung und Verbesserung der Weiterbildungsqualität in den Weiterbildungsstätten. Der auf grosses Interesse gestossene Work-



© Tobias Schmid / SIWF

Anne-Sylvie Thiébaud Nori, Leiterin des neu geschaffenen Bereichs «Recht».

shop im Juni 2022 richtete sich einerseits an jüngere Visitationen und Visitationen, um die konkreten Ziele und die praktische Durchführung der Visitationen sowie die Berichterstattung besprechen zu können, andererseits ergab sich die Gelegenheit, Erfahrungen mit routinierten Visitationen und Visitationen auszutauschen und Fragen zu erörtern.

In mehreren sehr engagiert geführten Gruppengesprächen zeigte sich, dass ein solcher Gedankenaustausch einem grossen Bedürfnis entspricht und ein derartiger Anlass sehr geschätzt wird und periodisch wiederholt werden sollte.

Der Umbau aller Schwerpunktprogramme wird mehrere Jahre in Anspruch nehmen.

Rekorde in allen Bereichen

In allen Bereichen purzelten die Rekorde: Noch nie hat der Bereich Weiterbildungsstätten so viele Visitationen durchgeführt (215). Noch nie haben so viele fortbildungspflichtige Ärztinnen und Ärzte ein gültiges Fortbildungsdiplom auf der Fortbildungsplattform des SIWF erworben (45%). Noch nie sind bei der Einsprachekommission so viele Einsprachen eingegangen (119). Ein absoluter Rekord in der Geschichte des SIWF stellt die Zahl der erteilten Facharzttitel dar: 1928. Damit wurde die bisherige Rekordmarke aus dem Jahr 2015 um fast 200 Titel übertroffen. Und auch der Umsatz des SIWF sprengte sämtliche Rekorde (11 Millionen Franken).



Die Geschäftsleitung (v.l.n.r.): Monika Brodmann Maeder, Präsidentin; Giatgen A. Spinas, Weiterbildungsprogramme; Jean Pierre Keller, Weiterbildungsstätten; Christoph Hänggeli, Geschäftsführer. Es fehlt: Raphael Stolz, Fortbildung.

© Tobias Schmid / SIWF

Als administrative Drehscheibe des SIWF hat die Geschäftsstelle des SIWF unter der Leitung von Christoph Hänggeli all diese Mehrleistungen mit einem nur unwesentlich höheren Personalaufwand erbracht (< 5%). Die sechs Bereiche – Allgemeines Sekretariat, Diplome, Weiterbildungsstätten, Medizininformatik, Recht und Internationales – dienen Ärztinnen und Ärzten beziehungsweise Institutionen und Behörden als zentrale Anlaufstelle in Bezug auf die ärztliche Weiter- und Fortbildung und kümmern sich um die reibungslose Abwicklung aller laufenden Geschäfte.

Ein absoluter Rekord in der Geschichte des SIWF stellt die Zahl der erteilten Facharztstitel dar: 1928.

Das «Allgemeine Sekretariat» administriert die zentralen legislativen Organe des SIWF. Geschäftsleitung und Vorstand revidierten an elf Sitzungen insgesamt 17 Weiterbildungsprogramme (Facharztstitel und Schwerpunkte) sowie 2 Fähigkeitsprogramme und 5 Programme von interdisziplinären Schwerpunkten. Das Merkblatt «Was ist unter strukturierter Weiterbildung zu verstehen?» wurde überarbeitet, und der Vorstand hat die Schaffung des neuen Fähigkeitsausweises «Strahlenschutz in der interventionellen Schmerztherapie (SSIPM)» beschlossen.

Zuständig für die Erteilung der über 80 verschiedenen Facharztstitel und Diplome ist der Bereich «Diplome». Die Mitarbeitenden überprüften unter anderem rund 3000 Titelgesuche und Standortbestimmungen von Ärztinnen und Ärzten in Weiterbildung, erstellen dazu Stellungnahmen zuhanden der Titelkommission und verfassten im Anschluss rechtsverbindliche Entscheide zuhanden der Kandidatinnen und Kandidaten. Mit einem Total von 1928 wurde eine rekordhohe Anzahl an Facharztstiteln erteilt.

Um die Anerkennung der Weiterbildungsstätten (WBS) kümmern sich die Mitarbeitenden des Bereichs «Weiterbildungsstätten». Sie anerkannten im Berichtsjahr 360 neue Weiterbildungsstätten, re-evaluierten beziehungsweise bestätigten 405 Weiterbildungsstätten und strichen 79 Weiterbildungsstätten von der Liste der anerkannten Institutionen.

Der Bereich «Medizininformatik» entwickelt und betreut die Applikationen des SIWF, darunter das eLogbuch und die Fortbildungsplattform. Die technische Überarbeitung der Fortbildungsplattform stand im Zentrum der Arbeiten, damit diese wie bisher als hervorragendes Instrument für den Fortbildungsnachweis genutzt werden kann.

Der Bereich «Recht» ist der jüngste Neuzugang im SIWF-Organigramm, nachdem die Nachfrage nach juristischen Auskünften stetig gewachsen ist und weiter wächst. Im Dienste der anderen Bereiche und der SIWF-Organe,

aber auch der Kandidatinnen und Kandidaten in Weiterbildung oder der Fachgesellschaften wird sich der Bereich «Recht» im Laufe der Jahre weiterentwickeln. Der Bereich wird geleitet von Anne-Sylvie Thiébaud Nori.

Der Bereich «Internationales» unterstützt insbesondere den Bereich «Diplome» bezüglich der Beurteilung von Nachweisen über im Ausland absolvierte Weiterbildung. Die Mitarbeitenden beantworteten des Weiteren durchschnittlich 800 Mailanfragen von Ärztinnen und Ärzten aus dem Ausland. Sie unterstützten diese unter anderem bei der Anerkennung von Diplomen, informierten sie über das Schweizer Weiterbildungssystem oder stellten solchen mit ausländischem Arzt Diplom Bescheinigungen über in der Schweiz absolvierte Weiterbildungsperioden aus.

Lesen Sie mehr dazu im soeben veröffentlichten SIWF-Geschäftsbericht: www.report2022.siwf.ch.

Korrespondenz
info[at]siwf.ch

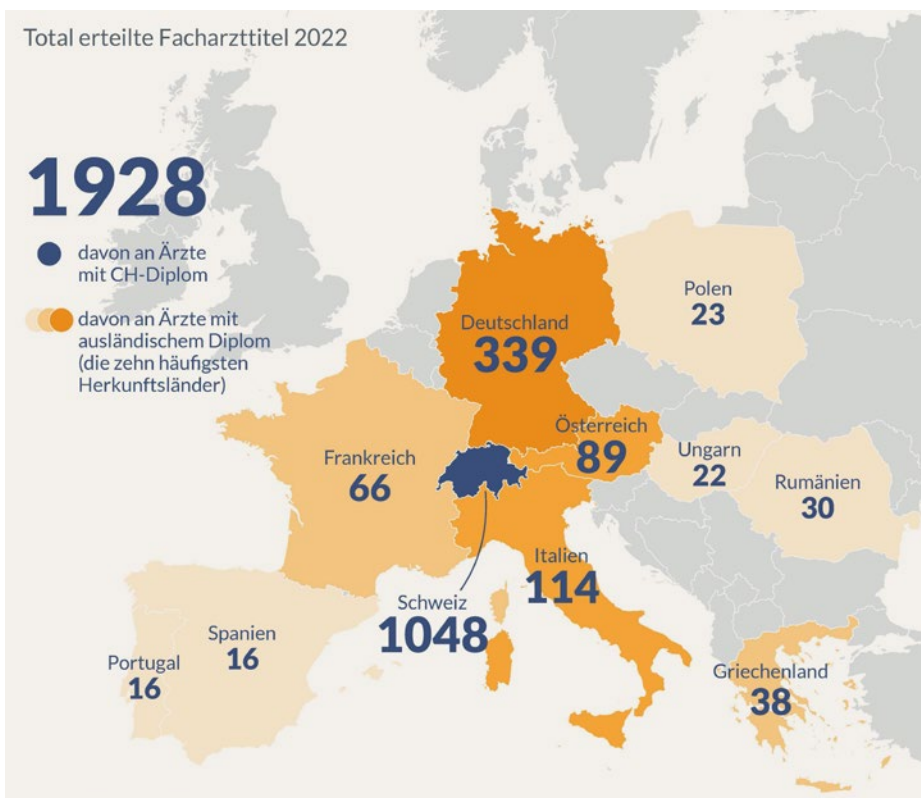


Abbildung 2: Im Jahr 2022 hat das SIWF 1928 Facharztstitel erteilt – ein Rekord.



© Alexander / Dreamstime

Medizin und Recht – zwischen beiden besteht keine starre Grenze, sondern sie können auch als Schwesternwissenschaften bezeichnet werden.

Weshalb die IV-Rechtsprechung für die Ärzteschaft relevant ist

Versicherungsmedizin Bundesgerichtliche Rechtsprechung zur gutachterlichen Beurteilung der Arbeitsfähigkeit bei psychischen Erkrankungen – Quo vadis?

Jörg Jeger^a, Iris Herzog-Zwitter^b, Gerhard Ebner^c

^a Dr. med., Facharzt für Rheumatologie, EMBA, ehemaliger Chefarzt MEDAS Zentralschweiz ^b Dr. iur., Juristin FMH Rechtsdienst; ^c Dr. med., M.H.A., Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, Präsident Swiss Insurance Medicine (SIM)

Medizin und Recht basieren auf eigenen Grundlagen und pflegen eine eigene Methodik. Im Berufsalltag beider Disziplinen kommt es zu vielfältigen Berührungen. Gesetz und Rechtsprechung definieren für die in der Versicherungsmedizin tätigen Gutachterinnen und Gutachter verbindliche Vorgaben. Im Sozialversicherungsrecht, insbesondere in der Invalidenversicherung, hat das Bundesgericht mittels Leiturteilen Anforderungen an die medizinische Begutachtung definiert und im Laufe der Jahre präzisiert. Tatsache ist, dass ein Vollzug des Sozialversicherungsrechts nicht ohne Mithilfe der Ärzteschaft möglich ist. So müssen beide Seiten die je andere Denk- und Handlungsweise verstehen und respektieren. Alt-Bundesrichter Ulrich Meyer hat so Medizin und Recht auch als die beiden «Schwesternwissenschaften» bezeichnet.

Zweck der Invalidenversicherung

Aus der Botschaft des Bundesrats zur Einführung einer eidgenössischen Invalidenversicherung vom 24. Oktober 1958 [1] geht hervor, dass es das primäre Ziel war, Menschen zu unterstützen, die aufgrund einer Behinderung nicht mehr fähig sind, ihre Existenz aus eigener Kraft zu finanzieren. Die Unterstützung soll in erster Linie einen Arbeitsplatzersatz oder eine Wiedereingliederung gewährleisten. Erst in zweiter Linie soll eine Berentung in Betracht gezogen werden, wenn professionelle Eingliederungsbemühungen scheitern. Diese Zielsetzung ist auch nach sieben IVG-Revisionen unbestritten. Interessant ist, dass die Botschaft von 1958 vorsah, den eher vagen Krankheitsbegriff in enger Zusammenarbeit mit der Ärzteschaft zu schärfen und im Rahmen des wissenschaftlichen Fortschrittes weiterzuentwickeln.

Die bundesrätliche Botschaft sah nicht vor, dass das Recht von einem anderen Krankheitsbegriff und anderen Definitionen ausgehen soll als die Medizin. Diesem Grundsatz wurde seitens Recht in den letzten Jahren nicht immer konsequent nachgelebt. Das Sozialversicherungsrecht benutzt schwergewichtig (immer noch) ein biopsychisches Krankheitsmodell, unter Ausschluss der psychosozialen Faktoren, die als «invaliditätsfremd» eingestuft werden. Die Medizin basiert dagegen seit Ende der 1970er-Jahre auf einem umfassenden biopsychosozialen Krankheitsmodell. Die Schaffung der Krankheitsgruppe «pathogenetisch-ätiologisch unklare syndromale Beschwerdebilder ohne nachweisbare organische Grundlage», abgekürzt PÄUSBONOG, war ein juristisches Konstrukt, losgelöst von der Einteilung der Krankheiten in der «International Classification of Diseases» (ICD).

Das Bundesgericht hatte nämlich in einem Leiturteil ausgeführt, es sei geboten, sämtliche «pathogenetisch-ätiologisch unklaren syndro-

malen Beschwerdebilder ohne nachweisbare organische Grundlage den gleichen sozialversicherungsrechtlichen Anforderungen zu unterstellen». Es rechtfertigt, dass die «im Zusammenhang mit somatoformer Schmerzstörung entwickelten Kriterien auch für die Beurteilung der invalidisierenden Wirkung einer spezifischen HWS-Verletzung ohne organisch nachweisbare Funktionsausfälle analog anzuwenden» seien [2].

Die bundesrätliche Botschaft sah nicht vor, dass das Recht von einem anderen Krankheitsbegriff ausgehen soll als die Medizin.

IV-Abklärung: Beitrag der Medizin

Zur Beurteilung, ob und in welchem Ausmass eine funktionelle Einschränkung (Behinderung) vorliegt, dazu wird medizinischer Sachverstand benötigt. Ob die ärztlicherseits festgestellten funktionellen Einschränkungen zu Leistungen der Invalidenversicherung berechtigen, ist abschliessend von der Rechtsanwendung zu entscheiden. Die medizinische Leistungseinschätzung bietet die Grundlage, aufgrund derer der Rechtsanwender den juristisch korrekten Entscheid fällen kann.

Eine medizinische Diagnose lässt kaum Rückschlüsse darauf zu, ob eine relevante funktionelle Einschränkung vorliegt oder nicht. Die Diagnose «koronare Herzkrankheit» allein sagt nichts darüber aus, ob der betroffene Mensch seinen Verpflichtungen in Familie, Beruf und Gesellschaft und seinen gewohnten Freizeitaktivitäten nachgehen kann. Zur Beschreibung einer Behinderung sind ergänzende Instrumente notwendig. Dazu hat die Weltgesundheitsorganisation (WHO) im Jahr 2001 die «International Classification of Functioning, Disability and Health» (ICF) publiziert. Mit den Instrumenten der ICF können Art und Ausmass einer funktionellen Behinderung beschrieben werden. Es ist sowohl für Medizinerinnen und Mediziner wie auch für Rechtsanwender wichtig, die Grundzüge der ICF zu kennen. Eine ärztliche Beurteilung auf der Basis der ICF erhöht die Transparenz und baut die Brücke von der Medizin zur Rechtsanwendung [3].

Indikatorenrechtsprechung

Zu der Frage, was im Rahmen der Invaliditätsabklärung zu den Aufgaben der Medizin und zu den Aufgaben der Rechtsanwendung gehört, besteht eine ausführliche Rechtsprechung und ein umfangreiches juristisches Schrifttum. Insbesondere hat die Rechtsprechung mit Leiturteilen die Aufgaben an die Begutachtung von

psychischen Erkrankungen bei der Zusprache von Invalidenrenten entwickelt und präzisiert. Ein Blick zurück zeigt, dass das Bundesgericht im Jahr 2015 die Überwindbarkeitsvermutung in Bezug auf somatoforme und vergleichbare psychosomatische Störungen aufgegeben hat und einen strukturierten normativen Prüfungsraaster – die Standardindikatoren – für die medizinische Begutachtung bei der anhaltenden somatoformen Schmerzstörung und für vergleichbare psychosomatische Leiden vorgehen hat. Die vom Bundesgericht genannten Indikatoren, die für das Vorliegen einer rechtlich bedeutsamen Invalidität sprechen, sind mit medizinischen Erkenntnissen weitgehend vereinbar und entsprechen einem modernen Verständnis von Behinderung und Rehabilitation. Viele der genannten Indikatoren gelten sinngemäss auch für somatische Krankheiten, so insbesondere Schweregrad, Therapieresistenz und Konsistenz des Leidens [4].

Medizinisch-psychiatrische Sachverständige haben bei ihrer Einschätzung und Beurteilung des Leistungsvermögens gemäss der formulierten Standardindikatoren vorzugehen. Einerseits treffe «die Rechtsanwender die Pflicht, die medizinischen Angaben daraufhin zu prüfen, ob die Ärzte sich an die massgebenden normativen Rahmenbedingungen gehalten haben». Andererseits stelle «sich also aus rechtlicher Sicht die Frage, ob und in welchem Umfang die ärztlichen Feststellungen anhand der rechtserheblichen Indikatoren auf eine Arbeitsunfähigkeit schliessen lassen, wie sie vom medizinisch-psychiatrischen Experten abschliessend eingeschätzt worden ist». Aufgabe der psychiatrisch tätigen Gutachterinnen und Gutachter ist, substantiiert darzulegen, «aus welchen medizinisch-psychiatrischen Gründen die erhobenen Befunde das funktionelle Leistungsvermögen und die psychischen Ressourcen in qualitativer, quantitativer und zeitlicher Hinsicht zu schmälern vermögen» [5].

Im Jahr 2017 folgte die Ausweitung dieser bundesgerichtlichen Indikatorenrechtsprechung auf depressive Störungen und auf sämtliche psychische Erkrankungen. Die Ausweitung beziehungsweise die Anwendbarkeit der Standardindikatoren für sämtliche Abhängigkeitserkrankungen erfolgte 2019 durch das Bundesgericht. Seit dem Leiturteil BGE 141 V 481 aus dem Jahr 2015 haben somit psychiatrisch tätige Gutachterinnen und Gutachter die Indikatoren über weitgehend alle psychiatrischen Diagnosen gutachterlich umzusetzen.

Ein bedeutender Rückschritt

Neuere Urteile gefährden den guten Geist der «Indikatorenrechtsprechung», insbesondere das Leiturteil BGE 148 V 49 vom 17. November 2021. Das Bundesgericht spricht sich erneut

generalisierend über die Auswirkungen einer bestimmten Erkrankung aus: «Eine leicht- bis mittelgradige depressive Störung ohne nennenswerte Interferenzen durch psychiatrische Komorbiditäten lässt sich im Allgemeinen nicht als schwere psychische Krankheit definieren. Besteht dazu noch ein bedeutendes therapeutisches Potential, so ist insbesondere auch die Dauerhaftigkeit des Gesundheitsschadens in Frage gestellt. Diesfalls müssen gewichtige Gründe vorliegen, damit dennoch auf eine invalidisierende Erkrankung geschlossen werden kann. Attestieren die psychiatrischen Fachpersonen bei diesen Konstellationen trotz Verneinung einer schweren psychischen Störung ohne (allenfalls auf Nachfrage hin erfolgte) schlüssige Erklärung eine namhafte Einschränkung der Arbeitsfähigkeit, besteht für die Versicherung oder das Gericht Grund dafür, der medizinisch-psychiatrischen Folgenabschätzung die rechtliche Massgeblichkeit zu versagen.»

Das Bundesgericht begeht damit aus Sicht der medizinischen Fachexpertise eine Grenzüberschreitung. Die richterlichen Annahmen sind nicht mit der medizinischen Datenlage kompatibel [6]. Das Bundesgericht beurteilt den Rentenanspruch einer 56-jährigen Frau, die 2018 an Brustkrebs erkrankte und – bezüglich Krebsleiden – erfolgreich behandelt wer-

Medizinische Tatsachen werden teils auf die Ebene von Rechtsfragen erhoben.

den konnte. Sie litt an einer rezidivierenden depressiven Störung, gegenwärtig mittelgradige Episode, mit somatischer Komorbidität (Zustand nach Implantation einer Teilprothese am rechten Knie, Diabetes mellitus Typ 2, Brustkrebs, Dyspepsie, linksbetontes Zervikobrachialsyndrom beidseits, rechtskonvexe zervikale Skoliose, belastungsabhängiges Thorakalsyndrom, belastungsabhängiges pseudoradikuläres Lumbalsyndrom bei links-konvexer lumbaler Skoliose). Die Explorandin wurde in einer MEDAS polydisziplinär begutachtet. Der psychiatrische Fachexperte attestierte 50% Arbeitsunfähigkeit, wobei noch therapeutisches Potenzial bestehe. Das Gutachten wurde vom Gericht als rechtsgenügend anerkannt. IV-Stelle, kantonales Gericht und Bundesgericht verneinten die invalidisierende Wirkung der psychischen Erkrankung. Aus diesem Einzelfall mit einer ausgesprochenen Multimorbidität leitete das Bundesgericht allgemeine Grundsätze zur invalidenrechtlichen Behandlung einer leichten bis mittelschweren Depression ab, ohne dies nachvollziehbar mit medizinischer Evidenz zu belegen. Zudem orientierte

sich das Gericht offensichtlich nur an den Querschnittsbefunden; die Tatsache, dass eine rezidivierende depressive Störung in Bezug auf Vulnerabilität und Prognose ganz anders zu beurteilen ist, als eine leicht- bis mittelgradige Erstepisode, wurde vom Gericht ignoriert.

Das Leiturteil BGE 148 V 49 ist aus medizinischer Sicht insofern ein bedenklicher Rückschritt, als es sich um ein Leiturteil vom Typus «Krankheit X führt nicht zu Effekt Y» handelt. Von der Diagnose wird eine generelle Aussage («im Allgemeinen») zur Auswirkung abgeleitet. Medizinische Tatsachen werden teilweise auf die Ebene von Rechtsfragen erhoben, was zu einer Vermischung von Tatfragen und Rechtsfragen führt.

Das Urteil erinnert damit an die alten Leitentscheide BGE 117 V 359 zum «Schleudert trauma» und BGE 130 V 352 zur anhaltenden somatoformen Schmerzstörung. Es widerspricht der in BGE 141 V 281 angelobten Ergebnisoffenheit der Prüfung des Einzelfalles und ist auch nicht kompatibel mit medizinischen Erkenntnissen. Wie kann man sich in verallgemeinernder Form zu den Auswirkungen einer Erkrankung äussern, ohne sich auf epidemiologische Daten (die medizinische Fachliteratur) abzustützen? Krankheiten lesen keine Gerichtsurteile! Die bundesgerichtliche Argumentation lautet in verkürzter Form: «Leicht bis mittelschwer ist nicht schwer, deshalb nicht invalidisierend». Das erscheint vordergründig zwar logisch, widerspricht bei näherer Prüfung aber der medizinischen Realität. Es ist nicht zielführend, wenn das höchste Gericht allgemeine Aussagen macht zu den Auswirkungen einer Krankheit, die den Erkenntnissen der medizinischen Forschung widersprechen.

In einer Stellungnahme vom 19. Dezember 2022 [7] haben sich die Interessengemeinschaft Swiss Insurance Medicine (SIM) und die betroffenen psychiatrischen Fachgesellschaften SGVP und SGPP/FMPP wie folgt geäußert: «Abschliessend weisen wir darauf hin, dass inkonsistente Leiturteile wie BGE 148 V 49 zu unangemessenen und «nicht medizinisch validen» Entscheidungen führen, insbesondere wenn man der Versicherung oder dem Gericht die Kompetenz einräumt, einer medizinisch-psychiatrischen Folgenabschätzung die «rechtliche Massgeblichkeit zu versagen» und stattdessen eine fachfremde Beurteilung vorzunehmen. Sie führen damit zu einer versicherungsrechtlichen Diskriminierung von psychischen Störungen. Es bleibt zu hoffen, dass der «Rückfall» des Bundesgerichtes nicht dauerhaft zur Verschlechterung der Situation von psychisch beeinträchtigten Menschen beiträgt. Er sollte vielmehr Anlass dazu sein, den Diskurs auf Augenhöhe zwischen Medizin und Recht umso intensiver weiterzuführen.»

Fazit

Die bundesgerichtliche Rechtsprechung zur Invalidität hat auch bedeutende Auswirkungen auf der Ebene der klinischen Betreuung von Patientinnen und Patienten. Das Leiturteil 148 V 49 vom 17. November 2021 wird der Zusammenarbeit zwischen der Ärzteschaft und dem Rechtsanwender nicht förderlich sein, eher vermehrt Sand ins Getriebe streuen. Das Leiturteil begünstigt nicht nachvollziehbare IV-Entscheidung durch medizinisch ungeschultes Personal. Es liegt im Interesse der Ärzteschaft, die bundesgerichtliche Rechtsprechung mit wachsenden Augen zu verfolgen und zu kommentieren, wenn sie den medizinischen Erkenntnissen widerspricht. So ist sehr zu begrüßen, dass sich die betroffenen Fachgesellschaften in einem Jusletter vom 19. Dezember 2022 prägnant zu Wort gemeldet haben.

Korrespondenz

iris.herzog[at]fmh.ch



Literatur

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

Personalien

Todesfälle / Décès / Decessi

Edouard Urech (1943), † 26.2.2023, Facharzt für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie, 4051 Basel

Elisabeth Steiner (1940), † 13.3.2023, Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie, 30580 Lussan / Gard FR

Marius Heimgartner (1943), † 19.3.2023, Facharzt für Oto-Rhino-Laryngologie, 3930 Visp

Aargauischer Ärzteverband

Zur Aufnahme in den Aargauischen Ärzteverband haben sich angemeldet:

Als ordentlich praktizierende Mitglieder:

Sébastien Azizi, Facharzt für Chirurgie und Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, Mitglied FMH, Praxiseröffnung in Praxis im Lenzhof, Bahnhofstrasse 3, 5600 Lenzburg, ab 01.05.2023

Marius Elkuch, Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin, Mitglied FMH, Praxiseröffnung in Praxis Drachenhügel, Rosengässchen 2, 4310 Rheinfelden, ab sofort

Spyridoula Gysi, Fachärztin für Kinder- und Jugendmedizin, Mitglied FMH, Angestellt in Kinderarztpraxis Dirk Bock, Römerstrasse 19, 5210 Windisch, ab sofort

Tobias Jakob, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin, Mitglied FMH, Angestellt in Sana-care Gruppenpraxis, Kasinostrasse 30, 5000 Aarau, ab 01.05.2023

Julia Maria Rauffer, Fachärztin für Allgemeine Innere Medizin, Angestellt in Ärzte-Gesundheitszentrum Lägern, Wetentalstrasse 2, 5420 Ehrendingen, ab sofort

Chantal Daria Rast, Fachärztin für Oto-Rhino-Laryngologie, Mitglied FMH, Angestellt in HNO am Rhy, Marktgasse 10, 4310 Rheinfelden, ab 01.05.2023

Magdalena Maria Roedel, Fachärztin für Radiologie, Belegärztin in Hirslanden Kinik Aarau, Schänisweg, 5001 Aarau, ab sofort

Katarzyna Helena Socha, Fachärztin für Kinder- und Jugendmedizin, Angestellt in ifa Institut für Arbeitsmedizin AG, Kreuzweg 3, 5401 Baden, ab sofort

David Winkler, Facharzt für Neurologie, Mitglied FMH, Praxiseröffnung in Neurologische Praxis Zofingen, Mühlethalstrasse 29, 4800 Zofingen, ab sofort

Als Chef- und Leitende ÄrztInnen:

Martin Alt, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin, Leitender Arzt in Reha Rheinfelden,

Salinenstrasse 98, 4310 Rheinfelden, ab 01.05.2023

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 ordentliche Mitglieder haben sich angemeldet:

Martina Correa, Fachärztin für Radiologie, Mitglied FMH, Lindenhofspital, Bremgartenstrasse 117, 3012 Bern

Mustafa Ghanem, Facharzt für Ophthalmologie, Augencentrum Zytglogge-Artemis, Casinoplatz 2, 3011 Bern

Theresa Schreder, Fachärztin für Pneumologie, Universitätsklinik für Pneumologie, Inselspital, Freiburgstrasse, 3010 Bern

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

Ärztegesellschaft des Kantons Luzern

Zur Aufnahme in unsere Gesellschaft Sektion Stadt hat sich gemeldet:

Sara Ardabili, Fachärztin für Gynäkologie und Geburtshilfe, Luzerner Kantonsspital, Frauenklinik, Spitalstrasse, 6000 Luzern 16

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:

Dalibor Dojcinovic, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin, Mitglied FMH, Bottighoferstrasse 2a, 8596 Scherzingen

Hans Reichardt, Facharzt für Radio-Onkologie / Strahlentherapie, Bannhalde 6, 8596 Scherzingen

Gerald Weber-Luxenburger, Facharzt für Neurologie und Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, Im Genslehorn 12, DE-78479 Reichenau

Waltraud Susanna Rautenberg, Fachärztin für Gynäkologie und Geburtshilfe, Gertwies 16, 8500 Frauenfeld

Marlon Goekcimen, Facharzt für Kardiologie und Facharzt für Allgemeine Innere Medizin, Mitglied FMH, Markkircherstrasse 5, 4055 Basel

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

Walliser Ärztegesellschaft / Société Médicale du Valais

Se sont annoncés comme candidats à l'admission à la Société Médicale du Valais :

Zur Aufnahme in die Walliser Ärztegesellschaft haben sich angemeldet:

Membres ordinaires / Ordentliche Mitglieder
Emanuel Stefan Alexe, 1978, Spécialiste en chirurgie pédiatrique, Sion
Raluca Alexe, 1980, Spécialiste en cardiologie, Sion

Nuria Bonvin-Mullor, 1963, Spécialiste en psychiatrie et psychothérapie et Spécialiste en psychiatrie de consultation et de liaison, membre FMH, Monthey

Monica Sofia Borges, 1988, Spécialiste en médecine interne générale, membre FMH, Crans-Montana

Salim Bouayed, 1965, Spécialiste en oto-rhinolaryngologie, membre FMH, Sion
Laetitia Catherine Calvi, 1980, Spécialiste en anesthésiologie, Grimsuat

Choukri Chadli, 1979, Spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, Sion

Hélène Chantal Chappuis Niquille, 1976, Spécialiste en médecine interne et Spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, membre FMH, Martigny

Jules Clément Louis Chauveau, 1982, Spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, membre FMH, Collombey
Dominique Jacques Delay, 1969, Spécialiste en chirurgie cardiaque et vasculaire thoracique, membre FMH, Sion

Personalien

Cécile De Sandre, 1988, Spécialiste en oto-rhino-laryngologie, membre FMH, Monthey
Bojan Djokic, 1985, Spécialiste en cardiologie, Sion
Stephane Olivier Douspis, 1974, Médecin praticien, Crans-Montana
Anette Escher, 1978, Spécialiste en oto-rhino-laryngologie, membre FMH, Sion
Joachim Friese, 1964, Facharzt für Chirurgie, Mitglied FMH, Bettmeralp
Pauline Raphaëlle Gay des Combes Gliven, 1989, Spécialiste en médecine interne générale, membre FMH, Martigny
Grégoire Luc Gex, 1975, Spécialiste en médecine interne générale et Spécialiste en pneumologie, membre FMH, Sion
Anne-Claire Julie Jacqueline Girard, 1985, Médecin praticien, Saint-Maurice
Manoëlle Godio Delay, 1971, Spécialiste en médecine interne générale et Spécialiste en médecine intensive, membre FMH, Sion
Bassel Hallak, 1973, Spécialiste en oto-rhino-laryngologie, membre FMH, Sion
Fouz Yamani Ép. Hammoud, 1969, Spécialiste en endocrinologie-diabétologie, Sion
Michèle Jean, 1977, Spécialiste en médecine interne générale, membre FMH, Sierre
Juri Olivier Jossen, 1990, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin, Leuk Stadt
Katia Simone Suzanne Journot Ép. Reverbel, 1984, Spécialiste en psychiatrie et psychothérapie d'enfants et adolescents et Spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, Sion
Alexey Lebedev, 1961, Facharzt für Urologie, Naters
Bernd Mensing, 1964, Praktischer Arzt FMH, Saas-Grund
Barbara Nietlispach Boller, 1971, Fachärztin für Gynäkologie und Geburtshilfe, Mitglied FMH, Visp
Michail Papadopoulos, 1965, Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, Zermatt
Mattia Peruzzo, 1984, Spécialiste en anesthésiologie, Saxon
Marie-Pierre Pont Perez, 1978, Spécialiste en psychiatrie et psychothérapie d'enfants et adolescents, Sierre
Adèle Deborah Rakosi, 1987, Spécialiste en dermatologie et vénérologie, Crans-Montana
Sharon Amirathi Ratnam, 1977, Spécialiste en pédiatrie, Sion
Franziska Richter, 1982, Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie, Mitglied FMH, Brig
Carolin Rossbach, 1977, Fachärztin für Anästhesiologie, Martigny
Gaëlle Rossier-Weatherill, 1990, Spécialiste en gynécologie et obstétrique, membre FMH, Sion

Catherine Audrey Marie-Nicole Roux-Lelièvre, 1973, Spécialiste en ophtalmologie, membre FMH, Martigny
Halyna Savchuk, 1989, Spécialiste en médecine interne générale, Sion
Bettina Schrag, 1976, Spécialiste en médecine légale, membre FMH, Sion
Jasmine Steiner-Noti, 1981, Fachärztin für Rechtsmedizin, Mitglied FMH, Sierre
Géraldine Jeanne Marie Thélin, 1983, Spécialiste en médecine interne générale, membre FMH, Vouvry
Sébastien Daniel Verdicq, 1977, Spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, Sion
Ana de Fatima Vilas Boas Cerruti-Sola, 1991, Spécialiste en médecine interne générale, membre FMH, Savièse
Myriam Léa Magdalena von Haller-Ladaïque, 1990, Spécialiste en ophtalmologie, Martigny
Yann Etienne Vuignier, 1986, Spécialiste en endocrinologie/diabétologie et Spécialiste en médecine interne générale, Sierre
Vincent Zablotz, 1989, Spécialiste en médecine interne générale, Haute-Nendaz
Andrea Zanetta, 1973, Spécialiste en anesthésiologie, Sion
Noémi Ana Zurron, 1971, Fachärztin für Anästhesiologie, Mitglied FMH, Grandvillard

Membres extraordinaires / Ausserordentliche Mitglieder

Marc Joseph Dominique de Smet, 1959, Spécialiste en ophtalmologie, membre FMH, Sion
Catherine Céline Vuala, 1971, Spécialiste en rhumatologie, membre FMH, Martigny

Les avis opposés à l'une ou l'autre admission sont à adresser au Secrétariat de la Société Médicale du Valais (Av. de France 8, 1950 Sion) dans un délai de 2 semaines après publication. Einsprachen gegen diese Aufnahmen sind innerhalb von 2 Wochen seit der Publikation schriftlich an das Sekretariat der VSÄG (Av. de France 8, 1950 Sion) einzureichen.

Ärztegesellschaft des Kantons Zug

Zur Aufnahme in die Ärzte-Gesellschaft des Kantons Zug als ordentliche Mitglieder haben sich angemeldet:

Stefan Diem, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin und Facharzt für Gastroenterologie, Mitglied FMH, VIARIVA Praxis für Gastroenterologie, Dorfplatz 2, 6330 Cham
Simone Frunz, Fachärztin für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, Mitglied FMH, Ortho Cham Zug, Rigistrasse 1, 6330 Cham
Marisa Christina Molinaro, Fachärztin für Kinder- und Jugendmedizin, Mitglied FMH,

Baarer Kinderarztpraxis, Rigistrasse 15, 6430 Baar

Corina Omlin, Fachärztin für Allgemeine Innere Medizin, Mitglied FMH, Praxis Herti, Hertzentrüm 12, 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.

FMCH erarbeitet Katalog für ärztliche Mehrleistungen

Krankenzusatzversicherung Die FINMA sieht umfassenden Handlungsbedarf bei Leistungsabrechnungen und erwartet Massnahmen von den Versicherern. Als Unterstützung hat die FMCH einen Katalog erarbeitet, der ärztliche Mehr- und Zusatzleistungen klar beschreibt.

Michele Genoni^a, Lukas Künzler^b, Florian Wanner^c, Andreas Roos^d

^a Prof. Dr. med., Präsident FMCH; ^b Dr. phil., Geschäftsführer FMCH; ^c lic. iur., Rechtsanwalt; ^d Dr. med., Senior Consultant FMCH

Der Bereich der Zusatzversicherungen (VVG) und die beteiligten Akteure (Zusatzversicherer und Leistungserbringer) stehen unter Druck: Die Eidgenössische Finanzmarktaufsicht FINMA hat 2020 im Rahmen ihrer Aufsichtstätigkeit Analysen und Vor-Ort-Kontrollen bei Krankenzusatzversicherern durchgeführt und sieht «umfassenden Handlungsbedarf bei Leistungsabrechnungen». Sie verlangt von den Versicherern, dass sie «nur Abrechnungen für echte Mehrleistungen ausserhalb der obligatorischen Krankenversicherung akzeptieren. Zudem haben die Versicherer sicherzustellen, dass die verrechneten Kosten in einem angemessenen Verhältnis zu den tatsächlichen Mehrleistungen stehen.» Weiter sollen die Versicherer «dafür sorgen, dass die Leistungserbringer transparente und nachvollziehbare Abrechnungen erstellen». Die FINMA erwartet eine «möglichst rasche und umfassende Bereinigung» und hat die Versicherer aufgefordert, die VVG-Verträge mit den Leistungserbringern entsprechend anzupassen [1].

Neues Branchen-Framework

Als Folge haben grosse Versicherer die entsprechenden Verträge mit Spitalern gekündigt. Der Schweizerische Versicherungsverband SVV hat zudem ein Branchen-Framework «Mehrleistungen VVG» [2] entwickelt, zu dem sich alle Zusatzversicherer verpflichtet haben und welches die Grundlage für zukünftige Tarifverträge bilden soll. Dieses Framework umfasst Grundsätze zur Definition, Bewertung, Abrechnung und Zukunft von Mehrleistungen

und gliedert die Mehrleistungen in die drei Kategorien ärztliche Leistungen, klinische Leistungen (organisatorische und prozessuale und Vorhalteleistungen) sowie Hotellerie/Komfort. Jeder Leistungserbringer muss das jeweilige Leistungsniveau der Obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) und darauf aufsetzend die VVG-Mehrleistungen aufzeigen. Die konkreten Leistungspakete und Preise werden in den Verhandlungen zwischen den einzelnen Versicherern und den einzelnen Leistungserbringern festgelegt, um auch wettbewerbsrechtliche Vorgaben einzuhalten.

Leistungskatalog als Arbeitshilfe

Als Dachverband hat sich die FMCH dieser relevanten gesundheitspolitischen Problematik angenommen. Mit Unterstützung und Federführung von PwC und mit breitem Einbezug von Leistungserbringern und Versicherern wurde ein Leistungskatalog erarbeitet, der ärztliche Mehr- und Zusatzleistungen im VVG-Bereich klar beschreibt und abgrenzt. Dieser Katalog dient als Unterstützung und Arbeitshilfe in der Erarbeitung und Strukturierung von ärztlichen Mehr- und Zusatzleistungen durch die einzelnen Leistungserbringer. Er soll auch als Grundlage verwendet werden können für die individuellen Verhandlungen zwischen Leistungserbringern und Versicherern. Der Katalog ist eine Empfehlung und Wegleitung. Er ist keine verbindliche Vorgabe; er stellt keine Tarifstruktur, keine Kalkulationshilfe und kein Preismodell dar. Die Abgeltung der Mehr- und Zusatzleistungen ist nachgelagert zwischen Leistungser-

bringer und Versicherer auszuhandeln, wobei die geltende Rechtsprechung [3] zu berücksichtigen ist.

Der Katalog kann die Verhandlungen zwischen Leistungserbringern und Versicherern erleichtern.

Nur ärztliche Mehr- und Zusatzleistungen

Der Leistungskatalog beinhaltet ausschliesslich ärztliche Mehr- und Zusatzleistungen. Die Kategorien «Hotellerie/Komfort» sowie «klinische Mehrleistungen» werden nicht adressiert. Ärztliche Mehrleistungen umfassen:

- Mehrleistungen im engeren Sinne (mit OKP-Leistungen verbunden)
- Zusatzleistungen (von OKP-Leistungen losgelöst).

Der Katalog umfasst fünf Kategorien von Mehr- und Zusatzleistungen, die pro Kategorie jeweils weiter in einzelne Leistungen aufgeteilt werden (Abbildung 1)

Primär für den stationären und den spitalambulanten Bereich werden die Kategorien erläutert und beispielhaft konkretisiert:

1. Optionen

Wahlmöglichkeit und Mitsprachemöglichkeit der Patientin oder des Patienten in Bezug auf behandelnde Ärzte oder die Behandlungsmethode.

- Freie Wahl des fallführenden Arztes, wel-

Organisationen

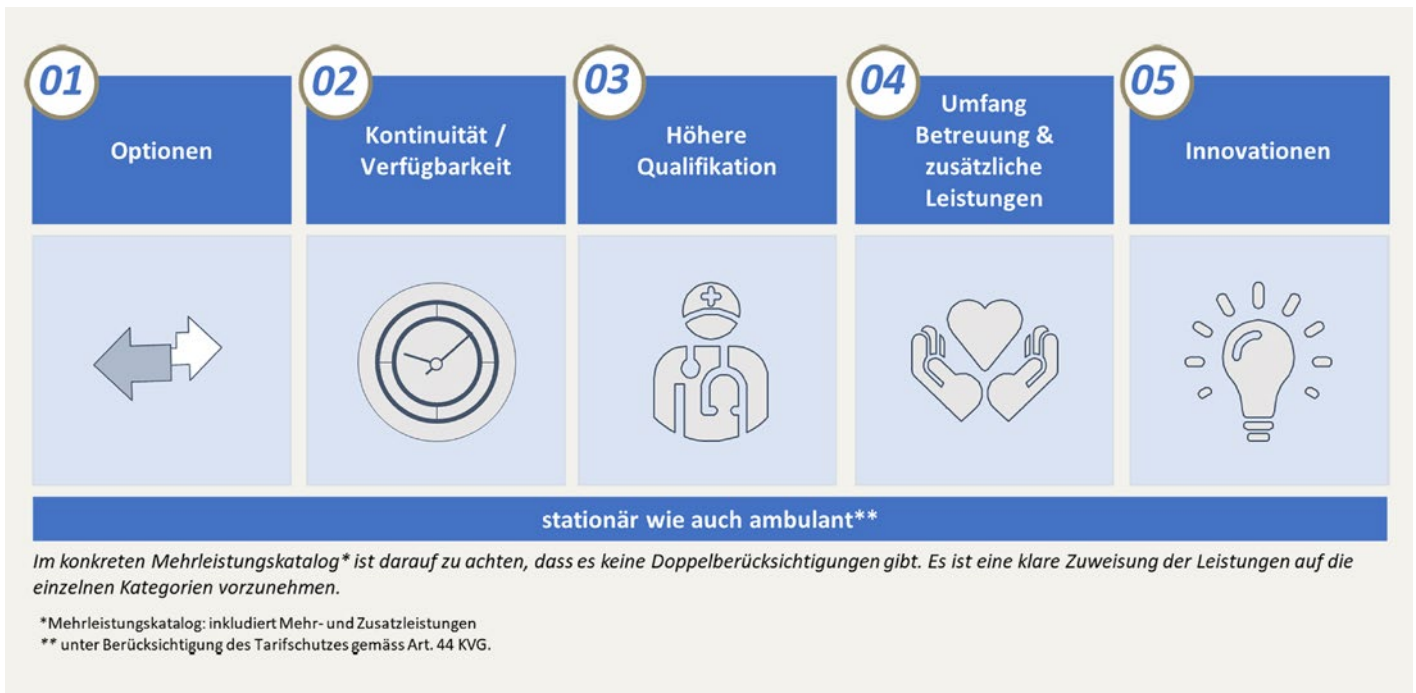


Abbildung 1: Schematische Übersicht der fünf Kategorien des Mehr- und Zusatzleistungskatalogs.

- cher das ärztliche Team zusammenstellt (mit Vetorecht für die Patientin / den Patienten); alternativ Wahl der zuständigen Fachärztinnen / Fachärzte (insbesondere Anästhesistinnen / Anästhesisten) durch Patient
- Gemeinsame Wahl der Behandlung zusammen mit der zuständigen Fachärztin / dem zuständigen Facharzt (zum Beispiel ambulant versus stationär; Operationsmethoden; Produktportfolio an Implantaten, Devices, Materialien; Wunsch-Anästhesie)
2. Kontinuität/Verfügbarkeit
- Kontinuität der medizinischen Betreuung durch die fallführende Ärztin / den fallführenden Arzt oder die zuständige Fachärztin / den zuständigen Facharzt (ambulante Abklärung und Betreuung vor Hospitalisation, Untersuchung, Befundung, Vor- und Nachbesprechungen, Operation, Visiten, Austrittsgespräch, nachgelagerte ambulante Betreuung)
 - Flexibilität bei Eintritts- und Behandlungsterminen (in Abstimmung mit Spital und soweit medizinisch vertretbar)
 - Individueller Tagesablauf (zum Beispiel Visite, Behandlungen)
 - Hohe Erreich- und Verfügbarkeit
3. Höhere Qualifikation
- Überdurchschnittliche Qualifikation der fallführenden Ärztin / des fallführenden Arztes
 - Überdurchschnittliche Qualifikation im erweiterten Ärzte-Team
 - Die überdurchschnittliche Qualifikation (allenfalls abgestuft nach Halbprivat- und

- Privat-Leistungen) muss spitalindividuell definiert werden.
4. Umfang der Betreuung und zusätzliche Leistungen
- Erhöhter Betreuungsumfang und Intensität der Behandlung über das OKP-Niveau hinaus, zudem Erbringung von Zusatzleistungen, die von OKP-Patienten nur gegen Selbstzahlerbeitrag in Anspruch genommen werden können und von der OKP nicht vergütet werden. Beispiele (nicht abschliessend):
- Dauer und Anzahl der Visiten
 - Mehrfacheingriffe (im stationären Bereich)
 - Erweiterte Konsilien und Zweitmeinungen
 - Interdisziplinäre Boards (soweit nicht gesetzlich in der OKP bereits vorgesehen) für Indikationsstellung, Erarbeitung des Behandlungskonzepts, Monitoring des Verlaufs und Erfolgskontrolle
 - Begleitung (und in definierten Einzelfällen auch Durchführung) von spezifischen pflegerischen und therapeutischen Tätigkeiten durch fallführenden Arzt oder zuständigen Facharzt zur Sicherstellung einer lückenlosen Kommunikation und einer ganzheitlichen Betreuung.
5. Innovation
- Innovative Prävention, Diagnostik, Behandlung und Nachsorge, die über das OKP-Leistungsniveau hinausgehen. Aktuelle Beispiele (nicht abschliessend):
- Virtuelle Konsultationen/Visiten und Remote Care
 - Einsatz von Robotik für Operationen (soweit nicht im OKP-Leistungsniveau enthalten)

- Pharmakogenetische Untersuchungen und Behandlungsvorschläge (zum Beispiel Therapieanpassungen)
 - Innovative, personalisierte Implantate
- Eine abschliessende Auflistung von Innovationen ist nicht möglich und auch nicht beabsichtigt. Der medizinische Fortschritt ist dynamisch, die Innovation von heute ist der Standard von morgen. Im FMCH-Ansatz wird ein rollender Prozess mit Checklisten vorgeschlagen, der den Leistungserbringern eine strukturierte Vorgehensweise für die Beurteilung und Aufnahme von Innovationen ermöglicht.

Die neuen Vorschläge sind primär auf das stationäre und spitalambulante Umfeld anwendbar.

Anwendungshinweise des Katalogs

Der Katalog für Mehr- und Zusatzleistungen ist primär auf das stationäre und spitalambulante Umfeld anwendbar. Auch im ambulanten Bereich sind Mehr- und Zusatzleistungen grundsätzlich möglich. Hier definiert die jeweils gültige ambulante Tarifstruktur das OKP-Leistungsniveau, auf dem Mehr- und Zusatzleistungen aufsetzen. Dabei ist insbesondere bei Mehrleistungen der Tarifschutz (Art. 44 KVG) zu beachten. So ist für die ambulante Behandlung die freie Wahl unter den zugelassenen Leistungserbringern gemäss Art. 41 Abs. 1 KVG schon in der OKP garantiert.

Die Mehr- und Zusatzleistungen müssen sich an den Bedürfnissen des Patienten und den Möglichkeiten des Spitals orientieren und ethisch und medizinisch vertretbar sein. Jeder Leistungserbringer muss sein OKP-Leistungsniveau aufzeigen und festlegen; die Mehr- und Zusatzleistungen setzen auf dem OKP-Niveau des jeweiligen Leistungserbringers auf. Das OKP-Leistungsniveau und die Aufnahmepflicht für OKP-Versicherte dürfen durch VVG-Mehrleistungen nicht beeinträchtigt werden. Die regulatorischen und gesetzlichen Rahmenbedingungen sind einzuhalten.

Die konkrete Definition und Umsetzung der Mehr- und Zusatzleistungen hängt von den organisatorischen und prozessualen Möglichkeiten des jeweiligen Leistungserbringers und auch von den Anforderungen und der Ausgestaltung der VVG-Produkte der einzelnen Versicherer ab. Den Unterschieden zwischen öffentlichen Spitälern (mit Chefarztsystem und Spezialdisziplinen) und Privatkliniken (mit Belegarztsystem) ist Rechnung zu tragen. Beispielsweise muss die Mehrleistung einer erhöhten Verfügbarkeit (im Maximalfall einer «Rund

um die Uhr Verfügbarkeit» für Privat-Patientinnen und -Patienten) von jedem Leistungserbringer nach seinen Möglichkeiten definiert und umgesetzt werden.

Die Aufnahme von Innovationen in den VVG-Leistungskatalog richtet sich ebenfalls nach den Möglichkeiten (Grösse, Spezialisierung, Forschungsschwerpunkte) des jeweiligen Spitals.

Ob und in welcher Form eine Differenzierung zwischen Halbprivat- und Privat-Leistungen möglich und sinnvoll ist, muss spitalindividuell und in Abstimmung mit den einzelnen Krankenversicherern festgelegt werden.

Zusammenfassend bedeutet dies, dass Mehr- und Zusatzleistungen auf dem OKP-Leistungsniveau des jeweiligen Leistungserbringers aufgesetzt und spital- und versicherungsspezifisch erarbeitet, festgelegt und umgesetzt werden müssen.

Eine begrüßte Initiative

Der Schweizerische Versicherungsverband SVV begrüßt die Bestrebungen seitens FMCH sehr, einen FINMA-konformen VVG-Mehr-

leistungskatalog zu erarbeiten. FMH und H+ unterstützen den Katalog der FMCH als pragmatische und strukturierte Arbeitshilfe für die Leistungserbringer und als nützliche Grundlage für die individuellen Tarifverhandlungen.

Der detaillierte Katalog für ärztliche Mehr- und Zusatzleistungen VVG steht unter www.fmch.ch/VVG als Download zur Verfügung. Er wird periodisch überprüft und aktualisiert.

Korrespondenz

lukas.kuenzler[at]fmch.ch



Literatur

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

Anzeige

Handbuch Nephrologie – Ein Leitfaden

Das kompakte Nephrologie-Handbuch

Patricia Hirt-Minkowski (Hrsg.)



Die Betreuung von nierenkranken Patient:innen bedeutet im klinischen Alltag oft eine Herausforderung. Dies hat die Autorin angespornt ein Nephrologie-Handbuch zu schreiben, das sich an Ärzt:innen, aber auch an Pflegefachkräfte sowie an alle Interessierten richtet. Es soll eine kompakte Hilfestellung bei nephrologischen Patient:innen und deren Behandlung im praktischen Alltag bieten.

Die vorliegende 4. Auflage wurde umfassend inhaltlich aktualisiert, um den neuen Erkenntnissen und Behandlungsfortschritten in der Nephrologie gerecht zu werden. Alle Kapitel wurden überarbeitet und durch neue Tabellen, Abbildungen und Algorithmen ergänzt.

Bei Bestellung erhalten Sie einen Code, welcher den Zugang zur zugehörigen App ermöglicht.

app.nephrologiehandbuch.ch

SCAN ME



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



© Nikolay Litov / Dreamstime

Die Stärkung der Patientenperspektive durch den vermehrten Einsatz von PROMs ist zentrales Handlungsfeld der aktuellen Qualitätsstrategie des BAG.

Qualität aus Patientenperspektive

PROMs Dank Patient Reported Outcome Measures erhält die Patientenperspektive in der Qualitätsbeurteilung von Gesundheitseinrichtungen und -angeboten ihren festen Platz. Gleichzeitig stellen diese Indikatoren Health Care Professionals, Direktionen und Public-Health-Organisationen vor neue Herausforderungen.

Luise Menzi^a, Annette Egger^b, Anke Scheel-Sailer^c, Thomas Sigrist^d, Stephan Tobler^e, Jan Vontobelf^f, Stefanie Köhn^g

^a Dr. phil., Dozentin, Berner Fachhochschule, Bern; ^b MPH, Leiterin Qualitätsmonitoring Nordwestschweizerische Spitäler, Gesundheitsdepartement Basel-Stadt; ^c KD Dr. med., Leitende Ärztin Rehabilitation, Schweizer Paraplegiker-Zentrum, Nottwil; ^d Dr. med., Leiter Departement Innere Medizin und Chefarzt Pneumologie, Klinik Barmelweid AG; ^e Dr. phil., Leitung Rehabilitation, ANQ, Bern; ^f Dr. med., Chefarzt Kardiologie, Hochgebirgsklinik Davos; ^g Wissenschaftliche Mitarbeiterin, Charité – Universitätsmedizin Berlin, Institut für Medizinische Soziologie und Rehabilitationswissenschaft

Die wertvollen Diskussionen im Qualitätsausschuss Rehabilitation des ANQ mit Dr. sc. med. Gavin Brupbacher, Dr. med. Stefan Goetz, Angelina Hofstetter, Barbara Lüscher, Dr. med. Christian Sturzenegger und den oben aufgeführten Autorinnen und Autoren bilden die Grundlage dieses Artikels.

Patient Reported Outcome Measures (PROMs) geben Patientinnen und Patienten die Möglichkeit, ihre Perspektive strukturiert in die Behandlung einzubringen und ihre Lebensqualität und/oder ihren Gesundheitszustand gezielt zu reflektieren. Für Health Care Professionals ergänzen sie die behandlungsrelevanten Informationen. Auf Ebene von Gesundheitsorganisationen können PROMs für klinische

Eine Herausforderung der Nutzung von PROMs sind die teilweise sehr hohen Non-Response-Quoten.

Studien und Qualitätsverbesserungen genutzt werden; auf Ebene des nationalen Gesundheitssystems können sie für Leistungsbeurteilungen und zur Bewertung des Kosten-Nutzen-Verhältnisses hinzugezogen werden [1]. Die Stärkung der Patientenperspektive durch den vermehrten Einsatz von PROMs ist zentrales Handlungsfeld der aktuellen Qualitätsstrategie des Bundesamts für Gesundheit (BAG) [2]. PROMs haben sich in

den letzten Jahren in verschiedenen Qualitätsentwicklungsverfahren, Qualitätsinitiativen und im klinischen Management etabliert. Nichtsdestotrotz treten bei der Implementierung noch viele Herausforderungen auf.

Der Nationale Verein für Qualitätsentwicklung in Spitälern und Kliniken ANQ koordiniert und realisiert im Auftrag der Leistungserbringer und Kostenträger seit mehr als zehn Jahren national vergleichende Qualitätsmessungen in der stationären Akutsomatik, Psychiatrie und Rehabilitation und veröffentlicht die Messergebnisse transparent mit Spital- und Kliniknamen [3]. In der kardialen, pulmonalen und psychosomatischen Rehabilitation setzt der ANQ PROMs ein, um die subjektiv wahrgenommene Lebensqualität, Angst und Depression sowie die Beeinträchtigung durch somatische Beschwerden zu erheben. Künftig soll in allen Rehabereichen die Qualität in einer Kombination aus Patientenperspektive mittels PROMs und Behandlerperspektive mittels Clinical Reported Outcome Measures (CROMs) erfasst werden. Im Frühling 2023 startet ein ANQ-Pilotprojekt die Datenerhebung, das die Eignung des generischen PROMs PROMIS GH-10 zur Abbildung

der gesundheitsbezogenen Lebensqualität in allen Rehabereichen testet [4].

Hohe Non-Response-Quoten

Eine Herausforderung der Nutzung von PROMs sind die teilweise sehr hohen Non-Response-Quoten, das heisst der Anteil an fehlenden Antworten der angefragten Patientinnen und Patienten. Die Charité – Universitätsmedizin Berlin analysierte im Auftrag des ANQ-Qualitätsausschusses Rehabilitation die Prädiktoren (Vorhersagevariablen) für Non-Response. Dafür wertete sie 24 572 Datensätze des krankheitsspezifischen PROMs MacNew Heart Disease Lebensqualitätsfragebogen (MacNew) von Patientinnen und Patienten in der stationären kardialen Rehabilitation zwischen 2016 und 2019 aus [5]. Der MacNew wurde ursprünglich für kardiale Patientinnen und Patienten nach akutem Herzinfarkt entwickelt und erfasst ihre subjektiven Einschätzungen und Bewertungen zu einer Reihe von Problemen in Zusammenhang mit dem Herzinfarkt [6, 7]. Die Untersuchung der Charité zur Non-Response des MacNew in der kardialen Rehabilitation zeigte sowohl auf Patientenebene als

Tabelle: Prädiktoren für Non-Response beim MacNew in der stationären kardialen Rehabilitation (Ergebnisse eines logistischen Regressionsmodells basierend auf Daten der ANQ-Messungen kardiale Rehakliniken 2016-2019; adaptierte Darstellung von Tabelle 2 aus [5])

Prädiktor	Einfluss auf non-response MacNew Heart	
Geschlecht (Ref: männlich)	Weiblich	↑
Alter	höheres Alter in Jahren	↑
Sprache (Ref: «Native Speaker»)	Deutsch, Französisch, Italienisch nicht als Muttersprache	↑
Versicherungsklasse (Ref: (halb-) privat versichert)	allgemein versichert	↑
Rehadauer	längere Rehadauer in Tagen	n.s.
Aufenthaltsort vor Eintritt (Ref: Zuhause)	Akutsptial	↑
Aufenthaltsort nach Austritt (Ref: Zuhause)	Akutsptial	↑
Komorbidität: CIRS-Gesamtscore	höherer CIRS-Gesamtscore in Punkten	↑
Diagnosegruppe (Ref: Chronisch ischämische Herzkrankheit)	Weitere ischämische Herzkrankheiten	n.s.
	Nicht-rheumatische Mitralklappenkrankheiten	↓
	Nicht-rheumatische Aortenklappenkrankheiten	n.s.
	Sonstige Formen Herzkrankheit	↑
	Krankheiten Arterien, Arteriolen & Kapillaren	↑
	Weitere Herzerkrankungen	↑
	Sonstige Erkrankungen	↑

Ref = Referenzkategorie, CIRS = Cumulative Illness Rating Scale; ↑ = statistisch signifikant höhere Chance für non-response bei Vorliegen dieses Merkmals; ↓ = statistisch signifikant niedrigere Chance für non-response bei Vorliegen dieses Merkmals; n.s. = nicht signifikant

Organisationen

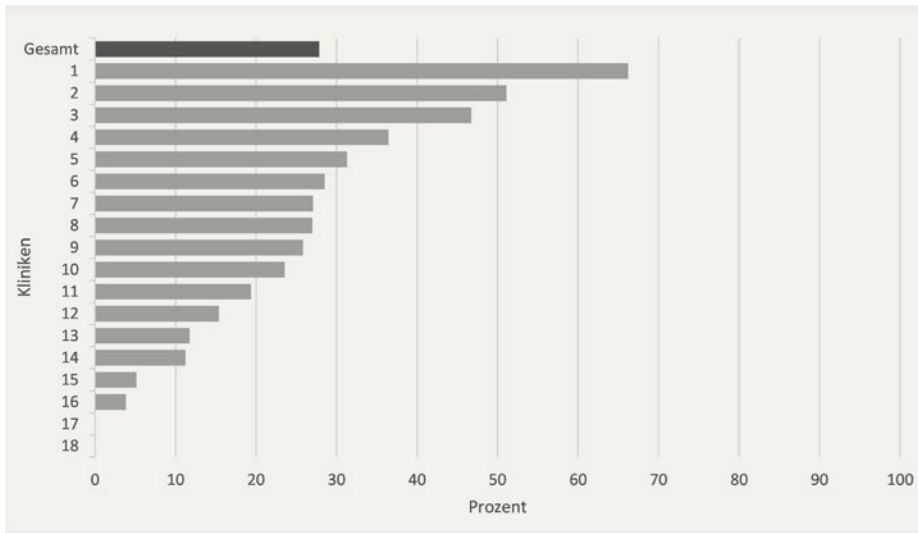


Abbildung: Non-Response-Quoten MacNew-Stichprobe im Klinikvergleich, Kardiologie Rehabilitation 2021 (adaptierte Darstellung von Abbildung 3 aus [11]).

auch auf Klinikebene Unterschiede in den Non-Response-Quoten. Die Analysen identifizierten auf Patientenebene folgende Merkmale als relevante Prädiktoren für Non-Response des MacNew: weibliches Geschlecht, höheres Alter, Fremdsprachigkeit, allgemein versichert, schlechterer Gesundheitszustand und gewisse Krankheiten (Tabelle) [5].

Die Gefahr besteht, dass Patientenkollektive mit diesen und weiteren Merkmalen wie eingeschränkter kognitiver Funktionsfähigkeit, niedrigem Bildungsstand oder Nichtzugehörigkeit zur Mehrheitskultur im klinischen Behandlungspfad und im nationalen Klinikvergleich nicht adäquat abgebildet werden.

Diese Erkenntnisse haben eine erhebliche praktische Implikation. Gerade bei den erwähnten Patientengruppen kann eine adäquate Begleitung durch die Health Care Professionals eine Überforderung vermeiden, die schnell in eine Ablehnung der PROMs mündet [8]. Konkrete Massnahmen können einen fixen Termin im Patienten-Tagesplan, einen ruhigen Raum für das Ausfüllen der PROMs, Fragebogen in verschiedenen Sprachen oder einen einfach zu erfassenden Online-Fragebogen beinhalten. Sobald Health Care Professionals aber beim Ausfüllen der Fragebogen helfen, könnte ein Bias die Daten verfälschen. Um Patientinnen und Patienten zur Teilnahme zu motivieren und ihre Perspektive ausreichend abzubilden, sind eine Kultur der Wertschätzung sowie die Sensibilität und Motivation der Health Care Professionals, der Klinikdirektionen und weiterer Stakeholder (zum Beispiel Fachgesellschaften, Zuweiser, Tarifpartner) zentral [9, 10].

Die Analyse der ANQ-Daten zeigte den Klinikfaktor als entscheidenden Prädiktor für Non-Response bei PROMs (Abbildung). Die Unterschiede zwischen den Kliniken können nicht aus

den vorhandenen patientenbezogenen Daten erklärt werden. Deshalb steht die Vermutung im Raum, dass es in den Kliniken unterschiedliche Umsetzungsstrategien gibt und dass sich diese auf die Non-Response-Quoten auswirken.

Führung als Erfolgsfaktor

Aktuelle Forschungsliteratur weist darauf hin, dass die Einstellung der Führung gegenüber der Patientenperspektive entscheidend für die erfolgreiche Implementierung von PROMs im Klinikalltag ist [8, 12]. Betrachtet die Direktion die Patientenperspektive als wichtig und nützlich, entsteht eine PROMs-fördernde Betriebskultur und ein patientenzentriertes Management. Es werden interne Verfahrensregelungen

Die Einstellung der Führung gegenüber der Patientenperspektive ist entscheidend für die erfolgreiche Implementierung von PROMs.

zu PROMs definiert und finanzielle Mittel, zum Beispiel für die digitale Einbettung der Assessments oder für die Schulungen der Mitarbeitenden, gesprochen. Wenn Health Care Professionals die Patientenperspektive hoch bewerten und die PROMs-Ergebnisse unmittelbar in die Behandlung einfließen, vermitteln sie Kolleginnen und Kollegen sowie Patientinnen und Patienten, dass sich das Ausfüllen der Fragebogen lohnt. Die klinikinterne Haltung zu PROMs schlägt sich deutlich in den Non-Response-Quoten nieder. Diese Quoten können deshalb Grundlage interner Verbesserungsprozesse bilden. Zudem ermöglichen sie interklinische Vergleiche.

Gemeinsam in der Verantwortung

Es wird immer einen gewissen Anteil an Patientinnen und Patienten geben, die das Ausfüllen von PROMs-Fragebogen ablehnen beziehungsweise nicht in der Lage sind, den Fragebogen zu verstehen und auszufüllen. Wenn der messbare Patientenblickwinkel wirkliche Wertschätzung

Für die Stärkung von PROMs ist eine übergeordnete Koordination auf nationaler Ebene zwingend notwendig.

in der Gesundheitsversorgung erfahren soll, sollten diese Assessments den Patientinnen und Patienten direkt zugutekommen, zwingend in die klinischen Behandlungspfade eingebunden und die Ergebnisse für die klinikinterne kontinuierliche Qualitätsentwicklung genutzt werden. Wünschenswert ist, dass die mit der PROMs-Implementierung und -Erhebung verbundenen Mehraufwände der Leistungserbringer anerkannt und vergütet werden. Bestimmte PROMs-Herausforderungen diskutiert der ANQ aktuell für seine Messvorgaben, etwa zusätzliche Sprachversionen der Fragebogen. Für die Stärkung von PROMs ist es jedoch unerlässlich, dass sich alle an der Patientenbehandlung unmittelbar oder mittelbar Beteiligten für die zunehmende Implementierung einsetzen. Diese Initiative kann in der häufig intersektoralen Behandlungskette nicht von einem Leistungserbringer beziehungsweise einem Player allein umgesetzt werden. Vielmehr ist eine übergeordnete Koordination zwingend notwendig – auch um eine Überforderung der Patientinnen und Patienten mit zu vielen Fragebogen zu vermeiden. Diese Koordination ist – ganz im Sinne der Teilrevision des Krankenversicherungsgesetzes KVG [13] zur Stärkung der Qualität – auf nationaler Ebene anzusiedeln.

Korrespondenz

stephan.tobler[at]janq.ch



Literatur

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



© Kurpanat Pheuphong / Dreamstime

Immer wieder gibt es Forderungen nach Strategien zur Kostendämpfung für psychiatrisch-psychotherapeutische Leistungen.

Ist eine «hohe Inanspruchnahme» gleich Überversorgung?

Versorgungssteuerung Psychiatrisch-psychologische Leistungen werden laut einem Bericht zur Dichte der ambulanten medizinischen Versorgung in den einzelnen Kantonen teilweise überdurchschnittlich in Anspruch genommen. Der Umfang der bereitgestellten Ressourcen wäre somit nicht bedarfsgerecht. Aber ist das wirklich der Fall?

Christian Huber^a, Alexandre Wullschleger^b, Stefan Kaiser^c, Michael Kaess^d, Kerstin von Plessen^e, Erich Seifritz^f, Undine Lang^g

^a Prof. Dr. med., Chefarzt und stellvertretender Klinikdirektor, Universitäre Psychiatrische Kliniken (UPK) Basel, Universität Basel; ^b Dr. med., Leitender Arzt, Abteilung Psychiatrie, Universitätsspital Genf (HUG), Universität Genf; ^c Prof. Dr. med., Chefarzt, Abteilung Psychiatrie, Universitätsspital Genf (HUG), Universität Genf; ^d Prof. Dr. med., Direktor und Chefarzt der Universitätsklinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie, Universitäre Psychiatrische Dienste (UPD) Bern, Universität Bern; ^e Prof. Dr. med., Abteilung Psychiatrie, Universitätsspital Lausanne (CHUV), Universität Lausanne; ^f Prof. Dr. med., Psychiatrische Universitätsklinik (PUK) Zürich, Universität Zürich; ^g Prof. Dr. med., Klinikdirektorin, Universitäre Psychiatrische Kliniken (UPK) Basel, Universität Basel

Die Kosten im schweizerischen Gesundheitssystem sind von 2016 bis 2020 um circa 2,3% pro Jahr gestiegen und lagen 2020 mit 804 Franken pro Monat und Einwohner bei 11,8% des Bruttoinlandsproduktes [1]. Relativ stabil um die 6,5% der Gesamtkosten der obligatorischen Krankenversicherung werden dabei durch die psychiatrisch-psychotherapeutische Versorgung der Bevölkerung verursacht, wovon 43% auf ambulante psychiatrische Praxen, 36% auf die stationäre psychiatrische Spitalversorgung und 21% auf die ambulante psychiatrische Spitalversorgung entfallen [2]. Die Kosten für die psychiatrisch-psychotherapeutische Versorgung unterliegen also einer vergleichbaren Kostensteigerung wie die der allgemeinen Gesundheitsversorgung.

Ein Abbau von vermeintlichen Überkapazitäten reduziert zwar Kosten, kann aber zahlreiche negative Auswirkungen haben.

Ambulante Versorgung

Immer wieder gibt es daher Forderungen nach Strategien zur Kostendämpfung für psychiatrisch-psychotherapeutischen Leistungen. Als Grundlage für regulatorische Eingriffe wurden in den letzten Jahren mit hohem Aufwand Datenanalysen durchgeführt. Im Auftrag des Bundesamts für Gesundheit (BAG) erstellten das Schweizerische Gesundheitsobservatorium (Obsan) und die BSS Volkswirtschaftliche Beratung 2022 einen Bericht zur Dichte der ambulanten medizinischen Versorgung in den einzelnen Kantonen. Dabei wurde auf Basis der tatsächlichen Nutzung des Gesundheitssystems ein «nationales Regressionsmodell» erstellt, das «als erklärende Variablen» für unterschiedliche Nutzung «demografische Merkmale (Alter, Geschlecht), morbiditätsbezogene Indikatoren (Jahresfranchise, Spitalaufenthalt im Vorjahr, Medikamentenkosten im Vorjahr) sowie Variablen zum sozialen Netzwerk und zum kulturellen Hintergrund (Nationalität, Haushaltgrösse und -typ, Zivilstand) berücksichtigt» [3]. Für die Psychiatrie und Psychotherapie wurden aus dem Verhältnis zwischen beobachtetem Leistungsvolumen und dem sogenannten bedarfsadjustierten Leistungsvolumen Versorgungsgrade zwischen 47% (Glarus) und 150% (Genf) ermittelt [3], für die Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie Versorgungsgrade zwischen 27% (Obwalden) und 189% (Genf) [3]. Diese Auswertung soll nun gesamtschweizerisch zur Grundlage der Bedarfsplanung und Obergrenzenbestimmung [4] für die ambulante psychiatrisch-psychotherapeutische Versorgung (sowohl

in privater als auch in öffentlicher Trägerschaft) herangezogen werden. Zwar bestehen kantonale Gestaltungsmöglichkeiten, beispielsweise in Form eines spezifischen Korrekturfaktors, aber dennoch wird damit der statistisch korrigierte Status Quo des Nutzungsverhaltens in der Schweiz zum Soll der zukünftigen ambulanten Versorgung gemacht.

Über-, Unter- und Fehlversorgung?

Bereits in den Anmerkungen zum Obsan-Bericht wird darauf hingewiesen, dass ein Versorgungsgrad von kleiner als 100% nicht als Unter- und ein Versorgungsgrad von über 100% nicht als Überversorgung interpretiert werden kann, sondern zunächst einmal nur eine durch statistische Korrektur nicht erklärte unter- oder überdurchschnittliche Inanspruchnahme im Verhältnis zum statistischen Mittel der Schweiz widerspiegelt [3]. Diese Einschränkung wird leider in der politischen und medialen Diskussion rasch wieder vergessen. Unterschiede, die allein durch soziodemografische Variablen nicht statistisch erklärbar sind, werden als hohe Inanspruchnahme interpretiert, die «nicht medizinisch begründbar ist». «Der Umfang der für diese Leistungen bereitgestellten [Ressourcen] wäre somit nicht bedarfsgerecht.» [5] Gegen diese Interpretation sprechen jedoch mehrere Gründe.

Zum einen unterliegt die verwendete Methodik zahlreichen Limitationen. Sie bezieht nur einen kleinen Teil der patientenbezogenen Einflussfaktoren auf das Nutzungsverhalten in die Analysen mit ein (zum Beispiel nicht den Anteil von Personen mit Migrationshintergrund) und berücksichtigt unterschiedliche regionale Gegebenheiten (beispielsweise den Grad der Urbanität/Ländlichkeit) und Schnittstellen im Versorgungssystem (beispielsweise die Interaktion mit der psychologisch-psychotherapeutischen Versorgung) ungenügend. Zusätzlich wird die Inanspruchnahme gemittelt über alle Patientengruppen betrachtet, die innerhalb derselben Alters- und Diagnosegruppe ganz unterschiedlich versorgt sein können. Bekannt ist beispielsweise die Unterversorgung von Menschen mit schweren chronischen psychiatrischen Erkrankungen (SPMI) auch bei guter Ressourcenverfügbarkeit. Ausserdem beruhen die Auswertungen auf einem rein nationalen Vergleich, ohne die internationale Perspektive mit einzu beziehen. Zudem handelt es sich um eine rein quantitative Betrachtung der psychiatrisch-psychotherapeutischen Versorgung, ohne dass Inhalte und Qualität mit einbezogen werden können und ohne Berücksichtigung der Komplexität psychiatrischer Symptomatik, die sich bei Patientinnen und Patienten im privaten und öffentlichen ambulanten Bereich stark unterscheidet.

Zum zweiten beruht die Ermittlung des Soll an psychiatrisch-psychotherapeutischen Ressourcen am überkantonalen Vergleich auf einem Denkfehler. Die durchschnittliche Nutzung von Gesundheitsressourcen ist weder identisch mit dem wirtschaftlichen noch mit dem klinischen Optimum der Versorgung. Denn unklar ist, ob die ambulante psychiatrisch-psychotherapeutische Versorgung im schweizweiten Mittel a priori als ausreichend oder sogar «ideal» angenommen werden kann. Die durchschnittliche Inanspruchnahme könnte beispielsweise gesamtschweizerisch niedriger als eigentlich erforderlich sein, weil die Inanspruchnahme aufgrund von Stigmatisierung und Barrieren für benachteiligte Personengruppen erschwert wird. Es könnte aber auch schweizweit eine zu hohe Inanspruchnahme des Systems bestehen. Internationale Vergleiche könnten die ambulante Versorgung der Schweiz im Vergleich zu anderen Ländern aufzeigen und hiermit einen Indikator für die Versorgungsdichte im Allgemeinen darstellen. Aber auch hier kann es zu problematischen Fehlschlüssen kommen: Da derzeit nahezu in der gesamten westlichen Welt über mangelnde ambulante Kapazitäten in der psychiatrisch-psychotherapeutischen Versorgung berichtet wird, könnte auch hier ein global zu niedriges Mittel als «Goldstandard» herangezogen werden. Zudem sind internationale Vergleiche aufgrund der unterschiedlichen Gesundheitssysteme (zum Beispiel mit unterschiedlichem Ausbaugrad des ambulanten Sektors) oft schwierig.

Eine Depression zu behandeln kostet im Schnitt weniger als die finanziellen Belastungen durch die Ausfälle am Arbeitsplatz.

Ressourcenabbau hat negative Folgen

Bei oben skizzierter Interpretation der heutigen Daten hätten diese wahrscheinlich einen Abbau von ambulanten psychiatrisch-psychotherapeutischen Ressourcen in den heute als «überversorgt» deklarierten Kantonen zur Folge. Ein Abbau von vermeintlichen Überkapazitäten kann neben der angestrebten Reduktion an direkten Gesundheitskosten jedoch eine Vielzahl von negativen Auswirkungen haben: Insbesondere bei Menschen, denen es schwerfällt, psychiatrisch-psychotherapeutische Hilfe in Anspruch zu nehmen, wird sich der Leidensweg bis zu einer suffizienten Behandlung verlängern [6–8]. Stattdessen werden kompensatorisch andere Strukturen (zum Beispiel niederschwellige Sozialeinrichtungen, somatisches Notfallsystem) genutzt – mit insgesamt höheren direkten

Organisationen

Gesundheitskosten und schlechterem Behandlungsergebnis und damit höheren indirekten Kosten. Die Verfügbarkeit von niederschweligen Angeboten steht zudem mit dem Suizidrisiko und der Sekundärprophylaxe nach Suizidversuch in Zusammenhang [9, 10]. Darüber hinaus ist bekannt, dass eine gute ambulante Versorgung Zwangsmassnahmen in der Psychiatrie reduzieren kann [11–13] und dass eine Reduktion der Versorgungskapazität Zwangsmassnahmen begünstigt [14, 15]. Insgesamt zeigen internationale Erfahrungen, dass ein breites, bedürfnisangepasstes Spektrum an ambulanten und intermediären Angeboten für eine leicht zugängliche und qualitativ hochstehende Versorgung entscheidend ist.

Primär volkswirtschaftliche Motivation?

Treibender Faktor dafür, eine vermeintliche Überversorgung zu identifizieren, ist zweifelsohne die wirtschaftliche Finanzierbarkeit des schweizerischen Gesundheitssystems. Dabei sind jedoch – leider – aktuell praktisch ausschliesslich die direkten Kosten im jeweiligen Versorgungssektor eines Fachgebietes im Blick. Eine Verschiebung von direkten Kosten in andere Fachgebiete (zum Beispiel durch Inanspruchnahme von Hausarztmedizin oder Notfallversorgung anstatt von psychiatrisch-psychotherapeutischer Versorgung) wird selten mitbedacht. Eine wirtschaftliche Abwägung des «return of investment» wird nicht unternommen, sei es in Bezug auf die Optimierung aufgewendeter Kosten in Hinsicht auf gewonnene Quality Adjusted Life Years, sei es in Bezug auf indirekte Gesundheitskosten. Das ist wiederum volkswirtschaftlich nicht sehr sinnvoll, denn bekanntermassen sind die durch psychiatrische Erkrankungen verursachten indirekten Kosten (durch

Es gibt Versorgungslücken in der Erwachsenen- und Kinder- und Jugendpsychiatrie, insbesondere für sehr benachteiligte Gruppen.

Arbeitsausfall, Nutzung der Sozialversicherungssysteme, fehlenden Finanzierungsbeitrag durch frühzeitige Berentung, etc.) ungleich höher als die direkten Kosten [16]. Die Behandlung einer Depression in der Schweiz kostet beispielsweise im Schnitt weniger als alleine schon die finanziellen Belastungen durch die Ausfälle am Arbeitsplatz [17]. Die Frage, was in dieser Hinsicht eine volkswirtschaftlich optimale psychiatrisch-psychotherapeutische Versorgung ist, steht leider bislang nicht im Fokus.

Was ist zu tun?

Es ist unbestritten, dass es zur Finanzierbarkeit des Gesundheitssystems einer Steuerung der Versorgung bedarf und dass es im schweizerischen System zu Über-, Unter- und Fehlversorgung kommt [18]. Trotz einer für manche Kantone postulierten Überversorgung gibt es dabei

Aus dem Ist auf das Soll zu schliessen bleibt auch bezüglich der psychiatrischen Versorgung ein Irrweg.

gleichzeitig Hinweise auf deutliche Versorgungslücken in der Erwachsenenpsychiatrie und Kinder- und Jugendpsychiatrie [19], die sich im Rahmen der COVID-19-Pandemie weiter vergrössert haben, insbesondere für bereits sehr benachteiligte Gruppen wie Menschen mit SPMI, Patientinnen und Patienten mit Abhängigkeitserkrankungen, Kinder und Jugendliche, ältere Menschen und Menschen in ländlichen Regionen.

Die Berechnungsbasis für eine Versorgungssteuerung aufgrund von statistisch angepassten Modellen des Status Quo des Inanspruchnahmeverhaltens hat sicher ihren Wert als datenbasierte Leitschnur mit deutlichen Limitationen für den von den Kantonen und vom Bund geführten Diskurs mit den Parteien im Gesundheitssystem, auf welchem Weg Kostendämpfung und -reduktion angegangen werden können. Sie alleine – auch wenn es gelingt, sie weiter zu verbessern – ist aber kein Weg zu einer guten oder gar zu einer klinisch oder wirtschaftlich optimalen psychiatrisch-psychotherapeutischen Versorgung. Das sollte transparent benannt werden. Aus dem Ist auf das Soll zu schliessen bleibt auch bezüglich der psychiatrischen Versorgung ein Irrweg.

Zu wünschen wäre ein inhaltlich gesteuerter Diskurs, wie eine optimale psychiatrisch-psychotherapeutische Versorgung beschaffen sein könnte und der Weg für dieses Ziel geebnet werden kann. Änderungen am dysfunktionalen Vergütungssystem, das immer noch «ambulant vor stationär» und intermediäre Angebote behindert, wären beispielsweise ein Weg, den Akteuren im Gesundheitssystem die Mittel an die Hand zu geben, eine solche Richtung selbst einzuschlagen. Dabei dürfen die Vergütungssysteme keine Fehlanreize setzen, damit die Behandlerinnen und Behandler von Menschen mit komplexen psychischen Erkrankungen wirtschaftlich nicht schlechter gestellt werden. Versorgungsmotivierte Anreize und neue Finanzierungsmodelle könnten zusätzlich helfen, die sektor- und institutionsübergreifende

Zusammenarbeit zu optimieren. Hierfür müssten schweizweit wissenschaftlich fundierte Grundprämissen für die Versorgung erarbeitet werden.

Korrespondenz

christian.huber[at]unibas.ch

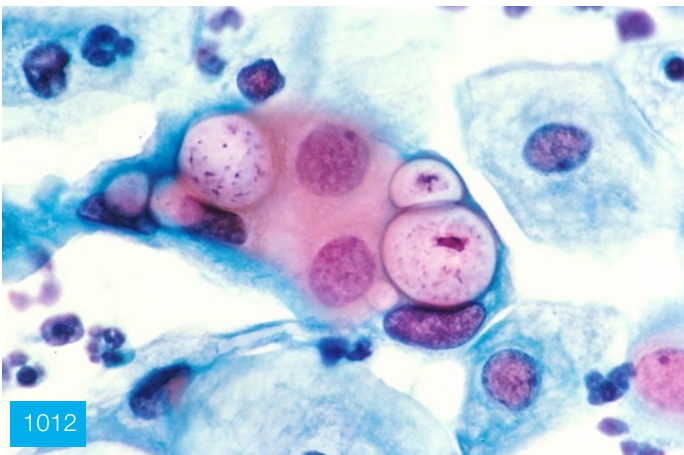


Literatur

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

SWISS MEDICAL FORUM

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

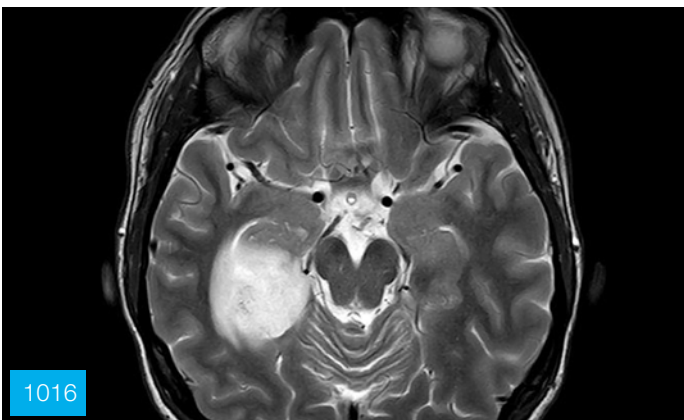


1012

Chlamydien als Zoonoseerreger

Unterschätzte Gefahr Bei Patientinnen und Patienten mit Pneumonie sollten neben den häufigen Erregern differentialdiagnostisch auch zoonotische Chlamydien in Betracht gezogen werden, vor allem bei Personen mit direktem Kontakt zu Wirtstieren. Dieser Übersichtsartikel präsentiert den aktuellen Wissensstand zu den oft unterschätzten zoonotischen Chlamydien.

Sarah Albini, Frank Imkamp, et al.



1016

Niedergradige Gliome – behandeln oder nicht?

Neurochirurgie Die Behandlung und die Prognose von niedergradigen Gliomen haben sich durch neue diagnostische und therapeutische Möglichkeiten in den letzten beiden Jahrzehnten grundlegend geändert.

Severina Leu, Dominik Cordier, et al.



1018

Unerwünschte Arzneimittelwirkung unter Amitriptylin

Leukopenie Ein aktueller Fall aus den Regionalen Pharmacovigilance-Zentren und Tox Info Suisse: Leukopenie als seltene, jedoch nicht zu unterschätzende unerwünschte Arzneimittelwirkung von Amitriptylin.

Julia Stermann, Beat Damke, et al.

Journal Club

Kurz und bündig

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

Wissenschaftliche Redaktion Swiss Medical Forum

Praxisrelevant

Lokalisiertes Prostatakarzinom beobachten?

Welches ist das richtige Vorgehen, wenn beim Mann ein lokalisiertes Prostatakarzinom entdeckt wird? Operation? Bestrahlung? Oder Zuwarten?

In England wurden 1643 Männer mit lokalisiertem, nicht metastasiertem Prostatakarzinom randomisiert in drei verschiedene Gruppen eingeteilt und über durchschnittlich 15 Jahre nachverfolgt: 553 wurden prostatektomiert, 545 bestrahlt und 545 ohne Eingriff weiter beobachtet [1]. Folgende Endpunkte

wurden erfasst: lokale Progression, Auftreten von Metastasen, Beginn einer hormonellen Androgen-Entzugstherapie, Tod unabhängig von der Ursache und Tod durch das Prostatakarzinom. Lokale Progression wurde bei 10,5% (Prostatektomie), 11,0% (Bestrahlung) und 25,9% (Beobachtung) festgestellt, Metastasen traten bei 4,7%, 5,0% und 9,4% auf und hormoneller Entzug wurde bei 7,2%, 7,7% und 12,7% initiiert. Verstorben sind insgesamt 21,7%, ohne dass unter den drei Gruppen ein Unterschied bestand. Am Prostatakarzinom verstorben sind bedeutend weniger: 2,2% in der Prostatektomiegruppe, 2,9% in der Bestrahlungsgruppe und 3,1% in der Beobachtungsgruppe.

Es erstaunt nicht, dass bei Zuwarten die lokale Progression und das Auftreten von Metastasen bedeutend häufiger sind. Bemerkenswert dagegen ist, dass ohne Therapie in den 15 Jahren rund ein Viertel der Patienten immer noch keine spezifische Tumorthherapie benötigt und das Prostatakarzinom – im Gegensatz zu anderen Todesursachen – nur bei 3,1% zum Tode geführt hat.

Im Editorial zu dieser Arbeit rät der Autor aber davon ab, heute einfach nur zuzuwarten [2]. Er weist mit Recht darauf hin, dass Hochrisikokonstellationen (hohe Werte des prostataspezifischen Antigens [PSA], hohe Gleason-Scores) in dieser Studie untervertreten waren. Zudem hat heute die Magnetresonanztomographie in der Initialbeurteilung des Prostatakarzinoms das Tor zu neuen Therapiekonzepten geöffnet. Auch dürfte die Akzeptanz der Patienten, bis zum Auftreten von Metastasen einfach nichts zu tun, gering sein. Trotz dieser Einschränkungen sind die Ergebnisse dieser hochaufwendigen Arbeit bei der Beratung des Mannes mit lokalisiertem Prostatakarzinom sehr wertvoll.

Fokus auf ...

Erworbene Hypomagnesiämie

- Magnesium (Mg) ist – nach dem Kalium – das zweithäufigste Kation. Im erwachsenen Körper liegen rund 24 g vor, das meiste davon im Knochen. Extrazelluläres Mg macht circa 1%, der Anteil im Serum nur gerade 0,3% aus. Die im Serum bestimmten Werte bilden deshalb das intrazelluläre Mg nur ungenügend ab.
- Eine erworbene Hypomagnesiämie sollte bei folgenden Situationen gesucht werden: kardialen Arrhythmien (QT-Verlängerung, Torsade de Pointes), neuromuskulären Störungen (Tremor, Spasmen, Krampfanfällen), chronischem Alkoholkonsum, therapieresistenter Hypokaliämie, unklarer Hypokalzämie (Reminder: Mg wird zur Parathormonsekretion benötigt). Eine Hypalbuminämie führt zu falsch-tiefen Mg-Werten im Serum.
- Die Ursache der Hypomagnesiämie ergibt sich in der Regel aus dem klinischen Kontext. Häufig kommen medikamentöse Trigger infrage. Die entsprechende Indikation gilt es deshalb immer wieder zu prüfen!
- Protonenpumpenblocker (PPI) interferieren mit der Mg-Resorption im Kolon. Eine Hypomagnesiämie (Prävalenz unter PPI >10%) wird vor allem bei hochdosiertem Einsatz, unter Komedikation mit Diuretika, bei Langzeittherapie und bei älteren Patientinnen und Patienten beobachtet.
- Diuretika erhöhen die renale Mg-Ausscheidung, Thiazide mehr als Schleifendiuretika, akzentuiert unter Kombination beider Wirkstoffklassen. Kaliumsparende Diuretika wirken hingegen protektiv, ebenso Natrium-Glukose-Kotransporter-2-(SGLT2-)Inhibitoren.
- Antibiotika, Colchicin und Laxativa (Diarrhoe), platinumhaltige Chemotherapeutika und Amphotericin B sind weitere Beispiele für Medikamente, die eine Hypomagnesiämie induzieren können.
- Die Art der Substitution wird durch die jeweilige Symptomatik und den Schweregrad der Klinik definiert. Bei Tetanie, Krampfanfällen und Rhythmusstörungen mit hämodynamischer Instabilität erfolgt sie parenteral (1–2 g Mg-Sulfat = circa 4–8 mmol respektive 8–16 mval Mg über 2–15 Minuten).
- Bei therapieresistenter Hypomagnesiämie – oder kann aufgrund der dringenden Indikation ein medikamentöser Auslöser nicht gestoppt werden – kann der Zusatz von Amilorid oder einem SGLT2-Inhibitor hilfreich sein.

Mayo Clin Proc. 2023, doi.org/10.1016/j.mayocp.2022.12.002.

Verfasst am 12.3.23_HU.

1 N Engl J Med. 2023, doi.org/10.1056/NEJMoa2214122.

2 N Engl J Med. 2023, doi.org/10.1056/NEJMe2300807.

Verfasst am 27.3.2023_MK.

Für Ärztinnen und Ärzte am Spital Akute Lungenembolie: Wann verbirgt sich ein chronisches Problem?

Die chronisch thromboembolische pulmonale Hypertonie (CTEPH) ist zwar eine seltene Entität, aber mitunter die schwerste Komplikation nach überlebter Episode einer akuten Lungenembolie (LE). Ein routinemässiges Screening aller LE-Patientinnen und -Patienten wird nicht empfohlen. Vermutlich sinnvoll ist aber eine Strategie, mit der bereits zum Diagnosezeitpunkt der akuten LE Hinweise auf eine vorbestehende Problematik identifiziert werden: Diese Patientinnen und Patienten könnten dann engmaschig kontrolliert und frühzeitig spezifisch – im besten Fall kurativ! – behandelt werden.

In diesem Kontext hat die Studie hier die CT-morphologischen Befunde untersucht, die bereits bei einer akuten LE auf das Vorliegen einer CTEPH schliessen lassen. Es sind dies unter anderem und mit absteigendem Prädiktionswert: intravaskuläre Bänder, verengte Pulmonalarterien, dilatierte Bronchialarterien und eine rechtsventrikuläre Hypertrophie. Das Erkennen dieser Zeichen benötigt allerdings reichlich Expertise!

Immerhin kann gesagt werden: Von 303 konsekutiv eingeschlossenen Patientinnen und Patienten zeigten 46 (15%) retrospektiv bereits im Rahmen der akuten LE morphologische Hinweise auf eine CTEPH, bei vier davon wurde im Verlauf die Diagnose effektiv gestellt. Dies entspricht immerhin einem positiven Yield von fast 10% und die Diagnosestellung erfolgte früh – im Mittel bereits nach 3,6 Monaten.

Chest. 2023, doi.org/10.1016/j.chest.2022.11.045.
Verfasst am 21.3.23_HU.

Auch noch aufgefallen Kann ich noch besser werden?

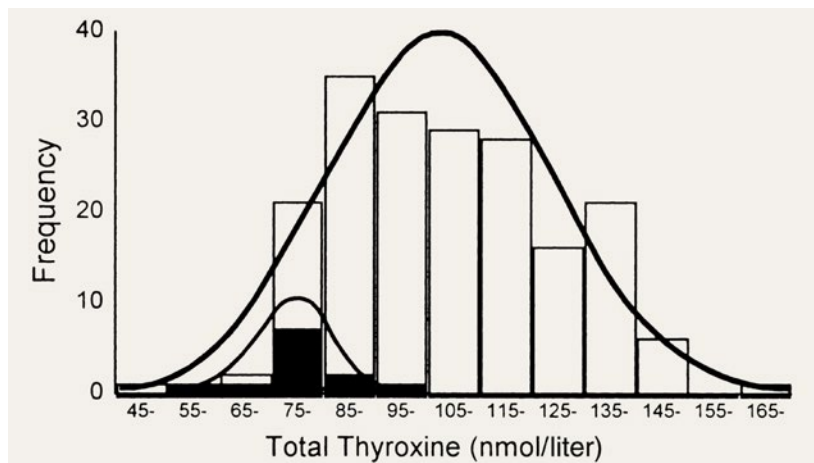
In einer Review im «American Journal of Medicine» gibt J.P. Higgins zehn Ratschläge, wie wir unser ärztliches Tun noch verbessern können. Er kommentiert dazu Zitate, die er selbst zu beherzigen versucht.

Für den Umgang mit Rückschlägen und Enttäuschungen empfiehlt er, an Paulo Coelho zu denken: «You drown not by falling into the river, but by staying submerged in it.»

«Listen to your patient; he is telling you the diagnosis» (Sir William Osler) schmückt er mit der Geschichte seines Patienten, bei dem im Eventrekorder nur jeweils zwischen Mitternacht und 2 Uhr morgens Tachykardieepisodes aufgezeichnet wurden. Intensives Nachfragen enthüllte schliesslich eine geheime sexuelle Affaire, die er nur zu Nachtzeiten traf.

«People will forget what you said, people will forget what you did, but they will never

Immer noch lesenswert



Verteilung der T4-Werte bei 15 Probanden (weisse Balken) und einem einzelnen Individuum (schwarzer Balken) über ein Jahr hinweg (aus: Andersen S, et al. Narrow individual variations in serum T(4) and T(3) in normal subjects: a clue to the understanding of subclinical thyroid disease. J Clin Endocrinol Metab. 2002;87(3):1068–72. doi: 10.1210/jcem.87.3.8165. Nachdruck mit freundlicher Genehmigung).

© 2002 by The Endocrine Society

Alles ist relativ – auch Normwerte

Ein einfaches Studiendesign, ein elegantes Paper, eine wichtige Konklusion: Bei 16 gesunden Männern wurden über den Zeitraum eines Jahres monatlich die Schilddrüsenwerte bestimmt. Die Schwankungsbreite – sowohl der Werte beim jeweils gleichen Probanden («intraindividuell») als auch die Unterschiede innerhalb der ganzen der Gruppe («interindividuell») – war eindrücklich!

Verglichen wurden die Werte sodann mit den bekannten Referenzwerten für Thyroidea-stimulierendes Hormon (TSH), Triiodthyronin (T3) und Thyroxin (T4). Illustriert am Beispiel T4 zeigte sich (s. Abbildung): Die Verteilungsbreite der Werte eines bestimmten Individuums entsprach etwa der Hälfte der Verteilungsbreite der gesamten Gruppe. Will heissen: Das TSH stellt das T4 beim einzelnen Individuum innerhalb enger Banden ein. Liegt das Testresultat für T4 innerhalb der Grenzwerte des populationsbasierten Referenzbereichs, bedeutet dies nicht automatisch, dass der Wert für das konkrete Individuum normal ist. Und umgekehrt: Ein Serumwert des TSH ausserhalb des Referenzwertes suggeriert, dass die peripheren Schilddrüsenhormone nicht dem individuellen Normalwert entsprechen.

Die Unterscheidung von «normal» und «pathologisch» respektive von subklinischer und manifester Erkrankung ist damit etwas arbiträr: Sie hängt primär vom individuellen Setpoint ab.

J Clin Endocrinol Metab. 2002, doi.org/10.1210/jcem.87.3.8165.

Verfasst am 22.3.23_HU.

forget how you made them feel» (Maya Angelou) leitet einen kleinen Exkurs über ärztliche Empathie ein, die wir erlernen könnten, aber nur ungenügend anwenden.

Ärztliches Tun ist geprägt von unerwarteter Konfrontation mit Krankheit und Tod, Verzweiflung und Enttäuschung. Unsere Resilienz befähigt uns, dies zu bewältigen: «It's not the strongest of a species that survive, nor the most intelligent, but the ones most resilient and responsive to change.» (Charles Darwin)

Und wenn wir ermüdet in der Routine uns fragen, ob wir noch genügen, hilft J. Rockefeller: «The secret of success is to do the common things uncommonly well.»

Aus Platzgründen können hier nicht alle zehn Zitate kommentiert werden. Zum Abschluss aber noch dies: «Your work is going to fill a large part of your life, and the only way to be truly satisfied is to do what you believe is great work. And the only way to do great work is to love what you do. If you haven't found it yet, keep looking, don't settle.» (Steve Jobs)

Am J Medicine. 2023, doi.org/10.1016/j.amjmed.2022.12.011.
Verfasst am 27.3.2023_MK.

Eine unterschätzte Gefahr?

Chlamydien als Zoonoseerreger

Bei Patientinnen und Patienten mit Pneumonie sollten neben den häufigen Erregern differentialdiagnostisch auch zoonotische Chlamydien in Betracht gezogen werden, vor allem bei Personen mit direktem Kontakt zu Wirtstieren. Dieser Übersichtsartikel präsentiert den aktuellen Wissensstand zu den oft unterschätzten zoonotischen Chlamydien.

Dr. med. vet. Sarah Albini^{a,*}, Dr. phil. nat. Frank Imkamp^{b,*}, Dr. med. Benjamin Preiswerk^c, Prof. Dr. med. vet. Nicole Borel^d

^a Nationales Referenzzentrum für Geflügel- und Kaninchenkrankheiten, Institut für Lebensmittelsicherheit und -hygiene, Vetsuisse Fakultät, Universität Zürich, Zürich;

^b Institut für Medizinische Mikrobiologie, Universität Zürich, Zürich; ^c Infektiologie und Spitalhygiene, Stadtspital Zürich, Zürich; ^d Nationales und internationales Referenzlabor für ovine Chlamydiose, Institut für Veterinärpathologie, Vetsuisse Fakultät, Universität Zürich, Zürich

* Geteilte Erstautorschchaft

Einführung

Die Chlamydien gehören zu den obligat intrazellulären, gramnegativen Bakterien. Zur Vermehrung bevorzugen sie epitheliale Zellen verschiedener Gewebe, in denen sie einen zweiphasigen Entwicklungszyklus durchlaufen. Die extrazellulären, infektiösen Formen, genannt Elementarkörperchen («elementary bodies» [EBs]), heften sich dabei an Zellen an und gelangen rezeptorvermittelt ins Zytoplasma, wo sie sich – in einem Vakuolen-ähnlichen Einschluss residierend – der Phagozytose der Zelle entziehen können. In diesem Einschluss wandeln sich die EBs zu den intrazellulären, nicht-infektiösen, aber teilungsfähigen Retikularkörperchen («reticular bodies» [RBs]). Die Vermehrung der RBs durch Teilung führt zum Wachstum des Chlamydieneinschlusses in der Zelle. Letztlich differenzieren sich die RBs wieder zu EBs und es kommt zur Ruptur des Einschlusses mit gleichzeitiger Lyse der infizierten Zelle. Die freigesetzten infektiösen EBs können wiederum neue Zellen infizieren.

Die human- und veterinärmedizinisch relevanten Chlamydienspezies gehören zur Familie *Chlamydiaceae*. Das Genus *Chlamydia* (*C.*) umfasst aktuell 14 anerkannten Spezies. Einige Vertreter dieses Genus haben ein sehr enges Wirtsspektrum wie zum Beispiel *C. trachomatis* beim Menschen oder *C. felis* bei der Katze. Andere wie etwa *C. pneumoniae* wiederum können den Menschen und viele verschiedene Tierarten infizieren oder – wie *C. psittaci* (Tab. 1) – sogar einen Wirtswechsel vollziehen. Chlamydien kommen weltweit vor, weisen aber unterschiedliche geographische Verteilungsmuster auf.

Die wichtigsten humanpathogenen Chlamydienspezies sind *C. trachomatis* und *C. pneumoniae*. *C. trachomatis*-Serotypen D–L sind verantwortlich für die am häufigsten vorkommenden sexuell übertragbaren bakteriellen Infektionen, mit hoher Prävalenz auch in der Schweiz. *C. trachomatis*-Serotypen A–C verursachen das Trachom. Dieses Krankheitsbild ist die häufigste Ursache für infektiös bedingte Erblindung in (sub)tropischen Regionen, kommt in der Schweiz aber nicht vor. *C. pneumoniae* schliesslich verursacht Infektionen des Respirationstraktes («community-acquired pneumonia» [CAP]) und wird gemeinhin zu der Erregergruppe der «atypischen» Pneumonien gezählt.

Zoonotisch bedingte Chlamydieninfektionen durch *C. psittaci* (die sogenannte Psittakose oder Ornithose), *C. abortus* oder *C. caviae* können sich ebenfalls als CAP manifestieren. Die Diagnose einer CAP wird häufig klinisch und radiologisch, nicht aber mikrobiologisch gestellt, was wiederum mit dem meist gutartigen Verlauf einer CAP unter entsprechend empirisch etablierter Therapie zusammenhängt. Daher ist von einer relevanten Dunkelziffer zoonotischer Erreger als Ursache für CAP auszugehen. Die Frage nach direktem Kontakt zu Wirtstieren sollte deshalb in der Patientenanamnese erhoben werden.

Dieser Übersichtsartikel soll Klinikerinnen und Klinikern einen Überblick über die zoonotisch relevanten Chlamydienspezies vermitteln (basierend auf [1, 2]).

Chlamydien mit bestätigtem Zoonosepotential

Die vier zoonotischen Chlamydienspezies sind in Tabelle 1 zusammengefasst. *C. pneumoniae* fehlt in der Auflistung: Vermutlich ist dieser Erreger in der Vergangenheit vom Tier auf den Menschen übergelassen und hat sich dort etabliert. Für die aktuell bei verschiedenen Tierarten zirkulierenden Stämme konnte bis jetzt jedoch noch kein direktes Zoonosepotential nachgewiesen werden. *C. pneumoniae* hat also vermutlich einen zoonotischen Ursprung, aber die Übertragung erfolgt heutzutage von Mensch zu Mensch. Zoonotische Infektionen durch *C. psittaci* und *C. abortus* sind seit langer Zeit gut bekannt und in der Schweiz meldepflichtige Tierseuchen (Tab. 1). Infektionen mit *C. caviae* und *C. felis* sind vergleichsweise selten, haben aber insofern Relevanz, da Katzen und Meerschweinchen beliebte Heimtiere sind. Die minimal infektiöse Dosis ist für alle zoonotischen Chlamydien unbekannt. Die Übertragung auf den Menschen erfolgt durch direkten Tierkontakt oder Inhalation/Ingestion von erregerrhaltigem Material (Tab. 1). Da die infektiösen EBs aber vor allem in trockener und kühler Umgebung mit wenig Sonneneinstrahlung Wochen bis Monate überleben können, kann auch eine indirekte Übertragung auf Mensch und Tier eine Rolle spielen, beispielsweise über Staub, Futter, Kleider oder Gegenstände.

Chlamydia psittaci

Der Erreger der Psittakose/Ornithose kommt weltweit bei mehr als 460 freilebenden oder in Gefangenschaft gehaltenen Vogelarten vor.

Tabelle 1: Chlamydienspezies mit nachgewiesenem zoonotischen Potential^a

Spezies	Hauptwirte und (Nebenwirte)	Klinische Manifestion Hauptwirte	Übertragung auf den Menschen	Klinische Manifestation Mensch	Untersuchungsmaterial Mensch ^b
<i>Chlamydia psittaci</i> ^c	Vögel (Pferd)	Konjunktivitis, (atypische) Pneumonie, Enteritis, Hepatitis Abort, Pneumonie	Inhalation	Von grippeähnlichen Symptomen bis zu schweren systemischen Erkrankungen, atypische Pneumonie	BAL
<i>Chlamydia abortus</i> ^c	Schaf, Ziege (Rind, Schwein, Pferd)	Abort, Totgeburt, lebensschwache Jungtiere	Inhalation, Ingestion	Abort, atypische Pneumonie	BAL, Abortmaterial
<i>Chlamydia caviae</i>	Meerschweinchen (Pferd)	Konjunktivitis, Keratitis, Pneumonie	Direkter Kontakt	Konjunktivitis, atypische Pneumonie	BAL
<i>Chlamydia felis</i>	Katze	Konjunktivitis, Rhinitis	Direkter Kontakt	(Kerato-)Konjunktivitis	KT

a Auflistung absteigend nach zoonotischer Bedeutung; adaptiert nach [1].

b BAL: bronchoalveoläre Lavage; KT: Konjunktivaltupfer

c In der Schweiz anzeigepflichtige Tierseuchen gemäss Tierseuchenverordnung (https://www.fedlex.admin.ch/eli/cc/1995/3716_3716_3716/de). Die anerkannten veterinärmedizinischen Laboratorien müssen positive Befunde den Kantonalen Veterinärämtern melden, die wiederum das Bundesamt für Veterinärwesen und Lebensmittelsicherheit (BLV) informieren.

Verschiedene Genotypen von *C. psittaci* kommen bei unterschiedlichen Vogelarten vor, zum Beispiel Genotyp A vorwiegend bei Papageienartigen (Psittaziden), B bei Tauben und C bei Wassergeflügel [3]. Zwar haben alle Genotypen von *C. psittaci* zoonotisches Potential, aber Genotyp A wird am häufigsten in Zusammenhang mit atypischen Pneumonien beim Menschen identifiziert [4]. Als Ansteckungsquelle für den Menschen sind Ziervögel (vor allem Psittaziden), Strassen- und Hobbytauben von Bedeutung sowie ausserhalb der Schweiz auch Nutzgeflügel wie Hühner, Truten und Enten.

Die Infektion erfolgt meistens über Inhalation von erregerehaltigem Material nach direktem Tierkontakt oder von Staub von Federn oder eingetrocknetem Kot. Problematisch ist hierbei, dass Vögel oftmals keine offensichtlichen klinischen Anzeichen zeigen und deshalb nicht als infiziert erkannt werden. Besonders gefährdet sind Vögel haltende Personen, Tierärztinnen und -ärzte, Mitarbeitende von Zoohandlungen oder Vogelauffangstationen sowie Schlachthofpersonal (vor allem im Ausland).

Zoonotische Infektionen gehen meist mit milden respiratorischen Symptomen einher, können in schweren Fällen aber auch Fieber, eine Pneumonie, Myokarditis, Enzephalitis und Splenomegalie hervorrufen, einschliesslich Hospitalisierung und intensivmedizinischer Massnahmen. Im Einzelfall verlaufen *C.-psittaci*-Infektionen tödlich, wie im kürzlich beschriebenen Fall eines Schweizer Ziervogelhalters, der sich an erkrankten Tieren seines Bestandes infizierte und innerhalb von elf Tagen nach Auftreten erster Symptome verstarb. Die klinischen Befunde und weiterführenden Untersuchungen dieses Psittakosefalles wurden ausführlich in einem Fallbericht im Swiss Medical Weekly beschrieben [5].

Neben Vögeln müssen auch Pferde, die sich infolge der Aufnahme von Vogelkot mit *C. psittaci* infizieren, in der Infektionskette zur Übertragung des Erregers auf den Menschen berücksichtigt werden: In Australien erlitten Tierärztinnen und -ärzte und Tierpflegepersonal mit Kontakt zu Abortmaterial erkrankter Stuten Pneumonien. Vergleichbare zoonotische Infektionen wurden bislang in Europa jedoch noch nicht beschrieben und Pferdeaborte durch *C. psittaci* sind in der Schweiz generell selten [6].

Da für zoonotische *C.-psittaci*-Infektionen in vielen europäischen Ländern keine amtliche Meldepflicht (mehr) besteht, sind zuverlässige Fallzahlen lückenhaft. In Deutschland wurden zwischen 1995 und 2000 790 Fälle registriert, in Grossbritannien 587 Fälle von 1977 bis 1979 und über 300 Fälle jährlich von 1980 bis 1983. In den USA wurden von 1988 bis 1998 813 Fälle vermeldet [7]. Australien erfasste 1687 Fälle beim Menschen von 2001 bis 2014, das sind durchschnittlich 0,5 Fälle pro 100 000 Einwohnerinnen und Einwohner, wobei Männer und Personen über 40 Jahre stärker vertreten waren [8]. Eine kürzlich durchgeführte Literaturanalyse schätzt, dass 1% der CAP in der Humanmedizin durch *C. psittaci* bedingt sind [9].

Chlamydia abortus

In der Schweiz sind *C.-abortus*-Infektionen als häufigste infektiöse Ursache von Verwerfen für 20–30% der Schaf- und Ziegenaborte verantwortlich, mit einer Häufung in den Kantonen Graubünden und Tessin. Bei Schafen und Ziegen verläuft die Infektion in aller Regel ohne klinische Anzeichen; sie manifestiert sich bei trächtigen Tieren in Form eines Spätaborts in den letzten 2–3 Wochen der Trächtigkeit oder Geburten von toten oder lebensschwachen Jungtieren. Die Muttertiere entwickeln nach

der Infektion eine belastbare Immunität. Zur Prophylaxe ist in der Schweiz ein Totimpfstoff zugelassen, der aber nicht flächendeckend eingesetzt wird.

Mit der Plazenta und dem Fruchtwasser scheiden Muttertiere den Erreger massenhaft aus. Die Übertragung erfolgt horizontal mittels Ingestion, seltener Inhalation, oder indirekt. Die von *C. abortus* ausgehende Zoonosegefahr betrifft vor allem schwangere Frauen nach Kontakt mit infizierten Schafen oder Ziegen. Insbesondere Tierhalterinnen, die Geburtshilfe leisten, sind gefährdet und können eine Pneumonie oder selbst einen Abort erleiden [10]. *C. abortus* besiedelt nach Aufnahme die Plazenta und führt bei der schwangeren Frau initial zu unspezifischen Symptomen wie Fieber, Kopf- und Gliederschmerzen, Unwohlsein und Erbrechen sowie zu Unterbauchbeschwerden, die den Abort einleiten. Da in den meisten Fällen die Erstdiagnose einer Infektion mit *C. abortus* nicht gestellt wird, ergeben sich dramatische Verläufe mit schweren respiratorischen Symptomen, die eine künstliche Beatmung nötig machen, akutem Nierenversagen und disseminierter intravasaler Gerinnung. Erst kürzlich wurde bei einer schwangeren Schweizer Landwirtin nach einem initialen COVID-19-Verdacht eine durch *C. abortus* verursachte Pneumonie nachgewiesen. Die erweiterte Anamnese hatte ergeben, dass die Patientin in Kontakt mit Totgeburten der eigenen Ziegen gekommen war [5].

Das weltweite Vorkommen solcher zoonotischen Infektionen ist nicht bekannt, da die meisten Fälle ungeklärt bleiben und nicht meldepflichtig sind. Schwangere Frauen sollten unbedingt den Kontakt zu kleinen Wiederkäuern, insbesondere während der Abblammsaison, vermeiden. Ein Merkblatt zum Chlamydienabort bei Schaf und Ziege ist beim

Beratungs- und Gesundheitsdienst für Kleinwiederkäuer (BGK) in drei Landessprachen erhältlich (<https://www.kleinwiederkäuer.ch>).

Chlamydia caviae

C. caviae infiziert Meerschweinchen und führt bei diesen vorwiegend zu Konjunktivitis, kann aber auch Rhinitis, Pneumonie oder Aborte auslösen. In der Schweiz wurde 2016 eine zoonotische Infektion mit milder Konjunktivitis und serösem Augenausfluss bei einem Meerschweinchenbesitzer, dessen Tierbestand mit *C. caviae* infiziert war, beschrieben [11]. Bei klinisch gesunden Meerschweinchen kommt *C. caviae* in der Schweiz aber äusserst selten vor (Prävalenz 2,3%) [12]. Zwischen 2013 und 2018 wurde in den Niederlanden erstmals von drei unabhängigen CAP-Fällen nach Kontakt mit *C.-caviae*-infizierten Meerschweinchen berichtet [13]. Die Sequenzierung des *ompA*-Gens aus Proben der Tierbesitzerinnen und -besitzer und den entsprechenden Meerschweinchen bewies eine direkte Übertragung. Die Symptomatik bestand aus Fieber, Malaise, Husten, Kopf- und Gliederschmerzen, in zwei der drei Fälle war sogar eine Beatmung notwendig. Die Infektion konnte bei allen drei Erkrankten erfolgreich mit Doxzyklin behandelt werden.

Chlamydia felis

C. felis ist ein weltweit vorkommender zoonotischer Erreger von Konjunktividen, vor allem bei jüngeren Katzen. In der Schweiz kommt *C. felis* bei knapp 20% der streunenden Katzen vor, die weltweite Prävalenz bei klinisch gesunden Hauskatzen schwankt zwischen 0–10% [14]. Eine Impfung gegen *C. felis* ist in der

Schweiz zugelassen, eine Behandlung erfolgt mit Doxzyklin.

Ein erster Fallbericht einer zoonotischen Übertragung stammt aus dem Jahr 1969, wobei ein Katzenbesitzer nach engem Kontakt mit seiner infizierten Katze an einer folliculären Keratokonjunktivitis erkrankte. Ein weiterer Bericht dokumentiert eine chronische Konjunktivitis bei einem HIV-positiven Patienten nach Adoption eines erkrankten Katzenwelpen. Schwere Verläufe oder gar Pneumonien sind jedoch bis dato nicht beschrieben und das Risiko einer zoonotischen Infektion erscheint eher gering [15]. Trotzdem ist beim Umgang mit erkrankten, nicht geimpften Haus- und vor allem Streunerkatzen Vorsicht geboten.

Diagnostische Aspekte

Die meisten CAP-Fälle werden durch *Streptococcus pneumoniae*, *Haemophilus influenzae*, *Staphylococcus aureus* sowie *Mycoplasma pneumoniae* verursacht. Legionellen, Coxiellen und Chlamydien sind seltenere Ursachen einer CAP. Eine rein virale Ätiologie (zum Beispiel Influenza-, Adeno-, respiratorisches Synzytial-[RSV], Metapneumovirus) besteht je nach Saison bei etwa +/- 10% der CAP, allerdings bezieht sich diese Zahl auf die Vor-COVID-19-Ära.

Die routinemässige Abnahme mikrobiologischer Proben (Blut- und Sputumkulturen, Legionellen-Antigen im Urin, Nasopharyngealabstrich) bei ambulanten Patientinnen und Patienten wird von internationalen sowie schweizerischen Fachgesellschaften nicht empfohlen, da sie das klinische Management in der Regel nicht beeinflussen. Deshalb besteht in

der realen Prävalenz von Chlamydien als Erreger einer CAP beim Menschen sicherlich eine Dunkelziffer. Während die veterinärmedizinische Diagnostik eine Vielzahl von Methoden zum speziesspezifischen Nachweis der zoonotischen Chlamydien einsetzt, beschränkt sich das Analysenspektrum im humanmedizinischen Kontext zumeist auf *C. psittaci* bei Ornithoseverdacht. Neben serologischen Assays (Mikro-Immunofluoreszenz) werden vor allem *C.-psittaci*-spezifische Untersuchungen mittels Polymerasekettenreaktion (PCR) zum Erregernachweis eingesetzt. Der speziesspezifische Nachweis von *C. abortus* und *C. caviae* aus humanen Proben erfolgt ebenfalls mittels PCR, wird aber nur von wenigen nicht veterinärmedizinischen Speziallabors angeboten. In Tabelle 2 sind einige dieser PCR-basierten Verfahren kurz zusammengefasst.

Nach klinischer und radiologischer Diagnosestellung wird eine CAP in der Regel empirisch antibiotisch behandelt. Hierbei orientiert man sich an individuellen Risikofaktoren, allfälligen Expositionsgeschehnissen (Vogelhaltung? Kontakt zu kleinen Wiederkäuern? Andere Wirtstiere?) sowie am Schweregrad der CAP. Liegen Risikofaktoren vor, bestehen Hinweise auf eine Legionellen-Pneumonie oder handelt es sich um eine schwere CAP, wird als First-Line-Therapie zum Betalaktam-Antibiotikum (1. Wahl: Amoxicillin p.o.) zusätzlich ein Makrolid (Clarithromycin) empfohlen. In der Regel sind Infektionen mit zoonotischen Chlamydien gut therapierbar und Resistenzen sind bei humanmedizinisch relevanten Spezies bisher nicht beschrieben worden.

Tabelle 2: Ausgewählte real-time PCR-Methoden zum Nachweis von zoonotischen Chlamydienpezies

Referenzen	Target	Detektierte Chlamydienpezies				Testspezifikationen
		<i>C. psittaci</i>	<i>C. abortus</i>	<i>C. caviae</i>	<i>C. felis</i>	
[16]	<i>ompA</i> ¹	x	x	x	x	4 spezifische Singleplex-PCRs <i>C. psittaci</i> : keine Detektion von Genotyp M56
[17]	CPSIT_RS03505 ²	x				Detektion aller Genotypen
[18]	PCR 1 = 16S-23S rRNA operon PCR 2 = CPSIT_0607 ²	x	x			Duplex PCR: PCR 1 detektiert <i>C. psittaci</i> und <i>C. abortus</i> ohne deren Differenzierung; PCR 2 detektiert <i>C. psittaci</i> . Keine Detektion von <i>C.-psittaci</i> -Genotypen M56 und teilweise E/B. Die Interpretation « <i>C. abortus</i> positiv» bei negativem Ergebnis in PCR 2 erfolgt aufgrund von Wirtsspezifität und Gewebetropismus.
[5]	<i>rpoB</i> ³	x	x	x		Identifikation mittels Amplifikation eines <i>rpoB</i> -Fragments und anschliessende Speziesdifferenzierung durch Schmelzkurvenanalyse

1 outer membrane protein A; 2 *C.-psittaci*-spezifisches Gen unbekannter Funktion; 3 β -Untereinheit der RNA-Polymerase.

Das Wichtigste für die Praxis

- *Chlamydia (C.) psittaci* und *C. abortus* sind wichtige Zoonoseerreger und können zu atypischen Pneumonien (beide Spezies) und Aborten (*C. abortus*) führen.
- Auch Meerschweinchen (*C. caviae*) und Katzen (*C. felis*) können zoonotisch relevante Chlamydien übertragen.
- Die zoonotisch relevanten Chlamydien werden nicht routinemässig im Humanlabor untersucht.
- Bei ungeklärten Pneumoniefällen sollte anamnestic Tierkontakt erfragt werden: *C. psittaci*, *C. abortus* und *C. caviae* kommen als atypische Erreger von «community-acquired pneumonia» [CAP] differentialdiagnostisch in Frage.
- In Sinne von «One Health» ist die enge Zusammenarbeit von Expertinnen und Experten aus der Human- und Veterinärmedizin zur Aufklärung von zoonotischen Infektionen unabdingbar.

Fazit

Es ist davon auszugehen, dass die Häufigkeit und Bedeutung von Chlamydien-bedingten zoonotischen Infektionen generell unterschätzt werden und die wissenschaftlich publizierten Fälle nur die «Spitze des Eisberges» darstellen. In der Veterinärmedizin ist die aviäre Chlamydiose (*C. psittaci*) und der Chlamydienabort bei Schaf und Ziege meldepflichtig, in der Humanmedizin jedoch nur Infektionen mit *C. trachomatis*. Eine vom Bundesamt für Gesundheit (BAG) festgelegte Meldepflicht von zoonotischen Chlamydieninfektionen wäre wünschenswert. Die Bedeutung von Zoonosen ist unbestritten und benötigt eine verstärkte interdisziplinäre Zusammenarbeit zwischen Human- und Veterinärmedizin im Sinne von «One Health». Ein entsprechender Ansatz wurde in den Niederlanden als Folge verbreiteter Q-Fieber-Ausbrüche (*Coxiella burnetii*) in den Jahren 2007 bis 2010 eingeleitet. Mittels einer webbasierten Plattform wurden epidemiologische, klinische und molekulare Daten von Psittakosefällen bei Menschen und Tieren registriert. Diese Plattform ermöglichte einen unkomplizierten und raschen Datenaustausch, der zur Ausbruchsklärung beitrug. So konnten Chlamydien-positive, aber *C.-psittaci*-negative CAP-Fälle weiterführend abgeklärt werden, was zur Beschreibung der oben genannte humanen *C.-caviae*-Fälle führte.

Disclosure Statement

Die Autoren haben deklariert, keine potentiellen Interessenskonflikte zu haben.

Korrespondenz

Dr. med. vet. Sarah Albin
Nationales Referenzzentrum für Geflügel- und Kaninchenkrankheiten
Institut für Lebensmittelsicherheit und -hygiene
Vetsuisse Fakultät
Universität Zürich
Winterthurerstrasse 270
CH-8057 Zürich
salbini[at]vetbakt.uzh.ch

Literatur

- 1 Sachse K, Borel N. Recent Advances in Epidemiology, Pathology and Immunology of Veterinary Chlamydiae (Chapter 17). In: Chlamydia Biology – From Genome to Disease. Tan M, Hegemann JH, Sütterlin C, editors. Caister Academic Press; 2020. 403–28 pp. Available under <https://doi.org/10.21775/9781912530281>.
- 2 Centres for disease control and prevention (CDC) [Internet]. Psittacosis. [cited 2022 Mai 30]. Available from: <https://www.cdc.gov/pneumonia/atypical/psittacosis/index.html>.
- 3 Ravichandran K, Anbazhagan S, Karthik K, Angappan M, Dhayananth B. A comprehensive review on avian chlamydiosis: a neglected zoonotic disease. Trop Anim Health Prod. 2021;53(4):414.
- 4 Cadario ME, Frutos MC, Arias MB, Origlia JA, Zelaya V, Madariaga MJ, et al. Epidemiological and molecular characteristics of Chlamydia psittaci from 8 human cases of psittacosis and 4 related birds in Argentina. Rev Argent Microbiol. 2017;49:323–7.
- 5 Imkamp F, Albin S, Karbach M, Kimmich N, Spinelli C, Herren S, et al. Zoonotic Chlamydiae as rare causes of severe pneumonia. Swiss Med Wkly. 2022;152:w30102.
- 6 Baumann S, Gurtner C, Marti H, Borel N. Detection of Chlamydia species in 2 cases of equine abortion in Switzerland: a retrospective study from 2000 to 2018 J Vet Diagn Invest. 2020;32(4):542–8.
- 7 European commission health & consumer protection directorate. General avian chlamydiosis as a zoonotic disease and risk reduction strategies. Report of the Scientific Committee on Animal Health and Animal Welfare. 2002 SANCO/AH/R26/2002.
- 8 NSW Health [Internet]. Psittacosis (Ornithosis). NSW Control Guideline for Public Health Units, New South Wales government, 2019. [cited 2022 Mai 30]. Available from: <https://www.health.nsw.gov.au/Infectious/control-guideline/Pages/psittacosis.aspx>.
- 9 Hogerwerf L, De Gier B, Baan B, Van der Hoek W. Chlamydia psittaci (psittacosis) as a cause of community-acquired pneumonia: a systematic review and meta-analysis. Epidemiol Infect. 2017;145:3096–105.
- 10 Pospischil A, Thoma R, Hilbe M, Grest P, Gebbers, JO. Abortion in woman caused by caprine Chlamydia abortus (Chlamydia psittaci serovar 1). Swiss Med Wkly. 2002;132(5-6):64–6.
- 11 Lutz-Wohlgroth L, Becker A, Brugnera E, Huat ZL, Zimmermann D, Grimm F, et al. Chlamydiales in guinea-pigs and their zoonotic potential. J Vet Med A Physiol Pathol Clin Med. 2006;53:185–93.
- 12 Ciuria S, Brouwer M, De Gier M, Van Zeeland Y, Bossers A, Prähauer B, et al. Chlamydia caviae in Swiss and Dutch Guinea Pigs – Occurrence and Genetic Diversity. Pathogens. 2021;10(10):1230
- 13 Ramakers BP, Heijne M, Lie N, Le TN, van Vliet M, Claessen VPJ, et al. Zoonotic Chlamydia caviae Presenting as Community-Acquired Pneumonia. N Engl J Med. 2017;377(10):992–4.
- 14 Bressan M, Rampazzo A, Kuratli J, Marti H, Pesch T, Borel N. Occurrence of Chlamydiaceae and Chlamydia felis pmp9 Typing in Conjunctival and Rectal Samples of Swiss Stray and Pet Cats. Pathogens. 2021 Jul;10(8):951.
- 15 Wons J, Meiller R, Bergua A, Bogdan C, Geißdörfer W. Follicular Conjunctivitis due to Chlamydia felis-Case Report, Review of the Literature and Improved Molecular Diagnostics. Front Med. 2017;4:105.
- 16 Pantchev A, Sting R, Bauerfeind R, Tyczka J, Sachse K. New real-time PCR tests for species-specific detec-

tion of Chlamydia psittaci and Chlamydia abortus from tissue samples. Vet J. 2009;181:145–50.

17 Angen Ø, Johannesen TB, Petersen RF, Uldum SA, Schnee C. Development of a species specific real-time PCR test for Chlamydia psittaci and its employment in the investigation of zoonotic transmission from racing pigeons in Denmark. Diagn Microbiol Infect Dis. 2021;100(2):115341.

18 Opota O, Jatou K, Branley J, Vanrompay D, Erard V, Borel N, et al. Improving the molecular diagnosis of Chlamydia psittaci and Chlamydia abortus infection with a species-specific duplex real-time PCR. J Med Microbiol. 2015;64:1174–85.



Dr. med. vet. Sarah Albin
Nationales Referenzzentrum für Geflügel- und Kaninchenkrankheiten, Institut für Lebensmittelsicherheit und -hygiene, Vetsuisse Fakultät, Universität Zürich

Schlaglicht: Neurochirurgie

Niedergradige Gliome – behandeln oder nicht behandeln?

Die Behandlung und die Prognose von niedergradigen Gliomen haben sich durch neue diagnostische und therapeutische Möglichkeiten in den letzten beiden Jahrzehnten grundlegend geändert.

Dr. med. Severina Leu^a, PD Dr. med. Dominik Cordier^a, Prof. Dr. med. Andreas Raabe^b, Prof. Dr. med. Raphael Guzman^a

^a Klinik für Neurochirurgie, Universitätsspital Basel, Basel; ^b Klinik für Neurochirurgie, Inselspital, Universitätsspital Bern, Bern

Hintergrund

Diffuse Gliome gehören zu den häufigsten malignen Tumoren des Gehirns und werden in niedergradige Gliome (Low-Grade-Gliome [LGG], World-Health-Organisation-[WHO]-Grad 2) und hochgradige Gliome (High-Grade-Gliome [HGG], WHO-Grade 3 und 4) eingeteilt. Da Gliome diffus und infiltrativ wachsen, sind sie mit den aktuell verfügbaren Therapien nicht heilbar. LGG machen etwa 20–30% aller Gliome aus und nahezu alle LGG entwickeln sich nach einigen Jahren zu einem HGG.

Das Management von LGG war stets ein umstrittenes Thema und hat sich von einer Watch-and-Wait-Strategie zu einer frühen und aggressiven Behandlung entwickelt. Ein Grund dafür ist die Identifizierung von molekularen Markern, die nicht nur für Tumorigradierung und -einteilung wichtig sind, sondern darüber hinaus auch prognostische Aussagen erlauben und Einfluss auf die empfohlenen therapeutischen Massnahmen haben.

Immer mehr kristallisiert sich für LGG-Betroffene auch die Wichtigkeit einer frühen und idealerweise maximalen Tumorsektion heraus. Mithilfe von Neuerungen in den Operationstechniken kommen wir diesem Ziel näher.

Management von Low-Grade-Gliomen

Das Management von LGG war schon immer kontrovers und hat sich in den letzten Jahren stark verändert von einer passiven Watch-and-Wait-Strategie hin zu früher und aggressiver Behandlung. Insbesondere gibt es immer mehr Studien, die zeigen, dass die Patientinnen und Patienten hinsichtlich des Überlebens, des funktionellen Zustandes und der Anfallskontrolle von einer frühen und möglichst umfangreichen Tumorsektion profitieren [1–4]. Es gibt auch zunehmende Evidenz bezüglich des Zusammenhangs von grösserem Resektions-

ausmass und verbessertem Gesamtüberleben, verbessertem progressionsfreiem Überleben, längerer Zeit zu maligner Transformation und besserer Anfallskontrolle [1, 2, 5, 6]. Wenn LGG früh und möglichst komplett reseziert werden, können sie möglicherweise kontrolliert werden, bevor sie sich maligne transformieren, was sich in einer besseren Lebenserwartung und -qualität widerspiegeln sollte. Mit einer Resektion ist es auch möglich, histologische und vor allem molekulare Informationen über den Tumor zu erhalten, was für Therapieentscheide und prognostische Einschätzung immer wichtiger wird. Tumorgewebe kann auch durch eine Biopsie gewonnen werden, sollte eine Resektion nicht möglich sein. Viele LGG werden inzidentell entdeckt und sind asymptomatisch. Die Nutzen-Risikoabwägung ist für diese Patientinnen und Patienten besonders wichtig.

Eine Schlussfolgerung aus aktuellen Studien zum Vergleich von postoperativer Chemo- und/oder Radiotherapie ist, dass Patientinnen und Patienten mit *Isozitat-Dehydrogenase-(IDH-)*mutierten LGG, die jünger als 40 Jahre alt sind und bei denen kein sichtbarer Resttumor im postoperativen Magnetresonanztomogramm nachweisbar ist, eher nicht von einer unmittelbaren postoperativen Behandlung profitieren und aktiv (klinisch und bildgebend mittels Magnetresonanztomographie [MRT]) monitorisiert werden sollten. Bei Tumorprogress erfolgt dann eine Nachbehandlung (Chemo- und/oder Radiotherapie). Patientinnen und Patienten mit sogenannten Hoch-Risiko-LGG (*IDH*-Wildtyp-Tumoren, subtotale Tumorsektion/Biopsie, Alter >40 Jahre) sollten direkt postoperativ einer Nachbehandlung (kombinierte Chemo- und Radiotherapie) unterzogen werden [7].

Aktualisierte Klassifizierung

Molekulare Marker spielen eine immer wichtigere Rolle für die Gradierung und Prognose von LGG. Da die Marker teilweise auch prädiktiv sind, das heisst zu besserem Therapieansprechen führen, werden sie als Grundlage für Therapieentscheidungen genutzt.

Die wichtigsten Marker sind *IDH1/2*-Mutationen, *O*-6-Methylguanin-DNA-Methyltransferase-*(MGMT)*-Promotor-Methylierung und Heterozygotieverlust von 1p/19q. Diese drei Marker sind sowohl von prognostischer als auch von prädiktiver Relevanz [8–11]. Tumoren mit methyliertem *MGMT*-Promotor sprechen zum Beispiel besser auf alkylierende Chemotherapeutika an [12].

IDH1/2-Mutationen und der 1p/19q-Status wurden in die WHO-Klassifikation der Hirntumoren 2016 integriert, die mit der Revision 2021 nochmals verfeinert und verändert wurde (Abb. 1) [13, 14].

Ein weiterer wichtiger negativer prognostischer Marker ist die homozygote Deletion von Cyclin-abhängigem Kinase-Inhibitor 2A/B (*CDKN2A/B*). Wenn ein *IDH*-mutierter astrozytärer Tumor diese Deletion trägt, wird er in der neuen WHO-Klassifikation von 2021 als WHO-Grad 4 klassifiziert und entsprechend behandelt, unabhängig von den histologischen Merkmalen (Abb. 1) [14].

Neuerungen in der chirurgischen Technik

Die Herausforderung bei der chirurgischen Behandlung von LGG ist ein maximales Resektionsausmass mit Minimierung des Risikos für postoperative neurologische Defizite, vor allem wenn eloquente Hirnareale involviert sind. Dabei sind Mapping und Monitoring von kortikalen und subkortikalen zum Beispiel motorischen Funktionen wichtig zur Vermei-

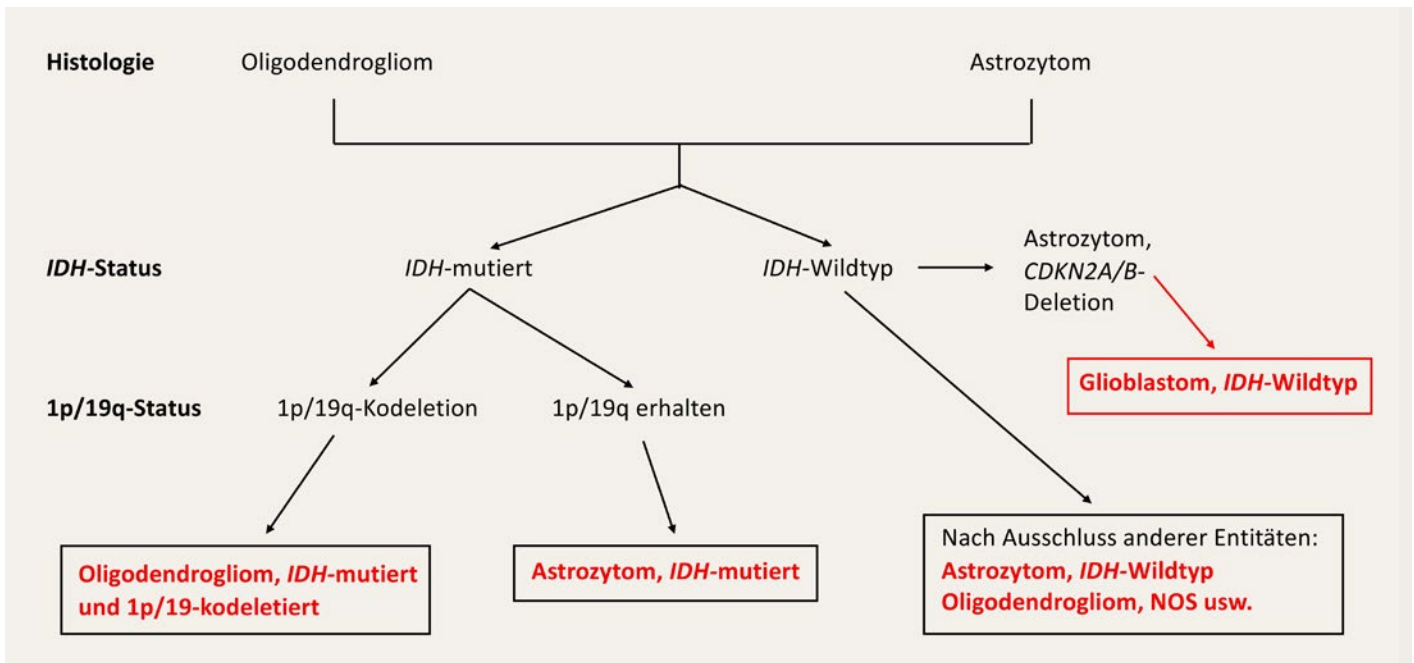


Abbildung 1: Grundlegende zusammenfassende und vereinfacht dargestellte Einteilung der niedergradigen Gliome anhand der aktualisierten Guidelines der World Health Organisation (WHO) 2016 und 2021 [13, 14]. CDKN2A/B: cyclin-abhängiger Kinase-Inhibitor 2A/B; IDH: Isozitrat-Dehydrogenase; NOS: «not otherwise specified».

dung von postoperativen Ausfällen. LGG, die sich in oder nah den Sprachzentren befinden, werden idealerweise im Wachzustand operiert, da es keine Möglichkeit gibt, bei der schlafenden Person Sprachfunktionen zu monitorisieren. Zunehmend werden auch LGG nahe an oder in motorischen Arealen im Wachzustand operiert.

Während man sich früher auf positives Mapping verliess, um funktionelle Kortextareale zu identifizieren, haben Studien gezeigt, dass auch negatives Mapping, also das «Nichtvorhandensein» von Funktion aussagekräftig ist, um das Risiko für postoperative neurologische Defizite niedrig zu halten [15]. Das führt dazu, dass man die funktionellen Areale nicht mehr zwingend exponieren muss und die operativen Zugänge somit kleiner sein können, was zu verkürzter Operationszeit, verminderter Wundfläche und erhöhtem Patientenkomfort führt.

Weitere Techniken, die die Resektion von LGG sicherer und wirkungsvoller machen, sind die funktionelle MRT, die Neuronavigation, die verbesserte intraoperative pathologische Beurteilung sowie das kontinuierliche Monitorisieren von motorischen Funktionen während der eigentlichen Gewebentfernung. Letzteres wird ermöglicht durch die Entwicklung von Instrumenten, bei denen eine monopolare Stimulation in einen Sauger [16] oder Ultraschall-Gewebezentrümmer [17] integriert wird. Diese Instrumente nutzen die monopolare Hochfrequenz-Stimulationstechnik («train-of-five») und sind ausgestattet mit

einem akustischen, auf motorisch evozierten Potentialen (MEP) basierten Alarm, mit dem der Abstand beispielsweise zur Pyramidenbahn abgeschätzt werden kann.

Diskussion und Ausblick

Die Behandlung und die Klassifizierung von LGG haben sich in den letzten Jahren stark gewandelt.

Die Evidenz zur Rolle der verschiedenen Therapien bei LGG stammen aus einer Zeit, in der die molekulare Einteilung der LGG noch nicht existierte. In den nächsten Jahren wird ein Informationszugewinn durch neue Studien an molekular klassifizierten LGG erwartet.

Durch stetige Weiterentwicklung der Operations- und Stimulationstechnik ist es heutzutage möglich, bis zu und sogar in funktionellen Arealen Tumoren zu reseziieren, die früher als inoperabel eingestuft worden wären.

Durch die zunehmende Entdeckung von molekularen Markern und das bessere Verständnis der Tumorgenese besteht die Hoffnung, dass LGG in Zukunft mittels patientenspezifischer «targeted therapies» besser kontrollierbar oder sogar heilbar werden.

Korrespondenz

Dr. med. Severina Leu
Klinik für Neurochirurgie
Universitätsspital Basel
Spitalstrasse 21
CH-4031 Basel
severina.leu[at]usb.ch

Disclosure Statement

Die Autoren haben deklariert, keine potentiellen Interessenskonflikte zu haben.



Literatur

Die vollständige Literaturliste finden Sie online unter <https://doi.org/10.4414/smfm.2023.09346>.



Dr. med. Severina Leu
Klinik für Neurochirurgie,
Universitätsspital Basel, Basel

Aktuelles aus den Regionalen Pharmacovigilance-Zentren und Tox Info Suisse

Leukopenie – eine seltene unerwünschte Arzneimittelwirkung unter Amitriptylin

Julia Stermann^a, Apothekerin; Dr. med. Beat Damke^b; Prof. Dr. med. Susanne Wegener^c; PD Dr. med. Konrad P. Weber^c; Dr. med. Elmira Far^a; Karl A. Nowak^a, dipl. Arzt; Dr. rer. nat. Imke Ortland^a

^a Regionales Pharmacovigilance-Zentrum Zürich, Klinik für klinische Pharmakologie und Toxikologie, Universitätsspital Zürich, Zürich; ^b Swissmedic, Bern;

^c Klinik für Neurologie, Universitätsspital Zürich und Universität Zürich, Zürich

Einleitung

Leukopenien sind ätiologisch bedingt durch eine zu geringe Produktion oder einen gesteigerten Zerfall der Leukozyten. Chemotherapie, Infektionen oder Immunreaktionen, aber auch genetische Prädispositionen können Leukopenien verursachen. Eine genaue Diagnostik ist daher von äusserster Wichtigkeit, insbesondere, weil eine medikamenteninduzierte Leukopenie eine Ausschlussdiagnose darstellt [1]. Entscheidend für die korrekte Kausalitätsbeurteilung zwischen dem unerwünschten Ereignis und dem Arzneimittel sind nach den WHO-UMC-(«World Health Organisation / Uppsala Monitoring Centre»-)Kriterien der zeitliche Zusammenhang und die Besserung der Symptome nach Absetzen des Arzneimittels (positive Dechallenge). Treten die gleichen Beschwerden nach erneuter Einnahme wieder

auf, so spricht man von einer positiven Rechallenge, welche die Kausalität bestärkt. Bei der Plausibilitätsüberprüfung werden auch alternative pathophysiologische Genesen abgeklärt und in die Beurteilung einbezogen [2].

Der klinische Fall

Seit Oktober 2018 litt die 64-jährige Patientin an einer vestibulären Migräne mit starkem Schwankschwindel. Eine Therapie mit Magnesium und Riboflavin zeigte eine leichte Besserung, Flunarizin hatte keinen Effekt auf die Beschwerden. Zudem bestand eine peripher-vestibuläre Unterfunktion rechts. Als Vorerkrankung lag eine zerebrale Vaskulopathie unklarer Genese vor. Im weiteren Verlauf wurde eine Erkrankung aus dem Formenkreis der CADASIL («cerebral autosomal dominant arteriopathy with subcortical infarcts and leukoencephalopathy») diagnostiziert.

Die Patientin erhielt aufgrund persistierender starker Migräne ab Mai 2020 eine Behandlung mit Amitriptylin (Saroten®) 25 mg pro Tag. Geplant war, die Anfangsdosis bei guter Verträglichkeit und Wirksamkeit alle 3–7 Tage um 10–25 mg bis zu einer Maximaldosis von 75 mg pro Tag zu steigern.

Eine Woche nach Beginn der Therapie mit 25 mg Amitriptylin erfolgte die Dosiserhöhung auf 50 mg pro Tag, worunter die Patientin eine deutliche Verbesserung der Kopfschmerzen und

des Schwindels feststellte. Anfang August 2020 wurde eine Leukopenie von 3 G/l (Referenzwerte 3,8–10,7 G/l) ermittelt und die Dosis von Amitriptylin zunächst auf 25 mg pro Tag reduziert und schliesslich am 7.8.2020 abgesetzt (Abb. 1). Ebenfalls leicht betroffen waren die Lymphozyten und Granulozyten. Nach dem Stopp von Amitriptylin normalisierte sich das Blutbild wieder (Dezember 2020). Da alternative Therapieversuche mit Venlafaxin und Metoprolol keinen Therapieerfolg erbrachten, wurde Ende Februar 2021 nochmals ein Versuch mit Amitriptylin in einer reduzierten Dosierung von 10 mg pro Tag unter engmaschiger Blutbildkontrolle gestartet. Zuvor wurde am 4.2.2021 eine vollständige Erholung der Leukozyten (Lc) mit 3,97 G/l (Referenzwerte 3,0–9,6 G/l) und der Lymphozyten mit 1,82 G/l (Referenzwerte 1,5–4,0 G/l) bestätigt (in Abb. 1 nicht dargestellt). Unter der Gabe von Amitriptylin traten erneut Leukopenien auf mit einem Lc-Nadir von 2,8 G/l am 16.4.2021, weshalb Amitriptylin wieder gestoppt wurde. Auch unter einem weiteren Therapieversuch am 28.6.2021 mit Trimipramin 12,5 mg pro Tag aus der gleichen Substanzklasse der trizyklischen Antidepressiva entwickelte die Patientin kurzfristig eine Leukopenie mit einem Lc-Nadir von 3,3 G/l am 5.7.2021. Die Lc erholten sich unter fortgeführter Gabe von Trimipramin im weiteren Verlauf. Der Verlauf der Lc-Werte ist in Abbildung 1 dargestellt.

Medikament: Amitriptylin, Substanzklasse trizyklische Antidepressiva: nichtselektive Monoamin-Rückaufnahme-Inhibitoren (NSMRI)

Folgen der UAW: Wechsel auf einen anderen Wirkstoff derselben Substanzklasse mit reduzierter Dosis

Verlauf: Ohne Schaden erholt

Kausalitätsbewertung: Wahrscheinlich

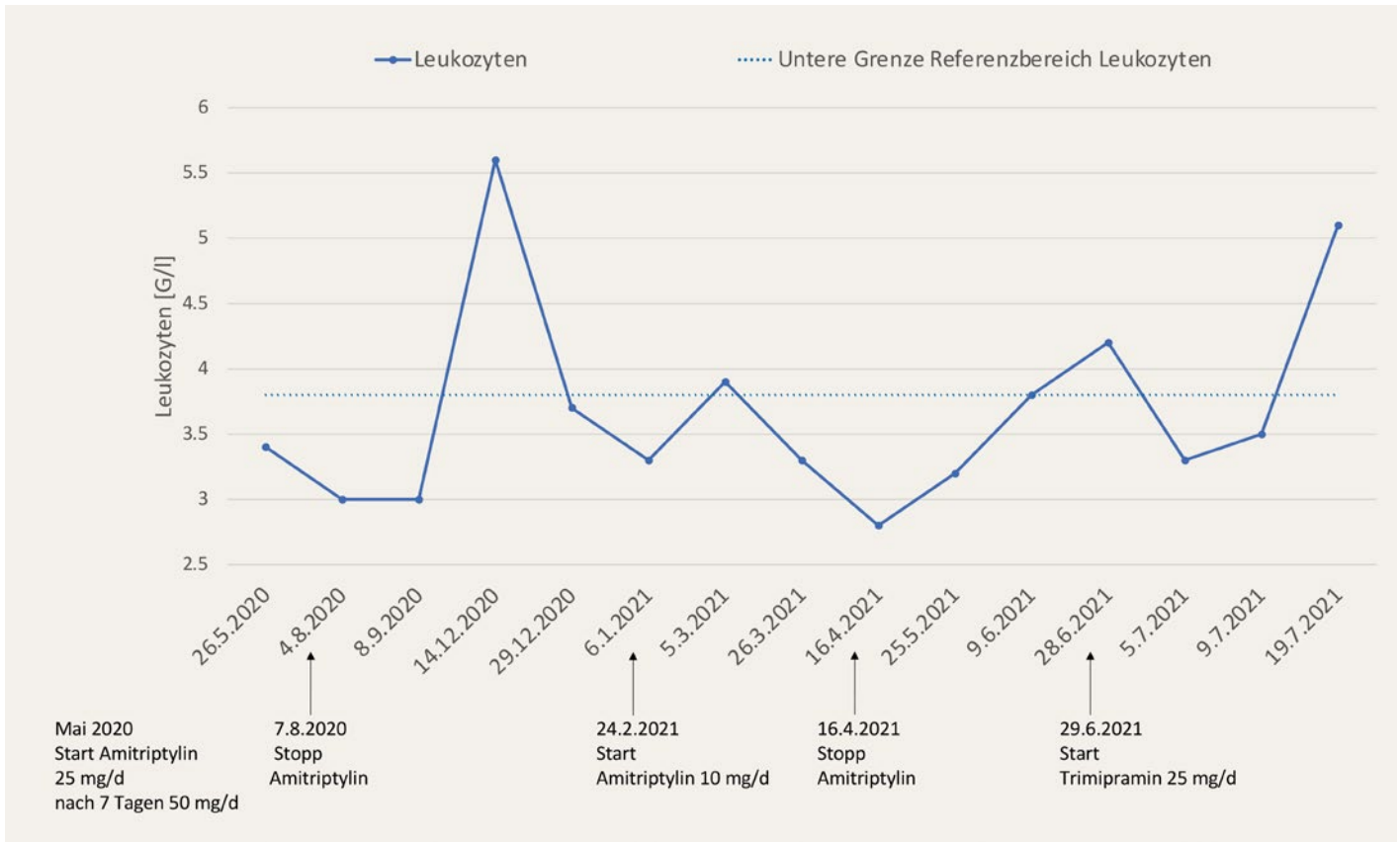


Abbildung 1: Verlauf der Leukozyten von Mai 2020 bis Juli 2021.

Klinische Beurteilung

Amitriptylin (Saroten®) ist ein trizyklisches Antidepressivum und Analgetikum, das unter anderem zur prophylaktischen Behandlung bei chronischen Spannungskopfschmerzen und Migräne eingesetzt werden kann. Es wird den nichtselektiven Monoamin-Rückaufnahme-Inhibitoren (NSMRI) zugeordnet, da die Wiederaufnahme von Noradrenalin und Serotonin durch die Blockade der Monoamintransporter gehemmt wird. Da Amitriptylin ein tertiäres Amin ist, wird eine ungefähr gleich starke Hemmung der Aufnahme von Serotonin und Noradrenalin erwartet. Sekundäre Amine, wie zum Beispiel der aktive Metabolit Nortriptylin, hemmen bevorzugt die Noradrenalin-Wiederaufnahme [3]. Durch die Monoamintransporter-Blockade werden die noradrenerge und serotoninerge synaptische Übertragung verstärkt. Trizyklische Antidepressiva sind jedoch nicht selektiv und können diverse weitere Rezeptoren, wie zum Beispiel den Muskarinrezeptor und den α 1-Adrenozeptor beeinflussen [3].

Die Eliminationshalbwertszeit von Amitriptylin nach oraler Anwendung beträgt rund 25 Stunden. Sie ist wegen der hohen Lipophilie der Substanz relativ lang. Die Ausscheidung erfolgt überwiegend renal [4].

Eine arzneimittelbedingte Leukopenie kann grundsätzlich durch zwei verschiedene Mechanismen entstehen:

- Allergische Leukopenien laufen meistens über eine zytotoxische (Typ II) oder Immunkomplexreaktion (Typ III) ab, die zu einer Zerstörung der überwiegend reifen Zellen führt.
- Toxische Leukopenien entstehen durch eine Schädigung des Knochenmarks durch Arzneimittelmetaboliten, die dann zu einer Verminderung der Vorläuferzellen führen.

Ein Abfall der Zellen bei toxischen Leukopenien manifestiert sich meist schleichend und eine vorherige Sensibilisierung ist nicht notwendig. Eine toxische Zytopenie ist zudem überwiegend dosisabhängig, wohingegen allergische Zytopenien idiosynkratisch und dosisunabhängig auftreten können. Der allergisch bedingten Zytopenie geht eine Sensibilisierung voraus, wodurch sich auch der rasche Abfall der Zellzahl nach jeder Reexposition mit dem Allergen erklärt [1, 3].

Gemäss dem systematischen Review von Anderson et al. konnten bei über 50% der sicher respektive wahrscheinlich eingestuft arzneimittelinduzierten Agranulozytosen folgende zehn Arzneimittel (ausgenommen Chemotherapeutika) als Ursache identifiziert werden: Carbimazol, Clozapin, Dapson, Metamizol, Thiamazol, Penicillin G, Procainamid, Propylthiouracil, Rituximab, Sulfasalazin und Ticlopidin [5].

Die Schweizer Arzneimittelinformation beschreibt Leukopenien als seltene (0,01–0,1%) unerwünschte Arzneimittelwirkung (UAW) von Amitriptylin [4]. In der WHO-Datenbank Vigilyze sind seit 1968 von insgesamt 35 249 individuellen Case Safety Reports, 131 Fälle zu «Preferred Term (PT): Leukopenia» aufgeführt [6].

Ein Case Report von 2014 beschreibt ebenfalls eine Agranulozytose bei einer 62-jährigen Patientin nach einer vierwöchigen erstmaligen Einnahme von Amitriptylin. Eine Knochenmarkbiopsie zeigte hier eine völlige Abwesenheit von neutrophilen Granulozyten im Blut. Dies spricht eher für eine toxische Zytopenie, da im Knochenmark keinerlei Vorläuferzellen vorhanden waren [7].

Die langsame Entwicklung der Leukopenie im vorliegenden klinischen Fall deutet ebenfalls eher auf eine toxische Zytopenie hin.

Kausalitätsbeurteilung

Zwischen der Anwendung von Amitriptylin und dem Auftreten der Symptomatik im eingangs beschriebenen Fall besteht ein zeitlicher Zusammenhang. Das Abklingen der Symptome nach Absetzen stellt eine positive Dechallenge dar. Das Wiederauftreten der Symptome nach erneutem Start der Medikation kann als positive Rechallenge bewertet werden. Aufgrund des direkten zeitlichen Zusammenhangs und

Meldungen vermuteter unerwünschter Wirkungen

Medizinische Fachpersonen und alle, die Heilmittel herstellen, gewerbsmässig verabreichen oder abgeben oder als Medizinpersonalperson dazu berechtigt sind, sind verpflichtet, das Auftreten einer unerwünschten Wirkung zu melden (Art. 59, Abs. 3 Heilmittelgesetz [HMG]). Für Meldungen über unerwünschte Arzneimittelwirkungen (UAW) sollten medizinische Fachpersonen das dafür entwickelte Meldeportal verwenden. Mit dem sogenannten Electronic Vigilance System (EIViS) können UAW direkt erfasst werden.

Bevor Sie EIViS nutzen, ist eine Registrierung erforderlich. Wichtig ist dabei, dass Sie sich einmalig für das Login mit HIN-Identität oder das CH-LOGIN entscheiden. Alle erforderlichen Informationen sind zu finden unter www.swissmedic.ch → Marktüberwachung → Pharmacovigilance → Ärzte und Apotheker.

der Abwesenheit anderer plausibler Erklärungen wurde auf weitere Diagnostik verzichtet.

Zusammenfassend wurde aufgrund des zeitlichen Zusammenhangs, der Dokumentation in der Arzneimittelinformation sowie in der WHO-Datenbank, der positiven De- und Rechallenge sowie fehlender Hinweise auf nichtmedikamentöse Ursachen die Kausalität zwischen der Anwendung von Amitriptylin (Saroten®) und dem Auftreten der Leukopenie gemäss WHO/«Council for International Organizations of Medical Sciences»-(CIOMS-)Kriterien formal als wahrscheinlich bewertet.

Schlussfolgerungen

- Leukopenien sind seltene, jedoch nicht zu unterschätzende unerwünschte Arzneimittelwirkungen von Amitriptylin.
- Medikamenteninduzierte Zytopenien können immunvermittelt oder dosisabhängig toxisch auftreten.
- Das Melden von unerwünschten Arzneimittelwirkungen ist ein wichtiger Beitrag zur Arzneimittelsicherheit.

Korrespondenz

Dr. rer. nat. Imke Ortland
Klinik für klinische Pharmakologie und Toxikologie
Universitätsspital Zürich
Rämistrasse 100
CH-8091 Zürich
[imke.ortland\[at\]usj.ch](mailto:imke.ortland[at]usj.ch)

Informed Consent

Ein schriftlicher Informed Consent zur Publikation liegt vor.

Disclosure Statement

SW erhielt Forschungsgelder des Schweizer Nationalfonds, des Klinischen Forschungsschwerpunktes (KFSP) Stroke der Universität Zürich (UZH), der Schweizerischen Herzstiftung, des Zentrums für Neurowissenschaften Zürich (ZNZ) sowie Beratungs-/Vortragshonore von Bayer, Novartis, Springer, Teva Pharma; sie ist zudem Mitglied folgender Organisationen: European Stroke Organization, Swiss Stroke Society, Swiss Headache Society, Zurich Neurologist Association, Society for Swiss Neurosciences. KW erhielt Forschungsgelder von Alexion Pharmaceuticals und berichtet das Patent WO 2022/018271 A1. JS, BD, EF, KN, IO haben deklariert, keine potentiellen Interessenskonflikte zu haben.

Literatur

- 1 Coates DS. Drug-induced neutropenia and agranulocytosis. UpToDate [Internet]. 2021 Jan [cited 2021 Oct 28]. Available from: <https://www.uptodate.com/>
- 2 Uppsala Monitoring Centre [Internet]. The use of the WHO-UMC system for standardised case causality assessment. 2018 Apr [cited 2021 Oct 28]. Available from: <https://www.who-umc.org/>
- 3 Henschler D, Rummel W, Aktories K, Forth W. Allgemeine und spezielle Pharmakologie und Toxikologie: für Studenten der Medizin, Veterinärmedizin, Pharmazie, Chemie und Biologie sowie für Ärzte, Tierärzte und Apotheker. 11., überarb. Aufl. ed. München: Elsevier, Urban & Fischer; 2013.
- 4 Arzneimittelinformation [Internet]. Saroten®. 2021 Apr [cited 2021 Oct 28]. Available from: www.swissmedicinfo.ch.
- 5 Andersohn F, Konzen C, Garbe E. Systematic review: agranulocytosis induced by nonchemotherapy drugs. *Annals of internal medicine*. 2007;146(9):657–65.
- 6 Uppsala Monitoring Centre [Internet]. Vigilize. 2021 Sept [cited 2021 Oct 28]. Available from: <https://vigilize.who-umc.org/>.
- 7 Azadeh N, Kelemen K, Fonseca R. Amitriptyline-Induced Agranulocytosis With Bone Marrow Confirmation. *Clin Lymphoma Myeloma Leuk*. 2014;14(5):e183–e5.



Julia Stermann, Apothekerin
Regionales Pharmacovigilance-Zentrum
Zürich, Zürich

Briefe an die Redaktion

Geschlechtsinkongruenz – eine Krankheit?

Brief zu: Rudolph H, Burgermeister N, Schulze J, Gross P, Hübscher E, Garcia Nuñez D. Von der Psychopathologisierung zum affirmativen Umgang mit Geschlechtervielfalt. *Swiss Med Forum*. 2023;23(04):856–60.

Mit Interesse habe ich die Artikel über Geschlechtsinkongruenz (= das Geschlecht wird von der betroffenen Person anders wahrgenommen, als es ihr bei der Geburt anhand der Genitalien zugewiesen wurde) gelesen.

Nachvollziehbar ist, dass dieses subjektive Gefühl nicht objektiv gewertet werden kann, das heisst die geschlechtsinkongruente Person ist selbst und allein «Expert:in für die Wahrnehmung, Definition und Gestaltung des eigenen Geschlechts».

Diskutierbar ist aber der neulich negierte Krankheitscharakter. Die Weltgesundheitsorganisation (WHO) definiert nicht die Krankheit, sondern den Gegenbegriff der Gesundheit [1]: «Ein Zustand des umfassenden körperlichen, geistigen und sozialen Wohlbefindens und nicht lediglich das Freisein von Krankheit und Schwäche». Ob dieses Wohlbefinden wirklich von den trans Personen erlebt wird und nur einige die (von aussen) verursachte Geschlechtsdysphorie spüren (= «psychisches Leiden, basierend auf Nichtübereinstimmung zwischen körperlichen, psychischen und/oder sozialen geschlechtlich normierten Merkmalen und der Geschlechtsidentität einer Person»), scheint doch fraglich.

Und, wenn die Geschlechtsinkongruenz keine Krankheit ist, wie immer man diese definiert, dann frage ich mich, warum die Krankenkasse die teuren «Therapien» (Operationen, Hormone, Psychotherapie) bezahlen soll.

Das grundlegende Problem aber stellt sich mir mit der fehlenden Definition von «Frau» und «Mann», da man sich ja nicht mehr auf die biologischen Tatsachen beruft. Inwiefern fühlt sich der geschlechtsinkongruente, biologisch definierte «Mann» als «Frau»? Es können ja nicht die biologischen Geschlechtsmerkmale wie Penis, fehlende Brüste, Bartwuchs etc. sein. Wie definieren wir Mann und Frau, wenn wir uns nicht mehr auf die anatomisch-physiologischen, geschlechtsspezifischen Merkmale berufen können?

Und zuletzt noch ein ketzerischer Vergleich, der vielleicht etwas hinkt: Inwiefern ist der Schizophrene krank, oder eben gesund, wenn er sich als Napoleon fühlt? Er allein ist doch Experte für diese Überzeugung, oder?

Dr. med. Andreas Osterwalder, Cureggia

Disclosure Statement

Der Autor hat deklariert, keine potentiellen Interessenskonflikte zu haben.

Literatur

1 www.who.int/about/governance/constitution

Replik

Vielen Dank für Ihren Leserbrief [1], in dem Sie Fragen zum Konzept der Geschlechtsinkongruenz und der Geschlechtsdysphorie, zur Bezahlungspraxis von medizinischen Transitionsinterventionen und zur Definition der Geschlechter stellen.

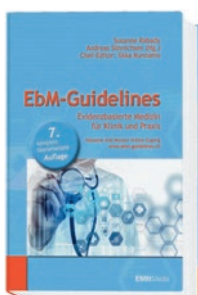
Zum ersten Punkt kann gesagt werden, dass die von Ihnen erwähnte Gesundheitsdefinition der Weltgesundheitsorganisation (WHO) keinen normativen Wert besitzt, sondern ein erstrebenswertes, wenn auch utopisches Ziel darstellt. Dementsprechend ist es nicht sinnvoll, jeden Zustand, der diese Bedingungen nicht erfüllt, komme er bei einer cis oder trans Person vor, als pathologisch zu betrachten.

Geschlechtsinkongruente Personen erleben im Verlauf ihres Lebens sogenannte «Geschlechterspannungen», die gelegentlich einen passageren Charakter besitzen und sich ohne medizinische Interventionen auflösen. Das ist per se noch kein krankhafter Zustand. Gelegentlich sind diese Spannungen aber derart permanent und stark, dass sie jenen Schwellenwert überschreiten, der in der Fachwelt als «Geschlechtsdysphorie» definiert wird. In dieser Situation sind dann soziale, psychologische und/oder medizinische Interventionen notwendig. Die Höhe dieses Grenzwerts ist – ähnlich zum Schmerzempfinden – individuell und lässt sich insbesondere nicht auf Normwerte fixieren. Der entscheidende Punkt ist aber, dass die Lebensqualität der

Anzeige

EbM-Guidelines

Evidenzbasierte Medizin für Klinik und Praxis



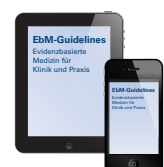
Susanne Rabady, Andreas Sönnichsen
EbM-Guidelines
Evidenzbasierte Medizin für Klinik und Praxis
 7., komplett überarbeitete Auflage, 2018. 1568 Seiten, mit zahlreichen, hauptsächlich schwarz-weißen Abbildungen und Tabellen.
 Gebunden.
 CHF 171.–
 ISBN 987-3-03754-115-9
 EMH Schweizerischer Ärzteverlag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

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

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

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

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



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

geschlechtsinkongruenten Person nach der Durchführung dieser Schritte wiederhergestellt ist.

Hinsichtlich der Frage nach der Bezahlung kann gesagt werden, dass die Krankenkassen sich bei der Kostenübernahme sowohl nach den Kriterien der «International Classification of Diseases» (ICD) sowie unter anderem nach denjenigen der «Wirksamkeit, Zweckmässigkeit und Wirtschaftlichkeit» (WZW) (Art. 32 Krankenversicherungsgesetz [KVG]) richten. Hierbei ist es wichtig, sich zu vergegenwärtigen, dass die ICD nicht nur ein Sammelband von «Pathologien», sondern auch von «Gesundheitszuständen» darstellt. Das ermöglicht beispielsweise, die Kosten von schmerzlindernden Massnahmen bei Geburten zu übernehmen, obwohl eine Schwangerschaft per se als normaler – wenn auch besonderer – Gesundheitszustand betrachtet wird. Mit unseren zwei Übersichtsartikeln [2, 3] legen wir Zeugnis ab, dass sowohl medizinische, psychotherapeutische als auch soziale Transitionsmassnahmen die WZW-Kriterien erfüllen. Daher würde der Ausschluss dieser Behandlungen aus dem KVG-Katalog eine (weitere) Diskriminierung der geschlechtsinkongruenten Bevölkerung darstellen.

Ferner stellen Sie die Frage nach der Definition der Geschlechter. Die Antwort darauf ist tatsächlich komplex und würde den Rahmen einer Briefkorrespondenz sprengen. Allerdings kann eines gesagt werden: Die aktuelle medizinische Geschlechtszuweisungspraxis erfolgt «optisch» und nicht «biologisch». Die Zuteilung der Neugeborenen in die «weibliche» oder «männliche» Kategorie ergibt sich anhand des Aussehens der Genitalien. Gerade biologische – sprich: genetische, zelluläre und/oder hormonelle – Geschlechtsuntersuchungen werden in der Regel nicht vorgenommen. Diese Einteilung lässt sich schnell durchführen und ist wahrscheinlich – je nach Definition – für circa 95–99,5% der Bevölkerung zweckmässig, aber nicht akkurat. «Die Biologie» spricht weder hier noch später direkt mit uns. Gerade die biopsychosozial fundierte Medizin weiss, dass derartige komplexen Phänomene wie «Geschlecht» einer genaueren Prüfung bedürften, bei der sowohl subjektive als auch objektive Faktoren zwecks einer sicheren Einteilung herangezogen werden müssen. Das ist zwar keine Neuigkeit, entspricht aber leider nicht unserem Denken und Handeln im Alltag.

Schliesslich sei Ihre kecke Frage hinsichtlich Schizophrenie nicht minder knackig beantwortet: Das psychotische Erleben von Menschen zeichnet sich nicht nur durch allfällige Identitätsfragen, die für Aussenstehende schwer zu verstehen sind, aus.

Schizophrene Patient:innen leiden insbesondere unter einer Reihe von – teilweise schwerwiegenden – psychopathologischen Symptomen, die sich bei trans Menschen trotz jahrzehntelanger klinischer Versorgung und Forschung nicht vorfinden lassen. Daher zieht der Vergleich an der klinischen und erst recht an der Geschlechterrealität vorbei.

Im Namen der Autor:innen

Dr. med. David Garcia Nuñez, Basel

Disclosure Statement

Der Autor hat deklariert, keine potentiellen Interessenskonflikte zu haben.

Literatur

- Osterwalder A. Geschlechtsinkongruenz – eine Krankheit? *Swiss Med Forum.* 2023;23(16):1021–2.
- Rudolph H, Burgermeister N, Schulze J, Gross P, Hübscher E, Garcia Nuñez D. Von der Psychopathologisierung zum affirmativen Umgang mit Geschlechtervielfalt. *Swiss Med Forum.* 2023;23(04):856–60.
- Garcia Nuñez D, Rudolph H, Flütsch N, Meier C, Wenz F, Müller A, et al. Geschlechtsangleichende Behandlungsmöglichkeiten bei Menschen mit Geschlechtsinkongruenz. *Swiss Med Forum.* 2023;23(04):862–5.

Briefe einreichen

Briefe an die Redaktion reichen Sie online ein unter:

<https://smf.manuscriptmanager.net/>

Seminare und Veranstaltungen

04.05.2023 | 13.00–15.00 Uhr

Iron Academy 2023 / Basel

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

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

04.05.2023–05.05.2023

10. Jahreskongress der SSCLPP

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

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

04.05.2023–05.05.2023

ENDO Linz 2023

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

05.05.2023–06.05.2023

BdP Pneumologischer Praxis-kongress 2023

Die Schlüsselthemen widmen sich dem gesamten Spektrum der ambulanten pneumologischen Versorgung. Neben medizinischen Inhalten werden auch viele Bereiche des Praxismanagements behandelt, immer mit dem Fokus «aus der Praxis, für die Praxis».

Estrel Hotel, Sonnenallee 225, 12057 Berlin, Deutschland
Kontakt: wikonect GmbH
info@wikonect.de

05.05.2023 | 09.00–17.00 Uhr

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

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

06.05.2023

18. Kardiovaskuläres Symposium

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

06.05.2023

45. Badener Rheumatologischer Fortbildungstag und 12. Burgenländischer Rheumatag

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

06.05.2023–07.05.2023

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

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

07.05.2023–09.05.2023

Swiss HLG Conference 2023

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

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

08.05.2023–10.05.2023

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

Thematische Ausrichtung 2023: Hygiene wirkt!

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

08.05.2023–10.05.2023

CAS Leadership in Health Care Organisations Modul 3

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

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

10.05.2023–12.05.2023

7. SGAIM Frühjahrskongress | Together for better care

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

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

10.05.2023–12.05.2023

Deutscher Wundkongress & Bremer Pflegekongress

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

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



Fehlt Ihre Veranstaltung?

Tragen Sie sie ein auf events.emh.ch

Soll Ihre Veranstaltung herausstechen?

Wir helfen gerne.
events@emh.ch

Die komplette Liste der Veranstaltungen finden Sie auf events.emh.ch

11.05.2023–13.05.2023

fresh up digital – Innere Medizin 2023

Was ist «fresh up Innere Medizin»?

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

Kontakt: wikonect GmbH
info@wikonect.de

11.05.2023–12.05.2023

39. Frühjahrstagung der Österreichischen Diabetes Gesellschaft (ÖDG)Congress Innsbruck, 6020 Innsbruck, Österreich
Kontakt: Tagungsbüro: Mondial Congress & Events
oedgfj@mondial-congress.com

11.05.2023–12.05.2023

Ausbildung für Begutachtung – Modul 3

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

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

12.05.2023–13.05.2023

30. Atherosklerose Jahrestagung – AASParkhotel Billroth, 5340 Sankt Gilgen, Österreich
Kontakt: Informationen und Anmeldung: ÄrzteZentrale Med.Info
azmedinfo@media.co.at

12.05.2023–13.05.2023

Kärntner Internisten Symposium – Innere Medizin am SeeSeepark Hotel Klagenfurt, Universitätsstraße 104, 9020 Klagenfurt am Wörthersee, Österreich
Kontakt: Veranstaltungsleitung / Informationen: MAW – Medizinische Ausstellungs- und Werbegesellschaft
maw@media.co.at

12.05.2023–13.05.2023

CLI.Kongress 2023

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

Kontakt: wikonect GmbH
info@wikonect.de

12.05.2023 | 09.00–17.30 Uhr

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

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

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

13.05.2023

12. Österreichische Fachtagung für Zahntrauma der ARGE Zahntrauma in der ÖGZMKHotel Parl Hyatt, Am Hof 2, 1010 Wien, Österreich
Kontakt: Kongressbüro
zahn@media.co.at

13.05.2023

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

13.05.2023

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

15.05.2023–17.05.2023

17. Deutscher Hebammenkongress

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

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

17.05.2023–20.05.2023

Diabetes Kongress 2023

Unter dem Motto: «Diabetes neu denken – Vielfalt & Individualität» dürfen Sie ein Programm erwarten, das neben den wissenschaftlichen Vorträgen in Symposien, Postersitzungen und Workshops auch viel Raum für Diskussionen und Interaktion bietet.

CityCube Berlin, Messedamm 26, 14055 Berlin, Deutschland
Kontakt: Angelika Staude
angelika.staude@mcon-mannheim.de

18.05.2023–20.05.2023

10th Conference of ESES 2023Dear colleagues and friends,
it is a great pleasure and privilege for me to invite you to the 10th ESES postgraduate meeting in Mainz, May 18th to 20th 2023.Favorite Parkhotel, Karl-Weiser-Straße 1, 55131 Mainz, Deutschland
Kontakt: wikonect GmbH
info@wikonect.de

19.05.2023–20.05.2023

Kongress für Kinder in Orthopädie und Unfallchirurgie 2023**41. Jahrestagung der SKT
36. Jahrestagung der VKO**

Rund um den Ellenbogen / Rund um das Handgelenk / Rund um die Hüfte / Kongenitale und geburtstraumatische Veränderungen / Rund um den Rumpf und Wirbelsäule / Varia

Kongresshaus Garmisch-Partenkirchen, Richard-Strauss-Platz 1, 82467 Garmisch-Partenkirchen, Deutschland
Kontakt: Kongress- und MesseBüro Lentzsch GmbH
info@kmlentzsch.de

20.05.2023–21.05.2023

Seminar 2 – Die Multiple Sklerose, Morbus Parkinson und andere neurodegenerative Leiden

Grundlagen zur Entstehung neurodegenerativer Krankheiten durch langsames Fortschreiten von Entzündungsprozessen in bestimmten Regionen des Nervensystems. Einfluss der Umweltbelastung. Wirkung der Heildiät u. Frischkost in der ursächlichen Behandlung.

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

Scheinheilige Götter in Weiss

Ärztliche Non-Compliance Sie rauchen, obwohl Sie Ihren Patientinnen und Patienten davon abraten? Sie können nicht aufs Dessert verzichten und treiben zu wenig Sport? Dann befinden Sie sich in guter Gesellschaft. Weshalb folgen Ärztinnen und Ärzte ihren eigenen Ratschlägen nicht?

Eberhard Wolff

Der Müesli-Erfinder Max Bircher-Benner (1867–1939) war bekannt für seine strengen Regeln einer gesunden Lebensweise. «Ordnungstherapie» nannte er sie. Dazu gehörte auch die Abstinenz von so genannten «Genussgiften». Alkohol, Kaffee und Tabak waren verpönt. Selber das Rauchen aufzugeben hat Bircher-Benner allerdings nicht geschafft, sogar als seine Gattin ihn inständig darum bat [1].

Samuel Hahnemann (1755–1843), der Begründer der Homöopathie, meinte, dass nur eine genau nach seinen Regeln praktizierte Homöopathie wirksam sein könnte [2]. Aus seinen erhaltenen Krankenjournalen, in denen er jede Verordnung akribisch festhielt, geht aber hervor, dass er sich immer wieder Freiheiten nahm, seinen eigenen Regeln nicht ganz so streng zu folgen [3].

Selber das Rauchen aufzugeben hat Bircher-Benner nicht geschafft, sogar als seine Gattin ihn inständig darum bat.

Und noch ein historisches Beispiel: Der ausgebildete Arzt und praktizierende Philosoph Karl Jaspers (1883–1969) entwickelte eine Idee des idealen Patienten. Der solle, hoch reflektierend, «ein sich selbst bewusstes Individuum» sein und «die Grenzen dessen, was er vom Arzt erwarten darf», kennen. Seinen eigenen langjährigen Hausinternisten Albert Frankel (1864–1938) stilisierte er in seiner autobiografischen «Krankheitsgeschichte» allerdings zu einer Art Übermenschen, in den er «grenzenloses Vertrauen» habe [4].

Ein aktueller Widerspruch

Solche Diskrepanzen zwischen der Theorie beziehungsweise den Ansprüchen und dem realen Handeln in der Medizin bekommen schnell den Geschmack von Inkonsequenz, Unehrllichkeit oder gar Scheinheiligkeit: Wasser predigen und Wein trinken. Bei Kritikern lösen sie Häme aus. Deshalb findet man sie kaum in ehrerbietiger historischer Literatur. Helden sollen widerspruchsfrei erscheinen. Und sicherlich liesse sich jede dieser Ungereimtheiten auch irgendwie widerspruchsfrei interpretieren.

Schaut man aber genauer hin, erscheinen solche Diskrepanzen verbreiteter und alltäglicher, als man auf den ersten Blick annimmt. Gerade in der heutigen Medizin.

Unter dem Thema «Ärztegesundheit» wurde in dieser Zeitschrift in den vergangenen Jahren immer wieder beklagt, dass Ärztinnen und Ärzte, und auch das Medizinpersonal allgemein, häufig «nachlässig» mit ihrer eigenen Gesundheit umgingen. Aus unserer Perspektive hiesse dies, dass sie sich gesundheitlich nicht so verhalten, wie es ihren eigenen gesundheitlichen Normvorstellungen entspricht – oder entsprechen sollte. Das kann man als Problem sehen und dagegen arbeiten [5, 6]. Man kann aber auch weiter gehen.

Anhand von solchen Inkongruenzen lässt sich die Medizin besser verstehen. Für das «nachlässige» Gesundheitsverhalten werden oft externe Stressoren verantwortlich gemacht: hohe Leistungsanforderungen im Beruf, emotionale Belastung, Konkurrenzdruck und so weiter. Aber auch ein Verständnis des Arztberufs als ein sich aufopferndes und nie versagendes Heldendasein, das zu Selbstausschöpfung führt und im Konflikt mit der Patientenrolle steht [5, 6].

Beigeschmack des Fehlverhaltens

Weitere Beispiele solcher Divergenzen weisen auf andere Hintergründe hin. «Wie würden Sie an meiner Stelle entscheiden?» ist eine Rückfrage, die Ärztinnen und Ärzte immer wieder von Patientinnen und Patienten hören, wenn es um Handlungsalternativen geht. Die Frage hat es in sich. Vordergründig zielt sie vielleicht darauf ab, eine Lehrmeinung in eine konkrete Entscheidung zu übertragen. Hintergründig versteckt sich in ihr aber auch der Verdacht, dass Therapeuten für sich selber vielleicht anders entscheiden würden, als sie es standardmässig ihrer Patientenschaft vorschlagen. In der Tat wurde in Studien immer wieder festgestellt, dass Ärztinnen oder Ärzte für sich selber zum Beispiel weniger oder andere Operationen bevorzugen als für die restliche Patientenschaft. Etwa, weil sie deren Risiken für sich anders einschätzen als für die Patientenschaft [7–9].

Man könnte dies «ärztliche Non-Compliance» nennen. Das wird aber nicht gemacht. Das Phänomen «Non-Compliance» wird in der Medizin praktisch immer auf die Patientenschaft gemünzt. Non-Compliance hat eben oft den Beigeschmack des Fehlverhaltens, des subtilen Vorwurfs – im schlimmsten Fall von Charakterschwäche.



© Adrian Smith / Unsplash

Als Teil des Lebens sind Medizin und Gesundheit nicht widerspruchsfrei.

Ein erweitertes Verständnis von Non-Compliance sieht darin nicht nur individuelles Fehlverhalten, sondern auch den Einfluss äusserer Lebensbedingungen: Wissen, Geld, Zeit und so weiter. Hier setzen Initiativen an, die gegen Non-Compliance, auch die ärztliche, anarbeiten [5].

Das Phänomen «Non-Compliance» wird in der Medizin praktisch immer auf die Patientenschaft gemünzt.

Ein noch weiterer Begriff von «Non-Compliance» fragt, wie «lebensnah», «lebensfremd» oder «lebensrealistisch» eine geforderte Handlungsweise ist. Denn das Leben als Ganzes ist vielfältiger und komplizierter, es umfasst mehr als Gesundheit und die abstrakte Idee einer formalisierten «Best Practice». Ein Beispiel, angesprochen von einem Leser der Schweizerischen Ärztezeitung: Sollen wir (Ärzte) jenseits der Arbeit auch unsere Erholung «möglichst wirkungsvoll» für unsere Gesundheit «belegen, reservieren, einteilen»? [10] Und allgemein: Wie weit soll unser Leben, auch

das von Ärzten, dann lediglich bestimmten Normen gesundheitlicher Effizienz unterworfen werden?

Eine «lebensweltliche Perspektive» nennt man das im Fachchinesisch. Widersprüche sind darin nicht einfach ein Problem, sondern ein Teil des Lebens. Für Allgemeinpraktizierende sind Widersprüche zwischen der abstrakten Idee und der lebensweltlichen Praxis nicht nur gegenüber ihren Patientinnen und Patienten eine alltägliche Erfahrung.

Als Teil des Lebens sind auch Medizin und Gesundheit nicht widerspruchsfrei. Das muss man aushalten können. Ein befreundeter Arzt hat das Dilemma der ärztlichen Non-Compliance vor längerer Zeit an einem feuchtfröhlichen Samstagabend kurzerhand mit dem Satz gelöst: «Der Arzt in mir ist nüchtern.»



Literatur

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

Langeweile auf Rezept

Wellbeing Unser Autor braucht keine Evidenz, um zu erkennen, was ihm und seinen Patientinnen und Patienten besonders gut tut: eine Stunde «Me-Time» pro Tag, quasi gezieltes Nichtstun. Eine Anleitung zum Nachahmen.

Angelo Barrile

Vanessa Kraege fordert uns in ihrer Kolumne vom 1. März auf, als Ärztinnen und Ärzte gute Vorbilder zu sein, beispielsweise bei der Ernährung oder Bewegung. Unsere Patientinnen und Patienten profitierten davon, indem sie unserem Beispiel folgten. Diese Meinung teile ich und spanne in der heutigen Kolumne den Faden weiter. Wenn wir das (vor)leben, was wir empfehlen, profitieren unsere Patientinnen und Patienten sogar, wenn sie unsere Lebensgewohnheiten nicht kennen. Weil wir fit, motiviert und zufrieden sind, verbessert sich die Qualität unserer Betreuung automatisch.

Kraeges Aufzählung füge ich heute ein weiteres Element hinzu. In meiner Agenda steht täglich der Termin «🧘 Me-Time». Es ist eine Zeit, für die ich bloss plane, dass ich dann nichts plane. Es ist das Zeitfenster, das für mich und mein Wohlbefinden reserviert ist. Ganz egal, wie voll mein Tag ist, diese Stunde bleibt immer blockiert. Neue Termine werden drum herum geplant.

Das Prinzip des «Time Blocking» ist simpel. Für besonders wichtige und dringende Aufgaben wird Zeit in der Agenda reserviert. Optimalerweise werden auch sämtliche Störungsquellen ausgeschaltet: Flugmodus einschalten, Mailprogramm schliessen und so weiter. Spannenderweise kannte ich das «Time Blocking» bereits in meinem früheren Leben, aber damals habe ich es falsch angewandt, sodass es meinem Wellbeing mehr schadete als nützte. Zur «Selbstoptimierung» versuchte ich, möglichst jede Minute, die ich wach war, produktiv zu nutzen. Im Praxisalltag oder in der Politik kamen die Störungen trotzdem rein und die Aufgabe blieb unerledigt, bis mich niemand mehr störte – abends nach 21 Uhr oder morgens um 6. Gekürzt habe ich jeweils meine Erholungs- oder Schlafzeit. Klar ist sowas nicht gesund, dafür brauche ich keine Studien zu lesen oder Fachpersonen zu fragen!

Dieses Prinzip habe ich nun umgekehrt: ganz egal wie viele Aufgaben reinschneiden, es gibt das blockierte Zeitfenster. Das Umdenken bezüglich Zeitplanung begann während meiner Chemotherapie und in der Zeit danach. Die Tage waren lang, die Agenda ungewohnt leer.

In meinen Alltag baute ich fix ein, was mir gut tat: Morgenroutine, Bewegung, Meditation, gesundes Kochen, achtsames Essen.

Stricken, tanzen, spazieren

Damals machte ich eine überraschende Entdeckung. Die unverplante Zeit zwischen den Routinen wurde immer wertvoller. Je langweiliger es mir war, desto eher wurde mein Tag durch kreative Tätigkeiten befriedigend und spannend, ich entdeckte unbekannte oder vergessene Fähigkeiten und Interessen. Von aussen betrachtet sind das wohl keine Paradebeispiele an Kreativität, aber für mich hatten Lesen, Gedanken mit Füllfeder aufschreiben, wie wild zu Discomusik tanzen, Waldspaziergänge, Stricken, nichts tuend auf dem Balkon sitzen, der Natur zuhören, das Wetter beobachten, Zeichnen, Gärtnern und so weiter einen anregenden Effekt. Viel zu lange hatte «Langeweile» keinen Platz in meinem Alltag gehabt.

Mit der langsamen Rückkehr in den beruflichen und politischen Alltag musste ich sehr bewusst diese «Langeweile-Inseln» verteidigen. Heute plane ich auf Monate hinaus täglich mindestens einen stündigen «🧘 Me-Time»-Termin. Ich muss ihn zwar manchmal innerhalb des Tages verschieben, aber löschen ist tabu und er ist verbindlich. Ich nehme mir für diese Zeit nichts Bestimmtes vor, damit ich dann wirklich spontan entscheiden kann, was ich gerade brauche. Damit die Me-Time tatsächlich ihren Zweck erfüllt, gelten ein paar Regeln: kein Pendenzenabbau, kein Füllen mit fixen Routinen wie Sport, Meditation, Spaziergang, Power Nap, kein TV, möglichst keine digitalen Geräte ausser für gezielte Recherchen und wenn ich in den Flow komme, darf die Stunde auch mal 75 oder gar 120 Minuten dauern. Die regelmässige «Langeweile» macht meinen Tag spannend.

Ausnahmsweise nenne ich Ihnen keine Expertenmeinung oder Studien, die belegen, was schon auf der Hand liegt. Diese «Erfahrungsmedizin» können Sie auch ohne Evidenz ausprobieren und in der Sprechstunde weiterempfehlen. Reservieren Sie sich täglich eine Stunde «🧘 Me-Time» im Kalender und entdecken selber, wie gesund, anregend und spannend geplante Langeweile sein kann.



Angelo Barrile

Der Hausarzt und Nationalrat schreibt an dieser Stelle regelmässig über die Themen Wellbeing und Work-Life-Balance.



© Luca Bartulović

Netto-Null in der Forschung?



Jean Martin
Dr. med., ehemaliger
Kantonsarzt Waadt

Im Februar dieses Jahres widmete der Präsident der Kantonalen Ethikkommission der Forschung Zürich, David Nadal, den neuen Dimensionen, die sich aus der wachsenden Bedeutung der Klimaproblematik für die Arbeit der Kommission ergeben, eine eigene Sitzung. An dieser durfte ich teilnehmen. Welche Aspekte spielen eine Rolle? Zunächst einmal gilt auch hier der Grundsatz: «Vor allem nicht schaden.» Die Zusammenhänge zwischen Gesundheit und Umwelt respektive Klima werden zunehmend besser verstanden [1]. Das bedeutet, dass der Klimawandel ein Thema ist, mit dem sich auch das Gesundheitswesen intensiv beschäftigen muss. Dabei gilt es, bestimmte zentrale Aspekte zu berücksichtigen:

1. Das Konzept «One Health» oder «Planetary Health», das die Gesundheit von Mensch, Tier (Zoonosen) und Umwelt – also allem Lebendigen – betrachtet, aber auch soziale und wirtschaftliche Fragen einschliesst. Ausgearbeitet wurde dieses Konzept [2] von unserem Landsmann Jakob Zinsstag.
2. Das Konzept der Ökosystemdienstleistungen, das heisst «das Wohlbefinden, das die Natur dem Menschen verschafft». Das ist die Interdependenz des Lebens. Es ist wichtig, sich nicht nur um die Menschen, sondern gleichermassen auch um die Ökosysteme zu kümmern!
3. Der wechselseitige Nutzen, der sich aus einer gesunden Umwelt und unserer aller Gesundheit ergibt.
4. Das sogenannte «Donut-Modell» von Kate Raworth, das für ein ausgewogenes Gemeinschaftsleben Lösungen zwischen einer zu garantierenden sozialen Untergrenze und einer nicht zu überschreitenden ökologischen Obergrenze finden will.
5. Was das Klima betrifft, so steht heute fest, dass es keine Rückkehr zum Status quo ante geben kann. Und in naher Zukunft wird dies eine Morbidität und Mortalität verursachen, die um ein Vielfaches höher sein werden als bei der COVID-19-Pandemie.

In der Forschung müssen die entsprechenden Aufsichtsgremien untersuchen, inwieweit ein

Projekt und die daraus resultierenden Ergebnisse die Treibhausgasemissionen negativ beeinflussen – also erhöhen – können. Diese Auswirkungen gilt es also vorab zu bewerten.

Hier lässt sich eine Parallele zur Genderfrage ziehen. Der Tatsache, dass Krankheitsbilder und Verläufe sich bei Frauen anders gestalten als bei Männern, wird zunehmend Rechnung getragen. Vor diesem Hintergrund findet nun das Geschlecht der Personen, die sich als Probanden zur Verfügung stellen, bei der Analyse von Projekten Berücksichtigung. Heute geht es darum, eine solche Prüfung im Hinblick auf die Umwelt zu vollziehen. Hierzu ist es wichtig, in den Anträgen einen entsprechenden Abschnitt vorzusehen. Die Beurteilung ist nicht immer einfach, aber es werden entsprechende Instrumente entwickelt und verfügbar gemacht, etwa von der «Sustainable Health Care Coalition». Weitere zu berücksichtigende Fragen sind: Arbeitet das betreffende Projekt mit Low-Tech-Ansätzen? Trägt es zu einer wünschenswerten sozial-ökologischen Transformation bei? Manche Aspekte sind nicht direkt forschungsbezogen, aber sehr energieintensiv: Dazu gehören Flugreisen (die Mobilitätspolitik der Forschenden ist von entscheidender Bedeutung), der Strom für den Betrieb der Geräte und die Heizung der Räumlichkeiten. Und darüber hinaus: Eine kantonale Ethikkommission für Forschung kann und sollte sich als gesellschaftlicher Akteur an der öffentlichen Debatte über Umweltauswirkungen beteiligen. Weiter gilt es, das diesbezügliche Engagement der Schweizerischen Akademie der Medizinischen Wissenschaften zu unterstützen, um die medizinische Praxis und Forschung nachhaltiger zu gestalten [3].



Literatur

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