Offizielles Organ Schweizerische Gesellschaft für Allgemeine Innere Medizin | Haus- und Kinderärzte Schweiz | Kollegium für Hausarztmedizin

SGAIM SSMIG SSGIM mfe

PRIMARY AND HOSPITAL CARE

Die Zeitschrift für Allgemeine Innere Medizin in Hausarztpraxis und Spital

Ausgabe 6
7. Juni 2023

185 Diagnose und Therapie der Hyperthyreose beim Erwachsenen
Raphael Rothenberger, Bernard Chappuis

179 Infektionen der Hand
Léna Dietrich, Isabell Berner, Tatjana Pastor, et al.

189 How to: Abklärung und Therapie der Hyponatriämie
Céline Désirée Fäh

191 Prävention nicht-übertragbarer Krankheiten
Thomas Mattig

Published under the copyright license "Attribution – Non-Commercial – NoDerivatives 4.0". No commercial reuse without permission. See: http://emh.ch/en/services/permissions.html

Der Aufruf vom 18. Juni

François Héritier
Präsident KHM

In jedem Jahr bricht aufs Neue der Juni an, er gleicht sich aber nicht jedes Mal. Der sanfte oder bisweilen heisse Sommerauftakt erinnert uns daran, dass das Klima launisch ist, und regt uns zum Nachdenken oder zur Trägheit an.

Oftmals sind wir vor der willkommenen Urlaubspause überaktiv: Prüfungen für die Studierenden, einige Zusatzsprechstunden für andere oder auch eine Sitzung oder Fortbildung vor der sommerlichen Lethargie.

Seit nunmehr 25 Jahren finden die beiden Kongresse des KHM in dieser Zeit des Jahres statt und sind nach wie vor gut besucht. Nach der coronabedingten Zögerlichkeit erreicht die Zahl der Teilnehmenden an den Veranstaltungen in Lausanne und Luzern erneut das Niveau der Zeit vor der Pandemie. Zu unserer grossen Zufriedenheit, denn durch den Erlös der beiden Kongresse lassen sich mithilfe unserer Preise, unseres Starthilfegelds, unseres Forschungs- und unseres Interprofessionalitätsfonds einige Projekte in der Hausarztmedizin finanzieren.

Kommen Sie also am 15. Juni nach Lausanne und am 22. und 23. Juni nach Luzern und nehmen Sie am umfassenden und spannenden Programm zum Thema «suchen – finden» teil! Bei dieser Gelegenheit können wir unser Wissen weitergeben, unsere Erfahrungen austauschen, unsere Kenntnisse auffrischen, neue Kontakte knüpfen und vor allem die freundschaftlichen Beziehungen erneuern, die uns in den letzten Jahren möglicherweise gefehlt haben.

Der Juni kann aber auch ein Monat des Gedenkens sein: an den «längsten Tag» am 6. Juni, an dem die Landung in der Normandie stattfand, an das Fest der Unabhängigkeit des Kantons Jura am 23. Juni und vor allem an den berühmten Aufruf von General de Gaulle an die Résistance gegen die Besatzer am 18. Juni 1940.

Kalendarischer Zufall oder nicht: Der 18. Juni dieses Jahres kann und muss ein wichtiger Tag für die Geschichte und die Zukunft unseres Landes sein, da wir zur Abstimmung über das Klimagesetz aufgerufen werden.

Dieser indirekte Gegenvorschlag zur Gletscher-Initiative wird von den Kammern und dem Bundesrat breit unterstützt und ist Gegenstand eines Referendums, weil 50 000 Personen noch immer glauben, dass sich das Klima nicht verändert oder dass die wiederholten Berichte und bestätigten Daten des IPCC nichts als «Fake News» sind. Der Klimawandel ist die grösste Gefahr für die Gesundheit des Menschen, wie die WHO am 30. Oktober 2021 bekräftigte. Gehen wir also zur Abstimmung und leisten wir Überzeugungsarbeit! Seien wir engagiert und verantwortungsbewusst!

Das ausgewogene Gesetz ist ein Beispiel für einen typisch eidgenössischen Kompromiss: Es enthält keine Steuern und Verbote und will uns auf positive Weise dazu bewegen, im vernünftigen Zeitrahmen aus fossilen Energieträgern – wichtigen Ursachen der Klimaerwärmung – auszusteigen.

Um die Erwärmung und all ihre Folgen für den Planeten, die Gesellschaft und die Gesundheit zu bremsen, braucht die Schweiz dieses Gesetz. Es geht um das Überleben unserer Kinder und ihrer Nachkommen. Dieses Gesetz ist eine vorbeugende Massnahme für die Gesundheit und eine therapeutische Massnahme für das Klima!

Die Delegiertenversammlung von mfe hat dies verstanden und bei ihrem jüngsten Treffen beinahe einstimmig ein Ja zu dem Gesetz empfohlen. Folgen wir dem Beispiel und machen wir es bekannt! Das Klima ist nicht nur eine politische Frage, sondern auch eine gesundheitliche, und erfordert den Einsatz unserer Glaubwürdigkeit als Ärztinnen und Ärzte.

Bilden wir uns, informieren wir uns und kommunizieren wir! Gemeinsam in Lausanne, gemeinsam in Luzern, gemeinsam für das Klima!

Korrespondenz
Dr. med. François Héritier
Präsident
c/o Kollegium für
Hausarztmedizin KHM
Rue de l'Hôpital 15
Postfach 1552
CH-1701 Freiburg
francois.heritier[at]unisante.ch

Published under the copyright license "Attribution – Non-Commercial – NoDerivatives 4.0". No commercial reuse without permission. See: http://emh.ch/en/services/permissions.html

Inhaltsverzeichnis

161 **Editorial: Der Aufruf vom 18. Juni**
François Héritier

164 NEWS

164 **SGAIM: Angewandte Fähigkeiten im Fokus**

165 **KHM: Gewinner Forschungspreis und Early Career Prize KHM 2023**
Fabian Egli

166 **mfe: Gesundheitsversorgung, koordinierte Versorgung, Klimaschutz**
Reto Wiesli

168 **mfe: Unterstützen, was uns wichtig ist**

170 **mfe: «1×1 des Praxiseinstiegs»**
Sandra Hügli-Jost

172 **mfe: Verbesserung der Therapietreue**
Stephen Jenkinson, Sven Streit

176 LEHRE

176 **Versorgung der psychischen Gesundheit von Asylsuchenden im Kanton Neuenburg**
Mara Abriel, Zénia Fisler, Maeva Reber, Lorena Scagnetti

179 FORTBILDUNG

179 **Infektionen der Hand**
Léna Dietrich, Isabell Berner, Tatjana Pastor, et al.

185 **Diagnose und Therapie der Hyperthyreose beim Erwachsenen**
Raphael Rothenberger, Bernard Chappuis

189 **How to: Abklärung und Therapie der Hyponatriämie**
Céline Désirée Fäh

191 REFLEXIONEN

191 **Prävention nichtübertragbarer Krankheiten**
Thomas Mattig

Online only:
Lesen Sie online weitere Artikel unter https://primary-hospital-care.ch/online-magazine/list

Impressum

Primary and Hospital Care
Offizielles Organ von mfe Haus- und Kinderärzte Schweiz, der Schweizerischen Gesellschaft für Allgemeine Innere Medizin SGAIM, von pädiatrie schweiz, des Kollegiums für Hausarztmedizin KHM, der Schweizerischen Akademie für Psychosomatische und Psychosoziale Medizin SAPPM, Jungen Hausärztinnen und -ärzte Schweiz JHaS sowie der Swiss Young Internists SYI. Es ist Mitglied des «Committee on Publication Ethics» (COPE) und ist gelistet im «Directory of Open Access Journals» (DOAJ), womit es die Vorgabe des SIWF an eine Zeitschrift mit Peer-Review erfüllt. Kontakt: Tel. +41 61 467 85 52, office@primary-hospital-care.ch, www.primary-hospital-care.ch. Manuskripteinreichung online: www.manuscriptmanager.net/phc

Redaktion im Verlag: Matthias Widmer (Managing Editor a.i.); Jasmin Hell (Managing Editor); Caroline Murphy (Redaktionsassistentin)
Wissenschaftliche Redaktion: Prof. Dr. Stefan Neuner-Jehle, Zürich (Chefredaktor); PD Dr. Roman Hari, Bern (Stellvertretender Chefredaktor); Prof. Dr. Thomas Dieterle, Arlesheim; Prof. Dr. Jacques Donzé, Neuchâtel; Dr. Alexandra Röllin Odermatt, Bern; Dr. Alexandre Ronga, Lausanne; Dr. Manuel Schaub, Bern
Redaktionelle Zuständigkeit für das standespolitische Ressort «Aktuelles»: Sandra Hügli-Jost (mfe), Lea Muntwyler (SGAIM), Claudia Baeriswyl (SGP), François Héritier (KHM), Niklaus Egloff (SAPPM), Regula Kronenberg (JHaS), Tobias Tritschler (SYI)

ISSN: Printversion: 2297-7155 / elektronische Ausgabe: 2297-7163.

© EMH Schweizerischer Ärzteverlag AG (EMH), 2023. Das Primary Hospital Care ist eine Open-Access-Publikation von EMH unter der Lizenz CC BY-NC-ND 4.0 «Namensnennung – Nicht kommerziell – Keine Bearbeitung 4.0 international» die das zeitlich unbeschränkte Recht gewährt, das Werk zu vervielfältigen, zu verbreiten und öffentlich zugänglich zu machen unter den Bedingungen, dass der Name der Autorin/des Autors genannt wird, das Werk nicht für kommerzielle Zwecke verwendet wird und das Werk in keiner Weise bearbeitet oder in anderer Weise verändert wird. Die kommerzielle Nutzung ist nur mit ausdrücklicher vorgängiger Erlaubnis von EMH und auf der Basis einer schriftlichen Vereinbarung zulässig.

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

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

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

Hinweis: Alle in dieser Zeitschrift publizierten Angaben wurden mit der grössten Sorgfalt überprüft. Die mit Verfassernamen gezeichneten Veröffentlichungen geben in erster Linie die Auffassung der Autorenschaft und nicht zwangsläufig die Meinung der Redaktion wieder. Die angegebenen Dosierungen, Indikationen und Applikationsformen, vor allem von Neuzulassungen, sollten in jedem Fall mit den Fachinformationen der verwendeten Medikamente verglichen werden.

Gestaltungskonzept: Agentur Guido Von Deschwanden

Druck: Vogt-Schild Druck AG, www.vsdruck.ch

Fotos: Alle Fotos sind, sofern nicht anders angegeben, zur Verfügung gestellt. Titelbild: © Songwuth Suwannawong | Dreamstime

printed in switzerland

COPE Member since 2022 JM15367

EMH Media Schweizerischer Ärzteverlag Editions médicales suisses

SGAIM SSMIG SSGIM

mfe Haus- und Kinderärzte Schweiz Médecins de famille et de l'enfance Suisse Medici di famiglia e dell'infanzia Svizzera

Kollegium für Hausarztmedizin KHM

FSC www.fsc.org MIX Papier aus verantwortungsvollen Quellen FSC® C012018

Published under the copyright license "Attribution – Non-Commercial – NoDerivatives 4.0". No commercial reuse without permission. See: http://emh.ch/en/services/permissions.html

SGAIM Herbstkongress

Angewandte Fähigkeiten im Fokus

© Kongresshaus Zürich AG

Mit über 30 Workshops legt der 7. SGAIM Herbstkongress vom 21. und 22. September 2023 in Zürich einen Fokus auf angewandte Fähigkeiten.

Der 7. Herbstkongress der SGAIM findet am 21. und 22. September 2023 in Zürich statt. Das Programm unter dem Motto «Science and the Art of Medicine» legt mit über 30 Workshops einen Fokus auf angewandte Fähigkeiten, alltagsnahe Problemstellungen oder Tipps für die ambulante und stationäre Innere Medizin. Dabei bietet das Rahmenprogramm auch viel Raum für Vernetzung und gemeinsamen Austausch – sei es beim Mentoring-Angebot oder beim Kongresslauf.

Von der Reisemedizin zur Spirometrie, von der Sonographie zur Phytotherapie, vom aktuellen Impfplan zu den Empfehlungen von «smarter medicine» – der Herbstkongress verspricht eine breite Fächerung an interessanten Themen, die den Teilnehmenden neue Erkenntnisse für ihren Praxis- oder Spitalalltag liefern. Neugierig? Das provisorische Programm ist unter www.sgaim.ch/hk23 aufgeschaltet.

Zukunftsthemen & Kontroversen

Der 7. Herbstkongress vermittelt auch neueste Entwicklungen und Praktiken in der Allgemeinen Inneren Medizin und verwandten Disziplinen. Neben «Big Data» und «künstlicher Intelligenz» stehen auch die Freuden und Leiden des diagnostischen Prozesses auf dem Programm. Zusätzlich werden in den «Pro/Con»-Sessions unterschiedliche Meinungen zu Vitaminen und Spurenelementen sowie der Verschreibung von Statinen in der Primärprophylaxe von zwei Experten diskutiert – mit aktiver Beteiligung des Publikums. Viele weitere Workshops, Updates und ein Round Table mit dem Titel «Nationale Wahlen: Visionen oder nur Phrasen für eine sichere Gesundheitsversorgung» erwarten Sie.

Im Zeichen der Interprofessionalität

Das Thema Interprofessionalität im Gesundheitswesen hat in den letzten Jahren in der Schweiz stark an Bedeutung gewonnen und ist heute nicht mehr vom allgemeininternistischen Behandlungsalltag wegzudenken. Auch am kommenden Herbstkongress der SGAIM werden medizinische Praxis-Fachpersonen mit eigenem Symposium am ersten Kongresstag vertreten sein, um den Austausch zu pflegen und gemeinsame Anliegen zu diskutieren.

Von und für den Nachwuchs

Genügend und gut ausgebildeter Nachwuchs ist zentral für eine starke Fachrichtung. Das Thema Nachwuchsförderung nimmt einen wichtigen Stellenwert am diesjährigen Herbstkongress ein. Mit dem Mentoring-Angebot können sich angehende Fachärztinnen und -ärzte der Allgemeinen Inneren Medizin untereinander und mit allfälligen Mentorinnen und Mentoren austauschen. Daneben wird das herausragende Engagement für exzellentes Teaching, Coaching oder auch Mentoring an der Preisverleihung des SGAIM Teaching Awards honoriert. Medizinstudierende profitieren von einer kostenlosen Kongressteilnahme.

Austausch & Partizipation

Im Sinne eines Pilotversuchs finden am ersten Kongresstag über Mittag erstmals zwei «Interest Groups» statt, in denen interessierte Kongressteilnehmende die Rolle des Ultraschalls in der Allgemeinen Inneren Medizin bzw. die Frage nach diagnostischer Exzellenz mit erörtern. Altbewährtes wie der SGAIM-Gesellschaftsabend und der traditionelle Kongresslauf – dieses Jahr beidseits der Limmat – dürfen natürlich auch nicht fehlen. Packen Sie also Ihre Laufschuhe ein und freuen Sie sich auf zwei spannende Fortbildungstage in urbaner und stimulierender Umgebung mit bester Gesellschaft am schönen Zürichsee.

Alle wichtigen Informationen finden Sie fortlaufend aktualisiert auf der Kongresswebsite unter dem Link www.sgaim.ch/hk23.

Profitieren Sie vom attraktiven Frühbucherpreis bis Mitte Juli 2023!

Das Programm und den Link für die Anmeldung finden Sie unter www.sgaim.ch/hk23 oder via QR-Code. Für die Teilnahme am ganzen SGAIM-Herbstkongress werden 16 Kernfortbildungscredits AIM (8 Credits pro Tag) vergeben.

Redaktionelle Verantwortung
Lea Muntwyler, SGAIM
Verantwortliche Kommunikation/Marketing
Schweizerische Gesellschaft
für Allgemeine Innere Medizin (SGAIM)
Monbijoustrasse 43
Postfach
CH-3001 Bern
lea.muntwyler[at]sgaim.ch

Published under the copyright license “Attribution – Non-Commercial – NoDerivatives 4.0”. No commercial reuse without permission. See: http://emh.ch/en/services/permissions.html

«Impact of COVID-19 on the continuity of care» / « Health Needs of Homeless Individuals in Vaud»

Gewinner Forschungspreis und Early Career Prize KHM 2023

Auch im Jahr 2023 hat das Kollegium für Hausarztmedizin wieder einen Forschungspreis sowie einen Early Career Prize vergeben. Die eingereichten Forschungsarbeiten/-protokolle werden jeweils unabhängigen Jurorinnen und Juroren vorgelegt, die anhand von gemeinsam festgelegten Beurteilungskriterien individuelle Rankings der Arbeiten erstellen. Basierend auf diesen Rankings erstellt die Geschäftsstelle eine Zusammenfassung, die in einer Sitzung mit allen Jurorinnen und Juroren diskutiert wird. Das Resultat dieser Sitzung ist ein Vorschlag für die beiden Gewinner an den Stiftungsrat KHM, der schliesslich den Schlussentscheid fällt.

Fabian Egli
Leiter Kommunikation KHM

Durchgesetzt haben sich 2023 schliesslich die folgenden beiden Projekte:

Gewinnerin Forschungspreis KHM:
«The impact of the COVID-19 pandemic on the continuity of care for at-risk patients in Swiss primary care settings: A mixed-methods study» von Katharina Tabea Jungo et al.

Gewinnerin Early Career Prize KHM:
«Health Needs, Experiences and Expectations of Homeless Individuals in the Canton of Vaud» von Luana Schaad et al.

© Foto: AdobeStock

Starthilfegeld KHM

Seit 2019 kann beim Kollegium für Hausarztmedizin ein Starthilfegeld für die Durchführung von Forschungsprojekten oder für andere innovative Neuentwicklungen in der Hausarztmedizin (inkl. Pädiatrie) beantragt werden.

- Das Starthilfegeld ist als einmalige Anschubfinanzierung gedacht.
- Es richtet sich primär an junge Ärztinnen und Ärzte in der Weiterbildung (Bereich Haus- und Kinderarztmedizin).
- Pro Jahr können höchstens vier Projekte mit einem Maximalbetrag von je 40 000 CHF unterstützt werden.

Auch 2023 sind wieder viele gute und spannende Anträge bei der Geschäftsstelle KHM eingegangen. Alle Projekte wurden von erfahrenen, internationalen Experten eingehend studiert und diskutiert. Basierend auf der Einschätzung des Expertenteams hat der Stiftungsrat KHM schliesslich entschieden, den folgenden vier Projekten ein Starthilfegeld zu gewähren:

- *«Why do patients hesitate to deprescribe in clinical practice? A comparison of GP practices and hospital settings» von Julia Bianca Bardoczi et al.*
- *«Taking care of patients with mental health problems in family medicine in Switzerland: exploring the experiences of family physicians» von Juliane Messer et al.*
- *«Optimizing Dosing Strategies in Oral Iron Supplementation in Primary and Hospital Care Medicine – A randomized controlled trial» von Helene Meyer et al.*
- *«Gender differences in antibiotic prescriptions in primary care: a prospective longitudinal study in Swiss sentinel practices» von Arnaud Peytremann et al.*

Das Kollegium für Hausarztmedizin wünscht allen Projekten viel Erfolg!

Redaktionelle Verantwortung
François Héritier, KHM
Kollegium für
Hausarztmedizin KHM
Rue de l'Hôpital 15
Postfach 592
CH-1701 Freiburg

Published under the copyright license "Attribution – Non-Commercial – NoDerivatives 4.0". No commercial reuse without permission. See: http://emh.ch/en/services/permissions.html

mfe-Delegiertenklausur

Gesundheitsversorgung, koordinierte Versorgung, Klimaschutz

Alljährlich treffen sich die Delegierten von mfe zur Frühjahrsdelegiertenversammlung, die gleichzeitig auch als zweitägige Klausur Raum für Themen lässt, die im Alltagsbetrieb gerne untergehen. Dieses Jahr haben wir von der traumhaften Lage des Delta-Resorts in Gwatt am Thunersee profitiert.

Reto Wiesli
Geschäftsführer mfe

Die Hausarztmedizin im NFP 74 «Gesundheitsversorgung»

Zur mfe-Delegiertenversammlung luden wir aus aktuellem Anlass den Präsidenten der Leitungsgruppe des Nationalen Forschungsprogramms 74 ein, Prof. Dr. Milo Puhan von der Universität Zürich. Er legte uns die wichtige Rolle der Hausarztmedizin im NFP 74 dar.

Hintergrund des vor wenigen Monaten abgeschlossenen Programms waren die Förderung der Versorgungsforschung und der Wandel der Gesundheitsversorgung im Bereich chronischer Krankheiten.

Das NFP 74 verfolgte dabei 3 Ziele:

- die Forschung zur Verbesserung der Versorgung von Menschen mit chronischen Krankheiten;
- die Verbesserung von Gesundheitsdaten;
- die Stärkung der Forschungsgemeinschaft in Versorgungsforschung.

Die zentralen Fragen an die Versorgungslandschaft betrafen den Zugang, die Übergänge, die Steuerung, die Wirksamkeit, die Sicherheit und die Vergütung.

Ausgeschrieben wurde das Programm 2016; es bestand aus 34 Projekten, davon rund 10 aus oder mit engem Bezug zur Hausarztmedizin. Zu erwähnen sind insbesondere «Projekt 2: Partizipative Entscheidungen beim Dickdarmkrebsscreening» (Auer), «Projekt 7: Ausbau FIRE mit Routinedaten aus Hausarztpraxen» (Chmiel), «Projekt 13: Effekt von Praxisschliessungen» (Gerfin) und «Projekt 22: Verbesserte Medikation bei chronisch Kranken dank einer elektronischen Entscheidungshilfe» (Streit).

© mfe

Der Präsident, Philippe Luchsinger, eröffnet die mfe-Delegiertenklausur.

Gemäss Milo Puhan bietet das NFP 74 gute Beispiele für eine smartere Gesundheitsversorgung, sei dies auf der Ebene der Patientinnen und Patienten oder auf der Ebene des Versorgungsnetzwerks.

Im besagten Netzwerk finden sich Beispiele für die Schulung der Fachkräfte und die Schaffung von Rahmenbedingungen für bessere interprofessionelle Zusammenarbeit sowie für die Stärkung der Grundversorgung einschliesslich der nicht-ärztlichen Gesundheitsberufe.

Die Vorschläge im Forschungsprogramm an die Adresse der Entscheidungsträger dienten dazu, neuen Versorgungsmodellen zur Verbreitung zu verhelfen, Rahmenbedingungen zu schaffen, damit neue Wege erprobt und bei Bedarf schweizweit implementiert werden können, und Gesundheitsdaten besser für die Forschung zugänglich zu machen. Last, but not least sollte eine nationale Institution eingerichtet werden, welche die Nutzung von Gesundheitsdaten organisiert.

Für Milo Puhan ist mit dem NFP 74 das Fundament für die Versorgungsforschung gelegt.

Die Bedeutung der Hausarztmedizin sei sehr hoch für die Versorgung und die Versorgungsforschung. Für deren Erhalt und Weiterentwicklung sei fortan natürlich die Pflege der Community essenziell. Damit kann das Risiko gesenkt werden, dass Innovationen und Wissen versanden. In seiner Analyse unterstützen die heutigen Rahmenbedingungen den nötigen Wandel zu wenig bei der Finanzierbarkeit neuer Modelle, bei den Limiten der Vergütung und bei der Allokation der Mittel in der Versorgung, die ziemlich fixiert sei und wenig Raum für Veränderung zulasse.

Published under the copyright license “Attribution – Non-Commercial – NoDerivatives 4.0”. No commercial reuse without permission. See: http://emh.ch/en/services/permissions.html

Die Delegierten folgen den Ausführungen unserer Gäste.

Prof. Dr. Milo Puhan präsentiert die Schlussfolgerungen des NFP 74.

Die Delegierten diskutierten den Input zum Forschungsprogramm in 4 Gruppen:

Für die Gruppe Pädiatrie ist klar, dass die Pädiatrie im Programm zu wenig integriert war, was aber generell in der Versorgungsforschung der Fall sei. Es handelt sich um ein strukturelles Problem, denn es gibt viel weniger Praxispädiater als Hausärzte, was Studien zusätzlich erschwert. Die Gruppe stellt zudem fest, dass der Fokus stark auf chronischen Krankheiten liegt, hingegen viel zu wenig auf der Prävention.

Für die Gruppe von Marc Jungi ist das NFP 74 erfreulich, denn die Hausärzte werden in ihrer Arbeit bestärkt. Für mfe ist dies eine Chance, die es für die weitere Arbeit zu nutzen gilt. So kommen wir z.B. durch die Themen im NFP74 immer wieder auf die gleichen Punkte wie etwa die Limitationen.

Welchen Schluss können wir ziehen, was ist für mfe wichtig?

- Als Sprachrohr zu fungieren und Erkenntnisse in die Öffentlichkeit und Politik einzubringen;
- zu hohen Anforderungen entgegenzutreten;
- der Einsatz für optimale Rahmenbedingungen – Datenschutz, EPD, Tarif etc.;
- der Fokus auf Qualitätsarbeit;
- generell die Themen zu schärfen, sie bekannt zu machen und ein Netzwerk zu etablieren.

Die Gruppe 3 um Sébastien Jotterand konstatierte, dass das NFP74 in der Westschweiz kaum bekannt zu sein scheint.

Aufgefallen ist die Schwierigkeit, die Erkenntnisse aus Forschungsarbeiten in die Arbeit in den Praxen zu übertragen. Die Brücke zwischen Forschung und Praxisarbeit müsste durchgehend verbessert werden. Gegebenenfalls könnte mfe hier Unterstützungsarbeit leisten.

Die Gruppe 4 um Monika Reber stellte fest, dass der Link zwischen Forschung und Politik enorm wichtig sei. Es gelte, die Kompetenz der politischen Stakeholder zu erhöhen, indem Forderungen mit guten Daten unterlegt werden können.

Die Prioritäten ortet die Gruppe in der Erhöhung der politischen Kompetenz und im Dreisatz «Gute Daten – Gute Forscher – Gute Netzwerke». Zentral sind natürlich die Rahmenbedingungen für die Attraktivität, doch die Arbeit daran ist herausfordernd; es gibt z.B. viele regionale Subsysteme, wo die Einflussnahme schwierig ist, oder wir wissen zwar, wo die Schnittstellen sind, aber um diese zu pflegen, braucht es ausreichend Ressourcen, vor allem auch finanzielle.

Dr. Salome von Greyerz (BAG) und Philippe Luchsinger.

Koordinierte Versorgung

Den Auftakt zum zweiten Tag der Delegiertenklausur machte Salome von Greyerz, Leiterin der Abteilung Gesundheitsstrategien im BAG. Sie stellte die bundesrätlichen Ideen zu den Netzwerken der koordinierten Versorgung vor. Das Geschäft ist hochaktuell, gerade am Vortag hatte die nationalrätliche Gesundheitskommission darüber diskutiert. Ebenso lebendig war die Diskussion im Plenum. Die Delegierten verzichteten sogar auf die Gruppendiskussionen und profitierten maximal von der Anwesenheit der BAG-Kaderfrau. Sie schlug sich wacker und kehrte unbeschadet und beschenkt nach Bern zurück. Die Zukunft der koordinierten Versorgung in der Schweiz allerdings konnte an diesem Morgen nicht abschliessend geklärt werden …

Statutarischer Teil, Parolenfassung

Im statutarischen Teil standen die üblichen Geschäfte im Vordergrund: die Verabschiedung des Jahresberichts und der Jahresrechnung. Beide passierten problemlos. Weiter wurde neu Monika Reber als Delegierte von mfe in die FMH-Ärztekammer gewählt, und ein Delegiertenantrag auf eine Parolenfassung zur kommenden Abstimmung über das Klimaschutzgesetz fand eine grosse Mehrheit.

Redaktionelle Verantwortung
Sandra Hügli-Jost
Kommunikationsbeauftragte
mfe Haus- und Kinderärzte
Schweiz
Geschäftsstelle
Effingerstrasse 2
CH-3011 Bern
Sandra.Huegli[at]hausaerzteschweiz.ch

Published under the copyright license "Attribution – Non-Commercial – NoDerivatives 4.0". No commercial reuse without permission. See: http://emh.ch/en/services/permissions.html

mfe sagt Ja zum Klimaschutz-Gesetz

Unterstützen, was uns wichtig ist

Am 18. Juni stimmen wir über das Klimaschutz-Gesetz, den indirekten Gegenvorschlag zur Gletscher-Initiative, ab. Die Delegierten von mfe haben sich, trotz normalerweise zurückhaltender Unterstützungspolitik, mit einem klaren Ja entschieden, das Klimaschutz-Gesetz zu unterstützen. **Weil ein Ja zum Klimaschutzgesetz auch ein Ja zum Schutz unserer Gesundheit und für den Erhalt einer lebenswerten Zukunft ist.**

Diagnose: Die Klimakrise ist schon heute ein medizinischer Notfall – auch in der Schweiz

Die Diagnose ist klar: Die Klimakrise ist die grösste existierende Bedrohung für die menschliche Gesundheit. Die bereits heute spürbaren Auswirkungen der globalen Erderwärmung haben gravierende Auswirkungen auf die menschliche Gesundheit: immer häufigere Hitzewellen, extreme Wetterereignisse wie Dürren, Überschwemmungen und Waldbrände und veränderte Muster von Infektionskrankheiten. Menschen mit bestehenden gesundheitlichen Problemen sowie Kinder und ältere Menschen sind in der Schweiz besonders betroffen.

Therapie: Gesundheit braucht Klimaschutz

Jetzt braucht es rasche und effiziente Klimaschutz-Massnahmen. Um die Gesundheit der Schweizer Bevölkerung zu schützen, muss der Verbrauch fossiler Brennstoffe rasch und massiv zurückgehen. Ohne konsequentes Handeln in den nächsten vier Jahren rückt das Ziel, die Erderhitzung auf maximal 1,5 °C zu begrenzen, in unerreichbare Ferne. Die Auswirkungen einer ungebremsten Erhitzung der Erdatmosphäre auf die menschliche Gesundheit wären verheerend.

Prognose: Klimaschutz ist die grösste Chance für die globale Gesundheit

Die Klimakrise ist nicht nur die grösste Bedrohung für die Gesundheit, sondern auch die grösste Chance. Massnahmen für Klimaschutz mindern nicht nur den Ausstoss von fossilen Brennstoffen, sie führen auch zu besseren Gesundheitsbedingungen: Aktive Mobilitätskonzepte, saubere Luft und eine gesunde Ernährung helfen, chronische Krankheiten wie Atemwegs- und Herz-Kreislauf-Erkrankungen zu bekämpfen, und fördern unsere körperliche und psychische Gesundheit.

Fazit: Mit einem Ja tun wir das Bestmögliche

Mit einem Ja setzen wir der Schweiz klare Ziele und investieren in langfristigen und wirksamen Klimaschutz. Wir schützen damit unsere Lebensgrundlage und alle, die jetzt und in Zukunft auf diesem Planeten leben.

Redaktionelle Verantwortung
Sandra Hügli-Jost, mfe
Kommunikationsbeauftragte
mfe Haus- und Kinderärzte
Schweiz
Geschäftsstelle
Effingerstrasse 2
CH-3011 Bern
Sandra.Huegli[at]hausaerzteschweiz.ch

5 Gründe, warum ein Ja zum Klimaschutz-Gesetz dringend nötig ist
finden Sie in der Online-Version des Artikels unter
https://doi.org/10.4414/phc-d.2023.10711

Published under the copyright license “Attribution – Non-Commercial – NoDerivatives 4.0”. No commercial reuse without permission. See: http://emh.ch/en/services/permissions.html

© mfe

Gemeinsames Seminar von mfe und JHaS

«1×1 des Praxiseinstiegs»

Bist du eine junge Hausärztin, die eine Praxis eröffnen oder übernehmen will? Oder bist du ein Kinderarzt, der sich selbstständig machen möchte, aber dafür mehr Informationen braucht?
Das ganztägige Seminar vermittelt nützliche Informationen zu praxisrelevanten Themen wie rechtlichen und finanziellen Aspekten, Computersoftware, Versicherungen, Personalmanagement und vielen mehr. Profitiere vom grossen Erfahrungsschatz und dem langjährigen Wissen der Referentinnen und Referenten.

Sandra Hügli-Jost

Ort	Universitätsklinik Balgrist, Zürich
Datum	**Samstag, 19. August 2023**
Zeit	8.00 – 17.30 Uhr
Kursleitung	Monika Reber, Hausärztin in Langnau i.E., Mitglied Vorstand mfe Anja Forrer, Assistenzärztin, JHaS-Mitglied

Inhalt

Um dich optimal bei deinen Entscheidungen rund um den Einstieg in die Praxis zu unterstützen, bieten wir dir neben fundiertem Wissen den persönlichen Austausch mit erfahrenen Berufskolleginnen, -kollegen und Gleichgesinnten.

- Welche Praxisform eignet sich für mich?
- Was ist für mich optimal – angestellt oder selbstständig?
- Welche Genehmigungen sind erforderlich? Wo muss/soll ich Mitglied sein?
- Wie kann man sich zusammenschliessen? In welcher Rechtsform?
- Wie gestalte ich mir ein attraktives Arbeitsumfeld? Wie stelle ich das optimale Praxisteam zusammen?
- Wie vernetze ich mich im Praxisumfeld?
- Welche Versicherungen sind nötig und sinnvoll, und warum?
- Wie finde ich die richtige Hard- und Software? Was braucht es, damit die Datensicherheit gewährleistet ist?
- Welche Ausstattung braucht meine Praxis, und warum?
- Wie organisiere ich (m)eine Praxisapotheke?

Published under the copyright license “Attribution – Non-Commercial – NoDerivatives 4.0”. No commercial reuse without permission. See: http://emh.ch/en/services/permissions.html

Dr. med. Monika Reber
Hausärztin in Langnau i.E., Vorstandsmitglied mfe, Kursleiterin
«Stellst du dir diese Fragen und noch mehr? Dann ist dieses Seminar genau richtig für dich! Als erfahrene Hausärztin habe ich eine Vorstellung davon, welche Themen und Fragen dich beim Praxiseinstieg beschäftigen, und biete dir gerne meine Unterstützung für deine Entscheidungsfindung an!»

Dr. med. Anja Forrer
Assistenzärztin Stadtspital Triemli ZH, Mitglied JHaS, Co-Organisatorin des Kurses
«Der Prozess, in die Rolle als Ärztin hineinzuwachsen, hat kein definiertes Ende, aber der Start in die eigene Praxis hat einen Anfang – hier und heute. An diesem Seminar sind alle Fragen willkommen!»

Preise
CHF 100.– für mfe/JHaS-Mitglieder
CHF 150.– für nicht-mfe/JHaS-Mitglieder

Anmeldung
Melden dich doch noch heute an!

Mit freundlicher Unterstützung der

Balgrist Universitätsklinik

Sponsoren «Professur»

ÄRZTEKASSE
CAISSE DES MÉDECINS
CASSA DEI MEDICI

ACADEMIX Finanzplanung & Treuhand

swisscom | health

Sponsoren «Doktorat»

HIN

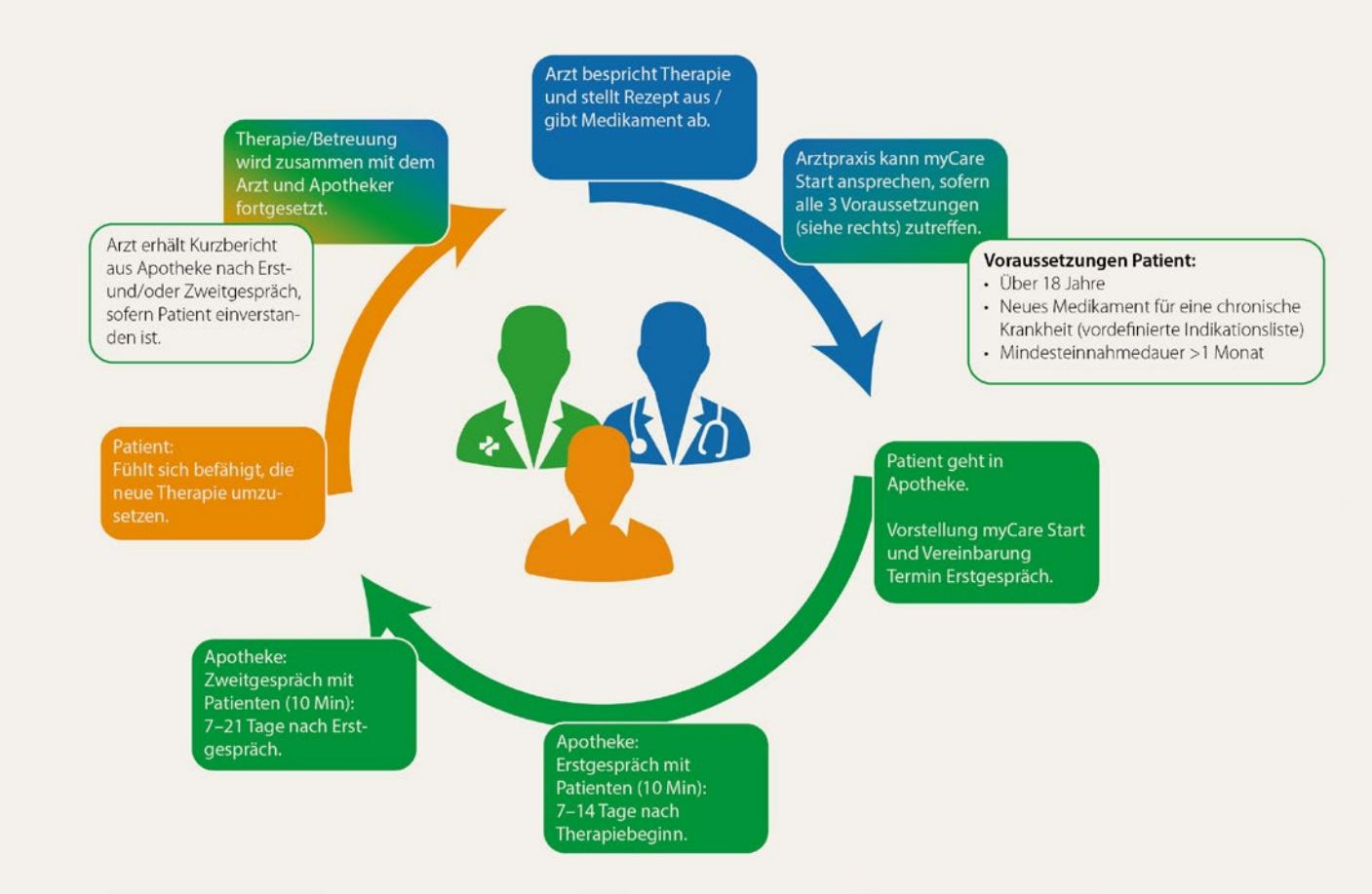
PAT BVG

Programm

08.00 – 08.30 Uhr	**Check-in und Begrüssungskaffee**	
08.30 – 08.40 Uhr	**Eröffnung: Begrüssung** Dr. med. Anja Forrer, Assistenzärztin, JHaS-Mitglied Dr. med. Monika Reber, Hausärztin, Vorstandmitglied mfe Prof. Dr. med. Mazda Farshad, Spitaldirektor Balgrist	**Plenum**
08.40 – 09.20 Uhr	**Impulsreferat: «1×1 des Praxiseinstiegs»** Dr. med. Corinne Sydler-Bertschi	**Plenum**
09.20 – 10.05 Uhr	**Praxismodelle – von klein bis gross** Dr. med. Marc Jungi	**Plenum**
10.05 – 10.30 Uhr	**Pause mit Standbesichtigung**	
10.30 – 11.15 Uhr	**A) Atelier: «Wissenswertes rund ums Thema Finanzen»** Stefan Langenegger, Dipl. Arzt / Jean Pierre Ceccon, Treuhänder	
	B) Atelier: «Round Table der Praxismodelle» Dr. med. Michael Bagattini / Dr. med. Corinne Sydler-Bertschi / weitere	
11.15 – 12.00 Uhr	**Juristische Aspekte in der Praxis** Lic. iur. Christine Zemp	**Plenum**
12.00 – 12.30 Uhr	**Standbesichtigung**	
12.30 – 13.30 Uhr	**Stehlunch**	
13.30 – 14.15 Uhr	**A) Atelier: «Wissenswertes rund ums Thema Finanzen»** Stefan Langenegger, Dipl. Arzt / Jean Pierre Ceccon, Treuhänder	
	B) Atelier: «Round Table der Praxismodelle» Dr. med. Michael Bagattini / Dr. med. Corinne Sydler-Bertschi / weitere	
14.15 – 15.00 Uhr	**A) Atelier: «Personal und Praxisausstattung»** Dr. med. Christina Stadlin / Manuela Camenzind, MPA	
	B) Atelier: «IT in der Praxis» Dr. med. Michael Bagattini	
15.00 – 15.30 Uhr	**Pause mit Standbesichtigung**	
15.30 – 16.15 Uhr	**A) Atelier: «Personal und Praxisausstattung»** Dr. med. Christina Stadlin / Manuela Camenzind, MPA	
	B) Atelier: «IT in der Praxis» Dr. med. Michael Bagattini	
16.15 – 16.55 Uhr	**Ich will in die Praxis – und nun konkret? Ein Gespräch mit «meiner» Mentorin** Dr. med. Anja Forrer, Assistenzärztin, JHaS-Mitglied Dr. med. Monika Reber, Hausärztin, Vorstandmitglied mfe	**Plenum**
16.55 – 17.00 Uhr	**Schlusswort**	**Plenum**
17.00 – 17.30 Uhr	**Apéro und Standbesichtigung**	

Redaktionelle Verantwortung
Sandra Hügli-Jost, mfe
Kommunikationsbeauftragte
mfe Haus- und Kinderärzte
Schweiz
Geschäftsstelle
Effingerstrasse 2
CH-3011 Bern
sandra.Huegli[at]hausaerzteschweiz.ch

Published under the copyright license "Attribution – Non-Commercial – NoDerivatives 4.0". No commercial reuse without permission. See: http://emh.ch/en/services/permissions.html



© Schweizerischer Apothekerverband pharmaSuisse

Abbildung 1: Ablauf myCare Start.

Nach Aufnahme der Patientinnen und Patienten in das Programm kann das erste Gespräch in einem Intervall von 7 bis 14 Tagen nach dem Start der neuen Therapie eingeplant werden. In diesem Gespräch soll einerseits erfasst werden, wie die Patientin oder der Patient bisher mit der Medikation zurechtkam und welche Beschwerden, Schwierigkeiten und Fragen beim Therapiestart mit der neuen Medikation aufgetreten sind. Andererseits dienen diese Informationen den Apothekerinnen und Apothekern dazu, Handlungsempfehlungen auszusprechen, deren Ergebnisse in einem zweiten Gespräch behandelt werden. Das zweite Gespräch sollte 7–21 Tage nach dem ersten Gespräch erfolgen. Ziel ist es, an die Beratung der Ärztin oder des Arztes anzuknüpfen und offene Punkte in der Therapie zu besprechen. Sofern die Patientin oder der Patient einverstanden ist, kann nach Abschluss der beiden Gespräche ein Bericht elektronisch an die behandelnde Fachperson zugestellt werden.

Pilotprojekt für eine interprofessionelle Dienstleistung gemeinsam in der Apotheke und Arztpraxis

Verbesserung der Therapietreue

Stephen Jenkinson, Sven Streit
Berner Institut für Hausarztmedizin (BIHAM)

Einführung

In der Schweiz leben etwa 2,2 Millionen Menschen mit einer nicht übertragbaren chronischen Erkrankung, deren Prävalenz bei 25% liegt und aufgrund der alternden Bevölkerung voraussichtlich weiter zunimmt [1]. Dabei fallen 51% der gesamten Gesundheitskosten in der Schweiz auf die sechs häufigsten Krankheiten (Krebs, Diabetes, Herz-Kreislauf-, Atemwegs-, Muskel-Skelett- und psychische Erkrankungen) [2]. Die meisten chronisch kranken Patienten nehmen dabei langfristig Medikamente ein, wobei Polypharmazie, insbesondere bei Patientinnen und Patienten über 65 Jahren, weit verbreitet ist [3]. Diese langfristige Einnahme von Medikamenten erfordert eine aktive Beteiligung der Patientinnen und Patienten an der Behandlung und ein verantwortungsvolles Selbstmanagement.

Der Start in eine neue Therapie gelingt aber nicht immer reibungslos: Die Literatur zeigt, dass 15–25% der chronisch Kranken ihre neu verordnete Medikation nicht korrekt starten [4, 5], 20–40% der Patientinnen und Patienten, die ihre Medikation begonnen haben, diese nicht angemessen in ihren Alltag integrieren (z.B. Auslassen einer Dosierung) und mehr als 40% der Patientinnen und Patienten ihre Behandlung vorzeitig beenden [5–7], wobei das Risiko in den ersten 30 Tagen am höchsten ist [8].

Obwohl die Prävalenz und die Folgen einer mangelnden Therapietreue bei der Einnahme von Medikamenten ausführlich beschrieben

Published under the copyright license "Attribution – Non-Commercial – NoDerivatives 4.0". No commercial reuse without permission. See: http://emh.ch/en/services/permissions.html

sind, bleibt sie ein grosses, meist unbeachtetes Problem der öffentlichen Gesundheit. Sie steht in signifikantem Zusammenhang mit verminderter Therapiewirksamkeit, vermehrten Krankenhausaufenthalten, vermeidbaren zusätzlichen Kosten im Gesundheitswesen sowie der Sterblichkeit [9, 10].

Es ist bekannt, dass die Therapietreue von über 700 Faktoren beeinflusst wird, wobei viele dieser Faktoren durch geeignete Patientenaufklärung sowie Patientenfeedback positiv beeinflusst werden könnten [11, 12]. Hierbei kann das Fördern von Selbstmanagement gerade beim Start einer neuen Therapie einen Effekt hinsichtlich der Therapietreue, der Verbesserung der Arzneimittelsicherheit sowie der Senkung der Kosten haben [13, 14]. Mittels einer interprofessionellen Zusammenarbeit könnten die verfügbaren Ressourcen ideal kombiniert werden, um eine solche Unterstützung zu Beginn einer neuen Therapie anzubieten. Aus diesem Grund wird nun ein Pilotprojekt für eine interprofessionelle Dienstleistung gestartet.

Gelungener Start neuer Medikamente dank myCare Start als interprofessionelle Dienstleistung

myCare Start ist eine neue patientenzentrierte Dienstleistung, die von interprofessionellen Teams bestehend aus Apothekerinnen und Apothekern, Ärztinnen und Ärzten durchgeführt wird. Sie wurde vom Schweizerischen Apothekerverband pharmaSuisse in Zusammenarbeit mit den Universitäten Genf und Bern entwickelt und wird nun in der gesamten Schweiz in einem Pilotversuch evaluiert.

Die Dienstleistung beruht auf dem New Medicine Service (NMS), der vom National Health Service (NHS) in Grossbritannien (GB) entwickelt wurde. In einer randomisierten kontrollierten Studie konnte in GB gezeigt werden, dass die Intervention die Adhärenz nach 10 Wochen klinisch relevant und statistisch signifikant verbesserte (Odds-Ratio 1,67; 95% CI 1,06–2,62) [13]. Zudem konnte die Intervention eine Verbesserung der Lebensqualität sowie eine Senkung der Kosten aufzeigen [14]. Der Effekt war aber nach einem halben Jahr nicht mehr signifikant nachweisbar, vermutlich weil viele der Patientinnen und Patienten aus der Studie ausgestiegen sind [15].

Wenn die Ärztin oder der Arzt eine neue Therapie startet (gem. separater Liste von häufigen Medikamenten bei chronischen Krankheiten), eröffnet sich damit der Weg, um unabhängig von der Bezugsquelle der Medikamente (Rezept, Selbstdispensation, Versandapotheke) in der nahe gelegenen Apotheke die neue Dienstleistung zu erhalten. Sie besteht aus zwei 10-minütigen Gesprächen zwischen Patientin/Patient und Apothekerin/Apotheker, während der ersten 5 bis 6 Wochen der Behandlung. Abbildung 1 zeigt, wie Patientinnen und Patienten so von der Arztpraxis zur Apotheke und zurück in einem geschlossenen und partnerschaftlichen Kreis gemeinsam in der Therapietreue unterstützt werden.

Im Wesentlichen geht es bei der Dienstleistung myCare Start darum, Patientinnen und Patienten mit chronischen Erkrankungen bei der Einnahme neu verordneter Medikamente zu bestärken und zu unterstützen sowie die interprofessionelle Kommunikation zu verbessern. Die Apothekerin oder der Apotheker ermittelt die individuellen Bedürfnisse und Anliegen der Patientinnen und Patienten, stärkt ihre Fähigkeiten, beruhigt sie in Bezug auf die Behandlung, beantwortet ihre Fragen, entwickelt gemeinsam mit ihnen einen Ansatz für das Selbstmanagement und überweist sie bei Bedarf an die Ärztin oder den Arzt zur medizinischen Neubewertung. Sofern die Patientin oder der Patient einverstanden ist, kann ein Kurzbericht an die behandelnde Fachperson elektronisch zugestellt werden, um die Koordination der Behandlung zu verbessern.

Schweizweites Pilotprojekt

In einer ersten Phase wird die Dienstleistung in über 170 Apotheken schweizweit während 8 Monaten pilotiert. In Zusammenarbeit mit dem Berner Institut für Hausarztmedizin (BIHAM) der Universität Bern, dem Institut für Pharmazeutische Wissenschaften der Westschweiz (ISPSO), der Universität Genf sowie dem Schweizerischen Apothekenverband pharmaSuisse wird das Pilotprojekt von einer prospektiven Kohortenstudie begleitet. Als primärer Endpunkt wird die Akzeptanzrate der Patientinnen und Patienten sowie die Wahrnehmung der beteiligten medizinischen Fachpersonen hinsichtlich der interprofessionellen Zusammenarbeit untersucht. Zusätzlich werden als sekundärer Endpunkt unter anderem patientenbezogene Ergebnisse (PROMS) im Bereich der Therapietreue, Lebensqualität und Erfahrungen mit chronischen Krankheiten analysiert. Basierend auf den Erkenntnissen und Resultaten des Pilotprojektes wird in einer zweiten Phase eine Implementierungsstudie über weitere 2 Jahre durchgeführt. Hier werden mittels einer cluster-randomisierten Kosteneffektivitäts-Studie die weiteren Kriterien hinsichtlich der Wirksamkeit, Zweckmässigkeit und Wirtschaftlichkeit untersucht. Die gesamte Studie wird zurzeit vom Schweizerischen Nationalfonds, der Eidgenössischen Qualitätskommission und dem Schweizerischen Apothekerverband pharmaSuisse finanziert.

Interprofessionelle Zusammenarbeit

Wir sind der Überzeugung, dass eine interprofessionelle Zusammenarbeit Top-down zwar gefördert werden kann, aber von der Basis zwingend initiiert und mitgetragen werden muss. Denn es sind die persönlichen, direkten Beziehungen der Gesundheitspartner – Ärztin/Arzt, Apothekerin/Apotheker – die den interprofessionellen Austausch ausmachen. Für den Erfolg von myCare Start ist es zudem sehr wichtig, dass die Partnerorganisationen der involvierten Berufsgruppen gut informieren und die Umsetzung unterstützen. Die konkrete Vernetzung sollte jedoch lokal vor Ort geschehen. Apotheken, welche myCare Start während der Pilotphase anbieten, werden jeweils Kontakt mit den Arztpraxen der Region aufnehmen, um das Projekt gemeinsam umzusetzen. Diese lokalen Teams sind am besten geeignet, auf spezifische Bedürfnisse der Region einzugehen und unter Berücksichtigung der bisherigen Zusammenarbeit myCare Start massgeschneidert umzusetzen. Die Inputs sowie die Beteiligung der Ärztinnen/Ärzte und Apothekerinnen/Apotheker an der Studie werden zudem helfen, die Dienstleistung weiter zu verbessern. Dadurch kann eine interprofessionelle Dienstleistung geschaffen werden, welche Patientinnen und Patienten zu Beginn einer Therapie optimal unterstützt.

Korrespondenz
Stephen Jenkinson
Berner Institut für Hausarztmedizin (BIHAM)
Mittelstrasse 43
CH-3012 Bern
stephen.jenkinson[at]unibe.ch

Redaktionelle Verantwortung
Sandra Hügli-Jost, mfe
Kommunikationsbeauftragte
mfe Haus- und Kinderärzte
Schweiz
Geschäftsstelle
Effingerstrasse 2
CH-3011 Bern
Sandra.Huegli[at]hausaerzteschweiz.ch

Literatur
Die vollständige Literaturliste finden Sie in der Online-Version des Artikels unter https://doi.org/10.4414/phc-d.2023.10709

Published under the copyright license "Attribution – Non-Commercial – NoDerivatives 4.0". No commercial reuse without permission. See: http://emh.ch/en/services/permissions.html

10.4414/phc-d.2023.10652 | 2023;23(6):176–178 | Prim Hosp Care

Herausforderungen, Hindernisse und Perspektiven

Versorgung der psychischen Gesundheit von Asylsuchenden im Kanton Neuenburg

Mara Abriel[a], Zénia Fisler[a], Maeva Reber[b], Lorena Scagnetti[a]
[a] Medizinstudentin im dritten Jahr an der Universität Lausanne; [b] Studentin im dritten Jahr der Pflegewissenschaft an der Haute Ecole de la Santé La Source

Eintauchen in eine Gemeinschaft («Immersion communautaire») – Medizinstudierende in der Feldforschung

Vier Wochen lang betreiben Medizinstudierende im dritten Jahr an der Universität Lausanne Feldforschung zu einer Frage ihrer Wahl aus vier allgemeinen Themenbereichen (Gender, Klima, Migration und Covid-19). Ziel des Moduls ist, den angehenden Ärztinnen und Ärzten die nicht biomedizinischen Bestimmungsfaktoren der Gesundheit, der Krankheit und der medizinischen Praxis näherzubringen: Lebensstile, psychosoziale und kulturelle Faktoren, Umwelt, politische Entscheidungen, wirtschaftliche Einschränkungen, ethische Fragen usw. In Gruppen von vier oder fünf Personen beginnen die Studierenden mit der Definition einer originellen Forschungsfrage und der Durchsuchung der wissenschaftlichen Literatur dazu. Während ihrer Forschungsarbeit kommen sie in Kontakt mit dem Netzwerk von Gemeinschaftsakteuren, Fachpersonen oder Patientenorganisationen, deren Rollen und jeweiligen Einfluss sie untersuchen. Jede Gruppe wird von einer Tutorin oder einem Tutor betreut, der an der Biologischen und Medizinischen Fakultät der Universität Lausanne, der Haute École de la Santé La Source in Lausanne oder einer anderen Bildungsinstitution lehrt. Am Ende des Moduls präsentieren die Studierenden die wichtigsten Ergebnisse ihrer Arbeiten an einem zweitägigen Kongress.
Seit rund zehn Jahren haben mehrere Studierendengruppen die Möglichkeit, ihre Arbeit im Rahmen eines interprofessionellen Immersionsprojekts in der Gesellschaft durchzuführen, das in Zusammenarbeit mit der Haute École de la Santé La Source veranstaltet wird. Die Gruppe führt die Feldforschung nach dem Immersionsprinzip vor Ort in einer Schweizer Region durch (Aufenthalt von 7 bis 10 Tagen) und wird dabei von ihren Tutorinnen und Tutoren pädagogisch begleitet. Aus den Arbeiten werden vier zur Veröffentlichung in Primary and Hospital Care ausgewählt.
Eintauchen in eine Gemeinschaft der Biologischen und Medizinischen Fakultät der UNIL unter der Leitung von Prof. Patrick Bodenmann (Verantwortlicher), Dr. Francis Vu (Koordinator), Meltem Bukulmez und Mélanie Jordan (Sekretariat), Prof. Thierry Buclin, Dr. Aude Fauvel, Dr. Véronique Grazioli, Dr. Nicole Jaunin Stalder, Dr. Yolanda Müller, Sophie Paroz, Dr. Béatrice Schaad und Prof. Madeleine Baumann (HEdS La Source)

Einleitung

Im Mai 2021 befanden sich im Kanton Neuenburg 965 Personen im Asylprozess [1]. Dazu kommen Personen mit irregulärem Aufenthaltsstatus, die illegal in die Schweiz eingereist sind, sowie weggewiesene Personen. Gegenstand der Studie ist die Versorgung im Bereich der psychischen Gesundheit dieser Population, die eine höhere Prävalenz psychiatrischer Störungen als andere Bevölkerungsgruppen aufweist und deren Zugang zu medizinischer Versorgung und Diagnosemöglichkeiten stärker eingeschränkt ist [2]. Gründe dafür sind soziale Gesundheitsdeterminanten, etwa die sozioökonomischen und kulturellen Bedingungen [3], die traumatisierenden Umstände, die zur Flucht des Herkunftslandes führten oder während der Reise erlebt wurden, und auch die Lebensbedingungen in der Schweiz.

Das Ziel unserer Studie ist die Identifikation der Herausforderungen, Hindernisse und Perspektiven der Gesundheitsversorgung von Asylsuchenden und Personen mit Migrationshintergrund mit irregulärem Aufenthaltsstatus im Bereich der psychischen Gesundheit im Kanton Neuenburg.

Methode

Zunächst haben wir über die Bedenken vom Pflegefachpersonal im «Haus der Gesundheit» von La Chaux-de-Fonds gesprochen (einer

Published under the copyright license “Attribution – Non-Commercial – NoDerivatives 4.0”. No commercial reuse without permission. See: http://emh.ch/en/services/permissions.html

Struktur, die im Kanton Neuenburg Asylsuchenden, Menschen ohne Rechtsstatus und Menschen in prekären Situationen kostenfrei pflegerische Beratung anbietet). Danach haben wir uns einen Überblick über die Fachliteratur verschafft, der einen Mangel an einschlägigen Studien bewiesen hat. Wir haben eine qualitative Methodologie gewählt und elf semistrukturierte Interviews mit Leistungserbringern geführt, die in der Versorgung unserer Zielpopulation tätig sind: mit zwei in La Chaux-de-Fonds niedergelassenen Allgemeinmedizinern; Guillaume Bégert, Teamleiter der Caritas-Rechtsvertretungen für Asylsuchende in den Bundesasylzentren der französischsprachigen Schweiz; Stéphane Saillant, leitender Arzt am Centre Neuchâtelois de Psychiatrie (CNP); Vincent Schlatter, Leiter des Office social de l'asile en premier accueil; Anna Gagliardi, niedergelassene Psychologin in La Chaux-de-Fonds; Claude-François Robert, Neuenburger Kantonsarzt; Louise Wehrli, vom Kollektiv Droit de Rester; Manon Ramseyer, Anne-Lise Tupin und Stéphanie Emonet, Pflegefachpersonen am «Haus der Gesundheit». Wir haben das bestehende Versorgungsnetz analysiert und Gesprächspartnerinnen und -partner identifiziert, die uns durch das «Schneeballverfahren» geholfen haben, in Kontakt mit weiteren Personen zu kommen. Die Gespräche wurden auf der Grundlage eines Interview-Leitfadens und unter Einhaltung einer Ethik-Charta geführt, welche die Interviewten gelesen und akzeptiert haben. Wir haben sie aufgenommen, teilweise transkribiert und die Hauptpunkte herausgearbeitet. Die wichtigsten Gesprächsthemen waren der Bedarf unserer Zielpopulation im Bereich der psychischen Gesundheit, die Versorgung und die Standardbetreuung sowie die Hindernisse für diese Leistungen.

Ergebnisse

Aus den Interviews geht einhellig hervor, dass der Bedarf im Bereich der psychischen Gesundheit in unserer Zielpopulation gross ist. Die Pflegefachpersonen am «Haus der Gesundheit» bestätigen, dass die Diagnosen, die in ihren Beratungen am häufigsten gestellt werden, sich auf die psychische Gesundheit beziehen, und die Psychologin, die mit ihnen zusammenarbeitet, erklärt, dass am häufigsten depressive Angststörungen, posttraumische Belastungsstörungen und Anpassungsstörungen vorkommen [4]. Sie unterstreicht, wie wichtig es sei, diese Störungen zu behandeln, und dass sie die Betroffenen zum Konsum psychotroper Substanzen veranlassen können. Ihr zufolge ist dies «die beste Medizin, die sie zur Linderung ihres hohen Leidensdrucks [finden]».

Published under the copyright license "Attribution – Non-Commercial – NoDerivatives 4.0". No commercial reuse without permission. See: http://emh.ch/en/services/permissions.html

Das kantonale Gesundheitsamt unterstützt das «Haus der Gesundheit», das Menschen in prekären Situationen kostenfreie Beratung anbietet und den Mittelpunkt eines Netzes von Gesundheitsfachpersonen im Kanton Neuenburg bildet. Die Interviewten vertreten die Ansicht, dass die Kommunikation und die Zusammenarbeit mit dem «Haus der Gesundheit» wesentlich sind, um die Probleme der Versorgung lindern zu können. Allerdings zeigen die Gespräche, dass sich dies schwierig umsetzen lässt. Einer der befragten Mediziner äusserte insbesondere das Gefühl, bei der Versorgung dieser Menschen allein gelassen zu werden.

Die Interviews zeigen die Komplexität einer optimalen Versorgung dieser Population. Der Mehrheit der Gesprächspartnerinnen und -partner mangelt es am nötigen Sachverständnis sowie an Ausbildung im Bereich der psychischen Gesundheit. Dies unterstreicht Frau Wehrli vom Kollektiv Droit de Rester.

Die psychotherapeutische Betreuung wird verhindert durch die Beschleunigung der Asylverfahren und die grosse Zahl von Akteuren, mit denen unsere Zielpopulation konfrontiert ist. Dies entmutigt die Fachpersonen, die die Versorgung folglich auf die Notfallbehandlung konzentrieren, so Dr. Saillant vom CNP. Die Begünstigten sind ebenfalls entmutigt, da ihr Vertrauen in das System abnimmt und die Gefahr steigt, dass die Vertraulichkeit nicht eingehalten wird. Legal sollten alle Notfälle behandelt werden. Asylsuchende fallen unter das KVG, während Personen mit irregulärem Aufenthaltsstatus keinen Zugang zu ambulanter Versorgung haben und auf ehrenamtliche Leistungen angewiesen sind. Da das «Haus der Gesundheit» keine/n ehrenamtliche/n Psychiater/in finden konnte, überweist es bei Bedarf an Allgemeinmediziner/innen, die den Betroffenen einige Stunden widmen. Manche leiden darunter, keine optimale Unterstützung bieten zu können: «Das ist Medizin wie im Krieg, um nicht zu sagen: eine Nullmedizin», vertraut uns ein Gesprächspartner an.

Einhellig sprechen die Interviewten wirtschaftliche Fragen an, etwa Dr. Saillant: «Wir sind alle frustriert. Wir möchten mehr tun, müssen aber eingestehen, dass wir nicht die Mittel dazu haben.» «Die psychische Gesundheit ist so etwas wie das Stiefkind der Medizin», so Manon Ramseyer vom «Haus der Gesundheit». Ihrer Meinung nach sind diese finanziellen Probleme durch die Stigmatisierung der psychischen Gesundheit erklärbar. Der Kantonsarzt bestätigt diese Punkte, erinnert jedoch an das Gleichwertigkeitsprinzip im Gesundheitswesen, nach dem die Mittel, die für die Ziele der öffentlichen Gesundheit investiert werden, gleichwertig sein müssen.

Ein weiteres Hindernis, auf das häufig verwiesen wird, ist die Interkulturalität. Die Sprachbarriere lässt sich durch Dolmetscher überwinden, gleichwohl bestehen weiterhin kulturelle Hindernisse und unterschiedliche Vorstellungen von psychischer Gesundheit. Herr Bégert, Jurist bei der Caritas, erklärt, dass das Konzept der Psychologie in manchen Ländern gar nicht existiere.

Diskussion

In den Interviews wurden einige Mängel einhellig aufgezeigt und Möglichkeiten zur Verbesserung der Versorgung unserer Zielpopulation genannt.

Die Antworten auf Fragen zur Kommunikation und Zusammenarbeit innerhalb des Netzes zeigen, dass nicht alle die gleichen Erwartungen haben. Manche waren sehr zufrieden mit der aktuellen Zusammenarbeit, während andere den Wunsch äusserten, stärker von Kolleginnen und Kollegen umgeben und mit ihnen in Kontakt zu sein. Im Kern des Netzes wird über Verbesserungsstrategien nachgedacht. Das «Haus der Gesundheit» arbeitet an Treffen zwischen den verschiedenen Leistungserbringern sowie an der Umsetzung des «Projekts psychische Gesundheit». Ziel dieses Projekts ist es, Menschen in prekärer Situation den Zugang zu kostenloser psychologischer Betreuung und zu besserer Versorgung im Bereich der psychischen Gesundheit zu ermöglichen. Dies steht im Einklang mit den Aussagen von Dr. Saillant, dass eine frühzeitige und regelmässige Versorgung die Last der Chronifizierung verringern könnte. In diesem Sinne unterstreicht auch der Kantonsarzt die Vorteile und die Notwendigkeit, in die Gesundheitsförderung und -prävention zu investieren.

Es gilt allerdings zu beachten, dass die in dieser Untersuchung analysierten Strukturen und Projekte eher jüngeren Datums sind: So wurde das CNP in seiner heutigen Struktur vor rund zehn Jahren eingerichtet. Das Versorgungsnetz für psychische Gesundheit könnte sich beträchtlich weiterentwickeln. Es wurde von der Coronavirus-Krise in dieser Entwicklung gehemmt, was den Eindruck von «Stagnation» erweckt hat; wir hoffen aber, dass es bald wieder Antrieb gewinnt. Da wir uns unmittelbar vor Ort befanden, fiel es uns vielleicht schwer, den nötigen Abstand zu gewinnen und besonders die politischen und finanziellen Aspekte des Kantons zu erwägen.

Die diversen Hindernisse für die Versorgung unserer Zielpopulation im Bereich der psychischen Gesundheit sind also im Allgemeinen mit der Zusammenarbeit und Kommunikation im Versorgungsnetz sowie mit finanziellen Aspekten verbunden. Allerdings schienen uns die Entwicklungsperspektiven der Versorgung ein wichtiges Anliegen zu sein, und wir sind optimistisch, da alle Interviewten eine Weiterentwicklung befürworten.

Das Poster zum Text ist als separater Online-Appendix verfügbar unter www.primary-hospital-care.ch

Danksagung

Wir danken allen Interviewten für ihre Bereitschaft zum Gespräch; unserem Tutor, Blaise Guinchard, für seine Ratschläge; der Coquille in La Chaux-de-Fonds für die Gastfreundschaft; sowie der Unil, dem CHUV, Unisanté, dem Kanton Waadt, der Haute École de la Santé la Source sowie der HES-SO für die Möglichkeit zur Teilnahme am IMCO interpro.

Korrespondenz

Dr. med. Alexandre Ronga
Rue du Bugnon 44
CH-1011 Lausanne
dvms.imco[at]unisante.ch

Literatur

1 Staatssekretariat für Migration SEM. Asylstatistik Mai 2021 [Internet]. 2021 [abgerufen am 24. Juni 2021]. Verfügbar unter: https://www.sem.admin.ch/sem/fr/home/publiservice/statistik/asylstatistik/archiv/2021/05.html
2 Maier T, Schmidt M, Mueller J. Mental health and healthcare utilization in adult asylum seekers. Swiss Med Wkly. 2010 Nov;140:w13110.
3 République et canton de Neuchâtel. Stratégie cantonale de promotion et de prévention de la santé 2016-2026, NE. [Internet]. 2016 [abgerufen am 1. Juli 2021]. Verfügbar unter: https://www.ne.ch/medias/Documents/16/01/Annexe3.pdf
4 Premand N, et al. Soins psychiatriques pour les requérants d'asile à Genève. Rev Med Suisse [Internet]. 2013 [abgerufen am 16. Juni 2021];-1(398):1664–1668. Verfügbar unter: https://www.revmed.ch/revue-medicale-suisse/2013/revue-medicale-suisse-398/soins-psychiatriques-pour-les- requerants-d-asile-a-geneve

Published under the copyright license "Attribution – Non-Commercial – NoDerivatives 4.0". No commercial reuse without permission. See: http://emh.ch/en/services/permissions.html

Teil 2: Bisswunden, Diagnostik, Therapie

Infektionen der Hand

Korrekte Diagnostik und eine rasch eingeleitete, adäquate Therapie sind für einen guten Verlauf entscheidend. Die Ultraschalldiagnostik verbessert die Infektdiagnostik und sollte noch häufiger eingesetzt werden: Sie kann u.a. Flüssigkeitskollektionen, Fremdkörper, Kristalle oder Gelenkergüsse zeigen. Bisswunden sind häufig, enden aber meist nicht im Infekt. Die nekrotisierende Fasziitis verläuft oft tödlich – notfallmässige Diagnose und chirurgische Behandlung sind entscheidend.

Léna Dietrich[a,d,*], Isabell Berner[b,d,*], Tatjana Pastor[a], Lena Fuest[a], Damian Sutter[a], Urs Genewein[b], Laetitia Guarino[c], Lisa Schmid Thurneysen[e], Sonja Nisslé[f], Charles Béguelin[g,h], Regula Capaul[j], Anne Meynard[k], Luca Seitz[l], Rainer Egli[m], Renato Fricker[n], Esther Vögelin[a], Philip Tarr[d]

[a] Universitätsklinik für Hand- und periphere Nervenchirurgie, Inselspital, Universitätsspital Bern, Universität Bern; [b] Chirurgische Klinik für Traumatologie und Handchirurgie, Gesundheitszentrum Fricktal AG, Spital Rheinfelden; [c] Universitätsklinik für Plastische Chirurgie, Inselspital, Universitätsspital Bern, Universität Bern; [d] Medizinische Universitätsklinik, Infektiologie und Spitalhygiene, Kantonsspital Baselland, Bruderholz, Universität Basel; [e] Medizinische Klinik, Gesundheitszentrum Fricktal AG, Spital Rheinfelden; [f] Notfallzentrum, Kantonsspital Baselland, Bruderholz; [g] Universitätsklinik für Infektiologie, Inselspital, Universitätsspital Bern, Universität Bern; [h] Service de Médecine Interne et des Maladies Infectieuses, Centre hospitalier, Bienne; [i] FMH Allg. Innere Medizin, 8050 Zürich; [k] Médecine Générale FMH, Centre Médical de Lancy GE; [l] Universitätsklinik für Rheumatologie und Immunologie, Inselspital, Universitätsspital Bern, Universität Bern; [m] Department of Diagnostic, Interventional and Pediatric Radiology, Inselspital, Universitätsspital Bern, Universität Bern; [n] Leonardo Ärzte für Orthopädie und Traumatologie, Handzentrum, Hirslanden Klinik Birshof, Münchenstein BL

* equal contribution

Bissverletzungen – wie gefährlich sind sie?
Die meisten Bissverletzungen enden nicht im Infekt [126, 127]. Dennoch erfolgt oft eine präemptive Antibiotikaprophylaxe, insbesondere bei Menschen- und Katzenbissen (Tab. 4) [128].

Diagnostik

Schmerzhafte Fingerbeere – was steckt dahinter?
Herpes, Paronychie und Abszess können ähnlich aussehen. Beim Palpieren ist die Fingerbeere bei Herpes weich, beim Abszess deutlich gespannt [6]. Bei Paronychie und Abszessen ist die Inzision therapeutisch, beim Herpes ist sie kontraindiziert (cave: bakterieller Superinfekt!). Im Zweifelsfall engmaschig (12–24 h später) nachkontrollieren.

Gerötetes, geschwollenes Handgelenk – septische Arthritis?
Eine septische Arthritis wird oft vermutet, aber nur selten (5% der Verdachtsfälle) bestätigt [63]. Keine Bakterien in der Mikroskopie oder negative Kulturen aus Gelenkpunktion schliessen eine septische Arthritis nicht aus, machen sie aber unwahrscheinlich [159].

Hilft eine Blutuntersuchung?
Nicht immer. Bei CRP >100 mg/l ist eine bakterielle Infektion oder eine Kristallarthropathie (Gicht, Pseudogicht) wahrscheinlich [160, 161]: Das CRP steigt bei Infektion, aber auch bei Inflammation, Verbrennung, Trauma, Tumor [162]. Normales CRP und Differentialblutbild schliessen einen Infekt nicht aus, z.B. bei lokal abgekapselten Infekten, Immunsuppression; oder die Situation ist nicht-infektiös (z.B. Tenosynovialitis) [2, 23, 163, 164]. Bei Beugesehnenscheidenphlegmonen können die Entzündungswerte tief sein, dennoch braucht es frühzeitig und niederschwellig die Handchirurgie. Vorsicht: Das CRP steigt erst nach 6–24 h [165] und soll nicht als alleiniges Diagnosemittel verwendet werden. Als Verlaufsparameter ist es aussagekräftiger [162].

Und postoperativ?
Das CRP steigt postoperativ auch ohne Infekt oft an (Peak am 2. oder 3. postoperativen Tag). Ein nach 5 bis 7 Tagen erhöhtes oder wieder steigendes CRP und Fieber legt einen Infekt nahe. Entscheidend ist der Schmerz und der Befund im Operationsgebiet – das CRP hat eine untergeordnete Rolle.

Infektiologie-Serie

Infektionen und Immunabwehr sind in der Praxis wichtige Themen. Sie bieten hervorragende Gelegenheiten zu interdisziplinärer Zusammenarbeit, Überprüfung von gängigen Konzepten und Integration komplementärmedizinischer Sichtweisen. Philip Tarr ist Internist und Infektiologe am Kantonsspital Baselland und leitet das Nationale Forschungsprojekt NFP74 zu Impfskepsis. Ihm liegt viel an einer patientenzentrierten Medizin und an praxisrelevanten Artikeln, die wir in der Folge in *Primary and Hospital Care* regelmässig publizieren werden.

Published under the copyright license "Attribution – Non-Commercial – NoDerivatives 4.0". No commercial reuse without permission. See: http://emh.ch/en/services/permissions.html

Was nützt ein Ultraschall?

Ultraschall kann u.a. eine Flüssigkeitskollektion, einen nicht röntgendichten Fremdkörper, Kristalle oder einen Gelenkerguss zeigen [166, 167] und so zur Infektdiagnostik beitragen [168, 169]. Bei Verdacht auf Fremdkörper ist Ultraschall die Untersuchung der Wahl (siehe Abb. 1) [170]. Ultraschall führte bei >50% der dadurch beurteilten Abszesse zur Therapieanpassung [169]. Bei einer Tenosynovialitis zeigt sich Flüssigkeit in der Sehnenscheide mit synovialer Verdickung und erhöhter Vaskularität [171]. Die Ultraschall-Diagnostik der Hand ist sehr untersucherabhängig [170].

Wann bekommt mein Patient Fieber?

Fieber weist auf Infektion hin, kann aber auch bei nicht-infektiösen rheumatischen Erkrankungen (z.B. CPPD) auftreten. Wichtig: Auch ohne Fieber kann ein schwerer Infekt vorliegen [2, 23].

Infizierte Wunde – wann soll ich einen Wundabstrich oder eine Biopsie machen?

Wir raten von oberflächlichen Wundabstrichen ab: Die Kultur zeigt oft klinisch irrelevante, kolonisierende Hautkeime (z.B. *Staph. epidermidis*) [18, 172]. Intraoperativ entnommene Biopsien mit bakteriologischer und histologischer Untersuchung sind zu empfehlen [148].

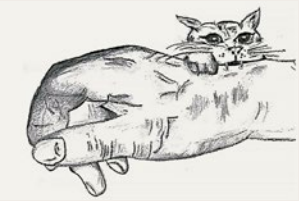
Wann brauche ich ein Röntgen?

Eigentlich immer: niederschwellig durchführen, insbesondere bei Abszess oder komplexen Situationen wie Osteomyelitis, nach Knocheneingriff wie Osteosynthese, Arthrodese oder Prothese. Röntgenbilder können potenzielle Fremdkörper (Abb. 3), Frakturen oder Luxationen zeigen. Eine Osteomyelitis ist allerdings erst relativ spät (2–3 Wochen) erkennbar [173]. Typische Zeichen sind dann: Osteolyse, Osteopenie, Osteosklerose, periostale Reaktionen [13, 34].

Wann braucht es ein MRI?

Das MRI kann eine Osteomyelitis früher zeigen, während das Röntgenbild noch unauffäl-

Tabelle 4: Infekt nach Hunde-, Katzen- und Menschenbiss.

	Hundebiss	Katzenbiss	Menschenbiss
			
Ursache, Häufigkeit	• 50–80% aller Bisse [53,129–131], davon ca. 45–65% an Hand und Handgelenk [130, 131] • >50% sind Kinder <12 Jahren [53, 132] • Tiefe Infektionsrate (2–20%) [129, 130]	• <30% aller Bisse [130], davon ca. 45–65% an Hand und Handgelenk [130, 131] • Hohe Infektionsrate (>50%) [20, 129, 133, 134]	• Ca. 2–10% aller Bisse [130, 135] • Infektionsrate 20–25% [130]
Klinik	• Grosse, breite Zähne, Reissverletzungen → ärztliche Vorstellung oft *unmittelbar*, *ohne* Infekt • Erreger nicht tief im Gewebe	• Ärztliche Vorstellung oft *verspätet*, *mit* Infekt • Dünne, lange Zähne, unscheinbare Verletzungen, Wunden verschliessen sich • Erreger tief im Gewebe	• Ärztliche Vorstellung oft verspätet (Scham) • Falsche Schilderungen • initial oft geringe Symptomatik → Unterschätzung der Gefährlichkeit
Lokalisation Hand	• Ca. 50% der Infekte nach Hundebiss [136]	• Ca. 63% der Infekte nach Katzenbiss [136]	• V.a. Faustschlagverletzung gegen Zahnreihe des Gegners [137,138] • Typisch über dominantem Mittelfinger MCP
Diagnostik	• Menschenbiss: Flexionsstellung der Finger oder des Handgelenkes während des Bisses, Verlagerung der verletzten Strukturen bei Streckung • **Röntgenbild:** Fremdkörper (Zahnstück), Fraktur; bei V.a. Osteomyelitis zusätzlich MRI • Ohne Infektzeichen ist eine mikrobiologische Diagnostik unnötig [139]. • Bei möglichen Gelenks-/Sehnen-/Knochenläsionen frühzeitig chirurgische Exploration erwägen.		
Therapie/ Prävention	• Immer spülen, niederschwellig eröffnen (Lokalanästhesie): Débridement, Fremdkörperentfernung (Zähne) [140] • bei verzögerter Vorstellung/fortgeschrittenem Infekt: im Operationssaal, mikrobiologische Diagnostik (*Pasteurella*-Spezies: ca. 50% bei Hundebiss, 75% bei Katzenbiss) [141] • Ruhigstellung • Nachkontrolle wichtig • **Antibiotikatherapie:** siehe Text • Tetanus-Auffrischung: *Bei jeder offenen, tiefen, verschmutzten, komplexen Verletzung und fehlendem/unklarem Schutz. Auffrischung gemäss Schweizer Impfplan alle 20 Jahre (Alter von 25 bis 64 Jahren), bzw. alle 10 Jahre (Alter ≥65 Jahren). Tetanus-Immunglobulin nur bei Hochrisikowunden PLUS weniger als 3 (oder unbekannter Anzahl) früheren Tetanus-Impfdosen [212].* • Bei Gelenks-/Sehnen-/Knocheninfekt: verlängerte Antibiotikatherapie, Rücksprache [63, 142–144] • Speziell Menschenbiss: Postexpositionsprophylaxe für HIV erwägen (Rücksprache), Hepatitis-B-Auffrischimpfung • Speziell streunender Hund/unbekannter Besitzer: Postexpositionsprophylaxe Tollwut erwägen		
Mögliche Folgen	• Sepsis, Tenosynovitis, septische Arthritis, persistierende Steifigkeit [145], erhöhtes Risiko für Osteomyelitis [145, 146] • Menschenbissinfekt: Bei später Vorstellung (>8 d) schlechte Verläufe, Amputationsrate fast 20% [147]		

Published under the copyright license "Attribution – Non-Commercial – NoDerivatives 4.0". No commercial reuse without permission. See: http://emh.ch/en/services/permissions.html

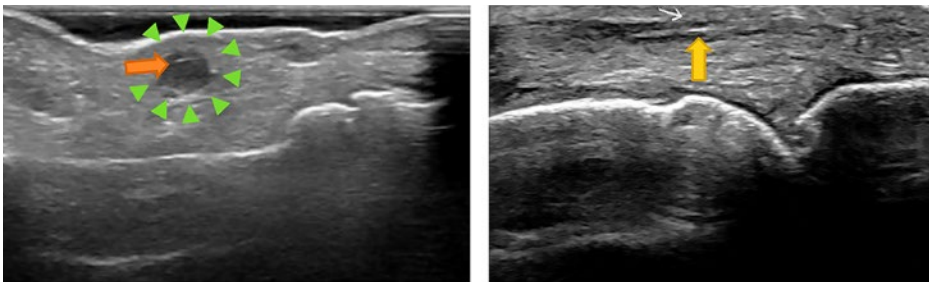


Abbildung 1: Hyperechogener Fremdkörper (links Holzsplitter, oranger Pfeil; rechts Rosendorn, gelber Pfeil). Die umgebende hypoechogene Raumforderung links (grüne Spitzen) entspricht einem Fremdkörpergranulom.

lig ist [34, 58]. Ausserdem ist das MRI bei entzündlichen/reaktiven Veränderungen den anderen Modalitäten überlegen [174]. Aber: Falsch-positive Osteomyelitis-Diagnosen können ab und zu auftreten (z.B. wegen Bewegungsartefakt) [175], und das MRI ist postoperativ monatelang nicht verwertbar.

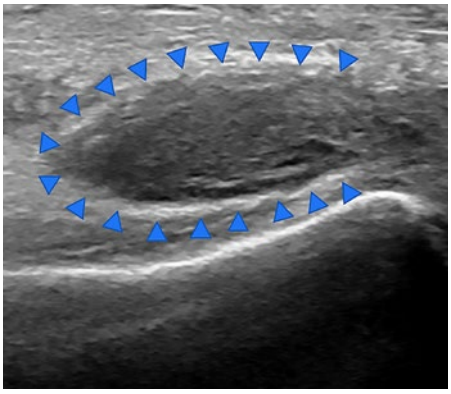


Abbildung 2: Sonographische Darstellung eines Abszesses palmar im Handgelenk über M. pronator quadratus im Parona-Raum (blaue Pfeilspitzen) als inhomogene hypoechogene Raumforderung mit Binnenechos.

Wann muss ich bei penetrierenden Verletzungen an Fremdkörper denken?

Immer [176]. Die Anamnese kann Hinweise geben, z.B. Verletzungen an zerbrochenem Glas oder Splitter um die Wunde herum nach Verletzungen in der Metall- und Holzverarbeitung, bei Verkehrsunfällen (Glas) oder Umgang mit Tieren (Bisse, Stacheln) [177]. Mehr als ein Drittel der Fremdkörper werden verpasst [178]. V.a. für nicht röntgendichte Fremdkörper (Holz, Kunststoff) kann der Ultraschall [179, 180] oder das CT hilfreich sein [181]. Fremdkörper aus Metall und das meiste Glas (abhängig vom Bleigehalt) sind röntgendicht [179]. Mehr als die Hälfte der Fremdkörper sind aus Metall, gefolgt von Glas und Holz [182]. Grosse Fremdkörper sind einfacher zu entfernen als kleine [183].

Was passiert mit verpassten Fremdkörpern?

Fremdkörper sind zwar selten, können aber Zellulitis, chronische Entzündung und Osteomyelitis zur Folge haben [84]. Die Mehrheit der Patientinnen und Patienten erinnern sich an das verursachende Trauma und liegen mit ihrem Verdacht eines verbliebenen Fremdkörpers oft richtig. Meist braucht es eine operative Entfernung [84]. Biologische Fremdkörper (Holz, Dorn) zersetzen sich im Gewebe, wohingegen Glas und Metall abgekapselt werden. Holz muss daher schneller entfernt werden als Metall/Glas. Reizlos eingeheilte kleinere Metall- oder Glassplitter können belassen werden.

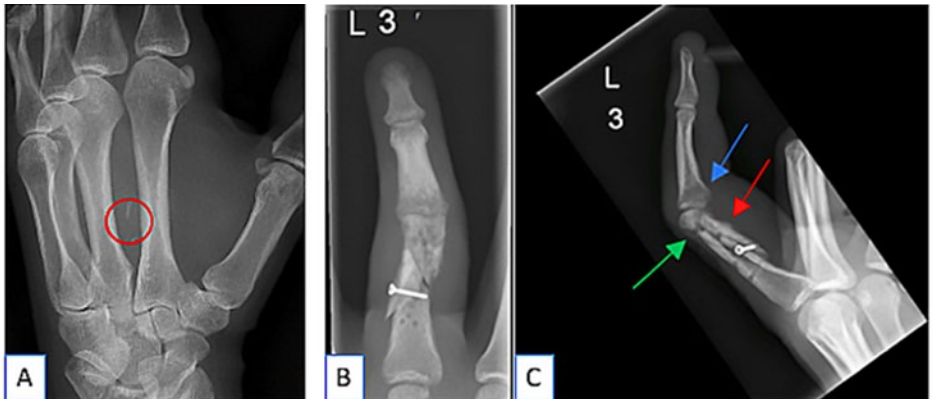


Abbildung 3: Röntgendichter Glassplitter (links), Grundphalanxfraktur mit Osteomyelitis (rechts).
A: Röntgendichter Glassplitter zwischen Os metacarpale II und III. **B** und **C**: Nach mehreren Wochen ohne Konsolidierung der Fraktur (z.B. grüner Pfeil) und nun partieller Osteosynthesematerialentfernung (residuale Bohrlöcher) bei Anzeichen einer Osteomyelitis: Osteolysen und lamelläre Periostreaktion (roter Pfeil) am distalen Ende der Grundphalanx; durch Zellulitis und Ödem bedingte Weichteilschwellung und umschriebenen Osteopenie an der Mittelphalanx (blauer Pfeil) als Zeichen einer Umgebungsreaktion.

Wann ist es «nur» ein Handekzem?

Das Handekzem ist weitverbreitet und oft multifaktoriell; es kann durch endogene (Atopie) und exogene (irritative/allergische) Faktoren begünstigt werden [184]. Klinisch zeigen sich vesikuläre, erosive, hyperkeratotische und/oder schuppende Hautläsionen. Die Therapie soll topisch (Kortikosteroide, Immunmodulatoren) gestartet und immer mit rückfettender, pflegender Creme kombiniert werden. Falls Eskalation nötig: Rücksprache (topisch hochpotente Steroide plus Phototherapie oder Immunsuppressiva) [184, 185]. Prävention via Allergenvermeidung (z.B. Chrom in Zement, Nickel in Schmuck), Berufsberatung für Atopiker, Gebrauch von Feuchtigkeitscremes und Handschuhen [186].

Therapie

Die meisten Handinfektionen können initial mit Schonen und Hochlagern wirksam behandelt werden: Reduktion von Schmerzen und Schwellung [139], ergänzt durch eine Schiene zur Ruhigstellung, Antibiotika (nur bei klarer Indikation) und/oder operative Intervention (Abb. 5) [129]. Für den Behandlungserfolg ist eine frühe [187] und korrekte Therapie entscheidend [10].

Wie immobilisiere ich Hand und Finger?

So wenig wie möglich und nur so viel wie nötig. Bei Fingerinfekt ist eine Fingerschiene ausreichend. Bei Beugesehneninfektionen, Infekten im Bereich MCP-Gelenk und proximal davon erfolgt die Ruhigstellung in Funktionsposition (Intrinsic-Plus) (Abb. 6): DIP 0° Flexion, PIP 0° Flexion, MCP 60°–80° Flexion, Handgelenk 25° Extension) Bei falscher oder überflüssiger Ruhigstellung können Kontrakturen entstehen [6].

Welche lokalen Massnahmen sind hilfreich?

Sanfte (ohne Druck), aber grosszügige Spülung von offenen Wunden mit NaCl 0,9% oder Ringerlaktat (keine Desinfektionsmittel und kein Octenisept® oder Prontosan®, dies kann zu weiterer Gewebeschädigung führen), Entfernung von Fremdkörpern und Desinfektion. Warme feuchte Umschläge können den Heilungsprozess unterstützen und z.B. bei Parony-

Published under the copyright license "Attribution – Non-Commercial – NoDerivatives 4.0". No commercial reuse without permission. See: http://emh.ch/en/services/permissions.html

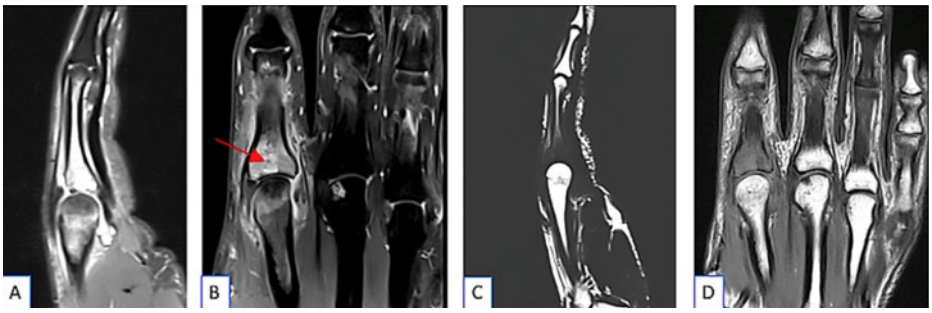


Abbildung 4: Osteomyelitis im MRI.
A und **B**: Hyperintenses Knochenmarksignal in einer flüssigkeitssensitiven Sequenz (STIR/TIRM) als Zeichen eines Knochenmarködems (Bild links), C und D: Hypointenses Knochenmarksignal in der T1-Wichtung als Zeichen einer Verdrängung des fetthaltigen Knochenmarks (Bild rechts). Die beiden Befunde in Kombination weisen auf eine Osteomyelitis hin.

chie Schmerzen lindern [6]. Bei Paronychie oder Panaritium Baden in Wundspüllösung (z.B. Prontosan®).

Wann braucht es Inzision und Drainage?

Insbesondere bei gut abgrenzbaren Infekten (Abszess) und bei Beugesehnenscheideninfektion, nicht aber bei frühen, milden oder diffusen Infekten ohne Abszess (z.B. Zellulitis) [188] – ausser bei fehlender Besserung innert 12 bis 24 Stunden [6]. Die ultraschallgesteuerte Abszesspunktion ist der konventionellen Inzision und Drainage nicht überlegen [189].

Wann soll ich Antibiotika verordnen, und welche?

Siehe Kasten 1. Antibiotika sind empfohlen [192] bei Zellulitis/Phlegmone und zusätzlich zur Inzision und Drainage bei schwer kranken oder sehr alten oder geschwächten Patientinnen und Patienten, bei ausgedehnter Erkrankung (z.B. mehrere Infektherde), bei klinischer Verschlechterung, Fieber, Immunsuppression, bei inkomplett/schwierig zu drainierendem Abszess oder fehlender Besserung nach Inzision/Drainage. Im Zweifelsfall erfolgt die Antibiotikatherapie zu Beginn intravenös [137], z.B. im Rahmen einer Kurzhospitalisation.

Antibiotikatherapie bei Bissen?

Siehe Kasten 1.

Braucht es bei einem kleinen Abszess (<5 cm [193]) nach Inzision und Drainage wirklich Antibiotika?

Nein – grossangelegte Untersuchungen zeigen, dass die Gabe von oralen Antibiotika nach Inzision und Drainage von unkomplizierten Abszessen weder die frühe Heilungsrate (7–10 Tage) verbessert noch die Rezidivrate nach 30–90 Tagen senkt [193–197], auch nicht bei

Tabelle 5: Worst Case: Nekrotisierende Fasziitis – selten, aber teils tödlich.

Klinik	• «Höllischer Schmerz», korreliert nicht mit klinischem Befund • Harte Zeichen [20, 148, 149]: hämodynamische Instabilität [150], teilweise Hautnekrose und Krepitus • Haut teils ausgespart – erschwert Diagnose, eventuell Bullae (DD Streptokokken-Zellulitis) Präoperativer Befund mit ausgeprägter Schwellung/Rötung und Nekrose über der mittleren Phalanx. Intraoperativ: distal bereits thrombosierte Gefässe/ Nekrose
Prädiktoren	• Natrium <135, Leukozytose >15 400 [151, 152] • Risikofaktoren: Diabetes, Adipositas, pAVK, Chronische Niereninsuffizienz, Alkohol, Operationen, Trauma/Hautverletzung
Diagnostik	• Klinisches Erscheinungsbild • LRINEC-Score: Laborchemischer Score (CRP, Leukozyten, Hämoglobin, Natrium, Kreatinin, Glucose) [59] hat hohen prädiktiven Wert – im Zweifel immer operative Therapie • Bildgebung: Lufteinschlüsse • Beweisend: Faszienbiopsie, daher im Zweifel notfallmässig in den OP
Erreger	• Streptokokken Gruppe A [46], Immunsuppression/Diabetes: polymikrobiell [34]
Therapie	• Sofortige notfallmässige Operation! (Mortalität steigt in den ersten 24 h um Faktor 9) • Ausgiebiges Débridement, regelmässige 2nd, 3rd Looks alle 24–48 h [34], Infektiologisches Konsil • Empirische Antibiotika: 1. Wahl: Amoxicillin-Clavulanat, 3 × 2,2 g i.v. PLUS Clindamycin 3 × 900 mg i.v.; 2. Wahl: Bei milder Penicillinallergie: Ceftriaxon, 1 × 2 g i.v. PLUS Clindamycin, 3 × 900 mg i.v. • Bei Reiseanamnese: zusätzlich MRSA abdecken • Vibrio-Verdacht (rasch voranschreitend, nach Salzwasser-Exposition, hämorrhagische Hautläsion/Sepsis): Minocyclin PLUS Fluoroquinolon oder 3. Generation Cephalosporin [66]
Intraoperativ	• Spülwasser-ähnliche Flüssigkeitsstrassen entlang der Faszie (Dishwater-Phänomen) bestätigen die Diagnose.
Prognose	• Auch bei adäquater Therapie Amputationsraten und Mortalität bis zu je 25% [152–155] • Einzige Möglichkeit zur Verbesserung dieser Raten: frühzeitige und aggressive Therapie [156]
Epidemiologie	• Häufigkeit: 0,4–0,53/100 000 pro Jahr [155, 157], Inzidenz steigend [158]

Published under the copyright license "Attribution – Non-Commercial – NoDerivatives 4.0". No commercial reuse without permission. See: http://emh.ch/en/services/permissions.html

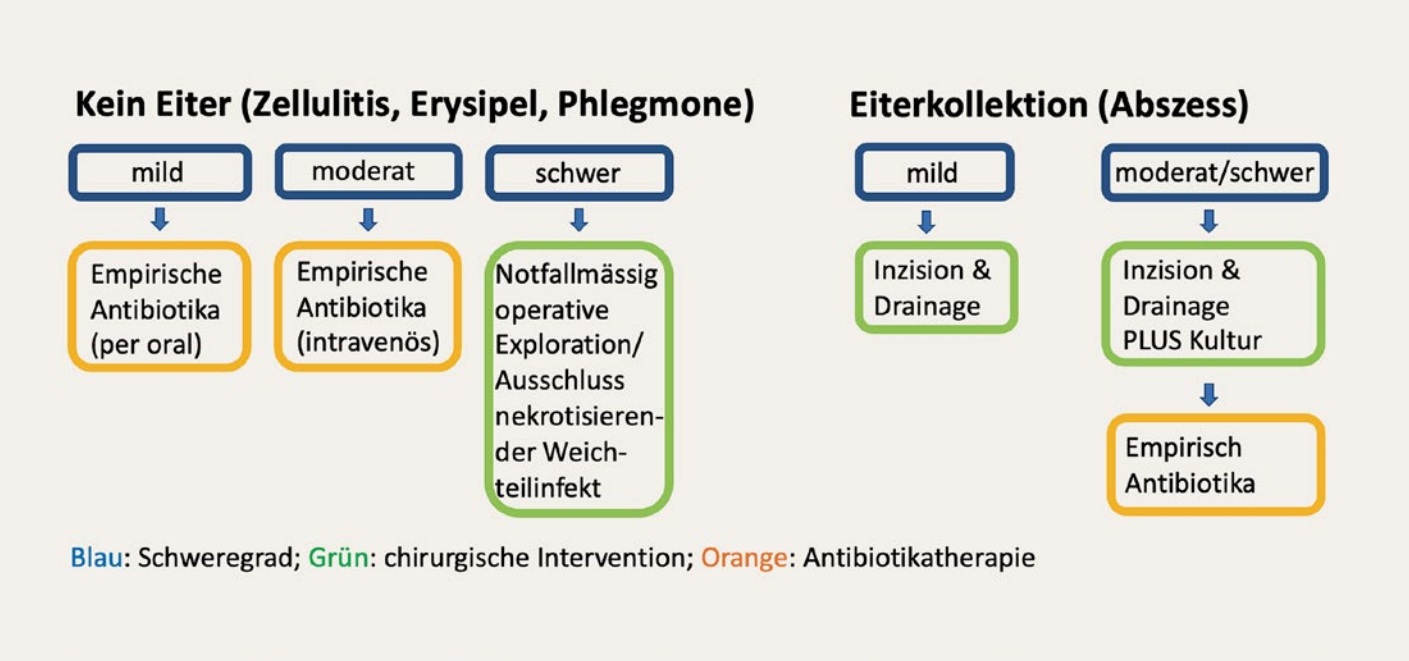


Abbildung 5: Management von Handinfekten [22].

Abbildung 6: Funktionsposition.
Funktionsposition Handgelenk in 25° Extension, MCP-Gelenke in 60°–80° Flexion, PIP-Gelenke in 0° Flexion, DIP Gelenke in 0° Flexion

Kindern [198, 199]. Zwei neuere Studien zeigen zwar einen Vorteil der Antibiotikatherapie, aber der Nutzen war eher klein, die Therapiedauer (10 Tage Clindamycin oder Cotrimoxazol) eher lang, und schwere Verläufe traten auch ohne Antibiotika nicht auf [191, 200]. Daher: Antibiotika nur bei Fieber, schlechtem Allgemeinzustand oder Zellulitis um den Abszess.

Wann lasse ich die Wunde nach Abszess-Entlastung offen?
Bei Zweifel an vollständiger Entleerung, bei chronischen Hautläsionen (infizierte Talgzysten) oder bei unkontrolliertem systemischem Infekt (Lymphknotenschwellung) [28, 33]. Wunden >2 cm, insbesondere in kosmetisch relevanten Regionen, sollen (über Drainagen) direkt verschlossen werden (kürzere Heilungsdauer, besseres Resultat, Rezidive nicht häufiger) [38].

Wann soll ich Blutkulturen abnehmen?
Bei Fieber oder Zeichen einer Sepsis.

Prophylaktische Antibiotikatherapie vor Abszess-Spaltung?
Eine systemische Bakteriämie nach Abszess-Entlastung ist selten [201]. Die Antibiotikaprophylaxe wird nur bei Herzklappenvitien empfohlen (also wenn auch bei Zahnintervention eine Antibiotikaprophylaxe indiziert ist) [202].

Zugsalbe – hilfreich?
Ein kontroverses Thema. Bei lokaler Applikation von Zugsalbe könnte ein Furunkel schneller aufplatzen und sich so entleeren [203]. Zugsalben enthalten Ammoniumbituminosulfonat. In der Schweiz wird überwiegend Leucen® (zugelassen für Abszesse, Furunkel, Paronychie oder bei Spriessen) oder Ichtholan® verwendet. Kontraindikation sind offene Wunden/Haut (ätherische Öle reizen das Gewebe und brennen). Zudem führen Zugsalben oft zu Hautverfärbungen, sodass die Beurteilung der Rötung erschwert sein kann.

Kasten 1: Antibiotika bei Handinfekten.

Die Antibiotikatherapie ist meist empirisch, also ohne dass der verursachende Erreger bekannt ist.

- Antibiotikum der Wahl: meist Amoxicillin-Clavulanat (3 × 1 g p.o. für 5–7 Tage).
- Bei milder Pencillinallergie (kein Nesselfieber, keine Schwellung der Schleimhäute): Cefuroxim 3 × 1,5 g i.v. (5–7 Tage).
- bei schwerer Betalaktamallergie: Clindamycin 3 × 300–450 mg p.o. (5–7 Tage). Achtung, Clindamycin hat ein enges Spektrum (bei Bissverletzungen nicht ausreichend, siehe unten).
- Intravenös: Amoxicillin-Clavulanat 3 × 1,2g oder Cefazolin 3 × 2g i.v. (Achtung: enges Spektrum).

Antibiotika bei Bissen
Wahl ist ebenfalls Amoxicillin-Clavulanat (3 × 1 g p.o., für 3–7 Tage planen; Dauer je nach Verlauf), auch präemptiv (d.h. ohne apparenten Infekt, z.B. nach Katzenbiss).

- Tierbiss: *Pasteurella* ist mit Clindamycin oder Cefazolin allein nicht oder ungenügend abgedeckt! Daher bei milder Penicillinallergie: Cefuroxim 2 × 500 mg p.o. PLUS Clindamycin: 3 × 450 mg p.o.
- Bei schwerer Penicillinallergie: Ciprofloxacin 2 × 500 mg p.o. PLUS Clindamycin 3 × 450 mg p.o. alternativ: Doxycyclin: 2 × 100 mg p.o., Moxifloxacin: 1 × 400 mg p.o.

Published under the copyright license "Attribution – Non-Commercial – NoDerivatives 4.0". No commercial reuse without permission. See: http://emh.ch/en/services/permissions.html

Was mache ich bei klinischer Verschlechterung oder fehlendem Ansprechen nach Antibiotika-Start?
Eine initiale Verschlechterung ist erst mal nichts Ungewöhnliches – auch dem besten Antibiotikum müssen wir 48–72 h Zeit geben, bis es wirkt und sich eine deutliche Besserung zeigt [18]. Aber: Antibiotikadosis überprüfen (Amoxicillin + Clavulansäure 3 × 625 mg scheint uns zu tief dosiert – wir bevorzugen 3 × 1 g). Im Zweifelsfall Patientin oder Patienten reevaluieren oder zuweisen. Wir empfehlen keine tentativen Steroidtherapien.

Sind topische Antibiotika sinnvoll?
Ein schwieriges Thema [204, 205]. Eine lokale Therapie mit Fusidinsäure (z.B. Fucidin®/Fucicort® Creme/Salbe) kann bei milden, oberflächlichen Infekten wirksam sein [205, 206], denn sie erreicht hohe lokale Konzentrationen und ist eng im Spektrum (v.a. grampositive Keime wie Staphylo- und Streptokokken). Fusidinsäure penetriert zwar kaum intakte Haut, Hautentzündungen erlauben aber die Penetration durch die Hornschicht hindurch (z.B. bei Paronychie, Follikulitis, Furunkel) [207]. Allergien und Kreuzallergien mit anderen antibakteriellen Wirkstoffen sind selten. Aber auch topische Antibiotika fördern die Resistenzentwicklung z.B. bei *S. aureus* [208–211].

Was beinhaltet eine gute Nachsorge?
Engmaschige Kontrollen (ev. täglich) und Instruktion zum Selbsttraining. Essenziell sind rasche Schienen-Entwöhnung und Ergotherapie zur Verhinderung von Steifigkeit und Kontrakturen [9]. Aber auch bei optimaler Therapie können Kontrakturen vorkommen [55] – eventuell nach Abklingen des Infekts eine Tenolyse (je nach Infektlokalisation: Tenoarthrolyse) erwägen (frühestens nach 6 Monaten respektive wenn das passive und aktive Bewegungsausmass deutlich divergieren, d.h. >10–20° pro Gelenk) [3].

Wann braucht es eine Tetanus-Auffrischung?
Siehe Tabelle 4.

Korrespondenz
Prof. Philip Tarr
Medizinische Universitätsklinik
Kantonsspital Baselland
CH-4101 Bruderholz
philip.tarr[at]unibas.ch

Published under the copyright license “Attribution – Non-Commercial – NoDerivatives 4.0”. No commercial reuse without permission. See: http://emh.ch/en/services/permissions.html

Wenn die Schilddrüse auf Hochtouren läuft

Diagnose und Therapie der Hyperthyreose beim Erwachsenen

Schilddrüsenüberfunktionen sind mit einer Prävalenz von 0,75% und einer jährlichen Inzidenz von 51/100 000 in Europa [1] verbreitet, treten 5× häufiger bei Frauen auf und nehmen mit dem Alter zu. Sie stellen bei unterschiedlicher Ätiologie und Bandbreite der Präsentation ein vielfältiges Krankheitsbild dar. Die Klärung der zugrunde liegenden Pathologie ist wichtig, da diese – nebst individuellen Patientenfaktoren wie Symptomausprägung, Alter, Komorbiditäten und Präferenzen – das Therapiekonzept wesentlich bestimmt.

Raphael Rothenberger[a], Bernard Chappuis[b]
[a] Universitätsklinik für Kardiologie, Universitätsspital Bern, Bern; [b] Abteilung Diabetologie/Endokrinologie, Klinik Innere Medizin, Spital Emmental, Burgdorf

Sämtliche Personenbezeichnungen gelten gleichermassen für alle Geschlechter.

Fallvignette

Eine 74-jährige Patientin stellt sich vor mit Fatigue und einem Gewichtsverlust von 4 kg in 6 Monaten. Bei bekannter Osteoporose, rezidivierenden Stürzen und paroxysmalem Vorhofflimmern nimmt sie Rivaroxaban, Kalzium, Vitamin-D und Alendronsäure ein. Klinisch findet sich eine normotensive, normokarde Patientin. Das Labor zeigt ein TSH von 0,1 mU/L, fT4 und fT3 sind normal.

Klinik der Hyperthyreose

Die klinische Präsentation reicht von asymptomatisch bis zur thyreotoxischen Krise. Im Vordergrund stehen adrenerge Symptome sowie kalorigene, metabolische und kardiovaskuläre Effekte der Schilddrüsenhormone (cf. Tab. 1). Die Symptomausprägung korreliert nicht zwingend mit dem Ausmass der Hormonstörung. Gerade bei älteren Patienten kann ein Vorhofflimmern monosymptomatisch auf eine Hyperthyreose hinweisen. Manche Patienten präsentieren sich einzig mit Fatigue und Gewichtsverlust. Auf extrathyreoidale Zeichen (endokrine Orbitopathie, Vitiligo u.a.) ist zu achten, da diese ätiologische Hinweise geben können.

Ätiologie

Hyperthyreose bezeichnet eine übermässige De-novo-Hormonsynthese durch die Schilddrüse. Thyreotoxikose beschreibt allgemein die durch Schilddrüsenhormonexzess hervorgerufene Stoffwechselstörung. Hierzu zählen auch Krankheiten ohne vermehrte endogene Hormonproduktion wie Thyreoiditiden, bei welchen es durch Destruktion von Schilddrüsengewebe zur Freisetzung von Hormonen kommt, oder die inadäquate exogene Zufuhr von Schilddrüsenhormonen (Thyreotoxicosis factitia). Eine Störung auf Ebene der Schilddrüse, primäre Hyperthyreose, umfasst den M. Basedow und die funktionelle Autonomie.

Tabelle 1: Auswahl Symptome und klinische Zeichen der Hyperthyreose.

Organbeteiligung	Symptomatik
Augen	Endokrine Orbitopathie*: Vermehrte Lakrimation, Fremdkörpergefühl, Photophobie, reduziertes Farbsehen, Diplopie Exophthalmus/Proptosis, periorbitale Schwellung, insuffizienter Lidschluss, Konjunktivitis, Keratitis, Ophthalmoplegie
Kardiovaskuläres System	Sinustachykardie*, Vorhofflimmern, Herzinsuffizienz, Mitralklappenprolaps, systolische Hypertonie, Dyspnoe, pulmonale Hypertonie
Schilddrüse	Dysphagie, Druckgefühl, Schmerzen, Struma diffusa* oder nodosa
Neuromuskuläres System	Leistungsintoleranz, Fatigue, Stimmungsschwankungen (vor allem jüngere Patienten), Nervosität, Insomnie, feinschlägiger Fingertremor, Hyperreflexie, proximal betonte Muskelschwäche (vor allem ältere Patienten), Myalgien, Reduktion der Muskelmasse
Integument	Vermehrtes Schwitzen, Hitzeintoleranz, feuchtwarme Haut, Pruritus, Urtikaria, Onycholyse, Hyperpigmentation (Gesicht und Nacken), diffuse Alopezie (bis zu 40% der Patienten). Thyreoide Dermatopathie* (meist bei bestehender Orbitopathie): Prätibiales Myxödem (durch subkutane Fibroblastenproliferation) mit peau d'orange über den lateralen Malleoli (<5% der Patienten)
Gastrointestinaltrakt	Erhöhte Stuhlfrequenz, Diarrhoe, Steatorrhoe, Appetitsteigerung mit Gewichtsverlust (allerdings paradoxe Gewichtszunahme in 5–10% der Patienten)
Knochen und Gelenke	Osteomalazie, Osteoporose Thyreoide Akropachie* (subperiostale Auftreibung und Weichteilschwellung) der Finger- und Zehenendglieder (0,3% der Patienten)
Endokrine Organe	Oligo-/Amenorrhoe, reduzierte Fertilität, Libidostörung, Gynäkomastie (jüngere Männer)

* typisch für Morbus Basedow (Struma, Exopthalmus und Tachykardie = Merseburger Trias)

Published under the copyright license "Attribution – Non-Commercial – NoDerivatives 4.0". No commercial reuse without permission. See: http://emh.ch/en/services/permissions.html

Sekundäre Hyperthyreosen wie bei einem TSH-produzierenden Hypophysenadenom oder einer paraneoplastischen TSH-Produktion sind selten. Im Folgenden wird auf die häufigsten Ursachen primärer Schilddrüsenstörungen eingegangen (cf. Tab. 2).

Morbus Basedow

Die nach dem Erstbeschreiber Carl von Basedow benannte Krankheit (englisch Graves' Disease) ist mit 60% die häufigste primäre Hyperthyreose. Es handelt sich um eine Autoimmunthyreopathie, bei der TSH-Rezeptor-stimulierende Antikörper die Hormonsynthese triggern. Sie tritt meist zwischen dem 20. und 50. Lebensjahr auf, betrifft häufiger Frauen und ist assoziiert mit Autoimmunerkrankungen wie Typ-1-Diabetes, Zöliakie, perniziöser Anämie und Vitiligo. Nebst genetischer Prädisposition gibt es Auslösefaktoren wie hohe Jodzufuhr, Infektionen, Stress, einen postpartalen Zustand und Medikamente wie Lithium, Interferon-α und Alemtuzumab.

Nebst klassischen Hyperthyreose-Symptomen finden sich bei M. Basedow pathognomonische extrathyroidale Manifestationen. Die endokrine Orbitopathie (cf. Abb. 1) ist am häufigsten und kann der Erkrankung im euthyreoten Zustand vorausgehen oder ihr nachfolgen. Sie tritt in 25–40% der Fälle mit meist milder, in 5% mit mittelschwerer bis schwerer Ausprägung auf. Ursache ist eine Zytokin-getriggerte Stimulation orbitaler Fibroblasten, welche zu Exophthalmus und in schweren Fällen zu Diplopie und Optikusneuropathie führt. Risikofaktoren sind Tabakkonsum, schlecht kontrollierte Schilddrüsenfunktion und Radiojodtherapie. Weitere extrathyreoidale Zeichen sind prätibiales Myxödem und Akropachie.

Selten tritt bei M. Basedow simultan eine fokale Schilddrüsenautonomie auf, Marine-Lenhart-Syndrom genannt. M. Basedow ist die häufigste Ursache für eine thyreotoxische Krise, deren Klinik von Tachyarrhythmie bis zum komatösen Zustand reicht und vom Schweregrad mittels Burch-Wartofsky-Score eingeschätzt wird.

Funktionelle Autonomie

Die uni- oder multifokale Autonomie von Schilddrüsenknoten (toxischer solitärer Knoten, toxische mehrknotige Struma) ist mit 30% die zweithäufigste Ursache der Hyperthyreose und häufig bei älteren Personen, vor allem bei Jodunterversorgung. Autonome Knoten resultieren aus einer fokalen und/oder disseminierten Hyperplasie von Thyreozyten, die sich der hypothalamisch/hypophysären Steuerung entziehen. Entsprechend findet sich in vielen dieser Knoten eine TSH-Rezeptor-Mutation. Das Risiko einer Knotenautonomie wird durch Jodexzess wie jodhaltiges Kontrastmittel oder Amiodaron erhöht. Oft sind die Patienten oligosymptomatisch.

Abbildung 1: Endokrine Ophthalmopathie.

Thyreoiditiden [2]

Thyreoiditien sind entzündliche Zustände der Schilddrüse mit meist transient thyreotoxischer Phase gefolgt von einer passageren hypothyreoten. Letztere dauert – abhängig von der Ätiologie – Wochen bis Monate. Sie werden unterteilt in schmerzhafte und schmerzlose Thyreoiditien. Erstere umfassen inflammatorische, infektiöse und strahlungsinduzierte Formen. Die inflammatorische, subakute Thyreoiditis de Quervain ist am häufigsten, tritt mehrheitlich bei Frauen im jüngeren bis mittleren Alter auf und nach durchgemachter viraler Atemwegsinfektion. Typisch sind Druckdolenz im Schilddrüsenbereich bei oft vergrösserter Schilddrüse, Fieber und Abgeschlagenheit. Nach initialer Hyperthyreose kommt es in rund 20–30% zu einer mehrwöchigen hypothyreoten Phase mit meist Restitutio ad integrum.

Zu den schmerzlosen Formen der Thyreoiditiden zählen Hashimoto- und Riedel-Thyreoiditis im Initialstadium, postpartale und medikamenteninduzierte. Die postpartale Thyreoiditis tritt bis zu 1 Jahr postpartal bei 5% aller Mütter auf, 20% entwickeln eine permanente Hypothyreose. Medikamente wie Lithium, IL-2, IFN-α und Checkpoint-Inhibitoren wie CTLA-4 (Risiko 5–10%) und PD-1-Inhibitoren (Risiko 10–20%) können eine Thyreoiditis verursachen [3]. Am bekanntesten ist die Amiodaron-induzierte Thyreotoxikose (AIT), die in 3–5% der Behandelten bis 3 Jahre nach Therapiebeginn auftreten kann. Während die Typ-1-AIT eine jodinduzierte Hyperthyreose bei präexistierender Krankheit wie Schilddrüsenknoten beschreibt, ist die Typ-2-AIT eine durch Amiodaron hervorgerufene Thyreoiditis mit Gewebedestruktion.

Diagnostik [4]

Diagnosestellung der Hyperthyreose

Ein generelles Screening auf Schilddrüsenfunktionsstörung ist nicht empfohlen. Bei Verdacht auf Hyperthyreose aufgrund von Anamnese, Klinik oder Befunden wie Vorhofflimmern oder Osteoporose empfiehlt sich die Bestimmung des Serum-TSH. Ein erniedrigtes

Tabelle 2: Ursachen der Hyperthyreose.

Ätiologie	Formen
Autoimmunthyreopathie	Morbus Basedow
Autonomes Schilddrüsengewebe	Unifokale/multifokale Knotenautonomie Disseminierte Autonomie
Thyreoiditis	Hashimoto-Thyreoiditis (Initialphase) Subakute granulomatöse Thyroiditis de Quervain Postpartale Thyreoiditis Strahlenthyreoiditis (Initialphase nach Radiojodtherapie) Infektiös (hämatogen oder lymphatische Streuung, Fistel, Trauma) Amiodaron-induzierte Thyreotoxikose Typ 2 Andere Medikamente: Lithium, Interferon, Checkpoint-Inhibitoren Riedel-Thyreoiditis im Initialstadium
Jodexzess (bei bereits vorbestehender Pathologie wie Schilddrüsenknoten)	Jodhaltiges Kontrastmittel Amiodaron-induzierte Thyreotoxikose Typ 1
Vermehrte TSH-Aktivität	Hypophysär (TSH-produzierendes Adenom oder TSHoma) Paraneoplastisch
HCG-vermittelt (direkter thyreotroper Effekt)	Schwangerschafts-Hyperthyreose Trophoblasten-Erkrankung
Exogene Hormonproduktion	Autonome Areale bei metastasierendem follikulären Schilddrüsenkarzinom Struma ovarii
Exogene Hormonzufuhr	Überdosierung bei Hypothyreose-Substitution TSH-Suppressionstherapie bei Schilddrüsenkarzinom Thyreotoxicosis factitia

Published under the copyright license "Attribution – Non-Commercial – NoDerivatives 4.0". No commercial reuse without permission. See: http://emh.ch/en/services/permissions.html

(0,1–0,4 mU/l) oder supprimiertes (<0,1 mU/l) TSH weist auf eine primäre Hyperthyreose hin. Nur bei der sehr seltenen sekundären Hyperthyreose ist das TSH normal bis leicht erhöht. Der nächste Schritt ist die Messung von freiem Thyroxin (fT4) und Triiodthyronin (fT3). Bei normalen freien Schilddrüsenwerten liegt eine subklinische, bei erhöhten eine manifeste Hyperthyreose vor. Bei letzterer ist fT4 meist erhöht. T3 kann vor allem im Frühstadium bei M. Basedow und toxischem Adenom bevorzugt sezerniert werden (fT3/fT4-Ratio >0,3). Bei einer Thyreoiditis sind fT4 und fT3 eher proportional erhöht.

Subklinische Hyperthyreose

Die subklinische primäre Hyperthyreose definiert sich rein biochemisch durch ein erniedrigtes TSH bei normalem fT4 und fT3. Typisch sind leicht ausgeprägte oder gar keine Symptome. Gegenüber euthyreoten Personen besteht ein erhöhtes Risiko für Vorhofflimmern, koronare Kardiopathie sowie möglicherweise Osteoporose und Demenz. Die relative Gesamtmortalität ist erhöht. Schwierig kann die Abgrenzung zu nicht-schilddrüsenspezifischen Ursachen eines isoliert erniedrigten TSH sein.

Vor weiteren Abklärungen wird eine Verlaufskontrolle des TSH nach 2–4 Monaten, bei Risikopatienten eine Messung des TSH inklusive fT4 nach 2–6 Wochen empfohlen, da sich dieses in 30–50% wieder normalisiert. Ist das TSH erneut pathologisch, sollte eine Messung der freien Hormone erfolgen. Sofern das initiale TSH unter 0,1 mU/l liegt, ist das Progressionsrisiko zur manifesten Hyperthyreose erhöht (0,5–8%/Jahr).

Klärung der Ätiologie

Die Klärung der Ätiologie beeinflusst wesentlich das therapeutische Konzept [5]. Es wird ein schrittweises Vorgehen empfohlen (cf. Abb. 2).

In der erweiterten Laboranalytik werden **Autoantikörper** sowie ggf. weitere Parameter wie Entzündungswerte bestimmt. Erhöhte TSH-Rezeptor-Antikörper (TRAK) bestätigen die Diagnose eines M. Basedow in >95% der Fälle. In bis zu 70% sind auch die Thyreoperoxidase-Antikörper (TPO-AK) erhöht. Bei milden Formen eines M. Basedow können die TRAK auch negativ ausfallen (TRAK-negativer Basedow). Bei klinischem Verdacht auf eine de Quervain Thyreoiditis ist eine stark erhöhte Blutsenkungsgeschwindigkeit bei normalen Leukozyten typisch.

Im Falle negativer TRAK kann die **Schilddrüsen-Sonographie** mit Farb-Doppler weiterhelfen [6]. Für M. Basedow typisch ist eine diffus verstärkte Vaskularisierung des ganzen Parenchyms (cf. Abb. 3). Ein vermindert vaskularisiertes, fleckförmig hypoechogenes Parenchym weist auf eine Thyreoiditis hin. Bei Nachweis von Knoten ist eine uni- oder multifokale Autonomie wahrscheinlich, insbesondere wenn hypervaskularisiert.

Bei Schilddrüsenknoten und Hyperthyreose [7] identifiziert die **Schilddrüsenszintigraphie** eine uni- oder multifokale Autonomie (cf. Abb. 4). Diagnostisch wird die Szintigraphie mit 99mTc-Pertechnetat, vor geplanter Radiojodtherapie mit 123I durchgeführt. Die Szintigraphie als diagnostisches Mittel ist indiziert zur Differenzierung von heissen und kalten Knoten bei mehrknotiger Thyreoidea oder in unklaren Situationen. Die Aufnahme des

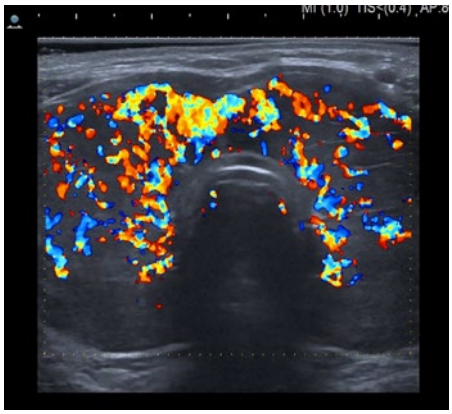


Abbildung 3: Diffuse Hypervaskularisation bei M. Basedow.

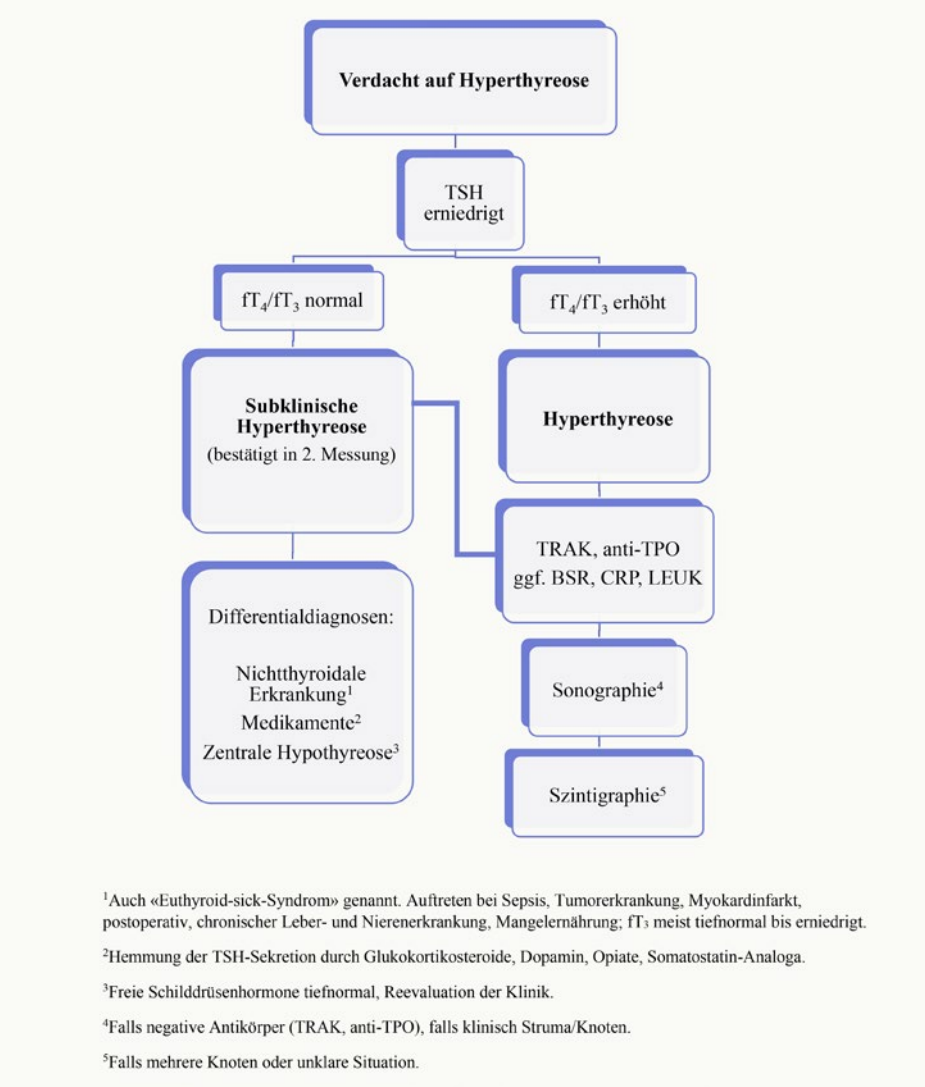


Abbildung 2: Algorithmus zur Abklärung einer primären Hyperthyreose.

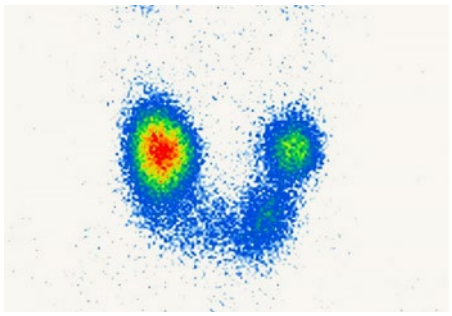


Abbildung 4: Szintigraphie einer multifokalen Knotenautonomie rechtsbetont.

Published under the copyright license "Attribution – Non-Commercial – NoDerivatives 4.0". No commercial reuse without permission. See: http://emh.ch/en/services/permissions.html

Radionuklids ist bei M. Basedow diffus und hoch, bei Knotenautonomie fokal und moderat mit relativer Suppression im normalen Gewebe und bei Thyreoiditiden erniedrigt bis fehlend. Szintigraphisch autonome Knoten bedürfen in der Regel keiner zytologischen Abklärung, da das Karzinomrisiko bei 1% liegt. Eine Szintigraphie ist bei Jodexposition beschränkt oder gar nicht aussagekräftig, Schwangerschaft und Stillzeit sind Kontraindikationen.

Therapie

Zur allgemeinen Therapie von kardialer Symptomatik, Nervosität, Schlafstörung und Tremor eignen sich Betablocker. In der Regel wird Propranolol (40–160 mg pro Tag) eingesetzt, welches nicht-selektiv β-Adrenorezeptoren hemmt, ZNS-gängig ist und die periphere Konversion von T4 zu T3 hemmt. Falls kontraindiziert oder bei isoliert kardialen Beschwerden bietet sich ein relativ β1-kardioselektiver Blocker an.

Morbus Basedow

Im europäischen Raum wird als Erstlinientherapie eine thyreostatische Behandlung mit Thionamiden bevorzugt. In den USA wird primär mit Radiojod behandelt. Abhängig von der Ausprägung der Hyperthyreose wird die Therapie meist hochdosiert begonnen (Carbimazol 15–45 mg/Tag oder Propylthiouracil 150–450 mg/Tag) und die Dosis bei Regredienz des fT4 schrittweise reduziert. Das TSH eignet sich in der ersten Phase nicht als Verlaufsparameter, da es längere Zeit supprimiert bleibt. Nach Normalisierung der Schilddrüsenwerte wird in einer Erhaltungsdosis (Carbimazol 5–10 mg/Tag oder Propylthiouracil 50–100 mg/Tag) für weitere 12 Monate behandelt, ein stabil euthyreoter Stoffwechsel vorausgesetzt. Nach einer Behandlungsdauer von rund 18 Monaten [8] kann ein Auslassversuch unternommen werden. Die Remissionsrate beträgt bis zu 50%. Das Risiko eines Hyperthyreose-Rezidivs ist bei grosser Struma, Nikotinkonsum und anhaltend hohen TRAK erhöht. In speziellen Situationen kann auch eine Block-and-replace-Therapie mit Gabe höher dosierter Thyreostatika und gleichzeitig Levothyroxin durchgeführt werden.

Nebenwirkungen der Thyreostatika sind überwiegend dosisabhängig, 90% treten während der ersten Wochen auf und umfassen kutane Beschwerden (Pruritus, Exanthem etc.), seltener cholestatische Hepatopathie und Agranulozytose. Entsprechende Laborkontrollen sind empfohlen. Thionamide haben mögliche teratogene Effekte, weshalb Frauen eine Antikonzeption nahzulegen ist. Bei Diagnose während der Schwangerschaft werden in Zusammenarbeit mit einem Endokrinologen Thyreostatika gezielt Trimenon-abhängig und tiefdosiert eingesetzt, im Verlauf der Schwangerschaft können diese meist ausgeschlichen werden.

Im Falle eines Hyperthyreose-Rezidivs nach medikamentöser Behandlung sind eine erneute thyreostatische Behandlung oder vorzugsweise ablative Verfahren (Radiojodtherapie, totale Thyreoidektomie) zu diskutieren.

Bei der Radiojodtherapie wird ^{131}I in die Schilddrüse inkorporiert, welches durch Betastrahlung zu lokaler Gewebeschädigung führt. Nach Applikation einer gängigen Zieldosis wird nach 6–18 Wochen in 80% eine Remission erreicht. Die meisten Patienten werden im Verlauf hypothyreot. Schwangerschaft und Stillzeit sind absolute Kontraindikationen, eine Konzeption ist bis 6 Monate nach Behandlung zu vermeiden. Eine moderate bis schwere endokrine Orbitopathie stellt eine relative Kontraindikation dar, da sie unter Radiojod exazerbieren kann.

Eine operative Ablation mit totaler Resektion der Schilddrüse [9] ist bei Kinderwunsch, ausgeprägterer endokriner Orbitopathie, grosser Struma und Knoten eine gute Therapieoption. Vor dem Eingriff ist ein möglichst euthyreoter Stoffwechsel anzustreben.

Funktionelle Autonomie

Kurativ wird mit Radiojod, Thermoablation oder operativ behandelt. Bei grossen Knoten, Kompressionszeichen oder Malignitätsverdacht ist eine Lobektomie oder Thyreoidektomie der Radiojodtherapie vorzuziehen. Unter Thyreostatika wird in der Regel keine Remission erreicht. Sie werden zur Normalisierung des Schilddrüsenstoffwechsels vor geplanter definitiver Therapie, bei ausgeprägten Symptomen, älteren Patienten und kardiovaskulären Vorerkrankungen eingesetzt oder als symptomatische Dauertherapie bei Multimorbidität, hohem Alter, oder falls weder Radiojod noch Operation möglich sind.

Thyreoiditiden

Eine thyreostatische Therapie ist aufgrund fehlender Hormonüberproduktion nicht zielführend. In der hyperthyreoten Phase wird symptomatisch mit Betablocker, in der hypothyreoten mit Levothyroxin behandelt. Bei Thyreoiditis de Quervain erfolgt eine Therapie mit NSAR und bei fehlendem Ansprechen mit Glukokortikosteroiden. Steroide sind auch indiziert bei einer Typ-2-AIT. Kommt es hierunter nicht zu einer Regredienz der freien Schilddrüsenhormone, ist eine Mischform AIT Typ 1/Typ 2 möglich und der zusätzliche Einsatz von Thyreostatika zu erwägen.

Vorgehen bei subklinischer Hyperthyreose

Bei einem TSH persistierend <0,1 mU/L wird bei über 65-Jährigen eine Therapie grundsätzlich empfohlen, bei jüngeren Patientinnen und Patienten auf individueller Basis [10] insbesondere bei Vorhofflimmern, postmenopausaler Osteoporose oder Hyperthyreosesymptomen. Der Vorteil einer Behandlung bei einem TSH zwischen 0,1 und unterem Referenzwert bezüglich Mortalität ist nicht sicher belegt. Das Risiko für Vorhofflimmern erhöht sich allerdings bereits ab einem TSH unter 0,5 mU/l, daher können insbesondere ältere Patientinnen und Patienten mit Kardiopathie und Tachyarrhythmie von einer Therapie profitieren.

Auflösung Fallvignette

Nach Bestätigung der subklinischen Hyperthyreose in einer Zweitmessung ist eine ätiologische Klärung sinnvoll, da aufgrund des erniedrigten TSH, des Alters der Patientin, der Komorbiditäten (Vorhofflimmern, Osteoporose) sowie der Klinik eine Behandlung indiziert ist. Abklärungen ergeben eine multifokale Knoten-Autonomie. Bei gegenüber Radiojod sowie Operation ablehnender Patientin wird eine Behandlung mit Carbimazol begonnen.

Zusammenfassung

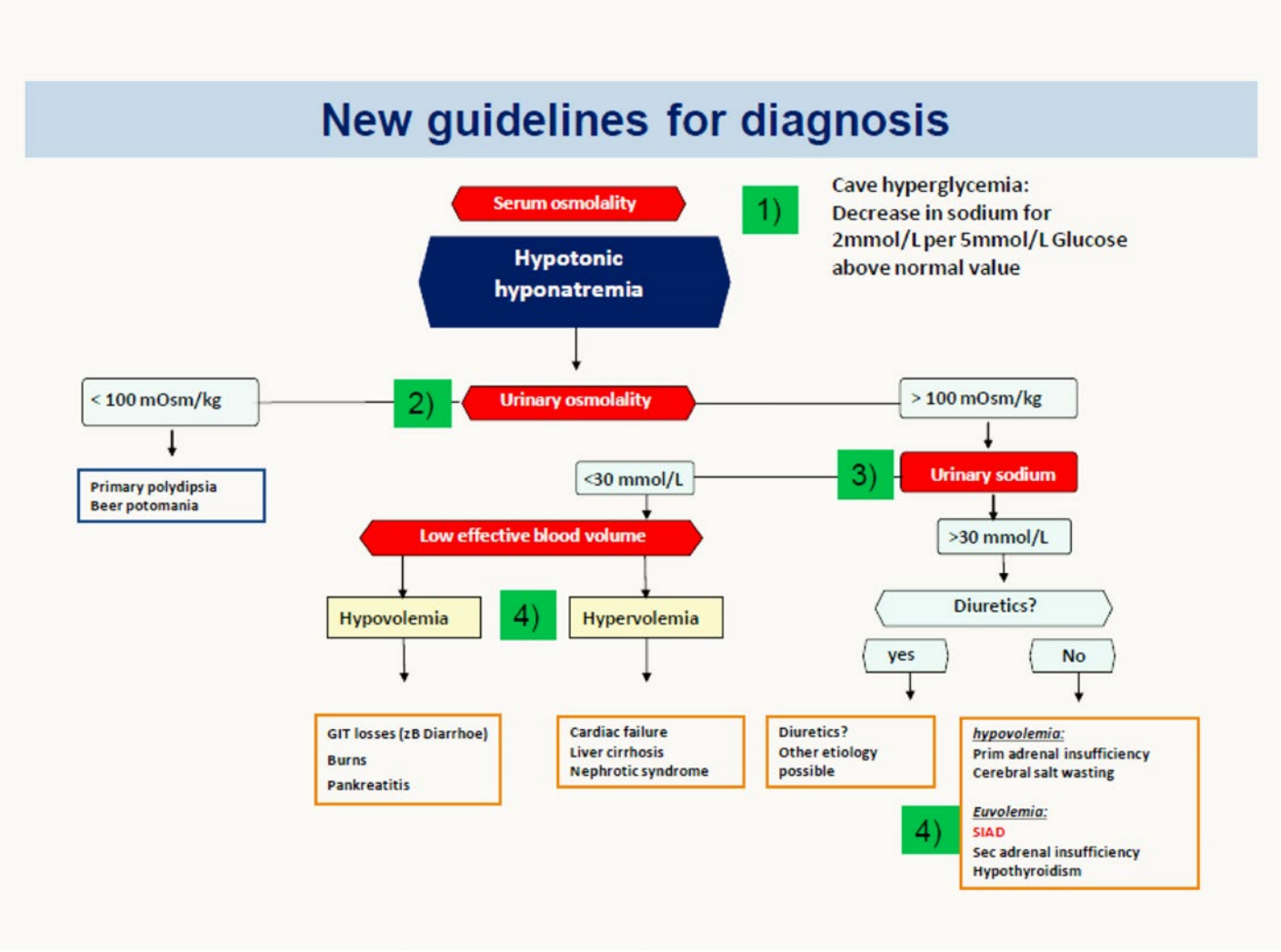
Primäre Hyperthyreosen sind häufig, sekundäre eine Rarität. Bei klinischem Verdacht auf eine Hyperthyreose wird ein schrittweises diagnostisches Vorgehen empfohlen. Bei erniedrigtem TSH folgt die Bestimmung von fT3 und fT4 zur Differenzierung zwischen manifest versus subklinisch. Die Klärung der Ursache, aber auch die Patientenpräferenz bestimmen die Therapie. Diese umfasst Thionamide, Radiojodtherapie sowie Chirurgie.

Korrespondenz
Dr. med. Bernard Chappuis
Regionalspital Emmental
Oberburgstrasse 54
CH-3400 Burgdorf
bernard.chappuis[at]spital-emmental.ch

Disclosure statement
Die Autoren haben deklariert, keine finanziellen oder persönlichen Verbindungen im Zusammenhang mit diesem Beitrag zu haben.

Literatur
Die vollständige Literaturliste finden Sie in der Online-Version des Artikels unter https://doi.org/10.4414/phc-d.2023.10654

Published under the copyright license "Attribution – Non-Commercial – NoDerivatives 4.0". No commercial reuse without permission. See: http://emh.ch/en/services/permissions.html



© Mirjam Christ-Crain

Abbildung 1: Diagnostisches Vorgehen bei Hyponatriämie.

Weiter- und Fortbildung aus der Sicht des Nachwuchses

How to: Abklärung und Therapie der Hyponatriämie

Die Hyponatriämie ist die häufigste Elektrolytstörung bei hospitalisierten Patientinnen und Patienten; ihre Behandlung eine Herausforderung [1]. Wie sie erkannt und adäquat behandelt werden kann, zeigte Frau Prof. Dr. Mirjam Christ-Crain, Endokrinologin am Universitätsspital Basel am letztjährigen SGAIM Frühjahrskongress in Lausanne. Ein kurzer Überblick.

Céline Désirée Fäh
Dipl. Ärztin

Published under the copyright license "Attribution – Non-Commercial – NoDerivatives 4.0". No commercial reuse without permission. See: http://emh.ch/en/services/permissions.html

Definition und Einteilung

Von einer Hyponatriämie spricht man definitionsgemäss ab einem Serumwert von <135 mmol/l. Dabei kann zwischen einer milden (125–135 mmol/l, 15–30% der Patientinnen und Patienten) und einer schweren (<125 mmol/l, 2–5% der Patientinnen und Patienten) unterschieden werden [1]. Ein wesentlich zu berücksichtigender Faktor ist die Zeit. Tritt eine Hyponatriämie akut binnen 48 h auf, ist mit schwerwiegenderen Symptomen zu rechnen als bei einer chronischen Form der Hyponatriämie, bei welcher der Körper, insbesondere das Gehirn, mehr Zeit hatte, auf die Entgleisung zu reagieren und allenfalls ein beginnendes Hirnödem zu verhindern. Kommt es zu einer mittelschweren Beeinträchtigung, ist mit Symptomen wie Übelkeit, Verwirrtheit und Kopfschmerzen zu rechnen. Eine schwere Entgleisung kann zu Erbrechen, Gangstörungen, Somnolenz, Krämpfen und kardiopulmonalen Komplikationen führen, die nicht selten im Exitus letalis enden [2].

Eine akute Hyponatriämie lässt sich relativ rasch erkennen, da sie zur typischen Symptomentrias Kopfschmerzen, Übelkeit und Erbrechen führt. Eine chronische Hyponatriämie bleibt oft lange Zeit unerkannt. Sie kann zum Beispiel zu neurokognitiven Einschränkungen führen (verlangsamte Reaktionszeit) [3] oder sich durch eine Osteopenie/Osteoporose [4] zeigen.

Fallbeispiel

Ein 49-jähriger Patient wird mit der Ambulanz auf den Notfall gebracht wegen rezidivierender Stürze im häuslichen Umfeld. Bekannt sind bei ihm ein chronischer C2-Abusus und eine Raucheranamnese von 100 PY. Auf dem Notfall wirkt er desorientiert, zeigt sich jedoch klinisch euvoläm. Es wird ein Labor angefordert, welches sich wie folgt präsentiert: Na 117 mmol/l (Norm: 135–145 mmol/l), Glukose: normwertig, Serumosmolarität: 237 mosm/kg (Norm: 281–297 mosm/kg), Urinosmolarität: 450 mosm/kg (Norm: 50–1200 mosm/kg), Urin-Na: 54 mmol/l, TSH 2 mU/l, Cortisol: 304 nmol/l. Zusammengefasst lässt sich eine eher hohe Urinosmolarität, ein hohes Urinnatrium und eine tiefe Serumosmolarität feststellen – klinisch spricht man dabei von einer hypotonen Hyponatriämie. Diese kann verschiedene Ursachen haben. Wichtige Differentialdiagnosen sind ein SIADH (Syndrom der inadäquaten Antidiurese / Schwartz-Bartter-Syndrom), eine Nebenniereninsuffizienz oder eine Hypothyreose.

Mit der Diagnose eines SIADH ist die Hyponatriämie jedoch nicht behoben. Nun gilt es zum einen, die mannigfaltigen Gründe des SIADH zu eruieren (Bsp.: Tumor, Medikamente, SHT, Stress etc.) und zum andern, die Patientin oder den Patienten entsprechend ihrer oder seiner Klinik adäquat zu behandeln. Bei obgenanntem Patienten wurde im CT ein Bronchus-Ca gefunden, welches paraneoplastisch ein SIADH induziert hatte.

Zusammenfassung Diagnostik

Für das diagnostische Vorgehen bei Hyponatriämie sind vier Parameter entscheidend, neben dem Ausschluss einer Hypothyreose und einer Nebenniereninsuffizienz:

1. die Serumosmolarität (hypotone versus hypertone Hyponatriämie, Letzteres v.a. bei Hyperglykämie);
2. die Urinosmolarität (<100 mosm/kg durch primäre Polydipsie);
3. das Urin-Natrium;
4. der Volumenstatus (hypovoläm, hypervoläm, euvoläm).

Zweites Fallbeispiel: Ein 25-jähriger Patient mit einem Krampfanfall während eines Marathons wird auf den Notfall gebracht. Er wirkt verwirrt und desorientiert. Sein Natrium beträgt 112 mmol/l. Wie würden Sie diesen Patienten therapieren?

Therapie

Therapieempfehlung gemäss den neuen Guidelines [5]:

- Bei dem Patienten im Fallbeispiel liegt eine akute schwere Symptomatik vor. Bei diesem Patienten ist eine sofortige Notfalltherapie indiziert. Gemäss Guidelines besteht diese aus einem Bolus von 100 ml hypertoner Kochsalzlösung (3% NaCl) über 10 Minuten. Diese Therapie hebt das Natrium um circa 2 mmol/l an und kann bei Persistenz der Symptome wiederholt werden. Meistens reicht ein Anstieg um 4–6 mmol/l aus, um die akute Symptomatik zu korrigieren.

Bei einer chronischen Hyponatriämie wegen eines SIADH sehen die Therapieoptionen folgendermassen aus: Erstlinientherapie ist die Flüssigkeitsrestriktion <800 ml/d (inkl. i.v. Medikation) [6]. Die Problematik dabei ist die schwierige Langzeit-Compliance der Patientinnen und Patienten. Zudem kann bei Patientinnen und Patienten mit Tumorerkrankungen oft keine Flüssigkeitsrestriktion gemacht werden. Deshalb sind oft Zweitlinienmedikamente indiziert:

- Vaptane (Vasopressin-Rezeptor-Antagonisten) können für eine euvoläme Hyponatriämie eingesetzt werden. Eine Überkorrektur damit ist relativ häufig, weshalb sie vorsichtig eingesetzt werden sollten [7].
- Harnstoff induziert eine osmotische Diurese und kann so als Therapie gegen die Hyponatriämie eingesetzt werden.
- SGLT2-Inhibitoren sind aktuell in der Diskussion zur Behandlung eines chronischen SIADH, sind jedoch für diese Indikation aktuell noch nicht zugelassen [8].

Wichtig ist es, die Limite der Korrektur einzuhalten: 4–8 mmol/24h, maximal 12 mmol/l/24h. Bei zu schnellem Anheben des Serumnatriums droht eine osmotische Demyelinisierung (RF: Hypokaliämie, sehr schwere Hyponatriämie <105, Alkoholismus, Malnutrition, Lebererkrankungen).

Korrespondenz
Céline Désirée Fäh
Riedweg 29
CH-3293 Dotzigen
celine.faeh[at]gmx.ch

Literatur

1 Ellison DH, Berl T. Clinical practice. The syndrome of inappropriate antidiuresis. N Engl J Med. 2007 May 17;356(20):2064–72.
2 Adrogué HJ, Madias NE. Hyponatremia. N Engl J Med. 2000 May 25;342(21):1581–9.
3 Refardt J, Kling B, Krausert K, Fassnacht M, von Felten S, Christ-Crain M, et al. Impact of chronic hyponatremia on neurocognitive and neuromuscular function. Eur J Clin Invest. 2018 Nov;48(11):e13022.
4 Verbalis JG, Barsony J, Sugimura Y, Tian Y, Adams DJ, Carter EA, et al. Hyponatremia-induced osteoporosis. J Bone Miner Res. 2010 Mar;25(3):554–63.
5 Spasovski G, Vanholder R, Allolio B, Annane D, Ball S, Bichet D, et al.; Hyponatraemia Guideline Development Group. Clinical practice guideline on diagnosis and treatment of hyponatraemia. Nephrol Dial Transplant. 2014 Apr;29 Suppl 2:i1–39.
6 Garrahy A, Galloway I, Hannon AM, Dineen R, O'Kelly P, Tormey WP, et al. Fluid Restriction Therapy for Chronic SIAD; Results of a Prospective Randomized Controlled Trial. J Clin Endocrinol Metab. 2020 Dec;105(12):e4360–9.
7 Schrier RW, Gross P, Gheorghiade M, Berl T, Verbalis JG, Czerwiec FS, et al.; SALT Investigators. Tolvaptan, a selective oral vasopressin V2-receptor antagonist, for hyponatremia. N Engl J Med. 2006 Nov;355(20):2099–112.
8 Refardt J, Imber C, Sailer CO, Jeanloz N, Potasso L, Kutz A, et al. A Randomized Trial of Empagliflozin to Increase Plasma Sodium Levels in Patients with the Syndrome of Inappropriate Antidiuresis. J Am Soc Nephrol. 2020 Mar;31(3):615–624.
9 Baek SH, Jo YH, Ahn S, Medina-Liabres K, Oh YK, Lee JB, et al. Risk of Overcorrection in Rapid Intermittent Bolus vs Slow Continuous Infusion Therapies of Hypertonic Saline for Patients With Symptomatic Hyponatremia: The SALSA Randomized Clinical Trial. JAMA Intern Med. 2021 Jan;181(1):81–92.

Published under the copyright license "Attribution – Non-Commercial – NoDerivatives 4.0". No commercial reuse without permission. See: http://emh.ch/en/services/permissions.html

Eine Herausforderung für das Gesundheitswesen und die Hausärztinnen und -ärzte

Prävention nichtübertragbarer Krankheiten

Thomas Mattig
Gesundheitsförderung Schweiz und Medizinische Fakultät der Universität Genf

Im europäischen Vergleich zählt die *Lebenserwartung bei Geburt* in der Schweiz zu den längsten. Jedoch liegt die Lebenserwartung in guter Gesundheit der Schweizerinnen und Schweizer *im Alter von 65 Jahren* mit rund 11 Jahren hinter derjenigen von Norwegen und Schweden (wo sie über 16 Jahre betrifft) sowie hinter derjenigen von Irland, Dänemark, Spanien, Deutschland und Frankreich [1].

Betrachtet man die *entgangenen gesunden Lebensjahre* (Disability Adjusted Life Years, DALYs) in der Schweiz, sind sie in erster Linie nichtübertragbaren Krankheiten (NCDs) zuzuschreiben: Krebserkrankungen machen 18% davon aus, Herz-Kreislauf-Erkrankungen 14%, Erkrankungen des Bewegungsapparats 12% und psychische Störungen 9% [2]. Man rechnet, dass in der Schweiz gut 2,3 Millionen Menschen an NCDs leiden [3].

Die Verlängerung der behinderungsfreien Lebenserwartung bleibt daher eine Herausforderung für die Gesundheitspolitik in der Schweiz. Im Schweizer Kontext erscheint es angemessen, prioritär auf die Hauptrisikofaktoren für chronische nichtübertragbare Krankheiten abzuzielen. So sieht es auch die nationale Strategie zur Prävention von nichtübertragbaren Krankheiten vor [4]: Globale und sektorale Strategien wurden definiert, viel Konkretes wurde unternommen und einiges schon erreicht, wie es aus dem kürzlich erschienenen Buch *Prävention von chronischen Krankheiten: Strategien und Beispiele aus der Schweiz* zu entnehmen ist [5].

Aber man könnte mehr erreichen. Dazu braucht es mehr Energie, mehr Begeisterung, mehr Beteiligung, mehr Interprofessionalität.

Die Weltgesundheitsorganisation (WHO) empfiehlt, vermehrt spezifische, als wirksam und kosteneffizient anerkannte Interventionen (Best-Buy-Interventionen) einzusetzen: Es geht um die Reduktion des Rauchens, einen niedrigeren Alkoholkonsum, verbesserte Essgewohnheiten und geringere tägliche Salzaufnahme sowie um die Förderung von körperlicher Aktivität [6].

Hier kurz zusammengefasst die wichtigsten Empfehlungen der Weltgesundheitsorganisation (WHO), was die kosteneffizienten «best buys» betrifft [6]:

- *Zur kostengünstigen Tabakprävention.* Die WHO empfiehlt unter anderem die Erhöhung der Steuern und der Preise für Tabakerzeugnisse, Gesundheitswarnungen auf allen Tabakverpackungen, umfassende Tabak- und Werbungverbote, Aktionen gegen Passivrauchen (am Arbeitsplatz, im öffentlichen Verkehr usw.) und Massenmedienkampagnen über die Schäden des Rauchens/Tabakkonsums.
- *Zur kostengünstigen Alkoholprävention.* Die WHO empfiehlt eine Erhöhung der Steuern auf alkoholische Getränke, umfassende Beschränkungen von Alkoholwerbung, Beschränkungen betreffend Verfügbarkeit von Alkohol (z.B. reduzierte Verkaufszeiten), Gesetze zu Alkohol am Steuer (z.B. Alkoholkonzentrationslimiten im Blut).
- *Zur kostengünstigen Förderung gesunder Ernährung.* Die WHO empfiehlt u.a. eine Reduktion des Salzkonsums (z.B. durch die Festlegung von Zielwerten für die Salzmengen in Lebensmitteln und Mahlzeiten), eine Reduktion des Zuckerkonsums (z.B. durch eine effektive Besteuerung von zuckergesüssten Getränken) und die Elimination von industriellen Transfetten (durch das Einsetzen von Rechtsvorschriften) sowie Massenmedienkampagnen zu gesünderen Essgewohnheiten (z.B. täglich 5 Portionen Gemüse und Früchte).
- *Zur Förderung der körperlichen Aktivität.* Die WHO empfiehlt öffentliche Aufklärungs- und Sensibilisierungskampagnen zur Förderung von körperlicher Aktivität, in Kombination mit anderen gemeinschaftsbasierten Aktivitäten (z.B. Bildungs-, Motivations- und Umweltprogrammen).

Wie man sieht, handelt es sich dabei im Wesentlichen um Interventionen struktureller Art, deren Einsatz in erster Linie in der Verantwortung von Gesundheitsbehörden und politischen Entscheidungsträgern liegt.

Jedoch empfiehlt die WHO als übergreifende Massnahme auch die Integration von kosteffizienten Interventionen in die primäre Gesundheitsversorgung.

Und hier kommen die Hausärztinnen und -ärzte zum Zuge. Ihr Engagement kann von entscheidender Bedeutung sein. In der Tat haben sie regelmässigen Kontakt mit der überwiegenden Mehrheit der Bevölkerung: Im Durchschnitt konsultieren 70% der Bevölkerung 2 Mal pro Jahr die Hausarztpraxis, was eine ideale Möglichkeit bietet, mit den Patientinnen und Patienten über Prävention und Gesundheitsförderung zu sprechen [7]. Aber wie Zosso et al. [8] hervorheben: «Prävention ist ein wichtiges Thema in der hausärztlichen Versorgung. Jede zweite Konsultation bezieht sich auf Übergewicht, Diabetes, Atemwegserkrankungen, Sucht, etc.; [Das sind] schwierige Themen […] und oft eine Quelle der Frustration.»

Nichtdestotrotz empfiehlt die WHO [6]:

1. Was *Tabakprävention* in der Praxis betrifft:
   - Kostenpflichtige Kurzberatung zur Tabakentwöhnung für alle, die aufhören wollen. Angemerkt sei hier, dass jeder im Bereich Rauchprävention investierte Franken einen Return on Investment von 28 bis 48 Franken ergibt [9].
2. Was *Alkoholprävention* in der Praxis betrifft:
   - Kurze psychosoziale Intervention für Personen mit risikoreichem Alkohol-

Published under the copyright license "Attribution – Non-Commercial – NoDerivatives 4.0". No commercial reuse without permission. See: http://emh.ch/en/services/permissions.html

konsum. Angemerkt sei hier, dass jeder im Bereich des risikoreichen Alkoholkonsums investierte Franken einen Return on Investment von 11 bis 29 Franken ergibt [9].
- Um den letzten Studien gerecht zu werden, hat die WHO ihre Empfehungen verschärft nach dem Motto «No level of alcohol consumption is safe for our health»; also sollten neu Männer weniger als 2 Drinks pro Tag und Frauen weniger als 1 Drink pro Tag konsumieren. Hier sei auch hinzugefügt, dass ein Autofahrer mit einem Blutalkoholspiegel von 0,02 bis 0,05 g/dl ein dreifach erhöhtes Risiko eines tödlichen Unfalls hat (bei 0,05 bis 0,08 g/dl steigt das Risiko ums Sechsfache) [10, 11].

3. Was *Förderung gesunder Ernährung* in der Praxis betrifft:
   - Systematische Ernährungsberatung. *RCTs von Ernährungskurzberatung in der Hausarztpraxis zeigen, dass sich «gesunde Ernährungs-Scores» signifikant verbessern [12].*
   - U.a. empfiehlt die WHO 5 Portionen Obst und Gemüse pro Tag; maximal 5 Gramm Salz (was ungefähr einem Teelöffel entspricht); idealerweise nicht mehr zugeführter Zucker als 5% der täglichen Kalorienaufnahme (was ungefähr 6 bis 9 Teelöffel entspricht); weniger als 30% der täglichen Kalorienaufnahme, was Lipide betrifft (und speziell weniger als 10% an gesättigten Fettsäuren)[13].
4. Was *Förderung der körperlichen Aktivität* in der Praxis betrifft:
   - Beratung zu körperlicher Aktivität als Teil der routinemässigen primären Gesundheitsversorgung durch den Einsatz einer kurzen Intervention. Kurzinterventionen können die kurzfristige, selbstberichtete körperliche Aktivität erhöhen; langfristige Auswirkungen sind weniger sicher [14].
   - Ganz konkret empfiehlt die WHO für jüngere und ältere Erwachsene mindestens 150–300 Minuten aerobe körperliche Aktivität mittlerer Intensität pro Woche (oder 75–150 Minuten intensive körperliche Aktivität); zusätzlich sollte man auch wenigstens 2 Mal wöchentlich an Krafttrainings-Aktivitäten teilnehmen [15].

Zu diesen kosteffizienten Interventionen stellt sich jedoch die Frage: Wie können die Hausärztinnen und -ärzte für den vermehrten Aufwand finanziell besser entschädigt werden? Auch hier liegt die Verantwortung primär bei den Gesundheitsbehörden und politischen Entscheidungsträgern. Es stellt sich aber auch die Frage, inwieweit Hausärztinnen und -ärzte mit spezifischen Beratungsinstrumenten vertraut sind, sei es auf dem Gebiet der Raucherentwöhnung, der Bewegungsförderung, der Ernährung oder der Suchtberatung.

Obschon Hausärztinnen und -ärzte traditionell eine ganze Reihe von kosteffizienten Interventionen leisten, sei es im Management von kardiovaskulären Krankheiten (z.B. Blutdruckkontrolle, Blutzuckerkontrolle), im Management von Krebserkrankungen (z.B. Brustkrebs-Screening durch Mammographie, Dickdarmkrebs-Screening durch Koloskopie, Zervix-Krebs-Prävention durch HPV-Impfung) oder im Management von chronischen Atemwegserkrankungen (z.B. Allergie-Screening bei Asthma), haben Studien mehrfach gezeigt, dass Hausärztinnen und -ärzte sich oft schlecht gerüstet fühlen, um präventive und gesundheitsfördernde Ratschläge zu erteilen [16].

Hier kann das Projekt PEPra der FMH und Partner helfen [8]. PEPra steht für «Prävention mit Evidenz in der Praxis». Sein Ziel ist es, die Prävention und Früherkennung in der ambulanten medizinischen Grundversorgung zu fördern, mit Schwerpunkt auf nichtübertragbaren Krankheiten sowie Sucht- und psychischen Erkrankungen. Das PEPra-Projekt (z.Z. in Pilotphase in vier Kantonen getestet) besteht aus einem modularen Fortbildungsangebot, einer Website mit konkreten Tools, Leitfäden und Empfehlungen sowie einer Übersicht über bestehende regionale Angebote im Bereich Prävention (z.B. Rauchstoppberatung, Suchtberatung etc.).

Das Potenzial von Prävention und Gesundheitsförderung ist enorm. Um dieses Potenzial auszuschöpfen, braucht es die Beteiligung und das Engagement aller Akteure des Gesundheitswesens, die sich in einem dynamischen Netzwerk miteinander austauschen und unterstützen: das Wohlergehen der Individuen und der Gesellschaft steht auf dem Spiel.

Korrespondenz

Prof. Thomas Mattig, JD, MPH
Gesundheitsförderung Schweiz
Wankdorfallee 5
CH-3014 Bern
thomas.mattig[at]promotionsante.ch

Literatur

1 OECD. Espérance de vie et espérance de vie en bonne santé à 65 ans. In: Panorama de la santé 2019: les indicateurs de l'OCDE. Paris: Éditions OCDE; 2019. p. 222–3. Available from: https://www.oecd-ilibrary.org/sites/2a2ed072-fr/index.html?itemId=/content/component/2a2ed072-fr
2 Global Burden of Disease Collaborative Network. Global Burden of Disease Study 2019 (GBD 2019) results. Seattle, WA: Institute for Health Metrics and Evaluation (IHME); 2020. Available from: http://ghdx.healthdata.org/gbd-results-tool
3 Bundesamt für Gesundheit (BAG) und Schweizerische Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren (GDK). Nationale Strategie Prävention nichtübertragbarer Krankheiten (NCD-Strategie) 2017–2024. Bern: BAG; 2016.
4 Bundesamt für Gesundheit (BAG) und Schweizerische Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren (GDK) und Gesundheitsförderung Schweiz (GFCH). Massnahmenplan 2021 – 2024 zur Nationalen Strategie Prävention nichtübertragbarer Krankheiten (NCD-Strategie) 2017 – 2024. Bern: BAG; 2020.
5 Mattig T (Dir). Prävention von chronischen Krankheiten. Strategien und Beispiele aus der Schweiz. Bern: Hogrefe; 2022. p. 533.
6 World Health Organization. Tackling NCDs: 'best buys' and other recommended interventions for the prevention and control of noncommunicable diseases. Geneva: The Organization; 2017.
7 Office fédéral de la statistique (OFS): Consultations chez le médecin généraliste ou de famille. In: Enquête Suisse sur la santé 2017. Neuchâtel: Office fédéral de la statistique; 2019. Available from: https://ind.obsan.admin.ch/fr/indicator/obsan/consultations-chez-le-medecin-generaliste-ou-de-famille
8 Zosso B, Quinto CB, Neuner-Jehlec S, Weil B. PEPra: pour la prévention au cabinet de premier recours. Prim Hosp Care. 2020;20(12):388–90.
9 Fueglister-Dousse S, Jeanrenaud C, Kohler D, Marti J. Coûts et bénéfices des mesures de prévention de la santé: Tabagisme et consommation excessive d'alcool. Institut de recherches économiques. Neuchâtel: Université de Neuchâtel; 2009.
10 World Health Organization [Internet]. Geneva: The Organization; c2016. No level of alcohol consumption is safe for our health; [about 2 screens]. Available from: https://www.who.int/europe/news/item/04-01-2023-no-level-of-alcohol-consumption-is-safe-for-our-health
11 Pan American Health Organization. Drinking and Driving. Washington, DC: The Organization; 2018. Available from: https://www3.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&view=download&slug=drinking-driving-2018-059&Itemid=270&lang=en
12 Sacerdote C, Fiorini L, Rosato R, Audenino M, Valpreda M, Vineis P. Randomized controlled trial: effect of nutritional counselling in general practice. Int J Epidemiol. 2006 Apr;35(2):409–15.
13 World Health Organization [Internet]. Geneva: The Organization; c2020. Healthy Diet.; [about 7 screens]. Available from: https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/healthy-diet
14 Lamming L, Pears S, Mason D, Morton K, Bijker M, Sutton S, et al.; VBI Programme Team. What do we know about brief interventions for physical activity that could be delivered in primary care consultations? A systematic review of reviews. Prev Med. 2017 Jun;99:152–63.
15 World Health Organization. WHO guidelines on physical activity and sedentary behaviour. Geneva: The Organization; 2020.
16 Peckham S, Falconer J, Gillam S, Hann A, Kendall S, Nanchahal K et al. The organisation and delivery of health improvement in general practice and primary care: a scoping study. Southampton, UK: NIHR Journals Library; 2015.

Published under the copyright license "Attribution – Non-Commercial – NoDerivatives 4.0". No commercial reuse without permission. See: http://emh.ch/en/services/permissions.html