

Menschen mit
Beeinträchtigung
sind besonders

Management bei gastro-
intestinalen Untersuchungen
und Therapien

Besondere
Patienten profitieren
vom Hausarztmodell

Besondere Patienten in der Hausarztpraxis



ARGO MED.

Bringt Ärzte weiter

Argomed Ärzte AG
Bahnhofstrasse 24
CH-5600 Lenzburg
T +41 56 483 03 33
argomed@argomed.ch
www.argomed.ch

Redaktionelle und
inhaltliche Verantwortung
Dr. med. Gregor Dufner
Dr. med. Corina Omlin
Bernhard Stricker, lic. phil.
Martina Gottburg
Marco Plüss
Joleen Feuerstein

Gestaltungskonzept
Büro Becker
www.buerobecker.ch

in guter Partnerschaft



Editorial 03

DEFACTO | Fokus

Ärztliche Therapiebeziehung auf Augenhöhe 04
Dr. theol. Ruth Baumann-Hölzle

«Je weniger ich als Arzt, sondern als Patient in meine
Therapie gehe, umso grösser ist die Chance einer Heilung» 07
Interview mit dem Hausarzt Angelo Barrile

Menschen mit Beeinträchtigung sind besonders 11
Dr. med. Gregor Dufner

Meine behinderte Schwägerin Vreni –
eine besondere Patientin 13
Bernhard Stricker, lic. phil.

«Gute Medizin auch dort, wo es nicht
selbstverständlich erscheint» 14
Fragen an Dr. med. André Seidenberg

DEFACTO | Medizin

Management von Thrombozytenaggregationshemmern
und oraler Antikoagulation bei gastrointestinalen
Untersuchungen und Therapien 17
Dr. med. Corina Omlin

DEFACTO | Argomed

Stossrichtung 2023 21
Marco Plüss

Besondere Patienten profitieren vom Hausarztmodell 22
Martina Gottburg

Praxistipps Hausarztmodell 23
Caroline Fröhli und Martina Gottburg

QCare – Verbesserung der Behandlungsqualität
von Diabetes-Patienten leichtgemacht 24
Fragen an Dr. med. Beat Köstner-Mösching

DEFACTO | Die letzten Seiten

«Was macht die Arbeit für Sie im Gefängnis besonders?» 26
Interview mit Dr. med. Bidisha Chatterjee



Dr. med. Corina Omlin

Als die DEFACTO-Redaktion vor einigen Monaten beschloss, das Thema «Besondere Patienten in der Hausarztpraxis» zum Schwerpunkt der Nr. 1/23 zu machen, war noch nicht absehbar, wie komplex das Thema ist, denn der Begriff «der besondere Patient – die besondere Patientin» ist kaum eingrenzbar und kann im Prinzip auf alle Patienten angewendet werden, die nicht der Norm entsprechen.

Was, wenn der Arzt zum Patienten wird? Diese für den Patienten und Arzt besondere Situation schildert uns Angelo Barrile, ein Hausarzt und Politiker, der an einem aggressiven Lymphom erkrankt ist. Ein Arzt, der sich einer besonderen Patientengruppe verschrieben hatte, ist der inzwischen pensionierte Dr. med. André Seidenberg. In seiner Hausarztpraxis fanden sich neben Diabetikern und Hypertonikern Drogensüchtige, Prostituierte und an HIV Erkrankte.

Ein wichtiger Aspekt besonderer Patienten wurde während den Vorbereitungen zu dieser Ausgabe dank einer Diskussion mit Dr. theol. Ruth Baumann-Hölzle beleuchtet: die Urteilsunfähigkeit, respektive Urteilsfähigkeit. Sie sagte u.a.: «Die Urteilsfähigkeit bezieht sich immer nur auf eine bestimmte Fragestellung in einer konkreten Situation. Urteilsfähigkeit ist weder an Mündigkeit noch an Handlungsfähigkeit gebunden. Es gibt aber dauerhaft urteilsunfähige Patientinnen und Patienten, die entweder einmal urteilsfähig waren oder seit Geburt nie urteilsfähig waren.» Unter dem Titel «Ärztliche Therapiebeziehungen auf Augenhöhe» schrieb Frau Baumann-Hölzle einen wichtigen Text über die Arzt-Patienten-Beziehung bei Urteilsfähigkeit, resp. -unfähigkeit. Vielen herzlichen Dank!

Was ist besonders an einer Konsultation mit urteilsunfähigen Patienten? Wie kommt Gregor Dufner als Heimarzt zur richtigen Diagnose und Therapie, die den Patienten wirklich hilft? Einen sehr persönlichen Einblick als sorgender Angehöriger gibt uns Bernhard Stricker, dessen Schwägerin Trisomie 21 hatte, und welche Schwierigkeiten die medizinische Versorgung mit sich brachte.

All diese Patienten haben eines gemeinsam: Sie benötigen einen Arzt, eine Ärztin, der oder die sie regelmässig betreut und gemeinsam mit den Verantwortlichen den Patientenwillen erahnen kann, um eine gut funktionierende medizinische Betreuung zu gewährleisten. Und hier sind die Hausärztinnen und Hausärzte gefragt! Um die Kosten zu dämpfen, gute medizinische Qualität und Versorgung zu gewährleisten, dafür setzt sich Argomed 2023 ein, insbesondere fürs Hausarztmodell. Warum besondere Patienten davon profitieren und was die MPK-Sprechstunde verbessern kann, lesen Sie im Argomed-Teil.

Vorstellen wird Ihnen Dr. med. Beat Köstner-Mösching die Software QCare, welche die Behandlung von Diabetikern in der Praxis vereinfachen soll. Die letzte Seite widmen wir einer besonderen Ärztin – Dr. med. Bidisha Chatterjee. Ihre Patienten leiden an ganz gewöhnlichen Beschwerden, doch verbüssen sie alle eine Haftstrafe. Wir werfen einen Blick hinter Gitter. Sollten Sie einen Patienten für eine gastroenterologische Prozedur anmelden und es besteht eine Thrombozytenaggregationshemmung oder Antikoagulation, finden Sie im Medizinteil die Empfehlungen der Schweizerischen Gesellschaft für Gastroenterologie.

Wir wünschen Ihnen viel Freude mit dieser Ausgabe und freuen uns über Kommentare, Fragen oder Rückmeldungen.

Dr. med. Corina Omlin
DEFACTO-Redaktion

Ärztliche Therapiebeziehung auf Augenhöhe

Die ärztliche Therapiebeziehung mit Patientinnen und Patienten orientiert sich heute am Grundsatz des «Shared-Decision-Making»¹, einem Modell, in dem Ärztin und Patient gemeinsam entscheiden. Was bedeutet das für Menschen, die nicht urteilsfähig sind? Der folgende Artikel beschreibt die Voraussetzungen und Herausforderungen einer partnerschaftlichen ärztlichen Therapiebeziehung mit urteilsfähigen Patientinnen und Patienten und urteilsunfähigen, bzw. deren Stellvertreterinnen und -vertretern.



Dr. theol. Ruth Baumann-Hölzle

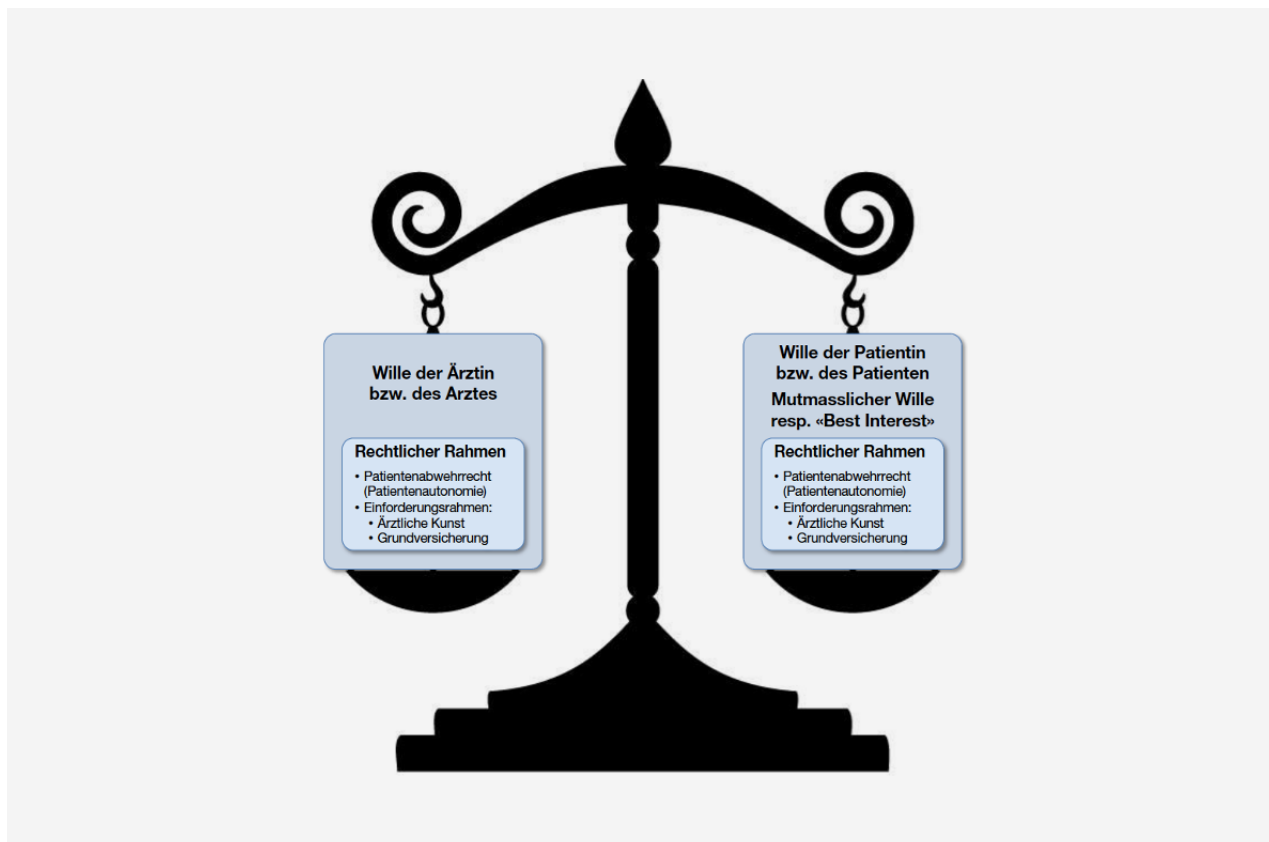
Ärztliche Therapiebeziehung mit urteilsfähigen Patientinnen und Patienten

Rechtlich darf nicht mehr der Arzt oder die Ärztin – ausser im Notfall oder in dringlichen Situationen – stellvertretend entscheiden, sondern die Patientin und der Patient müssen ihre «informierte Zustimmung» zu einer Behandlung gemäss ihren Wertvorstellungen geben können. Weil sich die Patientin aufgrund ihrer Erkrankung in einer besonderen Abhängigkeitssituation gegenüber dem Arzt befindet, ist es die ärztliche Pflicht, die Patientin zu einer informierten Zustimmung zu befähigen und den Entscheidungsfindungsprozess zu moderieren.

Therapeutische Massnahmen müssen wirksam und aussichtsvoll sein. Unwirksame und aussichtslose Therapien darf der Arzt nicht anwenden und die Patientin auch nicht einfordern. Letztlich entscheidet die Patientin, inwiefern sie wirksame Therapiemassnahmen anwenden will oder nicht.

Auch die Ärztin befindet sich in einem Abhängigkeitsverhältnis des Patienten. Für eine angemessene Therapie muss sie den Lebensentwurf und die Lebenswelt des Patienten kennen, denn diese sind für die Frage der ethischen Angemessenheit entscheidend. Grundsätzlich hat jede Patientin aufgrund ihres Autonomieanspruchs das Recht, jegliche

Therapie abzulehnen. Genauso hat der Arzt das Recht, Therapien abzulehnen, die er nicht mit seinem Gewissen vereinbaren kann. Aufgrund dieser rechtlichen Voraussetzungen wird die Therapiebeziehung nach dem Modell des «Shared-Decision-Making» gestaltet. Bei diesem Prozess wird gemeinsam nach bestmöglichen Therapieentscheidungen gesucht. In einfachen Situationen verläuft dieser Prozess wenig reflektiert ab. Die Entscheidungen werden selbstverständlich getroffen. In komplexen Krankheits- und Lebenssituationen können unterschiedlichste Wertespannungen auftreten. Beispielsweise können Möglichkeiten zur Lebenserhaltung in Spannung geraten mit der Lebensqualität der Patientin oder sie verweigert – für die Ärztin nicht nachvollziehbar – selbstverständliche Therapiemöglichkeiten. In diesen Situationen wird bewusst um gutes Entscheiden und Handeln mittels ethischen Güterabwägungen gerungen. Dieses Ringen ist ein gegenseitiger Befähigungsprozess, bei dem sowohl die Patientin und auch der Arzt urteilsfähig werden, um eine angemessene Therapieentscheidung treffen zu können. Es gilt, eine Balance zwischen den Berufsverpflichtungen des Arztes auf der einen Seite und dem Willen des Patienten auf der anderen Seite zu finden. Arzt und Patient müssen sich gegenseitig zur Urteilsfähigkeit befähigen.



Grafik stammt aus dem Bericht Gregorowius, Daniel; Kalbermatten-Casarotti, Patrizia; Baumann-Hölzle, Ruth (2023): «Inklusive Medizin – Unterstützung von Menschen mit Beeinträchtigungen in der ambulanten und stationären medizinischen Behandlung, Pflege und Betreuung» (in Print) Unter Mitarbeit von Karin Hagmann, Esther Hilbrands, Florian Menzinger, Beat Knecht, Giovanni Fantacci, Andreas Fischer, Maya Greuter-Völkle, Christian Lohr, Pia Pfenniger, Maria Schwatlo, Judith Seitz, Susanne Weber, Rahel Widmer und Stefanie Wilmes. 1. Auflage. Stiftung Dialog Ethik; Zürich. Stiftung Wagerenhof – Raum für Menschen mit Beeinträchtigung; Uster. Stiftung Wohnraum für jüngere Behinderte (W.F.J.B.); Oberrieden. Schweizerische Stiftung für das cerebral gelähmte Kind; Bern.

Urteilsfähigkeit

Urteilsfähigkeit ist im Gegensatz zur Mündigkeit oder auch administrativer Handlungsfähigkeit nicht einfach gegeben, sondern das Ergebnis eines Befähigungsprozesses. Urteilsfähigkeit bezieht sich stets auf einen konkreten Sachverhalt zu einem bestimmten Zeitpunkt. Dies bedeutet, dass beispielsweise auch Kinder oder Menschen mit einer Demenzerkrankung in Bezug auf gewisse Fragestellungen urteilsfähig sein können. Umgekehrt können auch mündige und administrativ Handlungsfähige urteilsunfähig sein. Zur Urteilsfähigkeit in der medizinischen Praxis hat die Schweizerische Akademie für medizinische Wissenschaften eine Richtlinie und dazu ergänzend Hilfsmittel zur Evaluation und Dokumentation erstellt.²

Urteilsfähigkeit setzt sich aus vier Komponenten zusammen, die kumulativ erfüllt sein müssen:

- 1) Wissensfähigkeit
- 2) Wertungsfähigkeit
- 3) Willensbildungsfähigkeit
- 4) Willensumsetzungsfähigkeit

Urteilsfähige Menschen müssen wissen, um was es geht. Dieses Wissen müssen sie gemäss ihrem Lebensentwurf bewerten, dann einen Willen bilden und zum Schluss ihren Willen auch umsetzen können. Gemäss diesen vier Kriterien sind beispielsweise suchtkranke Menschen eigentlich nicht urteilsfähig im Hinblick auf ihr Suchtmittel. Meist wissen sie um die negativen Auswirkungen ihres Suchtverhalten, dieses passt oftmals nicht in ihre Vorstellungen von einem

guten Leben, sie wollen eigentlich keine Suchtmittel konsumieren, doch sie können ihren Willen nicht umsetzen.

In der ärztlichen Therapiebeziehung mit den Patientinnen und Patienten hat die Ärztin das medizinische Sachwissen und eigene Wertvorstellungen darüber, welche medizinischen Massnahmen einem Patienten angemessen sind. Von Rechtes wegen aber sind nicht ihre eigenen Wertvorstellungen entscheidend, sondern diejenigen des Patienten. Die Ärztin hat die Aufgabe zu erfahren, was den Patientinnen und Patienten wichtig ist.³ Eine besondere Herausforderung bei medizinischen Behandlungsentscheidungen sind Patientinnen, die nicht zur Urteilsfähigkeit befähigt werden können.

Ärztliche Therapiebeziehung in Situationen der Urteilsunfähigkeit

Können Patientinnen nicht zur Urteilsfähigkeit befähigt werden, so übernimmt an ihrer Stelle ihre rechtliche Stellvertretung die Verantwortung für den Entscheidungsfindungsprozess im Rahmen der ärztlichen Therapiebeziehung. In dieser Situation spricht man von «substituted shared-decision-making»⁴. In der Schweiz ist die Stellvertretung des Patienten oder der Patientin über die Gesetzeskaskade im Kindes- und Erwachsenenschutzrecht in Artikel 378b Abs. m1 ZGB geregelt⁵:

1. die in einer Patientenverfügung oder in einem Vorsorgeauftrag bezeichnete Person;
2. der Beistand oder die Beiständin mit einem Vertretungsrecht bei medizinischen Massnahmen;
3. wer als Ehegatte, eingetragene Partnerin oder eingetragener Partner einen gemeinsamen Haushalt mit der urteilsunfähigen Person führt oder ihr regelmässig und persönlich Beistand leistet;
4. die Person, die mit der urteilsunfähigen Person einen gemeinsamen Haushalt führt und ihr regelmässig und persönlich Beistand leistet;
5. die Nachkommen, wenn sie der urteilsunfähigen Person regelmässig und persönlich Beistand leisten;
6. die Eltern, wenn sie der urteilsunfähigen Person regelmässig und persönlich Beistand leisten;
7. die Geschwister, wenn sie der urteilsunfähigen Person regelmässig und persönlich Beistand leisten.

An erster Stelle müssen die Inhalte einer Patientenverfügung umgesetzt werden, sofern keine Indizien dagegen sprechen, dass die Patientin ihren Willen geändert haben könnte. Die Stellvertretung muss sich stets am schriftlich verfassten Willen des urteilsunfähigen Patienten oder Patientin orientieren. Bei Fragen, die die Patientenverfügung nicht abdeckt, kommt der mutmassliche Wille des Patienten oder der Patientin zum Tragen. Die grösste Herausforderung sind Situationen, in denen keinerlei Willensäusserungen des Patienten vorliegen. In diesem Fall wägt die Stellvertretung gemeinsam mit der behandelnden Ärztin die besten Interessen des Patienten ab. Hierbei spielen die medizinische Diagnose und die Prognose eine wichtige Rolle und auch die Wertvorstellungen der Lebenswelt des Patienten.

Solche Entscheidungsfindungsprozesse brauchen Raum und Zeit. Angesichts des Personal- und Zeitmangels sind sie sehr schwierig umzusetzen. Erschwerend kommt das Anreizsystem des Gesundheitswesens hinzu, welches die Mengenausweitung von lukrativen Behandlungen fördert, was zu Fehlversorgung führen kann.

Dr. theol. Ruth Baumann-Hölzle

Dr. theol. Ruth Baumann-Hölzle leitet das Institut der Stiftung Dialog Ethik in Zürich. Sie war 13 Jahre lang in der Nationalen Ethikkommission für Humanmedizin und ist Mitglied der Kantonalen Ethikkommission des Kantons Zürich. Sie ist Expertin für Ethik in Organisation und Gesellschaft und Autorin zahlreicher Publikationen.

Quellen:

¹ Vgl. Gilles Labarthe (2023): Was möchte diese Patientin eigentlich? In Schweizerische Ärztezeitung 2023; 104(3):71-73

² <https://www.samw.ch/de/Ethik/Themen-A-bis-Z/Beurteilung-der-Urteilsfaehigkeit.html>

³ Vgl. Gilles Labarthe (2023): Was möchte diese Patientin eigentlich? In Schweizerische Ärztezeitung 2023; 104(3):71-73

⁴ <https://www.qld.gov.au/health/support/end-of-life/advance-care-planning/legal/decision-makers>

⁵ <https://www.sz.ch/departement-des-innern/amt-fuer-kindes-und-erwachsenenschutz/kesi/erwachsenenschutz/vertretung-bei-urteilsunfaehigkeit.html/72-416-387-383-4274-5196-5202-5210>

INTERVIEW MIT DEM HAUSARZT ANGELO BARRILE

«Je weniger ich als Arzt, sondern als Patient in meine Therapie gehe, umso grösser ist die Chance einer Heilung»



Angelo Barrile

DEFACTO: *Im Dezember 2020 wurde bei Ihnen ein aggressiver Lymphdrüsenkrebs festgestellt. Wie geht es Ihnen heute?*

Angelo Barrile: Es geht mir gut, auch wenn noch viel Verbesserungspotenzial besteht. Was das Lymphom betrifft, bin ich zufrieden. Auch die letzte PET-CT-Untersuchung vom November hat keine Krebsaktivität nachgewiesen. Trotzdem bin noch weit davon entfernt, mich als «gesund» zu bezeichnen.

Bei der Diagnosestellung war der hochaggressive Krebs bereits relativ fortgeschritten und hatte bereits bleibende Gewebsschädigungen – insbesondere einiger Nerven – verursacht. Zudem war eine intensive und aggressive Chemotherapie notwendig, die ebenfalls ihre Spuren hinterlassen hat. Ausserdem leide ich auch an Long Covid. Als Folge von all dem bin ich in meiner physischen aber auch kognitiven Leistungsfähigkeit noch eingeschränkt. Insbesondere spüre ich die Fatigue mit der schnellen Ermüdbarkeit manchmal mitten im Tag, Wortfindungs- und leichte Gedächtnisstörungen, Blutdruckschwankungen, Abdominalschmerzen und auch die Polyneuropathie an Händen und Füssen.

Aber wenn ich zurückblicke, wie es mir vor zwei Jahren ging, bin ich äusserst dankbar und zufrieden. Ich habe gelernt, damit umzugehen, meine Grenzen zu akzeptieren. Ich nehme jeden Tag als Geschenk an, so wie er ist und versuche das Beste daraus zu machen.

Wie haben Sie vor zwei Jahren auf diese erste Diagnose reagiert?

Ich war wegen starken Bauchschmerzen und Fieber über 39° auf dem Notfall des Triemlispitals. Als mir die Diagnose mitgeteilt wurde, inklusive den CT-Bildern mit Tumoren im Bauch bis zu 20 cm Durchmesser, kam ich mir vor wie im falschen Film. Von einem Moment auf den anderen war mein Leben auf den Kopf gestellt, es ging nur noch ums Überleben. Alles andere wurde zweitrangig. Das war brutal! Mein Leben war vorher wie eine Fahrt ohne Sicherheitsgurt auf der Autobahn, Studium, Beruf, Politik – immer volle Fahrt voraus. Und plötzlich kommt ein Vollstopp. Du wirst durch die Windschutzscheibe auf die Fahrbahn geschleudert und bleibst schwer verletzt liegen. Nachdem ich 44 Jahre lang Raubbau an meinem Körper und meiner Gesundheit betrieben hatte, musste ich wieder neu starten. Langsam aufstehen, mich umschaun und wieder lernen, einige Schritte zu Fuss zu gehen.

Wie hat sich Ihr medizinisches Wissen als Hausarzt bei der Bewältigung der Situation ausgewirkt? Hat es Ihnen eher geholfen oder die Situation eher verschlimmert?

Bereits am Tag der Diagnose wurde mir bewusst, dass mein Wissen über Lymphome nur marginal war. Zudem ist mein Mann kein Mediziner. Ich habe bewusst darauf verzichtet, sofort zu recherchieren, googlen oder sonst auf anderem Weg fachliche Informationen zu holen. Wir wurden vom Behandlungsteam informiert, lasen Patientenbroschüren und vertrauten den onkologischen Spezialistinnen und Spezialisten. Es hat mir sehr geholfen, nicht die «fachliche Verantwortung» überneh-

men zu müssen. So konnte ich mich auf anderes konzentrieren, beispielsweise auf das Verarbeiten der Situation, aber mich auch auf den möglichen Tod vorbereiten.

Das ärztliche Denken hat mir auch geholfen, die Therapie besser zu akzeptieren. Der Chemo-Cocktail bewirkte einiges in meinem Körper. Und so versuchte ich bei meinen Beschwerden zu verstehen, was dahintersteckt, wie mein Körper reagiert und so zusammen mit den Medikamenten den Krebs bekämpft. Ich habe mir das teilweise bis auf die mikroskopische Ebene bildlich vorgestellt, wie die entarteten Zellen markiert, zerstört und abgebaut wurden, als Ursache für meine Schmerzen, das Fieber und so weiter. Ich hatte volles Vertrauen in die Schulmedizin und wusste, nur sie kann – wenn überhaupt – noch mein Leben retten.

Mir war bewusst, je weniger ich als Arzt, sondern als Patient in meine Therapie gehe und ihr vertraue, umso grösser ist die Chance einer Heilung.

Würden Sie heute – exakt zwei Jahre nach der ersten Diagnose – nochmals gleich handeln?

Das meiste würde ich wieder so machen, insbesondere was die Therapie und der Umgang mit Krankheit und dem Leben betrifft.

Sicherlich aber würde ich einiges am Leben vor dem Krebs ändern. Viel zu lange wusste ich zwar, dass mein Lebensstil und meine vielen Verpflichtungen mir nicht guttun. Dass es nicht richtig ist, jahrzehntelang sich selber und den Körper auszubeuten und sich vorzunehmen, später dann im Ruhestand das Leben zu geniessen. Meinen Patientinnen und Patienten habe ich das zwar immer gesagt, selber aber sehr ungesund gelebt. Aber es ist nie zu spät, ich tue es halt einfach jetzt...

Auf jeden Fall würde ich nicht mehr so lange warten, wenn es mir nicht gut geht. Meine Beschwerden und

Alarmsymptome habe ich zu lange nicht ernst genommen oder auf den Stress zurückgeführt, sodass die Krebsdiagnose sehr spät gestellt wurde. Es war falsch, mich selber irgendwie durchwurseln zu wollen, ohne ärztliche Hilfe von anderen zu holen.

Wenn ich aber auf die letzten zwei Jahre zurückblicke, bin ich äusserst zufrieden – und dankbar! Ich würde wieder ins Triemli gehen und dem Team mein Leben anvertrauen. Die Schulmedizin mit der modernen Onkologie geniesst mein Vertrauen, sie hat mein Leben gerettet. Aber als Patient genügte mir das nicht. So entdeckte ich die integrative Onkologie. Was für ein Glück! Dank den ergänzenden Angeboten im USZ habe ich die Mind Body Medicine kennen gelernt. Sie hat mir als Patient enorm geholfen und tut es weiterhin. Sie hat es mir so fest angetan, dass ich mich in diesem Bereich weiterbilde.

Wie haben Sie die Chemotherapie erlebt – und durchgestanden?

Das fortgeschrittene Stadium des Lymphoms erforderte eine aggressive Behandlung. Mir wurde jeweils während fast einer Woche stationär ein «Chemococktail» dauerinfundiert, die Dosen wurden teilweise bei jedem Zyklus erhöht. Dies zerrte stark an meinen Kräften und laugte mich zunehmend aus. Mein Immunsystem war durch die Immuntherapie und die chemoinduzierten Neutropenien stark geschwächt. Anfang März musste ich wegen eines Abszesses notfallmässig operiert werden, hatte kaum noch Überlebensenergie und war überzeugt, dass ich den vierten Chemozyklus nicht überleben würde. In dieser Zeit hatte ich eine Nahtoderfahrung. Für diese wunderbare Erfahrung bin ich unendlich dankbar.

Was hatte das für Folgen? Sind Sie durch diese Nahtoderfahrung ein spiritueller Mensch geworden? Oder waren Sie es vorher schon?

Früher war ich gläubig, ging als Kind und Jugendlicher bis zu meinem Coming-out



Mein Verhältnis zum Tod hat sich dadurch stark verändert. Ich habe keine Angst mehr vor dem Tod, er gehört zum Leben wie die Geburt, das Essen und das Schlafen. Wohlgemerkt, ich liebe mein Leben und hoffe, dass es noch eine schöne Weile dauert. Aber nach dem Tod erwartet uns etwas Wunderbares!

Jeder Tag könnte der letzte sein. Ich nehme ihn als Geschenk und nutze ihn bestmöglich.

Wie hat diese Krebs-Erfahrung Ihre Lebensplanung verändert?

In meinem Leben hat sich viel verändert, ich hatte enorm grosses Glück. Als Cancer survivor ist mir aber auch bewusst, dass sich jederzeit wieder alles ändern kann. Der Krebs könnte jederzeit wieder auftreten. Die Prognose ist schwer zu interpretieren, weil es sich dabei um Statistiken handelt und nichts über die einzelne Person ausgesagt wird. Die Statistik besagt, dass bei «meinem» Lymphom und dem Stadium nach fünf Jahren weniger als 30 % noch leben.

Durch meine «Krebs-Erfahrung» wurden zentrale Prozesse in Gang gesetzt, die mich prägen und hoffentlich zu einem besseren Menschen machen, als ich es vorher war. Meine Prioritäten haben sich verschoben. Ziel ist es nicht mehr, möglichst viel zu erledigen, vielmehr versuche ich jeden Tag zu spüren, wo meine physischen und zeitlichen Grenzen sind, um meine Prioritäten richtig zu setzen. Ich musste lernen, zu vielem «nein» zu sagen, obwohl ich es gerne tun würde, weil mir die Energie oder die Zeit dafür fehlt. Es bleibt für mich immer noch schwierig, meine Grenzen und Schwächen anzuerkennen und zu akzeptieren, aber es gelingt mir immer besser.

Das klingt nach einem «versöhnlichen» und empathischen neuen Lebensstil...

Ja, heute bin ich viel dankbarer und zufriedener, als ich es früher war. Materielles ist weniger wichtig. Zwar bin ich kein vollständig neuer Mensch geworden, aber gewisse Charakterzüge von

auch regelmässig in die Kirche. Aber seit meiner Erkrankung und der Nahtoderfahrung bin ich so gläubig und spirituell wie noch nie im Leben. Trotzdem würde ich mich nicht als religiösen Menschen im traditionellen Sinn bezeichnen. Das biblische Bild von Gott, Himmel und Hölle, wie ich es früher hatte, stimmt für mich nicht mehr. Was ich kennenlernen und erfahren durfte, entspricht eher einer unbeschreiblichen Kraft, einer unendlichen, bedingungslosen Liebe, die wir empfangen und weitergeben dürfen. Sie bestimmt nun mein Leben und dient mir als «innerer Leitstrahl», an dem ich mich orientieren möchte.

mir haben sich verstärkt, andere treten in den Hintergrund. Ich fühle mich viel stärker als früher meinen Mitmenschen verbunden, sehe das Gute in ihnen und bin deutlich mitfühlender geworden. Für andere da zu sein, zu helfen, zu heilen steht im Vordergrund. Die Liebe, die ich während der Krankheit von meinem Umfeld und in meinem Nahtoderlebnis erfahren durfte, möchte ich weitergeben.

Im Gegenzug fällt es mir deutlich schwerer zu sehen und zu akzeptieren, wie häufig Menschen aus Hass, Wut oder Angst bewusst und gezielt anderen schaden. Wir müssen wieder lernen, aufeinander zuzugehen, miteinander zu sprechen und uns gegenseitig zu unterstützen.

Wie haben Sie sich selbst als Patient erlebt?

Mir wurde gesagt, ich sei ein angenehmer, aufgestellter Patient gewesen. Aber das kann ich selber nicht beurteilen. Es war jedenfalls entlastend, die Arztrolle abzulegen und nur Patient sein zu dürfen. Trotzdem habe ich die Situation sicherlich anders bewältigt, als wenn ich kein Arzt gewesen wäre. Beispielsweise hatte ich volles Vertrauen in das Behandlungsteam, sah, wie das Personal äusserst professionell und zugleich menschlich mit uns Patientinnen und Patienten umging, trotz ihrer hohen Belastung und dem Arbeitsdruck. Dies gelang mir vor allem, weil ich die Abläufe im Spital kenne und mir vorstellen konnte, wie viel Arbeit für mich geleistet wurde.

Inwiefern fliesst diese Erfahrung in Ihre Arbeit als Hausarzt ein?

Meine Erfahrung als Patient beeinflusst ganz klar auch meine Arbeit, das merke ich bereits jetzt. Auf der einen Seite kenne ich die Sorgen und Ängste vieler kranken Menschen, insbesondere solcher, die sich mit dem Tod konfrontiert sehen, aus eigener Erfahrung. Dies ermöglicht es mir, proaktiv Themen oder Ängste anzusprechen, die ich im Gespräch herausspüre, aber nicht direkt

verbalisiert werden. Auf der anderen Seite ist mir aufgefallen, dass auch die Patientinnen und Patienten anders mit mir sprechen, gerade beim Thema Tod und Sterben. Sie fühlen sich von mir besser verstanden als beispielsweise von ihrer Familie. Klar war das auch früher immer wieder Thema in der Sprechstunde, aber entweder spüren die Patientinnen und Patienten, dass ich mich intensiv mit diesen Themen befasst habe oder sie gehen aufgrund meiner Biografie davon aus.

In der Sprechstunde bin ich als Mensch deutlich spürbarer als früher, bin mehr in der Rolle des Begleiters und Beraters als in der des «Heilers» und Therapievermittlers. Für mich zeigt das ganz schön, dass nur schon meine innere Einstellung und die Art, wie ich den Menschen begegne, sich unmittelbar auf meine Sprechstunde auswirkt, sogar bei denen, die mich früher nicht gekannt haben und meine Krebsgeschichte nicht kennen.

Die Leserinnen und Leser dieses Interviews sind fast alles Hausärztinnen und Hausärzte. Gibt es eine Botschaft, eine Erkenntnis oder ein Wunsch, die Sie (aufgrund Ihrer Krankheitserfahrung) diesen weitergeben möchten?

Das ist gar nicht so einfach. Vielleicht die Tatsache, dass wir unbedingt auch zu uns schauen müssen und das vorleben, was wir den Patientinnen und Patienten empfehlen, damit wir gesund bleiben und glaubwürdig sind. Wir müssen lernen, Prioritäten zu setzen und unsere Energie auch im Beruf effizient einzusetzen. Das gelingt wohl nur, wenn wir dem Druck widerstehen, alles selber erledigen zu müssen, sämtliche Erwartungen zu erfüllen und auch mal zugeben, wenn wir etwas nicht wissen oder können. Unseren Patientinnen und Patienten nützen wir am besten, wenn wir zufrieden, gesund und erholt sind.

Die Fragen stellte Bernhard Stricker, lic. phil., Redaktor DEFACTO

Angelo Barrile kam 1976 als Sohn einer italienischen Arbeiterfamilie in Winterthur zur Welt und wuchs in Pfungen auf. Er studierte Medizin, wurde Hausarzt und arbeitet heute in einer Gruppenpraxis in Zürich. Seit 2015 sitzt Barrile zudem für die SP im Nationalrat. Ausserdem ist er Präsident des VSAO Schweiz.

Ende 2020 erkrankte er an einem aggressiven Lymphom und entkam knapp dem Tod. Barrile lebt in einer eingetragenen Partnerschaft und wohnt in Zürich.

Menschen mit Beeinträchtigung sind besonders

Anamnese und Befund bilden den Hauptpfeiler unserer hausärztlichen Diagnostik. Was passiert, wenn dieser Hauptpfeiler bröckelt und diffus wird? Menschen mit Beeinträchtigung – früher Menschen mit Behinderung genannt – können zum Teil keine Angaben machen und sich auch nicht gezielt äussern. Im Rahmen meiner Heimarztstätigkeit treffe ich dieses Problem alltäglich. Sind es im Spital auf der Inneren Medizin hauptsächlich Apoplexien und andere neurologische Störungen, auch mal ein Delir oder eine Trisomie 21, so begegne ich hier auch deutlich selteneren Erkrankungen.

Das Besondere: medizinische Aspekte

Kennen Sie das Rett-Syndrom? Das West-Syndrom? Das Warfarin-Syndrom? Das Angelmann-Syndrom? Das Double Cortex Syndrom? Das Mowat Wilson Syndrom? Das Silver Russel Syndrom? Oder eher die Tuberoöse Sklerose? Mukopolysaccharidosen? Glykogenosen? Wenn Sie jetzt glauben, zu viele Vorlesungen an der Uni verpasst zu haben, so können Sie beruhigt sein. Es handelt sich hier um seltene bis sehr seltene Erkrankungen (rare diseases). Die Ursachen sind vielfältig, häufig jedoch genetischer Natur. Dies kann von Malformationen bis zu pathologischen Stoffwechselforgängen führen. Erworbene Formen der Beeinträchtigung findet man insbesondere peripartal, postinfektiös oder posttraumatisch. Aber auch bei Verwahrlosung. Nicht selten allerdings besteht die Diagnose aus einem allgemeinen Entwicklungsrückstand unklarer Ätiologie mit kognitiver und sprachlicher Retardierung mit oder ohne weitere Dismorphien. Eine immer häufiger bei uns in Erscheinung tretende Patientengruppe umfasst den Autismus. Nicht alle Ursachen sind geklärt. Hauptgründe dafür dürften einerseits die Kosten für diese Spezialanalysen und die Frage der Kostenübernahme, andererseits eine fragliche therapeutische Konsequenz sein. Während bei den meisten genannten Erkrankun-

gen mehr oder weniger stark ausgeprägte kognitive Einschränkungen und Entwicklungsretardierungen vorliegen, ist die kognitiv-intellektuelle Funktion bei anderen Menschen mit Beeinträchtigung völlig normal. Hier sei beispielhaft die Muskeldystrophie Duchenne oder die MMC (Myelomeningocele) erwähnt.

Das Besondere: Anamnese

Wir kennen die Schwierigkeiten der Anamnese: Die Antwort kann ungenau, schwammig, wenig reflektiert, wenig sensitiv oder pedantisch, zu selbstbeobachtend sein. Vieles hängt von unserer Fragkunst ab: Eine Kunst übrigens, die nie ausgelernt ist. Bei Menschen mit zerebraler Beeinträchtigung fallen auch diese Hilfsmittel der Anamneseerhebung weg. Es bleibt die Fremdanamnese, die Beobachtung, die Messung der Vitalparameter und die klinische Untersuchung. Beobachtungen werden von der Pflege wahrgenommen. Sie sind täglich um die Betroffenen herum und nehmen Veränderungen am sensibelsten wahr. Dies kann zum Beispiel im Rahmen der Körperpflege oder im Alltagsleben auf den Wohneinheiten auftreten. Leider lässt sich die Wahrnehmung der Pflege oft nicht in eindeutige (medizinische) Symptome ummünzen.

Das Besondere: Befund

«Sie hat Schmerzen in der Hüfte.» Wenn

mir dies berichtet wird, so versuche ich zuerst, entlegene Gelenke zu untersuchen, palpieren und vorsichtig, dann immer etwas intensiver zu bewegen, um prinzipiell ein Gefühl für die Reaktion zu erhalten. Stimmt die vermutete Schmerzregion mit dem Untersuchungsbefund überein, so ist in der Regel ein Röntgenbild nötig. Gerade Hüftluxationen sind hier nicht selten, aber auch traumatische Läsionen im Rahmen erethischer, epileptischer oder autoaggressiver Störungen. Blutanalysen können weiterhelfen. Gerade bei Kindern sind Venenpunktionen leichter zu verordnen als durchzuführen, sodass hier zwischen bedachtsamem und aggressivem Vorgehen abgewogen werden muss. Der Grad und die Geschwindigkeit der Abklärungen sind immer individuell und damit auch für uns immer neu und einzigartig. Das macht es interessant, aber auch anspruchsvoll. Gerade bei Beschwerden am Bewegungsapparat wird nicht selten eine ausgedehnte radiologische Abklärung nötig, was für Patienten mit Beeinträchtigung eine zusätzliche Stresssituation bedeutet. So kann am Schluss ein Schulterschmerz durchaus in einer Vorderarmfraktur, ein Hüftleiden in einer suprakondylären Femurfraktur münden.

Das Besondere: Folgeerkrankungen

Hier am eindrücklichsten sind die Folgen

der Immobilisation. Nebst den aufwändigen pflegerischen Aspekten gibt es auch spezifische Folgen der Immobilisation: osteoporotische Frakturen bereits bei Kindern und Jugendlichen. Verstärkt wird dies zum Teil durch antiepileptische Medikation.

Das Besondere: Interdisziplinarität

Viele der Bewohner werden interdisziplinär betreut. Neurologen, Orthopäden, Entwicklungspädiater und Psychiater stehen hier im Vordergrund. Daneben stehen Spezialisten aus anderen Fachgebieten (HNO, Dermatologie, Gynäkologie) für Beurteilungen zur Verfügung. Die Zahnbehandlungen und -sanierungen müssen oftmals unter entsprechender Sedation vom Zahnarzt, manchmal auch in Narkose vom Kantonsspital, vorgenommen werden.

Das Besondere: Umfeld

Familien mit Angehörigen mit Beeinträchtigung sind vielerlei zusätzlicher Stressoren unterzogen. Diese können organisatorischer, finanzieller oder auch psychischer Natur sein. Das eigene Kind in eine Institution zur Betreuung abzugeben, ist ein emotional komplexer Vorgang. Der Umgang mit den Ämtern ist zudem zeit- und nervenraubend.

Das Besondere: rare diseases

Eine rasche Suche nach seltenen Erkrankungen ist zum Beispiel auf www.orpha.net möglich. Zum Teil gibt es auch Selbsthilfegruppen. Beispielhaft dafür möchte ich hier das Rett-Syndrom vorstellen. Es handelt sich um eine dominante de-novo-Mutation des MECP2-Gens auf dem langen Arm des X-Chromosom. Dies führt über eine Störung des Cholesterinstoffwechsels. Nach regelgerechter Entwicklung kommt es zwischen 7. Lebensmonat und 2. Lebensjahr zum Entwicklungsstillstand mit teilweisem Verlust bereits erlernter Fähigkeiten. Es zeigt sich ein Bild mit mittelschwerer bis schwerer geistiger Einschränkung mit autistischen Zügen und Sprachanomalien, dazu Krampfanfälle, progressive Muskelsteifheit, Ataxie und wiederkehrende Infek-



Lilly Angelina, 12 Jahre alt, leidet am Rett-Syndrom.

Bildquelle: Verein Kinder mit seltenen Krankheiten KMSK
www.wissensplattform.kmsk.ch

tionen der Atemwege (Haupttodesursache). Die Häufigkeit wird auf 1:15.000 bis 1:10.000 geschätzt. Während männliche Embryonen meist intrauterin sterben, können Frauen mit Rett-Syndrom ein normales Alter erreichen. Typisch ist das Erscheinungsbild mit gefalteten Händen.

Das Besondere: Faszination

Eigentlich ist meine Aufgabe als Hausarzt in dieser komplexen Behandlung eher steinig: Alles ist schwieriger, anspruchsvoller und diffuser als meine sonstige Arbeit in der Praxis. Die Erwartungshaltung von Angehörigen und Betreuenden ist nicht selten ebenfalls besonders, sodass ich um jede medizinische Erfahrung aus der Vergangenheit froh bin. Auch der administrative Aufwand ist besonders: Physio- und

Ergo-Langzeittherapien sind eher die Regel als die Ausnahme. Dies bedeutet Verlaufsberichte an Krankenkassen und Sozialversicherungen, Zeugnisse zum Inkontinenz- oder Hilflosigkeitsgrad und zu bewegungseinschränkenden Massnahmen. Allein deswegen hätte ich wohl kaum Medizin studiert. Was ist denn der Reiz des Besonderen? Entscheidend sind die Vielfalt, das Bunte, Ausgefallene und Liebenswürdige, welche das Besondere umgeben. Und nicht zuletzt die Gewissheit, dass in dieser Situation ein Spezialist für das Allgemeine gebraucht wird.

Dr. med. Gregor Dufner
DEFACTO-Redaktion

Meine behinderte Schwägerin Vreni – eine besondere Patientin

Meine Schwägerin Vreni kam mit einer Trisomie-21-Behinderung auf die Welt und war zeitlebens auf fremde Hilfe angewiesen.

Ich lernte Vreni kennen, als mich meine damalige Freundin – und heutige Ehefrau – erstmals zu sich nach Hause einlud. Dabei lernte ich auch Vreni kennen, die jüngere Schwester meiner Frau, ein «mongoloides» Mädchen, wie man damals sagte, wofür es heute die Begriffe «Trisomie 21» oder «Down Syndrom» gibt.

Für mich war das damals eine komplett neue Welt, ich hatte zuvor noch nie mit behinderten Menschen Kontakt, entsprechend unsicher und hilflos begegnete ich ihr zu Beginn. Vreni konnte – ausser wenigen undeutlich artikulierten Wörtern – nicht sprechen, sie war nicht in der Lage ein eigenständiges Leben zu führen, sie wurde hauptsächlich von ihrer Mutter betreut, auf die Vreni stark fokussiert war. Später kam sie in ein Heim, das auf ihre Bedürfnisse spezialisiert war.

Nach dem Tod ihrer Mutter 2009 (ihr Vater war schon kurz nach ihrer Geburt gestorben) übernahm meine Frau die Beistandschaft, womit ich sehr viel mehr von ihrem alltäglichen Leben mitbekam.

Seither habe ich Vreni immer wieder als eine «besondere» Patientin erlebt, wobei das nicht negativ gemeint ist. Das Besondere bei ihr war ihre Sprachlosigkeit und die damit verbundene Nicht-Kommunikation zwischen ihr und den Ärztinnen, Ärzten und Pflegenden.

Vreni war in keiner Weise urteilsfähig. Es war ihr nur möglich zu sagen, wo es ihr

weh tat, wo sie Schmerzen hatte, nicht aber, wovor sie Angst hatte.

Trotzdem fanden erstaunlicherweise sowohl Ärztinnen und Ärzte, Pflegende, aber auch Vreni immer wieder einen – nonverbalen, spontanen, improvisierten – Weg, mit der Situation irgendwie umzugehen. Vreni war eher selten krank.

Das änderte sich 2015 dramatisch, als Vreni wegen eines Zenker-Divertikels ins Spital musste. Geplant war ein Aufenthalt von drei bis vier Tagen, es wurden schliesslich elf Wochen, die Vreni für immer traumatisiert haben. Sie verstand nicht, was da mit ihr passierte und riss mehrmals ihre Magensonde heraus. Vreni bekam offensichtlich immer mehr Angst, geriet in Panik und widersetzte sich allen Anordnungen und Hilfestellungen.

Dieser Spitalaufenthalt hat Vreni für immer verändert, sie wehrte sich fortan gegen jede Form medizinischer und pflegerischer Hilfestellung. Man konnte ihr nie sagen, dass solche Interventionen zu ihrem Vorteil waren, dass es die Menschen gut mir ihr meinten.

Ihre verminderten kognitiven Fähigkeiten und ihre Sprachlosigkeit machten gesicherte medizinische Interventionen praktisch unmöglich. Ärzte und Pflegende konnten immer nur ahnen (zum Beispiel aufgrund externer Fakten wie z.B. Röntgenaufnahmen), wie es ihr ging und was zu tun ist. Unter diesen Umständen evidenzbasierte Medizin zu praktizieren, blieb letztlich ein unlösbares Dilemma. Gleichwohl erlebte ich die (Haus-)Ärztinnen und -Ärzte, aber auch das Spitalpersonal und Pflegende immer als sehr engagiert und empathisch – und

professionell. Dank ihres medizinischen Wissens konnten sie sich an Diagnose und Therapie «herantappen», auch wenn sie nie ganz sicher sein konnten. Sie wirkten auf mich nicht nur engagiert, sondern auch glaubwürdig, gerade auch dann, wenn sie sich selbst oder auch uns Angehörigen gegenüber eingestanden, dass da manchmal bei ihrer medizinischen Arbeit ein Rest Unsicherheit zurückbleibt.

Ende letzten Jahres ist Vreni überraschend gestorben.

Bei der Abschiedsfeier im Heim, wo Vreni wohnte und lebte, gab es berührende Szenen von ihren Mitbewohnerinnen und -bewohnern, die alle auf ganz eigene Art und Weise ihre Trauer ausdrückten, zuweilen ungewohnt, laut und leise, aber alle spontan, echt und herzlich. Alles irgendwie stimmig, verständlich – und eben besonders.

Ein besonderes Leben ist zu Ende gegangen – und damit hat auch ihre Sprachlosigkeit ein Ende.

Bernhard Stricker, lic. phil.
Redaktor DEFACTO

FRAGEN AN DR. MED. ANDRÉ SEIDENBERG, FACHARZT FÜR ALLGEMEINE MEDIZIN, DROGENFACHMANN UND PIONIER DER NEUEN DROGENPOLITIK IN DER SCHWEIZ

«Gute Medizin auch dort, wo es nicht selbstverständlich erscheint»

Unter besondere Patienten fallen auch diejenigen, die sich am Rande unserer Gesellschaft bewegen, nicht immer unsere Hilfe wollen und trotzdem schwer krank sind. Es wäre ein Einfaches wegzuschauen und sich anderen Patienten zu widmen – davon gibt es schliesslich genug. Einer der bereits zu Zeiten strenger Führungspolitik nicht weggeschaut hat, der sich gegen das System aufgelehnt und sich für Suchtkranke und Randständige eingesetzt hat, ist der Allgemeinpraktiker Dr. med. André Seidenberg.



Dr. med. André Seidenberg

DEFACTO: *Wie sind Sie zur Arbeit mit Suchtkranken gekommen? Was hat Sie daran fasziniert?*

Denken, Bewusstsein und Rausch, also auch Neurophysiologie und Drogen, haben mich seit der Gymnasialzeit interessiert. Auch als junger Arzt war ich noch ein Rebell. Im Spritzenabgabestreit wollten die Behörden ohne medizinisch stichhaltige Argumente die Ärzte als Repressionsinstrumente gegen Drogensüchtige einspannen. Das war mit unserer Generation von Ärzten nicht möglich. Persönlich war ich durch mehrere Rechtsverfahren förmlich gezwungen, mich besonders kundig zu machen.

Welchen Herausforderungen sind Sie dabei begegnet? Was hat Sie besonders berührt?

Die Ignoranz und Überheblichkeit der Ordinarien und der Behörden: Wissenschaftliche Grundlagen und Evidenz waren bezüglich Suchtkrankheiten und auch bezüglich HIV/Aids spärlich. Abstinenz gilt leider auch heute noch oft als Mittel der Wahl gegen jede Sucht. Abstinenz ist das höchste (sogar im Gesetz festgeschriebene) Ziel, ein Dogma und nicht einfach eine mehr oder weniger angemessene Methode. Hunderte von todkranken Patienten wurden in den 80er-Jahren ohne angemessene Behandlung und Palliation im Stich gelassen, viele verendeten auf der Gasse. Bei

Opioidabhängigkeit sind Abstinenz und Entzugstherapien gefährlich und falsch. Mittel der Wahl ist eine Opioidagonisten-Therapie (OAT) mit Methadon oder einem anderen adäquat kontrollierten Opioid. Im ersten Jahr nach Opioidentzug sterben viermal mehr Süchtige als unter Methadonerhaltung. Weniger als 5% der Opioidabhängigen können dauerhaft über mehr als zehn Jahre abstinent bleiben. Eine adäquat kontrollierte OAT ermöglicht ein nach allen Kriterien normales Leben.

Wie haben Sie Ihre Arbeit als Drogenfachmann und als Hausarzt unter einen Hut gebracht? Wie sah ein normaler Arbeitstag in der Praxis aus?

Christian La Roche und ich behandelten in Zürich-Altstetten neben unseren allgemeinpraktischen Patienten Ende der 80er-Jahren 50 Menschen mit Methadon. Viele waren HIV-positiv. Fast jede Woche starb einer unserer Patienten an Aids, Süchtige und viele andere auch. Andreas Roose und ich machten unentgeltliche Sprechstunden in den städtischen Notschlafstellen. Dann kamen die Container von Pfarrer Sieber. Viele ärztliche und nicht ärztliche Berufsleute engagierten sich. Die Spritzenabgabe an die Massen von Heroinabhängigen war 1986 nur rechtlich erkämpft, aber noch lange Jahre nicht nachfragedeckend gewährleistet. Wir machten Busaktio-

nen. Im Winter 1988/89 konnten Peter Grob und Werner Fuchs das staatlich getragene ZIPP-Aids auf dem Platzspitz eröffnen. Täglich wurden dort mehr als 10'000 sterile Injektionsutensilien gegen gebrauchte getauscht.

Der Platzspitz und die Schweizer Drogen Geschichte zeigen exemplarisch: Mafia, Polizei und Justiz organisieren keinen angemessenen Versorgungsmarkt und Drogenrepression destabilisiert die öffentliche Ordnung viel mehr, als dass sie diese herstellt. Entscheidend war, den Opioidabhängigen eine durchgehende Versorgung mit Opioiden in einem normalen, legalen Rahmen anzubieten.

Die niedrighschwellige, nachfragedeckende Methadonversorgung war dabei der «Game Changer». ARUD eröffnete 1992, in den Tagen der Platzspitzschliessung, seine erste Poliklinik ZokL1. Dieses Modell konnte Hunderte von Süchtigen angemessen und nachhaltig versorgen und wurde weit über die Schweiz hinaus kopiert.

Behandlungen mit Heroin wurden im PROVE-Versuch der 90er-Jahre und später leider nie in einem nur durch medizinische Aspekte kontrollierten Rahmen durchgeführt. OAT mit Heroin waren darum nie in der Lage, noch mehr unbehandelte Opioidabhängige in dauerhafte Behandlungen zu bringen. Nur maximal 3% der Süchtigen konnten in diese Programme aufgenommen werden.

Mitte 90er-Jahre war ich der Leitende Arzt der ARUD, später hatte ich wieder eine Allgemeinpraxis am Central in Zürich.

Politisch haben Sie sich jahrelang für Ihre Patienten stark gemacht und unter anderem mit dem Kantonsarzt öffentlich gestritten. Wie ist es dazu gekommen und was hat Sie dazu motiviert, respektive warum haben Sie den Aufforderungen des Kantonsarztes nie Folge geleistet?

Ich habe mich als Arzt immer peinlich

an die Gesetze gehalten. Die Gesetzgebung will der Medizin ermöglichen, alle Menschen angemessen zu behandeln. Das Betäubungsmittelgesetz formuliert explizit «die anerkannten Regeln der medizinischen Wissenschaft» als massgebend. Der damalige Kantonsarzt war Professor für Anatomie. Weder er noch der massgebende Ordinarius für Psychiatrie haben je selbst opioidabhängige Menschen betreut. Ohne gesetzliche oder medizinische Grundlagen und gegen die medizinischen Notwendigkeiten haben sie Erlasse und Weisungen proklamiert. Ich habe vielleicht meinen Mund am weitesten aufgemacht, aber war bei Weitem nicht der einzige Arzt, der sich dagegen wehrte. Der Kantonsarzt wurde deswegen am Ende langer Querelen sogar aus der kantonalen Ärztesgesellschaft Zürich geworfen.

Damals haben Sie sich für Suchtkranke, Schwangerschaftsabbrüche und HIV-Erkrankte eingesetzt. Welches waren damals Ihre Anliegen und was braucht es heute noch?

Ja, alle drei Themen waren in unserer allgemeinmedizinischen Praxis etwas speziell präsent. Mein Motto war «Gute Medizin auch dort, wo es nicht selbstverständlich erscheint». Eine Gesellschaft ist nur so stark, wie es ihr gelingt, Menschen an ihrem Rand in der Gesellschaft zu halten. Die Medizin in der Schweiz war und ist in diesen drei Feldern nicht zufällig stark und sogar vorbildlich. Die Schweiz ist eine offene inkludierende Gesellschaft!

Sie haben auf dem Gebiet der Drogenpolitik Unglaubliches erreicht. Worauf sind Sie besonders stolz und was würden Sie im Rückblick anders machen?

Oh, ich weiss nicht; mehr Gelassenheit gewinnt man meist erst im Alter.

Wie hat Ihre Arbeit Ihr Leben beeinflusst? Was haben Sie aus der Arbeit für Suchtkranke für Ihr Leben gelernt?

Der Rausch ist ein altbekanntes menschliches Phänomen. In der ganzen Mensch-

heitsgeschichte herrschte vorwiegend Mangel. Sucht ist erst seit wenigen Dekaden für jede und jeden möglich und ein uns alle betreffendes Problem geworden. Wir alle sind von irgendetwas abhängig: Nikotin, Alkohol, Schlaf, Beruhigungsmittel, Esssucht, Mager-sucht, Sexsucht, Spielsucht, TV, Handy, Arbeit, Sport, Geld, Machtstreben, Rechthaberei etc. Alle unsere Motivation wird vom Belohnungssystem gesteuert. Es gibt keine Schönheit und keine Wahrheit unabhängig von Dopaminausschüttungen im Nucleus accumbens. Die Korruptierbarkeit unseres Denkens ist offensichtlich. Über Sucht nachzudenken lohnt sich.

Die Leserinnen und Leser dieses Interviews sind fast alles Hausärztinnen und Hausärzte. Gibt es eine Botschaft, eine Erkenntnis oder einen Wunsch, den Sie diesen weitergeben möchten?

Eine gesunde Mischung aus Selbstvertrauen und Skepsis gegenüber dem eigenen Wissen und Können ist für unsere Patienten entscheidend. Es ist nicht immer zum Nutzen unserer Patienten, einen anspruchsvollen Fall an Spezialisten abzugeben. Sucht ist hier oft exemplarisch. Sucht ist ein allgemeinpraktisches Problem.

Die Fragen stellte Dr. med. Corina Omlin, DEFACTO-Redaktion

Dr. med. André Seidenberg, Facharzt für allgemeine Medizin, Drogenfachmann und Pionier der neuen Drogenpolitik in der Schweiz. Er arbeitete nach seinem Studium in Zürich nebst seiner Tätigkeit als Hausarzt auch als Notfallarzt und war Leiter der ARUD (Arbeitsgemeinschaft für risikoarmen Umgang mit Drogen). André Seidenberg leitete diverse Projekte und schrieb Bücher zur Behandlung von Drogensüchtigen. Weiter engagierte er sich für HIV-Erkrankte und setzte sich für Schwangerschaftsabbrüche und Kontrazeption ein. Seit 2018 ist er pensioniert.



MehrFachArzt – das Qualitätsmanagementsystem für Ihre Hausarztpraxis

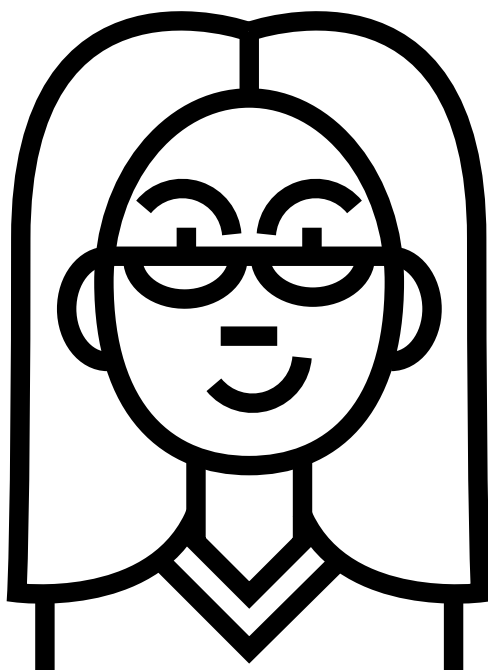
- Wissen Sie, ob Ihre Praxisprozesse optimal, sicher und ausreichend dokumentiert sind?
- Sind Sie umfassend über die aktuellen gesetzlichen Anforderungen informiert?
- Fühlen Sie sich für Inspektionen und Kontrollen Ihrer Praxis gerüstet?

Die Antwort heisst «MFA». Wir begleiten Sie persönlich, kompetent und praxisnah.

+41 56 483 03 20
info@mehrfacharzt.ch
www.mehrfacharzt.ch



Gewusst?



Mit Mepha-Generika sparen Sie doppelt:

- Günstiger Medikamentenpreis
- Tiefer Selbstbehalt



Management von Thrombozytenaggregationshemmern und oraler Antikoagulantien bei gastro-intestinalen Untersuchungen und Therapien

Die schweizerische Gesellschaft für Gastroenterologie (SGG-SSG) hat 2016 eine Übersicht über die Empfehlungen bezüglich der Thrombozytenaggregationshemmung und Antikoagulation vor und nach gastroenterologischen Eingriffen herausgegeben. Dies in Berücksichtigung der internationalen Guidelines und in Zusammenarbeit mit der Gesellschaft für Hämatologie. Die einzelnen Empfehlungen stellen wir Ihnen hier übersichtlich zusammen.

Blutungsrisiko für gastrointestinale Behandlungen

1. Ohne Thrombozytenaggregationshemmer resp. Antikoagulation

Abklärung mittels Standardfragebogen (Verlängertes oder unübliches Bluten? Hämatomneigung? Verlängertes Bluten nach Zahnextraktion/OP, behandlungsbedürftige Menorrhagie, Familienanamnese für Blutungsstörung?) Sollte dieser auffällig sein (2 x mit Ja beantwortet), wird ein hämatologisches Konsil empfohlen.

2. Mit Thrombozytenaggregationshemmern resp. Antikoagulation

	Kein Blutungsrisiko	Kleines Blutungsrisiko	Hohes Blutungsrisiko
	<ul style="list-style-type: none"> • Endoskopie ohne Biopsie • Endosonographie mit Feinnadelspiration • Endoskopische retrograde Cholangiopankreographie (ERCP) ohne Intervention 	<ul style="list-style-type: none"> • Endoskopie mit Biopsie • Endoskopische retrograde Cholangiopankreographie mit Stentersatz • Enteroskopie ohne/mit Biopsie 	<ul style="list-style-type: none"> • Polypektomie • Sphinkterotomie • Sphinterotomie mit grosser Ballondilatation • Dilatation von Stenosen, perkutane endoskopische Gastrotomie • Endosonographie mit Feinnadelaspiration • Laserablation • Argonplasma-Koagulation • Varizenbehandlung • Endoskopische Mukosaresektion (EMR) • Endoskopische Submukosadissektion (EMD) • Ampullenresektion • Hämorrhoidenligatur • Transkutane Leberbiopsie und Feinnadelaspiration

	Kein Blutungsrisiko	Kleines Blutungsrisiko	Hohes Blutungsrisiko
Aspirin	Eingriff möglich	Eingriff möglich*	Eingriff möglich* <ul style="list-style-type: none"> • Bei tiefem thromboembolischem Risiko/Primärprophylaxe: Absetzen erwägen • EMR > 20mm, ESD, Papillektomie, EUS-FNP bei zystischer Läsion, Sphinkterotomie mit grossem Ballon Absetzen erwägen • Leberbiopsie: Absetzen oder transjuguläre Biopsie erwägen
Clopidogrel	Eingriff möglich	Eingriff möglich*	Absetzen oder Wechsel auf Aspirin
ASS + P2Y12 Rezeptor Antagonist	Eingriff möglich	Eingriff möglich**	<ul style="list-style-type: none"> • Tiefes thromboembolisches Risiko: P2Y12-RA pausieren* • Hohes thromboembolisches Risiko: Rücksprache mit Hämatologen/ Kardiologen notwendig bezüglich Absetzen d. P2Y12-RA • ASS immer fortführen
VKA	Eingriff möglich	Eingriff möglich, wenn INR therapeutisch	<ul style="list-style-type: none"> • Tiefes thromboembolisches Risiko: Stoppen, INR < 1.5 • Hohes thromboembolisches Risiko: Stoppen, Bridging mit Heparin
DOAK	Eingriff möglich	Eingriff möglich während Plasma-Talspiegel; Folgedosis auf den nächsten Morgen verschieben	<ul style="list-style-type: none"> • Tiefes thromboembolisches Risiko: Stoppen • Hohes thromboembolisches Risiko: Rücksprache mit Hämatologen/ Kardiologen notwendig bezüglich Absetzen/Bridging
VKA + ASS/ Clopidogrel	Eingriff möglich	Kein Eingriff, Rücksprache mit Hämatologen/Kardiologen notwendig bezüglich Absetzen	Kein Eingriff, Rücksprache mit Hämatologen/Kardiologen notwendig bezüglich Absetzen
DOAK + ASS/ Clopidogrel	Eingriff möglich	Kein Eingriff, Rücksprache mit Hämatologen/Kardiologen notwendig bezüglich Absetzen	Kein Eingriff, Rücksprache mit Hämatologen/Kardiologen notwendig bezüglich Absetzen
VKA oder DOAK+ ASS+ P2Y12 Rezeptor Antagonist	Eingriff möglich	Kein Eingriff, Rücksprache mit Hämatologen/Kardiologen notwendig bezüglich Absetzen	Kein Eingriff, Rücksprache mit Hämatologen/Kardiologen notwendig bezüglich Absetzen
	<p>* bei schwerer Niereninsuffizienz, Leberzirrhose, Blutungsstörung: Hämatologen/ Kardiologen konsultieren</p> <p>+ ASS + Clopidogrel: Biopsien nur wenn dringend notwendig</p> <p>+ ASS + Prasugrel oder ASS + Ticagrelor: Stoppen oder Rücksprache Hämatologe/Kardiologe</p>		

Polypektomie bei Thrombozytenaggregationshemmern und oraler Antikoagulantien

Polypektomien sind Interventionen mit hohem Blutungsrisiko. Je nach Grösse des Polyps ändert sich das Blutungsrisiko. Zudem gibt es präventive Massnahmen (Clips, Schleifen), welche das Risiko minimieren.

	Polypen <5mm	Polypen 5–10mm	Polypen 10–20mm
ASS	Sicher	Sicher	Sicher
Clopidogrel	Sicher	Sicher	
ASS & Clopidogrel	Sicher mit präventiven Massnahmen		
VKA (Therapeutisch)	Sicher mit präventiven Massnahmen		
DOAK (Talspiegel)	Sicher mit präventiven Massnahmen		

Abschätzen des thromboembolischen Risikos

1. Kardiovaskuläres Risiko

	Hohes Risiko	Tiefes Risiko	
Bare metal Stent	< 6 Wochen	> 6 Wochen	
Drug eluting stent	< 12 Monate	> 12 Monate	
Akutes Koronarsyndrom	< 6 Wochen	> 6 Wochen	
Folgende Faktoren erhöhen das Risiko	Angioplastie, tiefe EF, Diabetes, Niereninsuffizienz, aktive Neoplasie, frühere Stentthrombose, mehrere/überlappende Stents, Stent >18 mm, gestenteter Bereich 50 mm, Hauptstamm, kleines Stentkaliber (2.5 mm), Verkalkung, zu kleiner Stent, Bifurkation, frühere Brachytherapy, DES ohne Indikation		

2. Venöse Thromboembolien (VTE), Vorhofflimmern, mechanische Klappen

Hohes Risiko bei mechanischen Klappen, AF nach TIA/CVI, VTE vor <3 Monaten oder rezidivierende idiopathische VTE.

Absetzen von Plättchenaggregationshemmern und Antikoagulation vor dem Eingriff

1. Plättchenaggregationshemmer

- ASS 5 Tage, Plavix 7 Tage, Prasugrel 7 Tage, Ticagrelor 5 Tage
Wiederaufnahme in der Regel 24 h nach dem Eingriff. (Bei hohem thromboembolischen Risiko unter P2Y12 Rezeptor-Antagonist ggf. Loading mit 300 mg Clopidogrel und Wechseln auf Prasugrel/Ticagrelor falls passend.)

2. Absetzen von direkten oralen Antikoagulantien (DOAK)

Bei tiefem Blutungsrisiko 1 Tag vor dem Eingriff und bei hohem Blutungsrisiko 3 Tage Absetzen ohne Bridging und unabhängig von der Kreatininclearance (gilt für Rivaroxaban, Apixaban, Edoxaban, Dabigatran)

Nach dem Eingriff

Tiefes Blutungsrisiko: Wiederbeginn am Folgetag

Hohes Blutungsrisiko:

- Bei tiefem thromboembolischem Risiko: nach 24–48 h Wiederbeginn (oder später, wenn sehr grosses Blutungsrisiko nach EMR/ESD)
- Bei hohem thromboembolischem Risiko: UFH prophylaktisch oder therapeutisch, DOAK bei tieferem Blutungsrisiko
- Hämatologen konsultieren bei hohem Blutungsrisiko/thromboembolischem Risiko und Niereninsuffizienz

3. Vitamin-K-Antagonisten (VKA)

Phenprocoumon (Marcoumar®)/Acenocoumarol (Sintrom®)

Absetzen ohne Bridging

5–7 Tage vor dem Eingriff: <i>3 Tage vor dem Eingriff</i>	Stoppen und ggf. INR-Kontrolle
2 Tage vor dem Eingriff: <i>1 Tag vor dem Eingriff</i>	INR (>1.5 Vitamin K 1–2 mg p.o.)
Am Eingriffstag:	Wiederbeginn am Abend nach dem Eingriff

Absetzen mit Bridging

5–7 Tage vor dem Eingriff: <i>3–4 Tage vor dem Eingriff:</i>	Stoppen
2–4 Tage vor dem Eingriff: <i>2–3 Tage vor dem Eingriff:</i>	INR <2.0 LMWH (1–2 Dosen s.c./Tag)
1 Tag vor dem Eingriff:	INR: >1.5: Vitamin K 1–2 mg p.o.
Am Eingriffstag:	Bei normaler Hämostasie LMWH prophylaktisch oder therapeutisch je nach Blutungsrisiko ab 6 h postoperativ. Wiederbeginn mit VKA und LMWH solange bis INR therapeutisch

Quelle: Empfehlungen (sggssg.ch)



Stossrichtung Argomed Ärzte AG 2023

«Hausarztmodell only» – geht das?

Unsere Leitidee – von Kosten, Qualität und Versorgung

Betrachtet man die Entwicklung der stets neuen politischen Vorstösse, so sollen auf Biegen und Brechen die Kosten in unserem Gesundheitssystem gesenkt werden. Gleichzeitig will man auf direktem Weg Qualität verfügen. Die Aufrechterhaltung der Versorgung hingegen scheint aktuell nicht Teil dieses Plans zu sein. Eine verheerende Entwicklung, der es dringend Einhalt zu gebieten gilt. Wird unverhältnismässig auf Kosten fokussiert, leiden die Qualität sowie auch die Attraktivität der Leistungserbringung, was die Versorgung beeinträchtigt.

Argomed ist seit bald 25 Jahren überzeugt; Durch eine Hausärztin oder einen Hausarzt betreute Patienten sind besser betreut, was persönlich in Form von Lebensqualität spürbar ist. Damit dies gelingt, benötigt die Hausarztpraxis Raum und Ressourcen, keine weite-

ren Einschränkungen und Direktiven. Argomed hat sich zum Ziel gesetzt, sich verstärkt mit entlastenden Massnahmen für den Erhalt der hausärztlich koordinierten Medizin einzusetzen und so einen Beitrag zur Sicherstellung der Versorgung beizutragen. Denn nur gut versorgt, halten sich Qualität und Kosten die Waage.

«Hausarztmodell only» – geht das?

Wer eine Hausarztpraxis besucht und sie somit als bevorzugte Stelle für jegliche medizinische Belangen wählt, soll im Hausarztmodell versichert sein. Argomed setzt sich Jahr für Jahr dafür ein, dass Patienten in den Wartezimmern mit gezielten Informationen, im vergangenen Jahr zusätzlich mit einem Wettbewerb, über die Vorteile des «echten» Hausarztmodells aufgeklärt werden. Fast im Gleichschritt werden auf Seite der Versicherer jährlich neue Versicherungsmodelle mit reinem Marketingcharakter aus dem

Boden gestampft. Spätestens nach der erfolgreich durchgeführten Argomed | FORUM online-session des letzten Jahres wurde uns von einer steigenden Anzahl Praxen bestätigt; Es muss sich etwas ändern. Ist es möglich, **neue Patienten konsequent nur noch im Hausarztmodell aufzunehmen?** Wir sagen ja – was fehlt sind geeignete Werkzeuge, die dies der Praxis unkompliziert ermöglichen. Genau daran arbeiten wir: Im Rahmen eines Pilotprojekts haben wir bereits aus zwei Praxen sehr gute Rückmeldungen, dass dies die Zukunft ist. Argomed wird diesen Weg weiter beschreiten, gemeinsam mit Ihnen.

Marco Plüss
Argomed Ärzte AG
Co-Geschäftsführer



«Mit dem gut ausgeklügelten Hausarztmodell und der tollen und kompetenten Betreuung meiner Hausärztin in der Hausarztpraxis Möriken bin ich sehr zufrieden. Ich wünsche mir, dass dieses Modell noch lange so erhalten bleibt.»

Im Rahmen der letzten Herbstkampagne überreichen wir der Gewinnerin Frau Schärer eine Jahresprämie für das Hausarztmodell.

Besondere Patienten profitieren vom Hausarztmodell

Persönliche Begleitung durch vertraute Ansprechpersonen und eine Anlaufstelle, welche die Fäden entlang des Behandlungspfades zusammenhält, sind für alle Patienten wichtig. Für jene mit besonderen Bedürfnissen aber umso wichtiger. Sie sind deshalb im Hausarztmodell am besten aufgehoben. Es braucht aber entsprechende Angebote in den Praxisstrukturen.

Der Anteil chronisch Kranker, betagter oder dementer Patientinnen und Patienten steigt rasant an. Die Behandlung wird komplexer, der Abstimmungsbedarf mit weiteren Behandelnden und Angehörigen steigt um ein Vielfaches. Als Folge des Ärztemangels wird die verfügbare Zeit pro Patient immer kürzer. Die Sprechstunde beim Hausarzt oder der Hausärztin ist heute höchstens eine «Sprechviertelstunde». Medizinische Praxiskoordinatorinnen mit klinischen Sprechstunden können hier bei «besonderen» Patienten Hand bieten.

Das Praxiszentrum Frick setzt seit rund einem Jahr mit zusätzlichen MPK-Sprechstunden auf dieses Angebot. Wir haben Denise Wülser, medizinische Praxiskoordinatorin, kontaktiert und um einen kurzen Erfahrungsbericht gebeten.



Denise Wülser, MPK im Praxiszentrum Frick, bietet seit Anfang 2022 einen Vormittag pro Woche eine MPK-Sprechstunde an.

«Nach gut einem Jahr MPK-Sprechstunde in den Bereichen Diabetes, Infusionen, Wundkontrollen und Mini-Mental-Tests blicke ich auf viele positive Patientenrückmeldungen zurück. Insbesondere die Diabetes-Patienten kommen gerne zwei bis dreimal pro Jahr in meine Sprechstunde. Neben der Kontrolle und Besprechung des HbA1c führe ich in diesem Rahmen Fusskontrollen, Gewichts- und Blutdruckkontrollen, Gespräche über Bewegung und Ernährung, Überweisung zum Ophthalmologen und auch mal eine Langzeitglukose-Messung zur Therapiekontrolle durch. Die Koordination mit anderen Leistungserbringern und den Angehörigen ist ebenfalls eine wichtige Funktion, die ich wahrnehme. Dies entlastet meinen Chef, bringt den Patienten mehr Vor- als Nachteile und mir als MPK viel Freude an meinem Beruf. Mit dem Abschluss des Moduls «Hirnleistungsschwäche/Demenz» hatte ich vor, eine zusätzliche Sprechstunde für Demenz-Betroffene aufzubauen. Gerade bei diesen Patienten ist ein umsichtiger und verständnisvoller Umgang ohne Zeitdruck wichtig. Im Rahmen dieser Sprechstunde können eine erste Diagnose mit dem Mini-Mental-Test und ein ausführliches Anamnesegespräch durchgeführt werden. Auch die weitere Diagnostik kann von der MPK (natürlich nach Absprache mit dem Hausarzt) organisiert werden: Anmeldung zum MRI, Laborverordnung oder Zuweisungsschreiben in die MemoryClinic. Leider lassen sich diese Leistungen offiziell im aktuellen Tarif nicht abrechnen.»

Angebote wie diese, welche die rein ärztliche Betreuung in der Praxis ergänzen, sind wichtige Pfeiler in der koordinierten Versorgung und müssen gefördert werden. Es ist deshalb wichtig, dass wir uns auch politisch dafür engagieren und beispielsweise den TARDOC stützen.

Martina Gottburg
Argomed Ärzte AG
Kommunikation & Marketing

Praxistipps Hausarztmodell

Damit die Administration von Hausarztmodell Patienten in der Praxis nicht zur Belastung wird, haben wir für Sie nachfolgend einige Tipps rund um Überweisungen und Verstossmeldungen zusammengefasst.

Das Hausarztmodell ist unumstritten das einzige Versorgungsmodell, welches seit über 20 Jahren nachhaltige Kosteneffizienz bietet. Dennoch ist es in den Hausarztpraxen nicht überall gleich etabliert. Wir haben hier für Sie die zentralen Punkte, welche immer wieder auftauchen, zusammengefasst.

Überweisungen

- Erfassen Sie bei chronisch kranken Patienten Dauerüberweisungen und berücksichtigen Sie die Meldung im Kostencontrolling (Dauerüberweisung abgelaufen per Mausklick erneuern).
- Klären Sie in der Praxis den Umgang mit Papierüberweisungen: Bspw. beim 1. Mal unterschreiben, die Patienten darauf hinweisen, dass sie im falschen Modell versichert sind und beim 2. Mal nicht mehr unterschreiben.
- Definieren Sie Fälle, welche ohne wahrgenommenen Arzttermin eine administrative Überweisung im easy-net rechtfertigen. Bspw. Dermatologische Nachkontrolle nach einem Jahr.

Verstossmeldungen

- Klären Sie im Praxisteam, wie mit Patienten umgegangen wird, welche sich über «böse Briefe» der Krankenversicherer beschweren. Hier gilt es zu klären, ob der Fehler in der Praxis geschehen ist (bspw. Überweisung vergessen, Verstossmeldung). Falls nicht, sollte der Patient darauf hingewiesen werden, dass er sich nicht an die Bedingungen, die er bei Versicherungsabschluss mit der Versicherung unterzeichnet hat, gehalten hat und wir deshalb den Verstoß nicht zurückziehen dürfen. Er soll sich an seine Versicherung wenden.

Es kann auch hilfreich sein, solche Standardfälle im Qualitätszirkel zu thematisieren und regional einheitlich zu handhaben. Selbstverständlich unterstützt Sie auch die Argomed Ärzte AG. Wir haben hier für Sie einige häufige Dialoge rund um das Hausarztmodell zwischen Patienten, Praxis und der Argomed Ärzte AG aufbereitet. Auf www.hausarztmodell.ch finden Sie und Ihre Patientinnen und Patienten hilfreiche Informationen zum Hausarztmodell. Bei Fragen sind wir auch persönlich für Sie da via info@hausarztmodell.ch oder +41 56 48 303 48.

Häufige Dialoge zwischen Praxis, Patienten und Argomed Ärzte AG

 <p>«Das Kostencontrolling ist aufwändig und mühsam.»</p>	<p>«Das ist nachvollziehbar, aber nur dank diesen Daten kann die Koordination überhaupt wahrgenommen werden. Ohne Info kein Überblick, ohne Überblick keine Koordination.»</p>	
 <p>«Dauernd rufen wegen Verstossmeldungen verärgerte Patienten in der Praxis an.»</p>	<p>«Das stimmt, aber die Patienten müssen an dieser Stelle aufgeklärt und richtig gelenkt werden. Viele Konsultationen müssen nicht vom Spezialisten durchgeführt werden, sondern können direkt in der Praxis stattfinden und sind erst noch kostengünstiger.»</p>	
 <p>«Das ist doch ineffizient, wenn alles zuerst über die Hausarztpraxis läuft.»</p>	<p>«Nein, der Spezialist schätzt die vorgängige Überweisung inkl. Diagnose, Medikamentenliste, etc. von der Hausarztpraxis. Dies spart Zeit und somit auch Geld beim Spezialisten.»</p>	
 <p>«Dürfen Patienten von sich aus Überweisungen zu einem Spezialisten verlangen?» (z.B. Nachkontrolle Herzschrittmarker)</p>	<p>«Ja, denn es ist wichtig, dass sich die Praxis auch in der Rolle des Koordinators sieht und den Patienten, falls medizinisch sinnvoll, auch proaktiv überweist.»</p>	

Caroline Fröhli
Argomed Ärzte AG
MPA/MPK Botschafterin

Martina Gottburg
Argomed Ärzte AG
Kommunikation & Marketing

QCare – Verbesserung der Behandlungsqualität von Diabetes-Patienten leichtgemacht

QCare ist eine webbasierte Softwarelösung zur einfachen und leitliniengetreuen Behandlung von Patienten mit Diabetes Mellitus Typ 2 in der Hausarztpraxis. Als Basis dienen die Kriterien der Schweizerischen Gesellschaft für Endokrinologie und Diabetologie (SGED) für eine «gute» Diabetesbehandlung¹. Dr. med. Beat Köstner-Mösching ist Hausarzt in Neuenegg und teilt hier seine Erfahrungen rund um QCare mit uns:

Wann und wie haben Sie das erste Mal von QCare gehört? Wie war Ihre Reaktion?

Ich habe im Oktober 2020 den Erstkontakt mit QCare gehabt. Da ich schon seit Jahrzehnten ein gutes Tool für die leitliniengerechte Behandlung der Diabetes-Patienten gesucht habe, war ich von Anfang an sehr interessiert und habe mir das Tool von Frau Baumann erklären lassen.

Wie haben Sie die Behandlung und Dokumentation von Diabetes-Patienten bisher gehandhabt?

Bisher habe ich die Dokumentation in meiner elektronischen Krankengeschichte in Prosaform gemacht. Gewisse Parameter sind in der elektronischen Krankengeschichte standardisiert abgelegt (Blutdruck, Puls, Laborwerte), gewisse Parameter sind aber nur schwer erkenntlich, das heisst, sie müssen mühsam herausgefiltert werden (letzte Augenkontrolle, Fusskontrolle, Beratungen etc.). Manchmal habe ich daher auch das Augenmerk nicht auf allen Parametern gehabt, das heisst, die Fusskontrolle wurde oft vernachlässigt.

Wie nutzen Sie QCare im Alltag?

QCare hat mich die bisherige Dokumentation genau gleich weiterfahren lassen. Dadurch, dass auch Prosaeinträge in QCare einfließen, kann ich das Tool gerade während der Sprechstunde einsetzen und sehe auf einen Blick, welche Bereiche der SGED-Leitlinien bereits beackert wurden und welche noch

nicht bearbeitet wurden. Dadurch ist die Behandlung standardisierter und leitliniengerechter möglich.

Was sagen Ihre Patientinnen und Patienten zu QCare?

Die Patienten schätzen es, wenn sie gut betreut werden. Natürlich muss die individuelle Sphäre gewahrt werden, aber mit dem Tool kann ich auch gezielter beraten, wenn bspw. das Cholesterin noch nicht den Leitlinien entspricht.

Welche Vorteile bringt QCare für Ihre Praxis?

Die Vorteile von QCare liegen vor allem darin, dass keine doppelte Dokumentation stattfinden muss, weil das Tool alles, was es braucht, direkt aus der Krankengeschichte übernimmt. Die weiteren Vorteile liegen wie oben beschrieben darin, dass jederzeit der Überblick über alle Parameter da ist und die Patienten entsprechend beraten werden können. Das Ende Jahr die Daten zudem für die Erfüllung der Managed-Care-Verträge verwendet werden können, versteht sich von selbst.

Lohnt sich QCare auch für kleinere Praxen, wenn ja weshalb?

QCare lohnt sich für jede Praxis. Es muss allerdings am Anfang auf die individuellen Dokumentations-Prinzipien des Arztes angepasst werden, damit es einwandfrei funktioniert. Das ist ein gewisser Aufwand, bringt aber einen grossen Nutzen.

Wie haben Sie die Einrichtung, Schulung und den Support erlebt?

Die Einrichtung durch Asparagus habe ich sehr zuvorkommend und unkompliziert erlebt. Auch während dem Gebrauch können kleinere Fehler unkompliziert behoben werden und Wünsche werden, wenn immer möglich, rasch umgesetzt. Die Zusammenarbeit klappt diesbezüglich hervorragend.

Würden Sie QCare einer Kollegin oder einem Kollegen weiterempfehlen?

QCare empfehle ich allen Kollegen. Selbst dann, wenn sie bereits ein PIS verwenden, welches ähnliche Funktionen integriert hat. Für die Managed-Care-Verträge ist dadurch trotzdem ein Zusatznutzen gewährleistet. QCare ist mir auf jeden Fall einige hundert Franken jährlich wert.

Die Fragen stellte Martina Gottburg, Argomed Ärzte AG

Argomed Ärzte AG und Roche Diabetes Care unterstützen Hausarztpraxen mit einem innovativen und praktischen Tool im Praxisalltag. QCare unterstützt als Softwarelösung die leitliniengetreue Behandlung von Patienten mit DM2. Mitglieder der Argomed Ärzte AG können QCare zu Vorzugskonditionen beziehen.



Hier kostenlos für das Webinar anmelden und mehr über QCare erfahren.

Referenzen:

¹ Arbeitsgruppe Disease Management Diabetes (DMD) der Schweizerischen Gesellschaft für Endokrinologie und Diabetologie 2017: Kriterien für ein «gutes» Disease Management Diabetes in der Grundversorgung.



UNTERSTÜTZUNG BERATUNG BETREUUNG

Service für Ihre Praxis, der weit über Analyseresultate hinausgeht.
Ihr regionales Labor mit schweizweit vernetzter Kompetenz.



Bioanalytica - Bioanalytica Aareland - MCL - Toggenwil

«Persönliches Vorsorgedossier» von Dialog Ethik

Entscheiden Sie selber, bevor andere es für Sie tun müssen



- **Patientenverfügung mit Wegleitung und Notfallausweis**
Wie möchte ich in Situationen der Urteilsunfähigkeit medizinisch behandelt werden?
Auch als Gratis-Download erhältlich auf:
www.dialog-ethik.ch/patientenverfuegung
- **Vorsorgeauftrag-Wegleitung mit Musterbeispielen**
Wer soll für mich meine finanziellen, administrativen und rechtlichen Angelegenheiten regeln?
- **Anordnungen für den Todesfall mit Wegleitung**
Wie soll meine Bestattung erfolgen?
- **Testament-Wegleitung mit Musterbeispielen**
Was soll mit meinem Vermögen nach meinem Tod geschehen?
- **Checkliste**
Wo sind meine wichtigen Dokumente aufbewahrt?
Wie kann ich meinen digitalen Nachlass regeln?

Medizinisch und rechtlich fundiert

Telefonische Beratung:
Tel. 0900 418 814
(CHF 2.- pro Minute
ab Festnetz)

In Deutsch oder Französisch
«Persönliches Vorsorgedossier»:
CHF 38.50 (inkl. MWST)
Patientenverfügung:
CHF 18.50 (inkl. MWST)

INTERVIEW MIT DR. MED. BIDISHA CHATTERJEE

«Was macht die Arbeit für Sie im Gefängnis besonders?»



Dr. med. Bidisha Chatterjee

Gefängnisärztin! Da denke ich sofort an Krimiserien, massives Sicherheitsaufkommen und unberechenbare Patientinnen und Patienten. Wie sieht die Realität aus?

Es ist natürlich nicht so wie in den Krimiserien. Wir versuchen die Sprechstunde so unaufgeregt wie möglich zu gestalten: Die Patienten melden sich mit einem Formular für die Sprechstunde an, die Beschwerden werden aufgenommen und die möglichen Behandlungen diskutiert, die Sprechstunde findet ohne Begleitung des Sicherheitsdienstes statt.

Die Patienten sind nicht unberechenbar, sie sind häufig in einer aussergewöhnlichen Lage: gestresst, manchmal frustriert und deprimiert und sie leiden unter ganz gewöhnlichen medizinischen Problemen wie Magenbrennen, Kopfschmerzen, Schlafstörungen, Asthma.

Warum sind Sie Gefängnisärztin geworden?

Das ist schwierig zu beantworten, ich wurde damals im Insepsital auf die Gefängnisstation zugeteilt. Aber ich kann sagen, wieso ich jetzt Gefängnisärztin bin: Es geht darum, eine gute medizinische Versorgung auch bei einer Randgruppe wie den Gefängnisinsassen umzusetzen. Die SAMW-Richtlinie «Umgang mit inhaftierten Personen» streicht das Äquivalenzprinzip heraus: Die medizinische Versorgung im Gefängnis soll derjenigen ausserhalb entsprechen.

Eine gute Behandlung heisst für mich, präventiv und dementsprechend kostengünstig mit dem entsprechenden Fachwissen zu arbeiten.

Besondere Patienten und Patientinnen sind das Fokusthema dieser DEFACTO-Ausgabe. Was macht die Arbeit für Sie im Gefängnis besonders?

Viele Patienten kommen aus verschiedensten Ländern auf dieser Welt und sind von der Gesundheitsversorgung dort geprägt. Wie wird abgeklärt, behandelt, operiert, wer bezahlt? Meistens unterscheiden sich die Systeme von der Schweiz. Die medizinische Behandlung ist beeinflusst von den Sicherheitsmassnahmen: Um ein Röntgen im Spital zu machen, braucht es einen Transport und eine Begleitung des Gefängnisinsassen.

Welches sind die grössten Herausforderungen bei Ihrer Tätigkeit im Justizvollzug Solothurn?

Die Frage ist, was ist das aktuelle Problem? Ich muss fragen und zuhören – in allen möglichen Sprachen und mit Händen und Füssen und muss herausfinden, ob ich dringlich die Fäden/den Gips/eine lange anstehende und wichtige Untersuchung aufgleisen muss, oder ob eher die Belastung durch die Inhaftierung im Vordergrund steht und es darum geht, einen Moment lang zuzuhören. Die Aufenthaltszeit (manche Gefängnisinsassen bleiben einen Tag, manche ein Jahr und man weiss es im Voraus selten sehr genau) und die Kosten spielen eine grosse Rolle: Wüste, beinahe verfaulte Zahnreste können im Notfall entfernt werden, aber für eine weitere Behandlung (Zahnersatz) brauche ich zuerst einen Kostenträger, der sich nicht immer finden lässt. Und wenn der Kostenträger gefunden ist, die Behandlung am Laufen ist, dann kann es vorkommen, dass der Patient verlegt wird.

Wie beurteilen Sie aus ärztlicher Sicht den Schweizer Justizvollzug?

Leider herrscht der Fachkräftemangel auch innerhalb der Gefängnismauern. Momentan gibt es in vielen Institutionen nur knapp Personal im Gesundheitsdienst (Pflegefachpersonen) und auch bei der ärztlichen und psychiatrischen Versorgung.

In den USA bringen verwahrte Schwerverbrecher, welche mittlerweile an Demenz erkrankt sind, den dortigen Justizvollzug an seine Grenzen. Gibt es diese Entwicklung in der Schweiz auch?

Ja, es gibt immer mehr Patienten, die eine aufwändigere Betreuung benötigen, leider steht dies im Justizvollzug nicht zur Verfügung. Die Behörden tragen dem Wunsch nach minimiertem Restrisiko durch straffällige Personen Rechnung und somit bleiben auch schwerkranke Gefängnisinsassen hinter Gittern. Der Justizvollzug muss sich laufend anpassen.

Wie gehen wir in der Schweiz mit betagten und verwahrten Häftlingen um?

Momentan ist die Entwicklung dahingehend, dass man versucht, mit speziellen Einzelsettings den Besonderheiten

gerecht zu werden. Ebenso gibt es in verschiedenen Institutionen Abteilungen für ältere kranke oder verwahrte Gefängnisinsassen.

Sie haben und hatten auch verschiedene Verbandsämter (z.B. Konferenz Schweizerischer Gefängnisärzte) inne. Wo gibt es auf nationaler Ebene am meisten Handlungsbedarf?

Der Begriff national ist nicht zutreffend: in der Romandie sind die Organisation der Gefängnismedizin, die Kostenübernahme und der Personalschlüssel ganz anders als in der Deutschschweiz. Das grösste Problem ist, dass Personen zwar verurteilt werden, ihre Haftstrafe von zum Teil mehreren Jahren in der Schweiz zu verbringen, aber nicht krankenversichert sind. Es ist schwierig, eine Laborkontrolle zu machen, wenn der Patient die Kosten selber tragen muss und zuerst wissen will, welche Tarifposition wie viel kostet und dementsprechend nur die günstigen Werte bestimmen lässt.

Zum Schluss: Was mögen Sie am meisten an Ihrer Tätigkeit als Gefängnisärztin?

Ich finde es sehr befriedigend, den Menschen, welche sich per se in einer schwierigen Situation befinden, ein

bisschen Erleichterung verschaffen zu können, indem ich ihre gesundheitlichen Probleme erfasse und Lösungsansätze suche. Wenn es gelingt, Lösungen zu finden, sind die Patient:innen erleichtert und dankbar und äussern dies auch: Wie man in den Wald ruft, so tönt es zurück.

Die Fragen stellte Martina Gottburg, Argomed Ärzte AG

Dr. med. Bidisha Chatterjee ist Fachärztin Innere Medizin FMH in der Hausarztpraxis Ortschwaben und Gefängnisärztin im Untersuchungsgefängnis und in der JVA Solothurn. Zuvor war sie Amtsärztin im Amt für Justizvollzug des Kantons Bern. Seit 2008 ist sie Vorstandsmitglied der Konferenz Schweizerischer Gefängnisärzte und war während mehr als zehn Jahren Dozentin am Schweizer Ausbildungszentrum für Gefängnispersonal (SKJV).




Behandlungsraum der Justizvollzugsanstalt Solothurn

ARGO MED.

Bringt Ärzte weiter

Argomed Ärzte AG
Bahnhofstrasse 24
CH-5600 Lenzburg
T +41 56 483 03 33
argomed@argomed.ch
www.argomed.ch

 klimaneutral gedruckt
Nr.: OAK-ER-11826-02851
www.oak-schwyz.ch/nummer