

Schweizerische Ärztezeitung

4 Editorial
von Yvonne Gilli
**Gemeinsam eintreten für
eine starke Gesundheits-
versorgung**

34 Tribüne
**Die Start-up-Kultur
in den Spitälern**

40 «Zu guter Letzt»
von Daniel Schröpfer
**Mehr Zeit für Erfahrungs-
austausch**

5 FMH
**COVID-19-Impfung:
Haftung und Patientenrechte**



Offizielles Organ der FMH und der FMH Services www.saez.ch
Organe officiel de la FMH et de FMH Services www.bullmed.ch
Bollettino ufficiale della FMH e del FMH Services
Organ uffical da la FMH e da la FMH Services



Verlag

Dr. med. vet. Matthias Scholer, Chefredaktor;
Annette Eichholtz, M.A., Managing Editor;
Julia Rippstein, Redaktorin Print und Online;
Nina Abbühl, Junior Redaktorin

Externe Redaktion

Prof. Dr. med. Anne-Françoise Allaz, Mitglied FMH;
Dr. med. Werner Bauer, Mitglied FMH; Prof. Dr. oec. Urs Brügger;
Prof. Dr. med. Samia Hurst; Dr. med. Jean Martin, Mitglied FMH;
Dr. med. Jürg Schlup, Präsident FMH;
Dr. med. Daniel Schröpfer, Mitglied FMH;
Charlotte Schweizer, Leitung Kommunikation der FMH;
Prof. Dr. med. Hans Stalder, Mitglied FMH

Redaktion Ethik

Prof. Dr. theol. Christina Aus der Au;
Prof. Dr. phil., Dipl. Biol. Rouven Porz

Redaktion Medizingeschichte

Prof. Dr. med. et lic. phil. Iris Ritzmann; Prof. Dr. rer. soc. Eberhard Wolff

Redaktion Public Health, Epidemiologie, Biostatistik

Prof. Dr. med. Milo Puhan

Redaktion Recht

Dr. iur. Ursina Pally, Leiterin Rechtsdienst FMH

FMH

EDITORIAL: Yvonne Gilli

4 Gemeinsam entstehen für eine starke Gesundheitsversorgung

5

RECHT: Ursina Pally Hofmann

COVID-19-Impfung: Haftung und Patientenrechte Die geltende Rechtsordnung sieht im Zusammenhang mit einer Impfung grundsätzlich zwei primäre Haftungssubjekte vor. Das ist zum einen der Hersteller des Impfstoffs, zum anderen der impfende Arzt. Ebenso hat der Arzt zur Umsetzung des nationalen Impfplans beizutragen. Der Beitrag gibt Antworten auf zahlreiche Fragen zur Haftung und zeigt die ärztlichen Pflichten auf.

8 Personalien**Weitere Organisationen und Institutionen**

SBG: Sabine Geistlich

11 Das medizinische Behandlungsverhältnis und Corona

SUVA: Philippe Riedo, Christoph Bosshard

16 Erfolgreicher Wiedereinstieg in den Beruf**Briefe / Mitteilungen****19 Briefe an die SÄZ****23 Facharztprüfungen / Mitteilungen****FMH Services****25 Stellen und Praxen (nicht online)**

2020 war in vieler Hinsicht ein anspruchsvolles Jahr. Die Redaktion der *Schweizerischen Ärztezeitung* und der Schweizerische Ärzteverlag EMH wünschen allen unseren Leserinnen und Lesern ein gesundes und ruhigeres neues Jahr. Wir freuen uns, Sie auch 2021 weiterhin mit interessantem, unabhängigem und fachlich hochstehendem Lesestoff zu unterstützen.

Tribüne

THEMA: Adrian Ritter

34 Die Start-up-Kultur in den Spitälern

Horizonte

STREIFLICHT: Daniel Schlossberg

37 Die Pandemie hat uns wieder im Würgegriff

38 Buchbesprechungen

Zu guter Letzt

Daniel Schröpfer

40 Mehr Zeit für Erfahrungsaustausch

HUBER

OH



Wollen Sie keinen Artikel der Schweizerischen Ärztezeitung mehr verpassen?

Registrieren Sie sich für den Newsletter und erhalten Sie die neusten Artikel in Ihre Inbox. QR-Code zur Newsletter-Registrierung.

EMH Schweizerischer Ärzteverlag AG, Farnsbürgerstrasse 8, CH-4132 MuttENZ,
Tel. +41 (0)61 467 85 55, info@emh.ch

 **EMH Media**
SCHWEIZERISCHER ÄRZTEVERLAG
EDITIONS MEDICALES SUISSES



Scan this code
saez.ch

Impressum

Schweizerische Ärztezeitung
Offizielles Organ der FMH
und der FMH Services
Redaktionsadresse: Nina Abbühl,
Redaktionsassistentin SÄZ,
EMH Schweizerischer Ärzteverlag AG,
Farnsbürgerstrasse 8, 4132 MuttENZ,
Tel. +41 (0)61 467 85 72,
redaktion.saez@emh.ch, www.saez.ch

Verlag: EMH Schweizerischer Ärzte-
verlag AG, Farnsbürgerstrasse 8,
4132 MuttENZ, Tel. +41 (0)61 467 85 55,
www.emh.ch

Anzeigen:
Markus Süess,
Key Account Manager EMH
Tel. +41 (0)61 467 85 04,
markus.suess@emh.ch

Stellenmarkt und Rubrikanzeigen:
Inserateannahme,
Tel. +41 (0)61 467 85 71,
stellenmarkt@emh.ch

Rubrik FMH Services: FMH Consulting
Services, Stellenvermittlung,
Postfach 246, 6208 Oberkirch, Tel. +41
(0)41 925 00 77, Fax +41 (0)41 921 05 86,
mail@fmhjob.ch, www.fmhjob.ch

Abonnemente FMH-Mitglieder:
FMH Verbindung der Schweizer
Ärztinnen und Ärzte, Elfenstrasse 18,
3000 Bern 15, Tel. +41 (0)31 359 11 11,
Fax +41 (0)31 359 11 12, dim@fmh.ch

Andere Abonnemente:
EMH Kundenservice, Postfach,
4601 Olten, Tel. +41 (0)44 305 82 38,
emh@asmiq.ch

Abonnementspreise: Jahresabonne-
ment CHF 320.– zzgl. Porto.

ISSN: Printversion: 0036-7486 /
elektronische Ausgabe: 1424-4004
Erscheint jeden Mittwoch

© **FMH**
Die Schweizerische Ärztezeitung ist
aktuell eine Open-Access-Publikation.
FMH hat daher EMH bis auf Widerruf
ermächtigt, allen Nutzern auf der Basis
der Creative-Commons-Lizenz
«Namensnennung – Nicht kommer-
ziell – Keine Bearbeitung 4.0 inter-
national» das zeitlich unbeschränkte
Recht zu gewähren, das Werk zu ver-
vielfältigen und zu verbreiten und
öffentlich zugänglich zu machen.
Der Name des Verfassers ist in jedem
Fall klar und transparent auszuweisen.
Die kommerzielle Nutzung ist nur mit

ausdrücklicher vorgängiger Erlaubnis
von EMH und auf der Basis einer
schriftlichen Vereinbarung zulässig.

Hinweis: Alle in dieser Zeitschrift pub-
lizierten Angaben wurden mit der
grössten Sorgfalt überprüft. Die ange-
gebenen Dosierungen, Indikationen
und Applikationsformen, vor allem von
Neuzulassungen, sollten in jedem Fall
mit den Beipackzetteln der verwen-
deten Medikamente verglichen werden.

Druck: Vogt-Schild Druck AG,
https://www.vsdruk.ch/

printed in
switzerland

Titelbild:
© Geargodz | Dreamstime.com

Gemeinsam einstehen für eine starke Gesundheitsversorgung

Yvonne Gilli

Dr. med., designierte Präsidentin der FMH



Zum Jahreswechsel ziehen wir oft Bilanz über die Vergangenheit – und schauen nach vorne auf erkennbare Herausforderungen. Für die FMH ist mit dieser Jahreswende zudem ein Legislaturwechsel verbunden – und für mich persönlich ein Neubeginn im Amt als Präsidentin. Anlass genug, das Woher und das Wohin zu überdenken – in einem etwas weiteren Zeithorizont. Wenn ich am 1. Februar als Präsidentin der FMH anrete, darf ich die Führung einer Standesorganisation übernehmen, die in den letzten Jahren deutlich an Stabilität gewonnen hat. Nicht zuletzt angesichts der hohen Wogen, die mit der Revision des ambulanten Arzttarifs verbunden waren, hat mein Vorgänger besonders die Konsolidierung nach innen vorangetrieben. Dieses Zusammenschweissen unserer über 70 Mitgliedsverbände war letztlich die *Conditio sine qua non*, die es uns erlaubte mit dem TARDOC einen Tarif einzureichen, der alle gesetzlichen Anforderungen erfüllt.

In der kommenden Legislatur wird es diesen Zusammenhalt und den Fokus auf ein gemeinsames Ziel mehr brauchen denn je. Mit den beiden Kostendämpfungspaketen des Bundesrats stehen aktuell Gesetzesänderungen zur Debatte, die vor wenigen Jahren noch völlig undenkbar gewesen wären. Wo die obligatorische Grundversicherung bislang allen Einwohnern der

In den kommenden Jahren wird es den Zusammenhalt und den Fokus auf ein gemeinsames Ziel mehr brauchen denn je.

Schweiz eine bedarfsgerechte Gesundheitsversorgung zusicherte, soll zukünftig dieser Anspruch durch Kostendeckel begrenzt werden. Im ersten Kostendämpfungspaket kommt dieses Vorhaben noch verschleiert daher: Nur wenige bemerken, dass «degressive Tarife» Ärzte dazu motivieren sollen, Leistungen vorzuenthalten, um vorab festgelegte Mengen- oder Kostengrenzen nicht zu überschreiten. Im zweiten bundesrätlichen Kostendämpfungspaket ist das Ziel einer politisch gesteuerten Gesundheitsversorgung offensichtlich: Der Bund möchte zur «Erstberatung» verpflichten und deren Preise festlegen – zudem soll nur noch vergütet werden, was im Rahmen politisch defi-

nierter Kostenziele liegt. Freiheiten von Versicherten, Leistungserbringerinnen und Tarifpartnern würden stark beschnitten – das Gesundheitswesen politisch übersteuert. Spürbare Einschnitte in Patientenversorgung und Behandlungsqualität wären die Folge. Die nächsten Jahre könnten somit die Zukunft unseres Gesundheitswesens entscheidend prägen. Obwohl uns die aktuelle Covid-19-Pandemie deutlich vor Augen führt, wie wichtig ein guter Zugang zu einer leistungsfähigen Gesundheitsversorgung ist, bereitet die Politik massive Einschränkungen vor. Die FMH als Stimme

Die FMH wird als Stimme der Ärzteschaft aufzeigen müssen, welche Folgen die Pläne der Politik für die Patientenversorgung hätten.

der Ärzteschaft wird aufzeigen müssen, welche Folgen diese Pläne für die Patientenversorgung hätten. Dabei ist heftiger Gegenwind absehbar und uns gut vertraut: Man wird uns als Profiteure mit Verlustängsten diffamieren und versuchen, einen Keil zwischen die Ärztegruppen zu treiben. Gerade Letzteres dürfen wir nicht zulassen: Mehrheiten für ein starkes Gesundheitswesen brauchen Allianzen – und diese erfordern auch Kompromisse, die nicht immer leichtfallen, aber lohnen.

Nehmen wir also die anstehenden Herausforderungen zum Anlass, geschlossen für ein Gesundheitswesen einzutreten, das uns erlaubt, alle Patienten und Patientinnen gleichermaßen qualitativ hochstehend zu behandeln. In den kommenden Jahren könnten wir viel verlieren – wir können aber auch etwas gewinnen: Wir können aufzeigen, dass es trotz steigender Gesundheitskosten Alternativen gibt zu Rationierung und Qualitätsverlust. Wir können in einer von Panikmache und Prämienpolitisierung geprägten Debatte für Versachlichung und Differenzierung eintreten. Wenn wir als Ärzteschaft in den kommenden Jahren zusammenstehen und unseren Fokus klar auf eine starke Patientenversorgung und gegen politische Budgetierung richten, kann sowohl unser Gesundheitswesen als auch die Ärzteschaft nur gewinnen, zusammen mit den Patientinnen.

COVID-19-Impfung: Haftung und Patientenrechte

Ursina Pally Hofmann

Dr. iur., Rechtsanwältin, Generalsekretärin und Leiterin Rechtsdienst FMH

Haftungsgrundlagen

Übersicht

Die geltende Rechtsordnung sieht im Zusammenhang mit einer Impfung grundsätzlich zwei primäre Haftungssubjekte vor. Das ist zum einen der Hersteller des Impfstoffs, zum anderen der impfende Arzt. Ebenso hat der Arzt zur Umsetzung des nationalen Impfplans beizutragen.

Die folgenden Ausführungen sollen Ihnen aufzeigen, wie die Haftungsfragen in derartigen Fällen beantwortet werden und welches Ihre Pflichten sind.

Bei behördlich angeordneten und empfohlenen Impfungen kommt eine subsidiäre Haftung für Impfschäden in Frage, wenn ein Ersatz für Impfschäden nicht bei den primär haftenden Personen geltend gemacht werden kann.

Produkthaftung

Das Produkthaftungspflichtgesetz [1] sieht die Haftung des Herstellers vor, wenn durch dessen fehlerhaftes Produkt ein Schaden, z.B. die Tötung oder Verletzung eines Menschen, gesetzt wird. Die Herstellerin ist jene – juristische oder natürliche – Person, welche das Endprodukt, einen Grundstoff oder ein Teilprodukt

Die Sicherheitserwartungen richten sich nach den Fachinformationen, nicht nach den Patienteninformationen im Beipackzettel.

hergestellt hat. Allenfalls können auch Lieferanten oder Personen, die sich als Herstellerin ausgeben, haftbar gemacht werden [2]. Als Produkte gelten unter anderem Medikamente [3].

Fehlerhaft ist ein Produkt, das nicht die Sicherheit bietet, welche unter Berücksichtigung aller Umstände erwartet werden kann. Die Umstände, welche bei dieser Beurteilung eine Rolle spielen, sind die Art und Weise der Produktepräsentation, der Gebrauch, mit dem man vernünftigerweise rechnen kann, und der Zeitpunkt, in welchem es in Verkehr gebracht wurde [4].

Die Sicherheitserwartungen bei rezeptpflichtigen Medikamenten – wozu auch Impfungen gehören – richten sich nach den Fachinformationen, welche der Arzt kennen und mit der Patientin diskutieren muss, und nicht nach der Patienteninformation im Beipackzettel [5]. Eine Produkthaftung kommt nicht in Frage, wenn die Patienteninformation keine oder nur ungenügende Warnhinweise enthält, die Fachinformation hingegen vollständig ist.

Die Haftung verlagert sich deshalb auf den impfenden Arzt, welcher die Patientin nicht genügend, das heisst gemäss den diesbezüglichen Fachinformationen, aufklärt.

Vertragliche Haftung – Staatshaftung

Grundsätzlich haftet die Ärztin für eine unsorgfältige Behandlung oder mangelhafte Aufklärung gemäss privatvertraglichen Bestimmungen, wobei die jeweilige Versicherungspolice den Schaden deckt, sofern die Haftungsvoraussetzungen erfüllt sind [6].

Bei behördlich angeordneten Impfungen handelt die Ärztin als staatliches Vollzugsorgan. Sofern es die kantonalen Haftungs- und Verantwortlichkeitsgesetze vorsehen, kommt in diesen Fällen die Staatshaftung zum Tragen.

Unklar ist die Lage betreffend Haftungsgrundlage bei lediglich empfohlenen Impfungen, da sie freiwillig sind.

Die unterschiedlichen Haftungsgrundlagen spielen betreffend die Pflichten der impfenden Ärztin keine Rolle. In beiden Fällen ist sorgfältig zu behandeln und die Patientin genügend aufzuklären. Der wesentliche Unterschied besteht darin, dass der Schaden in einem Fall über die Haftpflichtpolice des fraglichen Arztes und im anderen Fall über jene des betreffenden Gemeinwesens bezahlt würde.

Haftung für rechtswidrige Impfblogatoren

Besteht eine erhebliche Gefahr für besonders exponierte Personen und für Personen, die bestimmte Tätigkeiten ausüben, können die Kantone Impfungen für obligatorisch erklären [7]. Die Erheblichkeit der Gefahr wird anhand verschiedener Kriterien festgelegt, wie

z.B. des Schweregrads der möglichen Erkrankung, der zu erwartenden Wirksamkeit des Obligatoriums und der epidemiologischen Situation [8].

Das Obligatorium muss zeitlich befristet sein, und die Impfung darf nicht mittels physischen Zwangs erfolgen [9]. Deshalb ist auch in den Fällen, in welchen ein Impfblogatorium besteht, jede Patientin vor einer Impfung über die Impfung und damit verbundene Folgen aufzuklären. Sie darf nur geimpft werden, wenn sie

Unabhängig von den Haftungsgrundlagen ist der Patient immer sorgfältig zu behandeln und genügend aufzuklären.

nach erfolgter Aufklärung ihre Einwilligung dazu gibt. Es darf also auch im Falle einer obligatorischen Impfung niemand gegen seinen Willen geimpft werden. Werden diese Grundsätze bei der Anordnung eines Impfblogatoriums verletzt, und sind die übrigen Haftungsvoraussetzungen – Schaden und Kausalzusammenhang zwischen Obligatorium und Schaden – erfüllt, kommt es zu einer Staatshaftung gemäss kantonalen Haftungsgesetzen.

Haftung für unsorgfältige Anwendung eines Impfstoffes

Ärztinnen sind verpflichtet, im Rahmen ihrer Tätigkeit zur Umsetzung des nationalen Impfplans beizutragen. Sie müssen die von den Impfpfehlungen betroffenen Personen über den nationalen Impfplan informieren. Dazu gehört auch die Information betreffend die Übertragungs- und Krankheitsrisiken für Personen, die nicht geimpft sind. Weiter hat die Ärztin die offiziellen Informationsmittel des Bundes und der Kantone den von den Empfehlungen betroffenen Personen zur Verfügung zu stellen [10].

Subsidiäre Haftung des Bundes nach Epidemiengesetz

Das Epidemiengesetz sieht vor, dass ein Anspruch auf Entschädigung für Impffolgeschäden bejaht werden kann, wenn die Impfung behördlich angeordnet oder empfohlen worden ist. Eine Entschädigung wird allerdings erst dann bezahlt, wenn der Schaden mit zumutbaren Bemühungen nicht anderweitig gedeckt werden konnte [11].

Wird ein Patient folglich durch die fehlerhafte Aufklärung, durch eine unsorgfältige Impfung oder einen fehlerhaften Impfstoff geschädigt, kommt eine Entschädigung nach Epidemiengesetz nur in Frage, wenn die Ansprüche des Patienten nicht von der Versicherung des Arztes bzw. des Herstellers des Impfstoffs gedeckt sind oder diese Ansprüche abgelehnt werden.

Pflichten des impfenden Arztes

Sorgfalt

Eine Haftung wegen Impfschäden kann begründet werden, wenn nachgewiesen wird, dass der Arzt die Impfung unsorgfältig vorgenommen hat, und diese Unsorgfalt die Ursache für den Schaden ist.

Eine Verletzung der Sorgfaltspflicht liegt etwa dann vor, wenn die Impfeignung einer Person nicht abgeklärt wird, nicht zugelassene oder ungeeignete Impfstoffe verwendet, die Hygienestandards nicht beachtet werden oder der Impfstoff in einer falschen Dosis appliziert wird. Ebenso kann die falsche Lagerung des Impfstoffs zu einer Haftung führen, sofern sie einen Gesundheitsschaden verursacht.

Aufklärung

Der weit überwiegende Teil allfälliger Haftungsfordernisse dürfte wohl mit einer fehlenden oder unvollständigen Aufklärung begründet werden, denn die Behandlung «Impfen» ist aus rein technischer Sicht im Vergleich zu anderen medizinischen Behandlungen nicht sehr anspruchsvoll, weshalb die Sorgfaltspflichten mehrheitlich problemlos eingehalten werden können. Deshalb ist auch bei der Impfung mit einem COVID-19-Impfstoff besonderes Augenmerk auf die rechtsgenügende Aufklärung zu legen.

Grundsätzlich muss der Patient über die Art und Risiken der in Aussicht gestellten Impfung so aufgeklärt werden, dass er in Kenntnis der Sachlage einwilligen kann [12].

Der Patient ist individuell anlässlich eines Gesprächs aufzuklären. Aufklärungsformulare können dies nicht ersetzen.

Die Aufklärung hat sich inhaltlich nach den dem Impfstoff beiliegenden Fachinformationen zu richten [13]. Ebenso gehört zur Aufklärung, den Patienten über von Gesundheitsbehörden geäusserte Bedenken und Risiken zu informieren.

Weiter ist der Patient darauf hinzuweisen, dass eine Impfung freiwillig ist, sofern dies zutrifft, und ob ein allfälliges Ansteckungsrisiko für Dritte besteht (je nach Impfstoff ist das möglich) [14].

Die Ärztin hat zudem darauf hinzuweisen, ob aufgrund der konkreten Umstände eine Impfung überhaupt notwendig und sinnvoll ist. Das ist aufgrund der Gefährdungslage für jeden einzelnen Patienten im Hinblick auf die Folgen einer Infektion mit dem Erreger, gegen welchen geimpft werden muss, zu prüfen und zu diskutieren.

Nicht nur über häufig auftretende Risiken muss aufgeklärt werden, sondern auch über seltene, sofern diese bekannt sind und schwere Folgen haben können.

Ebenso ist die Patientin darauf hinzuweisen, dass nicht alle Risiken und Nebenwirkungen bekannt sind, wenn das der Fall ist. Das dürfte vor allem bei Impfstoffen, deren Langzeitfolgen noch unbekannt sind, ein relevantes Thema sein.

Falls noch nicht bekannt ist, ob Langzeitfolgen möglich sind, so muss der Patient darauf hingewiesen werden.

Die Aufklärung ist zu dokumentieren, damit sie im Falle eines Haftpflichtverfahrens nachvollziehbar ist. Der Patient ist individuell und anlässlich eines Gesprächs aufzuklären. Aufklärungsformulare können allenfalls eine unterstützende Funktion übernehmen, das persönliche Gespräch und die individuelle Aufklärung aber nicht ersetzen. Sie sind entsprechend dem Verlauf des Gesprächs zu ergänzen.

Fazit

Weil sowohl im Falle einer privatrechtlichen Haftung als auch einer Staatshaftung das Verhalten des einzelnen behandelnden Arztes geprüft wird, ist dieser ge-

halten sicherzustellen, dass die Behandlung sorgfältig erfolgt. Dazu gehören auch die rechtsgenügende Aufklärung und das Einholen der Einwilligung des Patienten. Sicherstellen kann er das nur, wenn er entweder selbst aufklärt oder weiss, dass die Aufklärung von einem allfälligen, die Impfung organisierenden Gemeinwesen so geplant und durchgeführt wird, dass er dafür nicht haftbar gemacht werden kann.

Literatur

- 1 Bundesgesetz über die Produkthaftpflicht (Produkthaftpflichtgesetz, PrHG) vom 18. Juni 1993, SR 221. 112. 944.
- 2 Art. 2 PrHG.
- 3 Art. 3 PrHG.
- 4 Art. 4 PrHG.
- 5 Urteil des Bundesgerichts 4A_365/2014 vom 5. Januar 2015, E. 9.2.
- 6 Bundesgesetz betreffend die Ergänzung des Schweizerischen Zivilgesetzbuches (Fünfter Teil: Obligationenrecht, OR) vom 30. März 1911, SR 220, Art. 97ff.
- 7 Bundesgesetz über die Bekämpfung übertragbarer Krankheiten des Menschen (Epidemiengesetz, EpG) vom 28. September 2012, SR 818.101, Art. 22.
- 8 Verordnung über die Bekämpfung übertragbarer Krankheiten des Menschen (Epidemienvorordnung, EpV) vom 29. April 2015, SR 818.101.1, Art. 38 Abs. 1.
- 9 Art. 38 Abs. 3 EpV.
- 10 Art. 56 Abs. 2 EpG; Art. 33 Abs. 2 EpV.
- 11 Art. 64 EpG.
- 12 BGE 117 Ib 197.
- 13 Urteil des Bundesgerichts (4A_365/2014) und (4A_371/2014) vom 5. Januar 2015, E. 9.2.
- 14 BGH VI ZR 189/85 vom 3. Juni 1986; BGH III ZR 52/93 vom 7. Juli 1994 E. II.2a.

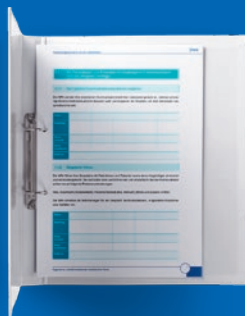
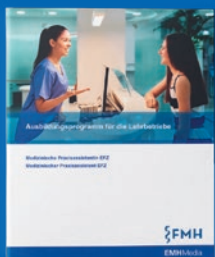
FMH
Sekretariat Rechtsdienst
Nussbaumstrasse 29
CH-3000 Bern 15
Tel. 031 359 11 11
Fax 031 359 11 12
lex[at]fmh.ch

Für die Arztpraxis und MPA-Lernende

Ausbildungsprogramm für die Lehrbetriebe



EMH Media
SCHWEIZERISCHER ARZTEVERLAG
EDITIONS MEDICALES SUISSES



- Pünktlich auf den Beginn des neuen Schuljahres
- Handlungskompetenzen-orientiert
- In Deutsch, Französisch und Italienisch
- Gedruckt und als eBook

shop.emh.ch



Scan this!

Personalien

Todesfälle / Décès / Decessi

François Béguin (1933), † 29.7.2020,
Spécialiste en gynécologie et obstétrique,
1400 Cheseaux-Noréaz

Evellyn Floris (1951), † 29.9.2020,
Spécialiste en gynécologie et obstétrique,
1203 Genève

Raymond Fête (1946), † 1.10.2020,
Spécialiste en pédiatrie, 1212 Grand-Lancy

Beatrice Maria Hunkeler Bortot (1964),
† 8.10.2020, Fachärztin für Psychiatrie
und Psychotherapie, 3280 Murten

Jean Gontier (1942), † 30.10.2020,
Spécialiste en oto-rhino-laryngologie,
3973 Venthône

Assen Todorov (1928), † 7.11.2020,
Spécialiste en cardiologie et Spécialiste en
médecine interne générale, 1222 Vésenaz

Jean-François Cornu (1950), † 10.11.2020,
Spécialiste en médecine interne générale,
1029 Villars-Ste-Croix

Alfred Michael Debrunner (1929), † 29.11.2020,
Facharzt für Orthopädische Chirurgie und
Traumatologie des Bewegungsapparates,
8008 Zürich

Pierre Babaiantz (1931), † 4.12.2020,
Spécialiste en chirurgie, 1009 Pully

Praxiseröffnungen / Nouveaux cabinets médicaux / Nuovi studi medici

GE

Florence Laetitia Augsburgers,
Spécialiste en pédiatrie, avenue Communes-
Réunies 16, 1212 Grand-Lancy

TG

Dirk Römer,
Facharzt für Oto-Rhino-Laryngologie,
Rütistrasse 3, 8580 Amriswil

TI

Jérôme Roger Ivan Blanc,
Spécialiste en médecine interne générale,
Strada Cantonale, 6818 Melano

Ärztegesellschaft des Kantons Bern

Ärztlicher Bezirksverein Bern Regio
Zur Aufnahme als ordentliche Mitglieder
haben sich angemeldet:

Caroline Kempter, Fachärztin für Radiologie,
Campusradiologie Bern KIG, Lindenhof AG,
Bremgartenstrasse 117, 3012 Bern

Nathalie Rohrbach, Fachärztin für Allgemeine
Innere Medizin, FMH, Gruppenpraxis Ittigen,
Talgut-Zentrum 22, 3063 Ittigen

Einsprachen gegen diese Vorhaben müssen
innerhalb 14 Tagen seit der Veröffentlichung
schriftlich und begründet bei den Co-Präsi-
denten des Ärztlichen Bezirksvereins Bern
Regio eingereicht werden. Nach Ablauf
der Frist entscheidet der Vorstand über die
Aufnahme der Gesuche und über allfällige
Einsprachen.

Ärztegesellschaft des Kantons Luzern

Zur Aufnahme in unsere Gesellschaft
Sektion Gäu hat sich gemeldet:

Jan Stekelenburg, Facharzt für Allgemeine
Innere Medizin, FMH, ab 1.3.2021 Gesund-
heitszentrum Beromünster AG, Spielmatte 1,
6222 Gunzwil

Einsprachen sind innert 20 Tagen nach der
Publikation schriftlich und begründet zu
richten an: Ärztegesellschaft des Kantons
Luzern, Schwanenplatz 7, 6004 Luzern

Gesellschaft der Ärztinnen und Ärzte des Kantons Solothurn

Zur Aufnahme als ordentliche Mitglieder
haben sich angemeldet:

Claudia Dähler Serraino, Kinderarztpraxis
Toctoc, Bielstr. 32, 4500 Solothurn, Fachärztin
für Kinder- und Jugendmedizin, FMH

Georgios Gaitanis, Clinique Delc AG,
Solothurnstr. 65, 2540 Grenchen, Facharzt
für Dermatologie und Venerologie

David Goldblum, Pallas Klinik, Louis-Giroud-
Str. 20, 4600 Olten, Facharzt für Ophthalmo-
logie, FMH

Alexander Just, Pallas Klinik, Louis-Giroud-
Str. 20, 4600 Olten, Facharzt für Dermato-
logie und Venerologie, FMH

Samuel Andreas Käser, Bürgerspital
Solothurn, Schöngrünstr. 42, 4500 Solothurn,
Facharzt für Chirurgie

Julia Karakoumis, Monvia Olten, Frohburg-
str. 4, 4600 Olten, Fachärztin für Allgemeine
Innere Medizin, FMH

Sara Kazerounian, Augenarztpraxis an der
Aare, Frohburstr. 4, 4600 Olten, Fachärztin
für Ophthalmologie

Iliana Kourtaki, Pallas Klinik, Louis-Giroud-
Str. 20, 4600 Olten, Fachärztin für Dermato-
logie und Venerologie

Stephan Michael Stieger, MediZentrum
Messen AG, Hauptstr. 16, 3254 Messen, Fach-
arzt für Allgemeine Innere Medizin, FMH

Tamer Tandogan, Pallas Klinik, Louis-Giroud-
Str. 20, 4600 Olten, Facharzt für Ophthalmo-
logie

Andreas Wolf, Psychiatrische Dienste,
Weissensteinstr. 102, 4500 Solothurn, Fach-
arzt für Psychiatrie und Psychotherapie

Einsprachen gegen diese Aufnahmen sind
innerhalb 14 Tagen nach der Publikation
schriftlich und begründet bei den CO-Präsi-
denten der Gesellschaft der Ärztinnen und
Ärzte des Kantons Solothurn (GAESO),
Postfach, 4502 Solothurn, einzureichen.

Das medizinische Behandlungsverhältnis und Corona

Sabine Geistlich

Dr. med., Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychoanalytikerin SGPSa, Geschäftsleiterin der Silser Balint-Studienwoche, Zürich

Was lehrt uns die aktuelle Covid-19-Pandemie über die Arzt-Patienten-Beziehung? Welche Begriffe und Konzepte haben dabei eine Bedeutung? Warum ist die Balintarbeit eine ideale Technik, diese vielschichtigen Verhältnisse vertieft zu erforschen?*

Drei zentrale Begriffe

Der erste Begriff ist *Wohllollen*. Das Wort setzt sich zusammen aus «wohl» wie sich wohlfühlen und «wollen», einem Verb, das eine Intentionalität voraussetzt: Wohllollend sein ist also eine bewusste Haltung. Wohllollen bedeutet eine grundsätzliche Offenheit gegenüber den Anliegen der anderen, der Versuch, diese in ihrer subjektiven Situation zu verstehen und sich selber zurückzunehmen. Wohllollen beinhaltet aber auch, Gutes, das einem zuteilwird, anzunehmen – etwas, das uns Ärztinnen und Ärzten oft eher schwerfällt – und setzt voraus, bei sich die Voraussetzung zu schaffen, überhaupt wohllollend sein zu können. Dazu muss es mir selbst einigermaßen gut gehen. In der Realität kostet es manchmal einen gehö-

rigen inneren Aufwand, wohllollend zu sein, z.B. wenn man müde ist oder sich nicht wertgeschätzt fühlt. Wohllollen hat neben der objektiven, auf das Gegenüber bezogenen Komponente auch noch eine narzisstische: Mir geht es gut, wenn es dir gut geht.

Wenn ich durch mein Wirken erreiche, dass es meinen Patientinnen und Patienten besser geht, fühle ich mich als Ärztin gut.

Wenn ich durch mein Wirken erreiche, dass es meinen Patientinnen und Patienten besser geht, fühle ich mich als Ärztin gut. Aber auch die Betroffenen möchten, dass es ihrer Therapeutin gut geht, und die Schwierigkeit ist es, zwischen diesen verschiedenen Ansprüchen mehr oder weniger ein Gleichgewicht herzustellen. Wohllollend sein bedeutet auch nicht einfach nett sein. Manchmal müssen wir sehr bestimmt werden, um dem Gegenüber zum Wohlergehen zu verhelfen. Selbst bei diesem so harmlos klingenden Wort sind wir nicht davon befreit, uns immer wieder Gedanken machen zu müssen, warum wir in einer Situation nicht wohllollend sind, aber genauso, was es mit unserem uneingeschränkten Wohllollen auf sich haben könnte.

Mein zweiter Begriff ist *Abstinenz*. Mittlerweile ist der von Sigmund Freud eingebrachte Begriff allgemeingültiger Bestandteil jeder therapeutischen Beziehung auch ausserhalb der Psychoanalyse. Abstinenz ist ein theoretisches Konzept, das sich ganz allgemein mit der Frage beschäftigt, wie ich sicherstellen kann, dass mein therapeutisches Handeln nicht in meiner, sondern in der Realität meiner Patientinnen und Patienten verortet ist. Um abstinent zu sein, behalte ich meine Vorstellungen für mich und überlasse der zu behandelnden Person das Feld, um ihr zu ermöglichen,

* Das ganze Referat inkl. Literaturangaben kann auf der Homepage der Silser Balint-Studienwoche www.sils-balint.ch heruntergeladen werden.



Gegenseitige Abhängigkeiten: Auch die Therapeutin braucht die Patientin. Denn ohne diese können Ärztinnen und Ärzte ihr Wissen nicht anwenden und davon leben.

in meiner Gegenwart ihrer eigenen Innenwelt näher zu kommen. Es geht um die Wahrnehmungen, Ängste und Hoffnungen meiner Patientinnen und Patienten, die meiner inneren Welt total fremd sein können, und nicht um meine Ängste oder Hoffnungen. Gefühle der Ausweglosigkeit und des Ausgeliefertseins sind häu-

Die produktive Kraft des Nichtverstehens: Es hält nicht bedachte Möglichkeiten offen und vorschnelles Scheinverständnis auf.

fig Bestandteil unserer Sprechstunden. Die Machtlosigkeit des oder der Betroffenen seinen oder ihren Problemen gegenüber überträgt sich auch auf uns Behandelnde, und wir möchten aus dieser passiven Ohnmachtsposition herausfinden. Aktivismus ist dann eine Form der Abfuhr von eigenen Spannungen und dient eher der eigenen Entlastung als der der betroffenen Person. Die Versuchung, diesem Aktivismus nachzugeben, sollte bemerkt und nach Möglichkeit in eine andere Form überführt werden. Auch schwierige Entscheidungen verursachen Spannungen, und das Erteilen eines Ratschlags kann Ausdruck von Aktivismus sein. Beziehe ich Position, hat die künftige Handlung meines Patienten resp. meiner Patientin in jedem Fall einen Bezug zu meiner Aussage. Es bleibt unklar, inwiefern sich die Betroffenen dadurch in ihrer eigenen Willensfindung beeinträchtigt fühlen. Nicht abstinenter sein birgt in sich die Gefahr einer Verstrickung, von der wir häufig nur deren Folgen erfahren: Distanzierung, Konflikte in der Beziehung oder gar ein Beziehungsabbruch. Abstinenter sein ist also mein Eingeständnis, dass ich für meine Patientinnen und Patienten eine besondere Rolle inne habe, und zwar nicht nur, was die Medizin betrifft. Dies nicht, weil ich ein besonderer Mensch bin, sondern weil mich eine hilfeschuchende Person mit bewussten Bedürfnissen und unbewussten Wünschen dazu gemacht hat und ich dieser Herausforderung zugestimmt habe, indem ich die Person als Patientin resp. als Patienten angenommen habe.

Der dritte Begriff ist *Wahrnehmungsfähigkeit*. Der Psychoanalytiker Theodor Reik veröffentlichte 1948 seine Autobiographie mit dem Titel *Hören mit dem dritten Ohr*. Er schreibt: «Es erscheint mir das Wichtigste zu erkennen, was Sprechen verbirgt und was Schweigen offenbart.» Es gilt also, sowohl das Schweigen als auch das Sprechen als eine Stimme der bewussten oder unbewussten Regung anzuerkennen und das Nichtgesagte wie das Ausgesprochene nicht nur und nicht immer für bare Münze zu nehmen. Reik spricht sich auch aus gegen die «*heilige Kuh der Objektivität*», gegen das Jonglieren mit Terminologien, das Wissen vortäuscht,

und setzt dem die Bedeutung der Phantasie und des instinktiven Erkennens entgegen. Dies bedeutet nicht bequemes Zurückweichen vor der Exaktheit wissenschaftlichen Denkens, sondern stellt höchste Anforderungen an unsere Präsenz, Offenheit und Schwingungsfähigkeit, aber auch an unsere Bereitschaft, Verantwortung zu übernehmen. Reik bricht eine Lanze für die produktive Kraft des Nichtverstehens, das nicht bedachte Möglichkeiten offenhält und vorschnelles Scheinverständnis aufhält. Theoretisch gesprochen teilt sich dabei das Ich in einen beobachtenden und einen erlebenden Teil. Beide Teile gleichermaßen wahrzunehmen, ihnen einen Wert beizumessen und nicht einfach als lästige Störung zur Seite zu schieben ist für mich der Schlüssel zur sogenannten ärztlichen Kunst.

Gegenseitige Abhängigkeit

Beziehungen sind keine fixen Grössen, sondern werden beeinflusst sowohl durch unsere Innenwelt als auch durch Dinge, denen wir von aussen ausgesetzt sind, wie aktuell die Covid-19-Pandemie. Vom Kratzen im Hals, der lästigen Geschmackseinbusse bis zum Tod binnen fünf Tagen kann von dieser Virusinfektion alles ausgehen. Wie beeinflusst diese akute Bedrohung die Begegnung mit unseren Patientinnen und Patienten? Die Pandemie war ein komplett unerwarteter Einbruch in unsere Leben, wir waren erschreckt und

«Es erscheint mir das Wichtigste zu erkennen, was Sprechen verbirgt und was Schweigen offenbart.»

verstanden nicht. In der ersten Konfusion waren wir Ärztinnen und Ärzte unsicher, ob wir uns jetzt als zentrale Stützen des Gesundheitswesens engagieren oder uns nicht doch besser um uns und unsere betagten Angehörigen kümmern sollten. Wir orientierten uns an dem, was als objektiv und wirksam bezeichnet wurde, doch auch das erwies sich als Dilemma: Zeigen wir unseren Patientinnen und Patienten unsere eigene, kritische Position oder halten wir uns widerspruchslos an die Vorschriften, um nicht noch mehr Verwirrung zu stiften? Was unsere Sprechstunden im Kern tangiert, ist nicht eine quantitative, sondern eine qualitative Veränderung, nämlich die Tatsache, dass plötzlich nicht nur unsere Patientinnen und Patienten, sondern auch wir vom Virus befallen sein, es weiter verbreiten oder gar daran sterben könnten. Eine Patientin, ein Patient kann uns anstecken – diese Möglichkeit ist Teil unseres Berufsverständnisses. Aber die Möglichkeit,

dass wir die Infektion an unsere Patientinnen und Patienten weitergeben und sie dadurch gefährden könnten, ohne dass wir es merken, ist unheimlich. Jeder Hustenanfall, den ich im Praxisraum habe, führt nicht nur zur höflichen Frage: «Sind Sie erkältet?», sondern wird quittiert mit einem unsicheren Blick: «Hat sie

Die Pandemie hat deutlich gemacht, dass die Patientinnen und Patienten nicht nur von uns, sondern auch wir von ihnen abhängig sind.

mich jetzt angesteckt?» Durch die Nichtwahrnehmbarkeit der Infektiosität schleichen sich bewusste und unbewusste Ängste ein, die unsere Beziehungsfähigkeit existentiell beeinträchtigen. Einige Patientinnen und Patienten brachten konkret die Angst zum Ausdruck, dass sie sich in meiner Praxis – oder meinten sie durch mich? – anstecken könnten, sie fühlten sich also mitunter durch meine schlichte Präsenz bedroht, was sehr verwirrend ist. Im Lockdown im Frühling wurden überall Behandlungen unterbrochen oder gar nicht erst aufgenommen. Obwohl wir in Bereitschaft waren, blieben unsere Praxen halb leer, dies traf uns auch ökonomisch. Die Pandemie hat uns deutlich ins Bewusstsein gebracht, dass die Patientinnen und Patienten nicht nur von uns, sondern auch wir von ihnen abhängig sind. Corona konfrontiert uns ganz konkret mit der Gegenseitigkeit von Verhältnissen. In Beziehungen besteht eine *gegenseitige Abhängigkeit*, aber natürlich keine Gleichheit. Unser Wissen im medizinischen Bereich ist grösser als das der Betroffenen, wir können aber nicht garantieren, dass wir unser Wissen immer und nur zu ihrem Wohl einsetzen. Sie können von uns

erwarten, dass wir wohlwollend, abstinenter und wahrnehmungsfähig sind, sie selber müssen das nicht sein. Wir brauchen unsere Patienten, weil wir ohne sie keine Ärztinnen sind, unser Wissen nicht anwenden und davon nicht leben können. Wenn wir uns diese gegenseitige Abhängigkeit eingestehen, wird es uns leichterfallen, die Beziehung zu ihnen auch nach unseren Vorstellungen mitzugestalten. Denn dann sind wir Ärztinnen und Ärzte plötzlich Teil von etwas und nicht einzigartig. Wichtig, aber nicht unersetzlich, sorgfältig und bemüht, aber trotzdem kann auch einmal etwas schiefgehen, wir übernehmen Verantwortung, tragen aber nicht die ganze Last.

Intersubjektivität und Balintarbeit

Ich kenne neben der Balintarbeit keine andere Art der Fortbildung, die dadurch, dass sie sich nicht nur «auf den Fall», sondern auf die Beziehung insgesamt fokussiert, alle Beteiligten gleichermaßen in den Blick nimmt und dadurch eben auch die Besonderheiten und Subjektivität auf der Seite der Ärztin mituntersucht. *Intersubjektivität* ist – sehr zugespitzt gesagt – der einzige Inhalt der Balintarbeit. Corona zwingt uns, uns auch selber zur Disposition zu stellen, und darum ist Balintarbeit die ideale Untersuchungsmethode des Geschehens zwischen Arzt und Patientin.

Interessenverbindungen

keine

Bildnachweis

© Mast3r | Dreamstime.com, Symbolbild

Das Wichtigste in Kürze

- Wohlwollen, Abstinenz (Enthaltungsverpflichtung der behandelnden Person) und Wahrnehmungsfähigkeit sind zentrale Begriffe, die die Beziehung zwischen Behandelnden und Betroffenen prägen sollten.
- Die aktuelle Pandemie hat gezeigt, dass zwischen medizinischen Fachpersonen und Patientinnen/Patienten ein gegenseitiges Abhängigkeitsverhältnis besteht – nicht nur die Hilfesuchenden sind auf ärztliche Expertise angewiesen, sondern die Helfenden (nicht zuletzt in ökonomischer Hinsicht) auch auf ihre Patientinnen und Patienten.
- Die Balintarbeit ist ein wichtiges Werkzeug, um die Beziehung zwischen der Ärztin resp. dem Arzt und der zu behandelnden Person zu reflektieren. Die Intersubjektivität steht dabei im Zentrum.

L'essentiel en bref

- La bienveillance, l'abstinence (devoir de rester en retrait du professionnel) et la capacité de perception sont des concepts clés qui devraient caractériser la relation entre professionnels de la santé et patients.
- La pandémie actuelle a montré qu'il existe une relation de dépendance mutuelle entre les professionnels de la santé et les patients : non seulement ceux qui ont besoin d'aide dépendent de l'expertise médicale, mais ceux qui apportent de l'aide dépendent aussi de leurs patients (au niveau économique notamment).
- L'approche Balint, qui permet au médecin de se sentir lui-même patient, est un outil important pour réfléchir à la relation entre le médecin et la personne traitée. L'intersubjectivité joue ici un rôle central.

Die Wichtigkeit der Zusammenarbeit nach Krankheit oder Unfall

Erfolgreicher Wiedereinstieg in den Beruf

Philippe Riedo^a, Christoph Bosshard^b

^a Agenturleiter Suva Freiburg; ^b Dr. med., Leitender Arzt Versicherungsmedizin, Suva

In verschiedenen Kantonen der Schweiz entstehen Zusammenarbeitsvereinbarungen zwischen Ärzteschaft, Wirtschaftsverbänden und Sozialversicherern. Die Absicht dieses Schulterschlusses: kranke oder verunfallte Arbeitnehmende unkompliziert an den Arbeitsplatz zurückzuführen. Für Dr. med. Pierre-André Luchinger steht damit erstmals auf Papier, was er schon lange vorlebt.

Auch im Kanton Freiburg wurde vor rund zwei Jahren eine Zusammenarbeitsvereinbarung unterschrieben, initiiert von der Suva und der IV-Stelle. Sie besagt, dass alle Beteiligten bestmöglich zusammenarbeiten möchten, um kranke und verunfallte Mitarbeitende rasch und gesund in ihr gewohntes Arbeitsumfeld zurückführen zu können. «Ich hörte davon zum ersten Mal von Philippe Riedo, dem Agenturleiter der Suva Freiburg», erzählt Dr. med. Pierre-André Luchinger, Arzt für Allgemein- und Tropenmedizin mit einer Praxis in Bulle. «Ich war positiv überrascht. Als Arzt lebe ich diese Grundidee nämlich schon sehr lange. Die Zusammenarbeit ist ein wesentliches Element für die Wiedereingliederung und eröffnet viele Möglichkeiten rund um die Genesung von kranken oder verunfallten Patientinnen und Patienten.»

Der erste Schritt ist der schwierigste

In seinen Tätigkeiten als beratender Arzt verschiedener Unternehmen fiel ihm immer wieder auf: Der Arbeitnehmer als Hauptperson wird oft nicht in diese Zusammenarbeit involviert, und alle Beteiligten erwarten, dass jemand anderes den ersten Schritt macht. Auch Ärztinnen und Ärzte haben oftmals Mühe damit, diesbezüglich die Initiative zu ergreifen. Ein Grund dafür ist das Berufsgeheimnis. «Das ist jedoch ein falscher Grund», sagt Luchinger. «Der Arbeitgeber muss keine Diagnose kennen. Er muss nur wissen, was der Mitarbeitende in welchem Ausmass machen kann, um allenfalls einen angepassten Arbeitsplatz zu finden. Häufig kennen die Ärzte aber den genauen Stellenbescrib nicht und können schlecht einschätzen, ob und wie lange der/die Betroffene im Moment überhaupt seiner/ihrer Tätigkeit nachgehen könnte. Sie



Für Pierre-André Luchinger ist klar: «Eine optimale Wiedereingliederung findet nur statt, wenn Betroffene, Führungskräfte, ärztliches Fachpersonal und Versicherungen zusammenarbeiten.»

sträuben sich vor der administrativen Papierarbeit, die eine solche Zusammenarbeit mit sich bringen könnte. Aber für all diese Hindernisse gibt es Lösungen.»

Der Optimalfall

Eigentlich müsste der Arbeitgeber die Initiative ergreifen. Nach einem Unfall müsse er gut zuhören und dem Mitarbeitenden einen Brief mitgeben, den er dem Arzt weiterreiche, skizziert Luchinger das optimale Szenario. «In diesem Brief beschreibt der Arbeitgeber, dass er eine rasche Rückkehr des Mitarbeitenden an den Ar-

beitsplatz wünscht und bereit ist, einen angepassten Arbeitsplatz zu schaffen. Ausserdem legt er einen detaillierten Stellenbeschrieb und einen Fragebogen bei. Die Patientin oder der Patient gibt diese Unterlagen während der Konsultation beim Arzt ab, und dieser prüft sie und füllt sie aus. Das spart einerseits sehr viel Administration ein, die man direkt über die Konsultation abrechnen kann. Andererseits gewinnen alle Beteiligten viel Zeit, um eine gute Lösung zu finden. Es ist wichtig, dass solche Unterlagen nicht per Post eingeschickt werden, sondern direkt mit den Betroffenen zur Konsultation kommen. So entsteht eine persönliche, konstruktive und positive Dynamik.»

Patientinnen und Patienten als Botschafter

Die Betroffenen müssen also als Botschafterinnen und Botschafter wirken. «Das schafft eine andere Stimmung zur Mitarbeit», sagt Luchinger. «Wenn die Ärztin sieht, dass der Patient ein Interesse daran hat, baldmöglichst wieder arbeiten zu können, motiviert sie das, etwas dazu beizutragen. Deshalb sollten die Betroffenen eine proaktive Rolle einnehmen. Für sie müssen die Ärztinnen und Ärzte den administrativen Aufwand effizient halten, aber trotzdem nicht scheuen. Für sie müssen wir mit dem beratenden Arzt eines Unternehmens in Kontakt treten. Wenn die Motivation dazu von den Patientinnen und Patienten selbst kommt, bringt das am meisten, und dann fühlen sich auch die Ärztinnen motiviert. Es geht nicht darum, dass jemand mehr oder weniger Geld verdient, sondern um die Gesundheit und das Wohlergehen der Betroffenen. Daran haben alle ein Interesse.»

Arbeitgebende sind genauso gefordert

Dass Ärztinnen und Ärzte vermehrt von dieser Zusammenarbeitvereinbarung hören und diese Idee leben, ist aus Sicht von Dr. Luchinger ein wichtiges Element. Genauso wichtig sei es aber, dass sie unter Führungskräften bekannt gemacht werde. Sie müssen einen an-

Es braucht einen Arbeitgeber, der angepasste Tätigkeiten überhaupt zur Verfügung stellen kann und will.

gepassten Arbeitsplatz anbieten können und wollen. Oft geschehe das zu spät. «Ich erlebe es viel zu häufig, dass eine Mitarbeiterin in der Firma anruft und sagt, sie habe einen Unfall erlitten und falle zwei Monate lang aus – und dann zwei Monate lang nichts mehr vom Arbeitgeber hört. Dann fühlt sie sich vergessen», sagt Luchinger.

Für grössere Unternehmen ist es häufig einfacher, angepasste Arbeitsplätze anzubieten. «Es ist aber eine Frage der Unternehmenskultur, ob ein Arbeitgeber überhaupt möchte, dass die Mitarbeitenden schnellstmöglich wieder eine Tätigkeit im Betrieb übernehmen können», sagt er. «Wer Freude an der Arbeit hat, sich mit dem Unternehmen identifiziert und mit seiner Stelle zufrieden ist, möchte rasch wieder arbeiten können. Diese Menschen brauchen einen Arbeitgeber, der angepasste Tätigkeiten überhaupt zur Verfügung stellen kann und will – auch in einem Teilzeitpensum. Es gibt zwar viele positive Beispiele, allerdings gibt es auch viele Arbeitgeber, die nur voll funktionsfähige Mitarbeitende im Betrieb wünschen.»

Positive Beispiele – ob Unfall oder Krankheit

Positive Beispiele erlebte Pierre-André Luchinger viele, und zwar sowohl nach Unfällen als auch bei Krankheitsproblemen. Ein Patient konnte mit einem externen Fixator wieder arbeiten, seine Tätigkeit wurde angepasst. Ein anderer erlitt schwerste Verbrennungen

«Auch die Ärztin wird motiviert, wenn sie sieht, dass der Patient interessiert daran ist, bald wieder zu arbeiten.»

an seinen Händen. Er war jedoch motiviert, rasch wieder zu arbeiten. Zusammen mit dem Hausarzt wurde abgeklärt, was er unter sicheren und hygienischen Bedingungen machen konnte, und er übernahm bald leichte Kontrolltätigkeiten. Ganz besonders in Erinnerung blieb ihm der Fall einer Frau, die nach 28 Jahren in der gleichen Tätigkeit entlassen wurde. Luchinger intervenierte, zeigte auf, dass man dadurch einen Sozialfall schaffe, weil die Frau nie eine andere Tätigkeit ausgeübt hatte. Das Unternehmen zog die Kündigung zurück. Auch als einem Mann gekündigt wurde, der aus psychischen Gründen Medikamente nehmen musste und diese manchmal vergass, weshalb es zu Schwierigkeiten am Arbeitsplatz kam, intervenierte Luchinger. Letztlich zog das Unternehmen auch diese Kündigung zurück – und engagierte Luchinger als beratenden Arzt für das Unternehmen.

Die Krux der Arbeitsfähigkeit

«Die schwierigste Frage ist immer, was ab wann wieder gemacht werden kann», sagt er. «Auf diese Frage kann und darf die Ärztin eine Auskunft geben, ohne auf die Verletzung oder Krankheit selbst einzugehen. Das müsste ein Arzt früh und spontan machen, was in der

Praxis aber selten vorkommt. Häufig ist auch nicht allen bewusst, dass eine angepasste Tätigkeit nicht für den Rest des Arbeitslebens angeboten werden kann, sondern nur für den Zeitraum der Genesung. Nach drei Monaten braucht ein Unternehmen diesen Arbeitsplatz vielleicht für einen anderen verunfallten Mitarbeitenden. Hinzu kommt: Ein angepasster Arbeitsplatz setzt nicht eine hundertprozentige Arbeitsfähigkeit voraus, und ausserdem ist nicht immer allen klar, dass eine gewisse Prozentzahl der Arbeitsfähigkeit nicht unbedingt die tatsächliche Arbeitsleistung widerspiegelt. Da gibt es Klärungsbedarf.»

Das Wichtigste in Kürze

- Um kranke oder verunfallte Arbeitnehmerinnen und -nehmer unkompliziert wieder an ihre bisherige Tätigkeit heranzuführen, ist die Kooperation aller Beteiligten gefragt. Zu diesem Zwecke entstehen in verschiedenen Kantonen Zusammenarbeitsvereinbarungen zwischen Ärzten, Vertreterinnen von Unternehmen und Versicherungen.
- Dr. med. Pierre-André Luchinger aus Bulle hat auf dem Gebiet langjährige persönliche Erfahrung. Störend ist aus seiner Sicht, dass oftmals der Arbeitgeber nicht in den Wiedereingliederungsprozess involviert ist. Er empfiehlt Vorgesetzten, den Betroffenen einen Stellenbeschrieb und einen Fragebogen mitzugeben, welche diese bei der ärztlichen Konsultation abgeben. Die Ärztin oder der Arzt prüft die Unterlagen und füllt sie aus. Dies bildet die Grundlage für die Wiederaufnahme der beruflichen Tätigkeit im Rahmen des Möglichen.

Zusammenarbeit ist die einzige Lösung

«Wir haben ein starkes Versicherungssystem in der Schweiz; auch die Suva ist ein sehr erfolgreiches Modell, für das uns das Ausland beneidet», sagt Luchinger. «Aber der Mensch selbst macht hier den Unterschied. Die Mitarbeitenden möchten nicht einfach ihr Gehalt am Monatsende, sie möchten einen Sinn in ihrer Arbeit erkennen, sich wohlfühlen und etwas beitragen können. Gute Führungskräfte und HR-Mitarbeitende nehmen Verantwortung wahr, haben menschliche und soziale Kompetenzen, klare Werte und investieren in Respekt und Vertrauen im Unternehmen. Das eröffnet viele Chancen. Allerdings fehlen diese Kompetenzen in vielen Unternehmen. Das ist für viel Druck und Ermüdung verantwortlich, macht die Mitarbeitenden oft passiv-aggressiv und hat einen Einfluss auf das Unfallrisiko. Ausserdem vermischen sich dann oft körperliche und psychische Beschwerden.»

Für Pierre-André Luchinger ist klar: Alle Beteiligten müssen zusammenarbeiten, für die Gesundheit der Mitarbeitenden als Patientinnen und Patienten, als Arbeitnehmende und als Versicherte. «Es gibt keine andere Lösung als diese Zusammenarbeit», sagt er. «Man muss eine positive Unternehmenskultur entwickeln und die Zusammenarbeit aller Beteiligten dynamisch und konstruktiv gestalten. Das verbessert auch unsere Gesellschaft als Ganzes.»

Bildnachweis
© MédiBulle

Philippe Riedo
Agenturleiter Suva Freiburg
Rue de Locarno 3
CH-1701 Freiburg
philippe.riedo[at]suva.ch

HÖREN SIE REIN

EMH Podcast EMH Journal Club

Ob vor dem Cheminée oder im Zug: Reto Krapfs «Kurz und bündig» für unterwegs.
Der «EMH Journal Club» mit Neuigkeiten aus der Forschung als zweiwöchentlicher Podcast.
Alle Folgen finden Sie auf emh.ch/podcast

 EMH Media



Briefe an die SÄZ

Brutto- oder Nettoeinkommen?

Brief zu: Gubler M, Lövblad KO, Eichenberger T. Anstellungsbedingungen der Kaderärzteschaft an Schweizer Spitalern. Schweiz Ärztztg. 2020;101(42):1350–7.

Sehr geehrte Damen und Herren
Vielleicht habe ich nicht ganz richtig geschaut, aber ich fand keine Angabe darüber, ob hier Brutto- oder Nettoeinkommen verglichen wurden. Ich nehme eher Bruttoeinkommen an, aber wenn es Nettoeinkommen wären, müsste nicht nur dieses Fakt, sondern noch zusätzlich angegeben werden, wie die Sozialversicherungsabzüge, insbesondere der 2. Säule (aber z.B. auch der UV), verrechnet wurden. Es ist ja z.B. nicht ohne weiteres anzunehmen, dass Pensionskassenabzüge auf variable Lohnbestandteile gemacht werden, wenn doch, müsste ihre Höhe angegeben werden. Ein Vergleich zwischen verschiedenen Lohnbezüglern/-bezügerinnen wäre nur sauber, wenn gleiche Abzüge berechnet würden. In Wirklichkeit variieren die Pensionskasseneinzahlungen, die obligatorischen und erst recht die überobligatorischen, zum Teil ganz deutlich. Die Altersgliederung der Kaderärzteschaft, in ständiger Veränderung, würde die Abzüge – sofern sie tatsächlich einbezogen wurden – und damit die Nettoeinkommen beeinflussen. Im Weiteren fand ich keine Angaben betreffend eine Aufrechnung der Einkommen auf gleiche Arbeitszeiten. Der Anteil Teilzeitarbeitender, vor allem der Frauen, ist ja ganz beträchtlich. Löhne ohne Bezug auf Arbeitszeiten sind weder zwischen den Individuen noch im Zeitablauf von Individuen und Kollektiven vergleichbar; ein durchschnittliches Einkommen hat damit keinen Aussagewert, und Vergleiche über einen Zeitraum sind nicht interpretierbar, wenn gleichzeitig die Zusammensetzung der Pensen über die Jahre ändern. So können Einkommen pro Person über die Jahre sinken, wenn der Anteil der Teilzeitangestellten steigt, und das ist wegen des zunehmenden Frauenanteils zu erwarten. Dabei wären die Löhne (Arbeitsentgelte) pro Zeit nicht gesunken, sondern eventuell oder sogar wahrscheinlich gestiegen. Eigenartig finde ich auch die unregelmässige Anwendung der Begriffe Einkommen, Einkünfte, Lohn, Honorare und, in Anführungszeichen, Boni: Zum Beispiel sind «variable Lohnbestandteile» gemäss zu erreichenden Jahreszielen weder Löhne noch Honorare, wenn man Honorare als Entgelte für eine bestimmte Leistung definiert. Oder: Der Ausdruck «Einnahmen aus Honoraren zusatzversicherter Spitalpatientinnen und

-patienten sowie Einkünfte aus privater ambulanter Sprechstundentätigkeit» lässt offen, ob in diesem Fall Honorare und Einkünfte als Bruttoeinnahmen des Spitals oder als Nettobezüge des Kaderarztes/der Kaderärztin. Anzunehmen ist das Zweite, doch fragt sich dann immer noch, ob vor oder nach Sozialversicherungsabzügen. Als Lohn bezeichnet man üblicherweise Arbeitsentgelte eines Angestellten/einer Angestellten. «Variable Lohnbestandteile» sind streng genommen keine solchen, sondern «zum Lohn hinzukommende Entgelte, Honorare, Tantiemen, Provisionen oder Boni», so ominös das auch klingen mag. Sie unterliegen wahrscheinlich auch nicht denselben Abzügen wie die Löhne. Aber auch mit Honorar kann eine Bruttoeinnahme («Honorarrechnung» des Spitals an den Patienten/die Patientin oder eine Versicherung) oder eine Nettoeinnahme gemeint sein, im Fall der Kaderärzte/-ärztinnen wahrscheinlich das Letztere.

Dr. med. Paul Fischer, Luzern

Replik auf «Brutto- oder Nettoeinkommen?»

Der Verein der Leitenden Spitalärzte der Schweiz (VLSS) erhebt mit seinen Mitgliederbefragungen nicht den Anspruch, wissenschaftlich fundierte Angaben zur genauen Entwicklung der Einkommenshöhe sowie der Anstellungsbedingungen der Kaderärzteschaft in der Schweiz zu machen. Mit der Umfrage konnten wir somit, anders als bei einer Studie, lediglich allgemeine Trends bei den gesamten (Brutto-)Einkommen aus verschiedenen Einnahmequellen (Lohn, Honorare etc.) und bei den Arbeitsbedingungen erfassen. Darauf haben wir im betreffenden Artikel hingewiesen.

Prof. Dr. med. Karl-Olof Lövblad, Präsident VLSS

Briefe

Reichen Sie Ihre Leserbriefe rasch und bequem ein. Auf unserer neuen Homepage steht Ihnen dazu ein spezielles Eingabeformular zur Verfügung. Damit kann Ihr Brief rascher bearbeitet und publiziert werden – damit Ihre Meinung nicht untergeht. Alle Infos unter:
www.saez.ch/de/publizieren/leserbrief-einreichen/

Impfen oder warten, das ist hier die Frage!

Brief zu: Quinto CB. To vaccinate, or not to vaccinate...? Schweiz Ärztztg. 2020;101(49):1637.

Keine Frage, die Sicherheit der Impfung ist essenziell. Der Zuwachs an Wissen zum neuen Coronavirus geschieht exponentiell wie dessen Ausbreitung. Zunehmend geraten Folgen von COVID-19 in den wissenschaftlichen Fokus. Das Long-COVID-Syndrom scheint unabhängig von den meisten Risikofaktoren für einen schweren Verlauf von COVID-19 aufzutreten. Menschen, die daran leiden, weisen oft keine speziellen Risiken auf. Betroffen sind auffällig häufig jüngere Frauen. Mit höherem Alter und BMI nimmt das Risiko geschlechtsunabhängig zu. Als Komorbidität könnte Asthma, das kein Prädiktor für einen schweren Verlauf von COVID-19 ist, dazu prädisponieren. Eine interessante Studie [1] bei über 4000 Patienten mit positiver PCR hat ergeben, dass jede siebente Person mehr als 28 Tage daran gelitten hat. Teilweise handelt es sich um Nachwehen, wie sie von anderen viralen Affektionen bekannt sind, teilweise auch nicht. Gehäuft wurden Müdigkeit, Kopfschmerzen, Kurzatmigkeit und Geruchsverlust rapportiert. Verschiedene Organe nebst den Lungen können involviert sein. Viruspersistenz oder Autoantikörper [2], vielleicht stimuliert durch molekulare Mimikry, können pathogenetisch eine Rolle spielen. Vieles ist derzeit noch offen. Der natürliche Verlauf von COVID-19 bei jüngeren Menschen kann mit erheblicher Morbidität einhergehen. Das gilt es bei der Impffrage zu berücksichtigen. Die Impfstoffentwicklung beruht auf verschiedenen Ansätzen [3]. Die raschen Fortschritte bei der Impfstoffentwicklung sind jahrelangen Vorarbeiten zu Impfungen gegen SARS und MERS zu verdanken. Erst mit der Anwendung von Impfstoffen gegen SARS-CoV-2 eröffnet sich über Jahre das Spektrum möglicher unerwünschter Wirkungen. RNA-basierte Impfstoffe sind in Tiermodellen gut untersucht und humane Phase-III-Trials verlaufen ermutigend. Spezielle Überwachung erfordert «Vaccine-enhanced disease». Eine gute Übersicht zum Thema findet sich in der zitierten Review [3]. Nach Translation an den Ribosomen wird mRNA rasch degradiert, sie wird nicht in DNA umgeschrieben und gelangt nicht in den Zellkern, womit keine Veränderungen am Erbgut in somatischen Zellen entstehen. Ob Langzeitfolgen auftreten, ist naturgemäss unbekannt. Dies gilt für die Infektion mit SARS-CoV-2 ebenso. Spätfolgen einer In-

fektion könnten Tumoren oder Autoimmun-krankheiten [2] sein. Die Pandemie nimmt ihren Lauf. Ohne wirksame Impfungen ist kein Ende in Sicht. Das veränderte Leben führt neben ökonomischen Auswirkungen zu mentalen Problemen. Inwieweit diese krankmachendes Potenzial haben, wird sich weisen. In einer epidemiologischen Notfallsituation stösst die individuelle Freiheit an Grenzen. Soziale Verantwortung ist gefragt. Die Debatte, ob man sich impfen lassen soll, wird möglicherweise bald von einer neuen Realität eingeholt: dass nur Geimpfte Zugang zu bestimmten Dienstleistungen und Konsumgütern haben, sei es weil öffentlich-rechtliche oder private Akteure entsprechende regulatorische Vorschriften erlassen.

Dr. med. Daniel Schlossberg, Zürich

- 1 Sudre CH, et al. Attributes and predictors of Long-COVID: analysis of COVID cases and their symptoms collected by the Covid Symptoms Study App. <https://doi.org/10.1101/2020.10.19.20214494>
- 2 Halpert G, Shoenfeld Y. SARS-CoV-2, the auto-immune virus. <https://doi.org/10.1016/j.autrev.2020.102695>
- 3 Krammer F. SARS-CoV-2 vaccines in development. <https://doi.org/10.1038/s41586-020-2798-3>

Bester Leitartikel der Schweizerischen Ärztezeitung im Jahr 2020

Brief zu: Quinto CB. To vaccinate, or not to vaccinate ...? Schweiz. Ärzteztg. 2020;101(49):1637.

Dem Kollegen Quinto kann man zu seinem Leitartikel über den neuen mRNA-Impfstoff nur gratulieren. Er erwähnt nicht nur einen allgemeinen Impfnutzen, sondern weist auch auf unbekannte mögliche Nebenwirkungen hin, sog. Spätschäden, die sich erst nach 6 Monaten zeigen; eine Monatszeit, die bei keiner Impfung gegen Corona in Beobachtung stand. Leider ist dieser Beitrag nur in der *Schweizerischen Ärztezeitung* veröffentlicht worden; ein Zugang für uns Ärztinnen und Ärzte müsste aber dringend von der FMH auch in der Publikumspressen möglich sein; denn nur so kann eine Information des Schweizlers ehrlich erfolgen.

*Dr. med. Hans Baumann,
Allgemeinmedizin, Bassersdorf*

Covid-19-Impfpolitik: Sozial- und Präventivmedizin heute

In anderen Sprachen verwendet man für Impfen den Begriff «Vaccination». Der Landarzt Edward Jenner erkannte den für den Men-

schen nützlichen Artensprung des Pockenvirus auf die Kuh. Die zum Schutz vor Pocken wirksame «Übertragung durch Aufpfropfen» («Impfen») dieses weniger pathogenen Virus publizierte er 1799 in der Schweiz.

Die Zeitschrift *Illustration* vom 10.9.1803 publiziert das bekannte Bild über die Vaccination in einer Strasse von Paris. Dabei wird ein Kleinkind mit Impfstoff direkt ab einer Kuh geimpft. Das zahlreiche interessierte Publikum schaut zu. Noble Herren und ein Polizist belegen, dass es sich dabei um eine offiziell unterstützte Aktion handelt.

Mit diesem Impfkonzept: Impfen dort, wo sich die zu Impfinden aufhalten, konnten die Pocken weltweit ausgerottet werden. Was würde die Pockenimpfung heute kosten, wenn unsere Vorfahren diese Seuche nicht weitsichtig sehr aufwändig eliminiert hätten? Bei Covid-19 wünschen viele, von Masken befreit sich im und neben dem Schnee frei zu tummeln. Sorglose «eigenverantwortliche» Parlamentarier singen in Räten, beschliessen harte Massnahmen für das Volk und gefährden selbst das Vertrauen. Impfungen sind unbestritten wichtig für die Prävention. Womit ist bald geklärt. Wen zuerst ist noch umstritten. Sicher nicht, wer zuerst bestellt oder am meisten bezahlt. Da hat man international schlechte Erfahrungen gemacht mit Maskenkäufen, Medikamenten und anderen Impfstoffen, wie aktuell gegen Grippe. Hochrisikopersonen wie Kranke und ihr Pflegepersonal können sich als Erste privilegiert impfen lassen. Hier ist logisch, dass diese am besten dort geimpft werden, wo sie sich aufhalten, also dort, wo sie arbeiten.

Wo man die übrige Bevölkerung am optimalsten impft, bleibt unklar. «Impfen auf der Strasse» ist geplant, neu in Impfcontainern oder Impfpelzen auf öffentlichen Plätzen, Kasernenarealen, ausgemusterten Flugplätzen usw.

Damit ergeben sich wieder gleiche Probleme wie bei den Intensivpflegebetten. Man rechnet pro Impfpfplatz mit 10 Personen, davon solle einer ein Arzt sein. Hat man dazu das notwendige ausgebildete Personal?

Wie sollen Impfcontainer auf dem Land funktionieren? Räume in Schulen würden sich besser eignen. Die Akzeptanz wäre über diese Resilienz wie beim Herstellen von Masken in der Schule besser. Mit dem Epidemiegesetz wurde der Schularztdienst flächendeckend aus diversen (standes-)politischen Interessen abgeschafft. Die Haftpflichtfrage bei Impfschäden wurde privatisiert. Die zu Impfinden sollen dies auch in «Eigenverantwortung» übernehmen, teilweise sogar die Impfkosten. Die Impfungen der wichtigen Gruppe der Adoleszenten in höheren Schulen wurden supprimiert. Nun ist man erstaunt, wenn die Akzeptanz vernünftiger Massnahmen bei «Kunden» im

Gesundheitswesen nicht mehr funktioniert. Die Impfungen gegen Hepatitis B, gegen Masern, vielleicht sogar gegen Polio, funktioniert nicht mehr optimal. Man könnte diese Krankheiten auch ausrotten, Reduzieren ist aber kurzfristig billiger. Wegen der hohen Kosten von Covid-19 wäre es sinnvoll, auch diese Impfungen jetzt zu organisieren!

Bei der Impfkampagne der Nomaden mit dem Schweizerischen Katastrophenhilfekorps 1983 in der Sahara hatte ich nie einen Hauch von Impfskepsis gespürt, obwohl sie Impfreaktionen durchaus kannten und uns fragten, wie man diese behandeln kann (Pocken, BCG, Masern gleichzeitig).

Dr. med. Markus Gassner, Landarzt, Grabs

Coronavirus und Patientenverfügung: aktueller denn je

Brief zu: Schubiger G. Coronavirus und Patientenverfügung. Schweiz. Ärzteztg. 2020;101(14):496.

«Die Verhinderung des Todes um jeden Preis ist der ideologische Kern der Coronakrise», schreiben K. Beck und W. Widmer in ihrem neuen Büchlein*. Diese Haltung führt zur Überlastung unserer Intensivstationen und vor allem des Pflegepersonals. Der Leserbrief von Prof. Dr. med. Gregor Schubiger vom 1.4.2020 während der ersten Corona-Welle ist deshalb aktueller denn je, auch seine Ergänzung zur Patientenverfügung. Wir müssen sie uns wieder in Erinnerung rufen und mit unseren betagten Patienten und Patientinnen Gespräche führen, um mitzuhelfen, die Überlastung der Spitäler in der drohenden dritten Welle zu verhindern. Persönlich blicke ich, wie Prof. Schubiger, auf ein erfülltes Leben zurück. Meine Verfügung habe ich deshalb so ergänzt: Sollte ich an einer Covid-19-Lungenentzündung leiden und die Verlegung auf eine Intensivstation zur Diskussion stehen, will ich, dass eine lebensverlängernde Behandlung unterlassen wird (insbesondere Beatmung oder Reanimation). Stattdessen sollen möglichst zu Hause palliative Massnahmen durchgeführt werden. Es gibt ein sehr gutes Zusatzblatt zur Patientenverfügung von Palliative.ch und mfe, und einen hilfreichen Notfallplan zur palliativen Behandlung von Covid-19 zu Hause: www.spac.ch/covid-19

Dr. med. Danielle Lemann, Langnau

* K. Beck, W. Widmer. Corona in der Schweiz – Plädoyer für eine evidenzbasierte Pandemie-Politik. 2020. ISBN 978-3-033-08275-5.

Chassez le naturel, il revient au galop...

Alors que les 3 règles n'assurent déjà qu'une protection élevée, mais loin d'être parfaite (personne ne sait avec certitude à quel degré, mais en tout cas pas à 100%), on constate que partout l'on bricole, chacun selon sa notion très personnelle du «bon sens», et théorise sur le comportement du public, pour ses propres intérêts. On a ainsi vu le Conseil national voter une «déclaration» demandant aux autorisés de ne pas diminuer la capacité des télécabines à moins de 80% du maximum autorisé, nonobstant la distanciation sociale. Vous ne serez ainsi qu'à 60 cm de votre voisin et pas à 50 cm comme d'habitude! Or, on sait que chaque fois que les gens se rapprochent cela favorise la contamination. La droite a marqué un bel autogoal, juste pour préserver le «chiffre». Quel cynisme, quel mépris. J'invite un de ces valeureux élus à faire comme moi huit jours intubé aux soins intensifs, en coma induit, atteint par une pneumonie au coronavirus, pour apprécier ensuite plus la vraie vie et le respect que l'on doit aux autres. *Vae victis* disaient les Romains. A-t-on évolué?

Dr méd. Virgile Woringe, Lausanne

Die Schuld liegt vor allem bei den Kantonen

Brief zu: Gilli Y. Datenaufbereitung und Medizininformatik – wie weiter? Schweiz Ärztztg. 2020;101(50):1673.

Die Präsidentin der FMH macht in ihrem Editorial dem BAG Vorwürfe, der Bund habe die Digitalisierung seit 15 Jahren verschleppt. Die Schuld an dieser Verschleppung liegt nach meiner Erfahrung jedoch vor allem bei den Kantonen.

Als Kantonsarzt-Stellvertreter Thurgau übernahm ich 1994 das Meldewesen für übertragbare Krankheiten. Das BAG stellte zu diesem Zweck allen Kantonsärzten einen Computer zur Verfügung. Das BAG hat den Kantonen eine Gratisinstruktion offeriert, wovon ausser mir kein Kanton Gebrauch machte. Eine Mitarbeiterin des BAG ist dafür nach Frauenfeld gekommen und hat mich bestens in die Geheimnisse der Anwendung des Computers eingeführt. In der Folge habe ich jeweils am Freitagnachmittag mit Frau Ramelli «gechattet». Leider kam die elektronische Übermittlung der Laborresultate von übertragbaren Krankheiten nicht zustande, weil der Thurgau der einzige Kanton war, welcher elektronisch mit dem BAG kommunizierte.

Nach einigen Jahren forderte das BAG die Rückgabe des Computers, die meisten Kantone fanden dieses Gerät nicht mehr. Wenn

man heute dem BAG Verschleppung der Digitalisierung vorwirft, muss ich das Bundesamt in Schutz nehmen. Die Kantone waren schlicht und einfach noch nicht reif für die Digitalisierung.

*Dr. med. Alfred Muggli,
Alt-Kantonsarzt Thurgau, Steckborn*

Bezüglich Sprachbarrieren sozialpolitische Lösungsansätze anstreben

Brief zu: Mueller F. Sprachbarrieren in der ärztlichen Konsultation. Schweiz Ärztztg. 2020;101(47):1586–8.

Besten Dank für Ihren im aktuellen politischen Umfeld wichtigen Artikel. Ich erlebe die Problematik der schwierigen Kommunikation täglich in meiner Praxis. Wie Sie beschreiben, führt eine ungenügende Anamnese, eine fehlende Erklärung des Krankheitsbildes sowie der therapeutischen Massnahmen zu einer erheblich verminderten Behandlungsqualität und schlechten Compliance.

Etwas Mühe habe ich allerdings mit Ihrer Unterstellung, dass die ÄrztInnen diesbezüglich eine «enttäuschende Haltung» aufweisen würden. Angesichts der weiterhin ungeklärten Finanzierungsfrage läuft eine Praxis Gefahr, dass sie Kosten selber übernehmen muss, die unter Umständen diejenigen der Konsultation sogar übersteigen. Zusätzlich wurde die Gesprächszeit vom Bundesrat auf 20 Minuten (inklusive Administration!) begrenzt, dies stellt eine weitere Hürde in der Behandlung von Menschen mit Sprachschwierigkeiten dar. Ob diesbezüglich die Rechnungsstellung einer Konsultation «mit erhöhtem Behandlungsbedarf» einer juristischen Prüfung standhalten würde, wage ich angesichts des von Ihnen erwähnten Bundesgerichtsentscheids zu bezweifeln.

Leider beschreiben Sie in Ihrem Artikel keine Lösungsansätze. Kollege Gross empfiehlt in seinem Leserbrief «Vom Dolmetschen» (SÄZ 2020;101(49)) die Möglichkeit, den «Google Übersetzer» einzusetzen. In der praktischen Sprechstunde (15-Minuten-Takt) ist das äusserst schwierig, im Schriftverkehr aber durchaus eine praktikable Lösung. Gute Erfahrungen habe ich mit dem Übersetzungsdienst «Deepl.com» gemacht, den auch meine Praxisassistentin erfolgreich einsetzt. Dieser ist zwar nur für einige Sprachen erhältlich, weist jedoch den aktuell wahrscheinlich besten KI-Algorithmus auf. Zukünftige Lösungen könnten Übersetzungs-Apps sein, wie beispielsweise diejenige von Apple im neuen iOS 14. Diese liefert bei deutschem Sprech-Input einen fremdsprachigen Sprech-Output.

Schliesslich muss diese Problematik auf parlamentarischer Ebene besprochen werden, um eine sozialpolitisch verträgliche Lösung zu finden. Es kann nicht sein, dass man diese Kosten auf die betroffenen PatientInnen oder auf die BehandlerInnen abwälzt. Es müssten staatlich oder kantonale zentralisierte Stellen eingesetzt werden, über welche sich DolmetscherInnen einfach organisieren liessen und welche die Kostenfrage regeln würden. Auch wenn auf diese Art und Weise vermeintlich höhere Kosten anfallen, bin ich überzeugt, dass sich die Gesamtkosten durch die bessere Behandlungsqualität reduzieren liessen.

Dr. med. Daniel Mahler, Luzern

Von Menschen und Muscheln

Brief zu: Wolff E. Über das Husten. Schweiz Ärztztg. 2020;101(50):1712.

Was unter Wasser man entlässt, an Gasen, die hinaus man presst als Husten oder auch als Furz, muss laut Physik stets ziemlich kurz danach zur Oberfläche streben und drüber sanft und schnell entschweben in Hallenbads chlorierter Luft, verbreitend Viren, Staub und Duft, und was noch sonst aus Gases Blasen den Badenden umweht die Nasen. Die Muschel ist sehr viel diskreter, entlässt nicht Blasen, sondern steter die Atemgase fein gelöst mit Schlacken, die ins Wasser stösst sie laut der Forschenden Befund; und jene sinken still zum Grund, wodurch Genossen nicht gepeinigt, jedoch der Lebensraum gereinigt. Ist wohl beim Menschen abgeschaltet die Gengruppierung, die gestaltet, was Rücksicht sozial bedeutet und Muscheln lebenslang begleitet? Wer schwimmend unter Wasser hustet und seinen Speichel weiterpustet, der könnte in Coronazeiten als Hot Spot Viren weit verbreiten.

*Prof. em. Dr. med. Max Stäubli, Ebmatingen,
Dr. med. Bernhard Gurtner, Wetzikon*

Chefärzte verdienen höchsten Respekt

Brief zu: Brügger U, Nägeli B. Das Führen von Spitalern als Balanceakt. Schweiz Ärztztg. 2020;101(48):1632.

Nach den Bankern und Managern werden nun die Chefärzte der Spitäler an den Pranger

gestellt. «Geldgierig», «skrupellos» und «selbstherrlich» sind einige der Adjektive, die man oft liest, wenn es um die Machenschaften der Gilde geht, die einst als Halbgötter in Weiss verehrt wurde. So übertrieben dies war, so unrecht tut man den Ärzten, wenn man sie nun mit dem Prädikat «Abzocker» brandmarkt. Pauschalverurteilungen auch daher, weil vielen gar nicht bewusst ist, was es eigentlich bedeutet, Chefarzt an einem Universitäts- oder Zentrumsspital zu sein. Mit dem Dauerbashing riskieren wir, für diese verantwortungsvollen Aufgaben keine qualifizierten Mediziner mehr zu finden.

Denn für die Leitung von Kliniken oder Departementen mit oftmals über hundert Mitarbeitenden kommen nur die Besten infrage – Leute, die einen langen, anspruchsvollen Ausbildungsweg hinter sich haben. Zu dessen Meilensteinen gehören ein sechsjähriges Medizinstudium und anschliessend die Weiterbildungszeit als Assistenzarzt bis zur Erlangung des Facharztstitels, worauf in der Regel die Beförderung zum Oberarzt erfolgt. Danach spitzt sich die Pyramide immer steiler zu. Nur wenige werden zu Leitenden Ärzten oder Chefärzten berufen. Wer mit diesen höheren Aufgaben betraut wird, steht extrem unter Beobachtung beziehungsweise in der Verantwortung – nicht nur führungsmässig, sondern auch medizinisch. Denn für Fehler

(und wo Menschen arbeiten, geschehen nun einmal Fehler) haftet der Kaderarzt. Dies ist insofern bemerkenswert, als man heute viel rascher in ein juristisches Verfahren oder in den administrativen Fokus gerät als noch vor ein paar Jahren. Eine Verurteilung oder ein Verweis bedeutet meist das Karriereende.

Auf Stufe Chefarzt ist man noch mehr gefordert, weil die akademische Verpflichtung hinzukommt. Wer ein Departement mit mehreren Kliniken oder ein Spital leiten will, braucht den Professorentitel, zumindest in einem Zentrums- oder Unispital. Das Anforderungsprofil ist enorm: Der Chefarzt muss akademisch auf höchstem Niveau sein, jahrelange Forschungs- und Dozententätigkeit vorweisen, regelmässig Forschungsergebnisse publizieren und strenge Vorgaben in der Fortbildung erfüllen. Und selbstverständlich wird von ihm auch Führungs- und Finanzkompetenz erwartet. Dass er überdies ein brillanter Kommunikator ist, der stets ein Ohr für die Sorgen und Nöte der Patienten und Mitarbeitenden hat, wird vorausgesetzt.

Vergessen Sie also das Klischee vom Chefarzt, der über Mittag Golf spielt und sich am Freitag in sein Feriendomizil verabschiedet. In einem öffentlichen Spital ist volle Präsenz und vor allem Bereitschaft während 24 Stunden an 365 Tagen gefordert. Wenn um zwei Uhr nachts nach einem schweren Unfall ein

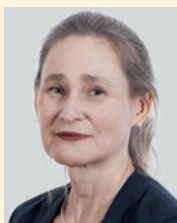
Patient eingeliefert wird, muss der Chef verfügbar sein, auch wenn die Operation vom Oberarzt oder vom Leitenden Arzt ausgeführt wird. Dafür erhält der Chefarzt eine angemessene Entschädigung. Es ist nachvollziehbar, wenn sich Chefärzte vermehrt die Frage stellen, weshalb sie sich diesen Job noch antun sollen, wenn sie wieder einmal eine Schlagzeile über vermeintliche Abzocke, Selbstbedienungsmentalität oder Vetternwirtschaft lesen und medial in Sippenhaft genommen werden. Für Aussenstehende vielleicht Symptomschmerz, aber all denjenigen Chefärzten, die ihren Job mit Herzblut erfüllen und rund um die Uhr für die Patienten da sind, geht dieses Bashing unter die Haut. Ihre Leistung darf man nicht nur monetär entschädigen. Diese Ärzte verdienen auch unseren höchsten Respekt.

Adrian Schmitter, CEO Kantonsspital Baden

Die Leserbriefe geben die Meinung des Verfassers oder der Verfasserin wieder. Der Inhalt eines Leserbriefs muss nicht die Meinung der Redaktion widerspiegeln. Die Redaktion übernimmt keine Verantwortung für Inhalt und Richtigkeit der getätigten Behauptungen. Jede Verfasserin und jeder Verfasser ist persönlich für ihre/seine Aussagen verantwortlich.

Aktuelle Themen auf unserer Website

www.saez.ch → Tour d'horizon



Ursina Pally Hofmann, Rechtsanwältin, Generalsekretärin und Leiterin Rechtsdienst FMH

COVID-19-Impfung: Haftung und Patientenrechte

Antworten auf die wichtigsten Haftungsfragen im Zusammenhang mit einer Impfung und Pflichten der Ärzteschaft.



Interview mit Yvonne Gilli, neue FMH-Präsidentin

«Als Präsidentin bin ich in einer Vorbildfunktion»

Mit Yvonne Gilli hat die Verbindung der Schweizer Ärztinnen und Ärzte FMH zum ersten Mal eine Frau zur Präsidentin gewählt. Werden nun vermehrt Frauen in der Medizin Karriere machen können?



Mitteilungen

Facharztprüfungen

Facharztprüfung zur Erlangung des Facharzttitels für Physikalische Medizin und Rehabilitation

Datum: Freitag, 18. Juni 2021

Ort: AKAD Bern, Effingerstrasse 31, 3008 Bern

Der Ort der Prüfung kann noch geändert werden, wenn dies die Anzahl der Kandidaten und andere organisatorische Erfordernisse nötig machen. Der definitive Ort und der genaue Zeitplan werden den angemeldeten und zugelassenen Prüfungs-Kandidatinnen/Kandidaten zu einem späteren Zeitpunkt mitgeteilt.

Anmeldefrist: 15. Februar 2021

Weitere Informationen finden Sie auf der Website des SIWF unter www.siwf.ch → Weiterbildung → Facharzttitel und Schwerpunkte → Physikalische Medizin und Rehabilitation

Facharztprüfung zur Erlangung des Facharzttitels Psychiatrie und Psychotherapie

1. Teil 2021

Datum: Dienstag, 29. Juni 2021

Ort: Bern

Anmeldefrist: Dienstag, 13. April 2021
(Poststempel zählt)

Weitere Informationen finden Sie auf der Website des SIWF unter www.siwf.ch → Weiterbildung → Facharzttitel und Schwerpunkte → Psychiatrie und Psychotherapie

Schwerpunktprüfung zur Erlangung des Schwerpunktes Psychiatrie und Psychotherapie der Abhängigkeitserkrankungen zum Facharzttitel Psychiatrie und Psychotherapie

Datum: Mittwoch, 25. August 2021

Ort: Basel

Anmeldefrist: 1. Mai 2021

Weitere Informationen finden Sie auf der Website des SIWF unter www.siwf.ch → Weiterbildung → Facharzttitel und Schwerpunkte → Psychiatrie und Psychotherapie

Preis der Schweizerischen Gesellschaft für Chirurgie 2021

Zur Förderung der chirurgischen Forschung vergibt die Schweizerische Gesellschaft für Chirurgie (SGC) einen Preis für wissenschaftliche Arbeiten aus der chirurgischen Forschung. Die Richtlinien in englischer Sprache sind auf der SGC-Homepage unter «Preise der SGC» abrufbar.

Folgende Bedingungen müssen erfüllt sein:

- Erstautor muss ChirurgIn und unter 40 Jahre alt sein;
- Originalarbeit (zur Publikation akzeptiert oder vor kurzem publiziert mit Peer Review) oder angenommene Habilitationsschrift;
- zugrunde liegende Untersuchungen mehrheitlich in der Schweiz durchgeführt.

Das Preisgeld beträgt CHF 10 000, wobei der Preis je nach Juryentscheid eventuell geteilt werden kann.

BewerberInnen werden gebeten, die Unterlagen in einer PDF-Datei und unter Angabe der Zeitschrift, in welcher die Arbeit publiziert wurde oder wird, inklusive «Impact Factor», bis zum 12. Februar 2021 an die Mailadresse der SGC/SSC-Geschäftsstelle: [info\[at\]sgc-ssc.ch](mailto:info[at]sgc-ssc.ch) zu senden.

Ausschreibung der SGAIM-Foundation für 2020/21

Well-being, job satisfaction and health of the General Internal Medicine workforce

Die medizinische Forschungsstiftung SGAIM Foundation lanciert für 2020/21 eine Preisausschreibung zum Thema «Well-being, job satisfaction and health of the General Internal Medicine workforce».

Es sollen Forschungsprojekte unterstützt werden, die Prävalenz und/oder Prädiktoren des Wohlbefindens/der Arbeitszufriedenheit/Gesundheit im Bereich der stationären und ambulanten Allgemeinen Inneren Medizin untersuchen oder durch geeignete Interventionen zu verbessern suchen.

Die Projektanträge in englischer Sprache sind bis zum 28. Februar 2021 bei der SGAIM Foundation in elektronischer Form einzureichen.

Ein unabhängiger Beirat, der sich aus wissenschaftlichen Expert/-innen zusammensetzt, prüft alle Eingaben und wählt die vier besten Projekte aus. Diese werden mit je einem Beitrag von Fr. 50 000 unterstützt.

Detaillierte Informationen zur Preisausschreibung und zur Einreichung eines Gesuches sind unter www.sgaim.ch/foundation zu finden.

Die Bekanntgabe der Preisgewinner/-innen durch die SGAIM Foundation findet im Rahmen des 5. Frühjahrskongresses der SGAIM vom 19.–21. Mai 2021 im Congress Center in Basel statt. Siehe auch www.sgaim.ch/fk21

Weitere Auskünfte: Prof. Dr. med. Jean-Michel Gaspoz, Präsident der SGAIM Foundation, oder Dr. med. Lars Clarfeld, Generalsekretär der SGAIM, Tel. 031370 40 06, [foundation\[at\]sgaim.ch](mailto:foundation[at]sgaim.ch)

Ausschreibung der Mach-Gaensslen Stiftung (Schweiz)

Unterstützung Forschungsprojekte Neurologie/Psychiatrie

Die Mach-Gaensslen Stiftung (Schweiz) unterstützt turnusmässig 1–2 Forschungsprojekte der Fachgebiete Kardiologie, Hämatologie/Onkologie und Neurologie/Psychiatrie. Das Jahr 2021 ist für die Neurologie/Psychiatrie reserviert.

Gesuche um Unterstützung eines qualifizierten Forschungsprojektes des Fachgebietes Neurologie/Psychiatrie können bis 31. März 2021 der Mach-Gaensslen Stiftung (Schweiz), Seehofmatt 8, 6314 Unterägeri, eingereicht werden.

Die für das Forschungsgesuch notwendigen Angaben können unter der gleichen Adresse oder per E-Mail ([mach-gaensslen.stiftung\[at\]gmx.ch](mailto:mach-gaensslen.stiftung[at]gmx.ch)) eingeholt werden. Die Beurteilung der Forschungsprojekte durch den Stiftungsrat erfolgt Ende Mai 2021.

Jack Plaschkes Memorial Award

The Swiss Paediatric Oncology Group (SPOG) and the Swiss Society of Pediatric Surgery are delighted to open applications for the Jack Plaschkes Memorial Award 2020/21 in the amount of CHF 5000.

This prize is intended to promote Clinical and/or Basic Research in the field of Paediatric Oncological Surgery in Switzerland.

We encourage junior colleagues fulfilling the requirements to apply.

Requirements for applicants:

- Paediatric surgeons in training
- Age below 40 years (i.e., born after 1st January 1980)
- Swiss candidate working in a Swiss or foreign academic institution
- Swiss candidate or foreigner working in a Swiss academic institution
- Foreigners working outside Switzerland in collaboration with a Swiss academic institution

Clinical Research or Basic science Projects which are achieved, in process or in project can be submitted.

Please send the following documents:

- Up-to-date CV
- Cover letter
- Letter of recommendation from a supervisor
- Short summary (max. 4000 characters) describing the project

to:

Partner Relations
partnerrelations[at]spog.ch

SPOG Coordinating Center
Effingerstrasse 33
3008 Bern

before 15 April 2021.

The selected candidate will be awarded during the SPOG Scientific Meeting (4–5 June 2021) in Bern.

Neuigkeiten zur Association Suisse des Ecrivains Médecins (ASEM)

Die ASEM hatte in den letzten Jahren immer weniger Mitglieder. Schliesslich waren nur noch einige deutschschreibende Kolleginnen und Kollegen dabei. Nach dem internationalen Kongress der UMEM (Union Mondiale des écrivains médecins) 2018 in Beuggen/Rheinfelden und Gesprächen mit den Präsidenten und Kollegen vom Bundesverband Deutscher Schriftstellerärzte (BDSÄ) wurde beschlossen, eine neue Sektion im BDSÄ zu gründen, Sektion Schweiz, genannt ASEM. Wir verzichteten auf juristische Schritte, damit sich die ASEM später jederzeit in der Schweiz mit neuem Vorstand wieder konstituieren könnte.

Wir haben u.a. die Auflösung der Vereinigung in Betracht gezogen, sahen jedoch in Anbetracht ihrer 62-jährigen Geschichte davon ab. Die ASEM war ausserdem mit Dr. René Kaech Gründungsmitglied der UMEM. So überlegt können schreibende Ärztinnen und Ärzte später die ASEM komplikationslos wieder in die Schweiz holen. Das ASEM-Konto mit dem restlichen Vermögen ist in der Schweiz geblieben und wurde stillgelegt.

Wir, die weiterhin einer Gruppe schreibender Ärzte angehören wollten, sind dem BDSÄ, Sektion ASEM, beigetreten. In diesem speziellen Covid-19-Jahr ist allerdings nichts durchgeführt worden, weder der Jahreskon-

gress des BDSÄ im Mai in Stralsund noch der internationale UMEM-Kongress im September in Versailles. Beide Kongresse sollen 2021 nachgeholt werden.

Wer sich als Mitglied bei der Sektion ASEM des BDSÄ anmelden möchte, tippe www.bdsae.org ein. Nach den Satzungen findet sich der Antrag zur Mitgliedschaft. Auf der Website steht alles Notwendige, um sich orientieren zu können.

Soweit bekannt sind die französischschreibenden Kollegen dem GEM, Groupement des Ecrivains Médecins français, beigetreten, und die italienischsprechenden der AMSI, Associazione Medici Scrittori Italiani. Unter diesen Namen findet man auch die entsprechenden Websites im Internet.

Wir hoffen, dass jüngere Kolleginnen und Kollegen die ASEM in die Schweiz zurückholen werden. Die dazu notwendigen Auskünfte werden im Sekretariat des BDSÄ hinterlegt.

Wir danken den deutschen Kollegen und ihrem Präsidenten Herrn Dr. D. Weller, dass wir mit der Sektion ASEM, locker eingebunden im BDSÄ, eine optimale vorübergehende Lösung gefunden haben und damit die Ideale der schreibenden Ärztinnen und Ärzte in der Schweiz wahren können.

Pastpräsidentin:
Françoise Verrey Bass, 2502 Biel
[fraverrey\[at\]gmx.ch](mailto:fraverrey[at]gmx.ch)

Die Start-up-Kultur in den Spitälern

Adrian Ritter

Freischaffender Journalist

Spitäler wollen die Medizin der Zukunft mitprägen und gründen «Health Innovation Hubs». Damit soll das Potenzial innovativer Ideen genutzt werden – innerhalb wie ausserhalb des Spitals.

Health Innovation Hubs, ein Institut für «Translational and Entrepreneurial Medicine», Beteiligungs-Aktiengesellschaften, Innovationsparks und Start-up-Investorengruppen: Zahlreiche Schweizer Spitäler haben in den vergangenen Jahren die Förderung von Innovationen intensiviert. Sie verfolgen dabei unterschiedlichste Ansätze. Warum tun sie das – und was bewirken sie damit? Eine Spurensuche am Beispiel von zwei Spitälern, die einen «Health Innovation Hub» gegründet haben.

Agieren statt reagieren

Maximilian Grimm ist viel unterwegs. Wegen Corona zwar weniger als auch schon, aber trotzdem: Start-up-Treffen, Konferenzen und Symposien sind ein wichtiger Teil seiner Arbeitswelt. Der ehemalige Unternehmensberater leitet den 2018 gegründeten «Health Innovation Hub» am Kantonsspital Baden (KSB). Grimms Mission: Innovationen finden. Wer ihn für eine Idee begeistern will, muss aufzeigen, wie diese dem KSB helfen kann, noch besser zu werden und im Idealfall auch die Medizin insgesamt voranbringen kann.

Die Idee zur Gründung eines «Hubs» entstand in der Führung des KSB nicht zuletzt im Zusammenhang mit dem Neubau des Spitals. «Wir wollen dabei neue Standards setzen etwa in Bezug auf eine Architektur, die den Heilungsprozess der Patientinnen und Patienten unterstützt – Stichwort Healing Architecture», erläutert Grimm. «Aber nicht nur die neuen Gebäude sollen innovativ und wegweisend sein, sondern auch die Prozesse im Spital.

Wo ist die nächste gute Idee zu finden, die ein Spital verbessern oder die Medizin verändern kann?



Ausserdem wollen wir unsere Rolle in der Gesellschaft verändern – weniger auf sich verändernde Rahmenbedingungen reagieren als das Gesundheitswesen der Zukunft proaktiv mitgestalten.»

Sicherer Rahmen

Der «Health Innovation Hub» sei dabei der Rahmen, um Innovationen erkennen und umsetzen zu können. Eine Art *safe space*, um Neues zu erproben. Das Kantonsspital Baden sei gut dafür positioniert, so Grimm: Man könne es sich als eines der wirtschaftlich erfolgreichsten Spitäler der Schweiz leisten, in Innovationen zu investieren. Zudem sei man geographisch gut gelegen in der Mitte des Grossraums Zürich–Basel mit seinen Hochschulen und einer aktiven Start-up-Szene – gerade im Bereich Medtech. So gab das KSB kürzlich bekannt, seine Kooperation mit der ETH Zürich auszubauen.

Maximilian Grimm ist auch am Spital selber viel unterwegs, stellt den Hub vor und hält nach innovativen Ideen Ausschau. Man wolle das interne Potenzial noch vermehrt nutzen. Die Umsetzung von Ideen und Projekten geschieht aber meist mit externen Partnern, insbe-

sondere Start-ups: «Das KSB betreibt seit Jahrzehnten klinische Forschung. Dieses Know-how können wir Start-ups zur Verfügung stellen, um Projekte im praxisnahen Umfeld voranzutreiben», so Grimm.

Bronze, Silber oder Gold

Erscheint ihm eine präsentierte Idee grundsätzlich plausibel, zieht Maximilian Grimm medizinische Fach-

personen bei, um das Potenzial einer Innovation und ihre Relevanz für das KSB zu evaluieren. Jedes Projekt erhält dabei eine Bewertung: Bronze, Silber oder Gold. Der Entscheidungsprozess, ob eine Idee weiterverfolgt wird, führt vom Innovationsmanager Grimm bis zum Verwaltungsrat. Wird grünes Licht erteilt, wird jedem Projekt eine interdisziplinäre Begleitgruppe mit dem nötigen medizinischen Fachwissen beigelegt.

Nach dem Aufspüren von Innovationen kommt für den Hub die zweite grosse Aufgabe: vielversprechende Ideen unterstützen, wo dies nötig ist. Das KSB bietet Innovatorinnen und Innovatoren unter anderem Know-how, medizinische Daten und Räumlichkeiten, ermöglicht klinische Studien oder finanziert ein Projekt auch selber mit. «Im Idealfall beginnt damit die Zusammenarbeit erst, denn die Neuerungen sollen am KSB auch nachhaltig implementiert werden. Deshalb ist die Unternehmensentwicklung des KSB von Anfang an in die Projekte involviert», so Grimm.

Sieben aktuelle Projekte

Sieben solche Innovationsprojekte laufen am KSB derzeit, rund 20 weitere Projekte werden gerade näher begutachtet. Start-ups wollen vor allem neue technologische Entwicklungen für die Medizin nutzbar machen. «Insbesondere die Schnittstelle von Künstlicher und natürlicher Intelligenz birgt grosses Potenzial und könnte mithelfen, die Komplexität im Gesundheitswesen zu bewältigen», sagt Maximilian Grimm. So arbeitet das KSB beispielsweise mit Start-ups, welche Patientendaten schneller verfügbar machen oder die medizinische Bildgebung optimaler archivieren wollen. Eine App, die derzeit in der Pilotphase erprobt wird, soll die Kommunikation zwischen dem Spital und den Patientinnen und Patienten verbessern. Zudem unterstützt das KSB die Entwicklung einer App, welche bei medizinischen Notfällen eine Ersteinschätzung ermöglicht und die Patientinnen und Patienten anleiten soll, was zu tun ist. Dabei hilft Künstliche Intelligenz (KI), die erfragten Symptome auszuwerten und die medizinisch korrekte Lösung zu finden.

Maximilian Grimm ist zuversichtlich, dass die laufenden Projekte ihre Ziele erreichen werden. Klar ist aber: «Innovativ sein bedeutet auch, ein gewisses Risiko einzugehen, dass mal etwas nicht klappt. Dabei ist allerdings klar, dass die Patientensicherheit immer oberste Priorität hat.» Etwa wenn es darum geht, dass Patientinnen in Zukunft früher das Spital verlassen können, weil ihr Gesundheitszustand durch tragbare Sensoren überwacht wird: «Eine tolle Idee, die aber zuerst ausführlich mit stationären Patienten getestet werden muss, bevor sie umgesetzt werden kann.»

Intern vor extern

Einen «Health Innovation Hub» hat seit 2019 auch das Universitätsspital Zürich (USZ). Als forschungsorientiertes Spital legt der Hub die Priorität auf die Entdeckung und Förderung interner Innovationen. «Rund 2100 Mitarbeitende sind am USZ auch forschend tätig. Entsprechend gross ist das Potenzial an Innovationen», sagt Matthias Herrmann, Leiter des Hubs.

Als Vermittler zwischen externen Partnern und USZ-Kliniken will der Hub jedoch immer tätig sein, auch wenn er eine Idee selber nicht fördert. «Wir haben in der Start-up-Szene oft gehört, dass es an Anlaufstellen für medizinische Projekte fehlt. Hier kann Spitälern eine wichtige Aufgabe zukommen», sagt Herrmann: «Sie können mit ihrem Know-how einen echten Mehrwert bieten. Denn manchmal kontaktieren uns Start-ups, die schon mehrere Runden der Innovationsförderung hinter sich haben, aber es hat bisher noch nie ein Arzt oder eine Ärztin die Idee begutachtet und eine Rückmeldung gegeben, ob diese im klinischen Alltag auch praktikabel ist.»

Langfristig strebt der USZ-Hub ein Verhältnis von 70 Prozent internen zu 30 Prozent externen Innovationen an, die gefördert werden sollen. Die Grenzen sind dabei allerdings bisweilen fließend am Hochschulstandort Zürich, wo Klinikerinnen und Kliniker oft auch an der Universität Zürich tätig sind. Klar ist: Mit der unmittelbaren Nachbarschaft von Universität und ETH Zürich ist auch hier das Potenzial an Innovationen immens.

Fünf Jahre bis zum Patienten

Auch der USZ-Hub fördert Innovationen, die das medizinische Angebot und die Prozesse des USZ verbessern und dem Gesundheitswesen insgesamt dienen sollen. «Gesucht sind Projekte, die den Patientinnen und Patienten innerhalb von drei bis fünf Jahren einen Nutzen bringen», erläutert Herrmann. Für die Auswahl ist ab einer bestimmten Förderungsstufe ein «Innovation Board» aus internen und externen Expertinnen und Experten zuständig. Gleichzeitig kann der Hub auf internes Fachwissen etwa des Clinical Trial Centers zurückgreifen, um Projekte zu bewerten.

Mut machen

Der Hub stellt den Projekten personelle Ressourcen etwa in der Form von Coaching, Räumlichkeiten und medizinischem Know-how zur Verfügung. «Gleichzeitig wollen wir gerade intern Forschende ermutigen, innovativ tätig zu sein – auch wenn sie keine Erfahrung mit Businessplänen haben. Hier können wir Ängste nehmen und zeigen: Wir können weiterhelfen», sagt Herrmann.

Im ersten Jahr seines Bestehens ist das Hub-Team des USZ mit rund 100 Innovationsvorschlägen kontaktiert worden. Noch ist es zu früh, um einen direkten Nutzen für die Patientinnen und Patienten vorweisen zu können – mit einer Ausnahme. Das USZ-Start-up «b-rayZ» entwickelt eine KI-basierte Lösung zur Analyse von Mammographien, die bereits an vier Spitälern im Einsatz ist.

Erfolgsbeteiligung wird reinvestiert

Bisweilen investiert der Hub auch selber in eine vielversprechende Idee – mit einer Anschubfinanzierung in der Form eines zinslosen Darlehens. Möglich wird dies durch philanthropische Unterstützung des Hubs. Ist ein Start-up wirtschaftlich erfolgreich oder wird später verkauft, muss das Darlehen zurückbezahlt werden, und der Hub kann die Gelder in weitere Projekte investieren. Der Health Innovation Hub des USZ schliesst im Übrigen keine Verträge ab, die dem Spital Sonderrechte garantieren. Die Start-ups sind immer frei, auch mit anderen Partnern zusammenzuarbeiten. «Innovationen sollen möglichst vielen Menschen zugutekommen», sagt Herrmann.

Innovationskultur fördern

Dass ein Start-up auch das Spital an einem finanziellen Erfolg beteiligt ist, ist auch für Maximilian Grimm vom Kantonsspital Baden klar. Überhaupt sind sich die beiden Health Innovation Hubs in vielen Punkten ähnlich – abgesehen von der unterschiedlichen Ausrichtung auf interne und externe Projekte. So sind sich Grimm und Herrmann auch einig, dass es sich für ein Spital lohnt, seine Innovationskultur zu fördern.

«Insbesondere gilt es, die Interdisziplinarität zu fördern und Gelegenheiten zur Vernetzung zu schaffen», sagt Maximilian Grimm: «Die Mitarbeitenden sollen Innovation als wichtigen Bestandteil ihrer Arbeit erleben, der grossen Nutzen bringt und auch Spass macht. Wenn es uns gelingt, eine solche Kultur zu schaffen, und die Mitarbeitenden von sich aus innovative Ideen entwickeln, haben wir ein wichtiges Ziel erreicht.»

Das Wichtigste in Kürze

- Schweizer Spitäler investieren in die Förderung von Innovationen. Das Kantonsspital Baden (KSB) und das Universitätsspital Zürich (USZ) setzen hierfür auf einen Health Innovation Hub.
- Das KSB setzt vor allem auf die Zusammenarbeit mit externen Start-ups, will aber auch das interne Potenzial noch vermehrt nutzen. Das USZ strebt ein Verhältnis von 70% internen zu 30% externen Projekten an, die gefördert werden sollen.
- Das Ziel der Innovationskultur ist die Förderung der Interdisziplinarität und der Patientennutzen. Die Pandemie hat gezeigt, dass medizinische Innovationen unerlässlich sind und schnell anwendungsbereit sein sollten.

Matthias Herrmann verweist auf einen weiteren Vorteil: «Wir alle wissen, dass ein Mangel an Ärztinnen und Ärzten und ein weltweiter Wettbewerb um Talente besteht. Ein Spital wird attraktiver als Arbeitgeber, wenn es seine Angestellten unterstützt und ihre Ideen wertschätzt.»

Nicht für jedes Spital mag von den Dimensionen her ein Health Innovation Hub die passende Lösung sein. Aber Matthias Herrmann kann sich vorstellen, dass ein kleines Spital zumindest eine Person damit beauftragt, Innovationsmanagement zu betreiben.

Günstiger Zeitpunkt

Health Innovation Hubs und andere Formen der Innovationsförderung: Was in anderen Wirtschaftsbereichen und in Ländern wie den USA und Israel schon länger selbstverständlich ist, wird nun auch im Gesundheitswesen der Schweiz je länger je intensiver betrieben: die gezielte Suche nach und Unterstützung von Innovationen.

Der Zeitpunkt dafür scheint gut. Auch wenn die Investitionen in Start-ups nicht dieselben Dimensionen wie etwa in den USA annimmt: Die Kurve zeigt nach oben. Das macht beispielsweise der Swiss Venture Capital Report 2020 deutlich: Rund 2,3 Milliarden Franken sind demnach im letzten Jahr in Schweizer Start-ups investiert worden. Dies entspricht einer Zunahme von 85 Prozent gegenüber dem Vorjahr – wobei die Zuwachsrate zuvor in guten Jahren eher bei 30 Prozent lag. Die Start-up-Kultur hat Fuss gefasst. Und die Schweiz tut gut daran, ihre findigen Köpfe wertzuschätzen und zu unterstützen. Dass medizinische Innovationen unerlässlich sind und möglichst schnell anwendungsbereit sein sollten, zeigt gerade die aktuelle Coronapandemie. Aber auch sonst lohnt es sich, die Gestaltung des Gesundheitswesens von morgen nicht dem Zufall zu überlassen.

Bildnachweis

© 3dalia | Dreamstime.com, Symbolbild

L'essentiel en bref

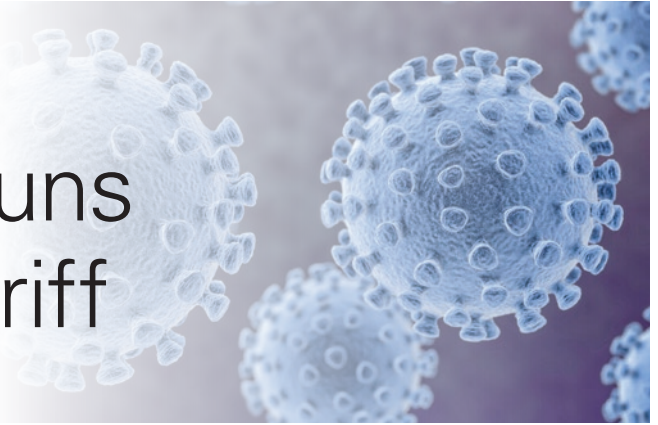
- Les hôpitaux suisses investissent dans la promotion de l'innovation. L'hôpital cantonal de Baden (KSB) et l'hôpital universitaire de Zurich (USZ) s'appuient à cet effet sur un Health Innovation Hub.
- Le KSB mise avant tout sur la collaboration avec des start-up externes. Il veut aussi davantage exploiter le potentiel interne. L'USZ vise une part de 70% de projets internes et 30% de projets externes à financer.
- L'objectif de la culture de l'innovation est d'encourager l'interdisciplinarité et le bénéfice pour les patients. La pandémie a montré que les innovations médicales sont essentielles et doivent être rapidement prêtes à l'application.

adrianritter[at]gm.ch

Die Pandemie hat uns wieder im Würgegriff

Daniel Schlossberg

Dr. med., Facharzt für Allgemeine Innere Medizin, Mitglied FMH, Zürich



Die Menschen wissen, was immer sie gegen die neuen Coronaviren unternehmen, es müsste durchgreifend sein. Und das wird zunehmend schwierig. Die Widerstände in der Gesellschaft haben zugenommen.

Nach einer kurzen Verschnaufpause im Sommer haben sie ihre Kräfte gesammelt. An einer Sitzung der Stammesführer ergreift das Oberhaupt der D614G-Mutante, genannt der Fade, das Wort. Er führt ganz unscheinbar den Stamm an, der sich bei uns am raschesten verbreitet. «Wir haben die Schwäche der Menschen ausgenutzt, die im Sommer getanzt, gesungen und gefeiert haben. Und die unsere Existenz leugnen.» Unbemerkt haben sie sich ihren Weg gebahnt, die Jungen befallen, die es oft gar nicht bemerkt haben. Jene haben sie weitgereicht und nun wieder zurück in ältere Populationen getragen. Da fordern sie ihre Opfer. Die

Das hilft denen, die wieder da sind, da, um zu bleiben und weiter anzustecken.

Menschen haben gesagt, sie wüssten nicht, warum die Fallzahlen wieder so rasch angestiegen seien. Den neuen Coronaviren kann das nur recht sein. Solange sie es nicht wüssten, könnten sie ungestört ihr Werk fortführen. Der Fade und der Wilde, Anführer des Wildtyps, sind sich einig, dass sie an Schlagkraft gewonnen hätten durch die raschere Vermehrung in ihren Wirten, ohne diese kränker zu machen. Nur so hätten sie ihren Siegeszug fortsetzen können. Sie hätten schliesslich von ihren Artgenossen gelernt, die die Leute zu Beginn des Jahrtausends zu krank gemacht und sich so selber ausgelöscht hätten. Sie seien auf Gedeih und Verderb auf ihre Gastwirte angewiesen. Sie sind wieder da, und wie! Die Menschen konstatierten im Oktober, es sei fünf vor zwölf und mithin gut, dass die Uhren mit Beginn der Winterzeit um eine Stunde zurückgedreht würden. Doch sie wissen, dass es nichts ändert und die Sache nun ihren Lauf nimmt. Das sei das Präventionsparadoxon. Wenn Vorbeugen noch heilen würde, würden sie nichts davon wissen wollen, weil sie nichts merken. Sterben gehöre zum Leben, dieses Schicksal sei allen beschieden, die Frage sei bloss

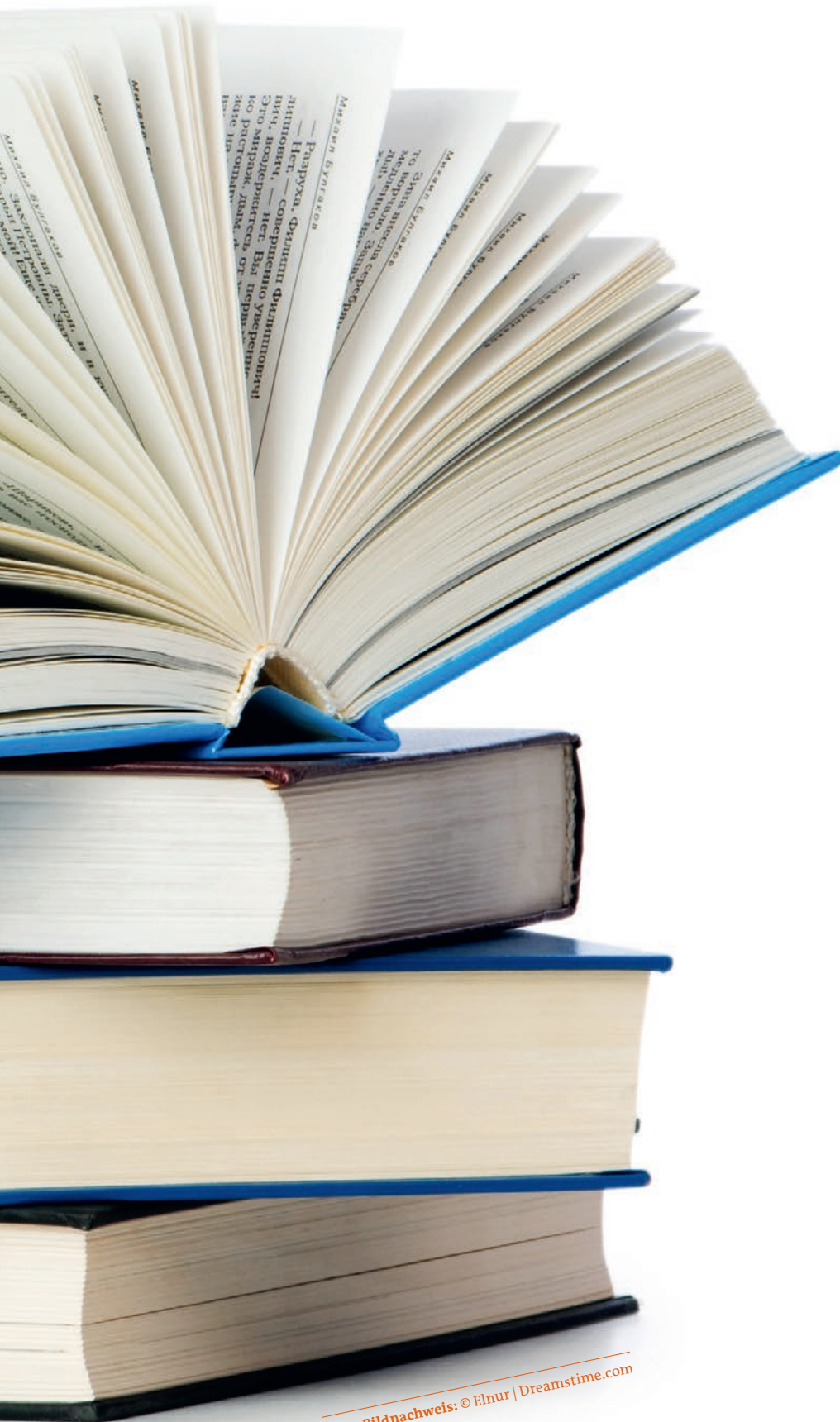
wann. Allmählich kenne doch jeder einen, der es mit ihnen zu tun gehabt habe. Nicht immer sei es glimpflich verlaufen. Doch weil die Menschen sich nicht erinnern, was sie vor einer Woche gemacht haben, bleibt die Quelle eines Ausbruchs meistens unentdeckt. Das hilft denen, die wieder da sind, da, um zu bleiben und weiter anzustecken. Einmal da, sind sie kaum zu vertreiben. Sie nützen die Versäumnisse der Fahnder, die auf das Ziel statt auf die Quelle fokussieren. So kommen sie nie an die Orte hin, wo das Infektionsgeschehen vorangetrieben wird, und hinken diesem hoffnungslos hinterher. So geht das! Jenen Faden und Wilden kann das nur recht sein, zumal es den Mutanten in Nerzen nun an den Kragen gegangen ist.

Die Politiker haben sich versammelt und beschliessen Massnahmen. Sie wollen noch mehr testen, aber sie weisen asymptomatische Kontakte von Infizierten weiterhin ab. Sie wollen nun doch die Quellcluster suchen, doch bei tausenden von Neuinfizierten jeden Tag ist das Backward-Tracing ein hoffnungsloses Unterfangen. So hoffen die, die wieder da sind, hier bleiben zu können, weil jene, die sie vertreiben könnten, nicht zu wirksamen Massnahmen greifen. Wenigstens vorübergehend. Denn Impfungen sind unterwegs. Doch zum Glück gibt es da noch die Impfskepsis der Menschen. Das hilft jenen, die wieder da sind, dazu bleiben. Schon mit dem Maskentragen tun sich die Menschen schwer. Die Brillengläser laufen an, auf Smartphones funktioniert die Gesichtserkennung nicht. Würden Sie es dennoch konsequent tun, liesse sich die Seuche wirksam eindämmen. Die Faden und die Wilden kümmert es nicht, sie sind einfach da. Die meisten Menschen hätten im Sommer gehofft, dass die Coronaviren sterben würden, doch sie sind – mehr denn je – wieder da!

Bildnachweis

© Katernyakon | Dreamstime.com, Symbolbild

Daniel Schlossberg
Imbisbühlsteig 20
CH-8049 Zürich
daniel.schlossberg[at]hin.ch



Bildnachweis: © Elnur | Dreamstime.com

Rapport
scientifique



Alimentation saine issue d'une produc- tion alimentaire durable

Fonds national suisse

Berne: PNR 69, FNS, 2020

Deutsche und englische

Version des Berichtes:

www.nfp69.ch

Le Programme national de recherche (PNR) a vu, depuis 2013, 26 groupes de recherche étudier les voies vers une meilleure alimentation dans notre pays. Sa synthèse est un document de première importance relatif à ce champ intersectoriel.

Ce travail étoffé présentant analyses et recommandations a le mérite de souligner la place centrale de l'alimentation et de sa production au sein d'une collectivité. S'ils intéresseront les professionnels de la santé, il est essentiel que les enseignements de ce PNR retiennent suffisamment l'attention des politiques, qui ont besoin d'avoir une vue d'ensemble d'une problématique.

«L'élaboration de cette stratégie nécessitera un effort concerté de la part des domaines de la santé publique, de l'agriculture, de l'industrie et de l'environnement.» Une difficulté majeure est que, si les politiques de sécurité alimentaire et de santé publique poursuivent des objectifs fondamentalement cohérents, les politiques agricoles font, elles, coexister des intérêts contradictoires. Ce conflit devra être arbitré si l'on vise une alimentation saine de manière durable. Retenons cette conclusion: «Réduire la consommation de viande est probablement le plus important déterminant dans la transition vers un système alimentaire plus sain et durable [...] Il n'est pas possible d'atteindre ce but par des actions individuelles: la santé, la protection de l'environnement et la production alimentaire doivent être intégrées dans un cadre systémique, puis dans une stratégie commune.»

Il faut une politique coordonnée intersectorielle et interministérielle.

Un aspect dont on a beaucoup parlé lors des débats sur la nouvelle loi CO₂ est aussi souligné: la question alimentaire doit être placée «dans le contexte de la transition. La stratégie doit tenir compte du fait que deux tiers de l'empreinte environnementale suisse ont actuellement lieu à l'étranger.»

Dr méd. Jean Martin,
membre de la rédaction

[jean.martin\[at\]saez.ch](mailto:jean.martin[at]saez.ch)

Sachbuch



Kinderernährung – Expertenwissen für den Alltag

Dr. med. George Marx
und Andrea Mathis

Freiburg i. Br.:
Karger; 2020

In den ersten Lebensjahren finden die grössten Veränderungen im Leben eines Menschen statt. Dies betrifft zunächst ernährungsphysiologische Parameter. Der Säugling verdreifacht sein Geburtsgewicht bis zum ersten Geburtstag bei gleichzeitig ändernden Nahrungskonsistenzen. Bis zum vierten Lebensjahr ändert sich zudem das Ernährungsverhalten parallel zur sensomotorischen und sozialen Entwicklung des Kindes.

Hinzu kommen viele persönliche und gesellschaftliche Einflüsse. Die immer grösser werdende Informationsflut erschwert die Entscheidung darüber, was in der Kinderernährung wichtig und richtig ist. Es kommen Ängste und Unsicherheiten bezüglich des Essverhaltens des Kindes auf: Habe ich genug Muttermilch? Wann der erste Brei? Haben Bioprodukte mehr Vitamine? Ist Honig gesünder als Zucker? Ist Kuhmilch für Kinder geeignet?

Auf die zahlreichen Fragen von Eltern und Fachpersonen gibt dieses Buch alltagstaugliche Antworten und beantwortet nicht nur, *was* und *wann* gegessen werden soll, sondern vor allem auch *wie*. Den Grundstein der Ernährungserziehung bilden Ess- und Trinkgewohnheiten in der Familie. Das Essverhalten wird mehr durch Nachahmen erlernt als durch Ernährungsregeln, getreu dem Spruch: «Es hat keinen Sinn, Kinder zu erziehen, sie machen sowieso alles nach.»

Allergien und Unverträglichkeiten werden genauso wie gluten- und tierfreie Ernährungsformen beleuchtet, die Bedeutung eines gesunden, vielfältigen und stabilen Mikrobioms betont und die Relevanz der immer häufiger auftretenden frühkindlichen Ess- und Fütterstörungen in einem eigenen Kapitel akzentuiert.

Es gilt, Herrn Dr. Marx und Frau Andrea Mathis zu ihrem wertvollen Buch zu gratulieren, welches für Interessierte in Sachen Kinderernährung, für Eltern und Fachpersonen gleichermaßen zu empfehlen ist.

*Ernährungsberaterin BSc FH Cornelia da Silva,
Altendorf*

cornelia.dasilva@joviva.com

Roman



Marta. Heimat in Polen, Deutschland und in der Schweiz

Monika Hürlimann

Berlin:
Anthea Verlag; 2020

Das kommunistische Polen, 1984. Die allein-erziehende Mutter teilt den ahnungslosen knapp fünfzehnjährigen Zwillingen Marta und Tomek mit: «Übermorgen fahren wir nach Deutschland. Für immer.» So beginnt der autobiographisch basierte, fesselnde Debutroman der Bündner Psychiaterin und Forensikerin Monika Hürlimann. Für die Protagonistin ist der vermeintlich bessere Westen, dessen Sprache ihr fremd ist, alles andere als bunt und sorgenfrei. In Rückblenden erfährt der Leser auch einiges über den Widerstand der polnischen Arbeitergewerkschaft «Solidarność» der 1980er Jahre, über die Nahrungsmittelknappheit trotz Rationierungsmarken und «Gleichheit» für alle. Rasch taucht man ein in Martas Welt und begreift, worin sich eine Emigration auf illegaler Basis und ohne eine Alternative von einer solchen aus freien Stücken unterscheidet. Dies vor allem, als die Protagonistin nach dem Abitur in Kiel und dem Medizinstudium im Berlin der ersten Stunde nach der Wiedervereinigung Deutschlands in die Schweiz geht. Hier findet sie schliesslich ihre Heimat, und als sie auch noch via Internet ihren zweiten Ehemann kennenlernt, ihre grosse Liebe, endlich auch ihr Glück. Als die Lebenslüge von Martas Mutter 30 Jahre nach der Emigration enthüllt wird, wird ein besonderes Schicksal aus der Zeit um den Zweiten Weltkrieg zutage gefördert. Die Recherche der Tochter offenbart die historische Tragweite des Geheimnisses. Mehr über den dichten zeitgeschichtlichen Roman findet sich unter: www.monikahuerlimann.ch

*Prof. em. Dr. med. Brunello Wüthrich,
Zollikerberg*

bs.wuethrich@bluewin.ch

Teilen Sie Ihre literarischen Entdeckungen mit uns!

Sie haben ein interessantes Buch gelesen und möchten es einem weiteren Leserkreis vorstellen? Schicken Sie uns Ihre Buchbesprechung (max. 1200 Zeichen inkl. Leerzeichen) an: redaktion.saez@emh.ch

Roman



Mutter. Chronik eines Abschieds

Melitta Breznik

München:
Luchterhand; 2020
*Die Originalsprache
der Zitate ist Deutsch
[Anm. d. Red.]*

«Quando venni al mondo, mi raccontava mamma, ero un brutto qualcosa sottopeso, avvolto da un odore dolce-amaro [...] A 41 anni non volevo più figli, ma quando ti tenni nelle mia braccia, fu tutto bene.»

Così prende avvio il romanzo (in tedesco) «Madre, cronaca di un addio» di Melitta Breznik, scrittrice e psichiatra austriaca, che da tempo risiede e opera in Svizzera.

L'incipit racchiude in sé non solo le due protagoniste del romanzo, la madre e la figlia, ma ancor di più lo svolgimento del loro rapporto, dalla nascita dell'ultima fino alla morte della prima. Cronaca di un addio è infatti in primo luogo il racconto del tempo di congedo che madre e figlia trascorrono insieme dopo che alla madre novantunenne è stato diagnosticato un tumore al pancreas in fase terminale. La figlia, medico psichiatra, lascia gli impegni professionali in Svizzera, torna al suo paese natale in Austria dalla madre e la assiste quotidianamente nel suo lento e doloroso cammino verso l'inverno della vita. Il romanzo è però anche la rievocazione della vita della figlia, che, con gli occhi della donna matura, rivive momenti della propria infanzia e giovinezza. In immagini precise come quelle di una risonanza magnetica e dense di emozioni filtrate dalla riflessione interiore, Melitta Breznik descrive «la strisciante perdita della vita piena», le progressive trasformazioni di un corpo che va incontro alla morte, gli istanti di un congedo che è anche condivisione di vita.

*Dr. med. Giuliano Castigliero,
Chur*

castigliero@jcloud.com

Partagez vos découvertes littéraires!

Vous avez lu un ouvrage intéressant et souhaitez en faire profiter d'autres lecteurs? Envoyez-nous votre critique littéraire (max. 1200 signes, espaces compris) à: redaction.bms@emh.ch

Mehr Zeit für Erfahrungsaustausch

Daniel Schröpfer

Dr. med., Medizinischer Direktor Städtärztlicher Dienst Zürich, Vorstand VLSS



Eine junge Kollegin wollte ihre Anstellung wechseln, kein ungewöhnlicher Wunsch. Sie hat ein Stellenangebot bekommen und wäre nach 2,5 Monaten in ihrer ersten Anstellung ausgeschieden. Sie war hochmotiviert und willigte ein. Unter Abwägung der Interessen des Betriebes und ihrer möglichen Zukunftspläne konnte ich ihr aufzeigen, dass sie mögliche Nachteile «erleidet». Sie war überrascht, als ich ihr mitteilte, dass für die SIWF-Anerkennung der Weiterbildungszeiten meist eine dreimonatige Periode am Stück notwendig sei. Sie hatte sich noch nicht damit beschäftigt, war dankbar für die Rückmeldung und wechselte dann nach drei Monaten. Auch ihr damaliger Chefarzt war dankbar für die 14 zusätzlichen Tage. Er gewann mehr Zeit, eine entsprechende Nachfolge zu suchen.

In den letzten Jahren habe ich immer wieder Kurzberatungen durchgeführt und mich wiederholt gefragt: Gehört es nicht zu unseren Aufgaben, junge Kollegen/-innen im Hinblick auf ihre berufliche Entwicklung und Ziele zu beraten? Für mich ein JA – ohne Wenn und Aber.

Rückblickend reifte bei mir die Entscheidung für die Facharzttrichtung im dritten Weiterbildungsjahr. Ich habe im Kopf, dass dies auch Befragungen von Assistenzärztinnen und -ärzten belegen, die sich meist im dritten oder vierten Jahr entscheiden. Es ist wichtig, gerade in den ersten Jahren Unterstützung zu erfahren, da die jungen Kollegen sich in einem für sie neuen Umfeld zurechtfinden müssen, neue Teams kennenlernen und meist auch erstmalig mit ihren Grenzen im medizinischen Alltag konfrontiert werden. Hier sehe ich es als unsere Aufgabe, entsprechende Angebote vorzuschlagen. Ob diese im Rahmen von standardisierten Gesprächen nach Vorgaben des SIWF stattfinden oder ad hoc in einem persönlichen Gespräch bei einem Kaffee, sei situativ zu entscheiden. Diese Hilfestellung sollte aus meiner Sicht in die Hände von erfahrenen Kolleginnen gelegt werden, die beispielsweise auch Unterstützung bei einer Anschlussanstellung anbieten können. Wir haben zumeist ein Netz, dass für die Weiterentwicklung der jungen Berufskollegen von Nutzen sein kann. Sie dürfen nicht nur von unseren fachlichen Erfahrungen in der Medizin profitieren, sondern ebenso von unseren Verbindungen.

Umso wichtiger erscheint es mir, ihnen aufzuzeigen, dass Erfahrung und Verbindungen für sie ein «Türöffner» sein können. Nicht immer gelingt dies, da die Pläne anderer von unseren eigenen Vorstellungen oftmals abweichen. Dies sollte man akzeptieren können. Die Ratsuchenden nehmen sich den Teil, den sie brauchen. Erinnern wir uns an unsere Unterstützer/-innen ...

Noch immer viel zu wenig umgesetzt sehe ich die sogenannte «Kaderplanung». Man hat eine Funktion inne, wird befördert, und damit ist es häufig getan. So erreichen manche viele Karrierestufen ohne die dringend benötigte, unabhängige Führungsausbildung. Oft fehlen die Werkzeuge, um den eigenen Führungsstil entwickeln können. Alle Lesenden wissen, dass in unserer ärztlichen Ausbildung, auch später in der Weiterbildung, diese Techniken des Gespräches, der wertschätzenden Kommunikation kaum gelehrt und deutlich untervertreten sind. Welche Chance haben diese Kolleginnen, sich zu entwickeln, uns zu unterstützen und zu hinterfragen ohne externe, unabhängige Unterstützung? Damit möchte ich nicht sagen, dass es einen CAS oder Master braucht, um führen oder Verantwortung in leitender Funktion ausführen zu können.

Zwischenzeitlich höre ich jedoch von Kolleginnen, dass sie für ihre Assistenzärzte keine Zeit aufbringen können. Sie seien bereits durchgeplant: Meetings mit der Spitalleitung, den Leitenden Ärzten und Chefärztinnen anderer Disziplinen aus dem gleichen Spital etc. Aber genau diese Zeit für junge Kolleginnen sollten wir uns nehmen. Sie bringt uns näher an deren Bedürfnisse, wir können von ihnen aktuelle Befindlichkeiten erfahren, Veränderungen früh antizipieren und in unsere Planung einfließen lassen. Wer möchte heute noch eine 100%-Stelle als Chefarzt resp. Chefärztin? Sich im Arbeitsalltag vollständig den Bedürfnissen der Klinik/Institution unterordnend? Für viele Kolleginnen ist dies heute kein erstrebenswertes Ziel mehr! Mein Wunsch wäre, dass die jungen Kollegen Unterstützung einfordern und die Erfahrenen sich die Zeit dafür nehmen – es ist für beide Seiten bereichernd, wertvoll und ermöglicht eine vorausschauende Planung. In diesem Sinne wünsche ich Ihnen ein an konstruktivem Austausch reiches und gesundes 2021!

daniel.schroepfer[at]
zuerich.ch

