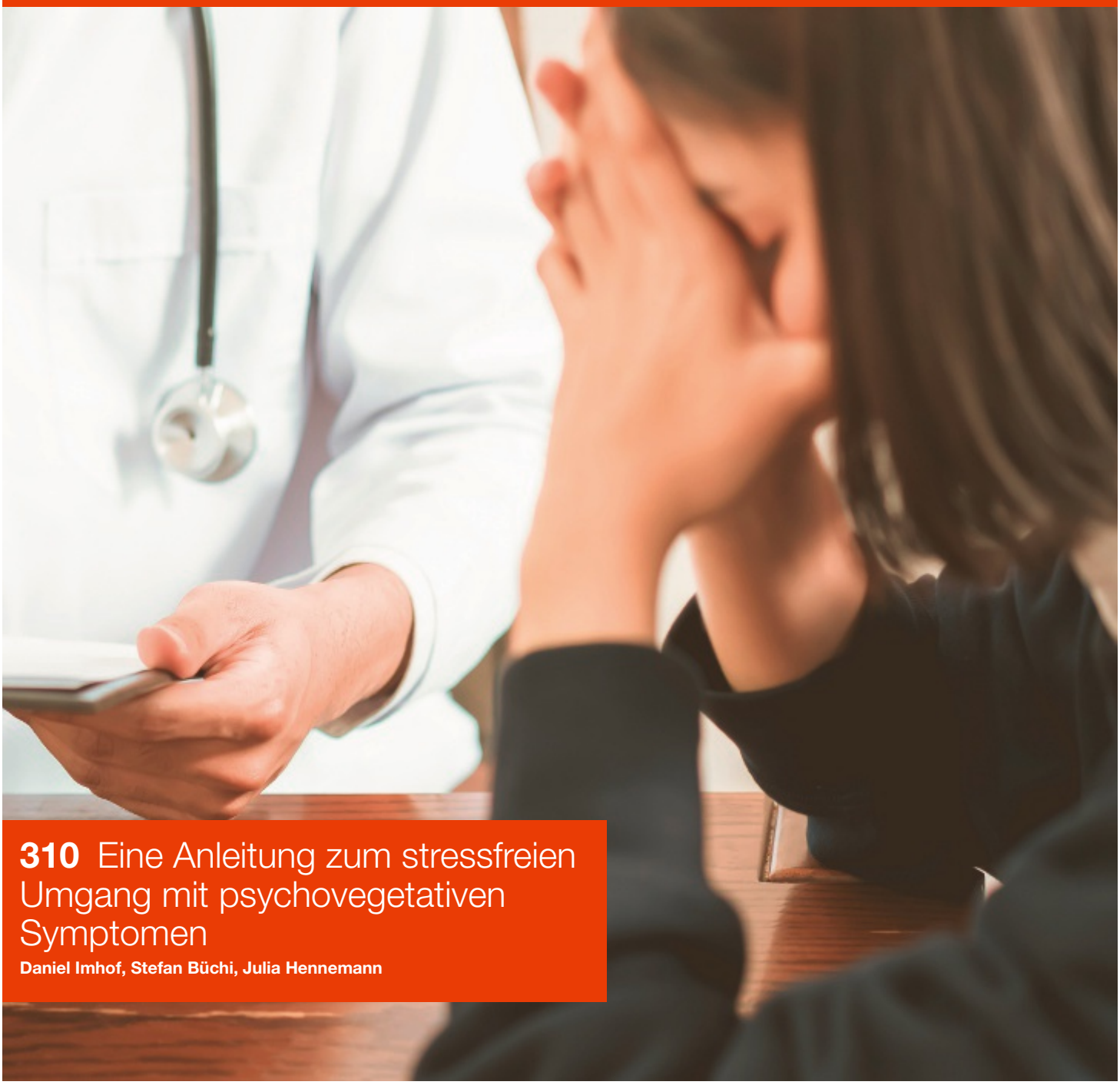
Offizielles Organ Schweizerische Gesellschaft für Allgemeine Innere Medizin | Haus- und Kinderärzte Schweiz | Kollegium für Hausarztmedizin

SGAIM SSMIG SSGIM mfe

PRIMARY AND HOSPITAL CARE

Die Zeitschrift für Allgemeine Innere Medizin in Hausarztpraxis und Spital

Ausgabe 10
4. Oktober 2023



310 Eine Anleitung zum stressfreien Umgang mit psychovegetativen Symptomen
Daniel Imhof, Stefan Büchi, Julia Hennemann

300 Gesundheitsversorgung bei psychiatrischer Diagnose
Flavio Coronado, Santana Despont, Al

304 Hausärztliche Erfahrungen mit Bewertungsportalen
Julian Wangler, Michael Jansky

314 Guideline Diabetes mellitus Typ 2
Amato Giani, Stefan Schäfer, Beat Müller

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

Eine Oktoberrevolution?

François Héritier
Président KHM

Oktober 2023 – Monat der Wahl, Monat der Revolution?
Welche Farbe wird unseren parlamentarischen Herbst dominieren? Rot, schwarz, grün oder blau? Prächtig wie der Altweibersommer oder trüb wie ein Nebelmorgen?
Farbenfroh wie die Vokale von Rimbaud oder trist wie eine traditionalistische Rede?
Umfragen und Trends kündigen eher die Fortsetzung des konservativen Status quo an.

Und welcher Fraktion wird danach unsere Gesundheitsministerin oder unser Gesundheitsminister angehören, als Nachfolgerin oder Nachfolger von Alain Berset?
Den Beobachtern zufolge wohl der sozialdemokratischen, da anscheinend ansonsten keine Bundesrätin und kein Bundesrat das Departement wechseln möchte.
Rechtes Parlament und linkes Gesundheitsministerium: Eine Chance für die Grundversorgung? Oder eine Mehrheit für die Blockade jeglicher Reform?

Unser Gesundheitssystem ist indes ins Stottern geraten und es besteht die Gefahr, dass ihm die Luft ausgeht. Es ist im finanziellen Würgegriff und kann in einer Welt mit begrenzten Ressourcen nicht ständig mehr Geld fordern. Bis zu welcher Grenze können wir die Krankenkassenprämien Jahr für Jahr anheben? Was sollen wir also tun, Frau neue Bundesrätin oder Herr neuer Bundesrat?

Uneingeschränkt Ausgaben tätigen in Erwartung einer technischen Lösung? Verschwendung eindämmen? Die Mittel je nach Bedarf besser verteilen? Endlich die Gesundheit ebenso sehr fördern, wie wir Krankheiten behandeln?

Alles neu denken: Gesundheit definieren – die Versorgungsbedürfnisse priorisieren – das gesamte System rund um regionale, autonome, interprofessionelle, vom Hausarzt koordinierte Teams konstruieren – die Spitalzentrierung beenden – die Spitzenmedizin autoritativ lenken – das ganze System durch Steuern und Abgaben auf Kapital und umweltschädigende Unternehmen gerechter finanzieren.

Ein umfangreiches Vorhaben … Und wenn wir damit beginnen würden, die Grundversorgung aufzuwerten, Herr künftiger Nationalrat, Frau künftige Ständerätin? Alain Bersets Masterplan ist schon eine Weile her und wir brauchen neuen Schwung, um den Nachwuchs in der Hausarztmedizin sicherzustellen, vor allem in einem neuen System, das die Grundversorgerinnen und Grundversorger koordinieren.

Die Anzahl an Ärztinnen und Ärzten ausbilden, die wir benötigen, ohne das ärztliche Reservoir der Nachbarländer zu erschöpfen – Numerus clausus oder fixus abschaffen – die Universitätsausbildung durch Praktika und Hausarztmedizin-Kurse prägen – die Weiterbildung aus dem Spitalumfeld lösen und in der Arztpraxis attraktiver gestalten – die Niederlassung in neuen Versorgungsmodellen durch öffentlich-private Partnerschaften erleichtern – ein höheres Honorar als in anderen Fachgebieten durch gemischte Finanzierung, Tardoc und Haushaltsmittel im öffentlichen Interesse erreichen – die Medizin im Zentrum der Tätigkeit belassen, ohne übermässigen Verwaltungsaufwand – diesen Plan mit 1% des Gesundheitsbudgets finanzieren.

Ein Traum? Ein revolutionärer Traum, von einer Oktoberrevolution …
Nicht ganz. Eine Arbeitsgruppe, in der alle Hausarztmedizin-Fachgesellschaften vertreten sind und die vom KHM geleitet wird, arbeitet derzeit an einem derartigen Programm.

Was tun in der Zwischenzeit? Unbedingt wählen gehen! Suchen wir nach Kandidatinnen und Kandidaten, die unseren Aktionsplan gutheissen würden, und unterstützen wir sie!

Wird der Traum also Realität? Wer weiss …

Redaktionelle Verantwortung
Dr. med. François Héritier
Kollegium für Hausarztmedizin KHM
Rue de l'Hôpital 15
Postfach 592
CH-1701 Fribourg
francois.heritier[at]unisante.ch

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

Inhaltsverzeichnis

289 **Editorial: Eine Oktoberrevolution?**
François Héritier

292 NEWS

291 **In eigener Sache**
EMH

292 **mfe: Heisser Wahlherbst: Teil 2**

294 **SGAIM: SwissDRG-Kommission – Engagement für eine bessere Abgeltung in der Grundversorgung**

295 **SGAIM: Wissensplattform my-aim.ch wird per 31.12.2023 deaktiviert**

296 FORSCHUNG

296 **Der Aufbau einer neuen Generation von Führungskräften für das Schweizer Gesundheitswesen**
Andrea Martani, Agne Ulyte, Milo A. Puhan, Rolf Heusser

300 LEHRE

300 **Somatische Gesundheitsversorgung Erwachsener mit bekannter psychiatrischer Diagnose**
Flavio Coronado, Santana Despont, Alessio Fiorito et al.

304 ORIGINALARBEIT

304 **Welche Erfahrungen haben Hausärztinnen und Hausärzte mit ärztlichen Bewertungsportalen gemacht?**
Julian Wangler, Michael Jansky

310 FORTBILDUNG

310 **Eine Anleitung zum stressfreien Umgang mit psychovegetativen Symptomen**
Daniel Imhof, Stefan Büchi, Julia Hennemann

314 **Guideline Diabetes mellitus Typ 2**
Amato Giani, Stefan Schäfer, Beat Müller

316 CASE REPORT

316 **Hyperkalzämie als Folge von?**
Diana Lehmann, Stephan Bauer, Helen Kovari, Claude Cao

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: © Sitthiphong Thadakun | 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

In eigener Sache

Mit dieser Ausgabe von «Primary and Hospital Care» präsentiert sich der Webauftritt der Publikation in einem neuen Kleid. Sie finden da – wie gewohnt – die aktuelle Ausgabe, ein umfangreiches Archiv zu Themen aus der Inneren Medizin, aber auch Autorenguidelines, Artikeltemplates und Informationen zur Redaktion.

«Primary and Hospital Care» ist aber jetzt auch Teil des Swiss Health Webs. Auf dem Swiss Health Web finden Sie eine Vielfalt an weiteren Inhalten und Services in der vertrauten EMH-Qualität. Neben einem Archiv von mehr als 50 000 Artikeln können Inhalte des Swiss Health Web nach fachspezifischen Interessen personalisiert abgerufen werden. Die Inhalte zu den aktuellen Entwicklungen in ihren Fachgebieten werden mit täglichen News aus dem Gesundheitswesen der Schweiz komplementiert.

Dazu kommt ein ausgebauter Eventkalender, der Ihnen die Planung der individuellen Fort- und Weiterbildung erleichtert. Des Weiteren profitieren Sie vom barrierefreien Zugang zu einer breiten Auswahl von Guidelines und wichtigen Informationen zu den in der Schweiz zugelassenen Medikamenten.

Zusammen mit den Ärztinnen und Ärzten in den EMH-Fachredaktionen wird das Angebot auf dem Swiss Health Web kontinuierlich evaluiert, an die Bedürfnisse der Ärzteschaft angepasst und erweitert. Das Ziel: Sie mit der Medien- und Service-Plattform Swiss Health Web bestmöglich in Ihrer täglichen Arbeit zu unterstützen. Integrieren Sie das Swiss Health Web in Ihren Arbeitsalltag und registrieren Sie sich auf der Plattform.

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: Teil 2

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!

Raoul Furlano

Welches sind Ihre politischen Schwerpunkte?
Gesundheitswesen – Demografische Entwicklung – Klimawandel.

Haben sie im Kanton bereits Gesundheitspolitik gemacht, wenn ja, zu welchen Themen?
Ja, als Mitglied und Vize-Präsident der kantonalen parlamentarischen Gesundheitskommission, aber auch innerhalb meiner Partei, beschäftige ich mich seit Jahren mit Fragen des Gesundheitssystems und habe zahlreiche Vorstösse zu diesem Thema eingereicht, die zum Teil auch erfolgreich umgesetzt wurden.

Welches gesundheitspolitische Thema erhält Ihrer Meinung nach aktuell im nationalen Parlament zu wenig Beachtung?
Die Gesundheitskosten bzw. die Bewältigung dieser Kosten, dann aber auch der Fachkräftemangel und die schwierige Umsetzung der Pflegeinitiative. Die Biodiversität, auch im Sinne des Wohlergehens der Menschheit, liegt mir am Herzen und erhält meines Erachtens zu wenig Beachtung.

Wie kann und soll die Politik die medizinische Grundversorgung stärken und wo liegen dafür die grössten Chancen?
- Die Politik kann mehr Mittel in unser Gesundheitssystem lenken, um die Infrastruktur und die personellen Ressourcen zu stärken.
- Anreize schaffen, damit Ärztinnen und Ärzte und medizinisches Personal in unterversorgte Gebiete ziehen und dort arbeiten.
- Förderung von Telemedizin und digitalen Gesundheitslösungen.
- Engere Zusammenarbeit mit der privaten Gesundheitsversorgung.
- Gesundheitskompetenz der Bevölkerung verbessern, damit die Menschen besser informierte Entscheidungen über ihre Gesundheit treffen können.

Wie sieht Ihr persönliches «Rezept für eine gesunde Schweiz» aus? Wofür wollen Sie sich ganz besonders engagieren?
- Der demografische Wandel hat Auswirkungen auf Rentensysteme, Gesundheitsversorgung, Arbeitsmarktbedingungen. Dank meiner guten Kenntnisse möglicher Gesundheitssysteme und Vernetzung mit Stakeholdern will ich dazu beitragen unsere Schweizer Gesundheitsversorgung innovativer und kostengünstiger zu gestalten.
- Den Forschungs- und Innovationsstandort Basel erhalten und weiter stärken und dies den Kolleginnen und Kollegen in den Räten klar machen, dass es hier nicht um kantonale Partikularinteressen geht, sondern um einen Akt von nationaler und internationaler Bedeutung.

mfe setzt sich für die politischen Anliegen der Haus- und Kinderärztinnen und Kinderärzte ein – wo liegen für Ihre Partei in der kommenden Legislatur die grössten politischen Herausforderungen?
Die Kosten des Gesundheitswesens zu senken, dabei die Herkulesaufgabe zu lösen, die Qualität damit nicht zu beeinträchtigen und vor allem keine Zweiklassenmedizin durch «Globalbudgets» zu riskieren.

Warum soll die Leserschaft vom PHC ihre Stimme Ihnen geben?
- Weil ich als Arzt (deutlich untervertetene Berufsgattung im Parlament) und Politiker viel Erfahrung aus der Praxis mitbringe und mich politisch schon lange engagiere.
- Weil ich Dienst an der Gesellschaft zu leisten bereit bin, welche mir viel gegeben hat in meinem Leben und das Gemeinwohl fördern.
- Weil ich gerne einen direkten Einfluss auf nationale politische Entscheidungen und Entwicklungen haben möchte, indem ich meine Ideen und Vorstellungen in die Politik einbringe.

Jokerfrage: Wer sollte ihrer Meinung nach neu das EDI und damit die Verantwortung für die Gesundheitspolitik im Bundesrat übernehmen?
Da ziehe ich auch den Joker und gebe eine diplomatische Antwort: Der/die gewählte Bundesrat/-rätin muss in der Lage sein, die Interessen des Landes zu vertreten und die Ver-

Prof. Dr. med. Raoul Furlano

Verheiratet, zwei erwachsene Kinder. In Basel geboren und heute mein Zuhause. Vier Jahre im Ausland gelebt und weitergebildet (USA/UK). Nebst meinem Beruf als Kinderarzt (Leiter der Kindergastroenterologie & Ernährung am Universitäts Kinderspital beider Basel, UKBB) und Dozent (Uni Basel): Ehrenamtliche Engagements in Stiftungen, Vereinen, Berufsverbänden und Institutionen, gewählter Grossrat der LDP Basel und Fraktionspräsident, Vizepräsident der Basler Gesundheitskommission, Mitglied der Subkommission Klima. Familienmensch. Charakter: offen, zugänglich, gut organisiert, geradlinig, ehrlich, kontrolliert emotional, gewohnt hart und viel zu arbeiten.

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

antwortung für das EDI und die Gesundheitspolitik gewissenhaft wahrzunehmen. Eine schwierige Aufgabe, gute Köpfe sind rar.

Pierre-Alain Fridez

Welches sind Ihre politischen Schwerpunkte?

Ich gehöre der Sicherheitspolitischen Kommission des Nationalrats an und bin auf diesem Gebiet zu einem Fachmann meiner Partei geworden. Ich möchte Sicherheitsfragen dahingehend weiterentwickeln, dass die heutigen Risiken für die Schweiz (Cyber, Terrorismus, Kriminalität, Extremereignisse im Zusammenhang mit dem Klimawandel) vorrangig berücksichtigt werden, vor allem zugunsten des Schutzes der Bevölkerung. Dabei ist zu bedenken, dass heute und morgen niemand in die Schweiz einmarschieren wird, da unsere geografische Lage inmitten des NATO-Gebiets uns objektiven Schutz bietet. Ich bin zudem Mitglied der Parlamentarischen Versammlung des Europarates, wo ich mich mit Migrations- und Gesundheitsfragen befasse. Ich war 2020 und 2021 Vorsitzender des Migrationsausschusses und setze mich weiterhin für unbegleitete minderjährige Migrantinnen und Migranten und generell für eine würdevollere und offenere Migrationspolitik in den europäischen Ländern ein. In der Gesundheitspolitik bin ich ein entschiedener Verfechter der Einheitskasse, einer aktiven Politik im Bereich der Gesundheitsförderung und habe die Motion initiiert, die dazu führte, dass die Kostenerstattung für Fusspflegeleistungen, die bei Diabetikerinnen und Diabetikern durch Podologinnen oder Podologen erbracht werden, anerkannt wurde.

Haben sie im Kanton bereits Gesundheitspolitik gemacht, wenn ja, zu welchen Themen?

Als Abgeordneter habe ich mich bei der damaligen kantonalen Spitalreform für die Aufrechterhaltung einer bürgernahen Gesundheitsversorgung eingesetzt. Als Mitglied des Gesundheitsausschusses habe ich mich insbesondere für die Anerkennung der Osteopathie im Kanton Jura engagiert.

Welches gesundheitspolitische Thema erhält Ihrer Meinung nach aktuell im nationalen Parlament zu wenig Beachtung?

Die für einen wachsenden Teil der Bevölkerung untragbare Belastung durch die Krankenkassenprämien, da das System der Kopfprämien am Ende ist. Andererseits eine echte Unterstützung für die medizinische Grundversorgung. Das Bekenntnis dazu gibt es, ja … aber die Taten erreichen nur sehr langsam das Stadium der Konkretisierung. Dabei ist sie ein wesentlicher Hebel, um die Kosten zu dämpfen, eine bürgernahe Medizin zu gewährleisten und auf die grosse Herausforderung der Bevölkerungsalterung zu reagieren.

Wie kann und soll die Politik die medizinische Grundversorgung stärken und wo liegen dafür die grössten Chancen?

Die medizinische Grundversorgung muss das Fundament für die Versorgung der Bevölkerung werden, basierend auf gut ausgebildeten Allgemeinmedizinerinnen und -medizinern, die von zeitraubendem Verwaltungsdruck befreit und angemessen bezahlt werden, in direkter Zusammenarbeit mit einer flächendeckenden Versorgung durch lokale Spitäler, die in der Lage sind, das Alltägliche, das Wesentliche zu behandeln, wobei die geriatrische Versorgung wohl zu ihrer Haupttätigkeit wird. Das Komplizierte, das Spezielle sollte einer begrenzten Anzahl hochspezialisierter Spitäler vorbehalten bleiben.

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

Eine Schweiz, die ein Land der sozialen Gerechtigkeit ist, mit einem starken sozialen Netz und einer Medizin, die menschlich bleibt, auf Beziehungen beruht und der Prävention einen hohen Stellenwert einräumt.

mfe setzt sich für die politischen Anliegen der Haus- und Kinderärztinnen und Kinderärzte ein – wo liegen für Ihre Partei in der kommenden Legislatur die grössten politischen Herausforderungen?

Heute ist das System der KVG-Finanzierung, das auf einer Kopfprämie beruht – einer wahrhaftig ungerechten Steuer, da sie für alle gleich ist, ohne das Einkommen zu berücksichtigen –, untragbar geworden und beansprucht einen immer höheren Anteil der Kaufkraft eines grossen Teils der Bevölkerung: Dies ist heute eine Priorität für die Sozialdemokratische Partei. Mit der Einführung einer Einheitskasse, da das derzeitige System einen Pseudo-Wettbewerb darstellt, der verhindert, dass die Prämien dem realen Kostenanstieg entsprechen, grosse Reserven erfordert und keine echte Präventionspolitik zulässt. Ein weiterer wesentlicher Punkt: Die Rahmenbedingungen müssen geschaffen werden, die es ermöglichen, in Zukunft einen echten medizinischen Nachwuchs zu gewährleisten.

Warum soll die Leserschaft vom PHC ihre Stimme Ihnen geben?

Wenn sie meine Kandidatur unterstützen, stimmen sie für jemanden, der ihre Probleme kennt und versteht, aber auch für jemanden, der bei allen Problemen immer den sozialen und menschlichen Aspekt in den Vordergrund stellt.

Dr. med. Pierre-Alain Fridez, Nationalrat bisher, SP, Jura

Ich bin 1957 in Moutier geboren und habe meine Kindheit in Courrendlin verbracht. Nach dem Lycée in Porrentruy habe ich an der Medizinischen Fakultät der Universität Lausanne Medizin studiert (1976 bis 1982). Erwerb des eidgenössischen Diploms in Humanmedizin im Dezember 1982. Weiterbildung zum Allgemeinmediziner mit Praktika am CHUV (Gynäkologie und Geburtshilfe), im Spital Gimel (Gerontopsychiatrie) und in den Regionalspitälern Delémont (Innere Medizin) und Porrentruy (Chirurgie, Orthopädie, Innere Medizin und Pädiatrie).

Ende 1988 Eröffnung meiner allgemeinmedizinischen Praxis in Fontenais (JU). Ebenfalls seit 1988 Médecin répondant im Foyer Les Fontenattes in Boncourt, einer Einrichtung für Erwachsene mit geistiger Behinderung. Ausbildung in unizistischer Homöopathie.

Seit 1996 neben meiner medizinischen Tätigkeit politisch aktiv (12 Jahre Gemeindepräsident von Fontenais, ab 1999 Abgeordneter im Parlament des Kantons Jura [9 Jahre], ab 2011 Nationalrat), was ich noch einige Jahre fortsetzen möchte.

Ich bin verheiratet, Vater von 4 Kindern und habe 3 Enkelkinder. Seit 1996 bin ich Mitglied der Sozialdemokratischen Partei.

Jokerfrage: Wer sollte ihrer Meinung nach neu das EDI und damit die Verantwortung für die Gesundheitspolitik im Bundesrat übernehmen?

Meine gute Freundin Elisabeth Baume-Schneider natürlich, eine ehemalige Sozialarbeiterin, deren menschliche Qualitäten und wohlwollender Pragmatismus nicht mehr bewiesen werden müssen.

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

© Everythingpossible | Dreamstime

News

SwissDRG-Kommission – Engagement für eine bessere Abgeltung in der Grundversorgung

Die SwissDRG-Kommission kümmert sich um die faire und leistungsgerechte finanzielle Abgeltung der stationären AIM-Patientinnen und -Patienten. Nach einer Bestandsanalyse konnte die Stelle des SwissDRG-Beauftragten der SGAIM mit der ärztlichen Kollegin Linda Meier neu besetzt werden, und es herrscht neuer Aufwind in der SwissDRG-Kommission.

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

Primäres Ziel der SwissDRG-Kommission ist es, finanzielle Unterversorgungen von stationären medizinischen Fällen zu detektieren und Lösungsansätze auszuarbeiten. In den letzten Jahren wurden zirka zwei Dutzend SwissDRG-Anträge jährlich eingereicht. Dies aus der Grundlage von über 500 000 Jahresdatensätzen, die von beteiligten Schweizer Spitälern zur Verfügung gestellt wurden. Die SwissDRG-Kommission hilft bei den Analysen und möglichen Lösungsansätzen, welche medizinisch kongruent sind und qualitativ keine Fehlanreize bilden, um so das DRG-System zu optimieren.

Primäres Ziel der SwissDRG-Kommission ist es, finanzielle Unterversorgungen von stationären medizinischen Fällen zu detektieren und Lösungsansätze auszuarbeiten.

Besonderes Augenmerk wird auf das multimorbide Patientengut gelegt, weil bei dieser Gruppe Leistungen und Therapien im Fallpauschalensystem oft unterdeckt sind. Neue Ansätze werden aktuell erarbeitet, um nicht nur über das Antragsverfahren, sondern auch über regelmässige Informationen und Publikationen über die Funktionen von SwissDRG und die Zusammenhänge zwischen finanzieller Abgeltung, Dokumentationsqualität und Diagnosestellungen der Unterfinanzierung entgegenzuwirken. Die SGAIM Mitglieder sollen die Möglichkeit bekommen, ihr Wissen rund um SwissDRG durch gezielte Informationen zu erweitern.

Handliches Datenportal zur Verfügung gestellt – Datensammlung beginnt bald

Für die Analysen ist die Kommission und die SwissDRG-Beauftragte auf die Daten der Spitäler angewiesen. Ein neues, zeitgemässes und performanteres Auswertungstool ermöglicht nun eine tiefgreifendere Analyse der anonymisierten Spitaldatensätze, und es kann bald mit der Datensammlung begonnen werden. Neu wird vereinfacht ein handliches Datenportal zur Verfügung gestellt, damit die Spitäler ihre BfS- und Kostendatensätze in nur wenigen Schritten sicher hochladen können. Die Daten werden von der SwissDRG-Beauftragten benötigt, um Anträge zur Optimierung des SwissDRG-Systems erarbeiten zu können. Mit der Datenlieferung Ihres Spitals unterstützen Sie die spitalübergreifenden Auswertungen und ermöglichen so der SGAIM im Sinne aller für eine bessere Abgeltung der Grundversorgung zu sorgen.

Neue Mitglieder herzlich willkommen

Die Kommission steht für DRG-Interessierte Mitglieder, besonders klinisch tätige Kaderärztinnen und -ärzten und DRG-Verantwortliche der Kliniken, offen. Interessierte können sich gerne bei der DRG-Beauftragten melden.

Gibt es aus Ihrer Sicht Inputs und Problemherde im SwissDRG-System? Zögern Sie nicht, uns zu kontaktieren. Die DRG-Kommission freut sich auf die neuen Möglichkeiten für die Weiterentwicklung des SwissDRG-Systems.

Die Mitglieder der SwissDRG-Kommission auf einen Blick

- Dr. med. Lars Clarfeld, Generalsekretär der SGAIM (Kommissionspräsident)
- Dr. med. Linda Meier, SwissDRG-Beauftragte SGAIM
- Dr. med. Thomas Beck
- Prof. Dr. med. Jacques Donzé
- Prof. Dr. med. Jörg Leuppi
- Dr. med. Georg Mang
- Prof. Dr. med. Alain Rudiger

Für Fragen und Anregungen rund um das Thema SwissDRG

Linda Meier, Beauftragte SwissDRG, Monbijoustrasse 43, 3001 Bern, Telefon: +41 (0) 31 370 40 16, E-Mail: linda.meier[at]sgaim.ch

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

Digitalisierung

Wissensplattform my-aim.ch wird per 31.12.2023 deaktiviert

Die Wissensplattform my-aim.ch wird nach acht Jahren Betrieb per Ende 2023 deaktiviert. Die Inhalte von my-aim.ch werden in die bestehende Website der Schweizerischen Gesellschaft für Allgemeine Innere Medizin (SGAIM) integriert. Die Übertragung der Inhalte soll per 1. November 2023 abgeschlossen sein.

Vor rund acht Jahren ist die Online-Plattform my-aim.ch von einem Team um Prof. Dr. med. Sven Streit lanciert worden. Dies mit dem Ziel, angehenden Fachärztinnen und Fachärzten der Allgemeinen Inneren Medizin Wissenswertes rund um die Themen «Basics», «Career», «Science» sowie «Events» mit auf ihren Berufsweg zu geben. Eine Redaktion von Assistenz- und Fachärztinnen und Ärzten der AIM aus Spital und Praxis haben die Inhalte während dieser Zeit regelmässig überarbeitet und in enger Zusammenarbeit mit den Fachgesellschaften der SGAIM, FMH, SWIF sowie den Instituten für Hausarztmedizin aktualisiert.

Aus Gründen der Übersichtlichkeit werden die Inhalte von my-aim.ch per 1. November 2023 in die Website der SGAIM integriert. Per 31.12.2023 wird my-aim.ch deaktiviert. Wollen ab 2024 Interessierte die Plattform besuchen, werden sie automatisch auf die Website der SGAIM umgeleitet.

Dr. med. Insa Koné, Co-Chefredaktorin von my-aim.ch, meint: «Das Redaktionsteam und ich bedanken uns auf diesem Weg ganz herzlich bei den finanziellen Förderinnen und Fördern von SGAIM und BEKAG sowie allen Unterstützenden. Nach acht Jahren myAIM schmerzt die Deaktivierung aber ich bin überzeugt, dass schlussendlich die Nutzerinnen und Nutzer von diesem Entscheid profitieren werden, da die Informationen neu gebündelt auf der Website von SGAIM zugänglich sind.»

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

10.4414/phc-d.2023.1253209821 | 2023;23(10):296–298 | Prim Hosp Care

Projekte des Nationalen Forschungsprogramms 74 «Smarter Health Care»

Der Aufbau einer neuen Generation von Führungskräften für das Schweizer Gesundheitswesen

Im Rahmen des Nationalen Forschungsprogrammes 74 wurde ein Leadership-Programm für talentierte Nachwuchsforschende entwickelt («Emerging Health Care Leaders Program»), dessen Ziel die Entwicklung einer gut trainierten und integrierten Gemeinschaft von zukünftigen Führungskräften im Gesundheitswesen war. In diesem Artikel werden die Aktivitäten und die Resultate dieses Programmes beschrieben und der Mehrwert von solchen Initiativen für den Schweizer Gesundheitsbereich aufgezeigt.

Andrea Martani[a], Agne Ulyte[b], Milo A. Puhan[c], Rolf Heusser[c]
[a] Institute for Biomedical Ethics, University of Basel, Basel, Switzerland; [b] Department of Health Care Policy, Harvard Medical School, Boston, Massachusetts, USA; [c] Epidemiology, Biostatistics and Prevention Institute (EBPI), University of Zurich (UZH), Zurich, Switzerland

Hintergrund

Der Schweizerische Nationalfonds (SNF) organisiert regelmässig nationale Forschungsprogramme (NFP) zur Förderung interdisziplinärer und lösungsorientierter Forschung. Das NFP 74 hatte drei zentrale Ziele:

- wissenschaftliche Evidenz für eine bessere Behandlung von Menschen mit chronischen Krankheiten zu generieren;
- die Gesundheitsdatenlage der Schweiz zu verbessern;
- den Aufbau einer Forschungscommunity in der Versorgungsforschung zu fördern [1].

Das dritte Ziel war besonders wichtig, da eine gut strukturierte und koordinierte Community in der Versorgungsforschung hilfreich ist. Nicht nur, um neue Projekte in der Zukunft zu formulieren, sondern auch zu sichern, dass die Ergebnisse der gegenwärtigen Forschung sich auf die Klinik und auf die Politik auswirken. Dies dauert länger als ein NFP und benötigt Fähigkeiten, die breiter sind als die rein wissenschaftlichen (z.B. Kommunikations-Skills, Verhandlungsfertigkeiten). In der Tat ist in der Literatur schon gezeigt worden, dass Leadership Training im Gesundheitsbereich sehr wichtig ist [2]. Auch die COVID-19-Pandemie hat klargemacht, wie relevant die Förderung von neuen Führungskräften im Gesundheitswesen ist [3]. Gleichzeitig hat eine jüngste Recherche zur Interaktion zwischen wissenschaftlicher Forschung und Politik in der Schweiz darauf hingewiesen, dass Forschende den Dialog mit «Policymakers» verbessern können, und dass dies die Entwicklung von Vertrauen und gegenseitigem Verständnis voraussetzt [4].

Aus diesen Gründen wurde das Emerging-Health-Care-Leaders-Programm (EHCL) im Rahmen des NFP 74 lanciert. EHCL ist *«ein innovatives Förder-Programm für Nachwuchsforschende (Doktorierende, Postdocs und Assistenzärztinnen und Assistenzärzte)»*. Sein Ziel ist es, *«das Rüstzeug für zukünftige Führungspersonen im schweizerischen Gesundheitswesen»* zu vermitteln [5]. In diesem kurzen Artikel beschreiben wir die methodologische Herangehensweise des Programmes und die

Reihe: Projekte des Nationalen Forschungsprogramms NFP 74 «Smarter Health Care»

Der vorliegende Text beschreibt das Weiterbildungsangebot «Emerging Health Care Leaders» (EHCL), ein innovatives Programm für Nachwuchsforschende (Doktorierende, Postdocs und Assistenzärzte), die im Rahmen des NFP 74 tätig sind. Ziel dieses Programms des Schweizer Nationalfonds mit 34 geförderten Projekten ist es, wissenschaftliche Grundlagen für eine gute, nachhaltig gesicherte und «smarte» Gesundheitsversorgung in der Schweiz bereitzustellen.

Informationen: nfp74.ch

74 NRP Smarter Health Care National Research Programme

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

wichtigsten Resultate der zwei Hauptachsen des EHCLs: Leadership Training und Community Building.

Methodologische Herangehensweise

Das EHCL wurde für alle Nachwuchsforschenden, die im Rahmen des NFP 74 tätig waren, konzipiert. Die Teilnahme war freiwillig und kostenlos, da das Programm die Spesen für die Teilnahmen an den verschiedenen Aktivitäten (siehe unten) erstattete. Insgesamt sind 57 Nachwuchsforschende aus allen Sprachregionen der Schweiz rekrutiert worden. Die Mehrheit davon waren Doktorierende (65% Doktorierende, 14% Postdocs, 21% andere Forschende – z.B. wissenschaftliche Mitarbeitende). Die Mehrheit der Teilnehmenden waren Frauen (72%). Ein breites Spektrum aus verschiedenen wissenschaftlichen Hintergründen war vertreten (Physik, Molekularwissenschaften, Biologie, Medizin, klinische Psychologie, Pflege, Ökonomie, Jurisprudenz, Pädagogik, Politikwissenschaften).

Das Programm bestand aus Veranstaltungsreihen, die sich auf fünf Themenfelder fokussierten:

- Self-Competence/Leadership;
- Professional Competences;
- Soft Skills;
- Knowledge-Transfer-Skills;
- Social Competences im Arbeitsumfeld.

Was das Format angeht, hatten die Veranstaltungen verschiedene Längen und pädagogische Methoden, aber sie teilten die folgenden Eigenschaften:

Erstens folgten sie den Prinzipien der Erwachsenenbildung und zweitens enthielten sie immer Teile, in denen die Teilnehmenden miteinander interagieren und ein Gemeinschaftsgefühl entwickeln konnten. Während am Anfang des EHCL die Organisation, das Thema, und die Gestaltung der Veranstaltungen meistens von den EHCL-Koordinatoren in Zusammenarbeit mit dem NFP-74-Steering-Committee bestimmt wurden, wurden die Teilnehmenden des EHCLs mit der Zeit zunehmend involviert – z.B. dadurch, dass sie die Themen auswählten, die Gastredner bzw. -Gastrednerinnen einluden, und die Aktivitäten organisierten. Darüber hinaus wurde jedes Jahr eine zweitägige «Retraite» in den verschiedenen Regionen der Schweiz durchgeführt, wo EHCL-Teilnehmende ein Gemeinschaftsgefühl entwickeln und die Zusammenarbeit untereinander vertiefen konnten. Letztlich wurde Ad-hoc-Mentorship angeboten, ein Element, das als entscheidend für die Entwicklung von Leadership Skills gehalten wird [6].

Resultate: Leadership Training und Community Building

Das EHCL hat konkret dazu geführt, dass sich eine neue Kohorte von Nachwuchsforschenden als Führungskräfte für das Schweizer Gesundheitswesen etabliert hat. Dies wurde dadurch erreicht, dass die Teilnehmenden ein Set von anerkannten Leadership-Skills mittels mehrjährigem Training entwickelt haben, und dass sie eine etablierte Community geschafft haben, die nicht nur zur Erarbeitung neuer Forschungsprojekte in der Gesundheitsversorgung, sondern auch zum Dialog mit der Politik und Kollaboration mit Stakeholdern aus der Praxis fähig ist.

Im Rahmen des Leadership Trainings führte das EHCL-Programm in den Jahren 2018 bis 2022 mehr als 40 Workshops durch. Diese Workshops behandelten viele verschiedene Themen, zum Beispiel Leadership vs. Management, Teambildung, erfolgreiches Verhandeln, Konfliktmanagement, Personal Branding, von Evidenz zur Policy, Umgang mit der Politik auf nationaler und kantonaler Ebene, Kommunikation mit Politikerinnen und Politikern, politisches Lobbying, Präsentation und Rhetorik, Schreiben für ein akademisches und für ein Laienpublikum, Grant Proposal Writing, Umgang mit Medien, Einbezug sozialer Medien in die Gesundheitskommunikation, Verhalten bei Videokonferenzen, angewandtes Projektmanagement, Budgetieren oder Netzwerkbildung. Jeder Workshop wurde durch ein kurzes soziales Ereignis abgerundet, damit auch das Community Building (siehe unten) gefördert werden konnte.

Die Liste aller Aktivitäten und eine Evaluation der Auswirkungen auf die Teilnehmenden wurde in einem Synthesereport des NFP 74 publiziert [7]. Die regelmässige Teilnahme am Leadership Training wurde in einem Zertifikat bestätigt, das vom SNF und vom NFP 74 unterschrieben wurde. Ein weiterer Beweis des Effekts des Leadership Trainings ist auch die Tatsache, dass EHCL-Teilnehmende vom NFP-74-Steering Committee ausgewählt wurden, um beim Schreiben von thematischen Berichten für das gesamte NFP 74 mitzuwirken.

Manche der bemerkenswertesten Resultate des EHCL sind im Bereich des Community Building entstanden. Das regelmässige Engagement der «EHCLScholars» in Workshops und sozialen Aktivitäten hat zu der Entwicklung von steigendem Vertrauen geführt: EHCL-Teilnehmende haben sich zuerst kennengelernt und ihre Expertisen ausgetauscht; danach haben sie angefangen, gemeinsam Ideen zu entwickeln und schliesslich haben sie Projekte miteinander durchgeführt. Beispielsweise haben verschiedene EHCL-Teilnehmende an einem Projekt mitgewirkt, das sich mit der Auswirkung von COVID-19 auf die medizinische Grundversorgung befasst hat [8], und andere haben zusammen an einer Publikation gearbeitet, in der die zukünftigen Trends im Schweizer Gesundheitsversorgung identifiziert und analysiert wurden [9]. Im obengenannten Bericht [7] ist im Detail beschrieben worden, wie die EHCL-Teilnehmenden ihr professionelles Netzwerk entwickelt haben, wie sich die formellen und informellen Verbindungen mit anderen Teilnehmenden vertieft haben, und wie ein Gemeinschaftsgefühl entstanden ist, das nachhaltig anhält [10]. Im selben Bericht ist auch erwähnt, wie diese Gemeinschaft sich für einen Dialog mit der Politik und der Praxis engagiert hat, z.B. dadurch, dass verschiede EHCL-Teilnehmende Knowledge-Transfer-Aktivitäten zusammen entwickelt haben.

Schlussfolgerungen und Zukunftsperspektive

Die EHCL-Initiative hat sich als ein innovatives und zukunftsorientiertes Förderprogramm für Nachwuchsforschende erwiesen. Diese wurden in einem Trainingsprogramm erfolgreich mit Leadership-Fertigkeiten ausgestattet. Darüber hinaus wurde eine integrierte und vertrauenswürdige Community von Jungforschenden im Gesundheitswesen geschaffen, die gemeinsam auftreten und sich am zukünftig wichtiger werdenden Dialog zwischen Praxis und Politik beteiligen kann.

Es existieren nur wenige solche Initiativen weltweit: In Kanada sind die Emerging Health Leaders eine «Grassroots-Initiative», die ein Netzwerk von Gesundheitsfachpersonen erschaffen haben, die sich im Bereich Leadership weiterausbilden wollen [11]; in Australien bringt die «Academy for Emerging Leaders in Patient Safety» jährlich Fachleute zusammen, die ihre Leadership Skills entwickeln möchten – vor allem in Zusammenhang mit Patientensicherheit [12].

Jede dieser Initiativen ist einzigartig, aber sie teilen alle die Idee, dass die Weiterbildung einer zusammengehörigen und gut trainierten professionellen Community im Gesundheitswesen wesentlich für das zukünftige Gesundheitswesen ist. Das EHCL-Programm zeichnet sich durch seine regelmässig stattfindenden Skill-Trainings aus und durch seine zahlreichen begleitenden Massnahmen (z.B soziale Events), die den Aufbau einer dynamischen und robusten Gemeinschaft von Jungforschenden erlaubt hat.

Das EHCL-Programm teilt aber auch einige Herausforderungen mit den obengenannten vergleichbaren ausländischen Initiativen. So etwa die Schwierigkeit bezüglich der Krite-

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

rien, mit dem die Teilnehmenden selektioniert werden, oder die Schwierigkeiten in der Evaluation der Auswirkung des Programmes auf die Karriere der Einzelmitglieder und der Community insgesamt. Im Rahmen des EHCL haben schon Diskussionen begonnen mit Bezug auf beide Herausforderungen. So wurde z.B. darüber debattiert, inwiefern auch Teilnehmende aus der Praxis oder aus der Politik in die «Community» integriert werden könnten, oder wie die Langzeiteinwirkung eines solchen Programmes am besten gemessen werden kann.

Trotz dieser Herausforderungen sind Initiativen wie das EHCL bahnbrechend, auch um den dringenden und international anerkannten Bedarf an Reformen in der Ausbildung von Nachwuchsforschenden zu decken [13]. Für die Zukunft ist es besonders wichtig, dass die Erfahrungen und das Know-How der EHCL-Teilnehmenden gewinnbringend genützt werden können und deren Kompetenzen mithelfen, die nötige Zusammenarbeit zwischen Forschung und Politik und Praxis in der Schweiz zu gewährleisten. Ausserdem sollten Folgeinitiativen unterstützt werden, die auf den Erfahrungen des EHCL-Programmes aufbauen und einem weiteren Kreis von Jungforschenden zu Gute kommen können.

Fazit

Das im Rahmen des Nationalen Forschungsprogrammes 74 durchgeführte Nachwuchsförderungsprogramm «EHCL» hat aufgezeigt, wie Forscherinnen und Forscher nicht-akademische Fertigkeiten entwickeln können, welche sie befähigen, bei der Gestaltung des zukünftigen Gesundheitswesens aktiv mitzuwirken. Aus dieser Erfahrung kann die Praxis lernen, wie Leadership-Kompetenzen vermittelt werden, und wie eine eng verbundene Community von Fachkräften kreiert werden kann, die ein Gemeinschaftsgefühl hat und die im Dialog mit anderen Anspruchsgruppen gemeinsam Lösungen für die Probleme des Gesundheitswesens erarbeiten kann.

Conflict of Interest Statement

Die Autoren haben deklariert, keine potentiellen Interessenskonflikte zu haben.

Korrespondenz

Andrea Martani
Institute of Biomedical Ethics
University of Basel
Bernoullistrasse 28
CH-4056 Basel
andrea.martani[at]unibas.ch

Literatur

1 Puhan M. Richten wir den Fokus auf chronische Krankheiten – gerade heute. Prim Hosp Care. 2020 Sep;1: https://doi.org/10.4414/phc-d.2020.10271; Epub ahead of print.
2 Till A, McKimm J, Swanwick T. The Importance of Leadership Development in Medical Curricula: A UK Perspective (Stars are Aligning). J Healthc Leadersh. 2020 Mar;12:19–25. https://doi.org/10.2147/JHL.S210326 PMID:32214861
3 Nittas V, Buitrago-Garcia D, Chetty-Mhlanga S, Grimm PY, Guerra G, Patel C, et al. Future public health governance: investing in young professionals. Int J Public Health. 2020 Dec;65(9):1521–2. https://doi.org/10.1007/s00038-020-01521-0 PMID:33145659
4 Hochstrasser J. Editorial: Im Politdschungel braucht es Beharrlichkeit. Horizonte – Das Schweizer Forschungsmagazin, 2022, https://www.horizonte-magazin.ch/2022/12/01/im-politdschungel-braucht-es-beharrlichkeit/ (2022, accessed 2 March 2023).
5 National Research Programme 74. Emerging Health Care Leaders, http://www.nfp74.ch/en/the-nrp/emerging-health-care-leaders
6 Batara N, Woolgar T. The mentorship imperative for health leadership. Healthc Manage Forum. 2017 May;30(3):155–8. https://doi.org/10.1177/0840470417692335 PMID:28929857
7 Synthesis Working Paper: «Building a strong research community (EHCL+)». Bern: Swiss National Science Foundation, https://www.nfp74.ch/api/download/Imh0dHBzOi8vc3RvcmFnZS5nb29nbGVhcGlzLmNvbS9zbmYtbWVkaWEvbmZwNzQtcHJvZHVjdGlvbl9abHpTeGQ1ZGxlUGdOMlNHL2ZuRTJTUHRQOE5s-WEY2S0wi (June 2022, accessed 22 February 2023).
8 Deml MJ, Minnema J, Dubois J, Senn O, Streit S, Rachamin Y, et al. The impact of the COVID-19 pandemic on the continuity of care for at-risk patients in Swiss primary care settings: A mixed-methods study. Soc Sci Med. 2022 Apr;298:114858. https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2022.114858 PMID:35247784
9 Deml MJ, Jungo KT, Maessen M, Martani A, Ulyte A. Megatrends in Healthcare: Review for the Swiss National Science Foundation's National Research Programme 74 (NRP74) "Smarter Health Care". Public Health Rev. 2022 Mar;43:1604434. https://doi.org/10.3389/phrs.2022.1604434 PMID:35528712
10 National Research Programme 74. Competences for future leaders in the health sector, https://www.nfp74.ch/en/IT8zJ4nm2rw4TejF/news/221004-news-nfp74-competences-for-future-leaders-in-the-health-sector (2022, accessed 22 February 2023).
11 Gruenwoldt E, Hagen Lyster A. The Emerging Health Leaders network experience: reflections and lessons learned from a grassroots movement. Healthc Manage Forum. 2017 May;30(3):133–7. https://doi.org/10.1177/0840470416686081 PMID:28929850
12 Oates K, Burgess A, Dalton S, Sammut J, Mayer D. The Academy for Emerging Leaders in Patient Safety: developing a community of practice. Clin Teach. 2020 Oct;17(5):508-14. https://doi.org/10.1111/tct.13127 PMID:31863528
13 PhD training is no longer fit for purpose – it needs reform now. Nature. 2023 Jan;613(7944):414–414. https://doi.org/10.1038/d41586-023-00084-3 PMID:36653573

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.2023.1256837958 | 2023;23(10):300–302 | Prim Hosp Care

Stigmatisierung von psychiatrisch Diagnostizierten

Somatische Gesundheitsversorgung Erwachsener mit bekannter psychiatrischer Diagnose

Flavio Coronado, Santana Despont, Alessio Fiorito, Sandrine Nadeau, Nour Naoum
Medizinstudierende im dritten Jahr an der Universität Lausanne

Einleitung

Menschen mit psychiatrischer Erkrankung verlieren im Vergleich zur Gesamtbevölkerung im Durchschnitt 15–20 Lebensjahre aufgrund somatischer Krankheiten [1]. Die Fachliteratur weist darauf hin, dass die Stigmata, die diese Erkrankungen umgeben, dazu führen, dass sich die Gesundheitsfachpersonen des somatischen Bereichs gegenüber Menschen mit psychiatrischer Diagnose anders verhalten [2,3]. Dadurch entstehen Ungleichbehandlungen in der somatischen Gesundheitsversorgung, die bei den Betroffenen ein Gefühl der Vernachlässigung sowie einen Anstieg von Morbidität und Mortalität durch somatische Ursachen auslösen [2–4]. In der Fachliteratur ist diese Diskriminierung als weltweites Problem belegt [2]. Gleichzeitig liegen nur wenige Daten über die Entwicklung von Programmen zur Bekämpfung der Stigmatisierung im Gesundheitswesen vor [5]. Die Schweiz ist hier keine Ausnahme. Daher ist es geboten, die Empfehlungen zu untersuchen, die sich an die in erster Linie für die medizinische Versorgung verantwortlichen Fachpersonen im Kanton Waadt richten, um die Ungleichbehandlung Erwachsener mit bekannter psychiatrischer Diagnose in der somatischen Gesundheitsversorgung zu verringern.

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 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)

Methode

Mithilfe dieser Untersuchung, sollen die Massnahmen identifiziert werden, durch die die somatische Gesundheitsversorgung Erwachsener mit mindestens einer bekannten psychiatrischen Diagnose verbessert werden könnte. Durch qualitative Forschung mit deduktiver Inhaltsanalyse wurde die Lage im Kanton Waadt untersucht. Wir führten elf semistrukturierte Interviews mit Personen aus verschiedenen Fachgebieten, etwa mit Fachleuten für Anthropologie, Medizingeschichte, Medizinethik, Pflegewissenschaft, Allgemeinmedizin (zwei Personen), Psychiatrie (drei Personen, davon eine vom Kantonsärztlichen Dienst) sowie mit zwei Mitgliedern von Patienten- und Angehörigenorganisationen. Von den Interviewten waren 36% Frauen. Die Gespräche wurden anhand eines Interview-Leit-

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

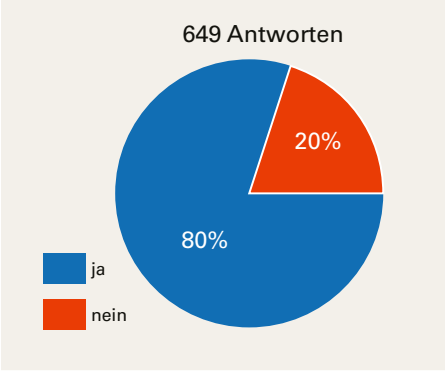


Abbildung 1: Antworten der Teilnehmenden auf die Frage: «Mit Blick auf die Verbesserung der Ausbildung sowie des Wissens über psychiatrische Krankheiten und Patientinnen und Patienten: Befürworten Sie die (Wieder)-Einführung eines einmonatigen Psychiatrie-Pflichtpraktikums?»

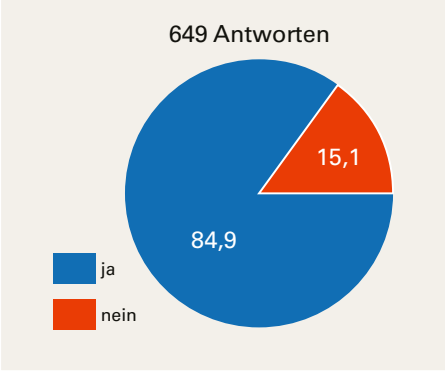


Abbildung 2: Antworten der Teilnehmenden auf die Frage: «Befürworten Sie die Aufnahme einer neuen Lehrveranstaltung zum Thema Stigmatisierung in den Medizin-Lehrplan (etwa mit Beteiligung von Patientinnen und Patienten oder konkreten Fällen)?»

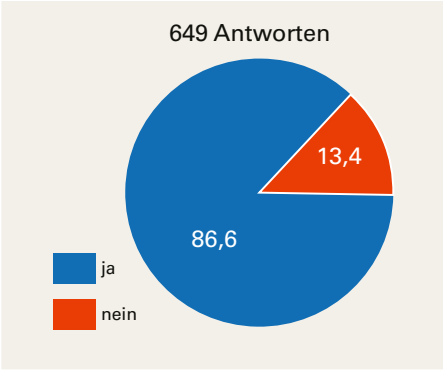


Abbildung 3: Antworten der Teilnehmenden auf die Frage: «Sind Sie der Ansicht, dass die bessere Kenntnis und ein besseres Bewusstsein der eigenen Stigmata (etwa mithilfe von Fragebögen in BMed3 und MMed3, um die eigene Entwicklung zu beurteilen) dazu beitragen könnte, die Auswirkungen dieser Stigmata zu verringern und dadurch die Versorgung der Betroffenen zu verbessern?»

fadens geführt. Die Themen waren dabei die Ursachen und bestimmenden Faktoren der Stigmatisierung psychiatrischer Krankheiten, die Erfahrungen der Pflegenden und mögliche Massnahmen zur Entstigmatisierung. Die Aussagen wurden anonymisiert und mithilfe eines Analyseschemas zusammengefasst, um Tendenzen zu erfassen. Zusätzlich wurde allen Studierenden der Medizinischen Fakultät Lausanne (2005 Personen) ein kurzer, anonymer Fragebogen zugeschickt, um ihre Meinung über diverse Massnahmen zu untersuchen, die während des Studiums in Betracht kommen könnten.

Ergebnisse

Die Befragten stimmen darin überein, dass die Stigmatisierung psychiatrischer Krankheiten durch einen Mangel an Wissen und Erfahrungen in diesem Bereich bedingt ist. Laut den Interviewten führt dies zu Vorurteilen und diskriminierendem Verhalten gegenüber Patientinnen und Patienten, die von diesen Krankheiten betroffen sind. Zu den vorgefassten Meinungen, die aus den Interviews hervorgehen, zählt, dass diese Personen unberechenbar, aggressiv und nicht kooperativ seien. Auch ein gewisser Fatalismus ist zu beobachten, der sich durch die Überzeugung verdeutlicht, dass es sich um «unheilbar Kranke, die die Empfehlungen nicht befolgen», handle (Psychiater). Die Assoziation zwischen psychiatrischer Krankheit und intellektuellem Defizit oder Verständnisschwierigkeiten wurde ebenfalls als Ursache der Stigmatisierung genannt. Einige beschreiben die von psychiatrischen Störungen Betroffenen als Personen, die durch das Prisma der psychiatrischen Krankheit gesehen und anhand dieses Etiketts wahrgenommen werden und nicht als vollwertige Personen. Dies könne sich dadurch äussern, dass Präventionsmassnahmen und somatische Behandlungen in geringerem Mass empfohlen werden, da die somatische Gesundheit in den Hintergrund rückt. Jenseits der Vorurteile erkennt die Mehrheit der Interviewten indes reale multifaktorielle Schwierigkeiten in der Versorgung dieser Population, die beispielsweise Diskriminierungserfahrungen gemacht haben und folglich misstrauisch gegenüber dem Pflegepersonal sein können. Es müsse mehr Zeit in die Konsultationen investiert werden, um eine gute Therapiebeziehung herzustellen und eine zufriedenstellende Therapietreue zu gewährleisten. Diese Zeit fehle aber häufig in der Grund- und besonders in der Notfallversorgung. Angesichts dieser komplexen Situation können sich manche Pflegende frustriert und machtlos fühlen. Aus Mangel an Qualifikationen und Hilfsmitteln kann sich Unbehagen ausbreiten.

Darüber hinaus geht aus mehreren Interviews hervor, dass noch heute eine Trennung zwischen somatischer und psychiatrischer Medizin existiert, die ihren Ursprung im 19. Jahrhundert hat, als der «Alienismus» und eigene Irrenärzte aufkamen. Hinsichtlich der Empfehlungen meinen die Befragten darum, dass das Ziel eine Medizin sein müsse, die psychiatrische Krankheiten besser integriert. Alle Interviewten sind sich einig, dass die Ausbildung der Hauptansatzpunkt für entstigmatisierende Massnahmen bei Gesundheitsfachpersonen sein müsse, und zwar auf zwei Ebenen: In der Studierenden-Ausbildung sind Praktika in der Psychiatrie laut einhelliger Ansicht das beste Mittel, um die nötigen praktischen und menschlichen Kompetenzen zu erwerben. Im Hinblick auf die theoretischen Kenntnisse meinen jene Befragte, die mit dem Studienplan der Medizinischen Fakultät Lausanne vertraut sind, dass der Anteil der Psychiatrie-Lehrveranstaltungen am gesamten Studium angesichts der Zahl der betroffenen Patientinnen und Patienten unzureichend ist und dass ihr Format vielfältiger gestaltet werden könnte (Analyse klinischer Fälle, Interventionen von Patientinnen und Patienten).

Ungeachtet des Wissens der negativen Auswirkungen auf die Therapieergebnisse existiert die Stigmatisierung weiterhin. Den Interviewten zufolge ist dies dadurch erklärbar, dass «die Medizin ein Spiegel der Gesellschaft» sei (Medizinethiker) und dass «ein gewaltiger Unterschied zwischen Wissen und praktischer Anwendung» bestehe (Medizinhistoriker). Diese fügen hinzu, dass die Gesundheitsfachpersonen auch nur Menschen sind, die wie die übrige Gesellschaft nicht frei von unbewusster Stigmatisierung sind. Dies begründet die Wichtigkeit von gesellschaftlichen Sensibilisierungs- und Präventionsmassnahmen, so wie es etwa die «MAD PRIDE» fordert.

Im Hinblick auf die Ergebnisse des Fragebogens sind die Massnahmen während des Studiums, die die Teilnehmenden an der Umfrage (N = 649, d.h. 32%) befürworten: Wiedereinführung des Psychiatrie-Pflichtpraktikums in MMed3 (80%) (Abb. 1) in Verbindung mit Angeboten bei den Blockkursen, zusätzliche und vielfältigere Psychiatrie-Lehrveranstaltungen im Lehrplan (84,9%) (Abb. 2), sowie regelmässige Umfragen (etwa in BMed3, dann in MMed3), um die unbewussten Stigmatisierungen vonseiten der Studierenden bewusst zu machen (86,6%) (Abb. 3). Bezug neh-

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

mend auf die Weiterbildung, erwähnen fünf Gesprächspartnerinnen und -partner in den semistrukturierten Interviews, den Nutzen der Balint-Gruppen und des CAS Psychosoziale Beratung.

Diskussion

Die wichtigsten Ergebnisse der qualitativen Forschung zeigen, dass die Stigmata im Allgemeinen als eine Folge des Mangels an Wissen über psychiatrische Krankheiten und an diesbezüglichen Erfahrungen wahrgenommen werden. Diese Ergebnisse stehen im Einklang mit der Fachliteratur, ebenso wie die Auswirkungen der Stigmatisierung auf die somatische Gesundheit [3]. Als Hauptansatzpunkt wird die Ausbildung der Gesundheitsfachpersonen gesehen, auch hier in Übereinstimmung mit der Fachliteratur [5]. Instrumente wie Balint-Gruppen und das CAS Psychosoziale Beratung können aus Gründen der Dauer, Flexibilität und Kosten aufwendig sein. Sensibilisierung auf allen Ebenen ist jedenfalls unverzichtbar, um das Interesse zu wecken und vor allem um zu entstigmatisieren. Allerdings ist hinzuzufügen, dass wir im Rahmen dieser Forschungsarbeit aus ethischen Gründen auf den Blickwinkel der betroffenen Patientinnen und Patienten verzichten müssen. Dieser wäre indes sehr wichtig, um die Patientenerfahrung ebenso zu beurteilen, wie die Wirksamkeit der Therapiemassnahmen. Die Stigmatisierung psychiatrischer Krankheiten in der Schweiz könnte Gegenstand einer künftigen Forschungsarbeit sein, da die Mehrheit der einschlägigen Studien aus dem Ausland stammt. Ebenso interessant wäre die Untersuchung allfälliger strukturierter Stigmatisierung (etwa Finanzierungsmangel).

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

Verdankung
Wir danken allen Interviewten für ihre Verfügbarkeit. Vielen Dank unserer Tutorin, Elodie Schmutz, für die Unterstützung. Danke an alle Studierenden, die den Fragebogen beantwortet haben.

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

Literatur

1 Nordentoft M, Wahlbeck K, Hällgren J, Westman J, Ösby U, Alinaghizadeh H, et al. Excess mortality, causes of death and life expectancy in 270,770 patients with recent onset of mental disorders in Denmark, Finland and Sweden. PLoS One. 2013;8(1):e55176. https://doi.org/10.1371/journal.pone.0055176 PMID:23372832
2 Sølvhøj IN, Kusier AO, Pedersen PV, Nielsen MB. Somatic health care professionals' stigmatization of patients with mental disorder: a scoping review [doi]. BMC Psychiatry. 2021 Sep;21(1):443. https://doi.org/10.1186/s12888-021-03415-8 PMID:34493245
3 Corrigan PW, Mittal D, Reaves CM, Haynes TF, Han X, Morris S, et al. Mental health stigma and primary health care decisions [doi]. Psychiatry Res. 2014 Aug;218(1-2):35-8. https://doi.org/10.1016/j.psychres.2014.04.028 PMID:24774076
4 Walker ER, McGee RE, Druss BG. Mortality in mental disorders and global disease burden implications: a systematic review and meta-analysis [published correction appears in JAMA Psychiatry. 2015 Jul;72(7):736] [published correction appears in JAMA Psychiatry. 2015 Dec;72(12):1259]. JAMA Psychiatry. 2015 Apr;72(4):334–41. https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2014.2502 PMID:25671328
5 Ungar T, Knaak S, Szeto AC. Theoretical and Practical Considerations for Combating Mental Illness Stigma in Health Care. Community Ment Health J. 2016 Apr;52(3):262–71. https://doi.org/10.1007/s10597-015-9910-4 PMID:26173403

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.2023.1256830028 | 2023;23(10):304–309 | Prim Hosp Care
Originalarbeit | Peer reviewed article

Ergebnisse einer quantitativen Befragungsstudie in Deutschland

Welche Erfahrungen haben Hausärztinnen und Hausärzte mit ärztlichen Bewertungsportalen gemacht?

Julian Wangler, Michael Jansky
Centre for General Medicine and Geriatrics, Universitätsmedizin Mainz

Abstract

Background: Physician rating websites offer the opportunity to research doctors online, view ratings from other patients and submit ratings for the treatment received. This has consequences for patient numbers and care. So far, there is hardly any knowledge of the attitudes of doctors in private practice, especially general practitioners, towards such evaluation platforms. The aim of the study was to find out how general practitioners judge physician rating websites, whether and how they use such platforms, what experiences they have had with them and how they perceive their importance for patients and doctors.
Methods: In the course of an online survey, 1309 general practitioners in Rhineland-Palatinate and Hesse were interviewed. In addition to the descriptive analysis, a t-test with independent samples was used to determine significant differences between the two groups.
Results: General practitioners are both critical and constructive when it comes to physician rating websites. Although they perceive problems and risks of such platforms, they also see opportunities for patients and doctors. Some of the younger doctors use physician rating websites strategically, e.g. as practice marketing tools, but also to improve their own practice as needed. There is a widespread fear among younger and older doctors that rating portals could lead to unqualified comments or reputation-damaging criticism and, thus, lead to a distorted image of doctors. Accordingly, the physicians surveyed, experience it as problematic that user assessments are taken out of context and are more likely to occur in the case of negative treatment experiences.
Conclusions: The acceptance and use of physician rating websites by general practitioners is accompanied by doubts about the seriousness and reliability of these portals. Accordingly, physician rating websites should be further developed in such a way that they meet basic quality standards. This would make more authentic, context-related patient reports possible and such portals would receive greater acceptance from doctors.
Keywords: physician rating websites; physician-patient relationship; health communication

Einführung

Repräsentative Befragungen zeigen, dass heute ein erheblicher Anteil von Patientinnen und Patienten sich sogenannter ärztlicher Bewertungsportalen bedienen. Diese bieten unter anderem die Möglichkeit, online nach medizinischen Fachpersonen zu recherchieren, Bewertungen anderer Patientinnen und Patienten einzusehen und Bewertungen für die erhaltene Behandlung abzugeben [1, 2]. Dies hat Folgen für Patientinnen- und Patientenaufkommen und Versorgungsgeschehen. In Deutschland steht das Portal *Jameda* mit über 6,5 Millionen Nutzerinnen und Nutzern pro Monat an der Spitze.

Aufgrund der nationalen wie internationalen Verbreitung und Etablierung von ärztlichen Bewertungsportalen, haben sich verschiedene Studien dem Thema angenommen [1–5]. Dabei wurde hauptsächlich untersucht, wie bekannt bestimmte Portale sind, wie stark diese frequentiert werden, welche Informationen bzw. Urteile über Ärztinnen und Ärzte dargeboten werden und wie sich Bewertungen im Zeitverlauf entwickeln [2, 6–10].

Untersuchungen konnten zeigen, dass die Nutzerinnen und Nutzer solcher Seiten bei der Ärztinnen- und Arztwahl durchaus grossen Wert darauf legen, wie eine medizinische Fachperson von anderen bewertet wird [2]. So bekundeten in einer gross angelegten Befragung von Emmert et al. [11] über 65% der Befragten, dass sie sich aufgrund positiver Bewertungen auf einem ärztlichen Bewertungsportal für eine Ärztin oder einen Arzt entschieden hätten. Umgekehrt gaben 52% an, sie hätten sich aufgrund einer entsprechenden negativen Bewertung schon einmal gegen eine Ärztin oder einen Arzt entschieden. Weitere Befragungen ergaben Hinweise darauf, dass ärztliche Bewertungsportale v.a. deshalb als Informationsquelle und Entscheidungsgrundlage genutzt werden, weil Patientinnen und Patienten annehmen, mithilfe der Vorerfahrungen anderer Betroffenen die Wahl der richtigen medizinischen Fachperson besser steuern zu können [8, 12, 13].

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

Ob dies durch ärztliche Bewertungsportale tatsächlich möglich ist, bleibt umstritten. Gesundheitsexpertinnen und Gesundheitsexperten kritisieren an diesen Plattformen, dass sie Bewertungskriterien vorgeben, die weder Patientinnen und Patienten realistisch beurteilen könnten, noch die oftmals sehr spezifische Situation eines Praxisbesuchs wiedergeben (z.B. ob ein Termin vereinbart wurde oder die Patientin oder der Patient spontan in die Praxis gekommen ist). Aufgrund dessen würden Beurteilungen leicht aus dem Zusammenhang gerissen und könnten nicht richtig eingeordnet werden [5, 6]. Auch der Vorwurf der Manipulationsanfälligkeit von Einträgen sowie die Inkaufnahme rufschädigender Kritiken wird gelegentlich erhoben. Ärztinnen und Ärzte wiederum hätten aufgrund der Schweigepflicht kaum Möglichkeiten, dagegen vorzugehen [7]. Das Ärztliche Zentrum für Qualität in der Medizin bilanziert, Bewertungsverfahren seien «nicht immer nachvollziehbar und vergleichbar, Aufnahmekriterien für medizinische Fachpersonen nicht eindeutig, die einzelne ‚Note' stützt sich oft nur auf wenige Bewertungen, die Kriterien sind sehr unterschiedlich» [14]. Studien von Schwarz und Schaefer [15, 16] sowie eine Untersuchung von Freitext-Kommentaren auf Jameda [10] erachten es als Dilemma, dass Patientinnen und Patienten sich auf Bewertungsportalen besonders häufig zur Fachkompetenz einer Ärztin oder eines Arztes äussern.

Bemerkenswert ist, dass die Einschätzungen und Erfahrungen von (niedergelassenen) Ärztinnen und Ärzten zum Thema bislang kaum in Studien belastbar ermittelt wurden. Insbesondere mit Blick auf die Facharztgruppe der Hausärztinnen und Hausärzten fehlt es bislang an belastbaren und aussagekräftigen Untersuchungen.

Folgende Fragestellungen standen im Fokus der vorliegenden Studie:

- Welche Ansichten vertreten Hausärztinnen und Hausärzte in Bezug auf ärztliche Bewertungsportale?
- Welche Erfahrungen haben Hausärztinnen und Hausärzte mit solchen Webportalen gemacht und wie setzen sie diese ein?
- Welche Ansatzpunkte für eine Verbesserung von ärztlichen Bewertungsportalen lassen sich aus den Ergebnissen ableiten?

Methodik

Um ein aussagekräftiges Meinungs- und Erfahrungsbild hausärztlich tätiger Medizinerinnen und Mediziner zu gewinnen, wurde ein explorativer Ansatz verfolgt. Die Wahl fiel auf eine Online-Befragung mit schriftlich-postalischem Anschreiben.

Erhebungsinstrument

Die Erhebung basiert auf einer begrenzten Vorstudie aus dem Jahr 2016/17, bei der 119 Hausärztinnen und Hausärzte zum Thema befragt wurden, die weitgehend aus dem Umfeld der akademischen Lehrpraxen unserer Abteilung stammten [17]. Nach Dafürhalten der Autorinnen und Autoren erschien es sinnvoll, die Studie in einem erheblich grösseren Massstab zu wiederholen, um ein breites Abbild der allgemeinärztlichen Positionen und Erfahrungen rund um ärztliche Bewertungsportale zu beziehen. Wie dargestellt, mangelt es bis heute an Studien, die die fachärztlicheGruppe der Hausärztinnen und Hausärzten zu den aufgeführten Fragestellungen belastbar in den Blick nehmen. Ein weiterer Grund für die Erneuerung der ursprünglichen Studie war, dass ärztliche Bewertungsportale in der Zwischenzeit eine noch breitere Nutzung und Durchdringung der Patientinnen- und Patientenschaft erfahren haben. Ferner haben wir mehrere offene Fragen ergänzt, um zusätzliche Informationen zu beziehen.

Der Fragebogen wurde unter Berücksichtigung eigener Forschungserfahrungen der Autorinnen und Autoren im eHealth-Kontext (erwähnte Vorstudie zum Thema aus dem Jahr 2017, Recherche von Gesundheitsinformationen, Anwendung von Gesundheits-Apps im hausärztlichen Versorgungskontext) [u.a. 18, 19] sowie einer Literaturrecherche zu Nutzungs- und Wirkungsprozessen internetbasierter Gesundheitskommunikation entwickelt [1–4, 8–13, 15, 16, 20, 21].

Der Fragebogen beinhaltete neben den geschlossen, mehrere offene Fragen. Im Zuge letzterer wurde etwa ermittelt, welche Beobachtungen die befragten Hausärztinnen und Hausärzte gemacht haben, wenn es darum geht, auf ärztlichen Bewertungsportalen beurteilt zu werden. Als soziodemografische Merkmale wurden Geschlecht, Alter, Praxisumgebung, Praxisform und Patientinnen und Patienten pro Quartal erhoben. Vor dem Feldeinsatz wurde ein Pretest durchgeführt.

Rekrutierung und Stichprobe

Auf schriftlich-postalischem Weg zur Teilnahme an der anonymisierten Befragung eingeladen, wurden zwischen Juli und Oktober 2021 sämtliche 6506 als behandelnde aktive Hausärztinnen und Hausärzte in Hessen (3839) und Rheinland-Pfalz (2667). Es handelte sich um ein einmaliges Anschreiben, in dem die zu befragenden Ärztinnen und Ärzte u.a. einen passwortgeschützten Zugang zur Online-Befragung mitgeteilt bekamen (keine Incentives).

Datenanalyse

Nach Bereinigung des Datensatzes wurden die Daten mittels SPSS 23.0 für Windows ausgewertet. Zur Feststellung von signifikanten Unterschieden zwischen zwei Gruppen kam ein T-Test bei unabhängigen Stichproben zum Einsatz (Mittelwert-Differenz auf dem Niveau $p < .001$).

Resultate

Von den 1356 bearbeiteten Fragebögen gingen 1309 vollständig ausgefüllte Bögen in die Auswertung ein (Rücklauf: 20%). Die Stichprobe lässt sich wie folgt beschreiben:

- Geschlecht: 62% männlich, 38% weiblich;
- Durchschnittsalter: 53 Jahre (Minimum: 35 Jahre, Maximum: 73 Jahre);
- Praxisumgebung: 60% städtisch, 40% ländlich;
- Praxisform: 45% Einzelpraxis, 55% Gemeinschaftspraxis.

Bewertung, Einfluss und Nutzung

Jede fünfte ärztliche Fachperson (25%) sieht ärztliche Bewertungsportale ausdrücklich positiv. 43% ist ihnen gegenüber skeptisch eingestellt, während jede Dritte medizinische Fachperson (32%) nicht festgelegt bzw. unentschieden ist. 41% aller befragten Ärztinnen und Ärzte unterhalb des Durchschnittsalters halten ärztliche Bewertungsportale für eine ausdrücklich gute Sache; unter älteren Ärztinnen und Ärzten sehen dies 9% so ($p <.001$).

Obwohl ein erheblicher Teil der Befragten ärztliche Bewertungsportale kritisch sieht, schreiben ihnen 69% einen eher grossen oder sehr grossen Einfluss auf die Ärztinnen- und Arztwahl von Patientinnen und Patienten zu. Zwei Drittel (67%) gehen davon aus, dass eher viele oder sehr viele Patientinnen und Patienten ärztliche Bewertungsportale mehr oder weniger regelmässig nutzen, um eine Ärztin oder einen Arzt zu finden bzw. zu beurteilen.

Beschäftigung bzw. Erfahrung mit Einträgen

Die Hausärztinnen und Hausärzte wurden gefragt, inwiefern sie eine schlechte Online-Bewertung zu ihrer ärztlichen Kompetenz beschäftigt. 18% der Befragten geben an, sich nie mit Bewertungen zur eigenen Person bzw. Praxis zu beschäftigen. Dafür bekunden 52%, gelegentlich oder häufiger im Internet nach Bewertungen zu suchen. Bei den Befragten unterhalb des Durchschnittsalters sehen 79% gelegentlich oder häufig nach Bewertungen; bei älteren Hausärztinnen und Hausärzten ist es mit 26% jede Vierte Person ($p <.001$). 36% der Ärztinnen und Ärzte, die nach Bewertungen schauen, fanden die vorgefundenen Ein-

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

träge in der Regel nachvollziehbar (Teils, teils: 44%; Nicht nachvollziehbar: 20%).

Im Zuge der offenen Fragen artikulieren viele Ärztinnen und Ärzte (56%) die Beobachtung, häufig unter Gesichtspunkten ihrer medizinischen Kompetenz beurteilen zu werden – ein Umstand, der oftmals als ungerecht empfunden wird. Auch wird kritisch beurteilt, dass ärztliche Bewertungsportale oftmals über den Kontext und die Begleitumstände eines Patientinnen- und Patientenbesuchs keine Aussage bzw. Einordnung ermöglichen. 82% der Befragten gehen davon aus, dass Patientinnen und Patienten die Tendenz haben, eher bei negativen Behandlungserfahrungen Einträge zu erstellen als bei positiven Erfahrungen. Hierzu ein Zitat eines befragten Hausarztes:

«Das grosse Problem ist eine Kombination aus zwei Punkten: aus dem Zusammenhang gerissene Bewertungen, die oft zu Ungunsten der zuständigen ärztlichen Fachperson ausfallen, und eine ausgeprägte Präferenz der Bewerterinnen und Bewerter, Unzufriedenheit kundzutun und zu überspitzen.»

Trotz der kritischen Haltung, die viele Befragte gegenüber ärztlichen Bewertungsportalen einnehmen, geben 35% an, sich grundsätzlich nichts aus negativen Einträgen zu machen. 59% der Befragten machen sich Gedanken über schlechte Bewertungen. 83% der jüngeren medizinischen Fachpersonen geben an, dass negative Einträge sie beschäftigen, während dies unter Ärztinnen und Ärzten oberhalb des Durchschnittsalters 35% sind (p <.001).

Tabelle 1: Einstellung zu ärztlichen Bewertungsportalen.

Frage: *Bitte geben Sie den Grad Ihrer Zustimmung zu den folgenden Aussagen an.*
(Antwortkategorien *Stimme voll und ganz zu/Stimme eher zu* zusammengefasst)

Aussage	gesamt (N = 1.309)	<53 Jahre (N = 654)	>53 Jahre (N = 655)
Ärztliche Bewertungsportale ermöglichen der Patientin oder dem Patienten einen besseren Überblick.	75%	88%***	61%***
Ärztliche Bewertungsportale geben unqualifizierten Kommentaren Raum, weil die meisten Patientinnen und Patienten nicht qualifiziert über Ärztinnen und Ärzte urteilen können.	74%	69%	80%
Viele Einträge auf ärztlichen Bewertungsportalen sind gefälscht oder manipuliert.	65%	62%	68%
Gute, fähige Ärztinnen und Ärzte werden durch ärztliche Bewertungsportale sichtbarer.	64%	86%***	42%***
Auf ärztlichen Bewertungsportalen kann die eigene Praxis attraktiv dargestellt werden.	62%	78%***	47%***
ärztliche Bewertungsportale werden in erster Linie genutzt, um negative Urteile auszusprechen und Ärztinnen und Ärzte schlechtzumachen.	59%	44%***	74%***
Ärztliche Bewertungsportale sorgen für mehr Transparenz.	56%	71%***	42%***
Rückmeldungen von Patientinnen und Patienten über Ärztliche Bewertungsportale bieten die Chance, die eigene Leistung als Ärztin oder Arzt kritisch zu hinterfragen und zu verbessern.	56%	76%***	36%***
Die Bewertungen, die man auf ärztlichen Bewertungsportalen findet, haben nicht viel mit der Realität zu tun.	51%	35%***	66%***
Ärztliche Bewertungsportale sind zumeist unseriös.	49%	37%	60%
Ärztliche Bewertungsportale führen dazu, dass Ärztinnen und Ärzte nicht mehr ausreichend respektiert werden.	44%	38%	50%
Ärztinnen und Ärzte, die gute Arbeit leisten, müssen sich nicht vor Bewertungen auf ärztlichen Bewertungsportalen fürchten.	43%	58%***	27%***
Ärztliche Bewertungsportale helfen Patientinnen und Patienten, gute und kompetente Ärztinnen und Ärzte zu finden.	42%	61%***	24%***

Signifikanz: *** p <.001

Zuschreibungen

Die grosse Mehrzahl der Hausärztinnen und Hausärzte sieht bei ärztlichen Bewertungsportalen die Gefahr, dass sie unqualifizierten Kommentaren Raum geben, etwa indem sie zur Beurteilung der fachlichen Leistung bzw. medizinischen Kompetenz der medizinischen Fachperson auffordern (Tab. 1). Ebenfalls befürchten die Befragten eine Manipulation von Einträgen und die Instrumentalisierung von medizinischen Bewertungsseiten, um Ärztinnen und Ärzte schlechtzumachen. Dementsprechend zweifeln viele Hausärztinnen und Hausärzte die Aussagekraft von Online-Bewertungen an.

Positiv wird gesehen, dass ärztliche Bewertungsportale eine bessere Übersichtlichkeit für Patientinnen und Patienten schaffen und für mehr Transparenz bei der Ärztinnen- und Arztsuche sorgen können. Bemerkenswert ist, dass die Allgemeinmedizinerinnen und Allgemeinmediziner den Wert dieser Seiten für das eigene Praxis-Marketing als durchaus hoch einschätzen. Vor allem jüngere medizinische Fachpersonen sehen positive Effekte für die Selbstpräsentation und Auffindbarkeit.

Verbesserungen in der Praxis

Gerade jüngere Hausärztinnen und Hausärzte betrachten Einträge auf medizinischen Bewertungsseiten als nützliche Rückspiegelung und nehmen Patientinnen- und Patientenfeedbacks zum Anlass für Optimierungen in der Praxis. Insbesondere das Terminmanagement und die telefonische Erreichbarkeit, aber auch die Parkmöglichkeiten wurden verbessert (Tab. 2).

Diskussion

Zusammenfassung und Befunde anderer Studien

Die Befragung zeigt, dass Hausärztinnen und Hausärzte ärztliche Bewertungsportalen insgesamt kritisch-konstruktiv begegnen. Dies bedeutet, dass sie zwar Probleme und Risiken solcher Plattformen wahrnehmen, allerdings auch klare Chancen für Behandelnde, sowie Ärztinnen und Ärzte. Die meisten Hausärztinnen und Hausärzte haben keinen Zweifel, dass medizinische Bewertungsportale heute eine

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

relevante Grösse im Gesundheitswesen sind und einen regulierenden Einfluss auf das Versorgungsgeschehen ausüben [11, 12]. Dass sich Hausärztinnen und Hausärzte insgesamt verschiedensten Thematiken im eHealth/mHealth-Kontext geöffnet haben, belegen auch die durchgeführten Vorstudien, etwa zur Online-Gesundheitsrecherche von Patientinnen und Patienten oder der Einbindung von Gesundheits-Apps in die Versorgung [18, 19].

Der Befund, dass Hausärztinnen und Hausärzte ärztliche Bewertungsportale mehrheitlich ernst nehmen, wird dadurch gestützt, dass Einträge zur eigenen Person aufgerufen werden und Bewertungen die Befragten beschäftigen. Jüngere medizinische Fachpersonen setzen solche Plattformen auch als Instrumente des Praxis-Marketings ein, aber auch zur bedarfsorientierten Verbesserung der eigenen Praxis. Ältere medizinische Fachpersonen zeigen eine deutlich geringere Aufgeschlossenheit gegenüber medizinischen Bewertungsportalen. Bei jüngeren wie älteren Ärztinnen und Ärzten ist die Befürchtung verbreitet, Bewertungsportale könnten zu unqualifizierten Kommentaren oder rufschädigender Kritik verleiten und dadurch zu einer Verzerrung des Bildes von Ärztinnen und Ärzten führen.

Eine Problematik, die Ärztinnen und Ärzte besonders beschäftigt, ist der von ihnen beobachtete Umstand, dass Patientinnen und Patienten verbreitet dazu neigen, vorzugsweise die Behandlungsqualität und medizinische Fachkompetenz zu bewerten und diese Bewertungsmöglichkeit auch von ärztlichen Bewertungsportalen angeboten wird. Der hier ermittelte Umstand, dass viele Patientinnen und Patienten auf medizinischen Bewertungsportalen dazu tendieren, ärztliche Eigenschaften zu beurteilen, die realistischerweise ausserhalb ihres Einschätzungsvermögens liegen, wird von anderen Arbeiten gestützt [10, 15, 16, 22]. Dass vorzugsweise bei negativen Erfahrungen Bewertungen vorgenommen werden, könnte bedeuten, dass die Bewertungstendenz auf ärztlichen Bewertungsportalen einseitig verzerrt wird und daher kein adäquates Bild, beispielsweise der Aufklärung durch die Ärztin oder den Arzt, wiedergibt [5–7].

Bislang wurden kaum belastbare Befragungen von Medizinerinnen und Medizinern speziell mit Blick auf medizinischen Bewertungsportale durchgeführt; insbesondere gilt dies für niedergelassene Ärztinnen und Ärzte. Daher ist die direkte Vergleichbarkeit mit anderen Studien kaum gegeben. Eine Erhebung aus dem Jahr 2016 [23] fragt unter diversen fachärztlichen Gruppen nach dem Einfluss von medizinischen Bewertungsportalen auf die Patientinnen- und Patientenversorgung. Die Studie kommt ebenfalls zu dem Ergebnis, dass vor allem Fachärztinnen und Fachärzte Bewertungen nutzen, um Leistungen zu verbessern. Im Vergleich zur Studie von Halling et al. [24] aus dem Jahr 2011 zeigt sich, dass sich die Bekanntheit von Bewertungsportalen unter Medizinerinnen und Medizinern bedeutend erhöht hat. Bis zu einem Drittel der befragten Hausärztinnen und Hausärzte nutzen Online-Bewertungen zur Ableitung von Verbesserungsmassnahmen (Tab. 2). Dies deckt sich mit den Erkenntnissen der Studien von Emmert et al. [11, 25]. Die Befragung der Stiftung Gesundheit kam zu dem Ergebnis, dass Internet-Marketing für die Attraktivität der eigenen Praxis immer bedeutender wird [26].

Tabelle 2: Nutzung von ärztlichen Bewertungsportalen.

Frage: *An welchen der folgenden Dinge in Ihrer Praxis haben Sie aufgrund von Bewertungen auf ärztlichen Portalen schon mal etwas verändert?*

Aspekt	gesamt (N = 1.309)	<53 Jahre (N = 654)	>53 Jahre (N = 655)
Besseres Terminmanagement	35%	48%***	22%***
Telefonische Erreichbarkeit	30%	45%***	14%***
Mehr Parkmöglichkeiten	19%	30%***	8%***
Veränderungen im Wartezimmer	13%	20%***	6%***
Online-Terminvergabe	12%	18%***	5%***
Einrichtung einer Praxis-Webseite	10%	18%***	2%***
Veränderungen bei Patientinnen- und Patientenbetreuung	8%	10%	6%
Veränderungen bei Praxisausstattung	7%	13%	2%
Sonstiges	5%	5%	5%

Signifikanz: *** p <.001

Implikationen

Im Lichte der Ergebnisse wäre es günstig, ärztliche Bewertungsportale dahingehend zu optimieren, dass Manipulationen, Diffamierungen und unqualifizierte Kommentare möglichst vermieden werden. Dazu zählen etwa folgende Kriterien:

- Portalbetreibende sollten kritisch darüber reflektieren, angemessene Bewertungskriterien zu definieren, die von der Patientin oder dem Patienten eingeschätzt werden können.
- Durchschnittsbewertungen von Ärztinnen und Ärzten sollten erst ab einer höheren Zahl von Einträgen ausgewiesen werden, um Verzerrungen zu vermeiden [27].
- Auch sollten zusätzliche Informationen von Patientinnen oder Patienten eingefordert werden (zum Beispiel ob sie einen Termin vereinbart haben oder spontan in die Praxis gekommen sind). Dadurch wird sichergestellt, dass Beurteilungen nicht aus dem Zusammenhang gerissen und richtig eingeordnet werden können [5, 6].

Obgleich viele Nutzerinnen und Nutzer von medizinischen Bewertungsportalen davon überzeugt zu sein scheinen, dass Online-Bewertungen eine realistische Einschätzung über die zur Verfügung stehenden Medizinerinnen und Medizinern ermöglichen [5–7, 14], liefert nicht nur die vorliegende Befragung aus ärztlicher Sicht Hinweise darauf, dass ärztliche Bewertungsportale ein verzerrtes Bild generieren. Wenn unzufriedene Patientinnen und Patienten erheblich häufiger Gebrauch von ärztlichen Bewertungen machen als zufriedene, entsteht kein realistischer Überblick über die tatsächliche Versorgungsleistung von medizinischen Fachpersonen [28].

Vor diesem Hintergrund wäre darüber nachzudenken, ärztliche Bewertungsportale dahingehend zu verbessern, dass zumindest Begleit- und Rahmenbedingungen eines ärztlichen Besuchs, verbindlich bei der Erstellung eines Eintrags abgefragt werden. So wäre es immerhin möglich, eine schlechte Bewertung und eine mögliche Patientinnen- oder Patien-

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

tenfrustration mit einer konkreten Situation in Zusammenhang zu bringen und entsprechend einzuordnen (z.B. Notfallbehandlung oder geplanter Arzt-Patient-Kontakt, regelmässig oder zum ersten Mal bei der bewertenden medizinischer Fachperson in Behandlung). Werden diese Aspekte nicht erhoben, ist die korrekte Einordnung einer Beurteilung kaum möglich. Daher wird für einen vorgeschalteten Filteralgorithmus plädiert, der helfen würde, die Transparenz zu erhöhen (Abb. 1).

Darüber hinaus wird es aber auch darauf ankommen, Patientinnen und Patienten darüber aufzuklären, dass ärztliche Bewertungsportale als digitale Unterstützungsangebote ihren Nutzen haben können, allerdings auch andere Informationsquellen bei der Ärztinnen- oder Arztwahl ernsthaft berücksichtigt werden sollten [3, 4].

Stärken und Schwächen

Neben der begrenzten Fallzahl ist bei der Einordnung der Ergebnisse der regionale Rekrutierungsschwerpunkt zu berücksichtigen. Zudem kann nicht ausgeschlossen werden, dass Ärztinnen und Ärzte mit positiven Einstellungen bzw. Erfahrungen bezüglich Bewertungsportalen in stärkerem Masse an der Erhebung teilgenommen haben als solche mit negativen Erfahrungen. Insofern sind die Ergebnisse als nicht-repräsentativ anzusehen. Weiter ist darauf hinzuweisen, dass die hier erhobenen Daten bei deutschen Hausärztinnen und Hausärzten erfasst wurden und die Resultate – auch aufgrund der unterschiedlichen Beschaffenheit nationaler Gesundheitssysteme – nicht eins zu eins auf einen Schweizer Kontext übertragen werden können.

Schlussfolgerung

Trotz einer kritischen Distanz hegen viele Hausärztinnen und Hausärzte keinen Zweifel, dass Bewertungsportale relevant für die Patientinnen- und Patientenversorgung sind. Zudem sehen insbesondere jüngere medizinische Fachpersonen Vorzüge in solchen Angeboten, insbesondere zur bedarfsorientierten Verbesserung der eigenen Praxis. Der hausärztlichen Akzeptanz von medizinischen Bewertungsportalen stehen Zweifel an der Qualität und Seriosität dieser Webseiten entgegen. Entsprechend sollten ärztliche Bewertungsportale dahingehend weiterentwickelt werden, dass Manipulationen, Diffamierungen und unqualifizierte Kommentare möglichst verhütet werden.

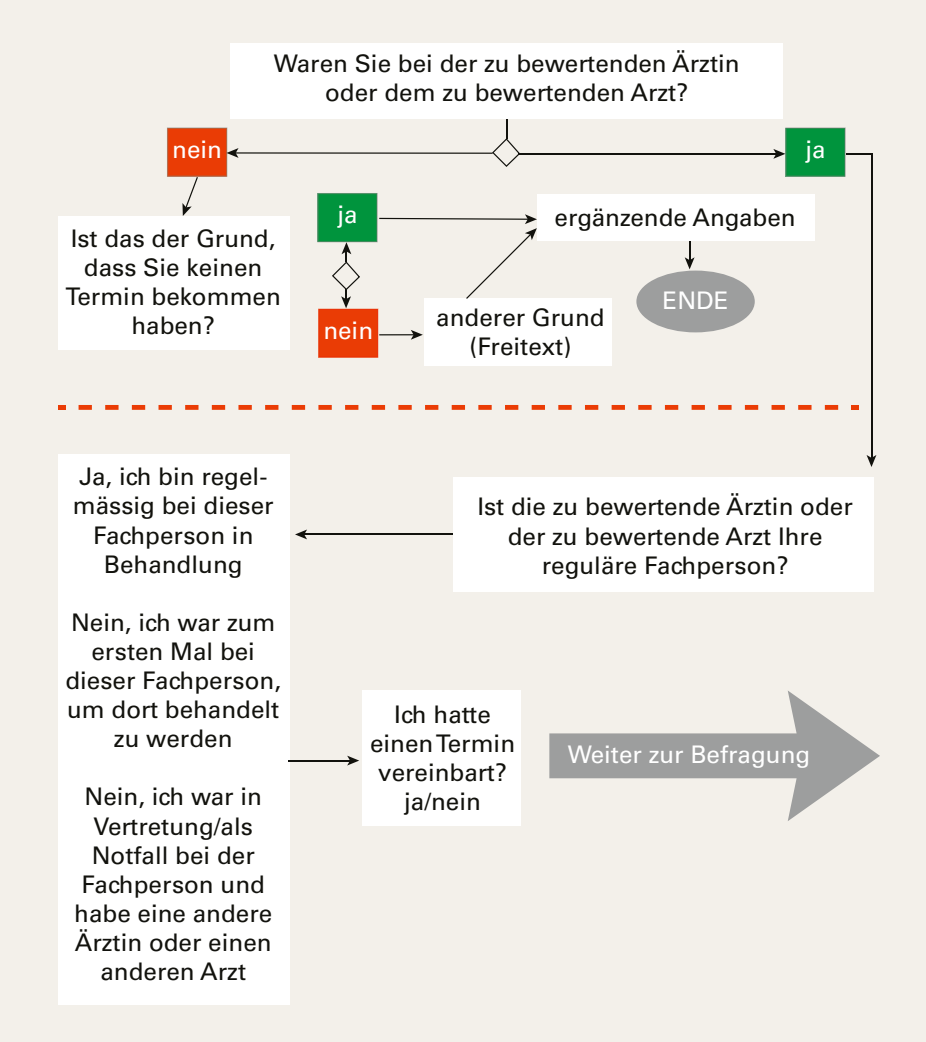


Abbildung 1: Filteralgorithmus zur besseren Einordnung von ärztlichen Bewertungen.

Korrespondenz

Dr. Julian Wangler
Centre for General Medicine and Geriatrics,
Universitätsmedizin Mainz
Langenbeckstraße 1
55131 Mainz
Deutschland
julian.wangler[at]unimedizin-mainz.de

Conflict of Interest Statement

Die Autoren haben deklariert, keine potentiellen Interessenskonflikte zu haben.

Literatur

1 Strech D, Reimann S. Deutschsprachige Arztbewertungsportale: Der Status quo ihrer Bewertungskriterien, Bewertungstendenzen und Nutzung. Gesundheitswesen. 2012;74(08/09):61–7. https://doi.org/10.1055/s-0031-1297254.
2 Emmert M, Meszmer N. Eine Dekade Arztbewertungsportale in Deutschland: Eine Zwischenbilanz zum aktuellen Entwicklungsstand. Gesundheitswesen. 2018 Oct;80(10):851–8. https://doi.org/10.1055/s-0043-114002 PMID:28759920
3 Baumann E, Czerwinski F. Erst mal Doktor Google fragen? Nutzung neuer Medien zur Information und zum Austausch über Gesundheitsthemen. In: Böcken J, Braun R, editors. Gesundheitsmonitor 2015. Gütersloh: Bertelsmann Stiftung; 2015. pp. 57–79.
4 Baumann E. E. Link E, Onlinebasierte Gesundheitskommunikation: Nutzung und Austausch von Gesundheitsinformationen über das Internet. In: Fischer F, Krämer A, editors. eHealth in Deutschland. Anforderungen und Potenziale innovativer Versorgungsstrukturen. Berlin, Heidelberg: Springer; 2016. pp. 385–406.
5 H. Dittmers H. Ärzte bewerten im Internet: So wird getrickst. http://www.ndr.de/ratgeber/verbraucher/Aerzte-Bewertung-Internet,aerztebewertungen100.html (Zugegriffen: 27.01.2023).
6 A. Schannath, Immer wieder Ärger mit Arztbewertungsportalen. der niedergelassene arzt; 10 (2016): 44-45.
7 Schmitt S. Wenn der Patient dem Arzt eine ‚Sechs' gibt. https://www.welt.de/finanzen/verbraucher/article109103878/Wenn-der-Patient-dem-Arzt-eine-Sechs-gibt.html (Zugegriffen: 27.01.2023).
8 IFABS Institut. Umfrage zu Arzt-Bewertungsportalen: Nutzerverhalten und -zufriedenheit. http://www.medical-tribune.de/home/news/artikeldetail/umfrage-zu-arztbewertungsportalen-chancen-nutzen.html (Zugegriffen: 27.01.2023).
9 Lagu T, Hannon NS, Rothberg MB, Lindenauer PK. Patients' evaluations of health care providers in the era of social networking: an analysis of physician-rating websites. J Gen Intern Med. 2010 Sep;25(9):942–6. https://doi.org/10.1007/s11606-010-1383-0 PMID:20464523
10 Emmert M, Meier F, Heider AK, Dürr C, Sander U. What do patients say about their physicians? an analysis of 3000 narrative comments posted on a German physician rating website. Health Policy. 2014 Oct;118(1):66–73. https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2014.04.015 PMID:24836021
11 Emmert M, Meier F, Pisch F, Sander U. Physician choice making and characteristics associated with using physician-rating websites: cross-sectional study. J Med Internet Res. 2013 Aug;15(8):e187. https://doi.org/10.2196/jmir.2702 PMID:23985220

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

12 Kofahl C, Nickel S, Trojan A. Arztsuche im Internet. In: Böcken F, Braun B, Landmann J, editors. Gesundheitsmonitor 2009. Gesundheitsversorgung und Gestaltungsoptionen aus der Perspektive der Bevölkerung. Gütersloh: Bertelsmann Stiftung; 2010. pp. 38–58.
13 Hanauer DA, Zheng K, Singer DC, Gebremariam A, Davis MM. Public awareness, perception, and use of online physician rating sites. JAMA. 2014 Feb;311(7):734–5. https://doi.org/10.1001/jama.2013.283194 PMID:24549555
14 Ärztliches Zentrum für Qualität in der Medizin. Arztbewertungsportale. http://www.aezq.de/aezq/arztbewertungsportale (Zugegriffen: 27.01.2023)
15 Schwarz S, Schaefer C. C. Schaefer C, Arztbewertungsportale: was können sie leisten? Public Health Forum. 2015;23(3):163–6. https://doi.org/10.1515/pubhef-2015-0059.
16 Schwarz S, Schaefer C, Ollenschläger G. Arztbewertungsportale im Internet – Nachholbedarf beim Umgang mit Ärzten. Dtsch Arztebl. 2011;108:210–1.
17 Wangler J, Jansky M. Arztbewertungsportale aus Sicht von Allgemeinmedizinern – Einschätzungen, Erfahrungen, Wirkungen. Z Allg Med. 2017;93:216–20.
18 Wangler J, Jansky M. General practitioners' challenges and strategies in dealing with Internet-related health anxieties-results of a qualitative study among primary care physicians in Germany. Wien Med Wochenschr. 2020 Oct;170(13-14):329–39. https://doi.org/10.1007/s10354-020-00777-8 PMID:32767159
19 Wangler J, Jansky M. Welchen Nutzen bringen Gesundheits-Apps für die Primärversorgung? - Ergebnisse einer Befragung von Allgemeinmedizinern. Prävent Gesundhförd. 2020;16(2):150–6. https://doi.org/10.1007/s11553-020-00797-7.
20 Damman OC, van den Hengel YK, van Loon AJ, Rademakers J. An international comparison of web-based reporting about health care quality: content analysis. J Med Internet Res. 2010 Apr;12(2):e8. https://doi.org/10.2196/jmir.1191 PMID:20439252
21 Gao GG, McCullough JS, Agarwal R, Jha AK. A changing landscape of physician quality reporting: analysis of patients' online ratings of their physicians over a 5-year period. J Med Internet Res. 2012 Feb;14(1):e38. https://doi.org/10.2196/jmir.2003 PMID:22366336
22 López A, Detz A, Ratanawongsa N, Sarkar U. What patients say about their doctors online: a qualitative content analysis. J Gen Intern Med. 2012 Jun;27(6):685–92. https://doi.org/10.1007/s11606-011-1958-4 PMID:22215270
23 Jameda, Einfluss von Arztbewertungen auf die Patientenversorgung. https://www.jameda.de/presse/patientenstudien/_uploads/anhaenge/2016-10-24_ergebnisse-arztbefragung_universitt-erlangen-nrnberg-4501.pdf (Zugegriffen: 27.01.2023).
24 Halling F, Halling C, Pohl-Dernick K, et al. Arztbewertungsportale aus zahnärztlicher Perspektive. Dtsch Zahnarztl Z. 2012;67:716–23.
25 Emmert M, Meier F, Pisch F, Sander U. Physician choice making and characteristics associated with using physician-rating websites: cross-sectional study. J Med Internet Res. 2013 Aug;15(8):e187. https://doi.org/10.2196/jmir.2702 PMID:23985220
26 Gesundheit S. Ärzte im Zukunftsmarkt Gesundheit 2011. https://www.stiftung-gesund-heit.de/pdf/studien/Aerzte_im_Zukunftsmarkt_Gesundheit_2011_Kurzfassung.pdf (Zugegriffen: 27.01.2023).
27 Institut für Qualität und Transparenz von Gesundheitsinformationen. Zusammenfassende Übersicht der Ergebnisse des ÄZQ-Clearingverfahrens. http://www.iqtg.de/cms/index.asp?inst=iqtg&snr=8210 (Zugegriffen: 27.01.2023).
28 Reimann S, Strech D. The representation of patient experience and satisfaction in physician rating sites. A criteria-based analysis of English- and German-language sites. BMC Health Serv Res. 2010 Dec;10(1):332. https://doi.org/10.1186/1472-6963-10-332 PMID:21138579

Anzeige

BUCHVORSTELLUNG
EMH Schweizerischer Ärzteverlag

Simone Haller, Helen Jung, Beatrice Krähenbühl
Ausbildungsprogramm für die Lehrbetriebe – Medizinische Praxisassistentin EFZ

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

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.2023.1237180665 | 2023;23(10):310–313 | Prim Hosp Care

Einführung des Begriffs «Körper-Stress-Syndrom» im ICD-11

Eine Anleitung zum stressfreien Umgang mit psychovegetativen Symptomen

Der Umgang mit funktionellen Störungen war bisher durch eine unklare und teilweise verwirrende Diagnostik erschwert. Erfreulicherweise änderte sich dies mit der Einführung des ICD-11 auf den 1.1.2022 – nun werden diese Störungen unter dem Begriff «bodily distress disorder» (BDD), übersetzt «Körper-Stress-Syndrom», und dem Code 6C20 erfasst [1].

Daniel Imhof[a], Stefan Büchi[b], Julia Hennemann[c]
[a] Hausarzt mediX Gruppenpraxis; [b] Psychiater mediX Gruppenpraxis; [c] Hausärztin mediX Gruppenpraxis

Neu ist nicht mehr die Frage der Kausalität, sondern das Ausmass der Beeinträchtigung ausschlaggebend. Dies wird der Lebensrealität der Patientinnen und Patienten gerecht und erleichtert diagnostische Zuordnung und Edukation. Für die Grundversorgenden bedeutet das neue Chancen in der Zusammenarbeit mit Patientinnen und Patienten mit funktionellen Störungen, die einen signifikanten Anteil der klinischen Arbeit von Hausärztinnen und Hausärzten ausmachen [2].

Im vorliegenden Artikel möchten wir aufzeigen, wie durch konsequente Diagnostik von Körper-Stress und Edukation anhand von Anschauungsmaterial eine für beide Seiten zufriedenstellende Zusammenarbeit entstehen kann.

Grundlage für unsere Überlegungen stellt das Therapiemodell von Wampold [3], modifiziert durch Büchi [4] dar. Hiernach sind für den Effekt therapeutischer Handlungen aus Sicht der Patientin oder des Patienten drei Faktoren entscheidend:

- die Qualität der therapeutischen Beziehung: Kommunikation auf Augenhöhe;
- die Expertise des Therapierenden: Kompetenz in Diagnostik und Therapie;
- die Plausibilität des Therapiemodells: Für die Patientin oder den Patienten nachvollziehbare Erklärung vorhandener Symptome und des therapeutischen Vorgehens.

Fallgeschichte Teil 1: Aller Anfang ist schwer

Herr Meier (Name fiktiv) stellt sich bei Ihnen in der Hausarztpraxis vor und berichtet von seit mehreren Monaten bestehender Müdigkeit, Schlafstörungen, diffusem Schwindel, Konzentrationsstörungen, muskuloskelettalen Schmerzen und Blähungen. Er habe das Gefühl, etwas stimme mit seinem Körper nicht mehr. Ihnen als Ärztin oder Arzt wird es im Verlauf der Schilderungen möglicherweise etwas unbehaglich. Sie fühlen sich hilflos, wissen nicht wo beginnen, und möchten die Konsultation eigentlich so schnell wie möglich wieder beenden.

Warum ist das Thema relevant?

In der hausärztlichen Sprechstunde leiden bis zu 30% der Patientinnen und Patienten unter funktionellen Beschwerden [2, 5]. Sie beeinträchtigen deren Lebensqualität stark und gehen oft mit Ängsten und Depressionen einher, das Suizidrisiko ist erhöht [2, 6]. Der Verlauf kann selbstlimitierend sein, in 30% der Fälle kommt es jedoch zur Chronifizierung [2]. Der Stress durch die körperlichen Symptome verursacht zudem hohe Gesundheitskosten [2, 6]. Eine frühe ärztliche Intervention hat einen starken Einfluss auf die Prognose und ist deswegen Aufgabe der Grundversorgung [2, 6].

Wie ist das Körper-Stress-Syndrom (BDD) definiert?

Der Begriff *Körper-Stress* wird definiert durch körperliche Beschwerden über einen längeren Zeitraum (>3 Monate), denen die Patientin bzw. der Patient ein hohes Mass an Aufmerksamkeit widmet, die das tägliche Leben beeinträchtigen und die zu wiederkehrenden medizinischen Konsultationen führen [1]. Die Symptome können fast alle Organsysteme umfassen [1]. BDD kann als leicht (6C20.0), mittelschwer (6C20.1) oder schwer (6C20.2) eingestuft werden, je nach Grad und Auswirkung der oben aufgeführten Merkmale [1]. Weiterhin kann differenziert werden zwischen einem Multi-Organ-Typ einerseits und einem Single-Organ-Typ andererseits mit vier Unterkategorien je nach vorwiegenden Symptomen (gastrointestinaler Typ, z.B. Reizdarmsyndrom; muskuloskelettaler Typ z.B. Fibromyalgie; kardiopulmonaler Typ z.B. Palpitationen; generalisierter Typ z.B. Müdigkeit, Erschöpfung). Im vorliegenden Artikel möchten wir bewusst den Fokus auf den häufigeren Multi-Organ-Typ setzen.

Der Begriff «bodily distress» wurde 2007 eingeführt, nachdem Forschungsarbeiten in Dänemark darauf hindeuteten, dass eine Vielzahl von funktionellen somatischen Syndromen auf ein gemeinsames Muster von physiologischen Stressreaktionen zurückgeführt werden können. Der Überbegriff «bodily distress» bildet dieses empirisch abgeleitete und validierte Konzept angemessen ab [7]. Die Diagnose einer Körper-Stress-Erkrankung ergibt sich im Wesentlichen aus gründlicher Anamnese und Untersuchung. Hier ist insbesondere relevant, dass es sich neu nicht mehr um eine Ausschlussdiagnose handelt, sondern auch bei erklärenden somatischen Problemen und ohne überschiessende Diagnostik von einer Körper-Stress-Erkrankung ausgegangen werden kann – sofern die definierenden Kriterien (übermässige Aufmerksamkeit, Beeinträchti-

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

gung des täglichen Lebens und wiederkehrende Konsultationen) erfüllt sind. Diese können mit Unterstützung von standardisierten Fragebögen (z.B. PHQ-15) überprüft werden. BDD kann deswegen mit jeder anderen Diagnose koexistieren (z.B. Atemwegserkrankungen, Krebs oder auch psychiatrische Diagnosen wie Angst oder Depression [2]).

Warum ist diese Situation für den Grundversorger so herausfordernd?

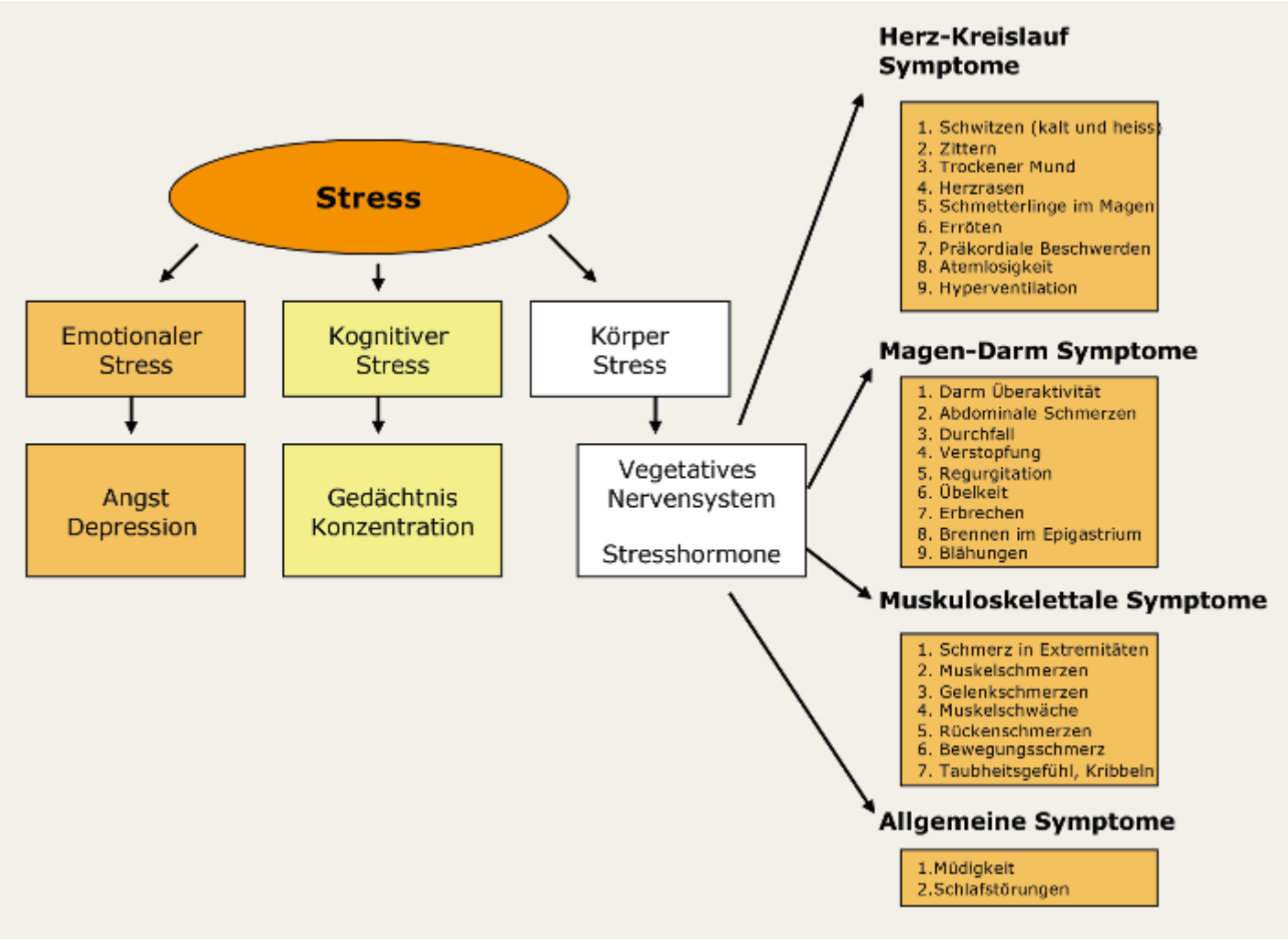
Funktionelle Körpersymptome kommen selten allein. Die Betroffenen schildern oft einen «Blumenstrauss» an diffusen, scheinbar unzusammenhängenden Beschwerden. Der zeitliche Rahmen der Sprechstunde wird dadurch häufig gesprengt und es fehlt ein «roter Faden» in der Konsultation. Daraus resultieren Gefühle von Hilflosigkeit seitens der Ärztin oder des Arztes und Schwierigkeiten in der Kommunikation mit den Betroffenen. Die ganze Palette der vegetativen Symptome ist nichts anderes als eine völlig normale, physiologische Reaktion des Körpers auf abnorm hohe Belastungen. Die Schwierigkeit liegt darin, dass die Funktionen des vegetativen Nervensystems bei Stresserleben vielen Ärztinnen und Ärzten schlichtweg unbekannt sind. Entsprechende Fortbildungsangebote sind spärlich vorhanden und werden kaum genutzt. Es wäre hilfreich, die ärztliche Intervention in Workshops praktisch erfahrbar zu machen. Insbesondere das Einüben im Rollenspiel würde helfen, Unsicherheiten zu überwinden. Eine hohe Stressbelastung kann, insbesondere wenn sie länger andauert, auf überhöhte Ansprüche hinweisen. Das Erkennen von Mustern, die Stress auslösen, müsste hohe Priorität geniessen. Dies ist jedoch die Domäne der Psychotherapie, was eine Vernetzung mit entsprechenden Fachpersonen bedingen würde.

Wie können die aktuellen Leitlinien [2] helfen, diese Situation zu meistern?

Die Leitlinien empfehlen eine frühzeitige Berücksichtigung funktioneller Ursachen für körperliche Beschwerden [2]. Sie sollten im Rahmen eines zweigleisigen Vorgehens bereits während der ersten Konsultation in die breite Differenzialdiagnose einbezogen und der Patientin oder dem Patienten kommuniziert werden. Der Begriff *Körper-Stress* lässt die Ätiologie eines einzelnen Symptoms zunächst offen und fokussiert auf die subjektiv empfundene Belastung durch die Beschwerden. Er erlaubt ein unkompliziertes und für die Betroffenen nicht stigmatisierendes [2] Ansprechen einer möglichen funktionellen Ätiologie.

Wie setzt man die umfassenden Leitlinien [2] in der Sprechstunde am besten um?

Ein strukturiertes und standardisiertes Vorgehen erleichtert den Grundversorgenden die Navigation durch die häufig anspruchsvollen Konsultationen. Standardisierte Fragebögen wie PHQ15 bieten hier einen niederschwelligen Einstieg in das Gespräch, lenken den Fokus vom Einzelsymptom auf die individuelle Symptombelastung und bieten mithilfe von Cut-off-Werten Unterstützung für eine klare Diagnostik. Im Anschluss steht die Edukation im Vordergrund: Mithilfe von Modell-Grafiken kann der Patientin oder dem Patienten Schritt für Schritt ein nachvollziehbares und plausibles Erklärungsmodell für die zahlreichen Beschwerden gegeben werden. Das



© 2023 Verein medix schweiz

Abbildung 1: Das Stressmodell.

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

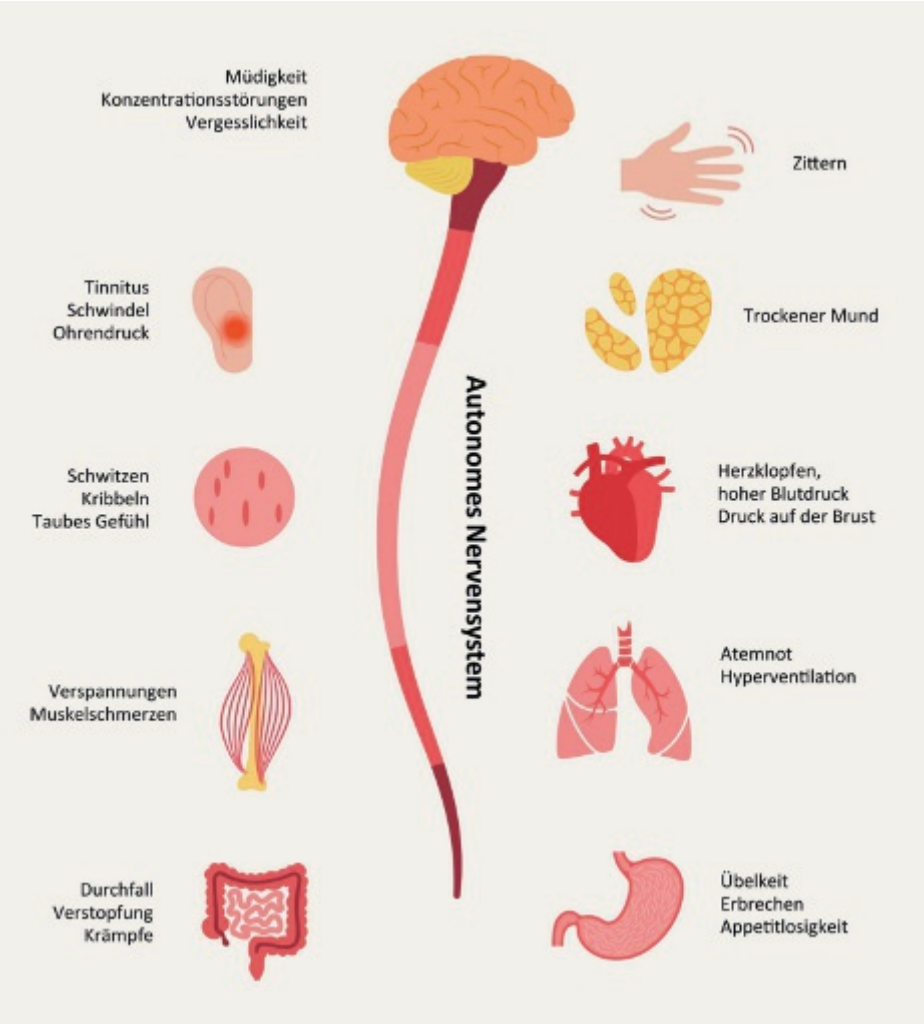
strukturierte Aufzeigen beruhigender psychophysiologischer Informationen führt zu einem relevanten therapeutischen Effekt, indem Angst als potenter Symptomverstärker wegfällt.

Fallgeschichte Teil 2: Mit Hilfsmitteln geht es besser

Nachdem Herr Meier seine Beschwerden geschildert hat, vermuten Sie eine funktionelle Ursache. Sie erklären ihm, dass die geschilderten Symptome Ihrer Erfahrung nach häufig im Rahmen einer Stress-Folge-Erkrankung auftreten können. Sie zeigen Ihm das Stressmodell (Abb. 1) und erklären die verschiedenen Stress-Achsen. Herr Meier beobachtet erstaunt, dass alle seine körperlichen Symptome auf dem Stressmodell beschrieben sind. Sie sprechen über seine berufliche Belastungssituation und den anspruchsvollen Familienalltag. Anhand einer Illustration zum vegetativen Nervensystem (Abb. 2) erklären Sie ihm auf verständliche Weise, wie eine anhaltende Stressbelastung zu körperlichen Symptomen führen kann. Sie kündigen an, mit einer (überschaubaren) Blutanalyse noch wichtige somatische Ursachen auszuschliessen. Um einen Überblick über seine Symptombelastung zu erhalten, bitten Sie ihn, bis zur nächsten Konsultation den PHQ-15 Fragebogen [8] und den HADS-Fragebogen [9] auszufüllen.

Welche Hilfsmittel helfen konkret?

Das gemeinsame Erarbeiten des Stressmodells (Abb. 1) ist ein guter Einstieg ins Gespräch und verhindert effizient, dass der Fokus der Konsultation sich um die Erklärung von Einzelbeschwerden dreht. Es veranschaulicht einen gemeinsamen Nenner in Bezug auf emotionale, kognitive und körperliche Symptome. Ausserdem kann das Thema «Stress» als Missverhältnis zwischen Resilienz (persönlicher Widerstandskraft) und externen Stressoren (Beruf, Familie, etc.) aufgegriffen werden. Zur näheren Erläuterung der Symptomentstehung und Pathophysiologie hat sich eine Abbildung zum vegetativen Nervensystem (Abb. 2) bewährt. Diese ist für die Patientin oder den Patienten gut nachvollziehbar und frei von Vorwurf und Stigmatisierung. Auch wenn die Frage nach der Ätiologie im akademischen Sinne etwas komplexer und nicht abschliessend geklärt ist, verhindert ein vereinfachtes Krankheitsmodell, dass die Betroffenen mit dem Verständnis überfordert sind und nach der Konsultation noch mehr Verunsicherung verspüren. Der Patientenfragebogen PHQ-15 [8] ist ein übersichtliches, gut validiertes Instrument zur Erfassung der Belastung durch 15 häufige körperliche Symptome. Die Gesamtpunktzahl ergibt einen Index zur Ausprägung (6–9 Punkte: leicht; 10–15 Punkte: mittelschwer; > 15 Punkte: schwer). So kann man ab einer Gesamtzahl von 9 Punkten mit Bestimmtheit die Diagnose Körper-Stress-Syndrom stellen, ohne eine Aussage zur Kausalität von Einzelbeschwerden zu machen – es geht um die Belastung, die die Betroffenen durch ihre körperlichen Symptome erfahren. Die Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) [9] ist ein verbreiteter und gut validierter Fragebogen zur Beurteilung von Angst und Depression bei Patientinnen und Patienten mit somatischen Beschwerden und kann den Betroffenen im Rahmen einer ganzheitlichen Beurteilung angeboten werden.



© 2023 Verein medIX schweiz

Abbildung 2: Illustration zum vegetativen Nervensystem.

Fallgeschichte Teil 3: Verlaufstermine sind sinnvoll

Herr Meier kommt einige Tage später zum vereinbarten Folgetermin und berichtet, dass nach der für ihn beruhigenden Konsultation sein Leidensdruck bereits abgenommen habe. Der Schwindel etwa sei abgeklungen. Sie können ihn bestärken, indem Sie ihm von den normalen Laborwerten berichten. Die Resultate des PHQ-15 [8] und des HADS-Fragebogens [9] geben Ihnen rasch einen guten Überblick über das aktuelle Beschwerdebild. Sie erklären ihm, dass Sie anhand der vorliegenden Informationen die Diagnose eines Körper-Stress-Syndroms stellen können. Sie evaluieren beim Durchgehen der verbleibenden Symptome noch einmal sorgfältig die Notwendigkeit weiterer Differentialdiagnostik. Danach besprechen Sie die therapeutischen Möglichkeiten.

Was sind die Therapieoptionen bei einem Körper-Stress-Syndrom?

Die wichtigste therapeutische Intervention ist die Edukation im Sinne der kompetenten Aufklärung der Betroffenen über ihr Krankheitsbild [2]. Regelmässige, geplante Verlaufstermine in einem ruhigen, entschleunigten Setting [2] sind hilfreich, um Fortschritte zu erreichen und offene Fragen zu klären: Wiederholte Edukation führt zu einer Festigung des Krankheitsverständnisses und zur Linderung symptombezogener Ängste. Wichtige resilienzfördernde Massnahmen, die als Teil eines multimodalen Therapiekonzepts erwogen werden können, sind unter anderem Bewegungstherapien und achtsamkeitsbasierte Verfahren [2]. Ziel ist die nachhaltige Stärkung

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

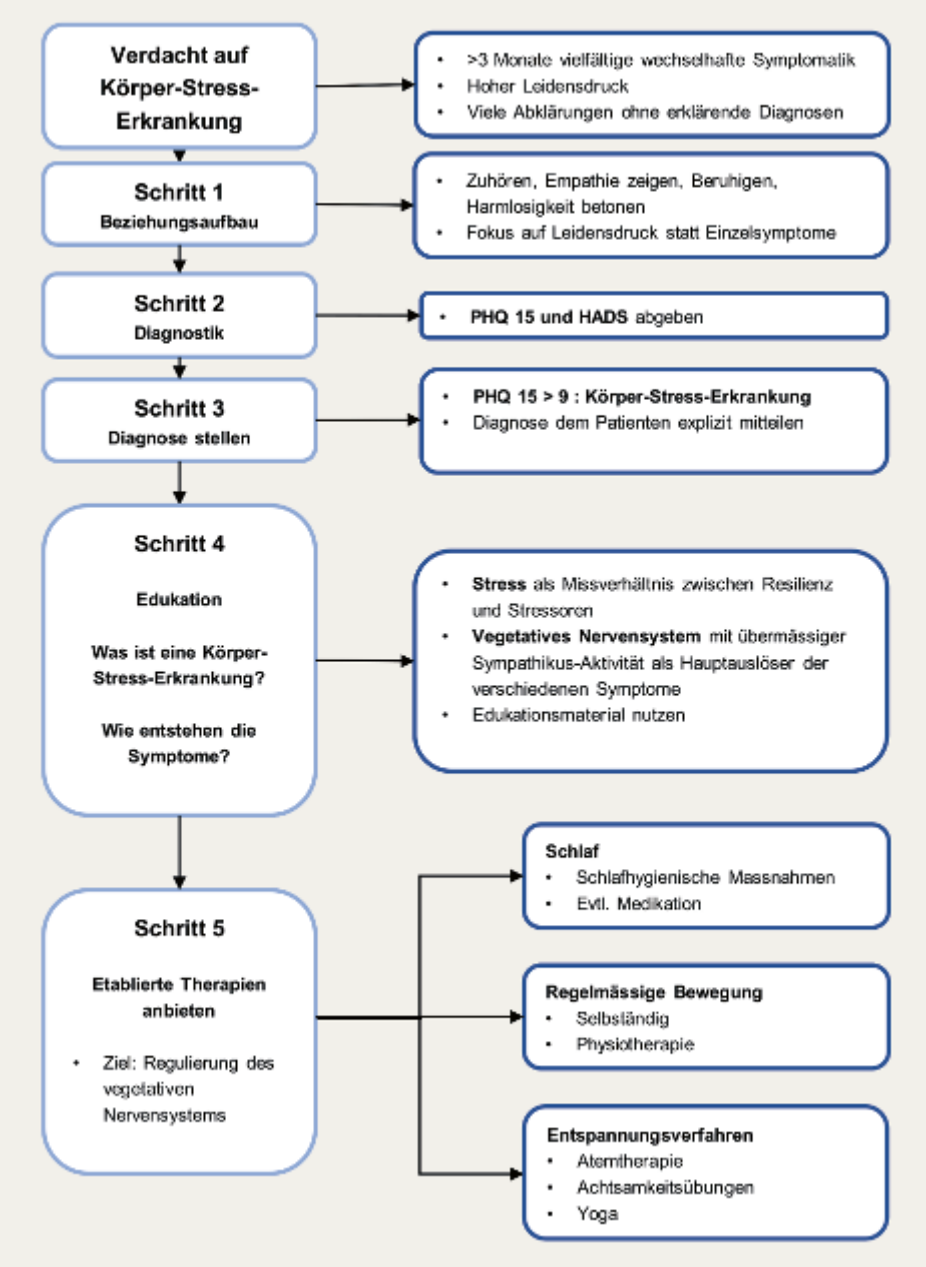


Abbildung 3: Flowchart.

© 2023 Verein mediX schweiz

der Selbstwirksamkeit der Patientin oder des Patienten sowie die Regulation der Körperwahrnehmung [2].

Optimal ist hier ein systematisches körperliches Aktivierungsprogramm mit geschulten Physiotherapeuten [2]. Ein zweiter Pfeiler ist die Behandlung von Schlafstörungen, einerseits durch Vermittlung schlafhygienischer Massnahmen, andererseits mit vorübergehender medikamentöser Therapie. Diese orientiert sich an den Leitlinien [2] und geht von einem stufenweisen Vorgehen (1. pflanzliche Produkte wie Hopfen und Baldrian, 2. sedierende Antidepressiva wie z.B. Trimipramin, Trazodon, 3. Hypnotika wie z.B. Zolpidem) aus. Die Vermittlung zur ambulanten Psychotherapie sollte bei relevanter psychosozialer Belastung oder psychischer Komorbidität erwogen werden [2], ist aber nicht in jedem Fall notwendig. Je nach spezifischer Motivation der Patientin oder des Patienten kann der multimodale Behandlungsansatz um weitere komplementäre Therapieformen ergänzt werden (z.B. Atemtherapie, achtsamkeitsbasierte Therapien, Biofeedback, Meditation, autogenes Training) [2]. Eine sorgfältig erwogene und kurzfristige Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung kann in Akutsituationen vonnöten sein. Zu lange Arbeitsausfälle sollten jedoch möglichst vermieden werden [2].

Fallgeschichte Teil 4: Gute Zusammenarbeit statt «der schon wieder»

Herr Meier kommt nach einigen Wochen zu einer weiteren vereinbarten Verlaufskontrolle. Die Schlafqualität sei inzwischen deutlich besser. Die Physiotherapie habe ihm geholfen, sich in seinem Körper wieder wohler zu fühlen. Er sei stolz darauf, trotz seines anspruchsvollen Alltags regelmässig die Termine wahrzunehmen und etwas für sich zu tun. Sie bekräftigen ihn in seinem Vorhaben, die regelmässige Bewegung auch in Zukunft beizubehalten. Ein erneutes Erheben des PHQ-15 Score [8] bestätigt die deutliche Besserung der durch die körperlichen Symptome erlebten Belastung.

Zusammenfassung für die Praxis

Die Diagnose Körper-Stress-Syndrom (neu im ICD-11: 6C20, bodily distress disorder) [1] vereinfacht den Umgang mit verschieden funktionellen Störungen. Der Fokus liegt neu auf dem Ausmass des durch die Symptome verursachten Leidensdrucks. Sie ist somit keine Ausschlussdiagnose mehr und erlaubt eine frühzeitige Diskussion mit den Betroffenen im Sinne einer zweigleisigen Abklärung (somatisch und funktionell). Für die konkrete Umsetzung der aktuellen S3 Leitlinien [2] im Praxisalltag, empfehlen wir den hier präsentierten strukturierten Arbeitsalgorithmus (Abb. 3) mit klarer Diagnostik (PHQ-15 [8] und HADS [9]) und ausführliche Edukation unter Einbezug von Anschauungsmaterial.

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

Conflict of Interest Statement
Die Autoren haben deklariert, keine potentiellen Interessenskonflikte zu haben.

Korrespondenz
Daniel Imhof
Hausarztmedizin
MediX Gruppenpraxis Wipkingen
Rotbuchstrasse 46
CH-8037 Zürich
daniel.imhof[at]medix.ch

Literatur
Die vollständige Literaturliste finden Sie in der Online-Version des Artikels unter https://doi.org/10.4414/phc-d.2023.1237180665

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.2023.1262292486 | 2023;23(10):314–315 | Prim Hosp Care

Was ist neu beim Update 2022?

Guideline Diabetes mellitus Typ 2

Das Hausärztenetzwerk *mednetbern* fokussiert beim Update der Guideline Diabetes mellitus Typ 2 [1] auf die evidenzbasierte Etablierung neuer Medikamente und die damit verbundenen Therapieumstellungen. Neue Zielwerte bei den kardiovaskulären Komorbiditäten arterielle Hypertonie und Hyperlipidämie, aber auch hausärztlich wichtige Aspekte wie Fahreignung und Arbeitsfähigkeit ergänzen diese Leitlinie für den Grundversorger.

Amato Giani[a], Stefan Schäfer[a], Beat Müller[b]
[a] mednetbern; [b] beratender Arzt

Ergebnisse [2, 3]

An den Basics hat sich nichts geändert!

- Der FINDRISK-Screening-Fragebogen [4, 5] bleibt Herzstück beim Case-Finding.
- Die Diagnose wird durch jeden der folgenden vier Laborwerte gestellt: Venöse Nüchternglukose ≥7,0 mmol/l oder venöse Zufallsglukose ≥11,1 mmol/l. HbA1c ≥6,5%. Oraler Glukosetoleranztest OGTT: ≥11,1 mmol nach zwei Stunden.
- Die Zielwerte für HbA1c betragen für Diabetiker <70-jährig: <7%; ≥70-jährig: 7–7,5% (bei Frailty 8–8,5% mit Fokus auf Vermeidung von Hypoglykämien).
- Allgemeine Therapiemassnahmen (Lifestyle-Modifikation, Aufklärung, Vereinbarung der Therapieziele und deren Kontrolle, Mobilisierung der Selbsthilfe, Pflegeinstruktionen) stehen nach wie vor an oberster Stelle bei der Behandlung

Neu

- Die Diagnose Prädiabetes ICD-10 R73 wird im Abschnitt Case-Finding mit den Laborwerten definiert: venöse Nüchternglukose: 5,6–6,9 mmol/l; oder venöse Zufallsglukose 7,8–11,0 mmol/l; oder HbA1c 5,7–6,4%.
- Pharmakotherapie:
  Eine medikamentöse Therapie ist notwendig, wenn nach einer 3-monatigen Umstellung des Lifestyles der HbA1c-Zielwert nicht erreicht worden ist. Bei sehr hohen Werten (HbA1c >10%) wird sofort medikamentös therapiert.
  Wir unterscheiden zwischen initialer Therapie und Add-on-Therapie. Das Konzept der First-Line- bis Fourth-Line-Therapie wird verlassen.

Initialtherapie

Metformin (Dosisreduktion um 50% bei Niereninsuffizienz Stadium KDIGO 3b, Stopp ab KDIGO 4).

Bei Metformin-Unverträglichkeit oder Niereninsuffizienz sind SGLT-2-Hemmer (offiziell bis KDIGO 3b), GLP-1-RA oder DPP-4-Hemmer empfohlen.

Bei kardiovaskulären Komorbiditäten soll Metformin schon früh mit einem SGLT-2-Hemmer und/oder GLP-1-RA kombiniert werden. Insulin hat seinen Platz in der Initialtherapie bei akuter Dekompensation des Glukose-Stoffwechsels.

Add-on Therapie

Bei Nichterreichen des HbA1c-Zielwerts mit der Initialtherapie (Limitationen versicherungsmedizinischer Art müssen beachtet werden, siehe Spezialitätenliste!) [6].

SGLT-2-Hemmer bei Herz- und/oder Niereninsuffizienz und/oder kardiovaskulärem Risiko.

GLP-1-RA bei Priorisierung der Gewichtsreduktion und/oder erhöhtem kardiovaskulärem Risiko.

DPP-4-Hemmer geeignet bei schwerer Niereninsuffizienz.

Basalinsulin (evtl. plus schnellwirksames meal-time Insulin) oder Mischinsulin.

Neueinstellungen mit Sulfonylharnstoffen sollten nur noch in begründeten Fällen erfolgen.

Eine praktische Tabelle zur Wahl der verschiedenen Medikamentenklassen, je nach klinischem Szenario ist in die Guideline integriert.

Eine zusätzliche separate Bedeutung in der Therapie des Diabetes mellitus Typ 2 hat die bariatrische Chirurgie.

Zielwerte für Blutdruck und LDL-Cholesterin

- Für Typ-2-Diabetikerinnen und Diabetiker gilt ein Blutdruck-Zielwert <130/90 mm Hg.
- Zielwerte für das LDL-Cholesterin werden je nach Krankheitslast differenziert: Diabetes mit Endorganschäden: <1,4 mmol/l. Diabetes ohne Endorganschäden: <1,8 mmol/l. Bei Diabetes ohne Endorganschäden und Diabetesdauer <10 Jahre gilt: <2,6 mmol/.

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

Arbeitsfähigkeit

Die Folgen der chronischen Hyperglykämie (Visus, Polyneuropathie) oder drohende Hypoglykämien (Berufsfahrerinnen und Berufsfahrer) können die Ausübung des bisherigen Berufs gefährden. Für jüngere Typ-2-Diabetikerinnen und Diabetiker empfehlen wir deshalb je nach Tätigkeit das Instrument der Früherfassung und Frühintervention der Invalidenversicherung [7].

Fahreignung [8]

1. Gruppe (Personenwagen, Motorrad): Es gilt bei informierten Patientinnen und Patienten der Grundsatz der stabilen Blutzuckereinstellung ohne verkehrsrelevante Unter- oder Überzuckerungen. Wenn möglich sollten keine Sulfonylharnstoffe oder Insulin verordnet werden. Wenn eine Behandlung mit diesen Präparaten notwendig ist, muss eine präzise Instruktion erfolgen (Merkblatt für das Autofahren mit Diabetes mellitus).

2. Gruppe (Lastwagen, Personentransport, Autobus): Die Überweisung an Diabetologinnen und Diabetologen oder Verkehrsmedizinerinnen und Verkehrsmediziner ist empfehlenswert. Beruflicher Personentransport ist bei Insulin-Therapie in der Regel verboten.

Schlussfolgerung, Ausblick

Die ausführliche Betrachtung der medikamentösen Therapie in dieser Guideline soll den zahlreichen neuen Erkenntnissen und der erfreulicherweise dynamischen Entwicklung Rechnung tragen. Die zunehmende Verjüngung der betroffenen Population (Adipositas-Epidemie, Bewegungsmangel) verdeutlicht die Notwendigkeit präventiver Massnahmen im Sinne der Lifestyle-Modifikation. Verkehrsmedizinisch tätige Mitglieder von mednetbern empfehlen eine intensivere Instruktion der Autofahrerinnen und Autofahrer, welche mit Insulin oder Sulfonylharnstoffen behandelt werden müssen. Anscheinend sind betroffene Typ-2-Diabetikerinnen und -Diabetiker oft ohne Kenntnisse des Diabetes-Merkblatts fürs Autofahren.

Die Guideline ist als separater Online-Appendix verfügbar unter www.primary-hospital-care.ch

Conflict of Interest Statement
Die Autoren haben deklariert, keine potentiellen Interessenskonflikte zu haben.

Korrespondenz
Dr. med. Amato Giani
Facharzt FMH für Allgemeine Innere Medizin
Praxis Giani, mednetbern AG
Sidlerstrasse 4
CH-3012 Bern
amato.giani[at]hin.ch

Literatur

1 https://www.mednetbern.ch/publications/mellitus-update-2022.pdf
2 2019 update to: Management of hyperglycaemia in type 2 diabetes, 2018. A consensus report by the American Diabetes Association (ADA) and the European Association for the Study of Diabetes (EASD). www.easd.org/statements.html
3 Empfehlungen der Schweizerischen Gesellschaft für Endokrinologie und Diabetologie (SGED/SSED) für die Behandlung von Diabetes mellitus Typ 2 (2020). www.sgedssed.ch/fileadmin/user_upload/6_Diabetologie/61_Empfehlungen_Facharzt/2020_Swiss_Recomm_Medis_DE_def.pdf
4 Lindström J, Tuomilehto J. The diabetes risk score: a practical tool to predict type 2 diabetes risk. Diabetes Care. 2003 Mar;26(3):725–31. https://doi.org/10.2337/diacare.26.3.725 PMID:12610029
5 https://www.mednetbern.ch/publications/fragebogen.pdf
6 https://www.bag.admin.ch/bag/de/home/versicherungen/krankenversicherung/krankenversicherung-leistungen-tarife/Arzneimittel.html
7 https://www.bsv.admin.ch/bsv/de/home/sozialversicherungen/iv/grundlagen-gesetze/leistungen-iv/iv-eingliederung/iv-frueherfassung.html
8 Richtlinien bezüglich Fahreignung und Fahrfähigkeit bei Diabetes mellitus. https://www.sgedssed.ch/fileadmin/user_upload/6_Diabetologie/61_Empfehlungen_Facharzt/2018_10_10_Neue-Auto-Richtlinien_SGED_final_DE.pdf

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.2023.1256841725 | 2023;23(10):316–319 | Prim Hosp Care

Vom Laborwert zur Diagnose

Hyperkalzämie als Folge von?

Diana Lehmann[a], Stephan Bauer[b], Helen Kovari[c], Claude Cao[d]
[a] Ärztin, Abteilung Allgemeine Innere Medizin Klinik Hirslanden, Zürich; [b] Facharzt für Urologie, Klinik Hirslanden, Zürich; [c] Fachärztin für Infektiologie, Zentrum für Infektionskrankheiten, Hirslandenkliniken Hirslanden und Im Park, Zürich; [d] MPH Chefarzt Allgemeine Innere Medizin, Klinik Hirslanden, Zürich

Erste Notfallkonsultation und Vorgeschichte

Ein 71-jähriger Patient stellte sich in der Notaufnahme wegen Verschlechterung des Allgemeinzustands, zunehmender Schwäche, Gewichtsverlust und Müdigkeit vor. Er beklagte weiterhin eine Urininkontinenz mit Harndrang und ein starkes Durstgefühl. Die Symptomatik begann vor vier Monaten und nahm in den vergangenen zwei Wochen stark zu.

Zur Vorgeschichte des Patienten war bekannt, dass bei ihm vier Monate zuvor ein papilläres Urothelkarzinom der Harnblase pT1 G3 diagnostiziert wurde. Die zum damaligen Zeitpunkt durchgeführte computertomographische Untersuchung von Thorax und Abdomen erbrachte keinen Hinweis auf eine Metastasierung. Bei zusätzlichem Vorliegen einer Prostatahyperplasie Stadium II und multiplen Blasensteinen wurden eine transurethrale Resektion zur Entfernung des circa zwei Zentimeter grossen Blasentumors und eine transurethrale Prostataresektion sowie eine Blasensteinentfernung durchgeführt. Im Anschluss daran wurden mit Bacillus-Calmette-Guérin-Installationen in wöchentlichen Abständen behandelt. Aufgrund einer vom Patienten angegebenen Unverträglichkeit, die sich mit Übelkeit und Erbrechen äusserte, wurden nur vier der sechs geplanten Installationen vorgenommen.

Klinisch präsentierte sich der Patient in einem deutlich reduzierten Allgemeinzustand, afebril und kreislaufstabil (BD 158/80 mmHg, HF 94/min, SpO_2 99%, T 37 °C). Des Weiteren zeigte sich ein verminderter Hautturgor und ein blasses Hautkolorit. Neurologisch schien der Patient bei einem GCS von 13 somnolent und war nur bedingt adäquat zu Person und Ort orientiert, dazu verlangsamt. Seine Pupillen waren anisokor bei bestehender Blindheit auf dem linken Auge seit Geburt. Der Schluckakt war erschwert. Die übrige körperliche Untersuchung ergab keine weiteren Auffälligkeiten. Beim Patienten bestand ein Diabetes mellitus Typ 2, der mit Gliclazid behandelt wurde. Weitere Erkrankungen waren nicht bekannt.

Die in der Notaufnahme durchgeführte Labordiagnostik (Tab. 1) zeigte eine schwer eingeschränkte Nierenfunktion mit einem Kreatinin von 382 (59–104 µmol/l), eGFR 18 ml/min/1,73 m², Harnstoff 32 (3,0–9,2 mmol/l), eine schwere Hyperkalzämie von 3,80 (2,10–2,60 mmol/l) Albumin-korrigiertes Kalzium sowie ein leicht erhöhtes CRP von 33 (<5,0 mg/l).

Tabelle 1: Labor bei Aufnahme (Werte ausserhalb des Referenzbereiches in Rot).

Serum	Referenzbereich	
Natrium	132–146 mmol/l	137
Kalium	3,5–5,0 mmol/l	3,3
Kalzium	2,10–2,60 mmol/l	3,72
Albumin-korrigiertes Ca	2,10–2,60 mmol/l	3,80
Phosphat	0,87–1,45 mmol/l	1,76
Kreatinin	59–104 µmol/l	382
eGFR (CKD-BIS1-Formel)	ml/min/1,73 m²	18,0
Harnstoff	3,0–9,2 mmol/l	29,4
CRP	<5,0 mg/l	33,2

Weiterer Verlauf und erste Hospitalisation

Bei Symptomen einer hyperkalzämischen Krise mit Somnolenz, muskulärem Defizit (Schluckstörung), Desorientiertheit und Exsikkose wurde der Patient auf die Intensivstation aufgenommen und rehydriert. Ein Nierenersatzverfahren wurde nicht notwendig. Zur Senkung des Kalziumspiegels erhielt der Patient einmalig Denosumab. Im weiteren Verlauf besserte sich die geschätzte renale Clearance auf einen Wert von 30 ml/min/1,76 m². Die Kalziumwerte normalisier-

Kommentar

Die Leitbefunde in dem geschilderten Fall sind die Hyperkalzämie und die Niereninsuffizienz. Als Ursache für die Hyperkalzämie sind in Anbetracht der Vorgeschichte Knochenmetastasen die mögliche Ursache. Der Progress des Urothelkarzinoms würde sowohl die Gewichtsabnahme als auch die zunehmende Allgemeinzustandsänderung erklären. Ein lokales Rezidiv in der Harnblase könnte zu einer Obstruktion der ableitenden Harnwege und darüber zu einem Harnstau mit Harnstauungsniere und damit einhergehender Niereninsuffizienz führen. Tumoren können ebenfalls ein Parathormon-verwandtes Peptid (PTHrP) synthetisieren und darüber eine Hyperkalzämie verursachen. Da die letzte Bildgebung von vor vier Monaten keine Hinweise auf Metastasierung erbracht hatte und eine Operation des Tumors mit anschliessender Installationsbehandlung durchgeführt wurde, schien ein Tumorprogress eher unwahrscheinlich. Eine Hyperkalzämie kann auch Folge einer Vitamin-D-Intoxikation oder eines primären Hyperparathyreoidismus sein. Der häufige Harndrang könnte auf eine Harnwegsinfektion hinweisen. Eine Nephritis kann Ursache einer Niereninsuffizienz sein. Für eine Entzündung spricht das erhöhte CRP, jedoch fehlt das Fieber.

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

ten sich, damit einhergehend auch die neurologische Symptomatik des Patienten.

Im ersten Schritt zur Differentialdiagnostik der Hyperkalzämie wurde aus einer zeitgleich abgenommenen Blutprobe mit dem Albumin-korrigierten Kalzium das Parathormon bestimmt, das zwingend notwendig für die Differenzierung in eine Parathormon-abhängige und eine Parathormon-unabhängige Hyperkalzämie ist. Dies lag bei 1,5 pmol/l (1,95–8,49 pmol/l) – ein erniedrigter Wert, der einen primären Hyperparathyreoidismus ausschliesst. Mit der Bestimmung des 25-OH-Vitamin-D-Spiegels, der normwertig ausfiel, konnte eine exogene Zufuhr, beispielsweise durch Übersubstitution, ausgeschlossen werden.

Eine Ultraschalluntersuchung des Abdomens konnte eine postrenale Ursache der Niereninsuffizienz ausschliessen. Einzig auffällig hierbei war eine Unschärfe des Nierenparenchyms.

Bei den durchgeführten Urintests (Tab. 2) war das Urineiweissprofil auffällig. So lag das Protein im Spontanurin bei 323 mg/l (<150 mg/l), bei einem Kreatin-Protein-Quotient von 71 mg/mmol (<7,9 mg/mmol) und einer geschätzten Proteinurie von 718 mg pro Tag (<150 mg/Tag); aus der Anamnese und dem Ultraschallbefund ergab sich somit der Hinweis auf eine mögliche interstitielle Nephritis, zu deren Ausschluss folglich eine Nierenbiopsie durchgeführt wurde.

Letztere offenbarte Zeichen einer akuten Tubulusnekrose, teilweise in Regeneration begriffen, zudem Hinweise auf einen (länger bestehenden oder vorangegangenen) postrenalen Schaden. Hinweise auf Kalzium-Phosphat-Ausfällungen oder eine granulomatöse Entzündung fanden sich nicht, genauso wenig Zeichen einer rapid-progressiven Glomerulonephritis.

Die Diagnose einer akuten Harnwegsentzündung konnte nicht gesichert werden: nur gering erhöhte Anzahl Leukozyten 354 (<25/µl); nur wenige Bakterien (148/µl), und die mikrobiologische Untersuchung blieb bis zur Entlassung des Patienten ohne Keimwachstum.

Die Einordnung dieses Befundes war nicht eindeutig, da die akute Tubulusnekrose keinen Hinweis auf die Ursache zulässt.

Kommentar

Nachdem die zuvor aufgestellten Differentialdiagnosen ausgeschlossen werden konnten, vermutete man nun als Ursache für das akute Nierenversagen einschliesslich der Hyperkalzämie die BCG-Instillationen, da diese auch in zeitlichem Zusammenhang mit der vom Patienten beschriebenen jeweiligen Allgemeinzustandsverschlechterung standen.

Pathophysiologisch nahm man eine heftige inflammatorische Reaktion auf die BCG-Instillationen an, möglicherweise auch granulomatös. Dies hätte die Tubulusnekrose erklären und einen Hinweis auf die Hyperkalzämie mit erhöhtem 1,25-OH-Vitamin D3 ergeben können

In der Literatur sind zwar interstitielle Nephritiden, zum Teil auch granulomatös, auf eine BCG-Instillation beschrieben, jedoch keine akute Tubulusnekrose.

Verlauf 2. Hospitalisation

Zwei Monate später stellte sich der Patient erneut in der Notaufnahme vor. Er beklagte Müdigkeit, Konzentrationsstörungen und allgemeiner Schwäche, zudem eine seit Tagen zunehmende Polydipsie und Polyurie. Symptome wie Muskelschwäche, Nausea, Erbrechen, Obstipation, Abdominalschmerzen, Gewichtsverlust, Knochenschmerzen, Dysurie, Algurie, Hämaturie oder Fieber/Schüttelfrost wurden verneint.

Klinisch präsentierte sich der Patient kreislaufstabil (BD 161/87 mmHg, HF: 80/min, SpO_2: 97%, T: 36,6 °C) in reduziertem Allgemeinzustand und leicht verlangsamt. Der übrige Status erbrachte keine weiteren Auffälligkeiten.

Laborchemisch fanden sich eine ausgeprägte Hyperkalzämie von 3,16 mmol/l und ein niedriger Parathormonspiegel von 1,5 pmol/l (1,95–8,49 pmol/l) sowie ein erhöhter 1,25(OH)2-Vitamin-D-Spiegel von 99,3 ng/l (15,2–90,1 ng/l) und ein Parathormon-related Peptid (PTHrP) von kleiner 0,78 pmol/l (<1,47 pmol/l).

Da man nun zwischenzeitlich keine BCG-Instillationen vorgenommen hatte, wurden diese als Ursache für unwahrscheinlich erklärt. Nachdem die letzte Bildgebung hinsichtlich des Blasentumors sechs Monate zurücklag, wurde zur Tumorsuche ein PET-CT angefertigt.

In der PET/CT-Untersuchung (Abb. 1) zeigten sich diffuse, stark metabolisch-aktive Herde dorsal der Harnblasenwand bis zum Sigmoid, zudem Herde in der Samenblase und der Prostata und eine diffuse Affektion des Peritoneums. Dies wurde am ehesten im Rahmen eines Rezidivs des Urothelkarzinoms mit Peritonealkarzinose beurteilt. Anschliessend erfolgten eine TUR-Blase, Prostatabiopsie und Laparoskopie zur weiteren Diagnostik der tumorverdächtigen Areale dorsal der Harnblase mit Entnahme von Biopsien.

Die im Rahmen der TUR-Blase gewonnene Histologie zeigte im Blasendach ein Rezidiv des papillären nicht invasiven Urothelkarzinoms G3. In der Gewebeprobe vom Blasenboden fand sich eine chronische, teils riesenzellige Entzündung mit intramuraler Verkalkung ohne Malignität. Auch die Biopsien aus dem Omentum majus (Abb. 2) sowie aus der Prostata zeigten eine schwere granulomatöse Entzündung (Abb. 3). Der Verdacht auf eine Metastasierung sowie Peritonealkarzinose konnte nicht bestätigt werden.

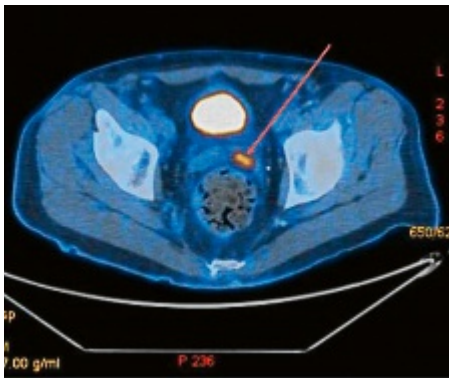


Abbildung 1: PET-CT: Metabolisch aktiver Herd zwischen Harnblase und Sigmoid.

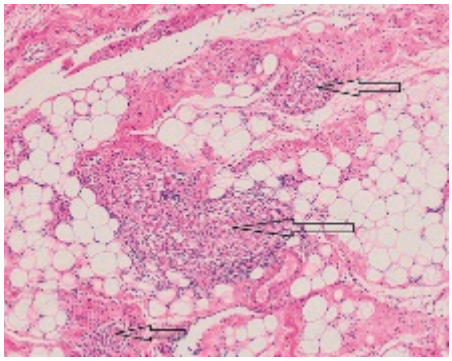


Abbildung 2: Omentum majus mit granulomatösen Entzündungen, HE-Färbung, 100-fache Vergrösserung.

Zu diesem Zeitpunkt traf das Resultat der mykobakteriellen Urinuntersuchung der ersten Hospitalisation ein, welche nach zehn Wochen nun Wachstum von Mycobacterium bovis BCG zeigte. Die Resistenzprüfung zeigte Sensibilität auf Ethambutol, Isoniazid, Rifampicin, Streptomycin und Resistenz auf Pyrazinamid.

In den Biopsien aus Omentum majus und Prostata blieben die PCR-Untersuchungen auf Mykobakterien, einschliesslich Typ Mycobacterium bovis, negativ (mykobakterielle Kulturen wurden nicht angelegt).

Konklusion

In Zusammenschau der Befunde wurde die Diagnose einer lokalen Mycobacterium bovis-Infektion (BCGitis) bei St. n. BCG-Instillationen bei papillärem Urothelkarzinom der Harnblase sowie lokalem Rezidiv des Urothelkarzinoms im Harnblasendach gestellt.

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

Es wurde eine antituberkulöse Therapie mit einer Kombination aus Ethambutol, Rifampicin und Isoniazid begonnen. Unter Therapie besserte sich die Müdigkeit und Leistungsfähigkeit rasch. Die Therapie wurde nach sechs Monaten sistiert. Die Entzündungszeichen blieben nach Absetzten der Therapie im Normbereich. Eine Verlaufs-PET/CT-Untersuchung 2 Wochen nach Absetzen der Therapie zeigte vollständig regrediente metabolische Aktivität in der Harnblasenwand sowie deutlich regrediente Infiltrate omental/mesenterial bei ehemaligem Verdacht auf Peritonealkarzinose.

Die zur Diagnose führende Hyperkalzämie und der 1,25(OH)2 Vitamin-D-Spiegel normalisierten sich und traten im Verlauf nicht mehr auf.

Die auffällige Hyperkalzämie, deren Differentialdiagnostik im untenstehenden Flowchart aufgeführt wird, ist beim hier beschriebenen Fall nicht wie zunächst angenommen durch Knochenmetastasen verursacht worden, sondern am ehesten durch die Mykobakterien-Infektion. Die Konstellation der Laborwerte von erhöhtem 1,25(OH)2 Vitamin-D-Spiegel und gleichzeitig erniedrigtem PTHrP weist auf ein 1,25(OH)-Vitamin-D-Überangebot hin. Da eine exogene Zufuhr, beispielsweise durch Übersubstitution, ausgeschlossen werden konnte, 25(OH)-Vitamin-D-Spiegel normwertig, kommt neben einer exogenen Calcitriolzufuhr nur noch eine endogene Produktion in Frage wie sie bei Granulomatosen (Sarkoidose, Tuberkulose, Lepra, Histoplasmose u.a.) und als paraneoplastische Vitamin-D-Aktivierung des im Körper vorhandenen 25-OH-Vitamin D zu 1,25(OH)2-

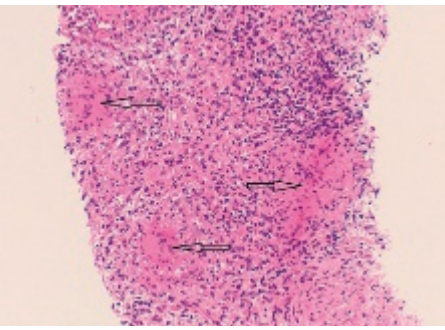


Abbildung 3: Prostata mit granulomatösen Entzündungen, HE-Färbung, 100-fache Vergrösserung.

Tabelle 2: Urinanalyse.

Urine	Referenzbereich	
Kreatinin im Spontanurin	3,46–22,9 mmol/l	4,528 l
Protein im Spontanurin	<150 mg/l	325
Protein/Kreatinin	<7,9 mg/mmol	71,8
Geschätzte Proteinurie/Tag	<150 mg/Tag	718,4
Natrium	54–190 mmol/l	45
Natrium / Kreatinin Ausscheidung	10,6–19,3 mmol/mmol	10,1
Osmolalität	50–1200 mosmol/kgH2O	**349**
**** Urinsediment Flowcytometry***		
Leukozyten	<25 /µl	**354**
Erythrozyten	<23 /µl	5
Epithelzellen	<31 /µl	13
Plattenepithelzellen	<31 /µl	0,3
Übergangsepithelzellen	<1 /µl	0,3
Zylinder	<1.7 /µl	0.9
Hyaline Zylinder	<1 /µl	0,4
Bakterien	/µl	148
Pilze	<1 /µl	1
Schleim	<1 /µl	0
Conduktivität	7–28 mS/cm	**6,4**

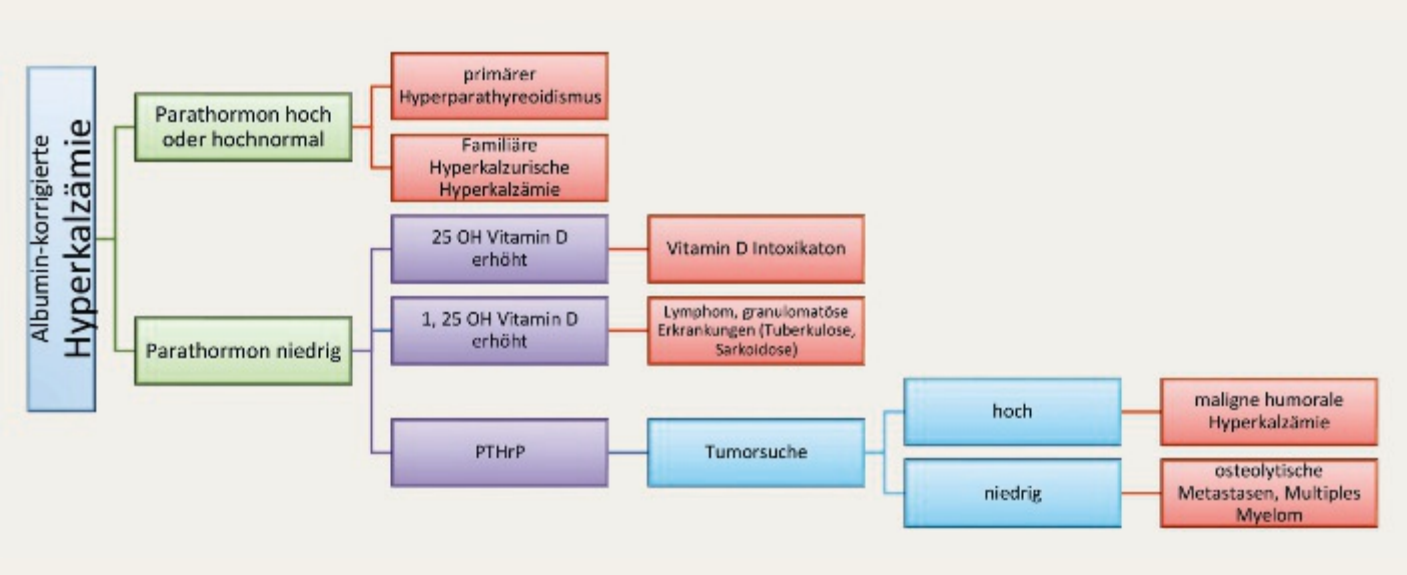


Abbildung 4: Differentialdiagnostik der Hyperkalzämie, PTHrP = Parathormon related Peptid.

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

Vitamin durch die 1α-Hydroxylase (Morbus Hodgkin,T-Zell-Lymphome, Leiomyoblastom) zu beobachten ist. Der Bestimmung des PTHrP kommt insofern ein hoher diagnostischer Stellenwert zu, als PTHrP ubiquitär und nicht wie Parathormon nur in der Nebenschilddrüse gebildet wird. Auch Tumorzellen können PTHrP bilden und so durch eine gesteigerte Resorption von Kalzium in der Niere und aus dem Knochen, analog zum Parathormon, zu einer Hyperkalzämie führen.

Hinweise auf ein Lymphom fanden sich in keiner der durchgeführten laborchemischen und radiologischen Diagnostiken. Somit ist die BCGitis im Rahmen der BCG-Instillationen die wahrscheinlichere Ursache. Die Pathogenese der Hyperkalzämie bei Granulomatosen erklärt sich durch eine Überproduktion von 1,25(OH)2-Vitamin in den die Granulome bildenden Makrophagen, wodurch die gastrointestinale Resorption von Kalzium gesteigert wird und der Serumkalziumspiegel ansteigt.

BCG (Bacillus Calmette-Guérin), ein attenuiertes Bakterium vom Wildtyp des *Mycobacterium bovis* wird seit 1921 als Lebendimpfstoff gegen Tuberkulose eingesetzt. Seit den 1980er Jahren wird es in der Therapie der nicht-invasiven Blasentumoren erfolgreich verwendet.

Eine durch *Mycobacterium bovis* BCG verursachte Infektion ist eine seltene Komplikation – in der Literatur wird die kumulative Inzidenz auf weniger als 5% angegeben. Das Zeitintervall von der Behandlung bis zum Auftreten von Symptomen beträgt im Durchschnitt 170 Tage [1]. Männer sind deutlich häufiger betroffen (über 95%). Dabei ist die häufigste Manifestation einer BCGitis die systemische Infektion (34%), gefolgt von der lokalen (urogenitalen) Infektion (23%). Weitere Manifestationsorte sind osteomuskulär (20% bspw. Arthritis, Spondylodiszitis, Muskelabszess) sowie vaskulär (6%), okulär (9%), Hepatitis (6%), Haut (1%), pulmonal (0,7%) [2, 3].

6% der urogenitalen Infektionen mit dem tuberkulösen Mykobakterien-Stamm betreffen die Harnblase entweder in Form von solitären Ulzerationen mit zum Teil verkäsenden Nekrosen oder als Zystitis mit steriler Leukozyturie. Ein renaler Befall wird in der Literatur mit einer Häufigkeit von 3,5% angegeben und kann sich als Nephritis mit granulomatöser Inflammation oder als renaler Tumor in der Bildgebung manifestieren.

Abzugrenzen ist dagegen eine Hypersensitivitätsreaktion nach BCG-Instillation, die ebenfalls mit Granulombildung einhergehen kann, aber ohne Keimnachweis bleibt. Hier bestünde die Therapie in der Gabe von systemisch verabreichten Steroiden.

Take-Home Message

- Bei unspezifischen Symptomen an eine Elektrolytstörung denken!
- Die Ursache der Hyperkalzämie mit Hilfe von Parathormon-Spiegel, PTHrP, 25-OH-Vitamin D und 1,25(OH)2-Vitamin-D-Spiegel eingrenzen (Abb. 4) und gezielt behandeln.
- Eine relevante tuberkulöse Infektion mit *Mycobacterium bovis* (BCGitis) ist auch durch BCG-Instillationen möglich und sollte mit der Dreifachkombination aus Rifampicin, Ethambutol und Isoniacid für mindestens sechs Monate behandelt werden. Differentialdiagnostisch sollte an eine sterile Hypersensitivitätsreaktion gedacht werden.

Im hier geschilderten Fall konnte *Mycobacterium bovis* BCG kulturell nachgewiesen werden. Betroffen von der BCGitis waren die Prostata, die Harnblase und das angrenzende Peritoneum. Die Therapie besteht in der Gabe der Dreifach-Kombination aus Ethambutol, Rifampicin und Isoniazid für sechs bis neun Monate. In schweren Fällen, zum Beispiel bei Miliartuberkulose oder tuberkulöser Hirnhautentzündung kommen auch Glukokortikoide zum Einsatz. Gegen Pyrazinamid liegt immer eine intrinsische Resistenz vor.

Korrespondenz
Diana Lehmann
Allgemeine Innere Medizin
Hirslanden Klinik Zürich
Witellikerstrasse 40
CH-8032 Zürich
lehmann.diana[at]hotmail.com

Verdankung
Vielen Dank für die radiologischen Bilder an die Radiologie der Klinik Hirslanden Zürich.
Vielen Dank für die histologischen Bilder an Dr. Horcic vom Institut für histologische und zytologische Diagnostik AG Aarau.

Conflict of Interest Statement
Die Autoren haben deklariert, keine potentiellen Interessenskonflikte zu haben.

Literatur
1 Larsen ES, Nordholm AC, Lillebaek T, Holden IK, Johansen IS. The epidemiology of bacille Calmette-Guérin infections after bladder instillation from 2002 through 2017: a nationwide retrospective cohort study. BJU Int. 2019 Dec;124(6):910–6.
2 Medicine (Baltimore). 2014 Oct;93(17):236–54. Bacillus Calmette-Guérin (BCG) infection following intravesical BCG administration as adjunctive therapy for bladder cancer: incidence, risk factors, and outcome in a single-institution series and review of the literature.
3 Levi L, Groh M, De Castro N, Bergeron A, Schlemmer F. BCG infection following intravesicular immunotherapy for bladder cancer. Rev Mal Respir. 2018 Apr;35(4):416–29.

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

JOBS
Schweizerische Ärztezeitung

Stellen ausschreiben, wo sie gefunden werden!

- Suchabonnemente mit Benachrichtigungen
- Bewerbungsmöglichkeit und Bewerberverwaltung
- Optimiert für alle Endgeräte

jobs.saez.ch

Powered by:
EMH Media
SCHWEIZERISCHER ÄRZTEVERLAG
EDITIONS MEDICALES SUISSES

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