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 8
2. August 2023

239 Kindernotfall: Konsultationen vor und nach Einstellung der kostenpflichtigen Beratungstelefone
Maren Tomaske

242 Auswirkung der Einführung von Medical Scribes
Urs Zimmermann, Giannina Buzzi, Ge

253 Nach der Pandemie ist vor der Pandemie
Interview mit Jan Fehr

255 Post-COVID/Long-COVID
Interview mit Elisabeth Weber

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

The times, they are a-changing (Bob Dylan)

Marc Müller
Past-Präsident und
Ehrenmitglied mfe

Oder: Wir Alten sind schuld!

Die Älteren unter den Lesenden erinnern sich vielleicht an die Zeit, als der ehemalige SGAM-Präsident Hansueli Späth und ich uns in den Editorials von Primary Care gegenseitig mit Bob-Dylan-Titeln über unseren Editorials zu übertrumpfen versuchten.

Die Kolumne von Martin Fey (pro 80-Stunden-Woche) und die Replik des VSAO-Präsidenten Angelo Barrile (pro partnerschaftliche Arbeitsmodelle) haben mich nun herausgefordert, nach Jahren nochmals für ein Editorial in die Tasten zu greifen.

Wir Alten sind nämlich schuld an der aktuellen Misere in der hausärztlichen Versorgung:

Wir wussten, dass der Mangel an Hausärztinnen und -ärzten kommt und haben es auch bei jeder Gelegenheit den Vertreterinnen und Vertretern der Politik um die Ohren gehauen – aber offenbar nicht laut und nicht oft genug.

Wir haben die Situation der Grundversorgenden mit einem Verfassungsartikel massiv verbessert – aber offenbar nicht attraktiv genug.

Wir haben unsere Praxen zu teilzeit-freundlichen Ärztezentren umfunktioniert – aber offenbar nicht immer an den richtigen Orten, die Peripherie bleibt auf der Strecke.

Wir versuchen, durch Praxisassistenz dem glücklicherweise zahlreicheren Nachwuchs unseren Beruf schmackhaft zu machen – aber offenbar nicht schmackhaft genug.

Wir lösen gegen neunzig Prozent der gesundheitlichen (und auch der sonstigen) Probleme unserer Patientinnen und Patienten direkt in unseren Praxen – aber das ist offenbar nicht genug.

Wir harren auch über das Pensionsalter in unseren Praxen aus, oftmals auf Kosten unserer Partnerinnen und Partner – offenbar nicht lang genug.

Aber unser schlimmster Fehler ist, dass wir durch unser Ausharren krampfhaft versuchen, ein Gesundheitssystem am Leben zu erhalten, das sofort kollabieren würde, wenn die 15 oder bald schon 20% der Hausärztinnen und -ärzte jenseits des Pensionsalters nicht mehr arbeiten würden.

Liebe Senior-Hausärztinnen und -ärzte: Wir sind dem Wandel im Weg, wir sind schuld, dass sich die ambulante Gesundheitsversorgung nicht erneuert, weil wir nicht loslassen können und wollen. Weil uns das Vertrauen fehlt, dass unsere Nachfolgerinnen und Nachfolger einen Weg finden werden, mit einem besseren, auf ihre Bedürfnisse angepassten Grundversorgungsmodell die Gesundheitsversorgung unserer Bevölkerung zu übernehmen und sicherzustellen – innovativ, interprofessionell, anders!

Lassen wir los: The times, they are a-changing!

mfe

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

Inhaltsverzeichnis

225 **Editorial: The times, they are a-changing (Bob Dylan)**
Marc Müller

227 NEWS

227 **SGAIM: Herbstkongress 2023**

228 **SGAIM: Umsetzung von Qualitätsindikatoren im stationären Bereich: das Hôpital de la Tour in Genf**
Omar Kherad, Dorsaf Steiner, Hugo Bothorel, et al.

232 **SGAIM-Mitglieder aufgepasst: 20% Rabatt auf Abo «HealthyTravel PRO»**

233 **SGAIM: Stopp Sturz – so verhindern Sie Stürze im Praxisalltag**
Maria Wertli, Ursula Käser, Ursula Meier Köhler

237 **mfe: Arbeitssicherheit und Gesundheitsschutz geniessen einen hohen Stellenwert in der ärztlichen Praxis**

238 **SAPPM: Funktionelles Symptom?**

239 ORIGINALARBEIT

239 **Kindernotfall: Konsultationen vor und nach Einstellung der kostenpflichtigen Beratungstelefone**
Maren Tomaske

242 **Auswirkung der Einführung von Medical Scribes auf die Fachärzteschaft und Medizinstudierende**
Urs Zimmermann, Giannina Buzzi, Georg F. Bauer

246 FORTBILDUNG

246 **Infektionen bei älteren Menschen**
Olivier Petitat, Matthias Berger, Eugénie Colin-Benoit, et al.

250 **Together for better care: gemeinsam im Kampf gegen den Fachkräftemangel**
Céline Désirée Fäh

252 ARBEITSALLTAG

252 **Quels enjeux pour la médecine de famille demain?**
Nicolas Senn, Christine Cohidon

253 REFLEXIONEN

253 **«Wir konnten uns nicht vorstellen, wie nahe Wuhan sein kann»**
Interview mit Jan Fehr

255 **«Wer nach einem Jahr noch krank ist, dem geht es auch nach zwei Jahren nicht besser»**
Interview mit Elisabeth Weber

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

Impressum

Primary and Hospital Care
Offizielles Organ der Schweizerischen Gesellschaft für Allgemeine Innere Medizin SGAIM, von mfe Haus- und Kinderärzte Schweiz, des Kollegiums für Hausarztmedizin KHM, von pädiatrie schweiz, der Schweizerischen Akademie für Psychosomatische und Psychosoziale Medizin SAPPM, der Jungen Hausärztinnen und -ärzte Schweiz JHaS sowie der Swiss Young Internists SYI. Es ist Mitglied des «Committee on Publication Ethics» (COPE) und 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

Wissenschaftliche Redaktion: Prof. Dr. med. Stefan Neuner-Jehle, Zürich (Chefredaktor); Prof. Dr. med. Thomas Dieterle, Arlesheim; Prof. Dr. med. Jacques Donzé, Neuchâtel; Dr. med. Moa Haller, Bern; Dr. Alexandra Röllin Odermatt, Bern; Dr. med. Alexandre Ronga, Lausanne; Dr. med. Manuel Schaub, Bern
Redaktionelle Zuständigkeit für das standespolitische Ressort «Aktuelles»: Sandra Hügli-Jost (mfe), Sascha Hardegger (SGAIM), Claudia Baeriswyl (SGP), Dr. med. François Héritier (KHM),PD Dr. med. Niklaus Egloff (SAPPM), Dr. med. Regula Kronenberg (JHaS), PD Dr. med. Tobias Tritschler (SYI).

Redaktion im Verlag: Jasmin Hell (Managing Editor); Caroline Murphy (Redaktionsassistentin).

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

© 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 zuganglich zu machen unter den Bedingungen, dass der Name der Autorin/des Autors genannt wird, das Werk nicht für kommerzielle Zwecke verwendet wird und das Werk in keiner Weise bearbeitet oder in anderer Weise verändert wird. Die kommerzielle Nutzung ist nur mit ausdrücklicher vorgängiger Erlaubnis von EMH und auf der Basis einer schriftlichen Vereinbarung zulässig.
Verlag: EMH Schweizerischer Ärzteverlag AG, Farnsburgerstrasse 8, 4132 Muttenz.
Tel. +41 61 467 85 55, www.emh.ch

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

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

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: © Oleksandr Lutsenko | Dreamstime.com

printed in switzerland

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
COPE Member since 2022 JM15367
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 SSMIG SSGIM

Herbstkongress
Congrès de l'automne 23

Science and the Art of Medicine

Register now!

21. bis 22. September 2023
21 au 22 septembre 2023

Kongresshaus Zürich

In Kooperation mit

SVA Schweizerischer Verband Medizinischer Praxis-Fachpersonen

VZI Vereinigung Allgemeiner und Spezialisierter Internistinnen und Internisten Zürich

AIM/MIG CREDITS 16

Eine Fortbildungsveranstaltung der Schweizerischen Gesellschaft für Allgemeine Innere Medizin
Une formation continue de la Société Suisse de Médecine Interne Générale

sgaim.ch/hk23
sgaim.ch/ca23

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

Austrittsberichte, Benzodiazepin-Neuverschreibungen, Stürze, Transfusionen, CIRS, Hepatitis-B-Impfschutz

Umsetzung von Qualitätsindikatoren im stationären Bereich: das Hôpital de la Tour in Genf

Omar Kherad[a,f], Dorsaf Steiner[b], Hugo Bothorel[c], Ezra Bottequin[d], Rodolphe Eurin[e], Axelle Alibert[b,d,e]
[a] Service de médecine interne, Hôpital de la Tour, Meyrin-Genève; [b] Département qualité et expérience patient, Hôpital de la Tour, Meyrin-Genève; [c] Département de recherche clinique, Hôpital de la Tour, Meyrin-Genève; [d] Unité de business intelligence, Hôpital de la Tour, Meyrin-Genève; [e] Direction générale, Hôpital de la Tour, Meyrin-Genève; [f] Mitglied der Qualitätskommission der SGAIM

Einleitung

Die Qualität in der Medizin hat Einzug in die Agenda der Gesundheitspolitik gehalten: Der Bundesrat hat mit dem Inkrafttreten einer neuen Verordnung zum KVG Ziele für die Gewährleistung der Qualität von Leistungen festgelegt. Das Schweizer Parlament hat alle im Land tätigen Ärztinnen und Ärzte verpflichtet, an den Massnahmen zur Qualitätsentwicklung und den Qualitätsmessungen teilzunehmen, welche die Verbände der Leistungserbringer und der Versicherer in ihren Qualitätsverträgen definiert haben.

Die Versorgungsqualität ist nämlich nicht nur innerhalb der Ärzteschaft zunehmend von Bedeutung, sondern auch in der Öffentlichkeit und bei den Versicherern.

Daher haben die FMH und die Schweizerische Gesellschaft für Allgemeine Innere Medizin (SGAIM) beschlossen, auf proaktive Weise mit der Umsetzung dieser neuen gesetzlichen Anforderung zu beginnen, um sicherzustellen, dass diese verpflichtenden Qualitätsaktivitäten in der Praxis anwendbar sind, sich in die bisherigen Qualitätsaktivitäten einfügen und den Patientinnen und Patienten den grösstmöglichen Nutzen bringen. Im Rahmen des gemeinsam mit der FMH und den Versicherern durchgeführten Pilotprojekts «Veröffentlichung der Qualitätsaktivitäten der ambulant tätigen Ärztinnen und Ärzte» hat die SGAIM vier Qualitätsaktivitäten ausgewählt (Tab. 1). Sie hat zudem alle im ambulanten Sektor tätigen Mitglieder aufgefordert, auf transparente Weise die Qualitätsaktivitäten zu veröffentlichen, welche die Ärztinnen und Ärzte in ihrer täglichen Praxis umsetzen.

Die Qualitätskommission der SGAIM hat auch eine Vorreiterrolle gespielt, indem sie zum ersten Mal die neuen Qualitätsindikatoren für die stationäre Behandlung in der Allgemeinen Inneren Medizin präsentiert hat [1]. Diese Arbeit wurde von der Schweizerischen Akademie für Qualität in der Medizin (SAQM) mit dem Preis «Innovation Qualité» honoriert, mit dem praxiserprobte Projekte prämiert werden, die eine Weiterentwicklung des Gesundheitssystems ermöglichen.

Qualitätsindikatoren

Die SGAIM hat sechs Empfehlungen für die stationäre Medizin veröffentlicht und dabei erläutert, wie sie angewendet werden können und wo ihre Vor- und Nachteile liegen [1]. Das Projektteam der SGAIM hat anhand konkreter Beispiele den Einsatz von Qualitätsindikatoren in einem Qualitätsverbesserungszyklus veranschaulicht, der darauf abzielt, die patientenzentrierte Diagnose zu fördern und die Behandlung zu optimieren.

Vier Indikatoren widmen sich der patientenzentrierten Versorgungsqualität:

1. Anteil provisorischer Austrittsberichte, die innerhalb von 24 Stunden dem nachbehandelnden Arzt bzw. der nachbehandelnden Ärztin übermittelt werden, mit Angaben über Diagnosen, Prozedere und Medikamente. Der Indikator hat zum Ziel, dem nachbehandelnden Arzt bzw. der nachbehandelnden Ärztin die wichtigsten Informationen schnell zuzustellen, um die Weiterbehandlung sicherzustellen und die Zahl der vermeidbaren Hospitalisierungen zu verringern.
2. Anteil älterer Personen (≥65 Jahre), bei denen während des Spitalaufenthalts eine Therapie mit einem Benzodiazepin neu begonnen wird. Der Indikator hat zum Ziel, Benzodiazepin-Neuverschreibungen im Spital zu verringern, um die damit verbundenen Nebenwirkungen zu vermeiden.
3. Anteil älterer Personen (≥65 Jahre), die danach gefragt werden, ob und, wenn ja, wie oft (Anzahl) und in welcher Weise (Sturzhergang) sie in den letzten 12 Monaten gestürzt sind. Der Indikator hat zum Ziel, Patienten und Patientinnen mit einem erhöhten Sturzrisiko zu identifizieren, bei denen eine präventive Intervention sinnvoll ist.
4. Anteil der Patientinnen und Patienten mit einer Transfusion bei einem Hämoglobin-Wert von >8 g/dl. Der Indikator hat zum Ziel, die Zahl der Transfusionen, die potenziell nicht indiziert sind, zu reduzieren.

Tabelle 1: Von der SGAIM ausgewählte Qualitätsaktivitäten

1. Teilnahme an Qualitätszirkeln
2. Top-5-Liste «smarter medicine»
3. Hygiene
4. Fehlerberichtssystem («Critical Incident Reporting System»)

Ein weiterer Indikator bezieht sich auf die allgemeine Versorgungsqualität:

5. Anteil der gemeldete Zwischenfälle («Critical Incidence Reporting System» [CIRS]) bei auf der Allgemeinen Inneren Medizin (AIM) hospitalisierten Personen, die analysiert und diskutiert werden. Ziel des Indikators ist es,

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 aktive Fehlerkultur mit Analyse und Diskussion von CIRS-Fällen zu stimulieren.

Gegenstand eines weiteren Indikators ist die Mitarbeitendengesundheit:
6. Anteil der Mitarbeitenden der AIM, die potenziell mit Blut oder blutkontaminierten Materialien in Kontakt kommen und einen ausreichenden Hepatitis-B-Impfschutz aufweisen. Der Indikator hat zum Ziel, Hepatitis-B-Übertragungen am Arbeitsplatz zu verhindern und die Arbeitsplatzsicherheit zu verbessern.

Das Ziel der Indikatoren soll in erster Linie sein, einen Qualitätsverbesserungszyklus zu begleiten und zu messen, ob die durchgeführten Massnahmen auch zum gewünschten Effekt führen. Der Qualitätskommission der SGAIM kam es vor allem darauf an, dass die Indikatoren alltagstauglich sind, um die Massnahmen zur Steigerung der Qualität in der AIM zu unterstützen.

Die Grundvoraussetzung ist jedoch, dass Methoden für die verlässliche Messung geschaffen werden. Damit viele der Indikatoren erfasst werden können, müssen Klinikinformationssysteme angepasst und Ergebnisse systematisch und einheitlich erhoben werden. Ferner ist es obligat, dass die für die Qualitätsmessung notwendigen personellen und finanziellen Ressourcen vollständig berücksichtigt werden. Nachstehend berichten wir von der Erfahrung bei der Umsetzung der Indikatoren in der Abteilung Stationäre Innere Medizin am Hôpital de la Tour im Kanton Genf.

Hôpital de la Tour

Das Hôpital de la Tour ist ein Privatspital am nördlichen Rhôneufer im Kanton Genf. Von den 172 Betten gehören 64 zur Abteilung für Innere Medizin. Dort wird ein Weiterbildungsprogramm «Allgemeine Innere Medizin» angeboten (SIWF-Kategorie A), an dem derzeit 23 Assistenzärztinnen und -ärzte in Ausbildung, 2 Oberärztinnen und -ärzte sowie 6 Kaderärztinnen und -ärzte beteiligt sind.

Das Hôpital de La Tour hat die Versorgungsqualität als strategischen Schwerpunkt definiert und erfüllt stets die Anforderungen des Nationalen Vereins für Qualitätsentwicklung in Spitälern und Kliniken (ANQ), wie die periodischen Qualitätsberichte des Spitals zeigen.

In jüngerer Vergangenheit hat sich das Hôpital de la Tour der gemeinnützigen Organisation «smarter medicine» angeschlossen und das Label «Smarter Hospital» erhalten, wodurch seine Massnahmen gegen Über- und Fehlbehandlung in der Medizin anerkannt werden [2]. Zu diesem Zweck wurden Dashboards eingeführt, um das Verschreibungsverhalten in der Abteilung für Innere Medizin zu evaluieren («smarter indicateurs»). So können die Ärztinnen und Ärzte ihre Rate an möglicherweise nicht notwendigen Verschreibungen nachvollziehen und mit jener ihrer Kolleginnen und Kollegen vergleichen. Eine aktuelle Studie zur Bewertung dieser multimodalen pädagogischen Massnahme zeigte eine signifikante Verringerung der Benzodiazepin-Verschreibungen und Blutabnahmen [3].

Dashboards und Geschäftsanalytik

Die Dashboards werden mit Rohdaten gespeist, die monatlich den elektronischen Patientendossiers entnommen werden. Die Exporte umfassen diverse Tabellen, die jeweils die Verschreibungen einer Art von medizinischer Intervention enthalten (Arzneimittel, Laboruntersuchung, Bildgebung, Einsatz von Medizinprodukten). Das Dashboard importiert die Rohdaten und verarbeitet sie gemäss den Spezifikationen des angewandten Datenmodells. Grundsätzlich werden die Daten der verschiedenen Rohtabellen zu einer einzigen Verschreibungstabelle zusammengefasst, die zeitliche Komponente wird auf Grundlage des Datums der Beendigung jeder medizinischen Versorgungsmassnahme integriert. Die Aktualisierung des Dashboards wird also einmal im Monat manuell durchgeführt.

Das Dashboard wird auf einer Internet-Plattform angeboten, die nur jenen Mitgliedern des Spitalpersonals zugänglich ist, denen zuvor das Zugriffsrecht gewährt wurde. Über das VPN des Spitals kann es darum jederzeit konsultiert werden, sofern eine Internet-Verbindung besteht. Die Daten werden anonymisiert, und die Vertraulichkeit ist ab dem Zeitpunkt ihrer Erhebung und Verarbeitung durch die für die Dashboards verantwortliche Person garantiert. Die Daten sind auf einer Geschäftsanalytik-Plattform verfügbar, damit die Ergebnisse leichter analysiert und im Standardformat exportiert werden können. Im Zuge des Kopiervorgangs wird jegliche Information gelöscht, die zur Identifizierung einer Patientin oder eines Patienten führen könnte.

Umsetzung der Indikatoren

Auf die gleiche Weise wie für die «smarter indicateurs» haben wir die Umsetzung der von der SGAIM vorgeschlagenen Qualitätsindikatoren untersucht und die ersten Ergebnisse analysiert.

1. Anteil provisorischer Austrittsberichte, die innerhalb von 24 Stunden dem nachbehandelnden Arzt oder der nachbehandelnden Ärztin übermittelt werden

Die Einführung und wirksame Umsetzung eines derartigen Indikators erfordert eine IT-Entwicklungsarbeit, an der mehrere Abteilungen und Partner beteiligt sind. Zu diesem Zweck haben wir das Projekt in zwei Phasen aufgeteilt:

– *Phase 1:* Lösung für die Übermittlung des Austrittsberichts an den nachbehandelnden Arzt oder die nachbehandelnde Ärztin;

– *Phase 2:* Lösung für die zuverlässige Erfassung der Zahl der übermittelten Austrittsberichte unter Berücksichtigung des 24-h-Kriteriums.

Abbildung 1: Entwicklung der Rate der Verschreibungen von Benzodiazepinen (blau) und ihren Alternativen (Z-Substanzen, Neuroleptika; rot) im Jahr 2021.

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 erste Phase wurde bereits umgesetzt. Den Internistinnen und Internisten steht eine IT-Lösung zur Verfügung, um den nachbehandelnden Kolleginnen und Kollegen die wichtigsten Angaben über den Spitalsaufenthalt und die Organisation des Austritts automatisch, rasch und unkompliziert zu übermitteln. Um einen «lebendigen», leicht zugänglichen Indikator mit verbesserter Animation zu konstruieren, wird derzeit eine ausgefeiltere Software-Lösung entwickelt.

2. Anteil älterer Personen (≥65 Jahre), bei denen während des Spitalaufenthalts eine Therapie mit einem Benzodiazepin neu begonnen wird

In unseren drei Abteilungen für Innere Medizin haben wir zunächst einen dynamischen Indikator eingeführt, durch den wir die Rate der Benzodiazepin-Verschreibungen bei über 65-Jährigen und ihre zeitliche Entwicklung verfolgen konnten.

Anschliessend haben wir ihn auf Wirkstoffe erweitert, die als Alternative zu Benzodiazepinen dienen (etwa Z-Substanzen, Neuroleptika). Diese Massnahme zielte darauf ab, es den Verschreibenden zu ermöglichen, sich auf möglichst korrekte Weise selbst zu bewerten, weniger Benzodiazepine zu verschreiben und Alternativen mit ähnlichen Nebenwirkungen (Z-Substanzen) zu vermeiden. Wir haben festgestellt, dass 2021 28% unserer älteren Patientinnen und Patienten Benzodiazepine oder Alternativen erhielten. Dass die Verschreibenden für die Indikatoren sensibilisiert wurden und sie sich zu eigen machten, hat wohl dazu beigetragen, dass dieser Anteil mit der Zeit gesunken ist (19% im Dezember 2021) (Abb. 1).

3. Anteil älterer Personen (≥65 Jahre), die danach gefragt werden, ob sie in den letzten 12 Monaten gestürzt sind

Die Abteilungen für Innere Medizin verfügen über das elektronische Patientendossier (EPD). Das System besteht aus Modulen mit identischen Parametern in den verschiedenen Abteilungen, was stark zur Standardisierung der Arbeitsmethoden und Versorgungspraktiken beiträgt.

Unser EPD bietet ein Modul zur umfassenden Evaluierung bei der Aufnahme.

Die Daten stehen also in unserem Informationssystem zur Verfügung und sind verlässlich. Derzeit wird an einem Indikator gearbeitet, der es ermöglicht, die Antworten auf die Frage nach allfälligen Stürzen bei über 65-Jährigen mit der Gesamtzahl der Hospitalisierungen in derselben Population abzugleichen. Der Animationsprozess ist für Mitte 2023 geplant.

4. Anteil der Patientinnen und Patienten mit einer Transfusion bei einem Hämoglobin-Wert von >8 g/dl

Auf der Seite für die Verschreibung einer Transfusion des EPD wurde ein blockierendes Pflichtfeld eingeführt. Die verschreibende Person wird dabei aufgefordert, den jüngsten bekannten Hämoglobin-Wert einzutragen. Dann wird eine Nachricht angezeigt, die das Bewusstsein schärfen und an den Grenzwert für Transfusionen erinnern soll (Abb. S2, s. Online-Appendix). Die eingetragenen Daten wurden gesammelt, um damit den Indikator im Innere-Medizin-Dashboard zu entwickeln (Abb. S3, s. Online-Appendix).

Zwischen 2021 und 2022 betrug die Rate unangemessener Transfusionsverschreibungen (>8 g/dl) in den Abteilungen für Innere Medizin durchschnittlich 10,8% (Abb. S4, s. Online-Appendix). Ebenso wie für die anderen «smarter medicine»-Indikatoren erwarten wir eine Abnahme dieser Rate infolge unseres pädagogischen Ansatzes, der auf kontinuierliche Selbstbewertung setzt.

5. Anteil der gemeldeten Zwischenfälle («Critical Incidence Reporting System» [CIRS]) bei auf der Allgemeinen Inneren Medizin (AIM) hospitalisierten Personen, die analysiert und diskutiert werden

Das Hôpital de la Tour verfügt über ein System zur Meldung unerwünschter Ereignisse (UE), das auf einer strukturieren und standardisierten Datenfluss-Architektur innerhalb eines Dokumentenverwaltungs- und Rückverfolgbarkeits-Tools beruht. Das System bewertet schwerwiegende oder nicht schwerwiegende UE aufgrund definierter Kriterien und bietet so eine Entscheidungshilfe für die eingehende, mit einem multidisziplinären Aktionsplan kombinierte Analyse. Im Jahr 2022 gaben 15% der UE Anlass zu einem Aktionsplan (Abb. 5). Festzuhalten ist, dass:

- das Tool Ende 2021 eingeführt wurde und 2022 dazu diente, die Mitarbeitenden bei der Aneignung des Tools zu begleiten;
- die Mitarbeitenden aufgefordert sind, jegliches UE zu melden, unabhängig von allfälligen Folgen.

Seit der Einführung des neuen Prozederes und der Förderung der Qualitätskultur im Herzen der Strategie des Spitals nehmen die Meldungen stetig zu. Die umfassende Aktivierung des Ansatzes wird wahrscheinlich dazu beitragen, dass der Anteil der zu einem Aktionsplan Anlass gebenden UE zunimmt.

6. Anteil der Mitarbeitenden im Kontakt mit Blut oder mit blutkontaminierten Materialien, die einen ausreichenden Hepatitis-B-Impfschutz aufweisen

Bei der Einstellung werden unsere Mitarbeitenden nach ihrem Impfpass gefragt. Ist der Schutz gegen Hepatitis B nicht aktuell, werden sie zur Impfung aufgefordert. Die Arbeitsmedizin ist für die laufende Betreuung zuständig.

Zur Messung des Indikators haben wir als Näherungswert jene Personen herangezogen, die Opfer eines Unfalls mit Blutexposition wurden: Bei 17% der getesteten Mitarbeitenden erwies sich die Immunisierung als unzureichend. Aufgrund dieses Indikators hat sich die Arbeitsmedizin zu diesbezüglichen Massnahmen entschieden, ein Projekt wird derzeit entwickelt.

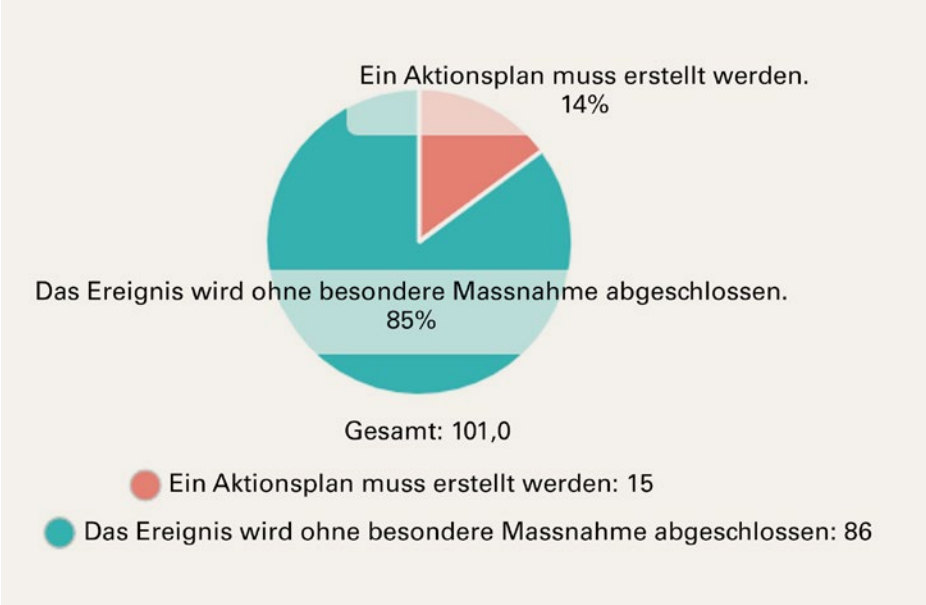

Abbildung 5: Anteil der unerwünschten Ereignisse mit Aktionsplan.

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

PDCA-Zyklus («Plan-Do-Check-Act»)

In den Spitälern werden schon heute Qualitätsindikatoren erhoben und untereinander verglichen. Allerdings sind die Indikatoren im Allgemeinen nicht Teil eines kontinuierlichen Verbesserungsprozesses. Die Qualitätskommission möchte aufzeigen, wie die Indikatoren in einem Qualitätsverbesserungszyklus, der sich an einem PDCA-Zyklus orientiert, verwendet werden können. Als Beispiel haben wir den PDCA-Zyklus auf die Verschreibung von Benzodiazepinen angewandt.

Das Problem: In den Spitälern werden zu viele Benzodiazepine verschrieben, was für die Patientinnen und Patienten mit dem Risiko schwerer Komplikationen (Sturz, Delirium usw.) einhergeht.

«Plan»: Wir haben die Rate der Benzodiazepin-Neuverschreibungen analysiert und auf 18% geschätzt.

«Do»: Extraktion der Daten über die Benzodiazepin-Verschreibungen der Ärztinnen und Ärzte in einem Dashboard mit pädagogischem Feedback und Möglichkeit des Peer-Vergleichs in Kombination mit Aufklärungsmassnahmen (Broschüren, Kursen, E-Learning).

«Check»: Analyse der Entwicklung der Verschreibungsrate nach der multimodalen Intervention, die eine mässige, aber signifikante Senkung der Benzodiazepin-Verschreibungen ergibt.

«Act»: Die Massnahme ist erfolgreich, allerdings in beschränktem Ausmass.

Der PDCA-Zyklus muss darum wiederholt werden, um die Gründe des Verhaltens der Verschreibenden zu verstehen. In unserem Beispiel haben wir festgestellt, dass Benzodiazepine in der grossen Mehrheit der Fälle verschrieben werden, um den Wünschen der Patientinnen und Patienten, die während des Spitalsaufenthalts an Schlaflosigkeit leiden, zu entsprechen. Folglich gilt es, die Faktoren zu untersuchen, die Schlaflosigkeit im stationären Umfeld begünstigen («Plan»). Dabei werden Lärm und nächtliches Aufwachen aufgrund der Kontrollen durch die Pflegefachpersonen identifiziert; ein erneuter PDCA-Zyklus zielt darauf ab, dieses Aufwachen während der Nacht zu vermeiden, indem ein fachliteraturbasierter Algorithmus erstellt wird, um jene Patientinnen und Patienten zu identifizieren, die tatsächlich während der Nacht kontrolliert werden müssen («Do») [4, 5]. Derzeit wird analysiert («Study»), ob diese Intervention erfolgreich ist («Act»).

Schlussfolgerung

Qualität bedeutet stets Arbeit und Anstrengungen. Der Qualitätskommission der SGAIM kam es darauf an, dass die Indikatoren für die klinische Praxis geeignet sind und möglichst wenig administrativen Mehraufwand verursachen. Wie anhand der genannten Beispiele ersichtlich ist, muss sich der Qualitätsansatz allerdings auf Indikatoren und einen kontinuierlichen Verbesserungsprozess (PDCA-Zyklus) stützen, um nachhaltig und erfolgreich zu sein. Durch den Ersatz der Papierdossiers durch das EPD lassen sich strukturierte, standardisierte und hochwertige Daten leicht gewinnen. Die Entwicklung und Automatisierung dieser Indikatoren beruht aber derzeit fast ausschliesslich auf dem guten Willen der Leistungserbringer. Auch wenn das EPD Erleichterungen bietet, erfordern derartige Projekte die langfristige Investition nicht zu vernachlässigender Ressourcen und eine umfassende Änderung der Kultur – ein Weg, zu dem sich nur wenige Spitäler spontan verpflichten. In den Spitälern werden deshalb bevorzugt jene Qualitätsindikatoren umgesetzt, die mit direktem Einsparungspotenzial einhergehen, im Gegensatz zu den oben vorgestellten. Beispielsweise wird in den meisten Spitälern die Rate der Infektionen überwacht, da eine Infektion oftmals zu längeren und teureren Versorgungsmassnahmen führt. Man versteht daher, warum nicht nur auf den guten Willen der Leistungserbringer gezählt wird, sich für Qualitätsmassnahmen einzusetzen, und warum die von den Gesundheitsbehörden und der Politik definierten Anforderungen wichtig sind. Die Frage der Finanzierung, die mit der Erfüllung dieser Anforderungen einhergeht, bleibt indes ein Problem. Wenn nur die Leistungserbringer sie zu tragen haben, werden sich die Zusatzkosten wohl unmittelbar in den Gesundheitskosten und somit in den Versicherungsprämien niederschlagen. Das Hôpital de La Tour schlägt deshalb einen innovativen Ansatz vor, bei dem die Vergütung der Leistungen direkt mit deren Qualität verbunden ist: Erhält etwa eine Patientin oder Patient während des Aufenthalts auf angemessene Weise eine Transfusion, wird dem Spital ein Bonusbetrag gezahlt. Wird hingegen nicht nach vorgängigen Stürzen gefragt, obwohl dies angezeigt gewesen wäre, oder wird der Austrittsbericht nicht innert 24 h dem behandelnden Arzt oder der behandelnden Ärztin übermittelt, muss das Spital einen Malusbetrag bezahlen. Mithilfe dieses Ansatzes könnte das Gesundheitswesen nachhaltig einem kontinuierlichen Verbesserungsprozess unterzogen werden, weil die Leistungserbringer einen starken Anreiz hätten, klinisch relevante Indikatoren einzuführen und sie mit einem PDCA-Zyklus zu kombinieren.

Korrespondenz
Prof. Dr méd. Omar Kherad, MPH
Service de médecine interne
Hôpital de la Tour
Meyrin-Genève
omar.kherad[at]latour.ch

Redaktionelle Verantwortung
Sascha Hardegger, SGAIM
Verantwortlicher Marketing/Kommunikation
Schweizerische Gesellschaft für Allgemeine Innere Medizin (SGAIM)
Monbijoustrasse 43
Postfach
CH-3001 Bern
sascha.hardegger[at]sgaim.ch

Literatur

1 Wertli M, Djalali SN, Kherad O, Schneemann M, Rampini SK, Rohrbasser A, et al. Indicateurs de qualité dans le domaine stationnaire. Bull Med Suisses. 2021;26:877–80.
2 smartermedicine.ch [Internet]. Bern: Schweizerische Gesellschaft für Allgemeine Innere Medizin (SGAIM); c2023.
3 Kherad O, Bottequin E, Steiner D, Alibert A, Eurin R, Bothorel H. Implementing a Multifaceted Intervention among Internal Medicine Residents with Audit and Educative Data Feedback Significantly Reduces Low-Value Care in Hospitalized Patients. J Clin Med. 2022 Apr;11(9):2435.
4 Wesselius HM, van den Ende ES, Alsma J, Ter Maaten JC, Schuit SCE, Stassen PM, et al.; "Onderzoeks Consortium Acute Geneeskunde" Acute Medicine Research Consortium. Quality and Quantity of Sleep and Factors Associated With Sleep Disturbance in Hospitalized Patients. JAMA Intern Med. 2018 Sep;178(9):1201–8.
5 Najafi N, Robinson A, Pletcher MJ, Patel S. Effectiveness of an Analytics-Based Intervention for Reducing Sleep Interruption in Hospitalized Patients: A Randomized Clinical Trial. JAMA Intern Med 2022 Feb;182(2):172–7.

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

© Schweizerische Fachgesellschaft für Tropen- und Reisemedizin, Basel

«HealthyTravel» ist eine der führenden Online-Plattformen rund um das Thema Reisemedizin.

Reisemedizinische Informationen für Fachpersonen

SGAIM-Mitglieder aufgepasst: 20% Rabatt auf Abo «HealthyTravel PRO»

Seit geraumer Zeit bietet die bekannte Online-Plattform «HealthyTravel» einer breiten Öffentlichkeit allgemeine reisemedizinische Informationen an. Zusätzlich dazu stellen Expertinnen und Experten in einer kostenpflichtigen «PRO Version» detaillierte Informationen zu reisemedizinischen Themen und Impfungen für Fachpersonen zur Verfügung. SGAIM-Mitglieder erhalten neu exklusiv 20% Rabatt beim Kauf der «PRO Version».

Nach der COVID-19-Pandemie zieht es Herr und Frau Schweizer an ihren schönsten Tagen wieder vermehrt ins Ausland. Oftmals in exotische Länder, weit weg von der Heimat. Damit einhergehend steigt der Informationsbedarf bei Patientinnen und Patienten. Braucht es für eine Safari in Tansania eine spezielle Malariaprophylaxe? Oder welche Medikamente und Impfungen sind für eine Reise nach Kambodscha notwendig? Nicht immer einfach, solche Fragen zu beantworten.

Aus diesem Grund hat das Schweizerische Expertenkomitee für Reisemedizin (EKRM), ein Organ der Schweizerischen Fachgesellschaft für Tropen- und Reisemedizin (SSTTM), sehr erfolgreich die Plattform HealthyTravel lanciert. Im Abo-Modell erhält das medizinische Fachpersonal Zugang zu detaillierten Informationen und kompetenten Ansprechpersonen rund um die Themen Reise und Gesundheit.

Eine Mitgliedschaft bei der SGAIM zahlt sich nun zusätzlich aus. Denn Sie erhalten das Produkt «HealthyTravel PRO» mit 20% Rabatt auf den regulären Preis. Das Vorgehen ist ganz einfach: Lesen Sie den nachstehenden QR-Code mit der Kamera Ihres Handys ein, füllen Sie anschliessend die Anmeldemaske auf der SGAIM-Website aus, und in wenigen Tagen erhalten Sie von HealthyTravel Ihren persönlichen Zugang zum reduzierten Preis.

Jetzt QR-Code einlesen, registrieren und von 20% Rabatt profitieren. Weitere Informationen unter:
https://www.sgaim.ch/de/mitglieder/healthy-travel

HealthyTravel

Redaktionelle Verantwortung
Sascha Hardegger, SGAIM
Verantwortlicher Kommunikation/Marketing
Schweizerische Gesellschaft
für Allgemeine Innere Medizin (SGAIM)
Monbijoustrasse 43
Postfach, CH-3001 Bern
sascha.hardegger[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

Umfassendes Online-Portal

Stopp Sturz – so verhindern Sie Stürze im Praxisalltag

© SGAIM (Illustration: Hahn+Zimmermann)

SGAIM-Qualitätsindikator: Erkennen von Sturzrisiken und Prävention.

90 000 Personen im Alter von 65 Jahren oder älter verletzen sich jedes Jahr bei einem Sturz. Auf dem Online-Portal bfu.ch/stoppsturz der Beratungsstelle für Unfallverhütung (BFU) stehen alle nötigen Tools und das Wissen zur Verfügung, damit Fachleute Stürze verhindern können. Dies unterstützt die erfolgreiche Implementation des von der SGAIM empfohlenen Qualitätsindikators «Erkennen von Sturzrisiken und Prävention» im ambulanten Bereich.

Maria Wertli[a,b], Ursula Käser[c], Ursula Meier Köhler[d]
[a] Departement Medizin, Kantonsspital Baden; [b] Präsidentin SGAIM Qualitätskommission; [c] Verantwortliche Bereich Qualität, Weiter- und Fortbildung SGAIM; [d] Expertin Sturzprävention BFU, Beratungsstelle für Unfallverhütung

Das Projekt «Stopp Sturz», das auch von der SGAIM Unterstützung erhielt, ist 2022 nach vier Jahren erfolgreich abgeschlossen worden. Während der Projektdauer ist ein einheitliches Vorgehen zur Sturzprävention für alle Berufsgruppen in der Schweizer Gesundheitsversorgung entwickelt worden. Die Fachpersonen können so:

1. das Sturzrisiko mit Alarmfragen und Screening-Tests erkennen;
2. das Sturzrisiko mit weiteren Assessments abklären;
3. das Sturzrisiko mit konkreten Massnahmenpaketen reduzieren – am besten in interprofessioneller Zusammenarbeit.

Zu diesen Themen hat ein interdisziplinäres Team von Expertinnen und Experten, darunter auch Hausärztinnen und -ärzte, entsprechende Tools und das Know-how erarbeitet. All dies steht nun auf einem umfassenden Online-Portal der BFU zur Sturzprävention in der Schweizerischen Gesundheitsversorgung kostenlos zur Verfügung.

Das Portal unterstützt die erfolgreiche Implementation des von der SGAIM empfohlenen Qualitätsindikators «Erkennen von Sturzrisiken und Prävention». Dieser gibt den Anteil der Patientinnen und Patienten an, die 65 Jahre oder älter sind und danach gefragt wurden, ob – und falls ja wie – sie in den vergangenen zwölf Monaten gestürzt sind. Der Indikator hat zum Ziel, Patientinnen und Patienten mit einem erhöhten Sturzrisiko zu identifizieren, bei denen eine präventive Intervention sinnvoll ist.

Mit nachstehendem QR-Code oder Link erhalten Sie zusätzliche Informationen zu diesem Qualitätsindikator. https://www.sgaim.ch/fileadmin/user_upload/Qualitaet/Qualitaetsindikatoren/Q-Indikator_Nr.4_d_18.11.21.pdf

Redaktionelle Verantwortung
Sascha Hardegger, SGAIM
Verantwortlicher Kommunikation/Marketing
Schweizerische Gesellschaft für Allgemeine Innere Medizin (SGAIM)
Monbijoustrasse 43
Postfach, CH-3001 Bern
sascha.hardegger[at]sgaim.ch

Nicht verpassen: Stopp Sturz am SGAIM Herbstkongress 2023 in Zürich

Workshop SVA
Vortragssaal 1 – MPK-Symposium
Donnerstag, 21. September 2023, 12.00 bis 12.30 Uhr
Stopp Sturz: Qualitätsverbesserung im Praxisteam – praktisch umgesetzt (Deutsch)
Referentinnen:
– Prof. Dr. med. et phil. Maria Wertli, Präsidentin SGAIM Qualitätskommission (Baden, CH)
– Ursula Meier Köhler, BFU Beratungsstelle für Unfallverhütung (Bern, CH)

Weitere Informationen und Anmeldung: https://congress.sgaim.ch/de/herbstkongress/wissenschaftliches-programm

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

Branchenlösung zum Schutz von Mitarbeitenden in Arztpraxen

Arbeitssicherheit und Gesundheitsschutz geniessen einen hohen Stellenwert in der ärztlichen Praxis

Dr. med. Marc Jungi

Unsere Mitarbeitenden vor Unfällen und anderen Gefahren zu schützen, hat in unseren Praxen traditionell eine hohe Wichtigkeit und ist gesetzlich seit anfangs Januar 2000 geschuldet. Als Praxisinhaberin bzw. -inhaber bin ich seither verantwortlich, dass die gesetzlichen Vorgaben zu Arbeitssicherheit und Gesundheitsschutz implementiert sind und eingehalten werden. Gemäss dem Unfallversicherungsgesetz (UVG) müssen versicherte Unternehmen die Vorschriften der Richtlinie 6508 (https://www.ekas.ch/download.php?id=6943) der Eidgenössischen Koordinationskommission für Arbeitssicherheit (EKAS) einhalten. Diese Vorgabe ist nicht neu – ihre Umsetzung wurde in den letzten Monaten jedoch vermehrt von den Kantonen bzw. der SUVA kontrolliert.

Aber, habe ich wirklich an alle Gefahren gedacht? Habe ich die notwendigen Vorkehrungen und Massnahmen getroffen? Da mfe Schweiz leider nicht über die personellen und finanziellen Ressourcen verfügt, um in diesem komplexen Thema mit regelmässig ändernden gesetzlichen Vorgaben systematisch unterstützen zu können, verweisen wir jeweils gerne an die FMH. FMH hat zusammen mit Arbeitssicherheit Schweiz eine auf ambulante Arztpraxen ausgerichtete Branchenlösung entwickelt, die über www.arbeitssicherheitschweiz.ch/Arzt bestellt werden kann. Die Kosten betragen für FMH-Mitglieder bis am 22. August 2023 150 CHF, anschliessend 750 CHF, bei jährlich wiederkehrenden Kosten von 310 CHF. Diese Branchenlösung eignet sich somit für Praxen mit mehr als zehn Mitarbeitenden.

Kleinere Praxen mit weniger als zehn Mitarbeitenden, jedoch mit besonderem Gefährdungsspotenzial (z.B. Röntgen, Labor, Umgang mit Medikamenten, Reinigungs- und Desinfektionsarbeiten etc.), werden in der genannten EKAS-Richtlinie für die Umsetzung als Betrieb in der Kategorie 3.2 eingestuft und dürfen die Richtlinie deshalb mit einfachen Mitteln umsetzen. Auch hier bietet die FMH in Zusammenarbeit mit Arbeitssicherheit Schweiz Unterstützung und hat auf Basis des Modulbuches von Arbeitssicherheit Schweiz einige Erklärvideos[1] erstellt. Diese helfen den Arbeitgebenden bzw. den Sicherheitsbeauftragten der Praxen, die gesetzlich geforderte Umsetzung sicherzustellen.

Interview mit Dr. med. Marc Jungi, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin FMH und Vorstandsmitglied mfe Haus- und Kinderärzte Schweiz

Arbeits- und Gesundheitsschutz in den Arztpraxen – warum ist dieses Thema so aktuell?
Arbeitssicherheit und Gesundheitsschutz waren in unseren Haus- und Kinderarztpraxen immer extrem wichtige Themen. Die hohe Aktualität rührt daher, dass von den Behörden seit einigen Monaten auch in den ambulanten Haus- und Kinderarztpraxen vermehrt Kontrollen durchgeführt werden. Hier muss von den Praxisinhaberinnen und Praxisinhabern dann nachgewiesen werden können, dass in diesen Bereichen entsprechende Konzepte bestehen und die gesetzlichen Vorgaben eingehalten werden. Aktuell ist das Thema auch, weil ein nun knapp zwei Jahre gültiges vergünstigtes Einführungsangebot einer Branchenlösung, welche von der FMH zusammen mit Arbeitssicherheit Schweiz aufgebaut wurde, per 22. August 2023 abläuft. Anschliessend kann die Branchenlösung weiterhin erworben werden, kostet aber deutlich mehr.

Sie engagieren sich als Vorstandsmitglied von mfe in diesem Thema. Warum, und warum mfe?
Unsere Mitarbeitenden in unseren Praxen sind unser höchstes Gut und verdienen auch den besten Schutz vor Unfällen oder anderweitigen gesundheitlichen Schäden. Da ist es nur selbstverständlich, dass wir diese und uns selbst zum Beispiel vor Stichverletzungen oder dem unsachgemässen Umgang von Medikamenten oder Röntgenstrahlen schützen wollen. Auch mfe ist es wichtig, dass in den Haus- und Kinderarztpraxen die Vorgaben zum Schutz unserer Mitarbeitenden und Patientinnen und Patienten eingehalten werden und in diesem Bereich keine Kompromisse eingegangen werden.

Grundsätzlich bedeutet dies doch nochmals einen Mehraufwand in unseren Praxen. Lohnt sich das? Was empfiehlt mfe?
Es lässt sich nicht verhindern, dass die Konzepte und Aktivitäten zu diesen Themen dokumentiert werden müssen. Das bedeutet leider einen gewissen Mehraufwand. Dennoch sind wir von mfe überzeugt, dass sich ein solcher für die Gesundheit unserer Mitarbeitenden, die Patientinnen und Patienten und uns selbst lohnt. Wir begrüssen daher die Initiative der FMH und Arbeitssicherheit Schweiz mit der Branchenlösung sehr – diese unterstützt vor allem die grösseren ambulanten Praxen bestens. Praxen mit weniger als zehn Mitarbeitenden dürfen die Richtlinie mit einfachen Mitteln umsetzen; sie müssen aber, z.B. mit nachweislich getroffenen Massnahmen oder ausgefüllten Checklisten, glaubhaft aufzeigen können, wie die Thematik bearbeitet und welche Vorkehrungen getroffen wurden.

1 https://www.youtube.com/@arbeitssicherheitschweiz675/videos

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

Funktionelles Symptom?

SAPPM: 8 Credits

SGAIM: 6 Credits

pädiatrie schweiz: 5 Credits

Bienvenue à Bienne

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

Retrospektive Analyse

Kindernotfall: Konsultationen vor und nach Einstellung der kostenpflichtigen Beratungstelefone

Maren Tomaske
Kinderklinik, Stadtspital Zürich Triemli, Schweiz

Abstract

Einführung: Im Kanton Zürich wurden bis 2018 kostenpflichtige kindermedizinische Beratungstelefone (KiMed-Nrn) für Fragen im Zusammenhang mit Kindern und Jugendlichen rund um die Uhr betrieben. Mit Einführung der kantonalen Gratis-Einheitsnummer wurden die KiMed-Nrn für die minderjährige Bevölkerung sukzessive eingestellt.
Methodik: Die Entwicklung der Konsultationen auf dem Kindernotfall am Stadtspital Zürich (STZ) wurde für die Zeiträume vor (2016–2017) und nach Einstellung der KiMed-Nrn (2018–2022) verglichen. Die Inanspruchnahme des Kindernotfalls wurde bezüglich Zeitpunkt, Dringlichkeit sowie Patientenströme aus den verschiedenen Notfalldienst-Regionen untersucht.
Resultate: Mit Einstellung der KiMed-Nrn verzeichnet der Kindernotfall STZ einen deutlichen Anstieg der Konsultationen (bis 2019: +20,4%; bis 2022: +31,8%), davon traten mehr als die Hälfte zwischen 15 und 23 Uhr ein. Dem Grossteil (>70%) der Konsultationen wird eine niedrige Dringlichkeit zugeordnet. Bis Ende 2022 haben insbesondere die Konsultationen aus der Notfalldienst-Region Linker Zürichsee deutlich zugenommen (+46,6%).
Schlussfolgerung: Die interne Zahlenanalyse untermauert einen signifikanten Anstieg der Konsultationen seit Einstellung der KiMed-Nrn. Ob die Wiedereinführung einer dem Kindernotfall vorgelagerten, fachspezifischen und telemedizinischen Beratungs- und Triagestelle zur Bewältigung der aktuellen Situation zielführend wäre, bleibt dabei offen.

Einführung

Für Eltern ist die Abschätzung der Dringlichkeit im Falle einer Erkrankung ihres Kindes eine Herausforderung. In den kinderärztlichen Notfalldienst-Regionen (NFD-Regionen) des Kantons Zürich wurden vorgelagerte, kostenpflichtige kindermedizinische Beratungstelefone (KiMed-Nrn) angeboten. Auch die KiMed-Nr der Kinderklinik am Stadtspital Zürich (STZ) wurde von besorgten Eltern aus dem Einzugsgebiet rege genutzt und verzeichnete in ihrem letzten Betriebsjahr 2017 mehr als 10 000 Anrufe. Das Einzugsgebiet des Kindernotfalls STZ besteht im Wesentlichen aus den Bezirken Stadt Zürich links der Limmat (*Kernstadt*) sowie den umliegenden NFD-Regionen Linker Zürichsee, Dielsdorf Bülach (*Agglomeration*) und Limmattal Affoltern (*Agglomerationsgürtel*).

Am 1.1.2018 wurde eine kantonale Gratis-Einheitsnummer für nicht-lebensbedrohliche medizinische Notfälle eingeführt. Die Anrufe laufen über das Medical Response Center: #1 für Erwachsene, #2 für Fragen betreffend Kinder. Sämtliche kostenpflichtigen KiMed-Nrn im Kanton mussten sukzessive eingestellt werden, ein Weiterbetreiben verletzte den Tarifschutz. Seit 2019 wird die telefonische Beratung der Eltern aus dem Einzugsgebiet des STZ vollständig durch die Gratis-Einheitsnummer betrieben und bei Bedarf an den kinderärztlichen NFD weitergeleitet. Bei Anrufen ausserhalb der kinderärztlichen NFD-Zeiten (20–8 Uhr) erfolgt eine direkte Zuweisung zu einer der drei Kindernotfall-Stationen im Kanton. Am STZ ist diese zunehmend überlastet, was zu vermehrten Beschwerden von Eltern und Personal führt.

Ausgenommen davon war die Zeit der Corona-Pandemie durch die damit verbundenen Massnahmen: Ab März 2020 lagen die Kon-

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: Entwicklung der Konsultationen vor (2016–2017) und nach Einstellung der KiMed-Nrn (2018–2022).

sultationen auf den Kindernotfall-Stationen schweizweit tief. Die in den Wintermonaten vorherrschende Infektsaison, die bei Kindern insbesondere durch den Respiratorischen Synzytial-Virus (RSV) geprägt ist, war komplett ausgeblieben. Dagegen wurde die Schweiz im Juni 2021 und Herbst 2022 von einer ungewöhnlichen RSV-Epidemie getroffen, was auch im Rahmen des Projekts RSVEpiCH dokumentiert wurde [1].

Methodik

Für die Zahlenentwicklung wurden die jährlichen Statistiken vom Kindernotfall STZ verwendet: Anzahl der Konsultationen mit Eintrittstag und -zeit (Schichtzeiten) sowie Dringlichkeitsstufe der Konsultationen bei Eintritt. Gesundheitsbezogene Daten der Kinder oder solche, die Rückschlüsse auf die Person zulassen, sind in den Statistiken nicht enthalten. Die Konsultationen der Jahre vor (2016–2017) und nach Einstellung der KiMed-Nrn (2018–2022) wurden ausgewertet, mit Schwerpunkt auf Anzahl, Zeitpunkt und Dringlichkeitsstufe.

Zur Evaluation des Wohnbezirkes wurden Falldaten mittels Geotagging nach Wohnort aus der spitaleigenen Analyseplattform QlikView® gezogen. Die anonymisierte Zuordnung der Falldaten zum Leistungserbringer (Kindernotfall STZ) und zu den Wohnorten zeigt Fallzahlen pro Wohnbezirk bzw. NFD-Region. Die Daten wurden für die Jahre 2017–2021 gezogen, da das Spitalsystem zuvor keine verlässliche Zuteilung des Leistungserbringers zuliess und aktuellere Daten (noch) nicht zur Verfügung standen. Ausserkantonale Falldaten sind in der Auswertung nicht berücksichtigt.

Ethik: Das Projekt wurde anonymisiert und ohne Einbezug von gesundheitsbezogenen Personendaten durchgeführt. Durch die Kantonale Ethikkommission Zürich wurde bestätigt, dass die verwendeten Daten nicht unter das Humanforschungsgesetz fallen.

Resultate

Der Kindernotfall STZ hatte in den Jahren 2016–2017 eine stabile Auslastung, der Anstieg der Konsultationen lag bei 2%. Nach Einstellung der KiMed-Nrn kam es bis 2019 zu einem deutlichen Anstieg der Konsultationen (+20,4%). Diese gingen mit Beginn der Corona-Pandemie im Jahr 2020 um 33% zurück, erreichten jedoch bis Ende 2022 erneut die Höhe des Vor-Corona-Jahrs (+19,4%) bzw. stiegen seit Einstellung der KiMed-Nrn deutlich (+31,8%) an (Abb. 1).

Nach Wochentagen, Tageszeit sowie Dringlichkeit

Unter der Woche und an den Wochenenden sind die Konsultationen nach Einstellung der KiMed-Nrn in den Jahren 2018, 2019 und 2022 gleichmässig angestiegen. Über alle untersuchten Jahre fand die eine Hälfte der Konsultationen von Montag bis Donnerstag (Range: 49,1–51,4%), die andere von Freitag bis Sonntag (Range: 48,6–50,9%) statt. Feiertage wurden dabei nicht separat berücksichtigt.

In der Spätschicht (15–23 Uhr) gab es nach Einstellung der KiMed-Nrn deutlich mehr Eintritte (2018: +14,6%; 2019: +8,6%). Dieser Trend bestätigte sich auch 2022 gegenüber dem Vor-Corona-Jahr (+20,5%) (Abb. 2). Mit Einstellung der KiMed-Nrn wurden mehr als die Hälfte (53,9%) der Eintritte in der Spätschicht notiert (vor Einstellung: 50,3%), zudem stiegen die Eintritte in der Nachtschicht (23–7 Uhr) auf 16,1% (vor Einstellung: 12,7%).

Zur Einschätzung und Behandlung der Kinder auf dem Kindernotfall STZ erfolgt bei Eintritt eine Triagierung nach einem 5-Stufen-Modell entsprechend der Australasian Triage Scale [2, 3]. Die Einordnung in eine der 5 Dringlichkeitsstufen (Kategorien) erfolgt aufgrund der Gesamtbeurteilung von Atmung, Atemwegen, Kreislauf, Bewusstsein sowie von Schmerzen, wobei die Kategorien 4 und 5 normal oder nicht dringlich sind.

Die jährliche Veränderung der Kategorien bei Eintritt zeigte nach Einstellung der KiMed-Nrn einen Anstieg der Kategorien 4 in den Jahren 2019, 2021 und 2022. Der Anteil der Kategorien 4 und 5 bei Eintritt war dabei über alle untersuchten Jahre konstant hoch (>70%).

Nach NFD-region im Einzugsgebiet STZ

Mehr als die Hälfte der Konsultationen wiesen einen Wohnsitz in der NFD-Region Stadt Zürich auf, ein Drittel im Agglomerationsgürtel. Die Konsultationen haben in den ersten beiden Jahren nach Einstellung der KiMed-Nrn insbesondere aus den NFD-Regionen Stadt Zürich (+30,2%) und Linker Zürichsee (+38,1%) deutlich zugenommen. Aus der NFD-Region Linker Zürichsee stiegen sie bis 2021 am deutlichsten an (+46,6).

Abbildung 2: Entwicklung der Konsultationen vor (2016–2017) und nach Einstellung der KiMed-Nrn (2018–2022) – nach Zeitpunkt des Eintritts auf den Kindernotfall STZ.

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

Diskussion

Die Ergebnisse untermauern einen signifikanten Anstieg der Konsultationen auf dem Kindernotfall STZ seit Einstellung der KiMed-Nrn ab 2018. Nach vorrübergehend tieferen Konsultationen während der Corona-Pandemie sind diese bis Ende 2022 um mehr als 30% gestiegen. Über 70% davon sind in der normalen oder nicht-dringlichen Kategorie.

Diese Situation ist für die Spitäler unbefriedigend, nicht zuletzt, da hierdurch die Versorgung von dringlichen Konsultationen zunehmend gefährdet wird. Durch Personalengpässe bei der medizinischen Praxisassistenz, den Pflegefachpersonen und den Praxispädiatern und -pädiaterinnen verschärft sich schweizweit die Lage, den kinderärztlichen NFD flächendeckend anbieten zu können. Vor allem die langen Wartezeiten führen zu zunehmender Unzufriedenheit seitens der Eltern und des Personals.

Wie vielerorts kam es auch im Kindernotfall STZ im Rahmen der Corona-Pandemie zu einem Rückgang der Konsultationen. Dieser Rückgang wurde neben den damaligen Massnamen primär der Angst vor einer Ansteckung mit dem Coronavirus in Gesundheitseinrichtungen zugeschrieben [4, 5]. Seit der Pandemie scheint sich die epidemiologische Lage in der Schweiz drastisch zu wandeln, mit veränderten Verhalten von diversen Viren wie dem RSV und dem Influenzavirus [1, 6]. Dieser Umstand erschwert eine Vorhersage zum weiteren Verlauf der Konsultationen auf den Kindernotfall-Stationen. Die RSV-Welle im Herbst 2022 hat die Spitäler, die prioritär für die Versorgung akuter Notfälle zuständig sind, schweizweit mit schwer kranken Säuglingen und Kleinkindern an den Anschlag gebracht.

Die Daten sind deskriptiv, sodass offenbleibt, ob die Entwicklung der Konsultationen kausal mit der Einstellung der KiMed-Nrn in Zusammenhang steht oder der direkte Weg ins Spital mit einem kranken Kind für die Eltern vielerorts naheliegender geworden ist [7].

Die beiden anderen kantonalen Kindernotfall-Stationen in Zürich haben ihre hochprofessionelle Beratungstelefonie im Verbund mit anderen Spitälern bis Herbst 2021 fortgeführt, erst ab 2021/2022 wurde ein deutlich akzentuierter Anstieg der Konsultationen beobachtet. Anderes ergibt der Blick über die Kantonsgrenzen hinaus: Hier zeigt sich im Rahmen einer Anfrage bei den Leitern deutschsprachiger Schweizer Kinder-Notfallstationen, dass die Notfallkonsultationen nach einem Plateau, das je nach Region bis ca. 2019 andauerte, in den Jahren 2021/2022 um 10–30% zugenommen haben, obgleich die Beratungstelefonie an den Spitälern fortgeführt wurde.

Der hohe Anteil an Konsultationen mit niedriger Dringlichkeit bindet andernorts dringender benötigte Ressourcen [8, 9]. Täglich treten während der Spätschicht mehr als 50% der Konsultationen ein, obwohl in diesem Zeitfenster die umliegenden kinderärztlichen Praxen NFD leisten. Bemerkenswert ist, dass über 50% der Konsultationen einen Wohnsitz in der NFD-Region der Stadt Zürich aufweisen, also dort, wo die Dichte der kinderärztlichen Praxen im Einzugsgebiet am höchsten ist. Das demografische Porträt in Zürich zeigt, dass die Stadt Zürich anzahlmässig die Region mit den meisten 0- bis 14-Jährigen ist (mit einem stabilen Anteil von knapp 14%), sodass hier der grösste Bedarf für eine kindermedizinische Versorgung besteht. In den letzten Jahren fiel der grösste Teil des Bevölkerungswachstums auf die Städte Zürich und Winterthur, trotzdem scheint der Anstieg der Konsultationszahlen um mehr als 30% in dieser Region unverhältnismässig und nicht als logische Folge zu erklären. Der Anteil der ausländischen Bevölkerung, der in der Stadt Zürich seit Jahren konstant bei über 30% liegt, ist ebenfalls stabil und kann nicht als potentielle Erklärung herangezogen werden.

Auch die Bevölkerung der Agglomeration aus dem Einzugsgebiet des STZ wies in den letzten 5 Jahren (2017–2022) ein regelmässiges, langsames Wachstum von 1–1,5% auf [10]. Es erstaunt deswegen, dass vor allem die Konsultationen aus der NFD-Region Linker Zürichsee bis Ende 2022 um mehr als 45% zugenommen haben. Diese Region ist vorbildlich mit einer eigenen Website des NFD organisiert, auf der sie dessen Erreichbarkeit transparent publiziert.

Die Spitäler sind zunehmend mit einer hohen Anspruchshaltung an eine vollumfassende gesundheitsmedizinische Versorgung konfrontiert. Ob sich in dieser Region bereits das veränderte Marktverhalten zeigt oder weitere soziokulturelle Gründe auftauchen, weshalb trotz Verfügbarkeit der vertrauten Fachperson eher ein Spital ausgesucht wird, kann nur vermutet werden.

Neben dem Auf- und Ausbau einer Notfallpraxis im Spital sowie der personellen Stärkung der Notfallstationen liegt auch die Wiedereinführung einer telemedizinischen Beratungs- und Triagestelle auf der Hand. Da der kindliche Körper aufgrund der Physiologie leichter dekompensiert als der des Erwachsenen, kann die Beratung und Triage der Kinder zum Teil diffizil sein. Betroffene profitieren nachhaltig von einer auf Kinder zugeschnittenen, telemedizinischen Ersteinschätzung [11]. Zusätzlich könnte durch die Verpflichtung zur vorgelagerten fachspezifischen Triagierung eine bedarfsgerechte Zuweisung an einen Kindernotfall im Spital oder die Niedergelassenen erfolgen. Für die kantonale Gratis-Einheitsnummer liegt eine Leistungsvereinbarung für 5 Jahre vor: ein willkommener Moment, alle Optionen zu evaluieren, um die medizinische Versorgung der Kinder und Jugendlichen sicherstellen zu können und einen Beitrag für die überlasteten Kindernotfall-Stationen zu leisten.

Korrespondenz

Prof. Dr. med. Maren Tomaske
Kinderklinik
Stadtspital Zürich Triemli
Birmensdorferstrasse 497
CH-8063 Zürich
maren.tomaske[at]stadtspital.ch

Literatur

1 von Hammerstein AL, Aebi C, Barbey F, Berger C, Buettcher M, Casaulta C, et al. Interseasonal RSV infections in Switzerland – rapid establishment of a clinician-led national reporting system (RSV EpiCH). Swiss Med Wkly. 2021 Sep;151(3536):w30057.
2 Australasian College for Emergency Medicine. The Australasian Triage Scale. Emerg Med (Fremantle). 2002 Sep;14(3):335–6.
3 Stocker S. Triage in Schweizer Kinder-Notfallstationen. Paediatrica. 2006;17:35–7.
4 Hartnett KP, Kite-Powell A, DeVies J, Coletta MA, Boehmer TK, Adjemian J, et al.; National Syndromic Surveillance Program Community of Practice. Impact of the COVID-19 pandemic on emergency department visits – United States, January 1, 2019–May 30, 2020. MMWR Morb Mortal Wkly Rep. 2020 Jun;69(23):699–704.
5 Raskas MD, Feuerstein-Mendik GJ, Gerlacher G, Cohen S, Henning S, Cramer JM, et al. Epidemiology of 30,000 pediatric urgent care telemedicine visits in the era of COVID-19. Telemed J E Health. 2022 Oct;28(10):1404–11.
6 Saravanos GL, Hu N, Homaira N, Muscatello DJ, Jaffe A, Bartlett AW, et al. RSV Epidemiology in Australia Before and During COVID-19. Pediatrics. 2022 Feb 1;149(2):e2021053537.
7 Calicchio M, Valitutti F, Della Vecchia A, De Anseris AG, Nazzaro L, Bertrando S, et al. Use and misuse of emergency room for children: features of Walk-in consultations and parental motivations in a hospital in southern Italy. Front Pediatr. 2021 Jun;9:674111.
8 Simma L, Stocker M, Lehner M, Wehrli L, Righini-Grunder F. Critically Ill Children in a Swiss pediatric emergency department with an interdisciplinary approach: A prospective cohort study. Front Pediatr. 2021 Oct;9:721646.
9 Green SM, Ruben J. Emergency department children are not as sick as adults: implications for critical care skills retention in an exclusively pediatric emergency medicine practice. J Emerg Med. 2009 Nov;37(4):359–68.
10 Statistisches Amt Kanton Zürich [Internet]. Zürich: c2023. Gemeindeporträt; [about 3 screens]. Available from: https://www.zh.ch/de/politik-staat/gemeinden/gemeindeportraet.html
11 Shah AC, Badawy SM. Telemedicie in paediatrics: systematic review of randomized controlled trials. JMIR Pediatr Parent. 2021 Feb;4(1):e22696.

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.2023.10701 | 2023;23(8):242–245 | Prim Hosp Care
Originalarbeit | Peer reviewed article

Effizientere medizinische Arbeit, Motivationsgewinn für das Studium

Auswirkung der Einführung von Medical Scribes auf die Fachärzteschaft und Medizinstudierende

Urs Zimmermann[a], Giannina Buzzi[a], Georg F. Bauer[b]
[a] Klinik für Neonatologie und Kinder- & Jugendmedizin, Spital Bülach; [b] Abteilung Gesundheitsforschung und betriebliches Gesundheitsmanagement, Zentrum für Salutogenese, Institut für Epidemiologie, Biostatistik und Prävention, Universität Zürich

Abstract

Burnout ist auch bei Schweizer Ärztinnen und Ärzten ein bedeutendes Problem. Die Auswirkungen des zunehmenden betriebswirtschaftlichen Drucks spielen dabei eine bedeutende Rolle. Die Einführung von Medical Scribes, welche Ärztinnen und Ärzte von Schreib- und Administrationsarbeiten entlasten, hat das Potential, Burnout und vorzeitige Ausstiege aus der Tätigkeit am Patienten zu verhindern und gleichzeitig das betriebswirtschaftliche Ergebnis zu verbessern.

Einführung

Bereits 2005 litt ein Drittel der in der Grundversorgung tätigen Schweizer Ärztinnen und Ärzte an einer Burnout-Symptomatik [1]. Die Burnout-Rate scheint seitdem weiter anzusteigen [2, 3]. Gemäss einer Erhebung des gfs Bern im Auftrag des VSAO und der FMH im Jahre 2016 steigen gut 10% der Ärztinnen und Ärzte vorzeitig aus den patientenbezogenen Tätigkeiten aus. Fast 25% der Aussteigenden geben die Arbeit am Patienten bereits unmittelbar nach dem Abschluss des Medizinstudiums auf [4].

Die Ursache für die Entstehung eines Burnout ist multifaktoriell. Stresserzeugende Arbeitsfaktoren, wie zum Beispiel die zunehmende Last an medizinischer Dokumentation, spielen jedoch eine zentrale Rolle [1, 2, 4]. Einer der Hauptgründe für den vorzeitigen Ausstieg aus der Arbeit mit Patienten, den die Befragten angaben, war denn auch die Unzufriedenheit über die im Vergleich viel zu hohe administrative Tätigkeit [4].

Daneben tragen auch das Fehlen von salutogenen, Resilienz fördernden Faktoren zur Entstehung von Burnout bei, wie zum Beispiel das Gefühl, nicht genügend Zeit für die Kommunikation mit den Patienten zu haben oder nicht in der Lage zu sein, eine genügend gute Qualität in der Patientenversorgung zu gewährleisten [5].

In den USA, Kanada und Australien werden schon seit Längerem sogenannte Medical Scribes eingesetzt, mit dem Ziel, die Produktivität zu steigern und die Arbeitslast der Ärzteschaft zu verringern. Häufig sind es Studierende aus dem Gesundheitsbereich, die als Medical Scribes arbeiten [6, 7]. Ihre Aufgabe besteht darin, Dokumentations- und andere administrative Arbeiten zu übernehmen, damit sich die medizinische Fachperson auf ihre eigentlichen ärztlichen Tätigkeiten fokussieren kann. In den letzten Jahren sind international zahlreiche Arbeiten erschienen, welche die Auswirkung des Einsatzes von Medical Scribes auf die Produktivität von grossen medizinischen Einrichtungen verschiedener Fachrichtungen untersucht haben. Dabei konnte gezeigt werden, dass sowohl das betriebswirtschaftliche Ergebnis als auch die Effizienz und die Qualität der medizinischen Arbeit verbessert wurden [6–9].

Trotz des Erfolgs dieses Arbeitsmodells in Übersee werden in der Schweiz praktisch noch keine Medical Scribes eingesetzt. Diese Studie untersucht die Auswirkungen des Einsatzes von Medical Scribes auf die Ärzteschaft und auf die als Medical Scribes arbeitenden Medizinstudierenden selbst in einer kleineren schweizerischen Einrichtung. Dabei wird insbesondere untersucht, ob sich mit der Einführung von Medical Scribes Stress mindernde und Resilienz fördernde Faktoren verändern, welche das Potential haben, Burnout zu verhindern und vorzeitige Ausstiege aus der ärztlichen Arbeit mit Patienten abzuwenden. Wir bleiben in dieser Arbeit beim englischen Begriff «Medical

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: Argumente, welche bei der Beantwortung der offenen Frage von mindestens 2 der befragten Fachärztinnen und -ärzte spontan genannt wurden.

Scribe», da dieser sowohl in der Literatur als auch in den vereinzelten Kliniken im deutschsprachigen Raum, die bereits Medical Scribes einsetzen, einheitlich so verwendet wird.

Methode

Die Arbeit wurde in der Notfallpraxis für Kinder und Jugendliche am Spital Bülach durchgeführt. In dieser Notfallpraxis wurden jährlich um die 8000 Kinder und Jugendliche zwischen 0 und 16 Jahren behandelt. Die Patientinnen und Patienten wurden durch eine Pflegefachperson erstbeurteilt und anschliessend durch Fachärztinnen und -ärzte für Kinder- und Jugendmedizin untersucht und behandelt. Ende 2017 wurden Medizinstudierende im 4. und 6. Studienjahr als Medical Scribes angestellt. Nach einer entsprechenden Einführung arbeiteten sie während der Stosszeiten der Notfallpraxis, also abends und an Wochenenden. Sie begleiteten die Fachärztin oder den Facharzt in das Sprechzimmer und dokumentierten Anamnese sowie Untersuchungsbefunde fortlaufend, während die Eltern befragt und das Kind fachärztlich untersucht wurde. Auf ärztliche Anordnung hin meldete der Medical Scribe zusätzliche Untersuchungen an. Schliesslich dokumentierte er auch die Beurteilung und das Prozedere und schloss den Bericht ab. Dieser wurde dann unmittelbar nach Abschluss der Behandlung den Eltern mitgegeben. Je nach Ausbildungsstand und Arbeitsanfall durften Medical Scribes auch selbst unter fachärztlicher Aufsicht Anamnesen und Befunde erheben und gelegentlich auch kleinere Interventionen wie Wundversorgungen durchführen.

Die Auswirkungen dieser Tätigkeit auf die als Medical Scribes arbeitenden Medizinstudierenden selbst wurden in einem Fokusgruppengespräch untersucht, an dem 4 der 6 zum Zeitpunkt der Untersuchung angestellten Medial Scribes teilnahmen. In einer durch einen Moderator geleiteten, semi-strukturierten Gruppendiskussion äusserten sich die Medical Scribes zu diversen Themen. Das Gespräch wurde aufgenommen und anschliessend transkribiert. Die Auswertung erfolgte mittels zusammenfassender Inhaltsanalyse. Dabei wurde streng darauf geachtet, ob ein Argument spontan geäussert wurde oder erst auf Nachfrage des Moderators.

Um die Auswirkung der Arbeit mit Medical Scribes auf die Fachärztinnen und -ärzte zu untersuchen, wurden Letztere gebeten, einen Fragebogen mit einer offenen und mehreren geschlossenen Fragen anonym zu beantworten. Zur Zeit der Erhebung waren 10 Fachärztinnen und -ärzte in der Notfallpraxis für Kinder und

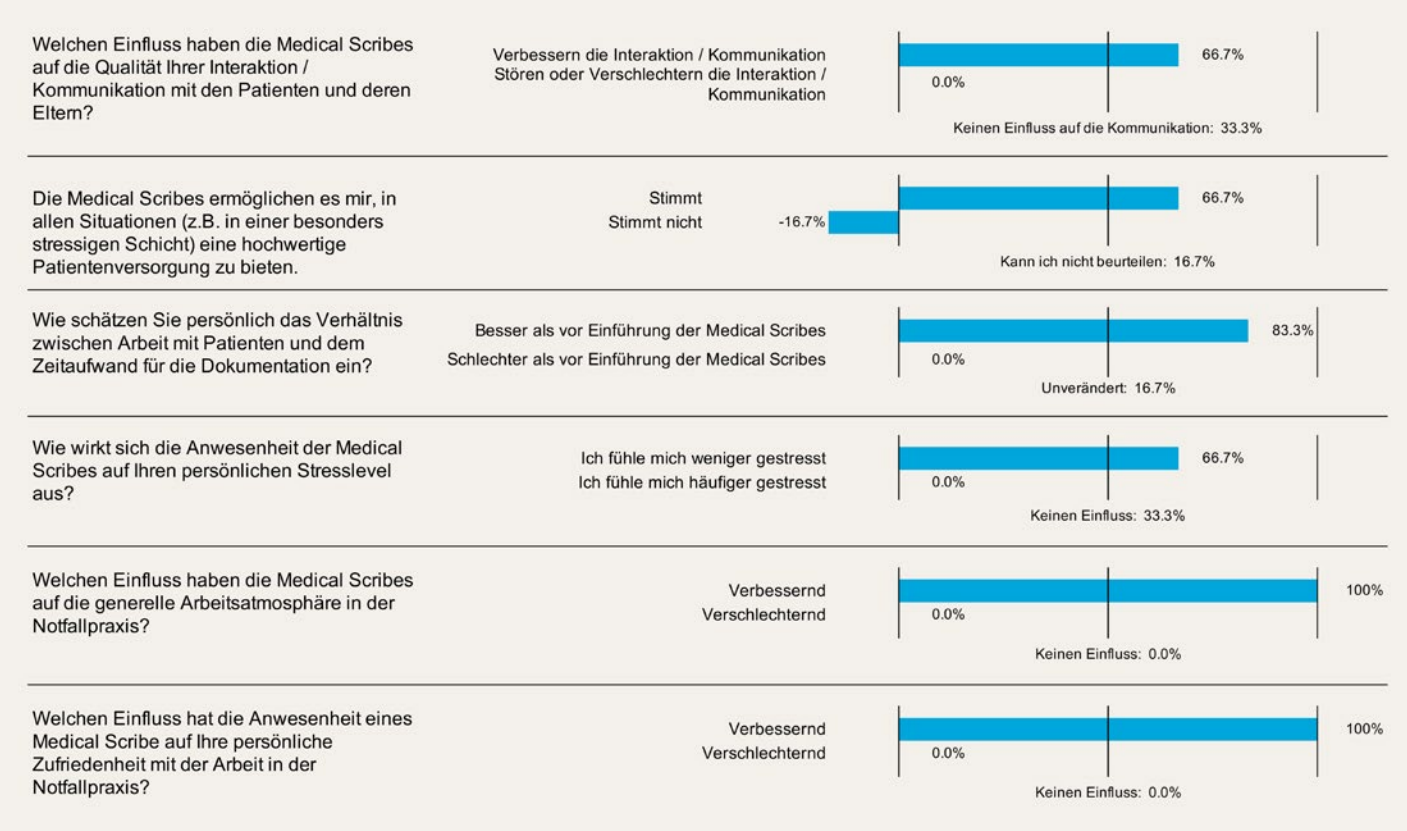

Abbildung 2: Antworten der Fachärztinnen und -ärzte auf die geschlossenen Fragen (Antwortoptionen: zustimmen, ablehnen, neutral); n = 6.

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

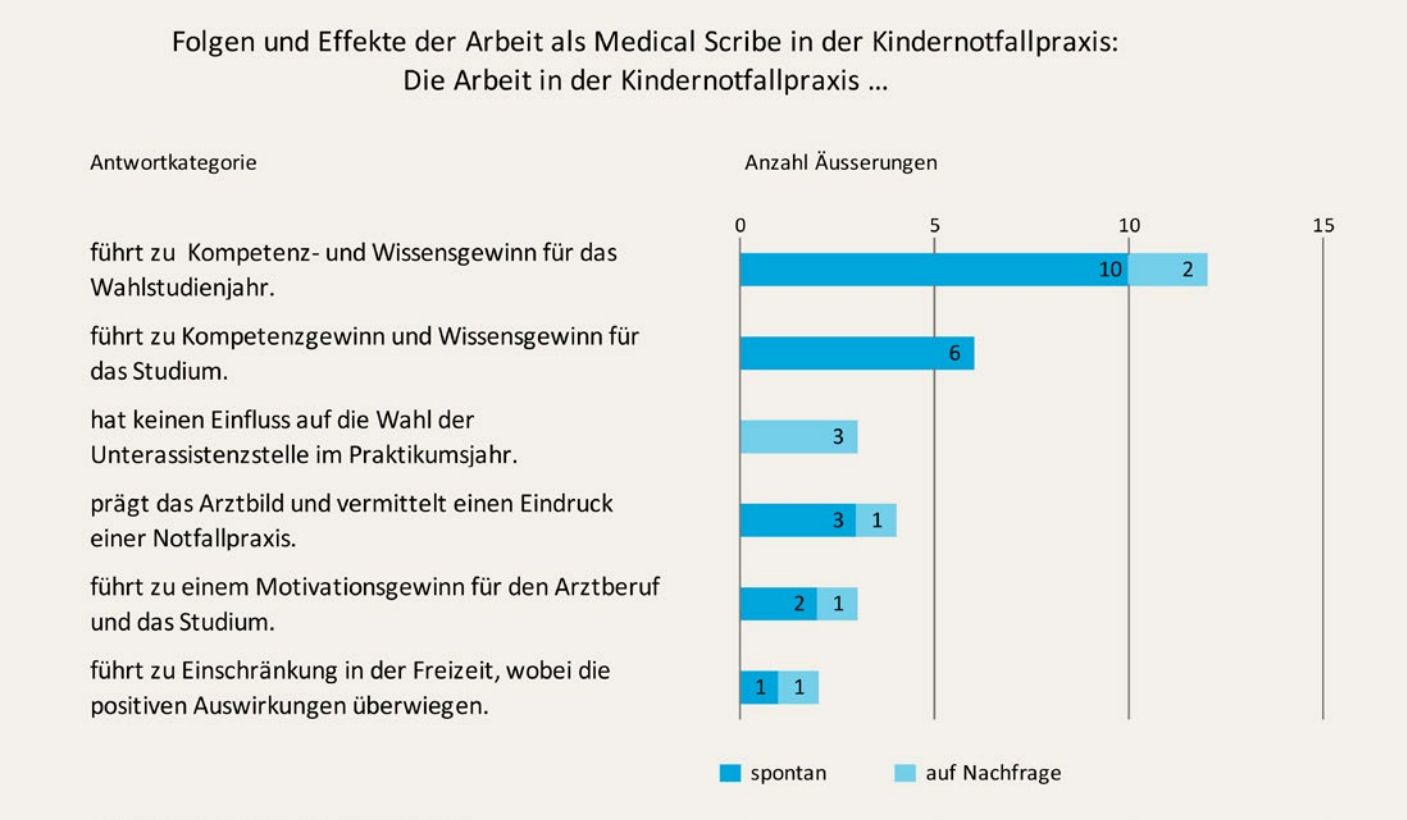

Abbildung 3: Anzahl der Äusserungen pro Antwortkategorie aus dem Fokusgruppengespräch der Medical Scribes. Anzahl Teilnehmer: 4 von 6 angestellten Medical Scribes.

Jugendliche angestellt, einige von ihnen in Teilzeit. Die Rücklaufquote betrug 60%. Bei den returnierten Fragebogen wurden jeweils sämtliche Fragen vollständig beantwortet.

Die Studie wurde als Masterarbeit an der Universität Zürich durchgeführt und erfüllt sämtliche entsprechenden Vorgaben. Eine Bewilligung durch die Ethikkommission war nicht notwendig.

Resultate

Auswirkung von Medical Scribes auf die Fachärztinnen und Fachärzte

Zwei Drittel der Fachärztinnen und -ärzte gaben in der offenen Frage spontan an, dass sich der Arzt-Patienten-Kontakt durch die Anwesenheit eines Medical Scribe verbesserte und dass eine Zeitersparnis sowie eine Effizienzsteigerung bemerkbar wurden (Abb. 1). Die Hälfte der Befragten äusserten zudem spontan, dass sie sich bei hoher Arbeitsbelastung deutlich entlastet fühlten. Ferner wurde wiederholt spontan erwähnt, dass sich die Freude an der Arbeit vermehrte und sich das Teamwork-Gefühl verstärkte. Bei den geschlossenen Fragen zeigte sich, dass 2/3 der Befragten die Qualität der Interaktion und Kommunikation mit den Patientinnen/Patienten und deren Eltern als verbessert erlebten und dass es ihnen in besonders stressigen Situationen besser gelang, eine hochwertige Patientenversorgung zu bieten, wenn sie durch einen Medical Scribe unterstützt wurden (Abb. 2). Das Verhältnis zwischen Arbeit am Patienten und Zeitaufwand für Dokumentation empfanden 83% der Befragten nach der Einführung der Medical Scribes als besser. Die Anwesenheit von Medical Scribes führte bei 2/3 der Befragten zu einer Reduktion des persönlichen Stresslevels. Schliesslich waren sich alle teilnehmenden Fachärztinnen und -ärzte einig, dass die persönliche Zufriedenheit mit der Arbeit in der Notfallpraxis durch die Anwesenheit von Medical Scribes verbessert wurde und dass die Medical Scribes zu einer generellen Verbesserung der Arbeitsatmosphäre in der Notfallpraxis beitrugen.

Auswirkung der Arbeit als Medical Scribe auf die als Medical Scribes arbeitenden Medizinstudierenden selbst

Als bedeutendsten Effekt der Arbeit als Medical Scribe erlebten die Medizinstudierenden einen Kompetenz- und Wissensgewinn, der sie insbesondere gut auf das Wahlstudienjahr vorbereitete, sich aber auch auf das Studium als Ganzes positiv auswirkte (Abb. 3). Es zeigte sich zudem, dass durch den Nebenjob das Bild des Arztberufs entscheidend mitgeprägt wurde und ein Teil der Medical Scribes einen Motivationsgewinn für das Studium und den Arztberuf erfahren hat. Von zwei Medical Scribes kritisch angesprochen wurde die mit dem Nebenjob verbundene Einschränkung der Freizeit, wobei sich beide einig waren, dass die Vorteile diesen Nachteil überwiegen. Einzelne Teilnehmende berichteten ferner über einen persönlichen Gewinn von Selbstvertrauen im Allgemeinen und beim Sich-Einbringen in ein Team sowie über eine Reduktion der Angst vor neuen Situationen und beim Kennenlernen neuer Personen.

Diskussion

Mit der Einführung von Medical Scribes kam es für die Fachärztinnen und -ärzte zu durchwegs positiven Auswirkungen. Bei einem Grossteil der Befragten führten Medical Scribes zu einer direkten Reduktion des persönlich erlebten Stresslevels während der Arbeit. Ferner kam es zu einer deutlichen Steigerung im Empfinden der Selbstwirksamkeit, indem sich die Fachärztinnen und -ärzte als effizienter erlebten, die Interaktion und Kommunikation mit den Patientinnen/Patienten und deren Eltern als deutlich besser empfanden und auch in Stresssituationen eine hochwertige Patientenversorgung anbieten konnten. Letztlich erlebten sämtliche Befragten eine Verbesserung der Arbeitsatmosphäre, und die persönliche Zufriedenheit mit der Arbeit stieg an. Damit führt die Einführung

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

von Medical Scribes zu Verbesserungen, die allesamt das Potential haben, das Burnout-Risiko zu senken.

Bei den als Medical Scribes arbeitenden Medizinstudierenden kam es neben einem Kompetenz- und Wissensgewinn auch zu einem Motivationsschub für das Medizinstudium und den künftigen Arztberuf. Sie konnten ein realistisches Bild des Arztberufes gewinnen und sich in sogenannten Soft Skills wie der Integration in ein Team oder dem Umgang mit neuen Situationen üben und das persönliche Selbstvertrauen stärken. Damit dürften sie durch die Arbeit als Medical Scribes nicht nur kurzfristig für das erfolgreiche Abschliessen des Studiums profitieren, sondern auch gut auf den Übergang ins Berufsleben nach dem Staatsexamen vorbereitet worden sein.

Unsere Resultate decken sich mit Ergebnissen aus internationalen Studien [7, 10]. Ob durch einen verbreiterten Einsatz von Medical Scribes tatsächlich die Burnout-Rate gesenkt und vorzeitige Ausstiege aus dem klinischen Arztberuf verhindert werden können, müsste in einer grösseren Studie untersucht werden. Die vorliegende Arbeit zeigt auf, dass auch in der Schweiz das Potenzial dazu besteht. Dieses Potenzial auszunützen, ist vor allem deshalb attraktiv, weil aus der Literatur bestens belegt ist, dass die Einführung von Medical Scribes primär aus betriebswirtschaftlichen Überlegungen Sinn macht. Damit besteht eine aussergewöhnliche Möglichkeit, die Gesundheit und Motivation von Ärztinnen und Ärzten zu erhöhen und dabei gar noch das betriebswirtschaftliche Ergebnis zu verbessern.

Anmerkung:

Die vorliegende Arbeit ist Teil einer umfangreichen Masterarbeit von Giannina Buzzi 2021 an der Medizinischen Fakultät der Universität Zürich. In dieser Masterarbeit wurden noch weitere Aspekte untersucht. Unter anderem konnte nachgewiesen werden, dass sich die Qualität der Berichte nach Einführung von Medical Scribes verbesserte. Die Arbeit kann gerne bei den Autoren bezogen werden.

Korrespondenz

Dr. med. Urs Zimmermann
Klinik für Neonatologie und
Kinder- & Jugendmedizin
Spital Bülach AG
Spitalstrasse 24
CH-8180 Bülach
urs.zimmermann[at]spitalbuelach.ch

Literatur

1 Goehring C, Bouvier Gallacchi M, Künzi B, Bovier P. Psychosocial and professional characteristics of burnout in Swiss primary care practitioners: a cross-sectional survey. Swiss Med Wkly. 2005 Feb;135(7-8):101–8.
2 von Känel R. Burnout und Resilienz bei Ärztinnen und Ärzten. Primary and Hospital Care: Allgemeine Innere Medizin. 2017;17(3):51–6.
3 Arigoni F, Bovier PA, Sappino AP. Trend of burnout among Swiss doctors. Swiss Med Wkly. 2010 Aug;140:w13070.
4 Bolliger C, Golder L, Jans C Der Ausstieg aus der kurativen ärztlichen Tätigkeit. Schlussbericht. Bern: Büro Vatter/gfs.bern; 2016.
5 Shanafelt TD, Bradley KA, Wipf JE, Back AL. Burnout and self-reported patient care in an internal medicine residency program. Ann Intern Med. 2002 Mar;136(5):358–67.
6 Arya R, Salovich DM, Ohman-Strickland P, Merlin MA. Impact of scribes on performance indicators in the emergency department. Acad Emerg Med. 2010 May;17(5):490–4.
7 Ziemann M, Erikson C, Krips M. The Use of Medical Scribes in Primary Care Settings: A Literature Synthesis. Med Care. 2021 Oct;59(10 Suppl 5):S449–56.
8 Hess JJ, Wallenstein J, Ackerman JD, Akhter M, Ander D, Keadey MT, et al. Scribe Impacts on Provider Experience, Operations, and Teaching in an Academic Emergency Medicine Practice. West J Emerg Med. 2015 Sep;16(5):602–10.
9 Bank AJ, Gage RM. Annual impact of scribes on physician productivity and revenue in a cardiology clinic. Clinicoecon Outcomes Res. 2015 Sep;7:489–95.
10 Gidwani R, Nguyen C, Kofoed A, Carragee C, Rydel T, Nelligan I, et al. Impact of Scribes on Physician Satisfaction, Patient Satisfaction, and Charting Efficiency: A Randomized Controlled Trial. Ann Fam Med. 2017 Sep;15(5):427–33.

Anzeige

SGAIM SSMIG SSGIM

7. SGAIM Herbstkongress
21.–22.09.2023 Kongresshaus Zürich

Besuchen Sie uns an unserem Stand – Wir freuen uns auf Sie

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.2023.10696 | 2023;23(8):246–249 | Prim Hosp Care

Teil 2: Antibiotikatherapie, Pneumonie, Harnwegsinfektionen, Erysipel

Infektionen bei älteren Menschen

Eine sorgfältige Anamnese, Untersuchung und Nachkontrolle erlauben auch bei älteren Menschen mit Infektionskrankheiten eine nuancierte Beurteilung und erfolgreiche Behandlung, teils auch ohne Antibiotikaeinsatz.

Olivier Petitat[a], Matthias Berger[b], Eugénie Colin-Benoit[c], Charles Béguelin[d], Bernard Flückiger[e], Bettina Hurni[f], Massimo Ruffo[f], Alexandra Röllin[g], Gisela Etter[h], Martina Heim[i], Katia Boggian[j], Philip Tarr[a]

[a] Medizinische Universitätsklinik, Infektiologie und Spitalhygiene, Kantonsspital Baselland, Bruderholz, Universität Basel; [b] Allgemeine Innere Medizin FMH, Schwerpunkt Geriatrie, Toffen/BE; [c] Universitätsklinik für Infektiologie, Inselspital Bern, Universität Bern; [d] Spitalzentrum Centre hospitalier Biel-Bienne, Infektiologie und Innere Medizin, Biel-Bienne; [e] Adullam Spital, Allgemein Innere Medizin FMH, Schwerpunkt Geriatrie, Basel-Stadt; [f] Klinik für Rehabilitation und Altersmedizin, Allgemeine Innere Medizin FMH, Schwerpunkt Geriatrie, Kantonsspital Baselland Bruderholz, Baselland; [g] Allgemeine Innere Medizin FMH, Bern; [h] Allgemeine Innere Medizin FMH, FA Homöopathie (SVHA), Richterswil ZH; [i] Akutgeriatrie Kantonsspital Graubünden, Allgemeine Innere Medizin FMH, Schwerpunkt Geriatrie, Chur/Graubünden; [j] Klinik für Infektiologie und Spitalhygiene, Kantonsspital St. Gallen, St. Gallen

Ist die Infektionstherapie im Alter anders?

Interessanterweise nein: Die Guidelines empfehlen im Alter keine andere Therapie oder tiefere Antibiotikadosis; die Datenlage ist aber erstaunlich dürftig [200–202]. Heute setzt sich klar ein Trend zu kürzerer Antibiotikadauer durch (Tab. 1), was ebenso wirksam ist und zu weniger Resistenzen führt [203].

Soll ich bei Niereninsuffizienz die Antibiotikadosis reduzieren?

Dies ist selbst bei IV-Therapie meist nicht nötig, denn die meisten Antibiotika sind nicht nephrotoxisch, und eine anfängliche (durch Dehydrierung bedingte) Niereninsuffizienz erholt sich bei >50% der Patientinnen und Patienten bereits innert 48 h [204, 205].

Pneumonie im Alter

Pneumonien sind ab dem 65. Lebensalter viel häufiger [206], ebenso Hospitalisationen [207], und es kommt gelegentlich zu Todesfällen [15, 208–210]. Residuelle Müdigkeit, Husten, Dyspnoe und eine reduzierte Leistungsfähigkeit 1–2 Monate nach erfolgreicher Behandlung sind nicht selten [211–213] – eine

Tabelle 1: Empfohlene empirische ambulante Antibiotikatherapie und Behandlungsdauer bei häufigen Infektionen beim älteren Menschen.

Infektion	Empfohlenes Antibiotikum	Empfohlene Behandlungsdauer	Bemerkungen
Pneumonie	• Amoxicillin 1 g alle 8 h (ohne Komorbiditäten) • Co-Amoxicillin 1 g alle 8 h (falls COPD, Komorbiditäten) Alternativen: • Doxycyclin 100 mg alle 12 h • Clarithromycin 500 mg alle 12 h • Azithromycin 500 mg alle 24 h	• 5 Tage meist ausreichend (2–3 Tage nach Entfieberung/ klinischer Stabilisierung) • Azithromycin 3 Tage	• Nur in schweren Fällen oder bei verzögertem Ansprechen: 7 Tage • Etwa 15% der Pneumokokken sind Clarithromycin und Doxycyclin-resistent. • Optional: keine Antibiotikatherapie bei Procalcitonin <0.25 µg/l
Zystitis	• Primär antibiotikafreie Therapie möglich • Falls Antibiotika: – Nitrofurantoin 100 mg 1-0-1 für 5 Tage – Fosfomycin 3 g Einzeldosis – Cotrimoxazol forte 1-0-1 für 3 Tage (5 Tage, falls funktionelle oder strukturelle Pathologie oder falls Mann)		• Ausschlussdiagnose: kein Fieber, keine Flankenschmerzen, keine Flankenklopfdolenz • Antibiotikawahl soll lokale Resistenzsituation berücksichtigen (siehe anresis.ch)
Pyelonephritis	Ciprofloxacin 500 mg 1-0-1 Cotrimoxazol forte 1-0-1 Levofloxacin 500 mg 1-0-1	5(–7) Tage	• falls Übelkeit: evtl. 1 Dosis Ceftriaxon 2 g i.v., dann erst Beginn Ciprofloxacin per os • Antibiotikawahl soll lokale Resistenzsituation berücksichtigen (siehe anresis.ch)
Akute Prostatitis	Ciprofloxacin 500 mg 1-0-1 Levofloxacin 500 mg 1-0-1 Cotrimoxazol forte 1-0-1	Akut: 2 Wochen Chronisch: 4–6 Wochen	• Krank wirkender, febriler Patient mit schmerzhafter Prostata (digital-rektale Untersuchung)
Erysipel	Co-Amoxicillin 1 g alle 8 h	Meist ca. 5 Tage – nach Klinik (bis Schmerz, Überwärmung deutlich besser)	

Modifiziert nach [203] und den Empfehlungen der Schweizerischen Gesellschaft für Infektiologie (https://ssi.guidelines.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

Pneumonie ist eindeutig mehr als eine Erkältung. Bei manchen fragilen Patientinnen und Patienten kann es nach Pneumonie sogar dauerhaft zu geschwächtem Gesamtzustand und zum Verlust der Selbständigkeit kommen [211, 214, 215]. Die 1-Jahres-Mortalität bei hospitalisierten, älteren Patientinnen und Patienten ist hoch: 8–25% [211, 216–218].

Welche Risikofaktoren begünstigen eine Pneumonie im Alter?
Viele sind den Hausärzten gut bekannt [219]: reduzierter Hustenreflex [220], schlechte Mundhygiene [220–222], Schluckstörungen (erhöhen die Aspirationsneigung) [223], z.B. nach cerebrovaskulärem Insult. Zudem erhöhen früher durchgemachte Pneumonien, Bettlägerigkeit, Komorbiditäten, Immunsuppression, Mangelernährung, Alkoholüberkonsum [224], Rauchen [225, 226] sowie Immunoseneszenz und Inflammaging [225, 227–231] das Pneumonierisiko.

Welche Medikamente begünstigen Pneumonien?
Neuroleptika [232], Opioide (immunsuppressiver Effekt) [233–235] und selbst niedrig dosiertes Prednison (>5 mg) erhöhen das Pneumonierisiko [236]. Protonenpumpen-Hemmer erhöhen das Pneumonierisiko, aber der Effekt scheint eher klein [229, 237, 238].

Wie verlässlich sind Leukozyten und CRP zur Pneumoniediagnose beim älteren Menschen?
Weniger verlässlich als bei jüngeren Patientinnen und Patienten [142, 239–242]. Die Leukozyten sind im Blut öfter normal oder erniedrigt, eine Linksverschiebung ist seltener [243]. Das CRP ist in der Regel erhöht [244]: Ein CRP über 30 g/l erhöhte die Pneumoniewahrscheinlichkeit in einer holländischen Studie in Hausarztpraxen [245]; das CRP kann bei Beschwerdedauer von <24 h aber noch normal sein [246]. Wichtig: Pneumonien sind viel seltener als virale Atemwegsinfektionen; nur 5% der Patientinnen mit akutem Husten in der Praxis haben eine Pneumonie [245]. Ein normales CRP hat oft einen beruhigenden Effekt, es kann auch bei APH-Bewohnerinnen und -Bewohnern mit Atemwegsinfekt helfen, Antibiotika zu vermeiden [247].

Soll ich statt des CRPs eher das Procalcitonin messen?
Eher nein. Ein Antibiotikaentscheid gemäss Procalcitonin (PCT) wird in den Guidelines nicht empfohlen [248–250]. Das PCT [251] zeigt bei älteren Patientinnen und Patienten keinen klaren diagnostischen Nutzen verglichen mit dem CRP [244, 252, 253] und war in der holländischen Hausarztstudie dem CRP sogar unterlegen [245].

Sind die Röntgenbefunde bei älteren Patientinnen und Patienten mit Pneumonie anders?
Die Datenlage ist schwach. Infiltrate können durch Herzinsuffizienz bedingt sein oder wegen Dehydrierung verzögert auftreten (und sich nach Hydrierung verschlechtern). Und das Abklingen der radiologischen Zeichen kann verzögert sein [239, 254].

Ist das Keimspektrum bei Pneumonie im Alter anders?
Ja. Zwar sind, wie bei jüngeren Personen, Pneumokokken die häufigste bakterielle Pneumonieursache [255], atypische Keime (besonders Mykoplasmen) sind im Alter seltener [256, 257], jedoch die Legionellose deutlich häufiger [258, 259]. APH-Bewohnerinnen und -Bewohner haben gehäuft eine Aspirationspneumonie [260].

Wen darf ich ambulant behandeln?
Ambulante Therapie nur, wenn eine gute Überwachung zu Hause gewährleistet ist, denn eine rasche Verschlechterung ist v.a. in den ersten Tagen möglich [205]. Geschwächte und alleinlebende Patientinnen und Patienten im Zweifel hospitalisieren – dies bleibt eine klinische Entscheidung der behandelnden Fachperson. Gewisse Scores können helfen, z.B. der Pneumonia Severity Index (PSI) [261, 262] und der einfachere CURB-65 [262–264]: Alter >65, Niereninsuffizienz (Harnstoff >7 mmol/l), Verwirrung, Blutdruck systolisch <90 oder diastolisch <60 und Atemfrequenz >30 geben je einen Punkt. Schon ab zwei Punkten soll eine (kurz)stationäre Behandlung erwogen werden.

Kann ich in gewissen Fällen eine Pneumonie antibiotikafrei behandeln, ähnlich der Streptokokkenangina [265] oder Zystitis [266]?
Spätestens seit der COVID-19-Pandemie haben wir gelernt, reflexartig eingesetzte Antibiotika zu vermeiden und sie nur bei dichten Röntgen-Infiltraten (Konsolidationen), erhöhtem CRP, Neutrophilie oder bei schwerem Verlauf zu geben. Nun empfehlen prominente Stimmen aus Klinik [267] und Komplementärmedizin [268], dass wir Antibiotika auch bei Pneumonie differenziert einsetzen sollten (Kasten 3): Eine primär antibiotikafreie Behandlung unter engmaschiger Nachkontrolle ist denkbar, falls keine Argumente für eine bakterielle Pneumonie vorliegen. Bei der COPD sanken Exazerbationshäufigkeit und -dauer mit homöopathischer Behandlung zusätzlich zur Standardtherapie [269].

Soll ich unter Antibiotikatherapie Nahrungssupplemente stoppen?
Jein. Bei Penicillinen und Cephalosporinen gibt es wenig Interaktionssorgen. Kationen wie Kalzium (Osteoporose), Magnesium (Krämpfe), Zink und Eisen können hingegen mit Chinolonen und Tetrazyklinen im Darm Komplexe bilden und so deren Absorption und Wirksamkeit in Frage stellen [270, 271].

Kasten 3: Argumente für bakterielle Pneumonie.

- hyperakuter Beschwerdebeginn
- fehlende virale Symptome (Ein-Etagen-Symptomatik mit Husten, aber ohne Schnupfen, Halsweh, rote Konjunktiven)
- initial milde Symptomatik und sekundäre Verschlechterung (wird gerne als «bakterielle Superinfektion» interpretiert)
- Leukozyten >15 000/µl oder <6000/µl
- Linksverschiebung
- PCT >0,25 µg/l
- dichtes oder lobäres Röntgen-Infiltrat

Faktoren, die eher für eine virale Pneumonie sprechen:
- «virale» (= obere) Atemwegs-Symptome
- Jemand in der Familie/ aus dem engen sozialen Umfeld ist «viral» erkrankt.
- normale oder nur minim erhöhte Leukozyten
- CRP <30 g/l
- PCT <0,1 µg/l
- Infiltrate sind «nur» fleckig/milchglasartig

Modifiziert nach [267]

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 zeitversetzte Einnahme (Chinolon morgens/abends, Kalzium am Mittag) bringt wenig – das Kation während der Antibiotikatherapie am besten ganz pausieren.

Soll ich auf Fluorchinolone nicht sowieso verzichten?
Wenn möglich, ja (Kasten 4): Chinolone nur einsetzen, wenn keine Alternativen bestehen [272], nur unter engmaschiger Kontrolle [271, 273] und nicht bei selbstlimitierenden Infekten wie Zystitis [266, 274].

Kasten 4: Wir sollten, wenn möglich, auf Chinolone verzichten.

Fluorochinolone (Ciprofloxacin, Levofloxacin, Moxifloxacin u.a.) werden zunehmend mit ungünstigen Wirkungen in Verbindung gebracht. Die US-Behörden raten seit 10 Jahren zu grosser Zurückhaltung [275]. Vorsicht bzgl. QTc-Verlängerung [276], v.a. in Kombination mit Antidepressiva (SSRI) [277]. Chinolone schädigen die Darmflora möglicherweise mehr als andere Antibiotika [278] und fördern die Bildung resistenter endogener *E. coli*-Stämme im Darm [279]. Chinolone begünstigen bei älteren Patienten Delir und andere neurologische Symptome [280] – Höchstdosis nur vorsichtig einsetzen.

Haben ältere Patienten mit Pneumonie eine langsamere Genesung?
Ja [281]. Bis zur klinischen Stabilität (subjektive Besserung, afebril, normaler Blutdruck) kann es länger als die empfohlenen 2–3 Tage dauern. Vor allem bei älteren oder multimorbiden Patientinnen und Patienten sind es eher 5–7 Tage [282]. Meist liegt bei langsamer Genesung keine Komplikation (z.B. Empyem) vor; es braucht einfach 2–3 Tage länger Geduld.

Ist eine wirksame Pneumonie-Prävention bei älteren Leuten möglich?
Ja. Nebst Rauchstopp und gemässigtem Alkoholkonsum sollten Opiat-, Benzodiazepin- und Neuroleptikatherapien re-evaluiert oder dosisreduziert werden (Stichwort: reduzierter Mentalstatus, neurokognitive Dysfunktion, Sturz- und Aspirationsrisiko). Der Zusammenhang zwischen Karies und Aspirationspneumonie ist gut dokumentiert – Zahnsanierung, regelmässiges Zähneputzen und professionelle Dentalhygiene sind präventiv wirksam [283]. Gute Daten, dass regelmässige Munddesinfektion das Pneumonierisiko senkt, gibt es allerdings nur bei hospitalisierten älteren Patientinnen und Patienten, die wegen Schluckstörungen ein erhöhtes Aspirationsrisiko haben [284–289].

Harnwegsinfektionen im Alter

Ist die klinische HWI-Präsentation im Alter oft unspezifisch?
Dies wird wiederholt berichtet, aber das Thema ist komplex [290, 291]. Die Fachliteratur ist schwierig zu interpretieren, weil sie dazu neigt, HWI mit Bakteriurie gleichzusetzen anhand der Hypothese, dass andere Symptome wie Dysurie und Pollakisurie beim alten Menschen mit HWI fehlen können. Leider werden mit dieser Haltung vielfältige, häufige, oft vage und selbstlimitierte Symptome im Alter wie Mentalstatus-Verschlechterung, Unwohlsein und Gangunsicherheit, aber auch chronisch fluktuierende Symptome wie Harndrang oder Urininkontinenz als HWI interpretiert, auch wenn in vielen Fällen ausser Bakteriurie keine HWI-Evidenz vorliegt, und es kommt zum unnötigen Einsatz von Antibiotika [292–294].

Wie häufig ist die asymptomatische Bakteriurie (ASB)?
Häufig – mit und ohne HWI, mit und ohne Fieber, mit und ohne DK [295–299]. Die Prävalenz bei Frauen über 80 ist >20% und bei Männern über 80 etwa 5–10% [300]. Im APH ist die ASB-Prävalenz nochmals deutlich höher (Frauen 25–50%, Männer 15–40%) [292]. Die ASB kann jahrelang persistieren.

Wenn die ASB mit Leukozyturie einhergeht, dann ist es ein HWI. Stimmt das?
Nein. ASB geht regelmässig mit Leukozyturie einher, und dies hat keine zusätzliche Bedeutung. ASB ist übrigens definiert als bakterielles Wachstum in der Urinkultur – die Bakterien im Streifentest sind irrelevant.

Ist eine fehlende Leukozyturie ein gutes Argument gegen einen HWI?
Ja, dies hat einen hohen negativen Vorhersagewert, also dass kein HWI vorliegt [294, 301].

Wann soll ich also beim alten Menschen an einen HWI denken?
Eine HWI-Diagnose soll nur erwogen und eine Urinkultur nur bei neu auftretenden fokalen HWI-Symptomen (Dysurie, Pollakisurie) oder Fieber gemacht werden, wenn die Symptome nicht spontan regredient sind und wenn nach sorgfältiger Evaluation keine andere Erklärung dafür erkennbar ist – selbst bei DK-Trägern [278, 295, 302]. Dies empfiehlt auch smartermedicine.ch. Der Goldstandard für die HWI-Diagnose sollen also auch beim alten Menschen die typischen Symptome sein, plus die Bestätigung in der Urinkultur (Wachstum eines uropathogenen Keims). Im APH ist Fieber nach sorgfältiger internistischer Untersuchung 5- bis 10-mal häufiger durch eine Atemwegsinfektion als durch einen HWI bedingt [299, 303].

Kann ein Delir Ausdruck eines HWIs sein?
Der Zusammenhang zwischen Delir und HWI wird oft erwähnt, ist aber nicht erwiesen. Die gleichen Komorbiditäten begünstigen sowohl Delir als auch Bakteriurie [292, 302]. Delir plus Bakteriurie ist somit keine Indikation für eine antibiotische Behandlung.

Wie steht es mit HWI bei DK-Trägerinnen und -Trägern?
Pro Tag DK-Liegedauer beträgt die ASB-Wahrscheinlichkeit 3–8%. Die Bakteriurie soll daher bei DK-Trägerinnen und Trägern weder gesucht noch behandelt werden. Antibiotische Eradikationsversuche sind erfolglos und führen zu Resistenzen. Auch mittels Leukozyturie, Geruch oder Trübheit des Urins lässt sich eine ASB bei DK-Trägerinnen und -Trägern nicht von einem HWI unterscheiden. ASB- und HWI-Risiko sind bei urethralen und suprapubischen Kathetern ähnlich hoch.

Führt Restharn zu rezidivierenden HWI?
Siehe unseren Artikel in PHC 8/2021 [266, 302]: Die Evidenz ist schwach [304, 304–306]. Eine grosse Studie bei 900 älteren Frauen zeigte keinen Zusammenhang zwischen Restharnvolumen und HWI-Risiko [307].

Was muss ich bei der Urinkultur beachten?
Die Urinkultur immer vor Antibiotika abnehmen, denn sie kann schon nach 1 Dosis negativ werden [308]. Bei Urininkontinenz kann die Abnahme der Kultur erschwert sein – Einmalkatheterisierung erwägen (dies ist bei Demenz oder Delir ein schwieriges Thema).

Und bei DK-Trägern?
Falls ein DK weiterhin nötig ist: DK wechseln und Urinkultur unmittelbar nach Einlage des neuen DKs gewinnen. Dieser Urin repräsentiert die uropathogenen Keime besser – in der Urinprobe aus dem alten DK wachsen v.a. die den DK obligat kolonisierenden ASB-Keime.

Darf ich eine Zystitis auch beim alten Menschen primär ohne Antibiotika behandeln?
Ja, selbst wenn die Zystitis rezidivierend ist [266, 302], denn eine Zystitis geht selten in eine Pyelonephritis über [309]. Die Antibioti-

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

kaindikationen bei HWI sind klar definiert: Liegen Fieber oder Zeichen einer Pyelonephritis (Flankenschmerz oder -dolenz) vor, dann ist es mehr als nur eine Zystitis, und eine antibiotikafreie Therapie ist zu riskant.

Ist die HWI-Behandlung im Alter anders?
Nein. Insbesondere ist die Antibiotikadauer nicht länger (Tab. 1). Fosfomycin bei Demenz zurückhaltend einsetzen («keine Miktion während 4 h nach Einnahme» ist schwierig umzusetzen).

Welches ist die optimale HWI-Behandlungsdauer bei DK?
Das ist unklar. Die erste Frage soll sein: Braucht es weiterhin einen DK? Falls ja, so sollte der DK vor Antibiotikagabe gewechselt werden [310]. Bei gutem Ansprechen soll die Therapie auf 7 Tage beschränkt werden, um die Resistenzentwicklung zu limitieren [311].

Welche Massnahmen sind wirksam zur HWI-Prävention?
Siehe Kasten 5.

Erysipel

Beim älteren Menschen ist die Haut dünner, die Widerstandfähigkeit tiefer, die Wasserbindungsfähigkeit reduziert. Dies kann zu Hauttrockenheit und Juckreiz führen [329]. Etwa 70% der 70-Jährigen haben mindestens ein Hautproblem [330], und fast alle APH-Bewohnerinnen und -Bewohner leiden an trockener Haut [331].

Auf was sollte ich in der Praxis achten?
Ein Erysipel kann sich unspezifisch präsentieren (siehe Kasten 2) [332, 333]. Keine empirische Antibiotikatherapie, falls postoperativer Wundinfekt oder Fremdmaterial in Erysipel-Nähe (Rücksprache Operateur/Infektiologie) oder Ausfluss aus chronischem Ulkus (Osteomyelitis-Verdacht, Rücksprache). Lokales Erythem, Schwellung und erhöhtes CRP bessern oft nur langsam [334] – wichtiger zur Verlaufsbeurteilung sind die Besserung des Schmerzes und das Verschwinden des Fiebers [335].

Das Wichtigste für die Praxis

- Pneumonie, Erysipel werden im Alter nicht anders diagnostiziert. Symptomarme Präsentationen sind aber häufiger («nur» Verwirrung, AZ-Verschlechterung, Sturz) und können die Diagnose erschweren oder verzögern.
- Ältere Menschen mit Pneumonien brauchen nach Antibiotikabeginn nicht selten 5–7 Tage bis zur subjektiven Besserung und Fieberfreiheit. Zudem haben sie eine verlängerte Rekonvaleszenz – residuelle Symptome nach 1–2 Monaten sind nicht selten.
- Harnwegsinfektions-Diagnostik soll auch im Alter nur bei typischen lokalen Symptomen (neue Dysurie, Pollakisurie, Fieber) gemacht werden – die asymptomatische Bakteriurie ist häufig, sie soll weder gesucht noch behandelt werden.

Gibt es Vorteile einer stationären Behandlung?
Zusätzlich zur intravenösen antibiotischen Therapie erleichtert eine Hospitalisation die fürsorgliche Pflege, die Überwachung sowie das therapeutisch wichtige Hochlagern der Beine [336], das Kühlen, Abschwellen und ev. das Debridement bei Druckulzera.

Welche Faktoren sind für die Erysipelbehandlung noch wichtig?
Ein Kompressionsverband kann Rezidive reduzieren [337]. Ursachen des Erysipels sollen gesucht und (nach Abschluss der Antibiotikatherapie) behandelt werden, z.B. Fuss- oder Nagelpilz [156]. Bei Druckulzera kommen präventiv Nahrungsergänzung, regelmässige Druckentlastung, und sorgfältige Hygiene bei Inkontinenz in Frage [338–341]. Bei trockener Haut verbessert grosszügiges Rückfetten (falls nötig, mehrmals täglich) die Hautintegrität [342–344].

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

Kasten 5: HWI-Prävention im Alter.

- Zurückhaltende Indikationsstellung für Urin-Dauerkatheter [290, 292, 296].
- Medikamente mit möglichem Harn retinierendem Effekt kritisch überdenken.
- Einem Prophylaxeversuch mit Cranberrysaft [312, 313], erhöhter Wassereinnahme [314, 315], D-Mannose [316, 317], topischen vaginalen fettenden Salben oder Östrogentherapie [318, 319] steht nichts im Wege.
- Homöopathische Methoden [320, 321].
- Phytotherapie (z.B. Urtinkturmischungen von Solidago, Equisetum und Brennnessel (2–3× täglich, 2–3 Monate lang, so oft die Patientin daran denkt), oder Queckenwurz, ebenfalls als Urtinktur, Meerrettich/Nasturtium, Bärentraube und andere [322–325].
- Psychosoziale Faktoren evaluieren und nichtmedikamentöse Methoden je nach Patientin oder Patient grosszügig einsetzen: Meditation, Entspannungsübungen, Stressreduktion, mehr körperliche Aktivität, Hitze- und Kältebehandlung und Physiotherapie [302].
- Nierensteine könnten als potenzielle Infektquelle in Frage kommen.
- Eine antibiotische HWI-Prophylaxe wird heute wegen der Resistenzentwicklung und Mikrobiomschäden kaum mehr empfohlen [326].
- Wir empfehlen Uro-Vaxom® nicht – die Wirksamkeitsdaten sind schwach [327, 328].

Gemäss unserem Artikel in PHC 8/2021 [302]

Literatur
Die vollständige Literaturliste finden Sie in der Online-Version des Artikels unter https://doi.org/10.4414/phc-d.2023.10694

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.2023.10726 | 2023;23(8):250–251 | Prim Hosp Care

Weiter- und Fortbildung aus der Sicht des Nachwuchses

Together for better care: gemeinsam im Kampf gegen den Fachkräftemangel

Der Fachkräftemangel im Schweizer Gesundheitswesen nimmt stetig zu. Das betrifft nicht nur die Pflege, sondern auch die Ärztinnen und Ärzte. Immer weniger Mediziner sind bereit, in solch einem System zu arbeiten. Dies hat verschiedene Gründe und Auswirkungen. Am Frühjahrskongress der SGAIM zeigt eine Diskussion die wichtigsten Zusammenhänge auf und regt in Zusammenschau mit aktuellen Publikationen zum Nachdenken an.

Céline Désirée Fäh
Dipl. Ärztin

Warum verlassen immer mehr Gesundheitspersonen ihren Beruf, und was tut die Politik dagegen?

Patientinnen und Patienten werden aufgrund hochstehender Medizin und wandelnder Lebenssituationen immer älter. Dies bedeutet in der heutigen Medizin einen immer grösseren Aufwand – insbesondere in der Pflege. Bis im Jahre 2050 werden gemäss Yvonne Ribi, Geschäftsführerin Berufsverband Pflege (SBK) und Pflegefachfrau HF, in der Schweiz rund 15000 Pflegefachkräfte fehlen. Eine Entwicklung, die mit Schrecken auf die Zukunft blicken lässt. Dass es dringend einer Lösung bedarf, damit die medizinische Versorgung weiter gewährleistet werden kann, ist allerseits bekannt. Wie lässt sich dies jedoch konkret umsetzten?

In den pflegerischen Berufen wurden politische Grundsteine bereits gelegt. Die Pflegeinitiative wurde angenommen, und nun können bereits erste konkrete Änderungen vorgenommen werden. Doch wie sieht es mit der Zukunft der Ärzteschaft aus? Immer mehr junge Ärztinnen und Ärzte verlassen den Berufsstand. Schuld daran ist das System. Wie die Umfrage der NZZ zeigte, dachten bereits 70% der Assistenzärztinnen und -ärzte [1] einmal darüber nach, den Beruf aufzugeben, rund 52% denken wiederholt darüber nach [2]. Die Ärztinnen und Ärzte sind nicht mehr bereit, ihr Leben für den Beruf zu opfern. Viele wünschen sich Freizeit, eine Familie, Zeit für sich, fürs Kochen, für Freunde – Dinge, die in jedem anderen Beruf selbstverständlich sind. Dass der Arztberuf eine 50-h-Woche hat, die meisten anderen Berufe jedoch nur eine 42-h-Woche, ergibt wenig Sinn. Sind es doch gerade Ärztinnen und Ärzte, die ihren Patientinnen und Patienten erzählen, wie wichtig eine gute Work-Life-Balance sei, dass sie genügend schlafen und sich ausgewogen ernähren sollen, oder wie schlecht Dauerstress für sie sei. Das System verwehrt es jedoch genau dieser Berufsgruppe, ihre Empfehlungen selbst umzusetzen. Aufgrund dessen handeln viele junge Medizinerinnen und Mediziner ganz nach Viktor Frankls Motto «Wenn wir eine Situation nicht ändern können, müssen wir uns selbst ändern» und steigen aus dem System bzw. dem Beruf aus.

In der Stadt Zürich wird für die Ärztinnen und Ärzte eine 42-h-Woche gefordert [3]. Doch bei genauer Betrachtung fällt auf, dass zu diesen 42 h noch 4 h Fortbildung pro Woche hinzukommen. Rechnet man dies zusammen, kommt man trotzdem auf eine 46-h-Woche. Ein Sachverhalt, der zu Missmut führt.

Der administrative Aufwand wird immer grösser, die Zeit bei den Patientinnen und Patienten immer kürzer

Blickt man auf die Gesetzesebene, sieht man, dass es in den letzten 20 Jahren zu einer Verfünffachung der gesundheitspolitischen Vorlagen im Parlament gekommen ist. Daraus resultiert eine Vervielfachung des administrativen Mehraufwandes für ärztliches Personal, der «alleine durch die Zunahme des Aufwands für Patientendossiers jedes Jahr 100 neue ärztliche Vollzeitstellen benötigen würde» [4]. «Dieser steigende administrative Mehraufwand dürfte einer der Gründe sein, weshalb die Arbeitszufriedenheit der Ärztinnen und Ärzte über die vergangenen Jahre kontinuierlich gesunken ist» [5]. «Genügend Zeit für die Patientinnen und Patienten zu haben, ist nicht nur für das Patientenwohl relevant, sondern auch für die Zufriedenheit der Ärztinnen und Ärzte» [5].

Bei einem offiziellen 10-h-Tag bleiben im stationären Setting in etwa 3 h für die Patientinnen und Patienten. Schätzt man eine Verteilung von ca. 12 Personen pro Arzt/Tag, bleiben noch genau 15 Minuten pro Person [6]. Doch diese 15 Minuten sind nicht nur für Anamnese und Untersuchung gedacht, darin eingerechnet ist auch die Zeit am PC auf Visite, die Überprüfung der Vitalparameter, die Verordnung von Medikamenten, die Rücksprache mit der Pflege sowie das Ausfüllen von Anmeldungen für ein Röntgen, Konsilium etc. Unter dem Strich bleiben kaum 5 min/Tag/Patient. Eine Entwicklung, die zum Nachdenken anregen sollte.

Eine Lösung aus politischer Sicht ist (noch) nicht absehbar. Im Gegenteil, neue Ver-

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

ordnungen und Vernehmlassungen fördern diese Entwicklung zunehmend – ein weiterer Grund, warum immer mehr Ärzte ihren Beruf an den Nagel hängen. Auch in der Pflege zeichnet sich ein ähnlicher Trend ab. Das viele Dokumentieren raubt den Pflegenden wertvolle Zeit mit den Patientinnen und Patienten. Und gerade ältere, multimorbide Personen sind auf eine intensive Betreuung und Pflege angewiesen.

Tabelle 1: Die wichtigsten Punkte der Austrittsplanung.

Auf dem Notfall:	Stationär:	Austritt
Mögliches Austrittsdatum bereits auf dem Notfall festlegen. Initiale Einschätzung hilft den Kollegen auf der Station bei der weiteren Planung.	Jede Disziplin gibt aus ihrer Sicht täglich auf der Visite eine Einschätzung ab, welche Ressourcen der Patient noch braucht.	Haben Patienten verstanden, was der Inhalt ihrer Hospitalisation war, welche neuen Diagnosen sie haben, wie ihre Medikamente angepasst wurden und wie die weiteren Schritte sind?

Wie soll es weitergehen?

«Rund 40% der Pflegenden steigen aus dem Beruf aus», erklärt Yvonne Ribi mit Nachdruck. Dies in erster Linie aufgrund der hohen Arbeitslast und der emotionalen Überbelastung. «Schon jetzt stammen bereits 35% der Pflegenden aus dem Ausland», sagt sie. Bei den Ärztinnen und Ärzten sieht es dabei nicht anders aus. Im Jahr 2020 hatten rund 34,5% im Praxissektor und 40,5% im Spitalsektor ihr Diplom im Ausland erworben [7], Tendenz steigend.

In der Pflege wird bereits jetzt versucht, mehr Menschen in die Ausbildung zu bringen und die Berufsbedingungen zu verbessern (familienfreundliche Strukturen, gute Teamverteilung), um damit die Qualität zu sichern. «Jobsharing und Pensumarbeit sind für den Personalerhalt genauso wichtig wie Wertschätzung und die Vereinbarkeit mit dem Privatleben», so Ribi.

Initial muss in der Politik ein Umdenken stattfinden, um die Rahmenbedingungen entsprechend anzupassen. Die Medien können dazu als 4. Gewalt zur Aufklärung beitragen. Wenn sich jedoch nichts ändert, wird dies für das Gesundheitswesen in den nächsten 20 Jahren ein deutlicher Qualitätsverlust in der Versorgung sowie gravierende personelle Engpässe zur Folge haben.

Und im Spital?

Für die Personen, die im Gesundheitswesen bleiben, ist die Atmosphäre und die Zufriedenheit im Spital sehr wichtig. «Sinnempfinden, Selbstverwirklichung und Gemeinschaft» sind dabei relevanter als der Lohn [8]. Dabei spielen «non-clinical challenges» wie Frustration im Arbeitsumfeld, Hierarchie, Zeitstress, Patriarchat und das Management komplexer Situationen die grösste Rolle. Diesbezüglich ist die interdisziplinäre Zusammenarbeit genauso ein Thema wie der Umgang im Team. Ein Projekt des CHUV (Centre hospitalier universitaire vaudois) mit Virginie Claivaz (Spezialistin Pflege) und Dr. Malik Benmachiche (Internist und Intensivmediziner) konnte zeigen, dass durch eine bessere interdisziplinäre Zusammenarbeit mit Besprechungsrunden in einem 3- bzw. 1-Wochen-Intervall eine höhere Patienten- und Medizinerzufriedenheit erzielt werden kann [9]. Ein ähnliches Projekt (InHospiTOOL), das am KSA (Kantonsspital Aarau) unter der Leitung von Dr. Alexander Kutz (Oberarzt mbF) durchgeführt wurde, konnte in 7 Spitälern bei 50 000 Patienten über 2 Jahre hinweg nachweisen, dass die Verbesserung der interdisziplinären Zusammenarbeit und die strukturierte, frühzeitige, interdisziplinäre Austrittsplanung zu einer Reduktion der Liegedauer der hospitalisierten Patienten führte [10]. Zwar klingen 0,5 Hospitalisationstage pro Patient bei einer ersten Betrachtung nicht nach viel; rechnet man dies jedoch auf die Anzahl der Patienten pro Jahr hoch, werden daraus rund 12 500 Hospitalisationstage oder 34 Patientenjahre, die eingespart werden können, und dies ohne vermehrte Sterblichkeit oder Re-Hospitalisationen. Ein Outcome, das sogar für die Politik von Interesse ist (s. Tab. 1).

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

Gemeinsam für ein besseres Outcome – das Fazit

Der Fachkräftemangel beginnt in der Politik und endet mit dem Ausstieg wertvoller Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter. Wenn sich das System nicht ändert, wird es in einigen Jahren zu einem akuten Versorgungsmangel kommen. «Wertschätzung, Rationalität und Effizienz sind nur einige Beispiele, die zu einer besseren Struktur und damit zu einer besseren Medizin beitragen», so Daniel Koch, Leiter Pflegeexpertise Medizin. Doch auch bei perfekt optimierten Prozessen müssen die Rahmenbedingungen (Arbeitszeiten, Wertschätzung, interprofessionelle Zusammenarbeit) stimmen, um das Personal im Gesundheitswesen halten zu können. Dieses gilt es nun zu optimieren.

Literatur

1 Niederberger M, Pfändler N. Assistenzärzte arbeiten 11 Stunden pro Tag und verdienen weniger als im Studentenjob. NZZ. 2023 Feb 20. Available from: https://www.nzz.ch/zuerich/umfrage-mit-assistenzaerzten-burnouts-und-buerokratie-im-spital-ld.1722170
2 Brotschi M. Junge Spitalärzte laufen am Limit. Tages-Anzeiger. 2023 May 15. Available from: https://www.tagesanzeiger.ch/junge-spitalaerzte-laufen-am-limit-883210515253
3 Pfändler N. SP und GLP fordern eine 42-Stunden-Woche für Assistenzärzte in der Stadt Zürich. NZZ. 2023 Mar 24. Available from: https://www.nzz.ch/zuerich/stadt-zuerich-forderung-nach-42-stunden-woche-fuer-assistenzaerzte-ld.1731891?reduced=true abgerufen
4 Siroka J. Wie lebt es sich als Arzt und als Ärztin im Beruf? Schweiz Ärzteztg. 2022 Oct 19;103(42):28–29.
5 Trezzini B, Meyer B, Ivankovic M, Jans C, Golder L. Der administrative Aufwand der Ärzteschaft nimmt weiter zu. Schweiz Ärzteztg. 2020 Jan 8; 101(1–2):4–6.
6 Irving G, Neves AL, Dambha-Miller H, Oishi A, Tagashira H, Verho A, et al. International variations in primary care physician consultation time: a systematic review of 67 countries. BMJ Open. 2017 Nov;7(10):e017902.
7 Hostettlera S, Kraft E. FMH-Ärztestatistik 2020 – die Schweiz im Ländervergleich. Schweiz Ärzteztg. 2021 Mar 24;102(12):417–422.
8 Keller G. Glück im ärztlichen Arbeitsalltag – was ist wichtig? Interview mit Dr. Ricarda Rehwaldt. Kompass Onkol. 2021;8:143–151.
9 Benmachiche M, Gertsch M, Giordano F, Claivaz V. Patients en situation complexe aux soins intermédiaires de médecine interne: exemple d'interprofessionnalité. Rev Med Suisse. 2022 Nov 23;18(805):2213–2217.
10 Kutz A, Koch D, Haubitz S, Conca A, Baechli C, Regez K, et al. Association of interprofessional discharge planning using an electronic health record tool with hospital length of stay among patients with multimorbidity: a nonrandomized controlled trial. JAMA Netw Open. 2022 Sep 1;5(9):e2233667.

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.2023.10727 | 2023;23(8):252 | Prim Hosp Care

Symposium international sur le futur des soins primaires

Quels enjeux pour la médecine de famille demain?

Nicolas Senn, Christine Cohidon
Département de médecine de famille, Unisanté

Imaginer ce que sera, ou ce que devrait être, la médecine de famille demain est un exercice difficile, et ce malgré les multiples prises de position, parfois contradictoires, des nombreux acteurs de la première ligne de soins. Il est certain que des éléments de réponse se trouvent dans la littérature scientifique. Cependant, les analyses de systèmes de santé sont complexes et les articles scientifiques n'en donnant souvent qu'une vision fragmentaire ne permettent pas d'identifier des lignes directrices claires. Dans ce contexte, la littérature grise, que l'on peut retrouver dans des rapports et sur des sites Internet institutionnels, et les revues de littérature narratives peuvent être d'une grande aide. A ce titre, deux rapports parus récemment semblent tout à fait intéressants pour nous éclairer sur quelques pistes d'avenir.

Le premier rapport vient des Etats-Unis et a été publié en 2021 sous le titre «Implementing High-Quality Primary Care: Rebuilding the Foundation of Health Care» [1]. Cet ouvrage très riche, cosigné par Robert L. Phillips, président de l'«American Board of Family Medicine», identifie notamment quatre objectifs pour proposer des soins primaires de qualité et disponibles pour l'ensemble de la population américaine.

Il s'agit de:

1. payer les équipes de soins primaires pour qu'elles s'occupent des personnes, et non les médecins pour qu'ils fournissent des services;
2. veiller à ce que des soins primaires de haute qualité soient disponibles pour chaque individu et chaque famille dans chaque communauté;
3. former des équipes de soins primaires là où les gens vivent et travaillent;
4. concevoir des technologies de l'information au service du patient, de la famille et de l'équipe de soins interprofessionnelle.

Par ailleurs, il identifie parmi les principaux facilitateurs de soins primaires de qualité les éléments suivants: un fonctionnement en équipe pluriprofessionnelle avec des modèles financiers et législatifs qui le favorisent, une coordination des professionnels de soins primaires pour porter une vision commune et la possibilité de mesurer simplement ce fonctionnement.

Un autre rapport produit en France en 2020 par la Chaire santé de Sciences Po (sous la direction d'H. Bergeron), intitulé «Quel avenir pour l'organisation des soins primaires en France?» [2] est à considérer. Il rend compte d'une série de séminaires qui ont eu lieu sur cette thématique. Il est intéressant de constater une large convergence avec le rapport américain sur le constat et les possibilités d'action afin de renforcer la médecine de famille et les soins de première ligne en France. On retrouve notamment un certain consensus sur les modalités de financement de la médecine de famille qui tend clairement à favoriser de nouveaux modèles de type capitation. D'autres enjeux sont également abordés, autour des questions d'interprofessionnalité et de la nécessaire intégration des déterminants sociaux de la santé dans les prises en charge.

Les recettes d'autres pays ne s'appliquent pas nécessairement à la Suisse, bien que l'on puisse largement y trouver des sources d'inspiration [3, 4]. C'est dans cette perspective que le Département de médecine de famille d'Unisanté et le Groupe francophone de soins primaires (www.gfisp.org) organisent un symposium international sur le futur des soins primaires le 11 septembre 2023 à Lausanne. En présence d'experts internationaux francophones, nous y aborderons, dans un format interactif, différents enjeux cruciaux pour l'avenir de la médecine de famille en Suisse, tels que l'intégration des soins, les enjeux sociaux ou la durabilité. Link: https://sphc.ch/documents/2155/Flyer_5e_Symposium_soins_primaires_GFSP.pdf

Références

1 National Academies of Sciences, Engineering, and Medicine; Health and Medicine Division; Board on Health Care Services; Committee on Implementing High-Quality Primary Care. Implementing High-Quality Primary Care: Rebuilding the Foundation of Health Care. Robinson SK, Meisnere M, Phillips RL Jr, McCauley L, editors. Washington (DC): National Academies Press (US); 2021 May 4.
2 Moyal A, Bergeron H. Quel avenir pour l'organisation des soins primaires en France? Synthèse du séminaire pluridisciplinaire coordonné par la Chaire santé de Sciences Po. Paris: Presses de Sciences Po; 2019.
3 Cohidon C, Senn N, De Camaret AC. [Which professionals work in general practices? Overview in different countries]. Rev Med Suisse. 2023 May;19(826):889–91.
4 Cohidon C, Senn N. [New models of care in family medicine]. Rev Med Suisse. 2023 May;19(826):885–8.

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

Interview mit Jan Fehr zum gesundheitlichen Ausnahmezustand: Nach der Pandemie ist vor der Pandemie

«Wir konnten uns nicht vorstellen, wie nahe Wuhan sein kann»

Das Interview führte Matthias Widmer

Herr Fehr, welches sind die wichtigsten Lehren, die Sie als Infektiologe und Public-Health-Experte aus der COVID-19-Pandemie ziehen?

Diese Frage treibt mich natürlich sehr um. Und da ich mich dabei nicht nur auf mich selbst beziehen möchte, habe ich eine Umfrage unter Berufskolleginnen und -kollegen, aber auch Vertreterinnen und Vertretern aus Politik, Wirtschaft, Medienwelt und Behörden gemacht. Die folgenden 3 Themen standen im Vordergrund:

1. Eine Pandemie ist nicht primär ein rein infektiologisches Geschehen, sondern eine fundamentale Krise, die sämtliche Facetten einer Gesellschaft betrifft: Risse wurden zu grossen Gräben. Die Lösung kann deshalb auch nur innerhalb – und im Dialog mit – der Gesellschaft gefunden werden. Es muss uns in Zukunft gelingen, zu einer besseren «Debatten-» und einer «Miteinander-Kultur» zurückzufinden. Es war beängstigend, zu sehen, wie wir uns plötzlich überhaupt nicht mehr verstanden haben oder auch nicht mehr zuhören konnten. Vertrauen, Aufeinander-Zugehen und gute Kommunikation stehen dabei im Zentrum. Ich hoffe, dass auch wir Expertinnen und Experten aus Wissenschaft und Medizin gelernt haben, dass eine gute, transparente und abgestimmte Kommunikation ein wichtiger Teil unserer Tätigkeit ist. Wenn wir es nicht hinkriegen, nahe an der Bevölkerung zu kommunizieren, verlieren wir diese und damit das höchste Gut: das Vertrauen.

2. Das Schweizer Gesundheitssystem hatte schon vor der Pandemie strategische und strukturelle Mängel, die wir in der Pandemie dann teuer bezahlten. Die Schweiz ist in der Versorgung Weltklasse. Ganz anders sieht es aber bei der *Vor*sorge aus. Es scheint so, dass wir lieber das Haus löschen, als im Vorfeld schon an Brandschutz zu denken. Die Präventionsausgaben sind um ein Vielfaches tiefer: So wurde z.B. nicht in Masken, Impfstoffentwicklung oder die leistungsfähige Überwachung des Infektionsgeschehens investiert. Es muss uns gelingen, nachhaltig präventiv zu denken und Systeme zu etablieren, die nicht vierjährigen Legislaturperioden in der Politik unterworfen sind. Ein Präventionsgesetz, wie dies andere Länder schon längst haben, wäre ein guter Anfang dazu.

3. Der weitum beobachtete Nationalismus bis hin zum Reflex der militärischen Grenzschliessung und «Bunkern» von Impfstoff war für mich erschütternd. Die vor der Pandemie oft beschworenen Vorteile des globalen Zusammenwachsens und die Notion der Weltgemeinschaft lösten sich vom einen Tag auf den anderen in Luft auf. Wir wurden quasi ins Mittelalter zurückgeworfen: Ist der Feind vor der Stadt, schliessen wir die Tore. Schwierig wurde es denn auch mit dem Wissensaustausch auf internationaler Ebene. Es muss uns gelingen, in Nicht-Pandemiezeiten Systeme und Organisationen zu etablieren, die auch zu Zeiten des Sturms tragfähig sind. Dazu gehört auch, dass die WHO wieder gestärkt wird.

Was wurde Ihrer Meinung nach von den (staatlichen) Behörden richtig gemacht, was falsch?

Nach dem ersten Schock und der unglücklichen Kommunikation zu Massnahmen wie Masken begannen sich die Behörden im Austausch mit Expertinnen, Experten und Stakeholdern zu organisieren und haben dann z.B. bei der Impfstoffbeschaffung und Bereitstellung Boden gut gemacht. So hat der Bund beispielsweise nicht nur früh Impfstoffe eingekauft, sondern auch auf die richtigen gesetzt. Bei der 2. Welle hat die Schweiz leider zu spät und zu wenig beherzt reagiert, weshalb wir im Ländervergleich eine enorm hohe Sterbeziffer zu verzeichnen hatten. Doch über die ganze Pandemiezeit hinweg gesehen wurde eine vernünftige Balance zwischen Restriktionen und Öffnung gefunden. Auch dank parallel unterstützter Forschung wie z.B. dem Forschungsprogramm Corona Immunitas, welches die Evidenz für die Entscheidung lieferte, die Schulen nicht mehr zu schliessen [1]. Während umliegende Länder andauernd Schulschliessungen hatten, war dies im hiesigen Raum nur zu Beginn der Pandemie der Fall. Zudem hatten wir auch nie eine Ausgangssperre, wie sie in anderen Ländern vorkam.

Was müsste sich bei den Behörden ändern, dass Fehler nicht wiederholt werden?

Einerseits braucht es wie schon angesprochen ein anderes Mindset, worin Prävention und Public Health besser verankert sind. Andererseits muss die «Confeoderatio Helvetica» die Rollen und Verantwortlichkeiten klarer regeln. Wir haben in den vergangenen 3 Jahren zu oft gesehen, wie der Schwarze Peter zwischen Bund und Kantonen hin- und hergeschoben und damit wertvolle Zeit verloren wurde. Das hat die Bevölkerung verwirrt und teilweise zu Vertrauensverlust geführt.

Welche Rolle spielt(e) die Schweiz bei der globalen Ausbreitung/Eindämmung des Virus?

Das ist eine spannende Frage, denn prima vista hätte man das Gefühl, dass die Schweiz bei der bescheidenen Landesgrösse kaum eine Rolle spielen kann. Ich sehe allerdings ein klares Potential. Die Schweiz ist bezüglich Forschung und Ausbildung sehr gut aufgestellt und kann mit neu gewonnen Erkenntnissen weltweit einen wichtigen Beitrag leisten. Des Weiteren hat die Schweiz eine lange Tradition in Diplomatie und ist Sitz wichtiger Institutionen wie z.B. der WHO. Die Wege sind kurz, und die Schweiz kann somit Gesundheitspolitik auf der Weltbühne betreiben und diese positiv beeinflussen.

Inwiefern unterscheidet sich COVID-19 von anderen Infektionskrankheiten, mit denen wir es in der Vergangenheit zu tun hatten?

COVID-19 ist eine neue Krankheit, auch wenn sie zahlreiche Parallelen zu bekannten Viruserkrankungen hat. Auf sämtlichen Ebenen gibt es viele Dinge, die wir noch nicht verstehen,

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

vom Verhalten des Virus selbst, der Pathogenese, den individuell unterschiedlichen Host-Pathogen-Reaktionen mit verschiedenen Krankheitsausprägungen und Verläufen bis hin zu Long-Covid, was Betroffene und auch unsere Gesellschaft enorm fordert. Auf das Virus bezogen könnte man sagen, dass SARS-CoV-2 so was wie der Wolf im Schafspelz ist: Dadurch, dass es zu vielen asymptomatischen oder milden Verlaufsformen kam, konnte sich das Virus wie ein Lauffeuer ausbreiten und bedeutete für viele vulnerable Personen Lebensgefahr. Was wir zudem unterschätzt haben, war die Entwicklung neuer ansteckender und gefährlicher Varianten im Verlauf; denken Sie z.B. an die Delta-Variante, die viele Todesopfer forderte. Das hatte niemand so vorausgesehen.

Welche spezifischen Herausforderungen waren mit dieser Pandemie verbunden?
Einiges habe ich schon erwähnt, und wenn ich es in einem Satz sagen müsste: Die rasche Dynamik der Pandemie hat uns enorm herausgefordert, insbesondere da wir sie einerseits relativ lange nicht ernst genommen haben und obendrauf auch noch unzureichend vorbereitet waren. Wir hatten es nicht geschafft, aus vergangenen Pandemien zu lernen und entsprechende Konsequenzen zu ziehen. Wir konnten uns zudem auch nicht vorstellen, wie «nahe» Wuhan eigentlich sein kann. Zugespitzt könnte man sagen, dass Thukydides mit seiner Beschreibung eines Epidemie-/Pandemiegeschehens in der Schrift zum Peloponnesischen Krieg im Jahr 430 v. Chr. besser wusste, was ein solches Ereignis bedeutet, als wir im Februar 2020. Es lohnt sich halt vielleicht doch, die alten Griechen von Zeit zu Zeit wieder zu lesen.

Auch wenn wir alle wissen, dass Prognosen schwierig sind, vor allem, wenn sie die Zukunft betreffen: Wie hoch schätzen Sie das Risiko einer zukünftigen Pandemie vergleichbaren Ausmasses ein?
Es gibt Modellberechnungen, die sagen, dass sich die Zeitabstände zwischen extremen Pandemien in den kommenden Dekaden verkürzen.

Wie gut sind wir auf ein solches Szenario vorbereitet? Wo sehen Sie noch Handlungsbedarf?
Das hängt nun davon ab, inwieweit wir fähig sind, nicht nur Lehren aus der jetzigen Pandemie zu ziehen, sondern diese auch umzusetzen. Eingangs habe ich drei prominente «lessons learned» erwähnt, welche weiter greifen, als nur technische Lösungen wie Digitalisierung einzuleiten. Zusammengefasst braucht es eine «Renaissance» von Public Health mit beherzter Einbettung in unser Gesundheitswesen. Und wir würden im aktuellen Stadium gut daran tun, in der Pandemie mühsam aufgebaute Systeme und Teams nicht einfach wieder in einer Ecke verstauben zu lassen, sondern quasi kleine, schlanke «Einsatztruppen» und Konzepte beizubehalten, welche bei einer nächsten Epi-/Pandemie, sofort bereitstehen. Denn nach der Pandemie ist vor der Pandemie. Ich erlebe gerade von verschiedensten Seiten, dass man am liebsten alles wieder vergessen würde und auch nicht mehr bereit ist zu investieren. Das Argument, das man in diesem Zusammenhang oft hört: «Für COVID wurde sowieso schon viel zu viel Geld ausgegeben.» Gerade jetzt könnte man jedoch mit geringstem Aufwand das Maximum rausholen, solange gewisse Systeme noch existieren und auch das Know-how vorhanden ist. Dieses «window of opportunity» schliesst sich in den kommenden Monaten.

Brauchen wir zusätzliche oder andere Surveillance-Systeme als bisher? Falls ja, welche Massnahmen wären nötig, um dies zu erreichen?
Beispielhaft möchte ich auf 2 Aspekte hinweisen: 1) Einzelne Monitorings müssen noch ausgebaut werden, wozu auch das Abwassermonitoring zu zählen ist, aber 2) das allein genügt nicht, denn letztendlich geht es darum, vorhandene Datenquellen – und in der Schweiz wird bereits schon sehr viel erhoben – gewinnbringend und intelligent miteinander zu verknüpfen. Wir sammeln Daten, machen aber zu wenig damit. Hier möchte ich den Begriff der «Surveillance-Response» einführen. Dies beschreibt den Ansatz, dass bei epidemiologischen Veränderungen auch sofort Aktionen ausgelöst werden, mit direktem Nutzen für die Bevölkerung.

Was verstehen Sie unter «One Health»? Können Sie das Konzept anhand von COVID-19 erläutern?
Das Konzept beschreibt und berücksichtigt die Tatsache, dass Mensch, Tier und Umwelt im Hinblick auf ihre Gesundheit in direktem Zusammenhang zueinander stehen und sich gegenseitig bedingen. Diese Zusammenhänge anzuerkennen, erlaubt bei der Lösung von Gesundheitsproblemen eine syngergistische und damit effizientere Vorgehensweise mit allen involvierten Disziplinen. Wir gehen davon aus, dass SARS-CoV2 respektive COVID-19 eine zoonotische Krankheit ist. Das bedeutet, dass der Erreger seinen Ursprung in der Tierwelt hat und auf den Menschen übertragen wurde. Dies basierend auf der Hypothese des Wildtiermarktes in Wuhan als Quelle. Etwa 60–70% aller Infektionskrankheiten beim Menschen stammen aus dem Tierreich. Im Zusammenhang mit gravierenden Ausbrüchen oder Pandemien ist dieser Anteil sogar noch grösser. Prominente Beispiele von zoonotischen Krankheiten sind Ebola, Vogelgrippe oder Tollwut.

Inwiefern trägt der Klimawandel zur Entstehung und Übertragung infektiöser Krankheiten bei? Welche Länder sind in Zukunft besonders davon betroffen?
Durch die Klimaerwärmung werden die Tiere gezwungen, sich neue Habitate zu erschliessen, um zu überleben. Die vermehrte Wanderung zahlreicher Arten könnte die Anzahl neuer Virusübertragungen zwischen den Tieren drastisch erhöhen. Eine interessante Studie in *Nature* hat berechnet, dass eine Erderwärmung von 2 °C bis zum Jahr 2070 rund 4500 komplett neue Krankheitsübertragungen zwischen verschiedenen Spezies bedeuten könnte und damit potenziell auch Übertragung auf den Menschen [2].

Und zum Abschluss: Was war Ihr persönlicher Tiefpunkt, und was war Ihr persönliches Highlight während der COVID-19-Pandemie?
Der Tiefpunkt war zu erleben, wie rasch sich ein tiefer Graben durch unsere Gesellschaft ziehen kann. In Zusammenhang mit der Pandemie möchte ich nicht von «Highlight» sprechen. Ich kann aber sagen, dass es beeindruckend war zu sehen, was möglich ist, wenn viele am selben Strick ziehen, und wie viele Menschen bereit waren, sich für die Gesellschaft einzusetzen und weit mehr als eine Extrameile zu gehen. Um diese Erfahrung bin ich dankbar und sie gibt mir Hoffnung. Denn die Zukunft birgt noch einige Herausforderungen in Zusammenhang mit globaler Gesundheit.

Literatur

1 corona-immunitas.ch [Internet]. Zurich: Swiss School of Public Health; c2020. Available from: https://www.corona-immunitas.ch
2 Carlson CJ, Albery GF, Merow C, Trisos CH, Zipfel CM, Eskew EA, et al. Climate change increases cross-species viral transmission risk. Nature. 2022 Jul;607(7919):555–62.

Prof. Dr. med. Jan Fehr
Vorsteher des Departements Public & Global Health
Leiter des Zentrums für Reisemedizin
Institut für Epidemiologie, Biostatistik & Prävention, Universität Zürich
Hirschengraben 84, 8001 Zürich
jan.fehr[at]uzh.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

Interview mit Elisabeth Weber zum Thema «Post-COVID/Long-COVID»

«Wer nach einem Jahr noch krank ist, dem geht es auch nach zwei Jahren nicht besser»

Das Interview führte Matthias Widmer

Frau Weber, wie relevant ist das Problem Post-COVID/Long-COVID nach Ihrer Einschätzung? Wie viele Menschen in der Schweiz sind davon betroffen?
Gemäss Hochrechnungen wird vermutet, dass rund 6% aller Menschen mit akutem Infekt ein Post-Covid-19 Syndrom entwickeln [1]. Allerdings: Es ist eine Hochrechnung mit einer Streubreite von 2–13%. Ich persönlich schätze die Erkrankung und ihre Folgen unabhängig dieser Zahl als relevant ein, mit Implikationen für die ganze Gesellschaft: Auch wenn die Neuerkrankungen abnehmen werden, bleiben uns viele chronisch Erkrankte erhalten und werden uns noch lange beschäftigen – dies ist für alle Stakeholder im Gesundheitssystem relevant, und wir treffen auf ganz neue Herausforderungen. Angefangen bei der nach wie vor nicht geklärten Ursache der Erkrankung bis hin zu Pflegebedürftigkeit und Arbeitsunfähigkeit von jungen Menschen.

Wie ist Ihrer Meinung nach das schweizerische Versorgungssystem auf Menschen mit Post-COVID/Long-COVID eingestellt? Gibt es genügend Anlaufstellen?
Es gibt nun doch einige Anlaufstellen, wenn Sie sogenannte «Spezialsprechstunden» ansprechen. Allerdings sind da die Wartezeiten immer noch zu lang. In meinen Augen kommt den Grundversorgerinnen und -versorgern eine grosse Bedeutung zu. Die Hausärztin oder der Hausarzt ist meist die erste Ansprechperson und kann schon Abklärungen und Therapien einleiten. Dazu werden nächstens die schweizerischen Empfehlungen (BAG/FMH) publiziert – ich hoffe, damit wird die Versorgung stetig besser [2]. Nach wie vor besteht aber eine Unterversorgung v.a. auch von schwer betroffenen Menschen, die gar nicht in eine Sprechstunde kommen können und vollständig auf Pflege angewiesen sind. Wir versuchen, in unserem Long-COVID-Team Wege zu finden, auch diesen Patientinnen und Patienten gerecht zu werden (Videokonsultation, ambulante Pflege etc.).

Welche Fragen stellen sich bei der Diagnose des Post-COVID-Syndroms?
Im ersten Schritt achten wir auf die Definition: Ganz allgemein sprechen wir erst von einem Post- Covid-19 Syndrom, wenn die Symptome länger als drei Monate andauern nach einem «milden» Infekt. Dies macht Sinn, weil viele Menschen in den ersten drei Monaten nach Infekt noch unter Symptomen leiden, sich aber mit genügend Schonung, Geduld und adäquaten Verhaltensrichtlinien im Laufe dieser ersten zwölf Wochen erholen. Wird es trotz diesen ersten Massnahmen nicht besser, braucht es eine gute Anamnese, in der folgende Fragen beantwortet werden müssen: Können Leitsymptome wie Fatigue, Postexertionelle Malaise («Crashs») und unerholsamer Schlaf herausgearbeitet werden? Gibt es noch andere «Symptom-Cluster» wie Brain Fog, Schmerzen, Atemprobleme oder Sensibilitätsstörungen, die typischerweise und in wechselnder Ausprägung bei Post-Covid vorliegen? Neben dieser ausgedehnten Anamnese ist natürlich je nach Symptom-Cluster eine seriöse und vertiefte somatische Abklärung nötig, um andere Erkrankungen zu erfassen und zu behandeln.

Wie sieht die Überlappung mit Komorbiditäten und psychischen Belastungen aus?
Bestätigt wurden Risikofaktoren wie weiblich, junges Alter und hohe Symptomenlast während des akuten Infektes, um nur einige zu nennen. In unserer Sprechstunde sehen wir aber im Grundsatz Patientinnen und Patienten, die bis anhin keinen grossen Bedarf an ärztlicher Betreuung hatten. Ganz allgemein ist sicher zu beachten, dass psychosoziale Belastungsfaktoren kontraproduktiv sind. Das Post-Covid-19 Syndrom ist ein biopsychosozialer Event: Die somatischen Beschwerden beinhalten auch psychische Symptome wie Angst und Schlafstörungen, die im Kontext der postulierten «Neuroinflammation» gesehen werden müssen. Dieser ganze Symptomenkomplex führt zu psychosozialer Belas-

KD Dr. Elisabeth Weber
Chefärztin Klinik Innere Medizin Waid
Stadtspital Zürich
Tièchestrasse 99
8037 Zürich
elisabeth.weber[at]stadtspital.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

tung und verstärkt mit Sicherheit den Leidensdruck. So bin ich der Meinung, dass alle dafür verantwortlich sind, dass kein Druck aufgebaut wird und die Patientinnen und Patienten seriös somatisch abgeklärt, behandelt und ernst genommen werden.

Gibt es einen typischen Verlauf? Und gibt es Alarmzeichen für einen schwierigen Verlauf bzw. eine ungünstige Langzeitprognose?

Ich sehe keinen «typischen» Verlauf – die einen erholen sich, andere verschlechtern sich, wieder andere stagnieren. Es sind sehr individuelle Verläufe, die eine personalisierte Medizin und Therapieanpassung verlangen: Für einige ist eine stationäre Reha kontraproduktiv, für andere der Gamechanger. Ein Anzeichen für einen schwierigen Verlauf ist wohl der Faktor Zeit: Je länger die Symptome anhalten, desto hartnäckiger bleiben die Patientinnen und Patienten krank. Ich persönlich habe den Eindruck: Je eher medikamentöse Therapien eingesetzt werden können (Antidepressiva zur Schmerzmodulation oder Schlafförderung, Betablocker bei POTS etc.), desto eher kann eine gewisse Stabilisierung der Symptome erreicht werden. Auch hilft es, wenn Patientinnen und Patienten das Energie- und Pausenmanagement (einer der Grundpfeiler der Therapie) gut in den Alltag integrieren können und damit sogenannte Crashs (Postexertionelle Malaise, PEM) verhindert werden können. Zudem können einige Patientinnen und Patienten von der Off-Label Anwendung von Medikamenten profitieren, die wir aus der ME/CFS-Therapie kennen.

Die «schweren Fälle» der Akuterkrankung an COVID-19 haben ja glücklicherweise stark abgenommen. Entwickelt sich die Häufigkeit von Long-COVID-Neuerkrankungen parallel dazu?

Gerade im Moment bestätigt sich dieses Bild: Die Neuanmeldungen nehmen ab. Betonen möchte ich aber, dass uns nun zunehmend schwer betroffene Patientinnen und Patienten mit chronischem Verlauf beschäftigen – wir wissen nun: Wer nach einem Jahr noch krank ist, befindet sich auch nach zwei Jahren auf ungefähr dem gleichen Niveau der Erkrankung [3].

Welche Schritte würden Sie Hausärztinnen und -ärzten empfehlen, deren Patientinnen und Patienten mit Post-COVID/Long-COVID diagnostiziert wurden? Worauf sollen sie bei der Betreuung achten? Wann sollten Patientinnen und Patienten in eine Spezialsprechstunde überwiesen werden?

Dazu möchte ich gerne auf die demnächst publizierten schweizerischen Empfehlungen hinweisen [2]. Wichtig ist, dass kein Druck aufgebaut wird und die neue tiefere Belastungsgrenze (emotional, kognitiv und physisch) akzeptiert und den Patientinnen und Patienten erklärt wird. Das heisst: empathische Begleitung, Unterstützung, somatische Symptome seriös abklären und gemeinsam aushalten, dass wir Ursache, Verlauf und Therapie (noch) nicht kennen. Zentral bleibt die Edukation bezüglich Energie- und Pausenmanagement, was bei uns die Ergotherapie systematisch übernimmt. Aber auch alle anderen Professionen in unserem sehr breit aufgestellten Long-COVID-Team am Stadtspital Zürich (Physiotherapie, (Neuro-)Psychologie, ambulante Pflege, ärztlicher Dienst) starten ab Tag eins mit Aufklärung und Edukation bezüglich Belastungsgrenze und Energiemanagement – das können auch die Hausärztinnen und Hausärzte von Beginn weg übernehmen. Bei Unsicherheit über die Diagnose und hartnäckigem Verlauf soll überwiesen werden, dann haben wir im interprofessionellen Team möglicherweise weitere Therapieoptionen und klären somatisch noch breiter ab unter Einbezug verschiedener Spezialistinnen und Spezialisten im Spitalsetting.

Wo stehen wir bei der Anerkennung des Krankheitsbildes bzw. der Kostenübernahme als Pflichtleistung durch Krankenkassen?

Das könnte tatsächlich besser sein – die Krankenkassen sind zum Beispiel sehr zurückhaltend geworden mit der Finanzierung von Rehabilitationen oder Bezahlung der aufwändigen Physiotherapie. Es gibt aber auch Kassen, die mit Case Mangement arbeiten, hier ist dann doch einiges an Therapien und Unterstützung möglich. Problematisch scheint mir aber auch der Umgang mit der Langzeitarbeitsunfähigkeit. Die Gutachten der Versicherungen sind manchmal niederschmetternd: 100% Arbeitsfähigkeit gegeben, diametral zu unserer Einschätzung. Man sieht den Patientinnen und Patienten nichts an, und objektivieren können wir leider bis heute nicht – trotzdem besteht eine Arbeitsunfähigkeit. Die wichtigste Botschaft dabei: Ausnahmslos alle Patientinnen und Patienten würden sehr gerne arbeiten – es geht aber nicht.

Und zum Schluss: Was war Ihre schlimmste Erfahrung im Umgang mit Post-COVID/Long-COVID-Patientinnen und -Patienten, und was Ihre schönste?

Die schlimmste Erfahrung für mich war (und ist es auch heute immer wieder), dass wir für schwer Betroffene kein Setting haben. Sie liegen zu Hause, völlig isoliert im Dunkeln, und können das Haus nicht mehr verlassen: Die Fatigue ist schwer, die Postexertionelle Malaise nach kleinster Anstrengung unermesslich, die Ängste nehmen zu. Mich treibt die Frage um: Wie können wir diesen Menschen helfen? Wie können wir sie medizinisch anständig versorgen? Das schönste Erlebnis: Eine meiner ersten Patientinnen berichtet mir bis heute über ihren Verlauf. Sie berichtet, dass sie zwar energietechnisch noch nicht auf dem Vorniveau ist, aber Mut gefasst hat, mit diesen neuen Rahmenbedingungen ihr Leben zu gestalten, sich umschult und dabei zufrieden ist. Sie ist zwar nicht genesen, aber gebessert, und wir konnten sie dabei unterstützen. Darüber freue ich mich.

Literatur

1 Global Burden of Disease Long COVID Collaborators. Estimated Global Proportions of Individuals With Persistent Fatigue, Cognitive, and Resiratory Symptom Clusters Following Symptomatic COVID-19 2020 and 2021. JAMA. 2022.
2 RAFAEL, interactive platform for information exchange on the post-acute sequelae of Sars-Cov-2 [Internet]. Geneva: HUG – Hôpitaux Universitaires de Genève; c2023. Post-Covid recommendations for primary care physicians – Switzerland. Available from: https://www.rafael-postcovid.ch/en/informations-sante/post-covid-recommendations
3 Ballouz T, Menges D, Anagnostopoulos A, Domenghino A, Aschmann HE, Frei A, et al. Recovery and symptom trajectories up to two years after SARS-CoV-2 infection: population based, longitudinal cohort study. BMJ. 2023 May;381:e074425.

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