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 9
6. September 2023

268 Die gesundheitliche Versorgung von Pflege- und Heimkindern in der Schweiz
Maria Mögel, Oskar Jenni

261 SGAIM veröffentlicht unnötige Behandlungen im stationären Kontext
SGAIM

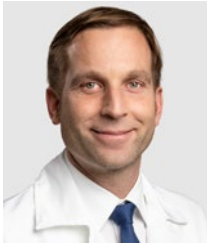
264 Heisser Wahlherbst 2023
mfe

278 Impfungen bei Immunsuppression
Ekrem Temizel, Christopher Müssig,

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

Der 7. SGAIM-Herbstkongress

Dr. med. Corinne Weber-Dällenbach
FMH Allgemeine Innere Medizin, Zürich



Prof. Dr. med. Lars C. Huber
Leiter Departement Innere Medizin, Stadtspital Zürich

Liebe Leserin, lieber Leser

Sie halten die neuste Ausgabe des *Primary and Hospital Care* in Ihren Händen. Eine Zeitschrift, die kompaktes Wissen zu Themen rund um die Allgemeine Innere Medizin in Hausarztpraxen und Spitälern präsentiert. Ist es nicht fantastisch, dass wir uns heutzutage auf verschiedenste Art und Weise Wissen aneignen können? Wir haben die unterschiedlichsten Plattformen geschaffen, um unsere Erfahrung und unser Wissen an Interessierte weiterzugeben. Eine Eigenschaft, die uns als Menschen kontinuierlich wachsen und weiterentwickeln lässt – beruflich wie privat.

Eine ideale Plattform, sich ebenfalls Know-how anzueignen und spannende Kontakte zu knüpfen, ist sicherlich der 7. SGAIM-Herbstkongress, der am 21. und 22. September 2023 in Zürich stattfindet. Ein Kongress, der sich ganz dem Motto «Science and the Art of Medicine» verschrieben hat. Spannende Referate, neue Erkenntnisse und bereichernde Diskussionen erwarten Sie. Sir William Osler prägte einst den berühmten Ausspruch, dass Medizin eine Wissenschaft der Ungewissheit und eine Kunst der Wahrscheinlichkeit sei. Genau diese Ambivalenz zwischen Wissenschaft und Kunst rücken wir während diesen Tagen in den Fokus.

In enger Zusammenarbeit mit unserem wissenschaftlichen Komitee haben wir ein vielfältiges Programm für Sie zusammengestellt, das aktuelle Entwicklungen und praxisrelevante Themen der Inneren Medizin abdeckt. Mit Hauptreferaten, 16 Update-Veranstaltungen und über 30 Workshops bieten wir Ihnen ein breites Spektrum an Möglichkeiten, sich weiterzubilden und Ihr Wissen zu erweitern. Von Reisemedizin über Spirometrie, von der Sonografie bis hin zur Phytotherapie, «smarter medicine» und kontroversen Debatten zu Statinen und Vitaminen – für jede Person ist etwas dabei.

Sicherlich ein «must» sind dabei die Keynote-Sessions. Themen wie Big Data sowie die Herausforderungen und Unsicherheiten des diagnostischen Prozesses für uns Ärztinnen und Ärzte stehen dabei im Fokus. Es ist uns dabei ein Anliegen, den Brückenschlag zwischen wissenschaftlichen Erkenntnissen und der Anwendung in der ärztlichen Praxis zu fördern.

Am ersten Kongresstag bieten wir Ihnen unter der Leitung des SVA zudem ein MPK-Symposium an. So tragen wir der Interprofessionalität Rechnung. Dabei darf ebenfalls das bewährte Mentoring-Programm nicht fehlen, das wir für den medizinischen Nachwuchs fortsetzen. So leisten wir einen wichtigen Beitrag, eine gezielte Karriereplanung zu ermöglichen. Aber das ist noch nicht alles: In speziellen «Interest Groups» setzen wir uns unter anderem mit Fragen zur Rolle des Ultraschalls in der Allgemeinen Inneren Medizin sowie zur diagnostischen Exzellenz auseinander.

Sie sehen: Der diesjährige SGAIM-Herbstkongress lässt keine Wünsche offen. Er bietet Ihnen eine aussergewöhnliche Plattform, unsere Berufung als Ärztinnen und Ärzte zu reflektieren, unsere medizinischen Fähigkeiten zu schärfen und uns gemeinsam für eine ganzheitliche Patientenversorgung zu engagieren.

Wir freuen uns sehr, Sie am 21. und 22. September am SGAIM-Herbstkongress in Zürich zu begrüssen.

SGAIM SSMIG SSGIM

Redaktionelle Verantwortung
Sascha Hardegger
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

Inhaltsverzeichnis

257 **Editorial: Der 7. SGAIM-Herbstkongress**
Corinne Weber-Dällenbach, Lars C. Huber

259 NEWS

259 **SGAIM: «Reine Erfahrung führt nicht zum diagnostischen Expertenstatus»**
Interview mit Stefan Markun

261 **SGAIM: SGAIM veröffentlicht unnötige Behandlungen im stationären Kontext**

262 **SGAIM: Linda Meier neue SwissDRG-Beauftragte bei der SGAIM**

263 **SGAIM: Herbstkongress 2023**

264 **mfe: Heisser Wahlherbst 2023**

266 **KHM: Entwicklungspädiatrische Vorsorge für Allgemeinmedizinerinnen und -mediziner**
Fabian Egli

268 FORSCHUNG

268 **Die gesundheitliche Versorgung von Pflege- und Heimkindern in der Schweiz**
Maria Mögel, Oskar Jenni

271 LEHRE

271 **Shared-Concern-Methode: Ein wirksamerer Umgang mit jungen Mobbing-Opfern?**
Léna Menoud, Camille Rossel, Nadin Söylemez et al.

274 **Voreingenommenheit im Gesundheitswesen angesichts akuter Schmerzen bei dunkelhäutigen Menschen**
Deniz Brahimi, Verena Braun, Aleksandra Ivanovic et al.

278 FORTBILDUNG

278 **Impfungen bei Immunsuppression**
Ekrem Temizel, Christopher Müssig, Bernhard Wingeier et al.

286 CASE REPORT

286 **Vom banalen Befund zur unendlichen Geschichte**
Nawied Taghizadegan Tehrani, Matthias Egger

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

Policy Paper On Climate Change and Health
Kevin Morisod, Daniel Widmer

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. med. 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: © Lordn7 | Dreamstime

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

Interview mit Stefan Markun zu «Diagnostic Reasoning»

«Reine Erfahrung führt nicht zum diagnostischen Expertenstatus»

Am 6. und 7. Juli 2023 hat die SGAIM im Kursaal in Bern die zweite Diagnostic Masterclass durchgeführt. Schwerpunktthema war unter anderem das «Diagnostic Reasoning». PD Dr. med. Stefan Markun, unter anderem Lehrbeauftragter an der Universität Zürich, hat ebenso am Anlass teilgenommen und fasst zusammen, was er aus der Masterclass mitgenommen hat.

Interview: Sascha Hardegger

Stefan Markun, was konkret verstehen Sie unter «Diagnostic Reasoning»?
Es handelt sich dabei um spezifische Denkprozesse und kognitive Instrumente in der Diagnostik. Ich denke unter anderem an Diagnose-Schemas, Problem-Repräsentationen oder priorisierte Differentialdiagnosen und deren gezielte Anwendung.

Einfach ausgedrückt handelt es sich dabei um das Anwenden einer Checkliste zu einer konkreten Fallstellung.
Nein. Checklisten können in der Diagnostik zwar in bestimmten Situationen hilfreich sein, aber in den meisten Fällen wären sie ineffizient. Beim «Diagnostic Reasoning» handelt es sich um eine meta-kognitive Disziplin. Es wird versucht, das eigene diagnostische Denken zu abstrahieren und bestimmte kognitive Instrumente sehr gezielt einzusetzen. Durch diese abstrahierte Betrachtung verstehen die Anwendenden ihre eigenen Denkprozesse sowie die eigenen Schwächen und Stärken besser. Dies wiederum führt zu einer steileren und längeren Lernkurve in der Kunst, Diagnosen zu stellen. Zusätzlich hilft die abstrahierte Betrachtung des diagnostischen Denkens aber auch, die gezogenen Schlüsse in Worten zu erklären. Dies ist besonders beim Teaching von Lernenden sehr hilfreich.

Professor Gurpreet Dhaliwal sowie Professor Denise Conner haben dies an der SGAIM-Diagnostic-Masterclass eindrücklich vor Augen geführt: Sie wenden ihr Diagnostic-Reasoning-Modell seit Jahren in der Klinik und im Teaching an. Und verstehen es hervorragend, auch bei erfahrenen Internistinnen und Internisten zahlreiche Aha-Erlebnisse auszulösen.

Was ist aus Ihrer Sicht die Herausforderung beim «Diagnostic Reasoning»?
Erfahrenen Internistinnen und Internisten sowie manchen Lernenden sind die Instrumente von «Diagnostic Reasoning» nicht unbekannt, wenn wir beispielsweise von «Differenzialdiagnose» sprechen. Bei selbstkritischer Betrachtung müssen wir uns jedoch eingestehen, dass wir oftmals mehrdeutige Begriffe verwenden. Beim Beispiel «Differenzialdiagnose» kann dies eine infrage kommende Diagnose bezeichnen, das allgemeine diagnostische Schema bei einem bestimmten Leitsymptom oder sogar den «Akt» an sich, Diagnostik zu betreiben. Solche Mehrdeutigkeiten stören die Kommunikation zwischen medizinischen Fachpersonen und sind besonders für Lernende verwirrend. Selbst habe ich zusätzlich bemerkt, dass ich für bestimmte Denkprozesse oder kognitive Instrumente von «Diagnostic Reasoning» gar keine Bezeichnung hatte. Oder es war mir vielleicht nicht bewusst, dass sich solche überhaupt abspielen. An der SGAIM Diagnostic Masterclass haben wir gelernt, uns multiplen Diagnostic-Reasoning-Instrumenten bewusst zu werden und diese mit einheitlichen Begriffen zu versehen. Für mich war speziell hilfreich zu erkennen, wie einzelne Instrumente zusammenspielen und wie sie sich gegenseitig optimal ergänzen.

Können Sie konkret ein Instrument im «Diagnostic Reasoning» nennen?
Natürlich, beispielsweise die «Problem Representation». Diese bezeichnet den Eindruck, welche eine Fallpräsentation bei medizinischen Fachpersonen hinterlässt. Bei der Entstehung dieses Eindrucks werden bestimmte Informationen «herausgefiltert», die verbleibende Information strukturiert sowie gewichtet. Daraus wird bereits klar, dass die «Problem Representation» nicht passiv oder automatisch zustande

© SGAIM

Führten mit Kompetenz und Charme durch die SGAIM-Diagnostic-Masterclass: Professor Gurpreet Dhaliwal sowie Professor Denise Connor.

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

Waren begeistert: Teilnehmerinnen und Teilnehmer der SGAIM-Diagnostic-Masterclass 2023.

kommen sollte, sondern unter Kontrolle der eigenen Denkprozesse. Denn: Beim Aufnehmen oder Auslassen von bestimmten Informationen kann es schnell zu einem falschen Framing kommen. Dieses kann die zukünftige Diagnostik negativ beeinflussen.

«Die Innere Medizin ist häufig das «Backup» in unklaren diagnostischen Situationen»

Bei der Strukturierung der Information ist zudem hilfreich, sich an eine bestimmte Ordnung zu halten. Diese erleichtert das Finden von möglichen Diagnosen in den weiteren Prozessschritten. Entscheidend ist, dass die «Problem Representation» in unseren Köpfen auch als etwas Flexibles verstanden wird. Es muss möglich sein, bei neuen Informationen Updates vorzunehmen. Einer der häufigsten systematischen Denkfehler ist das «Anchoring». Darunter versteht man das Versagen, von einer ursprünglich gestellten Verdachtsdiagnose abzukommen.

Gibt es weitere Instrumente nebst der von Ihnen genannten «Problem Representation»?
Durchaus. Unter anderem das «Disease / Illness Script». Es handelt sich dabei um das mentale Abbild einer Krankheit in den Köpfen von medizinischen Fachpersonen. Es ist eine Art Pendant zur «Problem Representation», die das Abbild einer Fallpräsentation darstellt. Das «Disease / Illness Script» stellt unsere Annahme dar, wie sich eine bestimmte Krankheit manifestieren müsste. Bei der Diagnostik versuchen wir intuitiv, eine vorhandene «Problem Representation» mit «Disease / Illness Scripts» in unseren Köpfen abzugleichen und so durch eine einfache Mustererkennung zur Diagnose zu gelangen. Beim «Diagnostic Reasoning» versuchen wir diesen Abgleich nicht intuitiv, sondern sehr explizit vorzunehmen und die Kontraste oder Übereinstimmungen präzise zu erkennen. Für diesen Abgleich ist es sinnvoll, «Disease / Illness Scripts» identisch zu ordnen, wie die «Problem Representation». Die Dozierenden schlagen eine Gruppierung in Epidemiologie (Alter, Geschlecht), Risikofaktoren (Begleitkrankheiten, Medikamente, etc.), Leitsymptome und Begleitsymptome sowie der zeitlichen Dynamik vor.

An der Masterclass ist immer wieder das «Diagnostic Schema» genannt worden. Um was handelt es sich dabei?
Für die Information in einer gegebenen «Problem Representation» existieren «Diagnostic Schemas». Nun sind wir bei einem Instrument angekommen, das einer Checkliste sehr nahekommt. «Diagnostic Schemas» sind eine systematische Betrachtung möglicher Diagnosen und können anatomisch geordnet sein. So beispielsweise bei Bauschmerzen in Quadranten oder nach Physiologie wie beim Nierenversagen in prä-/intra- oder postrenal oder nach Organsystemen beispielswiese bei Dyspnoe in der Atmung, im Kreislauf oder im metabolischen System. Die besten «Diagnostic Schemas» berücksichtigen ebenso die blinden Flecken: So sollten beispielsweise bei Bauchschmerzen systematisch immer auch extraabdominale Schmerzquellen erwogen werden.

Was ist das konkrete Ziel von alledem?
Professor Dhaliwal sowie Professor Connor vertreten die Auffassung, dass reine Erfahrung nicht zum diagnostischen Expertenstatus führt. Diesen erreicht man vielmehr dank meta-kognitiven Techniken wie «Diagnostic Reasoning», aber auch durch ein systematisches Follow-up von Patientinnen und Patienten. So stellt sich ein Lerneffekt aus Erfolgen und Misserfolgen ein. Diagnostik ist jedoch nur ein Teil der ärztlichen Tätigkeit und welche Priorität die Diagnostik hat, muss jede medizinische Fachperson entsprechend dem eigenen Aufgabengebiet selbst festlegen. Speziell die Innere Medizin ist jedoch häufig das «Backup» bei unklaren diagnostischen Situationen, weshalb es für Internistinnen und Internisten naheliegend ist, dem «Diagnostic Reasoning» eine hohe Priorität zu geben.

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

Zur Person

PD Dr. med. Stefan Markun ist Facharzt für AIM und Forschungsgruppenleiter des «FIRE-Projekts» am Institut für Hausarztmedizin in Zürich. Zudem ist Stefan Markun Lehrbeauftragter für das Humanmedizin-Studium an der Universität Zürich und an der ETH Zürich mit den Schwerpunkten Anamnesetechnik sowie «Diagnostic Reasoning». Selbst hegt er ein grosses Flair für Methoden des rationalen Denkens. Stefan Markun ist Gewinner des SGAIM-Teaching-Awards 2022.

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

Top-5-Liste

SGAIM veröffentlicht unnötige Behandlungen im stationären Kontext

Behandlung von Bluthochdruck oder vorbeugende Blutverdünner bei Patientinnen und Patienten im Akutspital: Die SGAIM hat als erste medizinische Fachgesellschaft der Schweiz unter «smarter medicine» eine vierte sogenannte «Top-5-Liste» publiziert. Diese enthält fünf Behandlungen, die grundsätzlich unnötig sind. Damit will die SGAIM zur ressourcenorientierten Versorgung beitragen und baut ihre Vorreiterrolle im Bereich Qualität aus.

Als Mitgründerin der gemeinnützigen Organisation «smarter medicine» hat die SGAIM nun bereits zwei Listen für die ambulante Medizin und zwei für die stationäre Medizin erstellt. Im Interview erklärt Prof. Dr. Jean-Luc Reny, Chefarzt für Allgemeine Innere Medizin am Genfer Universitätsspital (HUG), wie die Arbeitsgruppe unter seiner Leitung bei der Erstellung der «Top-5-Liste» vorgegangen ist und welche Sprengkraft die Empfehlungen haben.

Herr Prof. Reny, wie sind die Reaktionen von Ihren Kolleginnen und Kollegen aus dem Fachbereich ausgefallen?
Ich habe durchwegs positive Rückmeldungen auf die neue Top-5-Liste für die stationäre Allgemeine Innere Medizin erhalten.

Welche Empfehlung könnte zu Gesprächsstoff innerhalb der Ärzteschaft führen?
In Bezug auf die Empfehlung «Kein Antibiotikum verschreiben bei isoliertem Nachweis eines erhöhten C-reaktiven Proteins (CRP) oder Procalcitonins (PCT)» sind einige der Meinung, dass sogar zu oft ein CRP verschrieben wird. Das CRP bleibt ein nützlicher Biomarker bei der Diagnose und Überwachung von nicht-infektiösen Entzündungserkrankungen.

Jean-Luc Reny leitet derzeit die Abteilung für Allgemeine Innere Medizin an den Genfer Universitätskliniken. Zu seinen aktuellen Projekten gehören «Thrombozytenreaktivität: Determinanten und klinische Relevanz» und die OptimAT-Studie zur «Therapieoptimierung von Antithrombotika bei hospitalisierten Patienten mittels PBPK-Modellierung.» Zudem betreut er weitere klinische Forschungsprojekte bei Patientinnen und Patienten mit Herz-Kreislauf-Erkrankungen.

Wie ist die Arbeitsgruppe bei der Wahl der Behandlungen vorgegangen?
Wir sind von den bestehenden «Choosing-Wisely»-Empfehlungen anderer Länder ausgegangen, von Empfehlungen von Fachgesellschaften, die eine «less is more / smarter medicine»-Orientierung hatten, von Gesprächen mit anderen Kolleginnen und Kollegen der Allgemeinen Inneren Medizin aus verschiedenen Krankenhäusern aus der ganzen Schweiz. Hauptsächlich haben wir uns viel innerhalb der vierköpfigen Arbeitsgruppe ausgetauscht. Um etwa zehn Vorschläge auszuwählen, haben wir vier Kriterien aufgestellt, die eine fundierte Auswahl ermöglichen: wissenschaftliche Evidenz; Relevanz für unsere Praxis und für akute Patientinnen und Patienten der Allgemeinen Inneren Medizin im Krankenhaus; mögliche Implementierung in unseren Krankenhausabteilungen; Follow-up-Indikatoren in unseren Krankenhausinformationssystemen. Elf Vorschläge wurden den Mitgliedern der Organisationen Internistische Chef- und Kaderärzte Schweiz (ICKS) und Swiss Young Internists (SYI) zur Bewertung anhand dieser vier Kriterien vorgelegt. Insgesamt gingen 129 Antworten ein, die eine Einstufung ermöglicht haben. Die Bewertungen waren insgesamt sehr positiv.

Gab es innerhalb der Arbeitsgruppe einen Konsens über die ausgewählten Behandlungen?
Dank der Qualität des Austauschs und der Verwendung von vier Kriterien war ein Konsens leicht zu erreichen.

Was versprechen Sie sich nun von der Top-5-Liste?
Wir erwarten, dass sie konkret im Behandlungsalltag in jedem Krankenhaus umgesetzt wird. Durch die Indikatoren für die Überwachung kann eine positive Schleife der kontinuierlichen Qualitätsverbesserung entstehen.

Gäbe es einen sechsten Punkt auf der Liste? Falls ja, welcher wäre das?
Der Aussenseiter unter den Empfehlungen war «Keine TSH-Messung während eines Kranken-

Die fünf Empfehlungen auf einen Blick

1. Keine prophylaktische Antikoagulation bei Akutpatientinnen und Akutpatienten mit geringem Risiko venöser thromboembolischer Ereignisse.
2. Keine Antibiotikatherapie aufgrund erhöhter Entzündungswerte wie C-reaktives Protein (CRP) oder Procalcitonin (PCT) als alleinige Indikation.
3. Keine systematische medikamentöse Behandlung erhöhter Blutdruckwerte während eines akuten Spitalaufenthalts.
4. Bei Verlassen des Spitals keine Verschreibung von Neuroleptika, deren Verabreichung während der Hospitalisierung gegen Schlaflosigkeit oder Unruhe initiiert wurde; bei jeder Verschreibung Neubewertung der Indikation nach der akuten Phase vorsehen.
5. Keine Verabreichung von Sauerstoff bei Akutpatientinnen und Akutpatienten, um eine kapillare Sauerstoffsättigung von 94% oder darüber zu behalten.

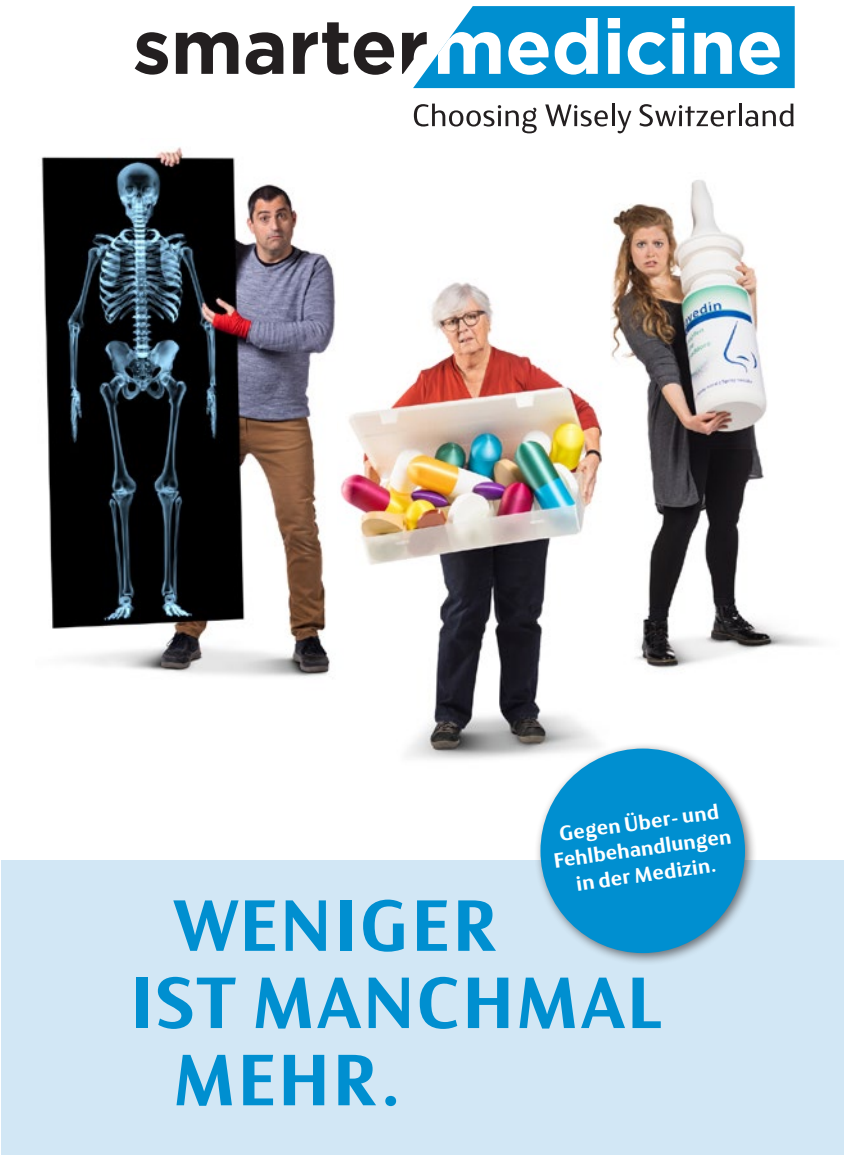
Die vollständige Liste inklusive Referenzen finden Sie unter www.smartermedicine.ch

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

hausaufenthalts, wenn kein klinischer Verdacht auf eine Schilddrüsenerkrankung besteht». Aber dieser Vorschlag scheiterte am Fehlen eines zuverlässigen Follow-up-Indikators und landete bei der Umfrage auf Platz 6 und damit nicht unter den «Top Five».

Wie geht es nun weiter – ist eine fünfte Liste seitens AIM geplant?
Es handelt sich bei der nun veröffentlichten «Top-5-Liste» um die zweite Liste für die Allgemeine Innere Medizin im Krankenhaus, und es gibt bereits zwei Listen seitens der SGAIM im ambulanten Bereich. Allenfalls publizieren wir eine gemeinsame Liste? Einige Vorschläge sind für beide Kontexte und den Übergang zwischen Krankenhaus und Arztpraxis sinnvoll. So beispielsweise der Punkt «Bei der Entlassung aus dem Krankenhaus keine Neuroleptika verschreiben, die während des Krankenhausaufenthalts wegen Schlaflosigkeit oder Unruhe eingeleitet wurden, und im Falle einer Verschreibung eine Neubewertung der Indikation ausserhalb der akuten Phase vorsehen». Andere Empfehlungen sind spezifischer für die akute, stationäre Versorgung, so unter anderem der Punkt «Bei akuten medizinischen Patientinnen und Patienten keinen Sauerstoff zur Aufrechterhaltung einer kapillaren Sauerstoffsättigung von 94% oder mehr verabreichen».

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



Neue Unterstützung

Linda Meier neue SwissDRG-Beauftragte bei der SGAIM

Die SGAIM hat per 1. Juli 2023 Linda Meier zur SwissDRG-Beauftragten gewählt. Die ausgebildete Medizinerin verfügt über langjährige Führungserfahrung als Medizincontrollerin und war unter anderem DRG-Expertin bei verschiedenen Krankenversicherungen. Mit der Wahl von Linda Meier holt sich die SGAIM Unterstützung für ihre SwissDRG-Kommission.

Per 1. Juli hat die SGAIM Linda Meier zur SwissDRG-Beauftragten gewählt. Damit ist es der Organisation gelungen, eine ausgewiesene Expertin an Bord zu holen. Die ausgebildete Medizinerin arbeitet nebst ihrem Engagement bei der SGAIM parallel als Medizincontrollerin am Luzerner Kantonsspital. Davor war Linda Meier mehrere Jahre Leiterin des Medizincontrollings und medizinischer Kodierung am Spital in Muri (AG), DRG-Expertin an der DRG-Prüfstelle des RVK in Luzern und bei der SWICA in Winterthur.

Linda Meier hat einen EMBA in Medical Management und einen eidgenössischen Fachausweis als medizinische Kodiererin. Als diplomierte Medizincontrollerin engagiert sie sich als Dozentin und Lehrgangsleiterin zu den Themen «Medizincontrolling» und «medizinische Kodierung». Seit Einführung von SwissDRG ist sie in diesem Feld tätig und konzentriert sich nun bei der SGAIM als SwissDRG-Beauftragte auf die systemische Optimierung der stationären AIM-Vergütung.

Lars Clarfeld, Generalsekretär und Leiter der Geschäftsstelle der SGAIM, meint: «Ich freue mich, mit Linda Meier eine ausgewiesene Fachkraft gewonnen zu haben. Die SGAIM verfolgt das Ziel, die Abbildung der Grundversorgung, insbesondere von multimorbiden Patientinnen und Patienten, im SwissDRG-Fallpauschalensystem kontinuierlich zu verbessern. Aus diesem Grund wird die SGAIM erneut einen Schwerpunkt auf die Eingabe von datengestützten SwissDRG-Anträgen legen.»

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

Schweizerinnen und Schweizer wählen ihr neues Parlament

Heisser Wahlherbst 2023

Am 22. Oktober ist es soweit. Schweizerinnen und Schweizer wählen ihr neues Parlament. Damit wird das politische Fundament für die nächsten vier Jahre gelegt. Als politischer Berufsverband der Haus- und Kinderärztinnen und -ärzte beschäftigen uns diese Wahlen stark, denn das neue Parlament wird wichtige und für uns relevante gesundheitspolitische Weichen stellen müssen. Tarif, Prävention, Tabak und natürlich der Mangel an Haus- und Kinderärztinnen und -ärzten: Diese Themen werden uns in den kommenden Monaten und Jahren intensiv beschäftigen. Und machen wir uns nichts vor, auch andere Fragen werden natürlich ebenfalls auftauchen.

Wir stellen Ihnen deshalb mit Kurzinterviews «unsere» Kandidatinnen und Kandidaten aus der Ärzteschaft vor. Damit verbunden ist auch eine parteiunabhängige konkrete Wahlempfehlung unseres Verbandes. Wir Haus- und Kinderärztinnen und -ärzte brauchen engagierte Parlamentarierinnen und Parlamentarier im Bund und in den Kantonen. Die Stimme der Ärzteschaft, vor allem von uns Haus- und Kinderärztinnen und -ärzten, muss durch eine direkte Vertretung im Parlament gestärkt werden. Zudem ist es in unserem eigenen Interesse, Personen im Parlament zu wissen, die nicht nur über das Gesundheitswesen reden, sondern auch echte Expertise einbringen können.

Unterstützen Sie deshalb unsere Kandidatinnen und Kandidaten. Wir wünschen allen politisch engagierten Ärztinnen und Ärzten viel Erfolg!

Bettina Balmer

Welches sind Ihre politischen Schwerpunkte?
Gesundheitspolitik, Vereinbarkeit von Beruf und Familie sowie Finanzpolitik (Individualbesteuerung).

Haben sie im Kanton bereits Gesundheitspolitik gemacht, wenn ja, zu welchen Themen?
Ich habe massgeblich an der Revision des Spitalplanungs- und Finanzierungsgesetzes mitgearbeitet, das weiterhin einen grösseren Spielraum für die Ärzteschaft ermöglicht und die Finanzierung der Spitäler immer noch sinnvoll regelt. Dann habe ich unter anderem folgende Themen in Vorstössen aufgegriffen: Digitalisierung im Gesundheitswesen, Cybersicherheit an Spitälern, Numerus Clausus im Medizinstudium und generell Aus- und Weiterbildung der Ärzteschaft, Prävention im Gesundheitswesen und Nachhaltigkeit des Beschaffungswesens an Spitälern. Mehr dazu findet sich auf meiner Homepage www.bettina-balmer.ch sowie auf derjenigen des Kantonsrates Zürich https://www.kantonsrat.zh.ch/mitglieder/mitglied?id=40e90cedba0b4cc59189b60f918dc14d.

Welches gesundheitspolitische Thema erhält Ihrer Meinung nach aktuell im nationalen Parlament zu wenig Beachtung?
Das Thema Tarifierung/TARDOC geht deutlich zu langsam vorwärts. Auch die E-Health-Strategie und die Versorgungssicherheit der Medikamente sind ein Problem. Bei der Digitalisierung fehlt eine nationale Strategie, die diesen Namen verdient. Versorgungssicherheit bei den Medikamenten hat einerseits mit einer gesicherten Produktion, anderseits aber mit sinnvoller Logistik zu tun, letzteres sollte national dringend analysiert und verbessert werden.

Wie kann und soll die Politik die medizinische Grundversorgung stärken und wo liegen dafür die grössten Chancen?
Die Stärkung der Grundversorgung beginnt bereits beim Numerus Clausus und dem Medizinstudium: Es braucht mehr Studienplätze (ein solcher Vorstoss ist im Kanton Zürich hängig) und es braucht eine strukturelle Anpassung des Medizinstudiums. Auch eine angemessene Tarifierung, Bürokratieabbau und basisdemokratisch funktionierende Strukturen sind für die medizinische Grundversorgung wichtige Themen. Eine starke Grundversorgung führt zu verbessertem Wohlergehen von uns allen, unter anderem auch dank der Vermittlung einer höheren Gesundheitskompetenz in der Bevölkerung. Letztlich ist das Gesundheitswesen mit einer starken Grundversorgung nicht nur besser, sondern auch bezahlbarer.

Wie sieht Ihr persönliches «Rezept für eine gesunde Schweiz» aus? Wofür wollen Sie sich ganz besonders engagieren?
Mein persönliches «Rezept für eine gesunde Schweiz» heisst Gesundheitspolitik mit Herz

Dr. med. Bettina Balmer, Nationalratskandidatin FDP, Kanton Zürich, 1966

Seit 2015 bin ich Kantonsrätin. Zuerst war ich in der kantonsrätlichen Aufsichtskommission für Bildung und Gesundheit tätig, seit mehreren Jahren bin ich nun Mitglied der Kommission für soziale Sicherheit und Gesundheit. Die Vereinbarkeit von Beruf und Familie hat mich vor fast 10 Jahren politisiert, weswegen ich mich auch als Co-Präsidentin der FDP Frauen Kanton Zürich engagiere. Ausserdem bin ich Vorstandsmitglied der Ärztegesellschaft Zürich.

Nach dem Staatsexamen habe ich meine Weiterbildung zur Fachärztin für Kinderchirurgie an verschiedenen Orten in der Schweiz und im Ausland (England und Kanada) absolviert. Aktuell arbeite ich in einem 50% Pensum als Oberärztin auf der interdisziplinären Notfallstation des Universitäts-Kinderspitals Zürich.

Ich bin verheiratet. Wir haben drei Kinder (25, 23 und 18). Mehr Information findet sich unter www.bettina-balmer.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

und Verstand: Wir können und müssen uns ein hochstehendes Gesundheitswesen leisten, sollten aber kritisch hinterfragen, wo das Geld sinnvollerweise eingesetzt wird. Es braucht niederschwellige Anlaufstellen für Patientinnen und Patienten, diese dürfen aber nicht für unnötige Bagatellen missbraucht werden. Es braucht eine starke Grundversorgung und Prävention. Ebenso sind integrierte Versorgung und akzeptable Arbeitsbedingungen Schlagwörter, die ernst genommen werden müssen.

mfe setzt sich für die politischen Anliegen der Haus- und Kinderärzteschaft ein – wo liegen für Ihre Partei in der kommenden Legislatur die grössten politischen Herausforderungen?
Für die FDP liegen die grössten Herausforderungen nicht nur in der Finanzierung einer qualitativ hochstehenden medinischen Grundversorgung, sondern auch der Fachkräftemangel, insbesondere der Kinder- und Hausärzteschaft, ist zunehmend ein Problem.

Warum soll die Leserschaft vom PHC ihre Stimme Ihnen geben?
Vielen Dank, wenn Sie mich zwei Mal auf Ihren Wahlzettel schreiben: Ich verspreche, mich für die medizinische Grundversorgung und eine gesunde Schweiz einzusetzen. Für Fragen und Anregungen stehe ich gerne zur Verfügung unter info@bettina-balmer.ch. Es braucht eine ärztliche Vertretung im Nationalrat. Auf dem 5. Listenplatz ist es realistisch, dass ich gewählt werde, was mich sehr freut!

Severin Lüscher

Welches sind Ihre politischen Schwerpunkte?
Gesundheits- und Sozialpolitik, Vernetzung mit weiteren für die Gesundheit wichtigen Politikbereichen wie Umwelt-, Bildungs- und Finanzpolitik.

Haben sie im Kanton bereits Gesundheitspolitik gemacht, wenn ja, zu welchen Themen?
Seitens Kantonsparlament federführend bei der Bewahrung eines grossen Kantonsspitals vor dem Konkurs (Mai 2023); Standesinitiative zur Versorgungssicherheit mit essenziellen Wirkstoffen, Medikamenten und Medizinalprodukten (2022 im Ständerat leider abgelehnt); Vorstösse für eine Pilotnorm zur Förderung innovativer Versorgungsmodelle, zur Finanzierung intermediärer Behandlungsangebote in der Psychiatrie und für die Sicherstellung der kinder- und jugendpsychiatrischen Versorgung, die seit 2022 grossteils umgesetzt sind.

Welches gesundheitspolitische Thema erhält Ihrer Meinung nach aktuell im nationalen Parlament zu wenig Beachtung?
Alles, was dank Eigeninitiative der Akteure gut läuft – wie z.B. bestehende koordinierte Versorgungsmodelle und deren dokumentierte, enorme Kostenersparnisse; gleichzeitig werden die verheerenden Folgen von Überregulierung und Kontrollwahn völlig verdrängt, und es werden keinerlei lohnende Anreize für Effizienz und «smarter medicine» gesetzt.

Wie kann und soll die Politik die medizinische Grundversorgung stärken und wo liegen dafür die grössten Chancen?
Medizinische Grundversorgung muss interprofessionell und bottom-up geleistet werden – mit weniger Reglementierung, einem grosszügigen Rahmen für die Verteilung von Aufgaben und Kompetenzen und mit genügend Finanzen ausgestattet. Es braucht ein Vorstosspaket adressiert ans EDI/BAG, nutzlose und teure Eingriffe ins System drastisch zurückzufahren, sich von der Fixierung auf Kosten zu lösen, Initiativen für wirkliche Einsparungen zu belohnen und dafür zu sorgen, dass möglichst viel Leistung bei den Patientinnen und Patienten landet, statt in Bürokratie und Administration zu versanden.

Wie sieht Ihr persönliches «Rezept für eine gesunde Schweiz» aus? Wofür wollen Sie sich ganz besonders engagieren?
Bildung, Aufklärung, Information für die breite Bevölkerung, damit die Gesundheitskompetenz in der Breite wächst und Prävention wirken kann – und Erhaltung von Artenvielfalt und Lebensgrundlagen auch für kommende Generationen.

mfe setzt sich für die politischen Anliegen der Haus- und Kinderärzteschaft ein – wo liegen für Ihre Partei in der kommenden Legislatur die grössten politischen Herausforderungen?
Eine medizinische Grundversorgung mit chancengleichem Zugang für alle von den Zentren bis in die Peripherie sicherzustellen, zu erhalten und hoffentlich weiterentwickeln zu können. Nicht zu vergessen sind aber die ganz grossen Herausforderungen der Klimaerhitzung und der Biodiversitätskrise, die wir auch im Interesse unserer Gesundheit entschlossen angehen müssen!

Warum soll die Leserschaft vom PHC ihre Stimme Ihnen geben?
Wer bis hier gelesen hat, kann diese Frage easy selbst beantworten; und wenn alle Aargauer Leserinnen und Leser vom PHC je 50 Bekannte motivieren, mich zwei Mal auf ihren Wahlzettel zu schreiben (5a.15), reicht es (vielleicht).

Jokerfrage: Wer sollte Ihrer Meinung nach neu das EDI und damit die Verantwortung für die Gesundheitspolitik im Bundesrat übernehmen?
Natürlich eine Bundesrätin/ein Bundesrat der Grünen – es gibt da gesundheitspolitisch äusserst kompetente Kandidatinnen/Kandidaten!

Dr. med. Severin Lüscher

60-jährig, verheiratet, zwei erwachsene Kinder (27, 30).

Seit 1999 Hausarzt in Schöftland AG; seit 2015 im Grossen Rat des Kantons Aargau (Fraktion Grüne) mit Schwerpunkt Gesundheitspolitik, aktuell (2021–2024) Präsident der Kommission Gesundheit und Sozialwesen (GSW); seit 2019 im Verwaltungsrat der Pflegeheim Sennhof AG, Vordemwald; 2008–2019 Verwaltungsrat der Argomed Ärzte AG, Lenzburg, mit Ärztenetzen in den Kantonen Aargau, Bern, Luzern, Solothurn und Zug; 2015–2017 Delegierter von mfe Haus- und Kinderärzte Schweiz in der Arbeitsgruppe Nationale Demenzstrategie, Teilprojekt 3.2 «Förderung der Koordination von Leistungen zur Deckung des individuellen Versorgungsbedarfs».

Kontrabassist und Bergwanderer, im Garten lasse ich es gern einfach wachsen und bin seit 2015 vollelektrisch unterwegs.
Website: https://severin-luescher.ch

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

Fortbildung des Kollegiums für Hausarztmedizin KHM

Entwicklungspädiatrische Vorsorge für Allgemeinmedizinerinnen und -mediziner

Fabian Egli
Leiter Kommunikation, Kollegium für Hausarztmedizin KHM

Am 23.11.2023 findet das Modul 3 unserer beliebten Fortbildung statt.

Es hat noch einige freie Plätze für interessierte Grundversorgerinnen und Grundversorger (inkl. Praxisteams), die ihr Wissen in der pädiatrischen Vorsorge vertiefen möchten.

Alle drei Module werden auch im 2024 wieder angeboten. Melden Sie sich bereits heute an und sichern Sie sich einen Platz fürs nächste Jahr.

→ *Es können einzelne oder alle Module belegt werden.*

→ *Die Module finden hybrid statt.*

Themen Modul 3

23.11.2023 / 28.11.2024

Vorsorgeuntersuchung 10. Lebensjahr
Schulprobleme (Fallbeispiele z.B. ADHD/ Autismus-Spektrum)
Anwendung des Fit-Konzeptes und von Entwicklungsprofilen

Themen Modul 2

29.08.2024

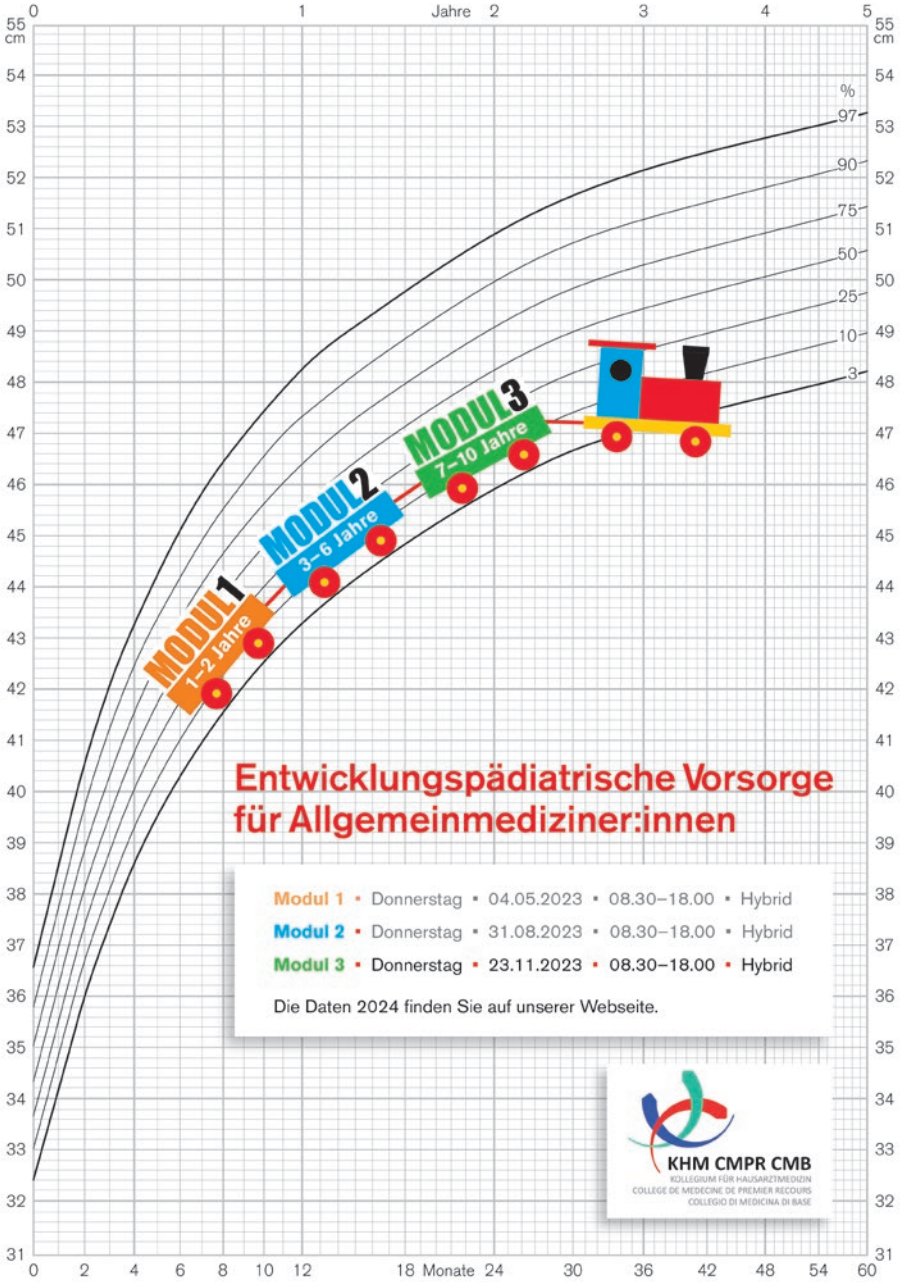
Vorsorgeuntersuchung 4. und 6. Lebensjahr
Kindergartenreife
Sozialverhalten: Normale Entwicklung, Auffälligkeiten und Störungen (ASS) in den ersten Lebensjahren

Themen Modul 1

16.05.2024

Vorsorgeuntersuchung 1. Lebensjahr
Vorsorgeuntersuchung 2. Lebensjahr
Entwicklungsneurologie (Untersuchung/ Normvarianten)
Normaler Schlaf und Störungen

Die Fortbildungs-Trilogie richtet sich an alle Grundversorgerinnen und Grundversorger (inkl. Praxisteams), die schon Kinder betreuen, aber mehr Sicherheit in der pädiatrischen Vorsorge gewinnen möchten. Aber auch an Interessierte, die bisher noch wenig Erfahrung damit sammeln konnten.



Anmeldung über:
Via Website KHM
www.khm-cmpr.ch

Kosten pro Modul **(2023)**: CHF 280.–.
Die Fortbildung ist sponsorenfrei.

Credits
Pro Modul sind 8 Credits für die Kernfortbildung der SGAIM anrechenbar.

Weitere Auskünfte
Sekretariat KHM, khm@hin.ch
Dr. med. Elisabeth Blöchlinger, elisabeth.bloechlinger@hin.ch

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

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

10.4414/phc-d.2023.10739 | 2023;23(9):268–270 | Prim Hosp Care

Eine Herausforderung in der Kinder- und Hausarztpraxis

Die gesundheitliche Versorgung von Pflege- und Heimkindern in der Schweiz

In diesem Beitrag werden die Ergebnisse einer explorativen Pilotstudie bei kinderärztlichen Grundversorgerinnen und Grundversorgern zur Gesundheit, Entwicklung und Behandlung von Heim- und Pflegekindern vorgestellt. Die Online-Umfrage zeigt klar, dass die Gesundheitsversorgung von ausserfamiliär untergebrachten Kindern aller Altersstufen optimiert werden kann. Aus diesem Grund ist ein Policy Paper im Auftrag von *pädiatrie schweiz* und dem *Kollegium für Hausarztmedizin (KHM)* geplant.

Maria Mögel, Oskar Jenni
Abteilung Entwicklungspädiatrie, Universitäts-Kinderspital Zürich

Hintergrund

In der Schweiz leben grob geschätzt etwa 20 000 Kinder und Jugendliche in Heimen und Pflegefamilien, was etwa 1% der 0 bis 18-Jährigen entspricht [1]. Diese Kinder haben in der Regel vor der Platzierung in einem stressbeladenen Umfeld gelebt, dabei Misshandlung, Traumatisierung und Platzierungswechsel erfahren und den Verlust von vertrauten Bezugspersonen und Umwelten durchgemacht [2]. Das Aufwachsen unter solchen Belastungen ist oft mit schwerwiegenden Gesundheitsrisiken wie auch mit Entwicklungsbeeinträchtigungen in der Emotionsregulation, der Sprache und der Kognition sowie Belastungen im Bindungsverhalten und der Befindlichkeit verbunden [3, 4]. In der Folge ist der Schulerfolg dieser Kinder häufig beeinträchtigt [5]. Ausserdem steigt mit einer ausserfamiliären Unterbringung die Vulnerabilität für psychische Störungen [2, 5, 6] und körperliche Erkrankungen [6, 7]. Eine kontinuierliche kinder- und hausärztliche Betreuung und damit das frühzeitige Erkennen und Behandeln von gesundheitlichen Belastungen und Entwicklungsverzögerungen unterstützt dagegen massgeblich die schützende Wirkung von guten Platzierungen in Pflegefamilien oder Heimen [3, 8].

In Grossbritannien, den USA und Australien wurden aufgrund umfangreicher Forschungsdaten entsprechende Guidelines und Empfehlungen zur Sicherung einer integralen Gesundheitsversorgung und -vorsorge für Kinder in ausserfamiliärer Unterbringung entwickelt [8–10]. So wurden in den USA die Leitlinien von der nationalen Kinderärztegesellschaft (American Academy of Pediatrics [AAP]) ausgearbeitet. Diese werden in den einzelnen amerikanischen Staaten unterschiedlich umgesetzt, gelten jedoch in internationalen Fachgesellschaften (wie zum Beispiel in der World Association for Infant Mental Health [WAIHM] oder der World Psychiatric Association [WPA], Child and Adolescent Psychiatry Section [CAP]) wie auch in der UNICEF als vorbildliche Standards. Sie wurden auch mehrmals dem Forschungsstand angepasst. Im Gegensatz dazu handelt es sich bei den Guidelines aus Grossbritannien um verpflichtende Vorgaben des britischen Staates (Statutory Guidance), die in Zusammenarbeit mit den National Health Service (NHS) und dem Familienministerium verantwortet werden. Diese staatlichen Leitlinien schreiben umfassende Abklärungen des körperlichen und psychischen Zustandes und der Entwicklung eines Kindes zu Beginn einer Platzierung als verpflichtend vor. Sowohl die USA wie auch Grossbritannien verfügen über umfangreiche kinderärztliche und kinder- und jugendpsychiatrische Forschung zu den gesundheitlichen Folgen von ausserfamiliärer Unterbringung. Die australischen Empfehlungen orientieren sich an der amerikanischen Vorlage und scheinen ebenfalls nur fakultativ im medizinischen Versorgungssystem verankert zu sein.

Alle angelsächsischen Herangehensweisen betonen die Notwendigkeit einer kontinuierlichen Gesundheitsversorgung auch bei Platzierungswechsel und behandeln deshalb in diesem Zusammenhang ebenfalls Themen wie Dokumentation und Kommunikation der Befunde und die Herausforderungen einer adäquaten Patientinnen- oder Patientenberatung und Elterninformation.

In Deutschland stellt die Online-Bibliothek Pflegekinderhilfe lediglich zum Thema *Traumatisierung bei Pflegekindern* ein Dossier zur Verfügung und nur einzelne sozialpädiatrische Zentren haben das Thema aufgegriffen.

In der Schweiz liegen nur grobe Schätzungen über Umfang und Verlauf von Platzierungen im Kindes- und Jugendalter vor und es wurden nur wenige Studien zur physischen

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

und psychischen Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Heimen und Pflegefamilien durchgeführt [1]. Empfehlungen für die gesundheitliche Versorgung von ausserfamiliär untergebrachten Kindern und Jugendlichen gibt es nicht.

Um mehr darüber zu erfahren, wie Grundversorgerinnen und Grundversorger in der Schweiz das gesundheitliche Befinden der in Heimen oder bei Pflegeeltern aufwachsenden Kinder und Jugendliche erleben, wurde im November 2021 eine Online-Umfrage durchgeführt. Das Ziel dieser Umfrage war nicht die Erhebung von systematischen Zahlen, sondern sie sollte in erster Linie als Stimmungsbarometer dienen und das Problembewusstsein unter Grundversorgerinnen und Grundversorgern erfassen. Entsprechend wurde die Untersuchung als explorative Pilotstudie mit quantitativen Fragen im Rahmen einer qualitativen Forschungsanlage konzipiert. Die Ergebnisse der Umfrage werden in der Folge als Grundlage für die Ausarbeitung entsprechender Empfehlungen dienen.

Methode der Umfrage

An der Online-Umfrage mit insgesamt 16 Fragen und vorgegebenen Antwortkategorien zu Gesundheit und Entwicklung von ausserfamiliär untergebrachten Kindern und Jugendlichen beteiligten sich von den 1964 berufstätigen Mitgliedern von pädiatrie schweiz insgesamt 187 (9,5%) Kinderärztinnen und Kinderärzte. 122 waren als Niedergelassene (82%) tätig, 34 (22%) arbeiteten ganz oder zum Teil auch in Institutionen oder Spitälern. Es waren 24 (21%) Grundversorgerinnen und Grundversorger für die medizinische Betreuung in einem Kinder- oder Jugendheim zuständig. 120 Teilnehmende der Umfrage machten auch von der Möglichkeit Gebrauch, zu einzelnen Fragen ergänzende Kommentare abzugeben.

Auswertungen und Ergebnisse

Insgesamt beantworteten die Teilnehmenden die Frage nach der körperlichen Verfassung der behandelten Kinder und Jugendlichen mehrheitlich (65%) als *sehr gut* und *eher gut*. Die psychische Befindlichkeit der Kinder wurde von einem Drittel der Kinderärztinnen und Kinderärzte (34%) als *eher belastet* wahrgenommen. Nur in zwei Fällen wurde sie als *sehr gut* beurteilt. In einzelnen Kommentaren verwiesen die Teilnehmenden auf eine hohe Belastung von ausserfamiliär untergebrachten Säuglingen und Kleinkindern durch Regulationsstörungen und häufige Infekte, insbesondere bei Säuglingen, die neonatale Entzugsbehandlungen durchgemacht hatten. Mit zunehmendem Alter der Kinder wurde auch ihre psychische Befindlichkeit als stärker belastet erlebt. Bei den Jugendlichen ergaben sich Hinweise auf sehr belastete Entwicklungsverläufe und einzelne Hinweise auf unkontrollierte Medikamenteneinnahme und fehlendes Case Management.

Die Frage nach den geschätzten diagnostizierten Entwicklungsverzögerungen beantworteten 64 der Befragten mit Ja (57%) und 48 der Befragten mit Nein (43%). Inhaltlich gab ein Drittel der Antwortenden an, vor allem Beeinträchtigungen bei den sprachlichen und kognitiven Kompetenzen festgestellt zu haben, die Hälfte der Teilnehmenden berichtete von Problemen der Kinder im sozialen Verhalten. Diese lediglich geschätzten Angaben zeigen eine hohe Übereinstimmung mit den Ergebnissen internationaler Studien [10].

Zwar gab die Mehrheit der Befragten (71%) an, die betroffenen Kinder und Jugendlichen besonders in Vorsorgeuntersuchungen gesehen zu haben, ein Drittel (29%) der Behandlungen hatte jedoch nur im Rahmen von Notfallkonsultationen stattgefunden.

Auch waren verordnete Fördermassnahmen (z. B. Physiotherapie, Ergotherapie, heilpädagogische Früherziehung oder Logopädie) bei etwa einem Drittel aller Fälle abgebrochen oder überhaupt nicht wahrgenommen worden. Entsprechend wurden auch die Kontinuität und Verbindlichkeit (Compliance) in den Behandlungen von ausserfamiliär untergebrachten Kindern und Jugendlicher mehrheitlich (48%) mit unterschiedlich bzw. von knapp 10% als unbefriedigend eingeschätzt. Und dies, obwohl die individuelle Zusammenarbeit mit Eltern, Pflegeeltern, Heimen, Beiständen und Behörden von den Befragten als meist gut (71%) gegenüber *unterschiedlich* (27%) oder *meist unbefriedigend* (2%) erlebt wurde.

Im Kommentar zur Frage nach der Compliance beschrieben einzelne Befragte anhand von berührenden Fallbeispielen drei Bereiche als hinderlich für eine kontinuierliche und engagierte kinder- und hausärztliche Betreuung. Erstens erschweren Informationsdefizite bezüglich der Familien, wie der kindlichen Anamnese häufig die Einschätzung der gesundheitlichen Situation und Behandlung der Kinder. Dies gelte in besonderem Ausmass bei adoptierten Kindern (besonders auch aus dem Ausland). Als schwierig wurde zweitens empfunden, dass bei Platzierungswechseln die Kontinuität der ärztlichen wie der therapeutischen Behandlungen und das Vertrauensverhältnis zwischen Kinderärztin bzw. Kinderarzt und dem Kind/Jugendlichen nicht selten untergehen. Schliesslich wurde auch die ärztliche Behandlung im Rahmen der komplexen Elternsituation der Kinder als herausfordernd empfunden, da die Entscheidungsrechte der Herkunftseltern einerseits, die eingeschränkten Befugnisse der Pflegeeltern und Betreuenden andererseits und gegebenenfalls zivilrechtliche Auflagen beachtet werden müssen. So können beispielsweise bei Fragen des Impfens oder Medikationen (z. B. für Methylphenidat bei ADHS) erhebliche Konflikte zwischen den Gesundheitsrechten der Kinder und den beteiligten Akteuren bestehen.

Diskussion

Die explorative Umfrage zeigt klar, dass die Gesundheitsversorgung von ausserfamiliär untergebrachten Kindern aller Altersstufen optimiert werden kann. Allerdings darf die Aussagekraft der Pilotstudie durch die geringe Antwortrate aus unterschiedlichen Arbeitsbereichen (niedergelassene Kinderarztpraxen und Kliniken) und die Methode nicht

Empfehlungen für eine Best Practice in der Gesundheitsversorgung von Kindern und Jugendlichen in ausserfamiliärer Unterbringung

Die Empfehlungen zielen auf:

- eine vertiefte Aufmerksamkeit für die besonderen Gesundheitsfragen platzierter Kinder aller Altersstufen bei ihren ärztlichen Versorgerinnen und Versogern wie bei den Bezugs- und Fachpersonen;
- eine Optimierung der Gesundheitsversorgung der Kinder und Jugendlichen durch mehr Verbindlichkeit in der Versorgungskontinuität und Dokumentation;
- eine Optimierung der Platzierungsplanung durch eine möglichst vorgängige Einschätzung von Gesundheit und Entwicklung und damit Behandlungs- und Förderbedarf des individuellen Kindes in der Platzierungsphase;
- die Beachtung der Perspektive und Partizipation der betroffenen Kinder, Jugendlichen und «Careleaver» bezüglich ihres gesundheitlichen Wohlbefindens;
- den Ausbau der ärztlichen und interprofessionellen Weiterbildung zur Gesundheitsversorgung in Platzierungsverhältnissen.

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

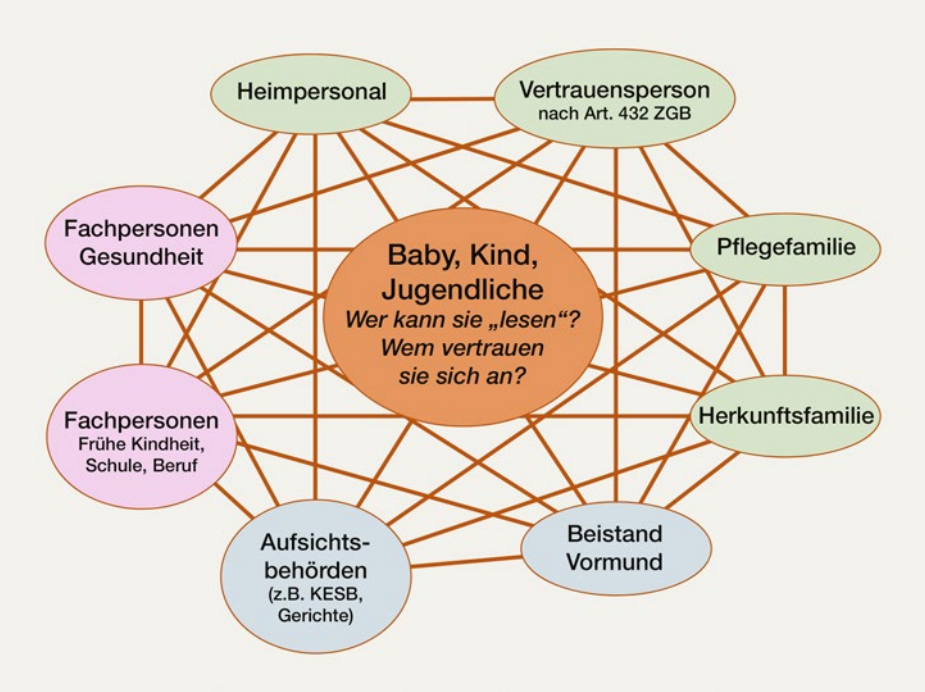


Abbildung 1: Versorgungsnetz von ausserfamiliär untergebrachten Kindern aller Altersstufen in der Schweiz.

datenbasierter subjektiver Einschätzungen durchaus kritisiert werden. Auch schränkt der Fokus auf die Bereiche allgemeine Gesundheit, Entwicklung und Verhalten die Ergebnisse ein, da beispielsweise Impfstatus und Zahngesundheit nicht erfragt worden waren. Trotzdem sind die Ergebnisse dieser Online-Umfrage mit den Befunden von zahlreichen internationalen Studien zur Gesundheitsbelastung von Kindern und Jugendlichen in ausserfamiliärer Unterbringung vergleichbar. So werden Sprachentwicklungsverzögerungen, eine schlechte psychische Befindlichkeit, ein häufiger Abbruch der Behandlungen und Fördertherapien durch Platzierungswechsel beschrieben [2, 11].

Die Befunde dieser Umfrage und die Kommentare einer für das Thema Platzierung engagierten Gruppe von Kinderärztinnen und Kinderärzten lenkt zu Recht die Aufmerksamkeit auf die Gesundheitsbedürfnisse von ausserfamiliär untergebrachten Kindern aller Altersstufen. Die Gesundheitsversorgung dieser Kinder sollte in der ärztlichen Aus- und Weiterbildung mehr Raum einnehmen und im Hinblick auf eine Best-Practice-Gesundheitsversorgung systematischer erforscht werden. Ein wichtiges Ziel von Empfehlungen ist auch das Sichtbarmachen des Versorgungsnetztes rund um diese belasteten Kinder und die Verbesserung der interprofessionellen Zusammenarbeit (Abb. 1).

Aufbauend auf den Anregungen aus der Online-Umfrage und der schon existierenden Vorlagen aus den USA, Grossbritannien und Australien werden Best-Practice-Empfehlungen (Policy Paper) zur Gesundheitsversorgung von Pflege- und Heimkindern im Auftrag von pädiatrie schweiz und des Kollegiums für Hausarztmedizin (KHM) erarbeitet. Dabei sollen auch Vertretende der Schweizerischen Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie (SGKJJ) und der Konferenzen für Kindes und Erwachsenenschutz (KOKES) sowie die Sozial-, Gesundheits- und Erziehungsdirektorenkonferenzen, wie auch die Fachverbände des Heim- und Pflegekinderwesens (wie zum Beispiel INTEGRAS, PACH), aber auch die Akteurinnen der Schweizer Pflegekinderforschung und die Betroffenen ihre Sicht und Expertise einbringen.

Die bisherigen Rückmeldungen von Fachleuten und Institutionen zeigen, dass allgemeine Empfehlungen zur Gesundheitsversorgung von ausserfamiliär untergebrachten Kindern und Jugendlichen einem breiten Bedürfnis entsprechen.

Korrespondenz
Prof. Dr. med. Oskar Jenni
Abteilung Entwicklungspädiatrie
Universitäts-Kinderspital Zürich
Steinwiesstrasse 75
CH-8032 Zürich
oskar.jenni[at]kispi.uzh.ch

Disclosure Statement
Die Autoren haben deklariert, keine potentiellen Interessenskonflikte zu haben.

Literatur

1 Seiterle N. Schlussbericht zur Bestandesaufnahme Pflegekinder und Heimkinder in der Schweiz 2015–2017. PACH Pflege- und Adoptivkinder Schweiz und Integras, Fachverband Sozial- und Sonderpädagogik 2018, Zürich.
2 Vasileva M, Petermann F. Attachment, Development, and Mental Health in Abused and Neglected Preschool Children in Foster Care: A Meta-Analysis. Trauma Violence Abuse. 2018 Oct;19(4):443–58. https://doi.org/10.1177/1524838016669503 PMID:27663993
3 Hillen T, Gafson L. Statutory health assessments for pre-school foster children fail to screen accurately for mental health disorders. Clin Child Psychol Psychiatry. 2014 Apr;19(2):313–27. https://doi.org/10.1177/1359104513488606 PMID:23737608
4 Leslie LK, Gordon JN, Ganger W, Gist K. Developmental delay in young children in child welfare by initial placement type. Infant Ment Health J. 2002;23(5):496–516. https://doi.org/10.1002/imhj.10030.
5 Averdijk M, Ribeaud D, Eisner M. The long-term effects of out-of-home placement in late adolescence: A propensity score matching analysis among Swiss youths. Longit Life Course Stud. 2018;9(1):30–57. https://doi.org/10.14301/llcs.v9i1.450.
6 Witt A, Sachser C, Plener PL, Brähler E, Fegert JM. The prevalence and consequences of adverse childhood experiences in the German population. Dtsch Arztebl Int. 2019 Sep;116(38):635–42. https://doi.org/10.3238/arztebl.2019.0635 PMID:31617486
7 Felitti VJ. [The relationship of adverse childhood experiences to adult health: turning gold into lead]. Z Psychosom Med Psychother. 2002;48(4):359–69. https://doi.org/10.13109/zptm.2002.48.4.359 PMID:12407494
8 Childhood Committee on Early Adoption and Dependent Care. American Academy of Pediatrics. Committee on Early Childhood and Adoption and Dependent Care. Developmental issues for young children in foster care. Pediatrics. 2000 Nov;106(5):1145–50. https://doi.org/10.1542/peds.106.5.1145 PMID:11061791
9 Szilagyi MA, Rosen DS, Rubin D, Zlotnik S, Szilagyi M, Harmon D, et al.; Health Care Issues for Children and Adolescents in Foster Care and Kinship Care. Pediatrics. 2015 Oct;136(4):e1131–40. https://doi.org/10.1542/peds.2015-2655 PMID:26416941
10 UK Department of Education; Department of Health. Statutory Guidance on Promoting the Health and Well-Being of Looked after Children. DCSF 2015. Downloaded from https://www.gov.uk/government/publications/promoting-the-health-and-wellbeing-of-looked-after-children
11 Goemans A, van Geel M, van Beem M, Vedder P. Developmental Outcomes of Foster Children: A Meta-Analytic Comparison With Children From the General Population and Children at Risk Who Remained at Home. Child Maltreat. 2016 Aug;21(3):198–217. https://doi.org/10.1177/1077559516657637 PMID:27481915

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

UNIL, Biologische und Medizinische Fakultät, 3. Medizinstudienjahr, Modul B3.6 – Immersion communautaire 2022

Shared-Concern-Methode: Ein wirksamerer Umgang mit jungen Mobbing-Opfern?

Léna Menoud, Camille Rossel, Nadin Söylemez, Basile Tréand, Jonathan Rigby
Medizinstudierende im dritten Jahr an der Universität Lausanne

Aus Gründen der leichteren Lesbarkeit wird in dieser Arbeit das generische Femininum verwendet, das in einem geschlechtsübergreifenden Sinn zu verstehen ist.

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

Vier Wochen lang betreiben Medizinstudierende im dritten Jahr an der Universität Lausanne Feldforschung zu einer Frage ihrer Wahl aus vier allgemeinen Themenbereichen (Klima, Familie, Risiken und Stigmatisierung im Jahr 2022). Ziel des Moduls ist, den angehenden Ärztinnen und Ärzten die nicht biomedizinischen Bestimmungsfaktoren der Gesundheit, der Krankheit und der medizinischen Praxis näherzubringen: Lebensstile, psychosoziale und kulturelle Faktoren, Umwelt, politische Entscheidungen, wirtschaftliche Einschränkungen, ethische Fragen usw. In Gruppen von vier oder fünf Personen beginnen die Studierenden mit der Definition einer originellen Forschungsfrage und der Durchsuchung der wissenschaftlichen Literatur dazu. Während ihrer Forschungsarbeit kommen sie in Kontakt mit dem Netzwerk von Gemeinschaftsakteuren, Fachpersonen oder Patientenorganisationen, deren Rollen und jeweiligen Einfluss sie untersuchen. Jede Gruppe wird von einer Tutorin oder einem Tutor betreut, der an der Biologischen und Medizinischen Fakultät der Universität Lausanne, der Haute École de la Santé La Source in Lausanne oder einer anderen Partner-Bildungsinstitution lehrt. Am Ende des Moduls präsentieren die Studierenden die wichtigsten Ergebnisse ihrer Arbeiten an einem zweitägigen Kongress.

Seit rund zehn Jahren haben mehrere Studierendengruppen die Möglichkeit, ihre Arbeit im Rahmen eines interprofessionellen Immersionsprojekts in der Gesellschaft durchzuführen, das in Zusammenarbeit mit der Haute École de la Santé La Source veranstaltet wird. Die Gruppe führt die Feldforschung nach dem Immersionsprinzip vor Ort in einer Schweizer Region durch (Aufenthalt von 7 bis 10 Tagen) und wird dabei von ihren Tutorinnen und Tutoren pädagogisch begleitet. Aus den Arbeiten werden vier zur Veröffentlichung in Primary and Hospital Care ausgewählt.

Eintauchen in eine Gemeinschaft der Biologischen und Medizinischen Fakultät der UNIL unter der Leitung von Prof. Patrick Bodenmann (Verantwortlicher), Dr. Francis Vu (Koordinator), Meltem Bukulmez und Mélanie Jordan (Sekretariat), Prof. Thierry Buclin, Dr. Aude Fauvel, Dr. Véronique Grazioli, Dr. Nicole Jaunin Stalder, Dr. Yolanda Müller, Sophie Paroz, Dr. Béatrice Schaad und Prof. Madeleine Baumann (HEdS La Source).

Einleitung

Mobbende Personen in die Lösung von Mobbing-Situationen* unter Schülerinnen und Schülern einbeziehen, statt sie zu bestrafen? Darauf beruht die «Shared-Concern-Methode» (Methode der geteilten Sorge – SCM), die 2015 im Kanton Waadt eingeführt wurde. Sie umfasst Einzelgespräche mit den mutmasslich mobbenden Personen und den Zuschauerinnen und Zuschauern auf der Grundlage eines nicht urteilenden Ansatzes. Die Methode zielt auf die Stärkung ihrer Empathie mit den Mobbing-Opfern und Brechung der Gruppendynamik ab, statt sich vorrangig mit den Leiden der Opfer zu befassen [1].

Mobbing unter Schülerinnen und Schülern erhöht die Suizidgefährdung von Jugendlichen [2]. In der Schweiz gaben 2018 rund 13% der 15-Jährigen an, dass man sich in den vorangegangenen 12 Monaten mehrmals pro Monat über sie lustig gemacht hat [3]. Laut derselben Studie erklärten 11% der 15-Jährigen, dass mehrmals pro Monat gemeine Gerüchte über sie verbreitet wurden [3]. Selbstmord war 2019 in der Schweiz zudem unter 10- bis 14-Jährigen die zweithäufigste und unter 15- bis 19-Jährigen die häufigste Todesursache [4]. Eine Studie im Kanton Waadt zeigte nach Anwendung der SCM in 88% eine Verbesserung der Mobbing-Situationen sowie eine Zufriedenheit der SCM-Teams von 98% [5].

Zu den Auswirkungen der SCM auf die mentale Gesundheit stehen nur wenige Daten zur Verfügung, und Suizidgedanken wurden bisher nicht als Indikator für die Wirksamkeit einer Interventionsmethode herangezogen. Überdies zeigte keine Studie einen Kausalzusammenhang zwischen dem Verlauf einer Mobbing-Situation und der Entwicklung der mentalen Gesundheit bzw. der Suizidalität des Opfers. Vor diesem Hintergrund haben wir uns mit den von der Schulgemeinschaft wahrgenommenen Auswirkungen der SCM auf die mobbingassoziierten Suizidgedanken unter Jugendlichen beschäftigt. Unser Ziel war insbesondere, die wahrgenommene Wirksamkeit der Interventionsmassnahmen zu verstehen, die im Kanton Waadt in Mobbing-Situationen unter 10- bis 16-Jährigen empfohlen werden.

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

Methoden

Im Juni 2022 führten wir 10 semistrukturierte Interviews mit relevanten Akteurinnen (Lehrpersonen der Sekundarstufe, Schulmediatorin, Doyenne, Schulpsychologin, Kinderärztin, Schulpflegefachperson, Verantwortliche der Waadtländer Politik in Bezug auf die Gesundheit Jugendlicher, Mitglied einer Waadtländer Vereinigung). Folgende Themen wurden in einem Interview-Leitfaden berücksichtigt: 1) Auswirkungen auf das Opfer; 2) Vorzüge und Grenzen der SCM; 3) Ansätze und erwünschte Verbesserungen des Umgangs mit Mobbing und 4) wahrgenommener Zusammenhang zwischen Anwendung der SCM und Verringerung von Suizidgedanken. Jedes Interview wurde aufgezeichnet. Ein Analyseschema wurde entwickelt, um die Aussagen der diversen Gesprächspartnerinnen zu vergleichen. Auf dieser Grundlage haben wir eine Skala der Häufigkeit der geäusserten Meinungen und Erfahrungen erstellt. Zu Beginn jeder Aufzeichnung wurde um eine mündliche Einwilligung gebeten. Die Gesprächspartnerinnen wurden darüber informiert, dass die Interviews vertraulich sind und die Aufzeichnungen nach der Studie gelöscht werden.

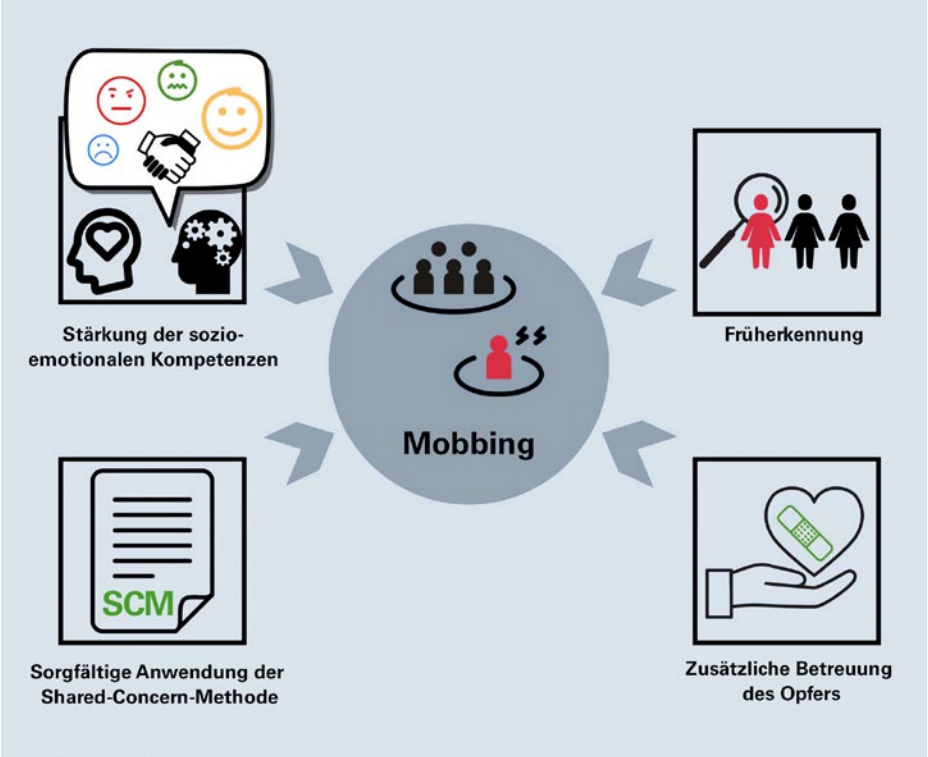


Abbildung 1: Schwerpunkte des Umgangs mit dem Phänomen Mobbing.

Ergebnisse

Die Mehrheit der Interviewten erwähnt als Auswirkung von Mobbing ein Absinken der schulischen Leistungen (schlechtere Ergebnisse und Fehlstunden) und eine Verschlechterung der mentalen Gesundheit. Ebenso genannt werden suizidale Krisen und Folgen für die körperliche Gesundheit (Adipositas, funktionelle Störungen, Essstörungen, Kopfschmerzen, Müdigkeit). Generell scheinen die Auswirkungen vielfältig und schwerwiegend zu sein: «*Diese Kinder, denen es nicht gut geht, verlieren oft auf mehreren Ebenen den Boden*»; «*Mobbing wirkt sich auf die Schülerinnen und Schüler sehr schädlich aus.*»

Hervorgehoben wird die Kontraproduktivität der Bestrafung der mobbenden Schülerinnen und Schüler: «*Auf Konfrontationskurs zu gehen, ermöglichte nicht diese Empathie, die man eben [durch eine SCM-Intervention] bei den Schülerinnen und Schülern hervorrufen kann.*» Die von einigen Personen genannte Mediation erscheint nicht als überzeugendes Mittel: «*Man ging mit solchen Situationen wie mit einem Konflikt um, doch Mobbing ist eine asymmetrische Situation*»; «*… die Politik war davon überzeugt oder dazu verpflichtet (oder beides), einen Aktionsplan umzusetzen.*» Seit der Einführung der SCM 2015 konnte das Problem des Mobbings bewusster gemacht werden.

Die SCM scheint in den meisten Situationen eine wirksame Intervention zu sein. Es zeigt sich, dass sie die Empathie und die psychosozialen Kompetenzen der Mobbenden und der Zuschauerinnen und Zuschauer stärkt und dass sie die Idee einbringt, dass jede Person, mit der man spricht, ihre Haltung ändern kann. Unterstrichen wird, dass sich die SCM positiv auf das Opfer auswirkt, wenn das Mobbing aufhört, dass man sich um diese Schülerinnen und Schüler jedoch zusätzlich zur SCM kümmern muss. Bezug nehmend auf die Grenzen der Methode wird die Schwierigkeit genannt, einen Kausalzusammenhang zwischen der Lösung einer Mobbing-Situation und der Verbesserung der mentalen Gesundheit des Opfers festzustellen, da Letztere multifaktoriell ist.

Die Anwendung der SCM bleibt im Kanton der Entscheidung der Direktionen und der Schulen überlassen: «*Sie ist noch nicht ausreichend weit verbreitet, der Druck auf die Schulen und Direktionen ist noch zu gering […]. Ich bedaure eher, dass sie nicht angewandt wird, als dass sie nicht funktioniert.*» Die SCM scheint sich allerdings immer weiter zu verbreiten, auch wenn sie nicht in jedem Kontext anwendbar ist (etwa wenn das Opfer ein hohes Suizidrisiko aufweist). Ausserdem wurden als Aspekte, die die Methode schwer anwendbar machen können, erwähnt: Lücken in der Prävention hinsichtlich des allgemeinen Schulklimas; mangelnde Führung in den Teams; Umfang der nötigen Anstrengungen; mangelnde Gründlichkeit bei der Anwendung der Methode; zu geringe Zahl an Fachpersonen in der Schule, die für die Methode ausgebildet sind. Eine weitere Einschränkung für die Anwendung der SCM ist, dass nicht alle Mobbing-Situationen unter Schülerinnen und Schülern erkannt werden: «*Die Fälle [von Mobbing], die wir erkennen, sind die Spitze des Eisbergs.*»

Darüber hinaus geht hervor, dass die betreuenden Erwachsenen die Auswirkungen von Mobbing anerkennen müssen. Das Schulklima muss insgesamt verbessert werden, und als wesentliche Massnahme zur Vorbeugung gegen Mobbing sollte das Augenmerk frühzeitig auf den Erwerb sozioemotionaler Kompetenzen durch die Kinder liegen: «[...] *Schon ab dem Kindergarten sollte an diesem Respekt gearbeitet werden, [...] sollte über Emotionen und Unterschiede in der Klasse gesprochen werden.*» Die Bedeutung der interprofessionellen Zusammenarbeit für das Erkennen von Mobbing und den Umgang damit wird ebenfalls hervorgehoben.

Diskussion

Aufgrund der Analyse der Wahrnehmungen unserer Gesprächspartnerinnen lässt sich schliessen, dass die SCM als wirksames Mittel anerkannt wird, um eine Mobbing-Situation zu beruhigen und die negative Dynamik dieses Phänomens zu brechen. Die SCM erscheint vielversprechend im Vergleich zu den bisherigen Vorgehensweisen, die hauptsächlich auf Anprangern und Sanktionieren oder auf Konflikt-Management beruhen. Wir konnten nicht dokumentieren, dass ein Zusammen-

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

hang zwischen der Lösung einer Situation und der Verringerung von Suizidgedanken wahrgenommen wurde, vor allem aufgrund dessen, dass nur wenige der Interviewten mit einer Situation konfrontiert waren, in der Suizidgedanken eine Rolle spielten.

Unsere Ergebnisse zeigen die Zufriedenheit der Schulgemeinschaft mit der SCM und stehen somit im Einklang mit der Fachliteratur. Unsere Studie vervollständigt diese Feststellung mit zwei Empfehlungen: Erstens sollte die SCM angesichts der bisher positiven Erfahrungen in den Einrichtungen, in denen sie bereits angewandt wird, weiter umgesetzt werden. Zweitens sollte die SCM mit einer verstärkten Detektion einhergehen und sollten die Opfer verstärkt betreut werden (siehe Abb. 1).

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

Verdankung
Wir danken unseren Gesprächspartnerinnen für die wertvolle Zusammenarbeit, unserem Tutor, Dr. Olivier Simon, für die zweckdienlichen Ratschläge sowie dem Komitee des Immersionsmoduls Gemeinschaftsgesundheit an der Biologischen und Medizinischen Fakultät der UNIL für die Möglichkeit dieser Publikation.

* Caroline Dayer definiert Mobbing als «wiederholte Gewalt, ein Gruppenphänomen, das dazu führt, dass Asymmetrie entsteht und das Opfer nicht in der Lage ist, sich zu wehren. Konformitätsdruck und Angst zementieren die Gruppe, die jedoch kein monolithischer Block ist» [6].

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

Literatur
Die vollständige Literaturliste finden Sie in der Online-Version des Artikels unter https://doi.org/10.4414/phc-d.2023.10677

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.2023.10681 | 2023;23(9):274–276 | Prim Hosp Care

Das Beispiel der Analgetika-Verschreibung

Voreingenommenheit im Gesundheitswesen angesichts akuter Schmerzen bei dunkelhäutigen Menschen

Deniz Brahimi, Verena Braun, Aleksandra Ivanovic, Emma Perez, Jérémy Perriraz
Medizinstudierende im dritten Jahr an der Universität Lausanne

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

Vier Wochen lang betreiben Medizinstudierende im dritten Jahr an der Universität Lausanne Feldforschung zu einer Frage ihrer Wahl aus vier allgemeinen Themenbereichen (Klima, Familie, Risiken und Stigmatisierung im Jahr 2022). Ziel des Moduls ist, den angehenden Ärztinnen und Ärzten die nicht biomedizinischen Bestimmungsfaktoren der Gesundheit, der Krankheit und der medizinischen Praxis näherzubringen: Lebensstile, psychosoziale und kulturelle Faktoren, Umwelt, politische Entscheidungen, wirtschaftliche Einschränkungen, ethische Fragen usw. In Gruppen von vier oder fünf Personen beginnen die Studierenden mit der Definition einer originellen Forschungsfrage und der Durchsuchung der wissenschaftlichen Literatur dazu. Während ihrer Forschungsarbeit kommen sie in Kontakt mit dem Netzwerk von Gemeinschaftsakteuren, Fachpersonen oder Patientenorganisationen, deren Rollen und jeweiligen Einfluss sie untersuchen. Jede Gruppe wird von einer Tutorin oder einem Tutor betreut, der an der Biologischen und Medizinischen Fakultät der Universität Lausanne, der Haute École de la Santé La Source in Lausanne oder einer anderen Partner-Bildungsinstitution lehrt. Am Ende des Moduls präsentieren die Studierenden die wichtigsten Ergebnisse ihrer Arbeiten an einem zweitägigen Kongress.

Seit mehr als zehn Jahren haben mehrere Studierendengruppen die Möglichkeit, ihre Arbeit im Rahmen eines interprofessionellen Immersionsprojekts in der Gesellschaft durchzuführen, das in Zusammenarbeit mit der Haute École de la Santé La Source veranstaltet wird. Die Gruppe führt die Feldforschung nach dem Immersionsprinzip vor Ort in einer Schweizer Region durch (Aufenthalt von 7 bis 10 Tagen) und wird dabei von ihren Tutorinnen und Tutoren pädagogisch begleitet. Aus den Arbeiten werden vier zur Veröffentlichung in *Primary and Hospital Care* ausgewählt.

Eintauchen in eine Gemeinschaft der Biologischen und Medizinischen Fakultät der UNIL unter der Leitung von Prof. Patrick Bodenmann (Verantwortlicher), Dr. Francis Vu (Koordinator), Meltem Bukulmez und Mélanie Jordan (Sekretariat), Prof. Thierry Buclin, Dr. Aude Fauvel, Dr. Véronique Grazioli, Dr. Nicole Jaunin Stalder, Dr. Yolanda Müller, Sophie Paroz, Dr. Béatrice Schaad und Prof. Madeleine Baumann (HEdS La Source).

Einleitung

Vielerorts erfahren Patientinnen und Patienten mit dunkler Hautfarbe im Vergleich zu Hellhäutigen auch heute noch Ungleichbehandlung in der medizinischen Versorgung. Dies zeigen mehrere Studien aus den Vereinigten Staaten, die auf eine ungleiche Anwendung von Analgetika bei dunkelhäutigen Menschen hinweisen [1–3]. Demzufolge erhält diese Population Opioid-Analgetika signifikant weniger häufig und in geringerer Dosierung als hellhäutige Menschen. Eine Erklärung dafür könnten die falschen Vorstellungen über biologische Unterschiede zwischen Dunkel- und Hellhäutigen und über mögliches Drogensuchtverhalten bei dunkelhäutigen Patientinnen und Patienten sein [4, 5].

Bisher wurde die Frage der Ungleichbehandlung und rassistischen Benachteiligung ausserhalb der Vereinigten Staaten nur wenig untersucht. In der Schweiz ist die Datenlage besonders dürftig [6]. Durch diese Forschungsarbeit soll beurteilt werden, ob die Situation in den Vereinigten Staaten auf die Schweiz übertragbar ist, und ein Beitrag zum besseren Verständnis der allfälligen Verzerrungen bei der Versorgung dunkelhäutiger Menschen mit akuten Schmerzen in der Romandie geleistet werden.

Unsere Ziele lauteten, allfällige Unterschiede bei der Schmerzbehandlung zwischen dunkel- und hellhäutigen Patientinnen und

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

Patienten zu identifizieren, die Gründe dafür und den Standpunkt der Gesundheitsfachpersonen zu diesen Unterschieden zu untersuchen, möglicherweise bestehende Massnahmen gegen Ungleichbehandlung zu beschreiben und weitere Vorbeugemassnahmen, die man treffen könnte, zu identifizieren.

Methode

Wir haben semistrukturierte Interviews mit elf Fachpersonen geführt: Dabei handelte es sich um zwei Notfallmediziner, eine Soziologin, einen Historiker, eine Verantwortliche eines Schmerzzentrums, eine Triage-Pflegefachperson, eine Anästhesie-Pflegefachperson, eine dunkelhäutige Pflegefachperson, einen Psychiater, der Mitglied von «Appartenance» ist (einer Organisation, die sich mit der Gesundheit von Migrantinnen und Migranten befasst), eine Pflegefachperson, die Mitglied von «Point d'Eau» ist (einer Organisation, die sich mit der Gesundheit benachteiligter Bevölkerungsgruppen befasst), sowie einen Professor für klinische Pharmakologie. Mittels Informationsblatt klärten wir die Interviewten vor dem Gespräch über das Verfahren und die Ziele unserer Forschungsarbeit auf. Wir beschränkten uns in unserer Forschungsarbeit auf eine Meinungsbefragung und garantierten den Teilnehmenden, dass sie keinesfalls Gegenstand eines Urteils werden.

Identifizierende Daten wurden nicht erfragt. Die Aufzeichnungen der Interviews, die zu Analysezwecken nötig waren und denen die Teilnehmenden zugestimmt hatten, wurden am Ende der Arbeit gelöscht.

Grundlage des Interview-Leitfadens (siehe Kasten Thema 1-3) war die Fachliteratur über den Bedarf und die derzeitigen Praktiken in den Vereinigten Staaten [1–5]. Die gesellschaftliche und kulturelle Definition einiger Begriffe im Rahmen dieser Arbeit haben wir der US-amerikanischen Fachliteratur entnommen. So bezeichnet der Begriff «dunkelhäutige Person» in dieser Studie schwarze Frauen und Männer afrikanischer Abstammung und der Begriff «Ethnie» eine Gruppe von Menschen, die durch bestimmte Zivilisationsmerkmale verbunden sind, insbesondere Sprache und Kultur.

Schliesslich haben wir die Interview-Aufzeichnungen analysiert und die wichtigsten Aussagen herausgearbeitet, die wir nach Themen und Unterthemen geordnet haben.

Thema 1: Kenntnisse über die Schmerzbehandlung bei Dunkelhäutigen

Frage 1	Welche Ungleichheiten bestehen Ihrer Ansicht nach bei der Schmerzbehandlung dunkelhäutiger Menschen?
Nachfrage	Welche biologischen Unterschiede bestehen zwischen dem Schmerzempfinden dunkel- und hellhäutiger Menschen?
Nachfrage	Existiert ein Schmerzbehandlungsprotokoll oder -algorithmus? Falls ja, wird der Begriff «Ethnie» darin berücksichtigt?
Nachfrage	In den Vereinigten Staaten bekommen Dunkelhäutige weniger Analgetika verschrieben. Was könnte Ihrer Ansicht nach die Ursache sein?
Nachfrage	Denken Sie, dass sich die Situation in den USA in der Schweiz widerspiegelt?

Thema 2: Erfahrungen mit der Schmerzbehandlung Dunkelhäutiger

Frage 2	Welche Erfahrungen haben Sie mit der Schmerzbehandlung dunkelhäutiger Menschen?
Frage 3	Haben Sie beobachtet, dass dunkelhäutige Menschen anders medizinisch behandelt werden als hellhäutige?
Nachfrage	Haben Sie dies bei Kolleginnen und Kollegen beobachtet?
Nachfrage	Sind Sie bei der Bewertung der Schmerzintensität bei Dunkelhäutigen auf Schwierigkeiten gestossen?
Nachfrage	Haben Sie den Eindruck, dass Ihre dunkelhäutigen Patientinnen und Patienten Schmerzen anders zum Ausdruck bringen?
Nachfrage	Haben Sie den Eindruck, dass die dunkelhäutigen Patientinnen und Patienten mit der Behandlung zufrieden sind (z.B.: Verlangen sie mehr Analgetika?)
Nachfrage	In den USA zeigen Studien, dass Dunkelhäutige aus zwei Gründen weniger Analgetika verschrieben bekommen: 1) Sie würden Schmerzen besser ertragen, 2) sie hätten ein grösseres Abhängigkeitsrisiko. Denken Sie, dass bei Dunkelhäutigen eine stärkere Anfälligkeit besteht?

Thema 3: Vorbeugestrategien und -massnahmen

Frage 4	Existieren Massnahmen, um dieser Ungleichbehandlung vorzubeugen?
Nachfrage	Was könnten wir einführen, um diese Ungleichbehandlung in der medizinischen Versorgung zu vermeiden?

Ergebnisse

Die Mehrheit der Interviewten berichtete von keinem Unterschied in der Behandlung akuter Schmerzen zwischen dunkel- und hellhäutigen Menschen in ihrer klinischen Praxis. Die Verschreibung von Analgetika unterschied sich zwischen den Ethnien also nicht. Gleichzeitig geht die grosse Mehrheit der Interviewten von der Existenz stillschweigender rassistischer Verzerrungen aus. Einige Gesundheitsfachpersonen konnten sogar eine schlechtere Behandlung akuter Schmerzen bei Dunkelhäutigen beobachten.

In den Interviews wiesen die Gesprächspartnerinnen und -partner häufig darauf hin, dass die Lage in den Vereinigten Staaten nicht auf die Romandie übertragbar ist. Die historischen und soziokulturellen Rahmenbedingungen erklären diesen Unterschied. In den Vereinigten Staaten ist die Geschichte der Sklaverei weiterhin sehr wirkmächtig, während dieses Problem in der Schweiz weniger relevant ist. Ausserdem ist die dunkelhäutige Bevölkerungsgruppe in der Schweiz weniger zahlreich als in den Vereinigten Staaten und das Gesundheits- und Sozialsystem der beiden Länder nicht vergleichbar. Darüber hinaus wird die dunkelhäutige Bevölkerungsgruppe häufiger mit einem niedrigen sozioökonomischen Niveau assoziiert, was sich ungünstig auf die optimale Versorgung auswirkt. Manche Interviewte erklärten, dass ein leichter biologischer Unterschied zwischen der Schmerzwahrnehmung bei dunkel- und bei hellhäutigen Menschen bestehe, dass dieser aber im Vergleich zu den soziokulturellen und individuellen Faktoren vernachlässigbar sei. Ausserdem erwähnt wurde ein kultureller Unterschied in der Art und Weise, wie Schmerzen zum Ausdruck gebracht werden.

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

Einige Interviewte bedauern den Mangel an Fachliteratur, der durch den Mangel an Daten leicht erklärbar ist. In den medizinischen Unterlagen wird der Begriff «Ethnie» in der Tat nicht genannt.

Im Hinblick auf bestehende Vorbeugemassnahmen gilt im CHUV ein Protokoll für die Schmerzbehandlung, das auf der subjektiven Sicht der Patientinnen und Patienten beruht. Die Ethnie ist keine Kategorie des Protokolls.

Das beste Mittel zur Vermeidung der Ungleichbehandlung dunkelhäutiger Personen ist unseren Gesprächspartnerinnen und -partnern zufolge, die Sensibilisierung und Aufklärung der Gesundheitsfachpersonen hinsichtlich ihrer eigenen rassistisch begründeten Voreingenommenheit. Eine weitere Massnahme könnte die Förderung der Diversität des Gesundheitspersonals sein, etwa durch Quoten.

Anhand der für die Schweiz verfügbaren Daten können wir also keine Ungleichbehandlung quantifizieren. Allerdings geht aus den semistrukturierten Interviews, die wir geführt haben, eine subjektive Wahrnehmung hervor.

Diskussion

Die Mehrheit der Interviewten geht von der Existenz von systemischem Rassismus aus und folglich von stillschweigenden rassistischen Verzerrungen, die in der Schweiz potenziell zu einer schlechteren medizinischen Versorgung Dunkelhäutiger führen könnten. Wie im Abschnitt «Ergebnisse» erwähnt, wiesen einige Gesundheitsfachpersonen sogar auf konkrete Fälle hin, die die Existenz stillschweigender Verzerrungen mit Auswirkungen auf die Versorgung dunkelhäutiger Patientinnen und Patienten belegen. Dies bestätigt auch die Fachliteratur, während die Fälle von Rassismus in der Schweiz zunehmen [6]. Gleichwohl unterscheidet sich der Schweizer Kontext nach wie vor stark von der Situation in den Vereinigten Staaten, die von Sklaverei und der Opioidkrise geprägt ist. In den Vereinigten Staaten beeinflussen die Vorurteile über die Abhängigkeit und höhere Schmerztoleranz bei Dunkelhäutigen die medizinische Versorgung stärker [4, 5], während in der Schweiz andere soziokulturelle Faktoren überwiegen. Zum Beispiel unterscheidet sich die Art und Weise, wie Schmerzen zum Ausdruck gebracht werden, von einer Kultur zur anderen, was die Interpretation der Schmerzintensität für die Gesundheitsfachperson erschwert.

Den Interviewten zufolge erhalten dunkelhäutige Patientinnen und Patienten in der Romandie nicht weniger Analgetika, vor allem weil die Protokolle zur Schmerzbewertung auf dem subjektiven Empfinden der Betroffenen beruhen und die Ethnie nicht berücksichtigen. Wir verfügen allerdings über keine Daten, um diese Hypothese zu bestätigen, und können darum das Ausmass eines diesbezüglich in der Schweiz möglicherweise bestehenden Problems nicht quantifizieren. Dies würde die Analyse der Patientendossiers erfordern, die Arbeit wäre indes aufgrund des begrenzten Zugangs zu den Daten und der Nichtberücksichtigung der Ethnie in den Unterlagen schwierig.

Zum Zwecke der Vorbeugung bleibt die Aufklärung der Gesundheitsfachpersonen über die stillschweigenden rassistisch begründeten Verzerrungen und die Auswirkungen der transkulturellen Unterschiede auf die medizinische Versorgung weiter unverzichtbar.

Eine Limitation unserer Studie ergibt sich daraus, dass es sehr schwierig, ja unmöglich ist, die stillschweigende rassistisch begründete Voreingenommenheit der Gesundheitsfachpersonen zu belegen. Die Befragten könnten in unseren qualitativen Interviews zudem dem Phänomen der sozialen Erwünschtheit unterlegen sein. «Meiner Ansicht nach gibt es gute Gründe dafür, von der Existenz von Diskriminierung in unserer Gesundheitsversorgung auszugehen, die Schwierigkeit besteht darin, sie aufzuzeigen», so ein Notfallmediziner des CHUV.

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

Verdankung
Wir danken Dr. Joseph Studer für die Betreuung und Unterstützung während unserer Arbeit, Prof. Thierry Buclin und Prof. Patrick Bodenmann für das Korrekturlesen sowie allen Personen, die an den Interviews teilgenommen haben.

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

Literatur

1 Berger AJ, Wang Y, Rowe C, Chung B, Chang S, Haleblian G. Racial disparities in analgesic use amongst patients presenting to the emergency department for kidney stones in the United States. Am J Emerg Med. 2021 Jan;39:71–4. https://doi.org/10.1016/j.ajem.2020.01.017 PMID:31987745
2 Meghani SH, Byun E, Gallagher RM. Time to take stock: a meta-analysis and systematic review of analgesic treatment disparities for pain in the United States. Pain Med. 2012 Feb;13(2):150–74. https://doi.org/10.1111/j.1526-4637.2011.01310.x PMID:22239747
3 Ezenwa MO, Ameringer S, Ward SE, Serlin RC. Racial and ethnic disparities in pain management in the United States. J Nurs Scholarsh. 2006;38(3):225–33. https://doi.org/10.1111/j.1547-5069.2006.00107.x PMID:17044339
4 Hoffman KM, Trawalter S, Axt JR, Oliver MN. Racial bias in pain assessment and treatment recommendations, and false beliefs about biological differences between blacks and whites. Proc Natl Acad Sci USA. 2016 Apr;113(16):4296–301. https://doi.org/10.1073/pnas.1516047113 PMID:27044069
5 Singhal A, Tien YY, Hsia RY. Racial-Ethnic Disparities in Opioid Prescriptions at Emergency Department Visits for Conditions Commonly Associated with Prescription Drug Abuse. PLoS One. 2016 Aug;11(8):e0159224. https://doi.org/10.1371/journal.pone.0159224 PMID:27501459
6 Logean S. Les soignants ne sont pas à l'abri des préjugés. Le Temps [en ligne]. 27 juillet 2020. Disponible sur: https://www.letemps.ch/sciences/soignants-ne-labri-prejuges

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.2023.10707 | 2023;23(9):278–285 | Prim Hosp Care

Informiert impfen

Impfungen bei Immunsuppression

Personen mit einem geschwächten Immunsystem möchten wir besonders gut vor durch Impfung verhinderbaren Infektionen schützen. Die Impfverträglichkeit sollte nicht anders sein als in der Allgemeinbevölkerung, aber Lebendimpfstoffe sind aus Sicherheitsgründen kontraindiziert. Die Wirksamkeit kann auch bei inaktivierten (Tot-)Impfstoffen vermindert ausfallen. Die Impfberatung sollte daher so früh wie möglich nach Diagnose der Grundkrankheit stattfinden, vor Beginn einer immunsuppressiven Therapie. Dies geht teils aber vergessen, insbesondere weil die Empfehlungen für Nicht-Spezialisten unklar sind.

Ekrem Temizel[a], Christopher Müssig[a,b], Bernhard Wingeier[c,d], Benedikt M. Huber[d,e], Gisela Etter[d,f], Claudia Ruth Bollinger[a,g], Kathleen Jahn[h], Maja Weisser Rohacek[i], Felix Burkhalter Pirovino[a,j], Irene Abela[k,l], Philip Tarr[a,m]

[a] Medizinische Universitätsklinik, Kantonsspital Baselland, Bruderholz, Universität Basel; [b] Rheumatologie, Kantonsspital Baselland; [c] Kinder- und Jugendmedizin, Klinik Arlesheim, Arlesheim BL; [d] Nationales Forschungsprogramm NFP74 Impfskepsis; [e] Zentrum für Integrative Pädiatrie, Klinik für Pädiatrie, HFR Fribourg – Kantonsspital, Fribourg; [f] Allgemeine Innere Medizin FMH, FA Homöopathie (SVHA), Richterswil ZH; [g] Zentrum Hämatologie und Onkologie, Kantonsspital Baselland; [h] Klinik für Pneumologie, Universitätsspital Basel; [i] Infektiologie und Spitalhygiene, Universitätsspital Basel; [j] Nephrologie, Kantonsspital Baselland; [k] Klinik für Infektionskrankheiten und Spitalhygiene, UniversitätsSpital Zürich; [l] Institut für medizinische Virologie, Universität Zürich; [m] Infektiologie und Spitalhygiene, Kantonsspital Baselland

Einleitung

Etwa 2–3% der Bevölkerung lebt mit einer erworbenen Schwäche des Immunsystems, mit steigender Tendenz [1]. Die Empfehlungen im Schweizer Impfplan [2] gelten prinzipiell auch für immungeschwächte Personen. Sie können anfällig für Infektionen sein [2–4] und auf Impfungen weniger gut ansprechen. Nicht alle Medikamente sind gleich stark immunschwächend, abgeschwächte Lebendimpfstoffe gelten aber prinzipiell als kontraindiziert [2, 5, 6].

In diesem Artikel gehen wir nicht auf angeborene Immundefekte im Kindesalter ein; wir beschränken uns auf Erwachsene mit erworbener Immunsuppression. Es ist nicht einfach, zu diesem Thema eine Übersicht [7, 8] zu gewinnen, denn die offiziellen Empfehlungen sind an multiplen Orten publiziert (Bundesamt für Gesundheit BAG [2, 5, 6, 9, 10], Fachgesellschaften für Rheumatologie [11, 12], Pneumologie [13, 14], Onkologie [15], Hämatologie [16], Gastroenterologie [17], Neurologie [18] und Infektiologie [19, 20]). Die Fachgesellschaften äussern sich klar zugunsten von Impfungen. Hausärztinnen und Hausärzte sind oft die wichtigsten Ansprechpersonen für die verunsicherten Patientinnen und Patienten und helfen ihnen, nach Beratung zu Nutzen und Risiko von Impfung und Infektion, zu einem Impfentscheid zu kommen, der auf ihre individuelle Situation abgestimmt ist. Durch Impfung vermeidbare Infektionen stellen ein höheres Risiko dar als durch Impfung ausgelöste Schübe der chronisch-entzündlichen Grundkrankheit; das Nutzen-Risiko-Verhältnis liegt für die allermeisten Impfungen auf der Seite der Impfung. Ziel dieses Artikels ist es, auf häufige Fragen aus der Hausarztpraxis Antworten zu liefern. Wir ermutigen die Grundversorgerinnen und Grundversoger, bei Bedarf die Patientin oder den Patienten an die Impfsprechstunde in einem grösseren Spital zuzuweisen – am besten früh, sobald eine Immunsuppression *geplant* ist.

Wie ist Immunsuppression definiert?

Die häufigen Gründe der (erkrankungs- oder therapiebedingten) Immunsuppression sind in der Praxis gut bekannt, deren genaue *Quantifizierung* ist aber nicht immer einfach. Ein paar Definitionen sind gut etabliert [21]:

- Aktives Tumorleiden
- Steroidbehandlung: Prednisonäquivalent ≥2 mg/kg/Tag oder ≥20 mg/Tag während >14 Tagen

Infektiologie-Serie

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

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

Tabelle 1: Sicherheit und empfohlener Zeitpunkt bei Lebendimpfungen und immunsupprimierender Therapie bzw. Grunderkrankung.

Erkrankung, Immunsupprimierendes Medikament	Sicherheit Lebendimpfstoffe ✓ = erlaubt ✗ = kontraindiziert		
	Vor	**Während**	**Nach Immunsuppression**
Abatacept	✓ **Spätestens** 4 Wochen **vor** Therapiebeginn impfen	✗ **Während** Therapie kontraindiziert	✓/✗ **Nach** Therapie – min. 3 Monate Wartezeit [7, 47, 221].
Alemtuzumab	✓ **Spätestens** 6 Wochen vor Therapiebeginn impfen	✗ **Während** Therapie kontraindiziert	✓/✗ **Nach** Therapie – 12 Monate Wartezeit [6].
Apremilast	✓ Keine Einschränkung [7]	✓ Keine Einschränkung [7]	✓ Keine Einschränkung [7]
Anti-CD20-Antikörper • **Rituximab** • **Obinutuzumab** Wichtig: Anti-CD20-Therapie kann Immunogenität auch von Totimpfstoffen stark senken [5, 11].	✓ Spätestens 4 Wochen **vor** Therapiebeginn.	✗ **Während** Therapie kontraindiziert	✓/✗ **Nach** Therapie – 12 Monate Wartezeit [6, 47].
Azathioprin	✓ **Spätestens** 4 Wochen **vor** Therapiebeginn impfen	✗ **Während** Therapie kontraindiziert	✓/✗ **Nach** Therapie – 3 Monate Wartezeit [7, 47].
Belimumab	✓ **Spätestens** 4 Wochen **vor** Therapiebeginn impfen	✗ **Während** Therapie kontraindiziert	✓/✗ **Nach** Therapie – 3 Monate Wartezeit [7].
CAR-T-Zellen	✓ **Spätestens** 4 Wochen **vor** Therapiebeginn impfen	✗ **Während** Therapie kontraindiziert	✓/✗ **Nach** Therapie – ca. 18 Monate Wartezeit [6].(Diese Wartezeit ist ein Richtwert, vor Impfung sollte die B-Zellzahl quantifiziert werden [221–224].)
Checkpoint-Inhibitoren	✗ Datenlage ungenügend, aktuell nicht empfohlen [174–176, 178, 225, 226].	✗ Datenlage ungenügend, aktuell nicht empfohlen [174–176, 178, 225, 226].	✗ Datenlage ungenügend, aktuell nicht empfohlen [174–176, 178, 225, 226].
Chronisch entzündliche Darmkrankheiten	✓ **Spätestens** 4 Wochen **vor** Beginn einer Immunsuppression [5]	✗ **Während** Therapie kontraindiziert	✓/✗ **Nach** Therapie – 3 Monate Wartezeit.
Chronische Niereninsuffizienz	✓ Keine Einschränkung	✓ Keine Einschränkung	✓ Keine Einschränkung
Ciclosporin (Kinder und Erwachsene: ≤2,5 mg/kg/Tag)	✓ **Spätestens** 4 Wochen **vor** Therapiebeginn impfen	✗ **Während** Therapie kontraindiziert	✓/✗ **Nach** Therapie – 3 Monate Wartezeit [7, 47].
Cyclophosphamid	✓ **Spätestens** 4 Wochen **vor** Therapiebeginn impfen	✗ **Während** Therapie kontraindiziert	✓/✗ **Nach** Therapie – 3 Monate Wartezeit [7, 47].
Fingolimod	✓ **Spätestens** 4 Wochen **vor** Therapiebeginn impfen	✗ **Während** Therapie kontraindiziert	✓/✗ **Nach** Therapie – 2 Monate Wartezeit [7].
HIV	✗ **CD4 <200/mm^3**: Kontraindiziert ✓ **CD4 >200/mm^3**: Lebendimpfstoffe möglich [44]; bessere Wirksamkeit wenn supprimierte HIV-Viruslast	✗ **CD4 <200/mm^3**: Kontraindiziert ✓ **CD4 >200/mm^3**: Lebendimpfstoffe möglich [44]; bessere Wirksamkeit wenn supprimierte HIV-Viruslast	✗ **CD4 <200/mm^3**: Kontraindiziert ✓ **CD4 >200/mm^3**: Lebendimpfstoffe möglich [44]; bessere Wirksamkeit wenn supprimierte HIV-Viruslast
Hydroxychloroquin	✓ Keine Einschränkung (keine relevante immunsupprimierende Wirkung)	✓ Keine Einschränkung (keine relevante immunsupprimierende Wirkung)	✓ Keine Einschränkung (keine relevante immunsupprimierende Wirkung)
Interleukin-1-Inhibitoren • **Canakinumab** • **Anakinra**	✓ Spätestens 4 Wochen **vor** Therapiebeginn.	✗ **Während** Therapie kontraindiziert	✓/✗ **Nach** Therapie – 3 Monate Wartezeit [7].
Interleukin-6-Inhibitoren • **Tocilizumab** • **Sarilumab**	✓ **Spätestens** 4 Wochen **vor** Therapiebeginn impfen	✗ **Während** Therapie kontraindiziert	✓/✗ **Nach** Therapie – 3 Monate Wartezeit [7, 47].
Interleukin-17-Inhibitoren • **Ixekizumab** • **Secukinumab**	✓ **Spätestens** 4 Wochen **vor** Therapiebeginn impfen	✗ **Während** Therapie kontraindiziert [227]	✓/✗ **Nach** Therapie – 2 Monate Wartezeit [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

Tabelle 1: Sicherheit und empfohlener Zeitpunkt bei Lebendimpfungen und immunsupprimierender Therapie bzw. Grunderkrankung (Fortsetzung).

Interleukin-23-Inhibitoren • **Ustekinumab** • **Guselkumab** • **Risankizumab**	✓ Spätestens 4 Wochen **vor** Therapiebeginn.	✗ **Während** Therapie kontraindiziert	✓/✗ **Nach** Therapie – 15 Wochen Wartezeit [7].
Januskinase-Inhibitoren • **Baricitinib** • **Tofacitinib** • **Upadacitinib**	**Hochdosistherapie**		
	✓ Spätestens 4 Wochen **vor** Therapiebeginn.	✗ **Während** Therapie kontraindiziert [228]	✓/✗ **Nach** Therapie – 2 Monate Wartezeit [7].
	Niedrigdosistherapie		
	✓ Laut Expertenkonsens können MMR-, MMR-V- bzw. Varizellen-Impfungen nach individueller Nutzen-Risikoabschätzung erwogen werden (Off-Label-Gebrauch) [7]		
Mesalazin	✓ Keine Einschränkung (keine relevante immunsupprimierende Wirkung)	✓ Keine Einschränkung (keine relevante immunsupprimierende Wirkung)	✓ Keine Einschränkung (keine relevante immunsupprimierende Wirkung)
Methotrexat (MTX) (<0,4 mg/kg/Woche oder <20 mg/Woche)	✓ BAG: Keine Einschränkung [5, 88]	✓ BAG: Keine Einschränkung [5, 88] ✗ Schweizerische Gesellschaft für Rheumatologie: **Während** Therapie kontraindiziert	✓ Schweizerische Gesellschaft für Rheumatologie: **Nach** Therapie – 3 Monate Wartezeit [87]
Methotrexat (MTX) (>0,4 mg/kg/Woche oder >20 mg/Woche)	✓ **Spätestens** 4 Wochen **vor** Therapiebeginn impfen.	✗ **Während** Therapie kontraindiziert	✓/✗ **Nach** Therapie – 3 Monate Wartezeit [5, 88]
Mycophenolatmofetil	✓ **Spätestens** 4 Wochen **vor** Therapiebeginn impfen	✗ **Während** Therapie kontraindiziert	✓/✗ **Nach** Therapie – 3 Monate Wartezeit [7,47].
Natalizumab	✓ **Spätestens** 4 Wochen **vor** Therapiebeginn impfen	✗ **Während** Therapie kontraindiziert	✓/✗ **Nach** Therapie – 3 Monate Wartezeit [7].
Obinutuzumab	✓ **Spätestens** 4 Wochen **vor** Therapiebeginn impfen	✗ **Während** Therapie kontraindiziert	✓/✗ **Nach** Therapie – 12 Monate Wartezeit.
Organtransplantation	✓ **Spätestens** 4 Wochen **vor** Therapiebeginn impfen	✗ **Direkt nach Transplantation** kontraindiziert	✓/✗ **Nach Transplantation** – ca. 6 Monate Wartezeit [44, 144].
Prednison <20 mg	✓ Keine Einschränkung	✓ Keine Einschränkung	✓ Keine Einschränkung
Prednison >20 mg (<14 Tage)	✓ **Vor** Therapiebeginn.	✓ **Während** Therapie.	✓ **Nach** Therapie – sofort wieder möglich [5].
Prednison >20 mg (>14 Tage)	✓ **Vor** Therapiebeginn	✗ **Während** Therapie kontraindiziert	✓ **Nach** Therapie 1 Monat Wartezeit [5]
Rheumatologische Erkrankungen	✓ Spätestens 4 Wochen **vor** Therapiebeginn	✗ **Während** Therapie kontraindiziert	✓/✗ Nach Therapie – Wartezeit je nach Immunsuppression
Sulfasalazin	✓ Keine Einschränkung (keine relevante immunsupprimierende Wirkung)	✓ Keine Einschränkung (keine relevante immunsupprimierende Wirkung)	✓ Keine Einschränkung (keine relevante immunsupprimierende Wirkung)
TNF-Blocker [229] • **Adalimumab** • **Infliximab** • **Etanercept** • **Certolizumab** • **Golimumab**	✓ Spätestens 4 Wochen **vor** Therapiebeginn.	✗ **Während** Therapie kontraindiziert	✓/✗ **Nach** Therapie – 3 Monate Wartezeit [5].

- Andere immunsupprimierende Medikamente: Das BAG geht *prinzipiell* von einer Immunschwäche aus (Tab. 1).
- Hohe Dosen und medikamentöse Kombinationen erhöhen die immunsupprimierende Wirkung zusätzlich [7].
- Am ausgeprägtesten ist die Immunschwäche im ersten Jahr nach Stammzell- oder Organtransplantation und die ersten 6 Monaten nach antineoplastischer Chemotherapie [22, 23].
- Fortgeschrittene HIV-Infektion: AIDS-definierende Krankheiten, CD4-Zahl <200/µL, nicht supprimierte Viruslast. Die Impfantwort ist unter erfolgreicher antiretroviraler Therapie deutlich besser [24].

Sind wir im Alter immungeschwächt?

Ja. Vermutlich ist die mit dem Alter zunehmende «Immunseneszenz» der häufigste Grund für ein reduziertes Ansprechen auf Impfungen [25–29].

Haben tiefe Prednisondosen eine immunsupprimierende Wirkung?

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

Kasten 1: Lebendimpfstoffe.

- Masern
- Mumps
- Röteln
- Gelbfieber
- Varizellen
- Lebend-abgeschwächte Zoster-Impfung (Zostavax) [2]– nicht aber die neue Zoster-Totimpfung (Shingrix)
- orale Polio-Impfung (Sabin; in der Schweiz bis 1999 verwendet) – nicht aber die injizierte Impfung (Salk), z.B. Poliorix, Revaxis, Boostrix Polio
- *orale Salmonella Typhi*-Schluckimpfung (Vivotif) – nicht aber die injizierte Impfung (Typhim Vi)
- Pocken/Mpox*

* Die neue Impfung Imvanex gegen Affenpocken (neuer Name: Mpox) ist stark abgeschwächt (Impfvirus kann im Menschen nicht replizieren) und bei Immunsuppression nicht eindeutig kontraindiziert [192, 193].

Ja – auch mit <20 mg Prednison/Tag kann das Pneumonierisiko erhöht sein [30, 31].

Supprimiert Paracetamol das Immunsystem?
Dies wurde vor 10 Jahren aufgrund eines nachweisbaren immunsupprimierenden Effekts diskutiert [32, 33]. Gegen eine prophylaktische Einnahme einer Einzeldosis vor einer «reaktogenen» Impfung wie Shingrix oder COVID-19 ist aber nichts einzuwenden [34–36].

Haben immunsupprimierte Personen ein erhöhtes Risiko von «impfpräventablen» Infektionen?
Sorgen bereiten v.a. das erhöhte Risiko für schwerere *Verläufe* [37] im Fall von z.B. Masern [38], Pneumokokken [18] und Influenza [39]. Die Prävention ist daher essenziell. Ob bei Immunschwäche eine erhöhte Infektions-*Anfälligkeit* besteht, lässt sich aufgrund der Heterogenität der Immunsuppression nicht allgemein beantworten. So traten in einer Metaanalyse von Patientinnen und Patienten mit rheumatologischen Erkrankungen Influenza, Pneumonie und Zoster häufiger als erwartet auf (HPV-assoziierte Dysplasien und Hepatitis B aber nicht) [40]. Nur bei 0,2% von 1,6 Millionen Patientinnen und Patienten mit chronisch entzündlicher Darmerkrankung (CED) trat hingegen eine impfpräventable Infektion auf – Influenza und Pneumokokkenpneumonien waren sogar *weniger häufig* auf als bei Patienten ohne CED, Zoster hingegen häufiger [41].

Wie wirksam sind die verfügbaren Impfungen?
Das Risiko für verminderte Impf-Wirksamkeit ist je nach Grundkrankheit, Medikament, Dosis und anderen verabreichten Immunsuppressiva sehr unterschiedlich [42, 43]: individuelle Beurteilung, allenfalls Rücksprache. Impfpräventable Infektionen sind in der Schweiz dank hoher Impfraten insgesamt selten. Gegen viele *häufige* Infekte (z.B. Harnwegsinfekte, Nicht-Pneumokokken-Pneumonie, Erysipel) stehen leider keine wirksamen Impfungen zur Verfügung.

Wann impfe ich am besten?
Wenn möglich vor Immunsuppression. Impfungen sollen möglichst zwei bis (B- und T-Zell depletierende Therapien, Lebendimpfstoffe) vier Wochen vor Beginn der immunsupprimierenden Therapie (Tab. 1) abgeschlossen sein [7, 44]. Alternativ erst nach Reduktion/Absetzen der Immunsuppression impfen [5]. Dies ist nicht immer möglich, oder erst mit langer Verzögerung.

Sind Lebendimpfstoffe (Kasten 1) gefährlich?
Nein, sofern sie in korrektem Zeitabstand vor oder nach Immunsuppression verabreicht werden (Tab. 1) und nicht während Schüben der entzündlichen Grundkrankheit [7].

Sind Totimpfstoffe gefährlich?
Grundsätzlich nein. Vermehrte Nebenwirkungen sind nicht zu erwarten.

Wie messe ich die Impfwirksamkeit?
Wichtigster Schritt ist die Überprüfung der durchgeführten Impfungen im Impfausweis. Antikörper (AK)-Titerkontrollen können v.a. nach Organ- oder Stammzelltransplantation nützlich sein (Tab. 2) [22,45], am besten 4–8 Wochen nach Impfung [9].

Soll ich Haushaltsmitglieder impfen?
Ja, zum Schutz von immunsupprimierten Personen gehört auch die Impfung der nahen Kontaktpersonen (v.a. gegen Influenza, Varizellen, Mumps, Masern und Röteln) [7, 46–48].

Was ist mit Reiseimpfungen?
Fallberichte suggerieren je nach Immunsuppression ein erhöhtes Infektionsrisiko auf Reisen [49, 50, 51]. Es gelten die üblichen reisemedizinischen Empfehlungen [52, 53]. Die Gelbfieber-Impfung soll unbedingt vor Immunsuppression gegeben werden, sonst darf die immungeschwächte Person ohne Impfung allenfalls nicht ins Zielland einreisen.

Was ist ein hilfreicher Umgang mit verunsicherten, impfkritischen Patienten mit Immunsuppression, die befürchten, dass ihnen die Impfung mehr schadet als nützt?
Jede Impfung ist ein Medikament mit einem gewissen Risiko. Ein kausaler Zusammenhang zwischen Impfungen, Impfstoff-Adjuvantien und Autoimmunerkrankungen wird disku-

Kasten 2: Welche Impfungen gegen häufige Infektionen sind bei Immunsuppression empfohlen?

Wegen wohlmöglich abgeschwächter Wirksamkeit ist Zurückhaltung gegenüber Impfungen bei Immunsuppression verständlich und soll ernstgenommen werden [194, 195].

1. **Grippeimpfung**: Empfohlen [44], Impfantwort kann reduziert sein [5, 196]; schwache Evidenz für Wirksamkeit gemäss Cochrane-Analyse [197, 198]
2. **Pneumokokken**: Empfohlen, Impfantwort kann reduziert sein [196, 199, 200]
3. **Shingrix**: Empfohlen, siehe PHC-Ausgabe 10 oder 11/2023. Das Zoster Risiko ist bei chronischen Erkrankungen erhöht [135, 201, 202], insbesondere bei Immunsuppression [135, 203–205]. Shingrix ist deutlich wirksamer als der bisherige Lebendimpfstoff Zostavax [206–209].
4. **COVID-19**: Empfohlen. Impfantwort kann reduziert sein [210–213], daher Grundimmunisierung (mit einem mRNA-Impfstoff) aktuell mit 3 statt 2 Dosen empfohlen (Minimalabstand: 4 Wochen zwischen den Dosen) [105, 106, 214]. Vierte Dosis frühestens 4 Monate nach der 3. Dosis [105,106].
   4.1 **Antikörper** (AK) schützen vor Ansteckung, sie werden nach jeder Impfdosis aber nur *vorübergehend* induziert (Schutzdauer max. 3–6 Monate) [215]. AK-Titer/Anti-Spike-Messungen sind schwierig zu interpretieren, egal ob messbar, tief oder sinkend; sie werden zur Bestimmung des Impfbedarfs nicht generell empfohlen [105, 106].
   4.2 Das **zelluläre** Immunsystem (nicht die AK) schützt vor schwerem COVID-19-Verlauf [216–218]. Impfung und Genesung induzieren eine längerfristig *stabile* zelluläre Immunität. Bei Organtransplantierten kann trotz fehlender AK nach Impfung ein 60–70% Schutz vor Erkrankung bestehen [151, 219, 220].

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

Tabelle 2: Antikörper-Korrelate für Schutz vor impfpräventablen Krankheiten (gemäss Schweizerischem Impfplan 2023 [44]).

Impfung	Korrelate für Schutz				Bemerkungen
	Einheiten	Schutz nicht vorhanden oder unklar	Schutz kurzdauernd	Schutz langdauernd	
Diphtherie	IU/L	<100	100–999	≥1000	
Tetanus	IU/L	<100	100–999	≥1000	
***Haemophilus influenzae* Typ b**	mg/L	<0,15	0,15–0,99	≥1	
Hepatitis B	IU/L	<10	10–99	≥100	In den USA sind 10 IU/L als langfristiges Schutzkorrelat etabliert → entspannte Betrachtungsweise
Pneumokokken[1]	mg/L	<0,30	0,3-0,9	≥1	
FSME	IU/L	<6,98	≥10,32		
	VIEU/mL	<63	≥127		
Tollwut	IU/ml	<0,5	≥0,5		
Hepatitis A	IU/L	<20	≥20		Nach Neuimpfung nach Stammzelltransplantation [22]: • Ein positives Ergebnis bedeutet Immunität. • Ein negatives Ergebnis schliesst eine Immunität nicht aus (Routinetests ungenügend sensibel).
Masern	IU/L	<250	≥500		
Röteln	IU/ml	<10	≥20		
Varizellen[1]	IU/L	<50	50–200	≥200	
Pertussis	Korrelat für Schutz unbekannt oder verfügbare Routinetests ungenügend sensibel.				
Poliomyelitis					
Mumps					
Influenza					
Humane Papillomaviren					
Meningokokken					
Gelbfieber [230, 231]					

1 Test verfügbar im Laboratoire de vaccinologie des Hôpitaux Universitaires de Genève

tiert. Trotz Hinweisen auf einzelne Zusammenhänge in gewissen Situationen gibt es keine zuverlässigen Beweise dafür [7, 8]. Nach unserer Erfahrung hilft es, wenn die Ärztin oder der Arzt das sehr geringe potenzielle Risiko ernst nimmt und benennt, aber ins Verhältnis setzt zum Nutzen der Impfungen, der meist deutlich überwiegt. Oft helfen die detaillierten Informationen in den einzelnen BAG-Impfrichtlinien.

Es wird trotzdem Patientinnen und Patienten geben, die sich gegen Impfungen entscheiden, aus zahlreichen, verschiedenen Gründen, die nicht nur impfkritisch sind, aber für sie eine Berechtigung haben, weil sie die ganze Gesundheit in einen anderen Zusammenhang stellen. Auch diese Leute müssen wir respektieren [54]. Es geht um die bestmögliche Betreuung und Begleitung aller Patientinnen und Patienten, nicht nur um die Umsetzung von Impfempfehlungen. Hausärztinnen und Hausärzte, die über Jahre eine tragende Arzt-Patient-Beziehung aufbauen konnten, nehmen hier als Beraterinnen und Berater eine herausragende Rolle wahr.

Impfungen bei rheumatologischen Erkrankungen

Das Infektionsrisiko ist mit immunsupprimierender Therapie erhöht [55, 37], teils schon vor Therapiebeginn [56–59] (z.B. Influenza [57], Zoster [56, 60–69]), und die Impfantwort kann reduziert sein [70].

Können Impfungen einen Schub der entzündlichen Grundkrankheit auslösen?

Es ist klar etabliert, dass Infektionen einen Schub der rheumatologischen Erkrankung auslösen könnten [71–76]. Einige Studien

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

dokumentieren [77–79] (andere nicht [40, 80–84]), dass auch *Impfungen* gelegentlich das Aufflammen rheumatologischer Erkrankungen verursachen können. Es ist daher nicht ausgeschlossen, dass bei einigen Patientinnen und Patienten eine Impfung einen ungünstigen Einfluss hat.

Darf ich unter Methotrexat (MTX) impfen?
Nein bzw. nur sehr vorsichtig. MTX ist hochdosiert (Onkologie) klar immunsupprimierend; in tieferer, anti-inflammatorischer Dosis ist der immunschwächende Effekt weniger eindeutig [85, 86]. Gemäss der Schweizerischen Gesellschaft für Rheumatologie sind Lebendimpfungen unter MTX-Therapie kontraindiziert, unabhängig von der Dosis [87]. Laut BAG sind sie erst bei MTX-Dosis >0.4 mg/kg/Woche oder >20 mg/Woche kontraindiziert (Tab. 1) [5, 88]. 43 Patientinnen und Patienten mit anti-TNF, Rituximab oder MTX-Therapie erhielten aus Versehen die Gelbfieber(-Lebend)impfung. Niemand von ihnen hatte schwere Nebenwirkungen, und die AK-Titer nach Impfung waren erstaunlich hoch [89, 90].

Soll ich die Immunsuppression pausieren, damit die Impfung besser wirkt?
Schon nach einer MTX-Pause von 1–2 Wochen war die AK-Antwort auf die Grippe- [91, 92] oder COVID-19-Boosterimpfung [93, 94] besser als unter fortgeführter MTX-Therapie. Allerdings: a) eindeutig «schützende» AK-Grenzwerte sind bei Influenza oder COVID-19 unklar; b) der *Schutz* gegen diese Infektionen wurde nicht analysiert, nur die AK-Titer; c) Nach MTX-Pause stieg in beiden Studien das Risiko eines Schubes der Grundkrankheit. Bei gut eingestellter rheumatologischer Erkrankung kann individuell, nach detaillierter Beratung, eine vorübergehende MTX-Therapiepause vor der Impfung erwogen werden [95].

Chronisch-entzündliche Darmerkrankungen (CED)

Diese Patientinnen und Patienten [96] sind vor Therapiebeginn nicht immunsupprimiert [44, 97–102]: Impfungen vor Behandlungsbeginn planen [5, 103, 104].

Können Impfungen Schübe einer CED auslösen?
Dazu ist wenig bekannt. Die Fachgesellschaften äussern sich klar zugunsten der empfohlenen Impfungen, inkl. COVID-19 [17,105–108].

Soll ich meine Patientinnen und Patienten trotz vorhandenen Masern-AK impfen?
Wenn der AK-Titer «schützend» ist, nein (Tab. 2) [109]. Wichtiger als AK-Titer sind dokumentierte Impfungen, also der Blick in den Impfausweis.

Multiple Sklerose

Können Impfungen Schübe einer MS auslösen?
Dies kann gelegentlich nach einer COVID-19-Impfung passieren [110]. Die Fachgesellschaften äussern sich klar zugunsten der empfohlenen Impfungen, inkl. der COVID-19-Impfung [18, 105, 106, 111, 108, 112–114].

Können Infektionen Schübe einer MS auslösen?
Ja, z.B. Influenza könnte einen MS-Schub auslösen – die Impfung wird u.a. deswegen klar empfohlen [115, 116].

Diabetes mellitus

Sind Patientinnen und Patienten mit Diabetes immunsupprimiert?
Bei schlecht eingestelltem Diabetes können vermehrt respiratorische, Haut- und Weichteil- (inkl. postoperative Wundinfektionen) [117–119], sowie Harnwegsinfektionen auftreten [120–122]. Auch könnte der Verlauf von Infektionen schwerwiegender sein [123–127].

Soll ich die Influenza- und COVID-Impfungen empfehlen?
Ja, unabhängig vom Alter [44].Diabetes gilt als Risikofaktor für Hospitalisation [123, 127, 126]; dieses Risiko könnte durch die Impfung gesenkt werden [129, 130].

Und die Pneumokokkenimpfung?
Durch die Impfung könnten Komplikationen reduziert werden [120, 131, 132]. Das BAG empfiehlt eine einmalige Impfung mit Prevenar 13 oder Vaxneuvance [10, 44].

Haben Leute mit Diabetes vermehrt Zoster?
Möglicherweise ja [133, 134]. Allerdings zählt nur ein ungenügend eingestellter Diabetes Typ 1 zu den Komorbiditäten, gemäss denen das BAG Shingrix schon ab 50 statt 65 Jahren empfiehlt [135].

Asplenie

Wie wichtig sind die Impfungen bei (anatomischer oder funktioneller) Asplenie (Tab. 3)?
Impfungen gegen bekapselte Bakterien (Pneumokokken, Meningokokken) sind wegen des Risikos für einen fulminanten Verlauf mit Sepsis [136–138] essenziell [139]. Wenn möglich, zwei Wochen vor geplanter Splenektomie imp-

Tabelle 3: Empfohlene Impfungen bei Asplenie [44, 141].

Art der Impfung	Asplenie	Bemerkungen
Influenza	• Jährliche Influenza-Impfung	• Ein Mindestabstand von 4 Wochen zwischen der Grippeimpfung und der Pneumokkenimpfung [141] wird nicht mehr empfohlen.
Pneumokokken	• 1× ab Diagnose • Einzeldosis 13- oder 15-valenter Konjugatimpfstoff (Prevenar 13® oder Vaxneuvance®) [232, 233] • Es werden keine Auffrischimpfungen empfohlen. • Impfabstand zur letzten Pneumovax® min. 12 Monate [234].	• Der 23-valente Polysaccharid-Impfstoff (Pneumovax) wird nicht mehr empfohlen [10].
Meningokokken	• 2 Dosen Vierfach-Konjugatimpfstoff Menveo® (Serotypen A, C, W, Y) [235] und 2 Dosen Bexsero® (Serotyp B) • Zeitpunkt 0 und 2 Monate [236]. • Auffrischimpfung nach 5 Jahren erneut mit Menveo® und Bexsero® • Impfabstand zur letzten Mencevax®-Dosis min. 12 Monate. • KVG-Übernahme für alle Menveo- und Bexero Dosen	

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

Tabelle 4: Empfohlene Impfungen bei Stammzelltransplantation (nach BAG [22]).

Art der Impfung	Stammzelltransplantation (SZT)	Bemerkung
Totimpfstoffe	• DTPa-IPV+Hib: 3–6 Monate nach SZT (3 Dosen Kinderdosierung: Zeitpunkt 0, 1, 8 Monate) • Hepatitis B: 6–12 Monate nach SZT, je nach Expositionsrisiko • Pneumokokken: frühestens 3 Monate nach SZT; 4 Impfdosen Prevenar 13 empfohlen (Monate 0, 1, 2, 12)	• Antikörper-Titerkontrolle (Diphtherie, Tetanus, Hib, Pneumokokken) 4–8 Wochen nach letzter Impfdosis empfohlen
Lebendimpfstoffe	• Frühestens 24 Monate nach SZT • Gewisse Experten empfehlen die Masern-Impfung nur falls AK-Titer negativ [237]	• Bei einer Transplantat-gegen-Wirt-Krankheit ist MMR kontraindiziert [22].
Grippe-Impfung [238]	• Frühestens 3 Monate nach SZT. • SZT vor <6 Monaten: 2 Impfdosen (Abstand 1 Monat) empfohlen • SZT vor >6 Monaten: 1 Dosis	• Antikörper-Titerkontrolle nicht empfohlen [22]

Tabelle 5: Sicherheit und empfohlener Zeitpunkt bei Totimpfungen und immunsupprimierender Therapie bzw. Grunderkrankung.

Erkrankung, Immunsupprimierendes Medikament	Sicherheit Totimpfstoffe
	• Totimpfstoffe sind nicht kontraindiziert. • Aber ihre Immunogenität kann reduziert sein. Deshalb gelten die folgenden Empfehlungen:
Autoimmunkrankheiten	✓ Impfung während einer Remission oder stabilen Krankheitsphase durchführen [6].
Blutstammzellen	✓ Nach Transplantation mindestens 3–6 Monate warten: 3 Monate, falls die Grippesaison bevorsteht, sonst 6 Monate.
Chronisch entzündliche Darmkrankheiten	✓ Impfungen während einer stabilen Krankheitsphase durchführen
Maligne Erkrankungen	✓ Mindestens 2 Wochen vor Therapie impfen
	✓ Unter Chemotherapie sind Impfungen weniger wirksam, aber nicht kontraindiziert [6].
Solide Organtransplantation	✓ Impfungen wenn möglich vor Transplantation durchführen.
	✓ Nach Transplantation mindestens 6 Monate lang warten.

fen [140], da eine bessere Immunantwort zu erwarten ist. Nach Splenektomie einige Tage mit Impfen warten, wenn nicht eine immunsuppressive Therapie dagegenspricht [141].

Soll ich nach Splenektomie gegen *Haemophilus influenzae* impfen?

Nein. *H. influenzae* ist zwar bekapselt, aber die Bevölkerungsimmunität im Erwachsenenalter ist hoch. Die Impfung wird daher ab dem Alter von fünf Jahren nicht empfohlen, auch bei Immunsuppression nicht (ausser nach Stammzelltransplantation) [21, 142].

Impfungen bei solider Organtransplantation

Die immunsupprimierende Therapie kann das Risiko für bakterielle und virale Infektionen [95, 143–145] und für einen schweren Verlauf erhöhen, z.B. bei Influenza [146], Zoster [147], Masern [148], Pneumokokken [149], Hepatitis B [150] und COVID-19 [151]. Zudem: bei Transplantkandidatinnen und -kandidaten bis 26 Jahre die HPV-Impfung nicht vergessen (erhöhtes Risiko für HPV-assoziierte Karzinome [152]).

Wann impfe ich am besten?

Möglichst frühzeitig, am besten schon, wenn die Patientin oder Patient bzgl. Transplantation evaluiert wird [45]. Nach Transplantation am besten sechs Monate mit Impfungen warten [44, 144, 153], obwohl sie je nach individuellen Risikofaktoren auch schon ab 2 Monaten danach verabreicht werden können (Grippeimpfung im Winter: schon 1 Monat danach) [45]. Lebendimpfstoffe gelten in den ersten ca. 6 Monaten nach Transplantation als kontraindiziert [45].

Können Impfungen Abstossung auslösen?

Nein, dafür gibt es keine Hinweise, auch nicht dafür, dass eine Impfung eine Abstossung auslösen könnte [154–158].

Impfungen in der Onkologie und Hämatologie

Die Grunderkrankung und/oder die Therapie können immunsupprimierend wirken [159, 15, 160–164]. Besondere Situationen sind Hypogammaglobulinämie (erhöhtes Risiko sinopulmonaler oder urogenitaler Infekte [165, 166]), z.B. bei CLL oder nach B-Zell-depletierender Therapien (Rituximab, Obinutuzumab) [167, 168]. Insbesondere beim multiplen Myelom besteht ein erhöhtes Zoster-Risiko [169].

Obwohl B-Zell-depletierende Therapien das Immunsystem schwächen und das Infektionsrisiko erhöhen, bleibt eine zelluläre Immunität bestehen, die vor gewissen Infektionen schützt und das Impfen ermöglicht [170].

Meine Patientin oder mein Patient wird zurzeit mit Immunglobulinen behandelt. Darf ich impfen?

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

Immunglobuline können die Impfantwort nach *Lebendimpfstoffen* senken (Ausnahme: Zostavax, Gelbfieber) [171]. Daher: Frühestens acht Monate danach impfen. Nach Gabe von spezifischen, postexpositionellen Immunglobulinpräparaten: Abstand von drei Monaten (Tetanus), vier Monaten (Tollwut), acht Monaten (Varizellen, Masern) [171, 172].

Schwächt die regelmässige Gabe von Blutprodukten die Impfantwort?

Auch bei anderen Blutprodukten wird von passiv übertragenen Antikörpern ausgegangen, die den Effekt von Lebendimpfungen abschwächen können [171–173]. Idealerweise Abstand von drei Wochen. Wenn dies nicht möglich ist: von reduzierter Impfantwort ausgehen, allenfalls AK-Titer-Bestimmung.

Lösen Impfungen vermehrt immunvermittelte Nebenwirkungen unter einer Checkpoint-Therapie aus?

Die Datenlage ist unklar [174–177]. In einer Schweizer Studie wurden bei 6 von 23 Patienten immunvermittelte Nebenwirkungen Grad 3/4 nach Grippeimpfung beobachtet (Arthritis, Colitis, Hautausschlag, Enzephalitis) [178], nicht aber in einer retrospektiven US-Studie [179].

Wie impfe ich Patientinnen und Patienten am besten bei Stammzelltransplantation (SZT)?

Am besten werden diese Personen durch Hämatologie oder Infektiologie betreut. Insbesondere in den ersten zwei Jahren besteht eine starke Immunsuppression [22], bedingt v.a. durch die knochenmarksablative Chemotherapie und die dadurch verursachte Zerstörung der im Lauf des Lebens aufgebauten Gedächtnis-Immunzellen. Zusätzlich immunsupprimierend wirkt die Therapie zur Verhinderung einer Abstossung oder *Graft-versus-Host Disease*. Sorge bereiten zahlreiche Infektionen, v.a. Pneumokokken, Influenza, Masern, Varizellen [39, 180–184], SARS-CoV-2 und andere respiratorische Viren [185, 186].Das BAG empfiehlt nach SZT eine vollständige erneute Impfung, unabhängig von den vor SZT durchgemachten Infektionen oder Impfungen [22] (Tab. 4). In einer Schweizer Studie waren die AK-Titer nach zwei Influenza-Impfdosen erfreulicherweise vergleichbar mit denen von gesunden Menschen nach einer Impfdosis [187].

Impfungen bei Chronischer Niereninsuffizienz

Chronische Niereninsuffizienz kann das Immunsystem schwächen [188, 189]. Wenn möglich früh impfen – je fortgeschrittener die Niereninsuffizienz, desto schwächer ist die zu erwartende Impfantwort [190]. Bei Dialyse empfiehlt das BAG die Grippe-, Hepatitis B- und Pneumokokken-Impfungen [191]. Lebendimpfungen sind nicht kontraindiziert (Tab. 1).

Korrespondenz

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

Disclosure statement

Die Autoren haben deklariert, keine potentiellen Interessenskonflikte zu haben.

Die wichtigsten Referenzen

6 Bundesamt für Gesundheit und Eidgenössische Kommission für Impffragen. Empfehlung zur Impfung von Personen mit malignen Erkrankungen und deren Haushaltskontakte. BAG-Bulletin [Internet]. 2022 May 16 [cited 2023 Jan 9];20:20–30. Available from: https://www.bag.admin.ch/dam/bag/de/dokumente/mt/i-und-b/richtlinien-empfehlungen/empfehlungen-risikogruppen-risikosituationen/empfehlungen-onkologie.pdf.download.pdf/BU_20_22_Impfempfehlung_Onkologie_DE.pdf
7 Wagner N, Assmus F, Arendt G, Baum E, Baumann U, Bogdan C, et al. Impfen bei Immundefizienz: Anwendungshinweise zu den von der Ständigen Impfkommission empfohlenen Impfungen. (IV) Impfen bei Autoimmunkrankheiten, bei anderen chronisch-entzündlichen Erkrankungen und unter immunmodulatorischer Therapie. Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitsschutz. 2019 Apr;62(4):494–515.
8 Bühler S, Eperon G, Ribi C, Kyburz D, van Gompel F, Visser LG, et al. Vaccination recommendations for adult patients with autoimmune inflammatory rheumatic diseases. Swiss Med Wkly. 2015 Jul;145:w14159.
22 Bundesamt für Gesundheit und Eidgenössische Kommission für Impffragen . Empfehlungen zur Impfung von Empfängerinnen und Empfängern von Blut-Stammzellen. BAG-Bulletin [Internet]. 2012 Mar 21 [updated 2014; cited 2022 Jan 15];21:363–370. Available from: https://www.bag.admin.ch/dam/bag/de/dokumente/mt/i-und-b/richtlinien-empfehlungen/empfehlungen-risikogruppen-risikosituationen/empfehlungen-impfung-blut-stammzellen.pdf.download.pdf/bu-08-blutstammzellen.pdf
144 Bundesamt für Gesundheit (BAG) und Eidgenössische Kommission für Impffragen (EKIF). Impfempfehlungen für Personen vor und nach Transplantation eines soliden Organs. BAG-Bulletin [Internet]. 2014 Feb 17 [cited 2022 May 28];8:155–158. Available from: https://www.bag.admin.ch/dam/bag/de/dokumente/mt/i-und-b/richtlinien-empfehlungen/empfehlungen-risikogruppen-risikosituationen/impfempfehlungen-transplantation-solides-organ.pdf.download.pdf/bu-8-impfempfehlungen-sot.pdf
46 Bundesamt für Gesundheit und Eidgenössische Kommission für Impffragen. Impfprinzipien und Empfehlungen für Personen mit chronisch entzündlichen Darmerkrankungen oder anderen gastroenterologischen (Auto-)Immunerkrankungen. BAG-Bulletin [Internet]. 2017 Dec 11 [cited 2022 Jan 15];50:28–31. Available from: https://www.bag.admin.ch/dam/bag/de/dokumente/mt/i-und-b/richtlinien-empfehlungen/empfehlungen-risikogruppen-risikosituationen/impfprinzipien-imid-gastro.pdf.download.pdf/impfprinzipien-imid-gastro-de.pdf
106 Bundesamt für Gesundheit (BAG) und Eidgenössische Kommission für Impffragen (EKIF). Impfempfehlung für mRNA-Impfstoffe gegen Covid-19 (Stand 21.12.21). [Internet]. Bern: BAG; 2021 [updated 2022 May 23; cited 2022 Jan 15]. Available from: https://www.bag.admin.ch/dam/bag/de/dokumente/mt/k-und-i/aktuelle-ausbrueche-pandemien/2019-nCoV/impfempfehlung-covid-19.pdf.download.pdf/Impfempfehlung%20f%C3%BCr%20mRNA-Impfstoffe%20gegen%20Covid-19.pdf.

Literatur

Die vollständige Literaturliste finden Sie in der Online-Version des Artikels unter https://doi.org/10.4414/phc-d.2023.10707

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.2023.10738 | 2023;23(9):286–288 | Prim Hosp Care

Der Hausarzt als erste Anlaufstelle

Vom banalen Befund zur unendlichen Geschichte

Nawied Taghizadegan Tehrani[a], Matthias Egger[b]
[a] Rappjmed AG, Schweiz; [b] Tumor & BrustZentrum Ostschweiz

Einleitung

Nachfolgend wird ein Fall geschildert, der den Hausarzt sowie diverse Spezialisten über Jahre beschäftigen sollte. Bis dahin wies der Patient abgesehen von einer koronaren Herzkrankheit keine nennenswerten Vorerkrankungen auf. Die letzten hausärztlichen Konsultationen hatten sich um psychosoziale Belange gedreht.

Der Chirurg kommt nicht zum Zug – dennoch wird operiert

Ende Mai 2012 stellte sich der zu diesem Zeitpunkt 63-jährige Patient wegen zweier Schwellungen am linken Oberschenkel hausärztlich vor. Diese zeigten sich indolent, derb aber gut verschieblich. Gemäss Patientenwunsch erfolgte die Zuweisung zur nächstgelegenen chirurgischen Klinik zur operativen Entfernung.

Das dort veranlasste MRI zeigte beidseitig oberflächliche Knoten bis zu elf cm Grösse, welche trotz fehlender Kontrastmittelanreicherung aufgrund ihrer inhomogenen Struktur als malignomverdächtig beurteilt wurden. So erfolgte im Oktober 2012 eine Biopsie. Die Histologie ergab ein B-Zell-Non-Hodgkin-Lymphom (WHO Grad I, Subtyp: Primär kutanes Keimzentrums-Lymphom [Bein Typ] [1, 2]). Im Staging PET-Scan zeigte sich neben Tumormanifestationen im Bereich beider Oberschenkel, sowie gluteal rechts und beidseitigem Befall der inguinalen Lymphknoten auch ein Tumor der linken Niere (Abb. 1).

Zur Therapie des Lymphoms wurde eine Immunchemotherapie mittels R-CEOP eingeleitet. Zudem erfolgte im Dezember 2012 eine Nephrektomie. Die Histologie zeigte ein hellzelliges Nierenzellkarzinom (pT3a Fuhrmann Grad III) [3]. Durch den Urologen war keine weitere Therapie vorgesehen. Die Verlaufskontrollen wurden dem involvierten Onkologen übergeben.

Abbildung 1: Die im Rahmen der PET-Scan-Untersuchung angefertigte CT-Abdomen mit Kontrastmittel zeigt einen 79 × 114 × 120 mm grossen Nierentumor links, der im PET-Scan FDG-negativ bleibt (aufgenommen und gezeigt mit freundlicher Genehmigung der Nuklearmedizin am Kantonsspital Graubünden)

Kommentar

Kutane Lymphome sind selten (in der Schweiz jährlich etwa 100 Fälle), haben jedoch mit einer 5-Jahres-Überlebensrate von >90–95% eine gute Prognose. Der in diesem Fall diagnostizierte Subtyp, für den ein Auftreten an den Unterschenkeln typischer wäre, gilt allgemein als aggressiv und schnell wachsend. Die 5-Jahres-Sterblichkeit wird in der Literatur mit bis zu 50% angegeben.

Der Primärbefund lässt sich gut behandeln – das Problem liegt woanders

Die Therapie des Lymphoms verlief erfolgreich. Zwar fand sich im PET-Scan vom Mai 2013 nach acht Zyklen R-CEOP immer noch ein stoffwechselaktiver Herd subkutan gluteal rechts, doch liessen sich nach einer Bestrahlung in zwei Sitzungen im August 2013 in keiner der weiteren Verlaufskontrollen mehr Lymphomanifestationen nachweisen. Die Immuntherapie mittels Rituximab wurde letztendlich bis Oktober 2015 fortgeführt.

In der radiologischen Verlaufskontrolle vom September 2013 fielen drei neue Lungenrundherde auf, die aufgrund fehlender Anreicherung im PET-Scan als Metastasen des Nierenzellkarzinoms [4] bewertet wurden. Diese – es war ein Abwarten der Dynamik vereinbart worden – wiesen im März 2014 einen deutlichen Progress auf, sodass eine neue medikamentöse Tumorbehandlung gestartet werden mussten.

Von nun an sollte sich die Therapie des Patienten ungleich schwierig gestalten. Ein permanentes Abwägen von Befundkontrolle versus Lebensqualität war nötig. Unter Pazopanib kam es zu starken Durchfällen. Nivolumab verursachte dem Patienten derart starke rheumatische Beschwerden, dass er zeitweise mit Methotrexat behandelt wurde.

Kommentar

Das Nierenzellkarzinom macht weltweit etwa 2% aller Tumorerkrankungen aus. Bei Diagnosestellung finden sich bei rund

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

einem Drittel der Fälle Metastasen. Weitere 20-50% entwickeln trotz Tumornephrektomie im Verlauf Metastasen. Das 5-Jahres-Überleben liegt in Fällen mit Fernmetastasen bei rund 10%.

Eine weitere Serie von Rückschlägen

Im August 2018 erlitt der Patient einen Myokardinfarkt, der mittels perkutaner transluminaler Koronarangioplastie (PTCA) und Stent versorgt wurde. Daher wurde bei den einen Monat später auftretenden starken Schmerzen der rechten Leiste zunächst an ein Aneurysma spurium gedacht. Als Ursache jedoch wurde per CT, welches auch Beckenosteolysen und einen Progress der Lungenmetastasen zeigte, eine osteolytische Knochenmetastase des rechten Femurkopfes (Abb. 2) ausgemacht.

Diese wurde im Oktober 2018 in zehn Sitzungen bestrahlt. Den weiteren Befunden der CT wurde mit einer Anpassung der Therapie (täglich Cabozantinib und Calcimagon, monatlich Denosumab) begegnet [6]. Cabozantinib führte zu Nebenwirkungen wie Mukositis und Geschmacksstörungen, sodass die Dosis erst reduziert und im März 2019 schliesslich sistiert wurde [7].

Im April 2019 entwickelte der Patient Heiserkeit und Dyspnoe und wurde bei zunehmender Struma zum endokrinologischen Konsil überwiesen. Dort wurde die Schilddrüse ob ihrer Inhomogenität als malignomverdächtig beurteilt und der Patient, der inzwischen unter akuter Verschlechterung mit Dyspnoe und Stridor litt, an die ORL überwiesen, welche ihn mit Methylprednisolon behandelte und Schilddrüsenbiopsien entnahm. Darin zeigten sich Metastasen des Nierenzellkarzinoms [8], worauf die Therapie mit Cabozantinib trotz zu erwartetender Nebenwirkungen wieder aufgenommen wurde. Im Juni 2019 wurde vom Tumorboard entschieden, von einem operativen Vorgehen abzusehen und den Patienten radioonkologisch zu behandeln. Dies lehnte der aber ab.

Abbildung 2: Im Verlaufs-CT 09/2018 zeigt sich ein neuer ossärer Befund (aufgenommen durch und gezeigt mit freundlicher Genehmigung von RODIAG Diagnostic Centers, Rapperswil)

Dennoch konnte bis September 2019 eine eindrückliche lokale Tumorregression erreicht werden. Im Januar 2020 wurde ein Cabozantinibauslassversuch unternommen, welcher fehlschlug: binnen einer Woche entwickelte der Patient erneut Heiserkeit und Atemnot und die Therapie musste wieder aufgenommen werden. Später wurde noch ein Wechsel auf Everolimus versucht, was an enoraler Mukositis scheiterte. Ohne Therapie wuchs die Schilddrüsenmetastase jeweils schnell.

Daher willigte der Patient nun doch in die Radiotherapie ein. Diese erfolgte von Februar bis März 2020. In der Verlaufs-CT vom Mai 2020 konnte eine deutliche Volumenreduktion der Schilddrüsenmetastase dokumentiert werden, während die Lungenmetastasen sich ebenfalls regredient zeigten.

Kommentar

Die erste Schilddrüsenmetastase wurde 1871 von Rudolf Virchow beschrieben. Während das Nierenzellkarzinom nur äusserst selten in die Schilddrüse metastasiert (vorwiegend in Lymphknoten, Lunge, Leber und Knochen) stellt es mit rund einem Viertel der klinisch diagnostizierten Schilddrüsenmetastasen die häufigste Quelle dar. Im Vergleich klinischer und pathologischer Studien finden sich erhebliche Unterschiede hinsichtlich Prävalenz und Quellen von Schilddrüsenmetastasen.

Gefürchtete Nebenwirkung macht grosse Operation notwendig

Nach einer Zahnextraktion im Sommer 2020 – Denosumab war bisher vertragen worden – kam es zu einer ausgedehnten rechtsseitigen Oberkiefernekrose, welche einen ausgedehnten interdisziplinären Eingriff von Kieferchirurgie und ORL (Infundibulotomie, Septumplastik, Extraktion dreier weiterer Zähne, das Abtragen des nekrotischen Gewebes und die plastische Deckung des Defekts) erforderlich machte. Postoperativ kam es neben verzögerter enoraler Wundheilung wie erwartet zu Kieferschmerzen. Diese waren bis Mitte Dezember 2020 mit Paracetamol und Tapentadol gut auszuhalten. Auch das Staging-CT zeigte einen stabilen Verlauf der Tumormanifestationen.

Zum Jahreswechsel nahmen die Schmerzen im operierten Kiefer zu und die nur langsam heilende Wunde infizierte sich. Der Abstrich wies Klebsiella Oxytoca, Stenotrophomonas maltophilia und Streptokokken der Viridans-Gruppe nach. Die resistenzgerechte antibiotische Therapie mit Trimethoprim/Sulfamethoxazol führte zum Abheilen von Infekt und Wunde, was für den Patienten angesichts der erreichten Schmerzreduktion sowie der nun unbeeinträchtigten Nahrungsaufnahme zufriedenstellend war.

Kommentar

Als Ursache für Kiefernekrosen unter Antiresorptivatherapie werden chronisch entzündliche Prozesse angenommen. Sie treten bei onkologischer Therapieindikation deutlich häufiger (bis zu 12%) auf als bei osteologischer (bis zu 1%).

Tumorbefall unter Kontrolle – die Symptome nicht

In den weiteren hausärztlichen Kontrollen beklagte der Patient zunehmende Schmerzen im rechten parascapulären Bereich. Hierfür fanden sich weder im Röntgen noch in der Verlaufs-CT (04/ 2021: stationäre Verhältnisse) ein Korrelatbefund. Unter Tapentadol klangen die Schmerzen nur kurzfristig ab, sodass auf Oxycodon umgestellt wurde. Dennoch kam es zu zunehmender Schwäche und anhaltenden Schmerzen vor allem im Kiefer, sodass der Patient seinen Hausarzt im Mai 2021 um einen Hausbesuch bat. Dort wurde die Schmerztherapie auf Fentanylpflaster mit Morphintropfenreserve umgestellt und die weitere hausärztliche Begleitung besprochen.

Für den Patienten, der nun phasenweise eine gute Symptomkontrolle erlebte und sogar unter grosser Freude sogar an einem Oldtimertreffen teilnehmen konnte, stand zunehmend die Angst vor dem Ersticken im Vordergrund, sodass er selbständig die Carbozantinibdosis verdoppelte, was er angesichts der inzwischen eingestellten Nahrungsaufnahme nun vertrug.

Er war bereits seit Jahren Mitglied im Verein EXIT und äusserte Ende Mai den Wunsch, sein Leben mit dessen Unterstützung zu beenden [9]. Vier Tage nach der hausärztlichen Kontaktaufnahme mit EXIT kam es nach selbstständiger Einnahme von 15 mg Natrium-Pentobarbital zum Exitus letalis.

Konklusion

Dieser Fall zeigt, wie ein harmlos anmutender Befund sich als ungewöhnliche Manifestation einer malignen Ursache erwies und in der Fol-

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

ge zufällig eine weitere maligne Erkrankung zutage trat, die nicht nur die behandelnden Ärzte über Jahre immer wieder herausforderten. Dem Patienten wurde beim Durchlaufen all der medizinischen Stationen viel abverlangt. Er war wiederholt entmutigt und verlor Geduld und Vertrauen, was zu Verzögerungen von Diagnostik und Therapie oder gar dem Absetzen von Medikamenten ohne Rücksprache führte. Dennoch konnte dies ebenso wie die zahlreichen Nebenwirkungen, die dem Patienten im Verlauf widerfuhren, aufgefangen bis gänzlich überwunden werden [10].

Dem Hausarzt, der übrigens zunächst an ein Lipom gedacht hatte, kam mehr als die Überweiserrolle zu: er war wiederholt die erste Anlaufstelle und begleitete diesen Fall in rund 100 Konsultationen von der Erstuntersuchung bis zum Tod.

Take-home message

- Bei Knötchen unter der Haut lohnt es sich, auch an Seltenes zu denken.
- Auch ein solch komplexer Fall kann von nicht zentral koordinierten ambulanten Zentren begleitet werden. Der Miteinbezug eines interdisziplinären Tumorboards ist hierbei unerlässlich.
- Die Erhaltung von Lebensqualität ist eine wesentliche, wenn nicht gar die entscheidende Zielgrösse in der Krebstherapie.

Korrespondenz
Nawied Taghizadegan Tehrani
Rappjmed AG
Allmeindstrasse 5
CH-8645 Rapperswil-Jona
nawied.tehrani[at]rappjmed.ch

Disclosure statement
Die Autoren haben deklariert, keine potentiellen Interessenskonflikte zu haben.

Literatur

1 Zinzani PL, Quaglino P, Pimpinelli N, Berti E, et al. Lymphomas. J Clin Oncol. 2006 Mar 20;24(9):1376–82. doi: 10.1200/JCO.2005.03.6285. Epub 2006 Feb 21. PMID: 16492713.
2 Willemze R, Jaffe ES, Burg G, Cerroni L, et al. WHO-EORTC classification for cutaneous lymphomas. Blood. 2005 May 15;105(10):3768–85. doi: 10.1182/blood-2004-09-3502. Epub 2005 Feb 3. PMID: 15692063.
3 Méndez-Vidal MJ, Molina Á, Anido U, Chirivella I, et al. Evidence review and clinical practice in the management of advanced renal cell carcinoma. BMC Pharmacol Toxicol. 2018 Nov 26;19(1):77. doi: 10.1186/s40360-018-0264-8. PMID: 30477570; PMCID: PMC6258404.
4 Roberto M, Botticelli A, Panebianco M, Aschelter AM, et al. Metastatic Renal Cell Carcinoma Management: From Molecular Mechanism to Clinical Practice. Front Oncol. 2021 Apr 22;11:657639. doi: 10.3389/fonc.2021.657639. PMID: 33968762; PMCID: PMC8100507.
5 M. Grimm, M. Schmidinger, I. Duran Martinez, G. Schinzari, et al. Tailored ImmunoTherapy Approach with Nivolumab in advanced Renal Cell Carcinoma (TITAN-RCC) Annals of Oncology (2019) 30 (suppl_5): v851–v934. 10.1093/annonc/mdz394
6 Krajewski W, Dzięgała M, Kołodziej A, Dembowski J, et al. Vitamin D and urological cancers. Cent European J Urol. 2016;69(2):139–47. doi: 10.5173/ceju.2016.784. Epub 2016 Apr 19. PMID: 27551550; PMCID: PMC4986303.
7 Schmidinger M, Danesi R. Management of Adverse Events Associated with Cabozantinib Therapy in Renal Cell Carcinoma. Oncologist. 2018 Mar;23(3):306–315. doi: 10.1634/theoncologist.2017-0335. Epub 2017 Nov 16. PMID: 29146618; PMCID: PMC5905684.
8 Tjahjono R, Phung D, Gurney H, Gupta R, et al. Thyroid gland metastasis from renal cell carcinoma: a case series and literature review. ANZ J Surg. 2021 Apr;91(4):708–715. doi: 10.1111/ans.16482. Epub 2020 Dec 14. PMID: 33319504.
9 Emanuel EJ, Onwuteaka-Philipsen BD, Urwin JW, Cohen J, et al. Attitudes and Practices of Euthanasia and Physician-Assisted Suicide in the United States, Canada, and Europe. JAMA. 2016 Jul 5;316(1):79–90. doi: 10.1001/jama.2016.8499. Erratum in: JAMA. 2016 Sep 27;316(12):1319. PMID: 27380345.
10 Moffat P. Quality of life in patients with cancer. Int J Palliat Nurs. 2008 Jan;14(1):4. doi: 10.12968/ijpn.2008.14.1.28147. PMID: 18414326.

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