

Schweizerische Ärztezeitung

313 Editorial
von Monika Brodmann Maeder
«Und jedem Anfang wohnt
ein Zauber inne»

320 SGMI
**Digitalisierung in
Pandemiezeiten**

346 «Zu guter Letzt»
von Camille Bertossa
**Wie der Start ins
Wahlstudienjahr gelingt**

9 3.3.2021



314 Interview mit der neuen
Präsidentin des SIWF
«Bergsteigen hat mich gelehrt,
vorsichtig zu sein»



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;
 Dr. med. Yvonne Gilli, Präsidentin FMH;
 Prof. Dr. med. Samia Hurst; Dr. med. Jean Martin, Mitglied 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 Puhon

Redaktion Recht

Dr. iur. Ursina Pally, Leiterin Rechtsdienst FMH

FMH

EDITORIAL: Monika Brodmann Maeder

313 **«Und jedem Anfang wohnt ein Zauber inne»**

314



INTERVIEW MIT MONIKA BRODMANN MAEDER: Julia Rippstein

«Bergsteigen hat mich gelehrt, vorsichtig zu sein»

Monika Brodmann Maeder wurde Ende Oktober 2020 zur neuen Präsidentin des Schweizerischen Instituts für ärztliche Weiter- und Fortbildung SIWF gewählt. Als Notfall- und Gebirgsärztin bildete sie nicht nur zahllose Rettungsteams aus, sondern erlebte auch heikle Situationen, in denen Respekt und Flexibilität gefragt waren. Prägende Erfahrungen, die ihr im neuen Amt zugutekommen werden.

TAG DER KRANKEN: Hans Kurt

317 **Verletzlich, aber stark – zum Tag der Kranken 2021**

319 **Personalien**

Weitere Organisationen und Institutionen

SGMI: Marc Oertle

320 **Digitalisierung in Pandemiezeiten**

SVV: Luzi Dubs, Bruno Soltermann, Josef E. Brandenburg, Philippe Luchsinger

324 **Der Schultertrauma-Check**

Briefe / Mitteilungen

327 **Briefe an die SÄZ**

328 **Facharztprüfungen**

FMH Services

330 **Stellen und Praxen** (nicht online)

Tribüne

INTERVIEW: Adrian Ritter

336 «Wichtig ist, in geübten Händen zu sein»

Horizonte

STREIFLICHT: Jean Martin

340 Parlons d'âge: Jean Martin se prête au jeu des questions

STREIFLICHT: Eberhard Wolff

342 Mit vereinten Kräften gegen die «Vollblutdemocraten»

SCHAUFENSTER: Thomas Schweizer

345 Nähe

Zu guter Letzt

Camille Bertossa

346 Wie der Start ins Wahlstudienjahr gelingt



ANNA

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**



Impressum

Schweizerische Ärztezeitung

Offizielles Organ der FMH und der FMH Services

Redaktionsadresse: Nina Abbühl, Redaktionsassistentin SÄZ, EMH Schweizerischer Ärzteverlag AG, Farnsburgerstrasse 8, 4132 Muttenz, Tel. +41 (0)61 467 85 72, redaktion.saez@emh.ch, www.saez.ch

Verlag: EMH Schweizerischer Ärzteverlag AG, Farnsburgerstrasse 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, dml@fmh.ch

Anderer Abonnemente:

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

Abonnementspreise: Jahresabonnement 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 kommerziell – Keine Bearbeitung 4.0 international» das zeitlich unbeschränkte Recht zu gewähren, das Werk zu vervielfältigen 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 publizierten Angaben wurden mit der grössten Sorgfalt überprüft. Die angegebenen Dosierungen, Indikationen und Applikationsformen, vor allem von Neuzulassungen, sollten in jedem Fall

mit den Beipackzetteln der verwendeten Medikamente verglichen werden.

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

printed in
switzerland



Titelbild:
© zVg

«Und jedem Anfang wohnt ein Zauber inne»

Monika Brodmann Maeder

PD Dr. med., Präsidentin Schweizerisches Institut für ärztliche Weiter- und Fortbildung SIWF



Am 1. Februar 2021 durfte ich das Präsidium des Schweizerischen Instituts für ärztliche Weiter- und Fortbildung SIWF von meinem Vorgänger Werner Bauer übernehmen. Nach fünfzehn Jahren in einem sehr dynamischen universitären Notfallzentrum habe ich Abschied genommen von der klinischen Arbeit. Ich bin mit einem Rucksack voller Erfahrungen und Kompetenzen in eine Organisation gekommen, deren Aufgaben und Geschäfte in den elf Jahren seit ihrer Gründung an Grösse und Komplexität zugenommen haben. Dreissig Mitarbeitende kümmern sich im SIWF um die Vergaben und Revisionen von Facharzttiteln, Schwerpunkten und Fähigkeitsausweisen, um Weiter- und Fortbildungsprogramme. Sie organisieren Visitationen und Tagungen, evaluieren Projekte in der Weiter- und Fortbildung, vergeben Awards und entscheiden über Förderbeiträge im Bereich Weiter- und Fortbildung. Ich bin nicht nur beeindruckt von der Vielfältigkeit der Aufgaben, sondern auch vom grossen Engagement aller Mitarbeitenden. Über all diesen Aktivitäten steht die Strategie des SIWF; es versteht sich als «Garant für die ärztliche Weiter- und Fortbildung» und «sorgt im Auftrag des Bundes dafür, dass Ärztinnen und Ärzte heute und in Zukunft eine qualitativ hochstehende und auf die Bedürfnisse der Bevölkerung ausgerichtete Weiter- und Fortbildung absolvieren» [1]. Das SIWF übernimmt zusammen mit den Fachgesellschaften die gesamte Verantwortung über die ärztliche Weiter- und Fortbildung. Dies ist eine europaweit einmalige Positionierung.

In den letzten Jahren wurden viele Geschäfte standardisiert und digitalisiert. Das SIWF betreut eine Fortbildungsplattform, in der alle Ärztinnen und Ärzte ihre Fortbildungsaktivitäten erfassen und nachweisen können. Das Hauptmodul des neuen e-Logbuchs für die Weiterbildung hat zwar wegen Zusatzarbeiten, welche aufgrund der Corona-Pandemie überraschend notwendig wurden, eine Verzögerung erhalten, sollte aber schon in den nächsten Monaten aufgeschaltet werden. Die sogenannte digitale Transformation wird damit nicht abgeschlossen sein: Ein nächster Schritt ist die codierte Erfassung von Prozeduren und die Umstellung auf eine digitale Umfrage zu den Weiterbildungsstätten.

In der Weiterbildung dominieren Themen wie Kompetenzorientierung, Kontinuum von Aus- und Weiterbildung oder die Aufwertung der klinischen Weiterbilderinnen und Weiterbildner. Die Integration von EPAs (*Entrustable Professional Activities*) in die Weiterbildungsprogramme wird nicht nur uns als *medical educators* noch lange beschäftigen, sondern auch unseren Juristinnen und Juristen Kopfzerbrechen bereiten: Wie können sie in die existierenden Weiterbildungsprogramme integriert werden, und wie können die erworbenen Kompetenzen überprüft und abgebildet werden? Die Fortbildung wird geprägt durch Diskussionen über die Art der Durchführung im Rahmen des *Continuing Professional Development*, der Dokumentation derselben und der Notwendigkeit einer Kontrolle [2]. Auch in der Fortbildung stellt sich die Frage, wie weit eine Kompetenzorientierung zukünftig eingeführt werden soll oder muss.

Das Ziel des SIWF ist es, dass Ärztinnen und Ärzte in ihrer Weiterbildung bis zum Facharzttitel nicht nur die für ihre Spezialisierung zentralen Kompetenzen erwerben, sondern dass sie ihre Kompetenzen mittels Fortbildungen erhalten und erweitern können. Damit sie nicht nur kompetent werden, sondern es auch bleiben, braucht es lebenslanges Lernen. Und damit sie dies auch hochmotiviert tun, braucht es nicht nur die Erkenntnis, dass die Kompetenzen in einem Gebiet aktualisiert oder vertieft werden müssen, sondern auch die Motivation, dies umzusetzen. Ärztinnen und Ärzte benötigen gute Fortbildungsangebote und sollen die stattgehabte Fortbildung dokumentieren und deklarieren. Das SIWF wird auch in Zukunft alles daran setzen, dass die Schweiz weiterhin hochqualifizierte Ärztinnen und Ärzte hat.

Der Anfang im SIWF ist geschafft, der Zauber wirkt immer noch nach. Es gibt noch viel zu lernen, und deshalb schliesse ich mit einem Zitat von Francesco Petrarca: «Ein ander Vergnügen als das zu lernen, lass ich nicht gelten.»

Literatur

- 1 Strategie Schweizerisches Institut für ärztliche Weiter- und Fortbildung SIWF. Version 5. SIWF: November 2018.
- 2 Ärztliche Fortbildung in der Schweiz: Standortbestimmung und Perspektiven. SIWF: September 2020.

[Interview mit der neuen Präsidentin des Schweizerischen Instituts für ärztliche Weiter- und Fortbildung \(SIWF\)](#)

«Bergsteigen hat mich gelehrt, vorsichtig zu sein»

Das Interview führte: **Julia Rippstein**

Redaktorin SÄZ

Monika Brodmann Maeder wurde Ende Oktober 2020 zur neuen SIWF-Präsidentin gewählt. Als Notfall- und Gebirgsärztin bildete sie nicht nur zahllose Rettungsteams aus, sondern erlebte auch heikle Situationen, in denen Respekt und Flexibilität gefragt waren. Prägende Erfahrungen, die ihr im neuen Amt zugutekommen werden.

Frau Brodmann Maeder, Sie sind seit dem 1. Februar 2021 die höchste Verantwortliche für die ärztliche Weiter- und Fortbildung in der Schweiz. Wie fühlen Sie sich dabei?

Ich freue mich sehr, die Nachfolgerin von Werner Bauer zu sein und die Spitze des SIWF übernehmen zu dürfen. Umso mehr, weil das Wahlverfahren aufgrund der Corona-Lage sehr lange dauerte und meine Ernennung mich selbst überrascht hat.



Monika Brodmann Maeder: «Die Kompetenzorientierung ist ein zentraler Aspekt, den ich in Angriff nehmen möchte. Es geht darum, vom Ansatz 'Anzahl Jahre' wegzukommen.»

Wieso überrascht?

Innerhalb der FMH war ich bis jetzt ein ziemlich unbeschriebenes Blatt. Das passte offenbar nicht allen. Es gab Stimmen, die fanden, Nathalie Koch (Anm. d. Red.: die zweite Kandidatin) und ich seien zwar valable Kandidatinnen, aber sie hätten lieber jemanden mit mehr standespolitischem Hintergrund gehabt.

Sie engagieren sich schon lang für die Weiter- und Fortbildung. Weshalb?

Mein Interesse an der Wissensvermittlung fing bereits während der Assistenzzeit an – zuerst mit Vorträgen, dann mit vielen praktischen Kursen, vor allem im Bereich der Notfallmedizin. Sehr schnell merkte ich, dass es mir wichtig ist, einerseits klinisch tätig zu sein und andererseits die gesammelte Expertise an andere weitergeben zu können – und dies nicht nur im ärztlichen Bereich, sondern auch interprofessionell. Mit

Zur Person

PD Dr. med. et MME Monika Brodmann Maeder studierte in Basel Medizin. Als Notfall- und Gebirgsmedizinerin arbeitete die Interlakerin mehr als zehn Jahre auf den Gebirgsbasen der Luftrettungsorganisation Rega und war während dreier Jahre für die Weiterbildung aller Rega-Helikopterteams in der Schweiz verantwortlich. Monika Brodmann absolvierte einen Masterstudiengang in Medical Education (MME) der Universität Bern. Dabei setzte sich die Ärztin intensiv mit dem Thema Interprofessionelle Weiterbildung auseinander, was ihr später erlaubte, ihre Expertise in diesem Bereich im Berufsalltag einfließen zu lassen. Die 58-jährige Fachärztin für Allgemeine Innere Medizin mit Fähigkeitsausweisen in präklinischer und klinischer Notfallmedizin war bis vor kurzem Leitende Ärztin am Universitären Notfallzentrum des Inselspitals Bern. Im Jahr 2020 habilitierte sie an der Universität Bern. Am Institut für Alpine Notfallmedizin in Bozen (I) ist Brodmann noch kurze Zeit als Senior Researcher tätig.

dem *Master of Medical Education* gelang mir eine Professionalisierung dieses Tätigkeitsfeldes.

Welche anderen Erfahrungen und Kompetenzen können Sie beim SIWF einbringen?

Meine 30 Jahre klinischer Tätigkeit decken ein breites Spektrum ab: Ich arbeitete in der Inneren Medizin, Chirurgie, Anästhesie, Rehabilitation, im ambulanten Bereich sowie in der universitären Notfallmedizin. In Bezug auf Weiterbildung hat mich die Notfallmedizin am meisten geprägt, da hier die verschiedensten Spezialistinnen und Spezialisten aufeinandertreffen.

Als SIWF-Präsidentin ist es mir wichtig, möglichst viel aus dem Vorhandenen zu machen und immer wieder Neues einzubringen.

Gehört die Vorderarmfraktur in den Bereich der Orthopädie oder der Handchirurgie? Die Diskushernie eher zur Neurochirurgie oder Orthopädie? Diese Überlappungen werden mich auch als SIWF-Präsidentin beschäftigen.

Sie haben sich in der Rettungs- und Bergmedizin spezialisiert. Weshalb?

Als Bergsteigerin war das Interesse an der Bergmedizin eine Selbstverständlichkeit. Gleichzeitig habe ich mich auch für Notfallmedizin interessiert. Damit war der Weg zur Spezialisierung in der Gebirgsnotfallmedizin – immer im Rahmen meines Facharzttitels für Allgemeine Innere Medizin – eine logische Folge.

Gibt es Erfahrungen aus diesen Bereichen, die in Ihrem neuen Amt nützlich sein werden?

Mein Ziel ist es sicher nicht, alles von einem Tag zum anderen umzukrempeln. Ich werde am Anfang viel beobachten und Fragen stellen. Wie in den Bergen kommt man nicht immer direkt zum Ziel. Es gibt immer wieder Hindernisse, die Umwege erfordern. Man muss auch die Ruhe bewahren können, bis der richtige Zeitpunkt gekommen ist.

Durch meine Erfahrungen in den Bergen und in der präklinischen Notfallmedizin habe ich zudem gelernt, flexibel zu reagieren. Rettungssituationen erfordern viel Improvisation. Als SIWF-Präsidentin ist es mir wichtig, nicht einfach irgendeiner unrealistischen Vision zu folgen, sondern zu versuchen, möglichst viel aus dem Vorhandenen zu machen und immer wieder Neues einzubringen.

Schlussendlich hat mich die Bergwelt Respekt und Wertschätzung gelehrt. Ich durfte mit Menschen aus verschiedenen Berufen, Kulturen und Lebenshintergründen zusammenarbeiten, beispielsweise mit Sher-

pas oder Bergführern aus Nepal. Für eine gute Zusammenarbeit und konstruktive Diskussionen braucht es gegenseitigen Respekt.

Haben Sie in Ihrer Position eine Vorbildfunktion für junge Frauen?

Ja, das sehe ich als eine wichtige Aufgabe. Frauen in Kaderpositionen wie Yvonne Gilli, Anne Lévy vom BAG und ich müssen Vorbilder sein, um jüngeren Ärztinnen zu zeigen, dass sie so etwas auch können. Wir Frauen müssen genug selbstbewusst sein, um uns zu trauen, die gewünschte Karriere einzuschlagen. Einige Ärztinnen brechen während der Weiterbildung ihre Laufbahn ab, weil es an den nötigen Rahmenbedingungen fehlt, die beispielsweise Teilzeitpensen erlauben. Teilzeitarbeit und fundierte Weiterbildung müssen vereinbar sein. Dazu braucht es ein Umdenken von bloss einer bestimmten Anzahl Weiterbildungsjahren hin zu Kompetenzen.

Können Sie das konkretisieren?

Die Kompetenzorientierung ist ein zentraler Aspekt, den ich rasch in Angriff nehmen möchte. Es geht darum, vom heutigen Ansatz «ich muss so und so viele Jahre absolvieren, um den Facharzttitel zu bekommen» wegzukommen. Künftig werden Ärztinnen und Ärzte zeigen müssen, dass sie über die Kompetenzen verfügen, die für einen bestimmten Facharzttitel definiert sind – egal, ob sie dafür 5, 8 oder 10 Jahre brauchen. Zudem sollten wir ein Kontinuum von der Aus- bis zur Weiterbildung anstreben. Die ärztliche Grundausbildung wurde vor fünf Jahren in dieser Richtung neugestaltet. Die Lernziele wurden in *Entrustable Professional Activities*, sogenannte EPAs, aufgeteilt: Kompetenzen, die an Komplexität kontinuierlich zunehmen.

Wir müssen eine Lösung finden, die auf eine gute Art dokumentiert, dass die Fortbildung gemacht worden ist, möglichst ohne Zwang.

Können Sie ein Beispiel nennen?

Im Studium werden zuerst Herzmassage und Beatmung gelernt, dann der Umgang mit dem Defibrillator. In der Assistenzzeit lernt man dann Beatmungsmassnahmen und medikamentöse Behandlungsmöglichkeiten. Auf dem höchsten Kompetenzlevel lernen die Weiterzubildenden schlussendlich zu beurteilen, ob jemand unter Reanimation in eine Koronarangiografie gebracht werden kann und welche Kriterien diese Person dafür erfüllen muss. Diese höchste Kompetenz muss von Notfallmedizinerinnen und -medizinern

abgedeckt werden, bringt hingegen einer Ärztin in der Grundversorgung wenig bis nichts. Sie muss aber die Grundlagen der Reanimation kennen, um die erste Behandlung initiieren zu können, bis die Fachspezialistin den Patienten übernimmt.

Wie schätzen Sie die heutigen administrativen Hürden im Weiter- und Fortbildungsbereich ein?

Im elfjährigen Bestehen des SIWF wurde extrem viel geleistet. Ich kann nur den Hut ziehen. Bürokratie bleibt aber ein Problem, vor allem bei der Kontrolle: Die Facharzttitel-Erteilung läuft nach wie vor auf dem

Um die Herausforderungen der Zukunft meistern zu können, müssen wir vermehrt auf Interprofessionalität setzen – auch beim SIWF.

Papierweg. Mit dem elektronischen Logbuch sollte das Verfahren künftig vereinfacht werden. Der rein administrative Aufwand darf nicht nur beim SIWF liegen, sondern auch bei der Person, die einen Titel anstrebt. Sie muss mehr Verantwortung bei der Dateneingabe übernehmen.

Die Kontrollen und allfällige Sanktionen bei der ärztlichen Fortbildung birgt viel Diskussionsstoff. Wir müssen eine Lösung finden, die ermöglicht, auf eine gute Art zu dokumentieren, dass die Fortbildung gemacht worden ist, möglichst ohne Zwang. Der Prozess sollte die innere Motivation, sich weiter- und fortzubilden und Kompetenzen aufzubauen, widerspiegeln.

Welche Rolle spielt die Weiter- und Fortbildung in Bezug auf die Qualität der ärztlichen Versorgung?

Die Corona-Krise hat gezeigt, wie wichtig ein gut funktionierendes Gesundheitswesen ist. Dabei ist die Qualität der ärztlichen und nichtärztlichen Betreuung entscheidend. Somit spielt die medizinische Weiter- und Fortbildung eine zentrale Rolle. Wenn das Gesundheitspersonal sich nicht mit neuem Wissen auseinandersetzt, wird mit der Zeit die Qualität abnehmen. In den letzten Jahren hat die Bildung vor allem bei den nichtärztlichen Gesundheitsberufen einen enormen Qualitätszuwachs erfahren. Um die Herausforderungen der Zukunft meistern zu können, müssen

wir vermehrt auf Interprofessionalität setzen – auch beim SIWF.

Ärztmangel, zunehmende Nachfrage an medizinischen Leistungen, Digitalisierung, technischer Fortschritt und alternde Bevölkerung: Inwiefern kann die Weiter- und Fortbildung dazu beitragen, die aktuellen und künftigen Herausforderungen des Gesundheitswesens zu bewältigen?

Der Beruf muss attraktiv bleiben. Zu viel Zwang sowie finanzielle Überlegungen sind kontraproduktiv. Gute Angebote müssen aufgebaut und unterstützt werden, um einen kontinuierlichen Zuwachs an Kompetenzen zu erreichen. Personen, die selber in der Lehre tätig sind, brauchen Unterstützung.

Welche Rolle spielen wissenschaftliche Zeitschriften wie das «Swiss Medical Forum»?

Sie spielen eine wichtige Rolle. Dabei ist die Qualität der Artikel entscheidend. Ich muss mich auf eine Publikation verlassen können, sei es für die klinische Tätigkeit oder für mein eigenes Interesse.

Welche Ziele haben Sie sich für die Anfangsphase gesteckt?

Momentan bin ich noch in der Einarbeitungsphase. Ich muss mir zuerst einen guten Überblick verschaffen, um zu sehen, was innerhalb des SIWF gut läuft und wo es Verbesserungspotenzial gibt. Zudem nehme ich

Ich möchte nah an der Basis, sprich der klinisch tätigen Ärzteschaft, bleiben. Ich werde versuchen, immer ein offenes Ohr zu haben.

Kontakt mit den Leuten auf, die eng mit uns zusammenarbeiten. Ich möchte aber auch die Kontakte nutzen, die ich in all meinen Jahren in der Klinik und in der Bildung aufgebaut habe. Mir ist es wichtig, nah an den Basisorganisationen, sprich der klinisch tätigen Ärzteschaft, zu bleiben. Und ich werde versuchen, immer ein offenes Ohr zu haben.

Bildnachweis
© SIWF

[julia.rippstein\[at\]emh.ch](mailto:julia.rippstein[at]emh.ch)

In diesem Jahr am 7. März

Verletzlich, aber stark – zum Tag der Kranken 2021

Hans Kurt

Dr. med., Delegierter der FMH und Vizepräsident «Tag der Kranken»

Das Thema des diesjährigen Tags der Kranken sieht sich in der Tradition der vergangenen Jahre. Der Vorstand des Vereins hat versucht, weiterhin die Leiden der Kranken und die Belastungen der Angehörigen zu würdigen, den Blick dabei aber vermehrt auf ihre Stärken und Kräfte auszurichten. Wie können die Ressourcen eines jeden in den Vordergrund gerückt werden, und was trägt zu einer Gesundung bei? Gerade in der jetzigen Zeit einer Pandemie und der damit verbundenen Einschränkungen ist die Frage, wie wir trotz allem gut überleben und gesund bleiben können, besonders bedeutsam.

Warum verkraften einige Menschen seelische und körperliche Belastungen, Stress oder traumatische Erlebnisse besser, während andere verzweifeln, psychisch erkranken oder sich ihre Erkrankung chronifiziert? Die Widerstandskraft oder Resilienz ist ein Phänomen, das immer wieder Erstaunen auslöst. «Gedeihen trotz widriger Umstände» umschreibt den Begriff trefflich; der

Löwenzahn, der den dicken Strassenbelag durchbricht und blüht, ist die bildliche Umsetzung.

Die viel zitierte Langzeitstudie der amerikanischen Wissenschaftlerin Emmy Werner gilt als Beginn der Resilienzforschung. Sie hat über drei Jahrzehnte den

**Da es sehr förderlich für die Gesundheit ist,
habe ich beschlossen, glücklich zu sein.**

(Voltaire)

Werdegang von rund 700 hawaiianischen Kindern des Jahrgangs 1955 erforscht. Etwa ein Drittel dieser Kinder wuchs in prekären Verhältnissen auf. Sie litten Hunger, wurden vernachlässigt oder misshandelt. Und das prägte auch ihr Leben als Erwachsene. Sie tranken wie ihre Eltern viel, waren verhaltensauffällig oder hatten die Schule abgebrochen. Aber eben nicht alle.

Überraschenderweise schaffte es ein knappes Drittel der Kinder, sich trotz der schweren familiären Belas-



Der Löwenzahn – oft ein Symbol für Kraft trotz widriger Umstände.

tung zu gesunden, selbstsicheren und verantwortungsvollen Erwachsenen zu entwickeln. Emmy Werner nannte sie in Analogie zu unserem Thema «verletzlich, aber unbesiegbar» – eben resilient.

Doch was waren die Gründe? Emmy Werners Erkenntnisse aus der Studie, die sich später bestätigen liessen, sind: Es gab zumindest einen Menschen im Leben der Kinder, der stets zu ihnen hielt. Ein Verwandter, eine

Die schwierigste Zeit in unserem Leben ist die beste Gelegenheit, innere Stärke zu entwickeln. (Dalai Lama)

Lehrerin, ein Bruder oder eine Schwester stand ihnen zur Seite, förderte sie, liess sie spüren, dass sie etwas wert sind.

Eine verlässliche Bezugsperson und ein tragfähiges soziales Netz sind zentrale Faktoren, die unsere Widerstandskraft stärken. Weitere Faktoren sind eine optimistische Lebenshaltung, das Vertrauen, dass sich eine Krise zum Guten wenden kann, Offenheit, Probleme anzusprechen, die Fähigkeit, soziale Bindungen zu knüpfen und zu pflegen. Aber auch das Erkennen eigener Bedürfnisse und eigener Grenzen trägt das seine zur Stärkung der Widerstandskraft bei.

Was heisst das aber für uns Ärztinnen und Ärzte? Wir könnten fatalistisch sagen: «So ist es eben, die einen meistern ihre Krankheit besser, die anderen schlechter.» Das würde bedeuten, Patient(inn)en oder Angehörige verfügen über Resilienz oder halt nicht. Resilienz wäre dann quasi ein Persönlichkeitsmerkmal. Nur, die Forschung sagt etwas anderes. Resilienz kann gelernt, ja trainiert werden, und sie kann von aussen beeinflusst werden, gerade auch von uns Ärztinnen und Ärzten.

Betrachten wir als Erstes den wichtigsten Faktor: die verlässliche Bezugsperson. Sind wir Ärzte nicht oft eine der wichtigsten Bezugspersonen eines kranken Menschen? Wir müssen deshalb für unsere Patientinnen und Patienten, für ihre Angehörigen verlässliche Partner sein. Nicht nur Hausärzte stehen in der Verantwortung, sondern wir alle. Wir dürfen uns nicht davonstellen, wenn es schwierig wird. Unterstützung und Verlässlichkeit schaffen Vertrauen. Wesentlicher Teil der ärztlichen Behandlung ist aber auch, dass wir unseren Patienten Mut machen, dass sie die Belastungen ihrer Krankheit meistern können. Ärztinnen und Ärzte können die Eigeninitiative und das Selbstvertrauen ihrer Patient(inn)en stärken und damit deren Selbstwirksamkeit, eine wesentliche Fähigkeit zur Genesung, erhöhen. Und, was wir seit langem durch Studien belegt wissen, Hoffnung ist ein wesentlicher Faktor, eine Krankheit zu bewältigen. Wenn Menschen

von der Sinnhaftigkeit ihres Lebens überzeugt sind, werden sie Krisen eher überleben und eine Zukunft sehen.

Das diesjährige Thema des Tags der Kranken ist auch eine Gelegenheit, innezuhalten und zu überlegen, ob wir Ärztinnen und Ärzte selbst resilient sind. Wie steht es mit unserem Optimismus, haben wir den Mut, unseren ärztlichen Alltag immer aufs Neue zu meistern? Können wir unsere Leistungsgrenzen erkennen und akzeptieren, und sprechen wir Probleme offen und vorurteilsfrei an? Ein guter Umgang mit Stress und das Beachten eigener Bedürfnisse, das Einhalten von Regenerationszeiten sind wesentlich, um gesund zu bleiben – auch in widrigen Zeiten wie der jetzigen.

Aber auch zu unseren Mitarbeitenden müssen wir Sorge tragen. Resiliente Pflegepersonen und medizinische Praxisassistent(inn)en vermitteln den Patienten ihre Widerstandskraft. An uns Ärztinnen und Ärzten liegt es, ein Auge auf die schützenden und stärkenden Faktoren unserer Angestellten zu haben. Wertschätzung, offenes Ansprechen von Problemen, Mut zur Eigeninitiative, Verlässlichkeit, all dies und noch mehr stärken die Resilienz von uns allen.

Die Covid-19-Pandemie hat gesundheitliche, wirtschaftliche, aber nicht weniger schwere psychosoziale Folgen. Letztere werden uns zunehmend und noch über Jahre beschäftigen. Wir müssen uns schon jetzt

Den Wind kann man nicht verbieten, aber man kann Windmühlen bauen. (niederländisches Sprichwort)

Vorgehensweisen überlegen, wie wir all diese Ausnahmesituationen gut durchstehen können.

Die Erkenntnisse aus der Resilienzforschung geben wertvolle Hinweise, auf was es schlussendlich ankommt. Auf verlässliche soziale Unterstützung, Stärkung des Selbstvertrauens, eine positive und hoffnungsvolle Bewertung der aktuellen Stresssituation und die Nutzung von Hilfsangeboten. Der Tag der Kranken kann uns und unsere Patientinnen und Patienten anregen, mit Hoffnung und Mut in die Zukunft zu blicken, selbst wenn sie nicht die sein wird, die wir von früher kennen.

Bildnachweis

© Oleksii Kriachko | Dreamstime.com

Tag der Kranken

Der Tag der Kranken ist ein gemeinnütziger Verein, der 1939 gegründet wurde. Er besteht aus verschiedenen Mitgliedern, so auch der FMH, die im Vorstand des Vereins das Vizepräsidium einnimmt. Der Tag der Kranken findet jeweils Anfang März statt. Weitere Informationen: www.tagderkranken.ch

Dr. med. Hans Kurt
Facharzt für Psychiatrie
und Psychotherapie
Bielstrasse 109
CH-4500 Solothurn
[kurt\[at\]solnet.ch](mailto:kurt[at]solnet.ch)

Personalien

Todesfälle / Décès / Decessi

Irene Hegglin-Sidler (1936), † 14.11.2020, Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie, 6330 Cham

Benedict Ziegler (1927), † 13.12.2020, Facharzt für Chirurgie, 6300 Zug

Alexander Hänsel (1972), † 20.1.2021, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin, 3123 Belp

Kurt Rosenthal (1927), † 21.1.2021, Facharzt für Neurologie und Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, 4123 Allschwil

Jean-Daniel Gonin (1936), † 1.2.2021, Spécialiste en médecine interne générale, 1038 Bercher

Carla Tamoni (1935), † 2.2.2021, Fachärztin für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie, 6006 Luzern

Praxiseröffnungen / Nouveaux cabinets médicaux / Nuovi studi medici

AG

Marilena Wagner, Praktische Ärztin und Fachärztin für Allgemeine Innere Medizin, Hauptstrasse 68, 5330 Bad Zurzach

GE

Caroline Camille Célestine Bernardini, Spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, Centre Médical de Lancy, Route de Chancy 59C, 1213 Petit-Lancy

TG

Markus Helmut Tedesco, Facharzt für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie, Hafenstrasse 50A, 8280 Kreuzlingen

Ärztegesellschaft des Kantons Bern

Ärztlicher Bezirksverein Bern Regio

Zur Aufnahme als ordentliches Mitglied in leitender Tätigkeit hat sich angemeldet:

Oliver Fuchs, Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin und Facharzt für Allergologie und klinische Immunologie, FMH, Leitender Arzt, Universitätsklinik für Kinderheilkunde, Inselspital, Freiburgstrasse 15, 3010 Bern

Einsprachen gegen dieses Vorhaben müssen innerhalb 14 Tagen seit der Veröffentlichung schriftlich und begründet bei den Co-Präsidenten des Ärztlichen Bezirksvereins Bern Regio eingereicht werden. Nach Ablauf der Frist entscheidet der Vorstand über die Aufnahme des Gesuchs und über die allfälligen Einsprachen.

Ärztegesellschaft des Kantons Luzern

Zur Aufnahme in unsere Gesellschaft Sektion Gäu hat sich gemeldet:

Haidar Hojjat Shamamy, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin, FMH, Monvia Gesundheitszentrum, Hauptstrasse 35, 6034 Inwil

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

Ärztegesellschaft des Kantons Schwyz

Zur Aufnahme in die Ärztegesellschaft des Kantons Schwyz hat sich angemeldet:

René Schariatzadeh, Facharzt für Oto-Rhino-Laryngologie, FMH, plant HNO-Praxis in Pfäffikon SZ.

Einsprachen gegen diese Aufnahme richten Sie schriftlich innert 20 Tagen an Dr. med. Uta Kliesch, Maria-Hilf-Strasse 9, 6430 Schwyz oder per Mail an [uta.kliesch\[at\]hin.ch](mailto:uta.kliesch[at]hin.ch)

Ärztegesellschaft Thurgau

Die Ärztegesellschaft Thurgau informiert über folgende Neuanmeldung:

Maria Christiane Reichel, Haydnstrasse 8, DE-78464 Konstanz, Fachärztin für Ophthalmologie

Ärzte-Gesellschaft des Kantons Zug

Zur Aufnahme in die Ärzte-Gesellschaft des Kantons Zug als ordentliches Mitglied hat sich angemeldet:

Isabel Simone Gilde, Fachärztin für Arbeitsmedizin, FMH, Medizinische Dienste, Roche Diagnostics International AG, Forrenstrasse 2, 6343 Rotkreuz

Einsprachen gegen diese Kandidatur müssen innerhalb 14 Tagen seit dieser Veröffentlichung schriftlich und begründet beim Sekretariat der Ärzte-Gesellschaft des Kantons Zug eingereicht werden. Nach Ablauf der Einsprachefrist entscheidet der Vorstand über Gesuch und allfällige Einsprachen.

Ein Bereich des Gesundheitswesens mit erheblichem Potenzial

Digitalisierung in Pandemiezeiten

Marc Oertle

Dr. med., Leitender Arzt Medizin/Medizininformatik Spital Thun, Präsident der Schweizerischen Gesellschaft für Medizinische Informatik SGMI

Wer kennt sie nicht, die täglichen Statistiken zur Covid-19-Situation. Seit Beginn der Pandemie ergeben sich dabei auch Fragen zu Entstehung, Kohärenz, Vollständigkeit und Vergleichbarkeit dieser Daten. Nicht nur bei der Datenauswertung verdeutlicht die Pandemie wie kaum ein Ereignis zuvor genutzte und verpasste Chancen im Bereich der Digitalisierung des Gesundheitswesens.

Das Gesundheitswesen steht aktuell im Fokus des Interesses. Dass wir in der Schweiz von einer hervorragenden medizinischen Betreuung profitieren, ist ebenso bekannt wie die damit verbundenen Kosten. Im Gegensatz zur medizinischen Qualität hinken wir im internationalen Vergleich beim Bereich Digitalisierung allerdings hinterher – auch, wenn häufig geäußerte Vergleiche mit zentralistisch organisierten Ländern nicht immer adäquat sind. Hätten wir gerade in diesem Jahr allenfalls von einem höheren Digitalisierungsgrad profitieren können? Welche jüngst erschaffenen Projekte sollten wir in die Zukunft retten? Es stellen sich aber auch grundsätzlichere Fragen: «Die Digitalisierung hat enttäuscht. Das war schon vor Corona absehbar, aber die Pandemie hat es noch deutlicher offenbart» [1]. Diese ernüchternde Analyse von Stephan Siegrist wurde so ähnlich bereits früher geäußert [2]. Die Schweizerische Gesellschaft für Medizinische Informatik SGMI setzt sich seit Jahrzehnten für eine sinnvolle, effiziente und wirksame Digitalisierung im Gesundheitswesen ein, und es gibt durchaus Punkte, in welchen die Digitalisierung nicht enttäuschen dürfte. Die Digitalisierung per se darf aber kein Einzelziel im Gesundheitswesen sein. Um Erfolg zu haben, müssen die Prozesse im Grossen und Kleinen unter Berücksichtigung des sogenannt sozio-technischen Umfelds [3], also im Wesentlichen der Interaktion des Menschen mit den digitalisierten Systemen, abgebildet werden. Auch vor diesem Hintergrund lassen sich einige ausgewählte Themen betrachten.

Melde(ver)wesen in Pandemiezeiten

Zu den mitunter aufwendigeren Themen im schweizerischen Gesundheitswesen gehört das Meldewesen. Zahlreiche obligatorische und freiwillige Meldungen

durchdringen unseren Alltag. Für jede Meldeart gibt es gesonderte Regeln, oft ein grosszügig definiertes Datenset (welches später nicht zwingend vollständig analysiert wird) und ein Online-Formular im PDF oder Webseitstil, das es auszufüllen gilt (seit die Faxmeldung Geschichte wurde).

Auf der anderen Seite sind Primärsysteme (Klinikinformationssysteme in Spitälern, Praxisinformationssysteme, Laborinformationssysteme etc.) alle in der Lage – und müssen das in der heutigen Zeit auch sein –, automatisiert Daten zu erstellen. Eine De-Identifizierung im gewünschten Ausmass ist dabei ebenso selbstverständlich wie ein standardisiertes Format und eine

Gerade im zeitkritischen Covid-19-Kontext macht standardisierte Digitalisierung enorm viel Sinn.

gesicherte Übertragung der Daten. Es gilt nur noch, diese zu aggregieren und zu präsentieren. Damit ermöglicht man eine automatisierte Meldung in Echtzeit, die keine weiteren Arbeiten von Hand mehr erfordert: wirksam, zweckmässig, wirtschaftlich. In Deutschland wurde so in der ersten Pandemiephase ein Datensatz definiert und für Meldungen ans Robert Koch-Institut verwendet (GECCO-Datensatz [4]). Zeitverzögerte Meldungen oder Differenzen zwischen veröffentlichten Daten mehrerer offizieller Organe können so vermieden werden.

Die Digitalisierung mag Nachteile haben und nicht immer zeitsparend sein, aber gerade im zeitkritischen Covid-19-Kontext macht standardisierte Digitalisierung enorm viel Sinn. Ohne Zeitverzug und personalintensive Datenverarbeitung können jederzeit nachvollziehbare und verlässliche Aussagen über Erkrankungshäufigkeiten gemacht werden. Wir sollten mit einem pragmatischen, zeitnahen und gründlich entworfenen

digitalen Modell das bisherige Meldewesen flächendeckend ablösen und in den nächsten Jahrzehnten davon profitieren.

Wenig Appetit auf App

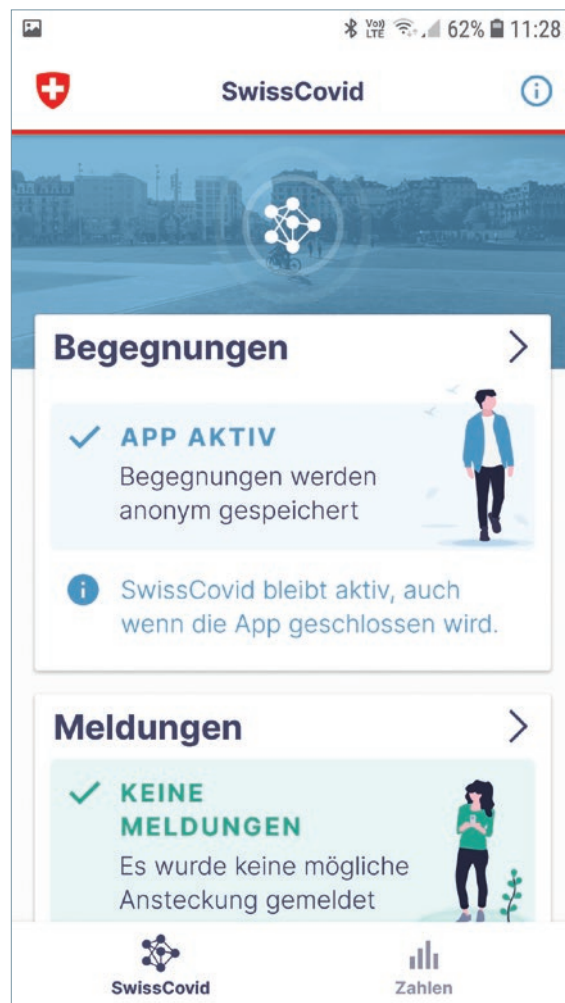
Bereits zu Beginn der ersten Welle war klar, dass das von Menschen gesteuerte Contact Tracing neben Vorteilen auch gewichtige Nachteile hat. Ein Skalieren der personalintensiven Nachverfolgung beim Überschreiten einer gewissen Anzahl Infizierter ist nicht vernünftig möglich, ein 7×24-Stunden-Betrieb steht ausser Diskussion, Aufwand und Kosten sind enorm, die direkte Erreichbarkeit der Patienten ist oft nicht gegeben. Darüber hinaus erinnert sich längst nicht jede Person an potenzielle Risikokontakte. Genau diese Lücken füllt die SwissCovid-App, und sie wird das noch viel effizienter machen, wenn neue Virusvarianten zu noch höheren Ansteckungsraten führen. Natürlich hat die App gewisse Einschränkungen, natürlich ist sie auch abhängig vom Goodwill des Nutzers und ist nicht in jeder Hinsicht perfekt. Das muss sie aber auch nicht sein, eine hervorragende Ergänzung zu Bestehendem

Eine zentrale Koordination für föderale Strukturen ist hochwillkommen.

ist sie allemal. Die App wurde in vielerlei Hinsicht sehr gut gestaltet, und es ist schade, wenn sie durch parallel zu diesem Goldstandard entworfenen Papierlisten und Eigenkreationen von Apps, zum Beispiel in (damals noch geöffneten) Restaurants, konkurriert wird. Zudem kann die Vernetzung dazu beitragen, dass automatisierte Meldungen der positiven Befunde vom Laborgerät quasi direkt beim betroffenen Patienten landen und dieser extrem zeitnah alle betroffenen Kontakte alarmieren kann. Damit entfaltet die Digitalisierung ihre unschlagbaren Vorteile: in der Automatisierung und in der Geschwindigkeit. Weitere pandemieähnliche Szenarien werden uns auch in Zukunft beschäftigen, diese digitale Form der Eindämmungsunterstützung sollten wir dann rasch und standardmässig zur Verfügung haben. An diesen Aussagen ändern auch die kürzlich publik gewordenen, kriminell ausnutzbaren Sicherheitslücken bei den grossen Anbietern (Google, Apple) nichts Grundsätzliches.

Zentralistischer Föderalismus

Der Föderalismus mit seinen Vorteilen hat im Zusammenhang mit der Digitalisierung etliche Nachteile. Gerade im Kontext des elektronischen Patientendossiers



Die SwissCovid-App wird noch wichtiger werden, wenn neue Virusvarianten zu deutlich höheren Ansteckungsraten führen.

zeigen sich die Schwierigkeiten und Zusatzaufwände der verteilten Vorgehensweise. Die Koordinationsaufwände sind enorm, die architektonischen Sicherheitschlaufen manchmal an der Schmerzgrenze. Aber es zeigen sich auch die Vorteile der dafür nötigen, konsequenten Nutzung existierender Standards. Bis hin zum System der primären Datenerfassung durchgesetzt, kann das Schweizer Gesundheitswesen so trotz vielfältiger Landschaft der Softwarelösungen von der Digitalisierung profitieren. Am Ende möchte man damit eine semantische Interoperabilität erreichen: Unterschiedliche Ansprechpartner im Gesundheitswesen tauschen nicht nur Daten miteinander aus, sondern diese können aufgrund ihres hohen Standardisierungsgrades und der festgelegten Übertragungsprotokolle direkt vom Zielsystem aufgenommen, interpretiert und korrekt integriert werden. Effizienz wird sich so zwangsläufig einstellen und die Investition auszahlen. Eine zentrale Koordination für föderale Strukturen ist dabei hochwillkommen.

Aktion statt Reaktion

In den vergangenen Monaten wurden in manchen Teilen des Gesundheitswesens neue Prozesse definiert, wurden Personen auf für sie fremden Stationen und Fachbereichen eingesetzt, mussten stetig und rasch wechselnde Informationen unter alle im Einsatz stehenden Fachpersonen gebracht werden. Es galt, das hohe Patientenaufkommen noch effizienter bewältigen und dokumentieren zu können. Ohne digital unterstützte Prozesse, ohne rasch fließende Informationen wäre das schwerlich denkbar gewesen. Wenn zudem

Es bleiben sehr viele Möglichkeiten, um das Potenzial einer sinnvollen Digitalisierung im Gesundheitswesen besser zu nutzen.

die Überlastung der unermüdlich arbeitenden Pflegenden sowie Ärztinnen und Ärzte teilweise dank Digitalisierung verhindert werden konnte, ist das eine Erfolgsgeschichte. In etlichen Leitungsgremien wurde diesem Umstand Rechnung getragen. Im Gegensatz zu früher, wo man in Krisenzeiten nicht selten nur auf lang Bewährtes zurückgriff, wurden konsequent auch digitale Lösungsoptionen und Bewältigungsstrategien diskutiert und evaluiert.

Das Spezialisten-Know-how wurde so nicht nur bei Epidemiologen, Public-Health-Experten, Ärztinnen und Ärzten eingeholt, sondern ganz explizit auch bei Experten auf dem Gebiet der digitalen Prozesse. Im Gesundheitswesen werden das primär Medizininformatiker sein, die sowohl Erfahrung in klinischen als auch in digitalen Prozessen aufweisen. Dadurch muss es gelingen, die Potenziale der Digitalisierung zu nutzen, wertvolle Zeit zu gewinnen und administrative Arbeiten zu reduzieren, ohne analoges Denken einfach digital abzubilden. Die Ausbildung entsprechender Spezialisten in der Funktion als Brückenbauer zwischen klinischen, IT-technischen und administrativen Fragen wird weiterhin einen der wichtigen Aspekte im Bereich Digitalisierung im Gesundheitswesen bilden. Dieses Gebiet sollte die Ärzteschaft nicht ausschliesslich anderen Berufsgruppen überlassen.

Dr. med. Marc Oertle
Krankenhausstrasse 12
CH-3600 Thun
marc.oertle[at]spitalstsag.ch

Hunderttausende von in Echtzeit übermittelten SARS-CoV-2-PCR-Resultaten, über zwei Millionen Nutzer einer im Eilzugtempo unter Berücksichtigung höchster Problembereiche (wie dem Datenschutz) erstellten App, Zehntausende automatisiert erstellter Berichte in Notfallzentren und vieles mehr zeugen vom Nutzen der Digitalisierung und können die eingangs angesprochene Enttäuschung nicht unumwunden bestätigen. Unbestritten gibt es allerdings Probleme im Digitalisierungsbereich selbst, darüber hinaus fehlt es an adäquater Finanzierung und an Ausbildung von Spezialisten. Es bleiben sehr viele Möglichkeiten, um das Potenzial einer sinnvollen Digitalisierung im Gesundheitswesen besser zu nutzen. Dieses Ziel zu erreichen wird auch in Zukunft eine der Hauptaufgaben der Schweizerischen Gesellschaft für Medizinische Informatik sein.

Literatur

- 1 Siegrist S. Was uns 2021 beschäftigen sollte. Neue Zürcher Zeitung am Sonntag. 3.1.2021, p. 16–17.
- 2 Rotman D. Why tech didn't save us from covid-19. MIT Technology Review. 2020; June 17. www.technologyreview.com/2020/06/17/1003312/why-tech-didnt-save-us-from-covid-19/
- 3 Berg M. Patient care information systems and health care work: a sociotechnical approach. Int J Med Inform. 1999;55(2):87–101.
- 4 Nationales Forschungsnetzwerk der Universitätsmedizin zu Covid-19. German Corona Consensus Data Set (GECCO). www.bihealth.org/fileadmin/artikel/pressemitteilungen/dateien/Bericht_Bundeinheitlicher_Datensatz_COVID-19.pdf

Bildnachweis

© zVg

Das Wichtigste in Kürze

- Anders als bei der medizinischen Qualität hinkt die Schweiz im internationalen Vergleich im Bereich Digitalisierung hinterher.
- Besonders im Meldewesen bietet Digitalisierung Vorteile, da sie automatisierte Meldungen in Echtzeit ermöglicht. Das ist wirksam, zweckmässig, wirtschaftlich.
- Die SwissCovid-App ergänzt das klassische Contact Tracing.
- Eine zentrale Koordination für föderale Strukturen ist bei der Digitalisierung wünschenswert.
- Die Ausbildung medizinischer Spezialisten als Brückenbauer zwischen klinischen, IT-technischen und administrativen Bereichen ist ein wichtiger Aspekt der Digitalisierung im Gesundheitswesen.



Der Schultertrauma-Check

Luzi Dubs^a, Bruno Soltermann^b, Josef E. Brandenburg^c, Philippe Luchsinger^d

^a Dr. med., Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, Mitglied der FMH, Korrespondierendes Mitglied der Deutschen Vereinigung für Schulter- und Ellenbogenchirurgie e.V. (DVSE); ^b Dr. med., MAS Versicherungsmedizin, Facharzt für Chirurgie, Mitglied der FMH, Chefarzt des Schweizerischen Versicherungsverbandes (SVV); ^c Dr. med., Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, Mitglied der FMH (Mitarbeit am Trauma-Check in der damaligen Funktion als FMCH-Präsident); ^d Dr. med., Facharzt für Allgemeine Innere Medizin, Mitglied der FMH, Präsident mfe Haus- und Kinderärzte Schweiz

Der Schultertrauma-Check gibt eine Hilfestellung für eine nachvollziehbare (versicherungs-)medizinische Beurteilung eines akut entstandenen Schulterschmerzes zwecks Abgrenzung von traumatischen Veränderungen zu solchen bei Abnützung und Erkrankung. Die entsprechenden Beurteilungsgrundlagen stammen aus der versicherungsmedizinischen Standardliteratur unter Einbezug der Grundlagenforschung und der Epidemiologie.

Nach der Gesetzesrevision mit dem Übergang zu Art. 6 Abs. 2 des Unfallversicherungsgesetzes (UVG) und zu den unfallähnlichen Körperschädigungen (UKS) ist der Unfallversicherer seit dem 1. Januar 2017 verpflichtet, im Einzelfall zu prüfen, ob bei einer Körperschädigung unter einer Listendiagnose *vorwiegend* die Merkmale einer Abnützung oder Erkrankung vorliegen. Diese Beweislastumkehr gilt bei unfallähnlichen Körperschädigungen wie Knochenbrüchen, Verrenkungen von Gelenken, Meniskusrissen, Muskelrissen, Muskelzerstörungen, Sehnenrissen, Bandläsionen und Trommelfellverletzungen. Vor der Gesetzesrevision waren rein

juristische Aspekte wegweisend (Sinnfälligkeit des Ereignisses bei Vorliegen einer Listendiagnose), seit 2017 hat die Ärzteschaft wieder den Auftrag bekommen, die wichtigen versicherungsmedizinischen Kriterien zu prüfen und den Juristinnen und Juristen eine Entscheidungsgrundlage zu liefern.

Es ist zwischenzeitlich breit akzeptiert, eine versicherungsmedizinische Beurteilung schematisch zu gliedern, indem separat die Patientenmerkmale (Disposition, Exposition, Vorschädigung), der Schadensmechanismus und das Schadensbild (morphologisch, funktionell, bildgebend) gewertet werden. Dadurch ge-

lingt letztlich eine Abwägung von Kongruenzen oder Inkonsistenzen bzw. Widersprüchen aller genannten Kriterien, um eine plausible Einzelfallbeurteilung zu ermöglichen.

Abnützung oder frische Traumatisierung?

Am Beispiel des Knie Trauma-Checks [1] hat sich 2016 nach einer systematischen prospektiven Erfassung der genannten Kriterien gezeigt, dass eine Art von Quantifizierung praktikabel ist. Die semiquantitative Erfassung hat eine recht gute Übereinstimmung und Validierung mit der davon unabhängigen Entscheidungspraxis der Versicherung ergeben. Nachdem auch das Bundesgericht den Nutzen des Knie Trauma-Checks in einem Urteil explizit anerkannt hat [2], entstand mancherorts der Wunsch, auch für die Schulter einen Trauma-Check zu etablieren. Diesmal bleibt es

bei einer rein deskriptiven Erfassung der Kriterien, da eine quantitative Erfassung nicht realisierbar ist. Speziell nach der Feststellung einer oftmals ungenügenden Dokumentationsqualität in den medizinischen Krankengeschichten [3] hinsichtlich der Fragen zu Patientenmerkmalen, Exposition, Vorschädigung und des Schadensmechanismus hat sich eine gewisse Ernüchterung eingestellt, eine umfassende und lückenlose versicherungsmedizinische Beurteilung abgeben zu können.

Basis für den Schultertrauma-Check bildet die versicherungsmedizinische Standardliteratur [4–10]. Eine Übersichtsarbeit der Schulterexperten von Swiss Orthopaedics aus dem Jahr 2019 [11] wird trotz gewisser Limiten mitberücksichtigt.

Der Schultertrauma-Check durchlief eine Vernehmlassung bei den beratenden Ärztinnen und Ärzten innerhalb der Privatassekuranz.

Indikatoren	Trauma	Abnützung, Erkrankung	Gewichtung
Patientenmerkmale	Alter <40	Alter >40 pyknischer Habitus, BWS-Kyphose, Raucher	moderat gering
Expositionen	Keine Over-head-Belastungen	Over-head-Tätigkeiten in Beruf und Sport, chronisches Krafttraining	moderat
Vorschädigung	Vorher symptomfrei, gut belastbar	Vorsymptomatik, Vorbehandlungen, Voroperationen	moderat
Schadensmechanismus	Schulterverrenkung, massive plötzliche, reissende exzentrische Belastung des Armes bei muskulärer Fixierung der Rotatorenmanschette und gleichzeitiger passiver Rotation (Sturz beim Fensterputzen aus der Höhe nach vorn und Festhalten mit der Hand, Treppensturz mit der Hand am Geländer, stehender Fahrgast, der sich mit nach oben gestreckter Hand festhält und eine abrupte Abbremsung oder Beschleunigung des Fahrzeugs aufzufangen versucht)	Direkte Kontusion der Schulter, koordinierte und kontrollierte (konzentrische) muskuläre Anspannung, Sturz auf die ausgestreckte Hand oder den Ellenbogen in Flexion, konzentrische akute Belastungen wie Auffangen einer Last mit gebeugtem Arm, Stauchung des seitlich ausgestreckten oder des nach vorne erhobenen Armes, axiale Stauchung des Humeruskopfes bei nach dorsal abstützendem Arm	stark
Morphologisches Schadensbild	Klinisch kann in der Regel eine traumatische Schädigung nicht von einer akuten Krankheitsmanifestation unterschieden werden.	Klinisch kann in der Regel eine traumatische Schädigung nicht von einer akuten Krankheitsmanifestation unterschieden werden.	gering
Funktionelles Schadensbild Schmerzverlauf	Sofort starke Schmerzen, dann decrescendo, Zeit des ersten Arztbesuches und Arbeitsunfähigkeit mit Bezug zum berufsabhängigen Leistungsprofil	Crescendocharakter der Schmerzen und der Fähigkeits- bzw. der Funktionseinschränkung, berufsabhängiges Leistungsprofil	moderat
Bildgebung wie MRI, Röntgen, Ultraschall, abhängig vom Zeitpunkt der Untersuchung	Zeichen der Schulterluxation oder Begleitverletzungen wie Bone Bruise und Kapsel-Bandverletzung, Sehnendehiszenz intratendinös (>2 cm vom Tuberculum entfernt), welliger Verlauf der Sehnenfasern (Elongation), Ödem am tenodmuskulären Übergang	Initial kein Bone Bruise, keine Bandverletzungen, degenerative Texturveränderungen an Sehnen der Rotatorenmanschette und des Bizeps-Labrum-Komplexes, Knorpelschäden (auch ac-Gelenk), Hochstand des Humeruskopfes mit einer acromiohumeralen Distanz von <7 mm, subacromialer Ausschliff, RM-Defekt tuberculumnahe an Prädilektionsstelle mit ossären Veränderungen am Tuberculum, muskuläre Verfettungen, Sehnenretraktionen	stark
OP-Situs (abhängig vom Zeitpunkt der Operation)	Frische Rupturfolgen mit frischer Einblutung am tendomuskulären Übergang, Nachweis von Begleitschädigungen (Luxation)	Abgeschliffene, abgerundete Sehnenstümpfe, Komplexität der Schädigung an der Rotatorenmanschette und am Bizeps-Labrum-System	gering
Schlussfolgerung			

Die Tabelle ist abrufbar unter: www.svv.ch/de/branche/versicherungsmedizin/arztberichte-und-fallfuehrungsinstrumente-fuer-versicherungsfachleute

Hilfe für die Erstdokumentation

Die aufgeführte Tabelle mit der Auflistung der wichtigsten Indizien soll als Hilfsmittel dazu beitragen, die einzelnen Kriterien hinsichtlich ihrer Bedeutung für die abschliessende Entscheidung systematisch zu prüfen, ob *vorwiegend* Zeichen einer Abnützung bzw. Erkrankung oder solche einer frischen Traumatisierung vorliegen. Es besteht kein Anspruch auf Vollständigkeit.

Diese Tabelle soll vor allem den erstbehandelnden Hausärztinnen und Hausärzten, den Notfallstationen mit einer Ärzteschaft aus verschiedenen Fachbereichen (Internisten, Anästhesisten, Chirurgen, Orthopäden usw.), aber auch den Sachbearbeitenden der Versi-

Diese Tabelle soll vor allem den erstbehandelnden Hausärztinnen und den Notfallstationen eine Hilfe für die Erstdokumentation sein.

cherungen eine Hilfe für die Erstdokumentation sein. Die Vernehmlassung hat gezeigt, dass einzelne Punkte wie das Alter, der jeweilige Schadensmechanismus und die bildgebenden morphologischen Befunde kontrovers beurteilt werden. Die im Schultertrauma-Check aufgeführten Kriterien basieren auf der umfangreichen und aktuellen versicherungsmedizinischen Literatur [4–10].

Um den Schultertrauma-Check praktikabel zu machen, müssen Anstrengungen unternommen werden, speziell in der Primärdokumentation möglichst umfassend die genannten Kriterien festzuhalten [3].

Eine vertiefte thematische Auseinandersetzung mit dem Schultertrauma-Check findet sich in der im Januar erschienenen Publikation im Medinfo [12].

Dr. med. Luzi Dubs
Rychenbergstrasse 155
CH-8400 Winterthur
Tel. 052 242 68 60
dubs.luzi[at]bluewin.ch

Bildnachweis

© Tom Wang | Dreamstime.com, Symbolbild

Literatur

- 1 Dubs L, Soltermann B, Manfredini L. Knieschmerzen – Unfall oder Erkrankung? Schweiz Ärztztg. 2016;97(49–50):1741–5.
- 2 BGE 146 V 51 (Urteil 8C_22/2019 vom 24. September 2019).
- 3 Soltermann B, Dubs L. Relevante Daten als Schlüssel zum Erfolg. Schweiz Ärztztg. 2019;100(20).
- 4 Ludolph E. Kapitel VI-1.2.3 im Kursbuch der ärztlichen Begutachtung (Ludolph, Schürmann/Gaidzik). ecomed Verlag.
- 5 Beickert R, Panzer S, Gessmann J, Seybold D, Pauly S, Wurm S, Lehmann L, Scholtysik D. Begutachtung des Rotatorenmanschetten-schadens der Schulter nach Arbeitsunfällen. Trauma Berufs-krankh. 2016;18:222–47.
- 6 Studier-Fischer S, Grützner PA. Traumatische Läsionen der Rotatorenmanschette, Therapiemanagement und Begutachtungsfragen. Trauma Berufskrankh. 2014;16:38–45.
- 7 Bonnaire F. Begutachtung der Rotatorenmanschettenläsion. Trauma Berufskrankh. 2008;10:16–24.
- 8 Weber M, et al. Empfehlungen zur Begutachtung von Schäden der Rotatorenmanschette. DGU – Mitteilungen und Nachrichten, Suppl Koethen GmbH. 2002;1–6.
- 9 Hempfling H, Kremm V. Schadenbeurteilung am Bewegungssystem, Band 2. De Gruyter; 2017, 626 ff.
- 10 Gessmann J, Königshausen M, Schildhauer T, Seybold D. Abwägung oder doch harte Kriterien in der Begutachtung von Läsionen der Rotatorenmanschette. Trauma Berufskrankh. 2016;18 (Suppl. 1):42–7.
- 11 Lädermann A, Jost B, Weishaupt D, Elsig D, Zumstein M. Degenerative oder traumatische Läsionen der Rotatorenmanschette. Swiss Medical Forum. 2019;19(15–16):260–7.
- 12 Dubs L, Soltermann B, Brandenburg J, Luchsinger P. Der Schultertrauma-Check – Ursachen von isolierten Schädigungen der Rotatorenmanschette und deren (versicherungs-)medizinische Beurteilung. Medinfo 1/2021; www.svv.ch/de/medinfo

Das Wichtigste in Kürze

- Nach einer Gesetzesrevision ist der Unfallversicherer seit dem 1. Januar 2017 verpflichtet, im Einzelfall zu prüfen, ob bei einer Körperschädigung unter einer Listendiagnose vorwiegend die Merkmale einer Abnützung oder Erkrankung vorliegen.
- Um Einzelfälle plausibel beurteilen zu können, wird die versicherungsmedizinische Beurteilung schematisch im Schultertrauma-Check gegliedert: Es werden Patientenmerkmale, der Schadensmechanismus und das Schadensbild gewertet.

Briefe an die SÄZ

TOUCH ME I'M SICK: Heute und vor 2000 Jahren

Brief zu: Ritzmann I. Berührendes Kranksein.
Schweiz Ärztezg. 2021;102(6):225.

Dieses T-Shirt hat mich echt berührt, weil Erfahrung zeigt, dass körperliche oder seelische Berührung wichtig ist, und das war schon vor 2000 Jahren so. Laut den Evangelien wurde Jesus oft berührt und berührte und heilte. Heutzutage sind Heilungen wie damals nicht wahrscheinlich, aber die Bitte «berühre mich» bleibt aktuell. Dennoch möchte ich zwei Situationen in Evangelien zitieren, die zeigen, wie wichtig Berührung ist. Zuerst möchte ich in Erinnerung rufen, dass damals Aussatz, was immer das auch klinisch wirklich war, für die Menschen ähnlich eingreifend war wie Corona heute: Kranke wurden isoliert, sie mussten sich wirklich abschotten, und niemand wusste, woher die Seuche kam. «... siehe, da war ein Mann voll Aussatz. Als er Jesus sah, verneigte er sich tief und bat, lieber Herr, wenn du willst, kannst du mich rein machen. Jesus streckte die Hand aus, berührte ihn und sagte, ja mögest du rein werden, und sofort verschwand der Aussatz (Lk 4,12ff.). Iris Ritzmann hat die wesentlichen Punkte erwähnt, die Berührung auslöst, und sie gelten damals wie heute: «... der Ruf nach Nähe trotz

Krankheit, nach Menschlichkeit trotz Angst, kann einem rein biologischen Denken fruchtbar entgegenwirken.»

Eine andere Geschichte ist irgendwie noch berührender: «... Da war ein grosses Gedränge [um Jesus]. In diesem war eine Frau, die schon 12 Jahre an Blutfluss litt und hatte alles was sie zum Leben besass für die Ärzte aufgewandt, die sie aber nicht heilen konnten. Sie trat herzu und berührte von hinten die Schaufäden seines Gewands und sofort floss ihr Blut nicht mehr» (Lk 8,43ff.). ... Übersetzt heisst das, ihr Leben ist stets weggeflossen: nun aber ist die Lebenskraft wieder da: Die Berührung von Jesu Gewand bewirkte es, es ging eine Kraft von ihm aus.

Das Problem Nähe in Krankheit ist omnipräsent. Wie sie konkret berücksichtigt werden kann, muss von Fall zu Fall abgeschätzt werden. Falsch ist die Nonchalance, einfach zu sagen, mir passiert nichts, aber ebenso falsch, mit panischer Angst jede Berührung zu vermeiden, wobei mit etwas Klugheit doch Nähe berührend sein kann. Eine Art der Nähe ist sicher die Impfung, aber ich denke auch, dass man sich nahe sein kann, wenn Schutzmassnahmen weise eingesetzt werden.

Dr. med. David Künzler,
Affoltern am Albis

Umdenken tut not

Brief zu: sanofi-aventis (schweiz) ag, Mepha Pharma AG, Sintetica AG, Spirig HealthCare AG, Streuli Pharma AG.
Wichtige Mitteilung zu Metamizol. Schweiz Ärztezg. 2021;102(7):247-8.

Eigentlich habe ich es nie verstanden, weshalb doch das Metamizol, eben das Novalgin, noch verordnet wird, zumal schon längst bekannt ist, wenn auch in seltenen Fällen, dass die Agranulozytose als Nebenwirkung auftreten kann – und nun diese toxische Wirkung auf die Leber! Patienten, die richtig aufgeklärt wurden, würden es wohl nicht wollen, dieses Metamizol; es gibt Besseres! Nicht erst heute, nein, schon gestern hätte man das Metamizol in der Schweiz verbieten müssen!

In den USA, Grossbritannien, Frankreich, Deutschland, Schweden, Japan wurde dieses Medikament vom Markt genommen oder gar nicht erst zugelassen. Weshalb nicht schon längst in der Schweiz? Diese lebensbedrohlichen Nebenwirkungen im Auge, wäre es doch vernünftig! Oder?

Dr. med. Léon F. Maître,
Allschwil

Aktuelle Themen auf unserer Website

www.saez.ch → Tour d'horizon



Interview mit Monika Brodmann Maeder, Präsidentin des Schweizerischen Instituts für ärztliche Weiter- und Fortbildung (SIWF)

«Bergsteigen hat mich gelehrt, vorsichtig zu sein»

Monika Brodmann Maeder ist seit dem 1. Februar an der Spitze des SIWF. Als Notfall- und Gebirgsärztin bringt sie Erfahrungen mit, die ihr im neuen Amt zugutekommen werden.



Interview mit Ueli Bollag, ehemaliger Kinder- und Hausarzt und Pate der DIGGER Foundation

«Minenräumung ist Primärprävention»

Mit 80 Jahren in der Minenräumung engagiert: Der ehemalige Kinderarzt Ueli Bollag erläutert, was das Projekt DIGGER Foundation einzigartig macht und warum die Bekämpfung von Minen so wichtig ist.



Schutzmassnahmen gegen Covid-19

Bei der Frage zur Virusübertragung, und damit indirekt zu den besten Schutzmassnahmen, wird folgender Aspekt wenig berücksichtigt: Wenn das Virus im Aerosol schwebt, so gelangt es, ob mit oder ohne Maske, auch in die Augen. Die Bindehaut des Auges ist morphologisch und funktionell der Genitalschleimhaut ähnlich, d.h., sie ist robust. Das Virus könnte hier durch Lysozym zerstört werden. Wenn nicht, so gelangt es vielleicht in die konjunktivalen Blutgefässe, sicher aber schwimmt es mit der Tränenflüssigkeit in die ableitenden Tränenwege und so direkt in den Nasen-Rachen-Raum! Ein guter Schutz vor Ansteckung müsste also auch die Augen abdecken. Vielleicht hatte Dr. Daniel Koch doch recht, als er sagte, dass chirurgische Masken nicht sicher vor Ansteckung schützen? Daneben wäre es interessant, Rachenabstriche mit Bindehautabstrichen zu vergleichen.

Yves Robert, Bern

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.

Alt werden

Alt werden sei nichts für Feiglinge, sagt meine Frau. Ich bin von Professor Stalder angeregt worden, darüber nachzudenken.

Als ich noch in die Primarschule ging, waren die Leute, die auf der Strasse vorbeigingen, alt, sehr alt, zwischen 20 und 30 Jahren. Seither denke ich in Dekaden, alle 10 Jahre kommt ein neuer Abschnitt. Jetzt denke ich in Jahren, später wird es in Monaten sein. Nur die Seele wird nicht älter. Die Zeit geht schneller, das Gehen langsamer. Die Zunahme an Jahren ist linear, nur die Gewohnheiten wiederholen sich, im Kreis. Sie sind ein Gerüst für den Alltag. Abwechslung ist dann sehr wohltuend.

Im Spital wird bei mehrfachen oder gleichzeitigen Eintrittten eine Triage gemacht: Wer wird zuerst behandelt, was ist dringender? Zu unserer Zeit wurde ohne Rücksicht auf Alter oder Geschlecht jeder, ohne zu überlegen, ob und wie viele Jahre der Betreffende hätte, das Beste gegeben, auch wenn er aus dem Gefängnis kam und/oder ein Mörder war oder 90 Jahre. Das wird auch heute noch so sein. Allerdings muss heute mehr auf den Gewinn geschaut werden, die Spitalzeiten werden so kurz gehalten wie nur möglich. Dass ein Patient überwintern konnte, wie damals, wäre nicht mehr möglich. Wir wussten, der ältere, arme Mann kommt jeden November und bleibt bis Ende Februar, je nach Schnee und Kälte noch etwas länger, gratis und vom Chefarzt ohne Frage gewährt! Der Mann musste sich nur gelegentlich den

Blutdruck messen lassen. So ändern sich die Zeiten. Das war für ihn auch echte Weihnachten, die Herberge hatte ihn aufgenommen.

Wie sich die Gesprächsinhalte während des Lebens verändern: bei einer Familienzusammenkunft redeten die Jüngsten über ihre Lehrplätze, in der Mitte ein junges Paar mit einer professionellen Astrologin über ihre Zukunft: Ehe, Kinder, Beruf? Zuoberst am Tisch sprachen die plus/minus 50-Jährigen über den Sinn des Lebens. In meinem Alter spricht man oft über Altersheime, Erbschaft oder Schenkung oder die Anzahl von Operationen.

Im Alter muss Manches abgegeben werden, wir können besser vergeben und auch geben, wir sind in der Zeit der Alten, der Weisen. So sollte es sein. Früher hatte ich zu wenig Zeit für Vieles bei voller, oft übervoller Agenda. Jede Minute war gefüllt, deshalb keine Zeit mehr. Heute habe ich mehr Zeit, erledige alles mit normaler Geschwindigkeit und bin deshalb im Vergleich langsam und bin froh, frühzeitig ein Hobby begonnen zu haben. Im Übrigen geht es ganz gut, wie ein Klassenkollege sagt: oben Licht und unten dicht.

Ich wollte nie so alt werden, bin jetzt aber dort. Junge werden auch alt, aber nicht so plötzlich. Aber das Leben bleibt für alle lebensgefährlich.

*Dr. med. Bernhard Wiesli,
pensionierter Gastroenterologe*

Mitteilungen

Facharztprüfungen

Schwerpunktprüfung zur Erlangung des Schwerpunktes Neonatologie zum Facharztstitel Kinder- und Jugendmedizin

Datum:

Schriftliche Prüfung: 25.8.2021

Mündliche Prüfung: 6.–8.10.2021

Diese Angaben können sich im Falle einer ungünstigen Entwicklung der Gesundheitspandemie zum Zeitpunkt der Prüfungen ändern.

Ort:

Klinik für Neonatologie, Frauenspital, Zürich

Anmeldefrist: 15.7.2021

Weitere Informationen finden Sie auf der

Website des SIWF unter www.siwf.ch → Weiterbildung → Facharzttitel und Schwerpunkte → Kinder- und Jugendmedizin

Schwerpunktprüfung zur Erlangung des Schwerpunktes Ophthalmochirurgie zum Facharztstitel Ophthalmologie

Ort: Bern, Inselspital

Datum: Samstag, 13. November 2021

Anmeldefrist: 1. Juni bis 20. August 2021

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



Berufshaftpflicht

Einfach
gut abgesichert
praktizieren

Sonderkon-
ditionen für
Mitglieder von
FMH Services

Feinheiten machen den Unterschied
**Umfassende Berufshaftpflichtversicherung
für Ärztinnen und Ärzte**

- Führende Speziallösung für selbständige Ärzte und Gruppen-
praxen
- Prämien sparen dank exklusivem Rahmenvertrag
- Auf Medizinalrecht spezialisierte Juristen

INSURANCE

Roth Gygax & Partner AG
Moosstrasse 2
3073 Gümligen
Tel. 031 959 50 00
mail@fmhinsurance.ch
www.fmhinsurance.ch



Von der FMH Services Genossenschaft empfohlenes, rechtlich und wirtschaftlich selbstständiges Unternehmen.

Manuelle Medizin und Chiropraktik

«Wichtig ist, in geübten Händen zu sein»

Adrian Ritter

Freischaffender Journalist

Beide Berufsgruppen behandeln Beschwerden des Bewegungsapparates. Aber worin unterscheiden sich Manuelle Medizin und Chiropraktik? Ein Gespräch mit Dr. med. Michael Gengenbacher, Präsident der Schweizerischen Ärztesgesellschaft für Manuelle Medizin SAMM, und Dr. med. Thomas Thurnherr, Präsident des Berufsverbandes ChiroSuisse. Es zeigt: Die Gemeinsamkeiten der beiden Berufsgruppen sind gross.

Herr Gengenbacher und Herr Thurnherr, wenn ich Rückenbeschwerden habe, wann gehe ich dann zu einem Manualmediziner und wann zu einem Chiropraktor?

Gengenbacher: Das hängt nicht so sehr vom genauen Beschwerdebild ab, sondern davon, welche Berufsgruppe Ihnen vielleicht schon vertraut ist, mit welcher Sie schon positive Erfahrungen gemacht haben oder ob Sie persönlich einen Therapeuten oder eine Therapeutin kennen. Wichtig ist, dass man sich in geübte Hände begibt.

Thurnherr: Da kann ich nur zustimmen. Vielleicht suchen Sie zuerst Ihren Hausarzt oder Ihre Hausärztin auf. Wenn Sie Glück haben, ist er oder sie für die Thematik sensibilisiert, weiss um den Wert der manuellen Therapie und verweist Sie weiter. Ob in Richtung Manuelle Medizin oder Chiropraktik, hängt vermutlich wiederum von den persönlichen Beziehungen und Erfahrungen ab.

Aber sind Manuelle Medizin und Chiropraktik nicht unterschiedliche Methoden?

Thurnherr: Das ist ein weitverbreiteter Irrtum. Es sind keine Methoden, sondern Berufe. Zwei Berufe, die sehr ähnliche Methoden zur Diagnostik und Therapie von Beschwerden des Bewegungsapparates anwenden. Bei der Behandlung kommen vor allem manuelle Therapien zum Einsatz – etwa Mobilisationen und Manipulationen mit oder ohne Impuls.

Beide Berufsgruppen wenden dieselben manuellen Methoden an?

Gengenbacher: Insgesamt sind die Methoden sehr ähnlich. Unterschiede ergeben sich am ehesten daraus, wo man die Ausbildung absolviert hat. Ein Manualmediziner mit Ausbildung in Grossbritannien arbeitet nicht genau gleich wie jemand, der die Ausbildung in der Schweiz oder beispielsweise in Frankreich ab-

Die Interviewpartner



Dr. Michael Gengenbacher ist Facharzt für Rheumatologie und Innere Medizin und Ärztlicher Direktor und Chefarzt Bewegungsapparat und Innere Medizin der RehaClinic Gruppe. Seit 2016 ist er Präsident der Schweizerischen Ärztesgesellschaft für Manuelle Medizin.



Dr. Thomas Thurnherr ist Doktor der Chiropraktik und Geschäftsführer der chiropraktischen Praxis Integri mit Standorten in Bern und Thun. Seit Mai 2019 ist er Präsident von ChiroSuisse, dem Verband der Chiropraktorinnen und Chiropraktoren in der Schweiz.

solviert hat. Im deutschsprachigen Raum wird für die Manuelle Medizin und die Chiropraktik dasselbe Lehrbuch verwendet. Das sagt viel aus über die Gemeinsamkeiten.

Thurnherr: Und vergessen wir nicht: Manuelle Methoden sind ein wichtiger, aber nicht der einzige Teil unserer Behandlung. Untersuchungen zeigen, dass bei Patientinnen und Patienten mit Beschwerden des Bewegungsapparates die Beratung der wichtigste Teil ist. Es geht darum, die Menschen zurück in die Bewegung zu bringen, sie unter anderem betreffend gesunde Gewohnheiten zu beraten und sie so zu begleiten, dass sie möglichst bald wieder arbeiten können.

Gengenbacher: Das kann ich nur unterstützen. Die Entwicklung ist in den vergangenen Jahrzehnten bei Wirbelsäulenbeschwerden in die falsche Richtung gegangen: zu viele bildgebende Abklärungen, zu viele Medikamente, zu viele Operationen. Auch dies darf wohl als Gemeinsamkeit unserer beiden Berufe bezeichnet werden: Wir stehen für den primär konservativen Weg der Behandlung solcher Krankheitsbilder und kümmern uns um die richtige Triage der betroffenen Patienten.

Bei so viel Gemeinsamkeiten: Was ist dann der Unterschied zwischen Chiropraktik und Manualmedizin?

Thurnherr: Der Unterschied liegt vor allem beim Weg in den Beruf. Die Schweiz hat weltweit das höchste Ausbildungsniveau in der Chiropraktik – ein Hochschulstudium an der Universität Zürich, dem sich eine zwei- bis dreijährige Assistenzzeit anschliesst. Insofern sind Chiropraktikerinnen und Chiropraktiker bereits nach dem Studium Spezialisten für den Bewegungsapparat.

Gengenbacher: Ich sehe auch in der Ausbildung den grössten Unterschied. Manualmediziner haben zuvor eine Facharztausbildung absolviert, etwa in Allgemeiner Innerer Medizin, Rheumatologie oder Physikalischer Medizin und Rehabilitation. Anschliessend haben sie berufsbegleitend eine Zusatzausbildung von mindestens 300 Stunden in Manueller Medizin absolviert und damit ihre Spezialisierung abgerundet. Das ist ein grosser Gewinn etwa für einen Allgemeinmediziner, denn mehr als 20 Prozent aller Beschwerden in der Hausarztpraxis betreffen den Bewegungsapparat.

Thurnherr: Der Manualmediziner hat ja neben der manuellen Therapie seinen angestammten Fachbereich. Der Chiropraktor oder die Chiropraktikerin ist im Vergleich dazu stärker spezialisiert, weil er oder sie sich ausschliesslich der Chiropraktik widmet und sich bereits im Studium während über 4000 Stunden

explizit mit dem Bewegungsapparat auseinandergesetzt hat. Die erlernten manuellen Techniken erfordern jahrelange Übung und regelmässige Anwendung, damit sie therapeutisch wirksam eingesetzt werden können.

Gengenbacher: Die Bandbreite ist in unserer Berufsgruppe sicher grösser als bei den Chiropraktikern. Es gibt diejenigen, welche die Manuelle Medizin zu ihrer Haupttätigkeit gemacht haben, und andere, die manuelle Methoden vor allem zur Diagnosestellung anwenden und die therapeutischen Massnahmen delegieren – sei es an einen Berufskollegen oder Chiropraktor.

Zuweisungen erfolgen demnach eher von der Manualmedizin zur Chiropraktik. Hat das mit der unterschiedlichen Ausbildungsdauer zu tun?

Gengenbacher: Der Chiropraktor startet mit einem Spezialisierungsvorsprung, da er sich bereits im Medizinstudium für diese Richtung entscheidet. Aber ich denke, ausschlaggebend ist, wie geübt man später in der Praxis ist, wie oft man manuelle Techniken anwendet.

Thurnherr: Die beiden Berufe verbindet ja die Kombination aus differenzialdiagnostischer Kompetenz und manuellen Fähigkeiten. Die diagnostische Kompetenz ist bei beiden Berufen im Medizinstudium enthalten. Das muss man beim Vergleich der Ausbildungsdauer auch berücksichtigen. Der Unterschied liegt somit hauptsächlich im Spezialisierungsgrad und der Gewichtung der manuellen Fertigkeiten.

Wie grenzen sich Manuelle Medizin und Chiropraktik von anderen Berufen im Bereich der manuellen Therapie ab?

Gengenbacher: Der Hauptunterschied besteht in der differenzialdiagnostischen Kompetenz. Entsprechend gelten Manuelle Medizin und Chiropraktik als Medizinberufe, Physiotherapie und beispielsweise Osteopathie zählen zu den Gesundheitsberufen.

Thurnherr: Es ist sinnvoll und wichtig, dass es unterschiedliche Berufsgruppen im Bereich der manuellen Therapie gibt. Wie Sie zu Beginn erwähnt haben, Herr Gengenbacher, zeigt die Forschung, dass die *patient preference* einen Einfluss darauf hat, wie wirksam eine Behandlung ist. Wer gute Erfahrungen gemacht hat mit einer Therapieform oder einer Fachperson, soll weiterhin dorthin gehen. Wir brauchen mehr gut ausgebildete Fachleute, die sich um Menschen mit Beschwerden des Bewegungsapparates kümmern – sowohl aus der Chiropraktik und Manuellen Medizin wie etwa auch aus Physiotherapie und Osteopathie.

Warum?

Thurnherr: Weil die Nachfrage sehr gross ist, diese Berufe boomen. Ich leite eine Gemeinschaftspraxis mit zwölf Chiropraktorinnen und Chiropraktoren. Die Nachfrage ist enorm, wir müssen Patienten aus Kapazitätsgründen an andere Praxen verweisen. Die Zahl der Ausbildungsplätze an der Universität Zürich ist bisher gemäss Regierungsratsbeschluss auf jährlich 20 beschränkt. Da werden wir das Gespräch suchen. Unser Ziel ist es, diese Zahl zu erhöhen und in Zukunft in der Romandie ebenfalls einen universitären Studiengang anbieten zu können.

Gengenbacher: Ich kann das für die Manuelle Medizin bestätigen. Die Nachfrage seitens der Patientinnen und Patienten steigt. Ich denke, das hat unter anderem damit zu tun, dass unser Lebensstil immer weniger Bewegung umfasst. Gleichzeitig möchten die Menschen gesünder leben und zum Beispiel weniger Medikamente einnehmen und Operationen vermeiden. Entsprechend suchen sie nach anderen Therapieformen. Zum Glück nimmt auch die Nachfrage nach der Ausbildung in Manualmedizin zu. Heute schliessen jährlich rund 40 bis 50 Ärztinnen und Ärzte die Ausbildung ab. Wir möchten diese Zahl ebenfalls erhöhen.

Chiropraktik und Manuelle Medizin sind Krankenkassen anerkannt. Die Wirksamkeit ist demnach wissenschaftlich nachgewiesen?

Thurnherr: Man muss grundsätzlich sagen, dass die Evidenz bei Therapien von Wirbelsäulenbeschwerden nicht sehr hoch ist. Das gilt für jegliche Massnahmen, inklusive Medikamente. In allen Guidelines wird manuelle Therapie als eine Massnahme empfohlen – als gleichwertig wie alle anderen anerkannten Massnahmen. Ganz wichtig ist, dass wir wie erwähnt nicht nur die Palette an manuellen Techniken anwenden, sondern Patienten auch beratend unterstützen. Insofern ist es methodisch anspruchsvoll zu differenzieren, worauf eine Verbesserung der Beschwerden genau zurückzuführen ist.

Aber Manuelle Medizin und Chiropraktik gehören klar zur Schulmedizin?

Gengenbacher: Manualmediziner sind Mediziner mit einem Schwerpunkttitle, insofern gehört ihr Beruf klar zur Schulmedizin. Manuelle Medizin wie auch Chiropraktik wurden aber in der Vergangenheit von der Schulmedizin zum Teil wenig beachtet und gefördert.

Thurnherr: Historisch hat sich die Chiropraktik ausserhalb der Schulmedizin entwickelt. Heute ist die Situation je nach Land etwas anders. In der Schweiz ist unser Beruf stark an die Schulmedizin angelehnt mit dem universitären Studium. Und auch weltweit gehört

es zum Selbstverständnis der Chiropraktik, evidenzbasiert zu arbeiten.

Gengenbacher: Wir arbeiten immer öfter an Forschungsprojekten mit und schaffen so mehr Evidenz. Das erhöht wiederum die Akzeptanz seitens der Schulmedizin.

Woran wird aktuell geforscht?

Gengenbacher: Unser Berufsverband arbeitet unter anderem mit der ETH Zürich und anderen Universitäten in Europa zusammen. Eine wichtige Fragestellung ist für uns, bei welchen Indikationen die manuelle Therapie sinnvoll und wirksam ist. Schmerz kann ja die unterschiedlichsten Ursachen haben. Eine präzise Differenzialdiagnose ist deshalb wichtig und soll auch mit Forschung gestützt werden.

Thurnherr: An der Universitätsklinik Balgrist gibt es eine Forschungsabteilung für chiropraktische Medizin. Offene Fragen sind etwa: Wie viele Behandlungen sind nötig? Wann ist eine Manipulation die beste Methode, wann eine Mobilisation? Wann ist es angezeigt, mit Psychologinnen und Psychologen zusammenzuarbeiten? Ausserdem sind wir dabei, mit Krankenkassen grosse Studien aufzugleisen zur Kosteneffizienz und Qualität chiropraktischer Behandlungen.

Gengenbacher: Wir haben beide ähnliche Fragestellungen. Es geht schlussendlich um eine ganzheitliche Sicht auf den Bewegungsapparat und die Einflüsse darauf. Studien sind teuer, und wir können nicht auf die Förderung seitens der Pharmaindustrie zählen. Deshalb suchen wir die Zusammenarbeit mit anderen Berufsverbänden der manuellen Therapie in der Forschung.

Beruhet das auf Gegenseitigkeit, Herr Thurnherr?

Thurnherr: Unbedingt. Und wir wollen nicht nur in der Forschung zusammenarbeiten. Herr Gengenbacher hat erwähnt, dass unsere Berufsgruppen bisher nicht die nötige Beachtung erhielten. Mit einer vermehrten Zusammenarbeit können wir auch politisch mehr Wirkung erzielen. Es muss unser Ziel sein, im Gesundheitswesen besser repräsentiert zu sein und eine wichtigere Rolle in der Versorgung zu spielen.

Gengenbacher: Wir sehen uns nicht als Konkurrenz, sondern als Partner, die unterschiedlich aufgestellt sind. Bei der Behandlung von Beschwerden am Bewegungsapparat lief in den letzten Jahrzehnten wie erwähnt viel falsch. Wir haben dasselbe Ziel, dies zu ändern. Damit wollen und können wir nicht zuletzt auch die Kosten im Gesundheitswesen senken helfen. Denn Manuelle Medizin und Chiropraktik sind nicht nur wirksam, sondern im Vergleich etwa zu chirurgischen Behandlungen auch kostengünstig.

Bildnachweis
zur Verfügung gestellt

Links
Schweizerische
Ärztegesellschaft für
Manuelle Medizin SAMM
www.samm.ch
ChiroSuisse
www.chirosuisse.ch

Le questionnaire de Marianna Gawrysiak, g rontopsychologue

Parlons d' ge: Jean Martin se prête au jeu des questions

Jean Martin

Dr m d., membre de la rédaction



Quel âge avez-vous?

J'ai eu 80 ans le 18 novembre 2020.

Mentionnez-vous facilement votre âge?

Oui.

Comment vous sentez-vous à votre âge?

J'ai la chance d'être de celles et ceux qui ont atteint 80 ans en bonne santé générale, physique ainsi que psychique et intellectuelle. C'est un privil ge dont je suis très reconnaissant.

Par quel terme (vieillard, vieux, personne âgée, etc.) aimez-vous que l'on appelle une personne de votre âge?

Je trouve «personne âgée» ad quat. J'utilise aussi souvent le terme «senior». Quand je parle de moi dans une conversation, des articles ou correspondances, je me traite souvent de «vieux», voire de «vieillard»: c'est une manière de ne pas me prendre trop au sérieux et de ne pas cacher la réalité des choses. Il m'arrive aussi d'utiliser ces termes à propos d'un groupe dont je suis, à l'instar de «Nous autres vieillards...».

Vous souvenez-vous du moment où vous vous êtes dit pour la première fois «Je suis vieux!»?

Je n'ai pas vraiment de souvenir précis. Dans la dernière décennie de ma carrière de médecin cantonal, à partir de 55 ans à peu près, il m'est souvent arrivé de répondre aux personnes qui me consultaient: «Le vieux que je suis a tendance à vous répondre ainsi» ou «Vous savez, je vous dis cela, mais je suis un vieux...». Après 50 ans, j'ai pris le droit parfois de faire référence à l'expérience glan e au cours du temps.

Je sais que je suis vieux, car je ne peux plus faire de randonnée exigeante en montagne, mais je skie encore avec grand plaisir.

Pour revenir à votre question, je répondrai que cela dépend énormément de quoi on parle. Je me sens vieux depuis longtemps en informatique, même si j'ai appris à me débrouiller, et encore davantage lorsqu'on parle de réseaux sociaux. Je sais que je suis vieux, car je ne peux

plus faire de randonnée exigeante en montagne à raison de huit heures sur plusieurs jours, ni courir les 100 kilomètres de Bienne, que j'ai courus onze fois. Mais je skie encore avec grand plaisir.

Un point sur lequel je me sens vraiment vieux, mais aussi très attristé voire amer, est la dévalorisation du statut de la vérité, qui crève les yeux tout autour de nous.

Quand vous vous tournez vers les années à venir, comment les voyez-vous?

Je ne sais pas vraiment. A la fois, comme je suis en forme, vis avec une épouse remarquable depuis 55 ans, que je vaque à pas mal d'occupations de manière autonome, j'ai envie de dire «Pourvu que cela dure, et le plus longtemps possible...». Comme je ne cuisine pas, ne bricole pas, ne jardine pas, il m'est arrivé de dire que je

Même si ces années à vivre encore devaient s'avérer sombres, je garderais en mémoire tout ce que j'ai vécu jusqu'ici de bon et heureux.

me voyais bien vivre en EMS, dorlot  par le personnel soignant. Mais je n'en suis plus si sûr. Mon désir d'autonomie risquerait d'en prendre un coup.

Je supporte très difficilement l'idée de devenir une personne qui n'a plus de vie de relation, avec des lacunes cognitives majeures. En aucun cas, si j'étais dans cette situation, je ne voudrais de mesures destinées à prolonger mon existence. Même si pour une raison ou l'autre ces années à vivre encore devaient s'avérer lourdes, sombres, tristes, je pense qu'il me faut garder en mémoire tout ce que j'ai vécu de satisfaisant et heureux, jusqu'à 80 ans. Que j'ai eu bien plus que ma part de chances et jouissances. J'espère faire face sereinement – et courageusement –   la possible adversité et souffrance.

Quand vous pensez au jour où il faudra partir, que ressentez-vous?

En toute humilité et gratitude, j'ai eu une déjà longue vie, pleine de satisfactions, avec peu de drames; j'ai des enfants et petits-enfants, qui vivent entre Saint-Gall et

New York, en passant par l'Espagne, que j'aime et qui m'aiment bien. Il me semble que je serai prêt à dire que c'est le moment de s'en aller – pour je ne sais vraiment où – et de laisser discrètement la place.

Au reste, je reprends volontiers à mon compte la réponse faite à une même question par mon ami éditeur Michel Moret: «L'arbre aura donné tous ses fruits».

Quelles sont, pour vous, les activités les plus précieuses dans cette période de votre vie?

Les relations familiales et amicales, le fait de continuer à lire et à écrire sur ce que je lis, sur ce que j'observe, sur ce que me fait dire ou penser mon «expérience». Et, d'importance majeure, la nature, y marcher, l'admirer, sentir que j'en fais partie intégrante. Profiter du

La nature est d'une importance majeure pour mon bien-être, j'y marche, l'admire et aime sentir que j'en fais partie intégrante.

concert des oiseaux au printemps et, à l'automne, chercher des champignons. J'ai la chance d'avoir beaucoup voyagé, y compris à des «bouts du monde», qui me ravissent. Je ne le fais plus, mais j'apprécie régulièrement de voir à la télévision des documentaires sur des régions que j'ai visitées.

Comment vous sentez-vous dans le monde d'aujourd'hui?

A titre personnel et au quotidien, plutôt bien. Mais beaucoup moins bien au vu des défis «hénaurmes» qui sont lancés à notre société tout entière et à sa manière de fonctionner, dictée par le néolibéralisme et ses dérives; je pense, au premier chef, au dérèglement climatique et ses terribles conséquences. Je l'ai dit précédemment, je m'inquiète aussi de la dévalorisation dramatique du statut de la vérité, de valeurs qui m'ont été imparties et me tiennent à cœur: sérieux, fiabilité, responsabilité, solidarité, équité, pondération, esprit civique, tolérance.

Quand vous rencontrez une personne proche de votre âge, de quoi parlez-vous?

Comme tout le monde, du temps qu'il fait et de comment on va. Mais aussi, surtout, de thèmes d'intérêt commun. Avec un médecin de santé publique, je parle

de santé publique. Avec un ami coureur à pied, je discute de course à pied. Quand je rencontre une personne intéressée, comme moi, à la marche du monde et à la politique, nous en débattons. En tant que fils de vigneron, je porte un intérêt particulier aux thèmes de la vigne et du vin, sur lesquels j'échange volontiers avec d'autres aficionados.

Une question subsidiaire de votre choix: quelles citations vous inspirent-elles?

«J'ai des racines, je m'en sers pour avancer»: cette formule a inspiré le titre d'un de mes livres*. J'aime tout particulièrement la phrase d'Albert Camus, aux propos essentiels et prémonitoires de notre époque actuelle: «Chaque génération, sans doute, se croit vouée à refaire le monde. La mienne sait pourtant qu'elle ne le refaera pas. Mais ma tâche est peut-être plus grande. Elle consiste à empêcher que le monde se défasse.»

Il y a plein d'autres questions dont les réponses sont en suspens – et m'intéressent: «Comment susciter la vocation de nouveaux Nelson Mandela?», «Comment faire en sorte que le pape François parvienne véritablement à réformer son institution?», «Comment amener les puissants à vraiment écouter le GIEC et à tenir compte de ses observations et conclusions?», «Comment faire en sorte que (le vieux!) Joe Biden et Kamala Harris parviennent à reconstruire une communauté états-unienne ouverte sur le monde, attachée à lutter vigoureusement contre le fléau universel que sont les inégalités crasses, à l'intérieur des pays et entre les pays?».

D'autres personnalités ont répondu aux questions de Marianna Gawrysiak qui sont publiées sur son site: avant-age.ch. Le questionnaire est destiné aux plus de 75 ans qui témoignent d'un parcours de vie «remarquable». Née en 1961 à Budapest, Marianna Gawrysiak est arrivée en Suisse en 1983 pour y étudier la psychologie à l'Université de Genève. Elle obtient sa licence en psychologie en 1988, puis un diplôme de spécialisation en neuropsychologie en 1989. Elle travaille depuis 30 ans comme psychologue-psychothérapeute FSP (Fédération Suisse des Psychologues), spécialisée en gériatrie, à l'Hôpital psychiatrique de Marsens (RFSM), dans le canton de Fribourg.



* Martin J. Des racines pour avancer. Vevey: Editions de l'Aire; 2005.

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

Mit vereinten Kräften gegen die «Vollblutdemocraten»

Eberhard Wolff

Prof. Dr. rer. soc., Redaktor Kultur, Geschichte, Gesellschaft

Das erste Epidemiengesetz war einer der Hauptgründe für die Gründung des «Ärztlichen Central-Vereins der Schweiz», eines Vorläufers der FMH. Doch bei der Volksabstimmung 1882 wurde das Gesetz wuchtig abgelehnt – vor allem weil es einen Impfwang mit Strafen von bis zu sechs Monaten Gefängnis beinhaltete. Die Reaktionen auf diesen Denkkzettel im einstigen *Correspondenz-Blatt für Schweizer Aerzte* [1] zeigen, dass es den damaligen Ärzten bei der «Impffrage» um viel mehr als nur das Impfen ging.

Der Central-Verein und seine «Ärztelkommission» [2] hatten sich für den Gesetzentwurf ins Zeug gelegt. Anfang des Jahres 1882 herrschte auch noch Freude im *Correspondenz-Blatt*, als es meldete, der Nationalrat habe das Gesetz gerade mit grossem Mehr angenommen. Das Zürcher Stimmvolk hatte sich zwei Jahre zuvor mit 55 Prozent eher knapp für die Beibehaltung des kantonalen Impfwangs ausgesprochen.

Skepsis gegenüber der Sicherheit und Wirksamkeit der Pockenschutzimpfung hatte es in der Bevölkerung und bei einzelnen Ärzten immer gegeben. Doch nun war der Ton deutlich rauer geworden. Zusätzlich zu einer verbreiteten Skepsis traten überzeugte Impfgegner jetzt organisiert auf und liessen an der Pockenschutzimpfung in der Regel kein gutes Haar. Impfzwangsgegner setzten sich für die individuelle Entscheidungsfreiheit in dieser Sache ein. Für die von der Impfung überzeugte Ärzteschaft war die breit angelegte Immunisierung der Bevölkerung dagegen ein Kernbestandteil ihrer Berufspolitik. Euphorisch

Skepsis gegenüber der Pockenschutzimpfung hatte es in der Bevölkerung und bei einzelnen Ärzten immer gegeben.

betonten sie das Positive, bestehende Risiken wurden diskreter abgehandelt. Die Ärzteschaft beteiligte sich hochemotional am Abstimmungskampf, die heute wie eine Schlammschlacht erscheint. Das *Correspondenz-Blatt* warf Gegnern des Gesetzes pauschal «Böswillig-

keit», «Vorurtheil» oder «Indolenz» vor und sprach von der «trüben Fluth einer fanatischen und gewissenlosen Agitation».

Je näher die Abstimmung rückte, umso mehr befürchtete die Ärzteschaft die «entsetzliche Wahrheit» des Scheiterns ihres Gesetzes. In einem letzten Appell rief das Standesblatt dazu auf, nun nicht mehr nur in der Sache, sondern auch in der Form alle Rücksicht und Zurückhaltung aufzugeben gegenüber den «hohlen Phrasen einiger bramarbasirender Buhler um die Volksgunst».

Die Impfung als Kristallisationskern

Am Tag der Entscheidung, dem 30. Juli 1882, kam es dann noch viel schlimmer als befürchtet. 80 Prozent der abstimmenden Schweizer schickten das Gesetz bachab [3]. In Uri waren gerade einmal zwei Prozent dafür. Einzig im Kanton Freiburg fand die Vorlage mit zwei Dritteln eine Mehrheit. Neben den Bedenken gegenüber der Impfung selber dürften gerade auch Vorbehalte gegen den harschen staatlichen Zwang sowie gegen die Zentralisierung der Gesetzgebung für die Entscheidung verantwortlich gewesen sein.

Nach dem Debakel reagierte im Standesblatt zuerst der für den Impfwang engagierte Basler Kollege Theophil Lotz mit schon fast sarkastischem Unterton. Nicht nur die «landläufige Impfgegnerei, welche den Streit begann» sei ursächlich für den Fall des Gesetzes. Neben den «impffreundlichen Gegnern des Zwangs»

seien vor allem die «gedankenlosen Neinsager» und die Vertreter der «Centralisationsfurcht» verantwortlich zu machen. Das Ergebnis sei zudem «ein neues Beispiel der alten Erfahrung, dass die Wahrheit weniger leicht Eingang findet und schwerer haftet als ihr Gegenteil». In einem Folgeartikel führte die Redaktion des *Correspondenz-Blatts* das Ergebnis selber ebenfalls auf eine «maasslose Agitation gegen das Impfen» zurück. Vier Fünftel der stimmfähigen Schweizer Bürger hätten den «unter der fälschlich aufgehissten Flagge des allgemeinen Wohles segelnden Egoisten [...] entgegengejauchzt». Dem Entscheid lägen «wohl in einem ganz wesentlichen Theile der 'Nein' rein politische und sociale Motive zu Grunde». Der Artikel fragte «mit vollster Berechtigung»: «Ist das das Zutrauen, welche das Volk denen schenkt, die jahraus jahrein aufopfernd und unermüdlich an dessen Gesunderhaltung arbeiten, das die Anerkennung für alles, was die Ärzte im Laufe der letzten Jahre im Gebiete der Hygiene geleistet haben?» In ihrer Wintersitzung schloss die Berner «Medicinisch-Chirurgische Gesellschaft» trotzig: «Vom Volke verkannt, lässt der ärztliche Stand sich nicht entmuthigen, auch künftighin für das Volkwohl in die Schranken zu treten.»

Idealisierung der eigenen Arbeit

Was auf den ersten Blick als Enttäuschung über das Verwerfen des ihnen so wichtigen Vorstosses erscheint, lässt bei näherer Betrachtung ganz andere Facetten erkennen. Die Autoren des *Correspondenz-Blatts* führten eine reichlich hermetische Erklärung für das Debakel ins Feld: Sie selber sind ohne jeden Zweifel alleinige Vertreter der umfassenden Wahrheit. Aber ein in die Irre geleitetes Volk konnte die Wahrheit nicht erkennen und ist undankbar gegenüber seinen Wohltätern. Hinzu kommt die grobe Herabwürdigung und moralische Ausgrenzung abweichender Meinungen bei gleichzei-

tiger Idealisierung der eigenen Arbeit. Beim Lesen erstaunt die Starrheit der Positionen, das Schwarz-Weiss-Bild ohne jede Abstufung. Diese Erklärungen des Abstimmungsergebnisses liessen kein Nachdenken über die eigene Position, keine Abwägungen zu. Die Autoren sind so sehr in ihrer eigenen Argumentationswelt verankert, dass sie anderen Positionen nicht das geringste Verstehen entgegenbringen können. Das hatte seine Gründe. Natürlich kämpfte die Ärzteschaft für die Impfung, weil sie zum grossen Teil fest von Sinn und Nutzen der Präventionsmassnahme überzeugt war. Wenn man sich die Argumentationen aber genauer ansieht, wird deutlich, dass hier grössere Fragen und fundamentale Interessen zur Debatte standen. Die Impfung war lediglich ihr Kristallisationskern.

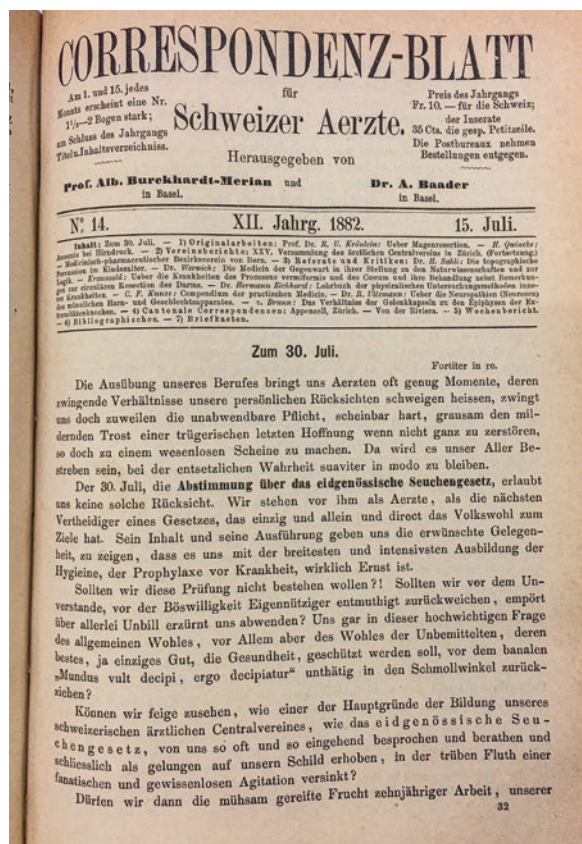
Monopolanspruch

Spätestens seit der Mitte des 19. Jahrhunderts setzte die akademische Ärzteschaft ihr angestrebtes Monopol auf die Diagnose und Behandlung von Krankheiten immer stärker durch. Der Beruf der handwerklichen Wundärzte kam auf den Aussterbe-Etat. Damit verbunden war der Anspruch, in medizinischen Dingen alleine das Sagen zu haben. Auch deshalb beharrten die Ärzte so hart darauf, dem «Volk» –

entgegen dessen Mehrheitsmeinung – vorschreiben zu dürfen, was die «Wahrheit» und damit dessen «Wohl» sei. Die meist nichtärztlichen Impfskeptiker standen diesem Monopolanspruch im Weg, weshalb sie umso stärker herabgewürdigt wurden [4].

Mit der Impfung konnte sich die Ärzteschaft auch besser als selbstaufopfernde Wohltäter der Menschheit inszenieren, was ihnen einen herausgehobenen und weniger angreifbaren gesellschaftlichen Status verlieh.

Um diesen Status zu erreichen, bedurfte es aber der Geschlossenheit der Ärzteschaft. Nicht zufällig hatte das *Correspondenz-Blatt* im Frühjahr 1882 noch festgestellt, das Epidemiengesetz sei nur *viribus unitis*, mit



vereinten Kräften, durch den Nationalrat gekommen. Es sollte ein Mittel sein, die schweizerische Ärzteschaft zusammenzuschweissen. Im Abstimmungskampf wurde nicht nur jede Kantonalgesellschaft, sondern jeder einzelne Arzt aufgefordert, im Sinne des Gesetzes «fortiter et constanter seine Pflicht zu tun». Ziel war eine «geschlossene Phalanx» der Ärzteschaft, so im letzten Appell vor der Abstimmung. Auch nur leicht abweichende Meinungen störten da. Der damalige Ärztespräsident Jakob Laurenz Sonderegger etwa hielt in seinen Lebenserinnerungen fest, dass er den Erfolg des Epidemiengesetzes absichern wollte, indem das «rote Tuch der Impfparagrafen» in einem gesonderten Ge-

Das Argument der persönlichen Freiheit wurde von Theodor Kocher herabwertend als «unklare[r] Trieb» bezeichnet.

setz untergebracht würde. Als er damit trotz seinem «lebhaften Protest» nicht durchdrang, trat er nur deshalb nicht aus der entscheidenden Eidgenössischen Sanitätskommission (einer Art BAG-Vorläufer) aus, weil er «alsdann in die Reihen der Impfgegner gezählt worden wäre». Und dies «verbot mir mein ärztliches Gewissen», so Sonderegger [5]. Die Verbissenheit der ärztlichen Position in der Impfdebatte hatte damit auch standespolitische Ursachen.

Ein zentralistisches und paternalistisches Gesundheitssystem

Nicht nur die Ärzteschaft gewann in dieser Zeit an Bedeutung, auch das Medizinische im engeren Sinne bekam mehr eigenständiges Gewicht als andere Gesellschaftsbereiche. Aus diesem Grund trennte das *Correspondenz-Blatt* die «rein politischen und socialen Gründe» für die Ablehnung des Gesetzes von den medizinischen ab. Damit konnte der Autor sie ausgrenzen und implizit als nicht massgeblich hinstellen. Den Konflikt zwischen dem Impfwang und bürgerlichen Freiheiten thematisierten die Autoren nicht als sol-

chen, sondern lediglich, indem sie von einem «übelangebrachten Freiheitsbedürfnis» sprachen. Die Berner Gesellschaft bezeichnete das Argument der persönlichen Freiheit unter ihrem Vorsitzenden Theodor Kocher herabwertend als «unklaren Trieb». Selbst der demokratische Gedanke wurde zum fragwürdigen Attribut des herabzuwürdigen Gegners degradiert: Ein Beitrag aus Zürich für das *Correspondenz-Blatt* meinte, die «Abschaffung des Impfwangs war schliesslich zu einem Lösungswort für jeden Vollblutdemocraten, die Schulmeister voran, geworden».

Der vorgesehene harte Impfwang des Epidemiengesetzes stand für ein Gesundheitssystem, das zentralistisch und paternalistisch ausgelegt war. Es ging davon aus, dass das Volk zu wenig «Einsicht» darin habe, was gut für es sei, weshalb es «von oben» herab zu seinem Glück gezwungen werden müsse. Die organisierte schweizerische Ärzteschaft identifizierte sich damit in der Rolle des autoritären und mit der alleinigen Wahrheit ausgestatteten Gesundheitserziehers.

Dass die schweizerische Ärzteschaft zur Impfgesetzgebung eine so harte Position vertrat und auf das daraus entstandene Abstimmungsdesaster so hermetisch reagierte, lag auch daran, dass sie damit ganz spezielle gesundheits- und standespolitische Zielvorstellungen vertrat, die weit über das eigentliche Impfen hinausgingen.

Literatur

- 1 Für den Artikel wurde die Zeitschrift zwischen Anfang 1882 und Mitte 1883 ausgewertet. Einzelnachweise der Zitate im Text gerne auf Anfrage.
- 2 Brunner HH. 100 Jahre FMH. Schweiz Ärztztg. 2001;82:2659–65. www.saez.ch/journalfile/view/article/ezm_saez/de/saez.2001.08646/42cc24ef196277dd5a26373c7044b5ec61c3454/saez_2001_08646.pdf/rsrc/jf
- 3 Ritzmann I, Wolff E. Abfuhr für den Impfwang. SonntagsBlick Magazin. 2021(10. Januar):18–9. www.blick.ch/life/wissen/1882-ge-wannen-impfskeptiker-abfuhr-fuer-impfwang-id16285311.html.
- 4 Langer L. Impfung und Impfwang zwischen persönlicher Freiheit und Schutz der öffentlichen Gesundheit. Zeitschrift für Schweizerisches Recht. 2017;136:87–114. www.zora.uzh.ch/id/eprint/136340/
- 4 Steinmann I. Impf-Alltag im 19. Jahrhundert. Das Verhältnis zwischen Ärzten und Bevölkerung vor dem Hintergrund der Pocken-schutzimpfung im Kanton Luzern. Gesnerus. 1995;52:66–82. www.e-periodica.ch/cntmng?pid=ges-001:1995:52:400
- 5 Vom Fanatismus gegen die Impfung. Schweiz Ärztztg. 1924;5(9):71–2. Dank an Matthias Scholer für den Hinweis.

Nähe

Zuerst war dein Geruch
und Atem war und Wärme
der Rhythmus deines Gangs
und ein Gesang

und ungedeutet war ein Traum

dann kamen Worte
das Zauberhafte zu ergreifen
und merkten nicht
dass es entwich

dem Geist, der kennt und trennt

und nun, da vor dem Schmerz
und vor der Einsamkeit
die selbst gemachte Welt
zerfällt

nun ist kein Trost im Denken

nun sehn' ich mich
nach deines Atems Ruhe
nach festem Halt
auf deiner Haut

nach Duft aus deiner Erde

Dr. med. Thomas Schweizer, Bern

Erfahrungen von UHUnten

Wie der Start ins Wahlstudienjahr gelingt

Camille Bertossa

Cand. med., Universität Zürich, Vice-President for Public Relations, Swiss Medical Students' Association (swimsa)



Vor dem ersten Tag im Wahlstudienjahr fragt man sich üblicherweise, was einem als Unterassistentin respektive als Unterassistent bevorsteht. Was wird von einer Studentin, einem Studenten erwartet, der die letzten vier bis fünf Jahre damit verbracht hat, Vorlesungsfolien zu lesen, und versucht hat, sich deren Inhalt so gut es geht zu merken, um die beliebten *Multiple Choice*-Fragen beantworten zu können? Die Vermutungen sind unterschiedlicher Natur: Der eine stellt sich vielleicht schon vor, wie er erfolgreich eine Reanimation auf der Notfallstation durchführt, die andere erhofft sich, während des Chirurgie-Monats über-

Man fühlt sich verloren wie am ersten Kindergarten tag und überflüssig wie das Stethoskop im Psychiatrie-Praktikum.

haupt ein Skalpell halten zu dürfen. Wiederum andere bereiten sich sogar mit Literatur und Nähsets fleissig auf die geplanten Fachgebiete vor. Oder aber man hofft einfach, all die wichtigen Pathologien und Therapieansätze aus den Vorlesungen, die man zuvor intensiv studiert hat, erfolgreich wiedergeben zu können und so gleich in der ersten Praktikumswoche eine gute Figur zu machen – wenn man dann überhaupt jene Krankheitsbilder antrifft.

Wider aller Erwartungen kommt dann doch alles anders. Man fühlt sich verloren wie am ersten Kindergarten tag. Unbeholfen wie beim ersten Englisch-Aufsatz an der Kanti und überflüssig wie das Stethoskop im Psychiatrie-Praktikum.

Folgendes Szenario ist am ersten Arbeitstag durchaus möglich: Als Erstes wird man mit einem «Oh, ein neues Gesicht» oder direkt «Wo ist denn jetzt die andere Unterassistentin?» begrüsst. Wenn man genug mutig ist und sich gleich bei der ersten Gelegenheit vorstellt, kommt es ebenfalls vor, dass man ein knappes «Ah, grüezi» bekommt. Mit der Zeit lernt man die Codewörter zu entziffern. Ein «Ah, grüezi» kann dann so viel heissen wie «Schön, Sie sind eine von uns». Wo hingegen ein freundliches «Freut mich, ich bin die

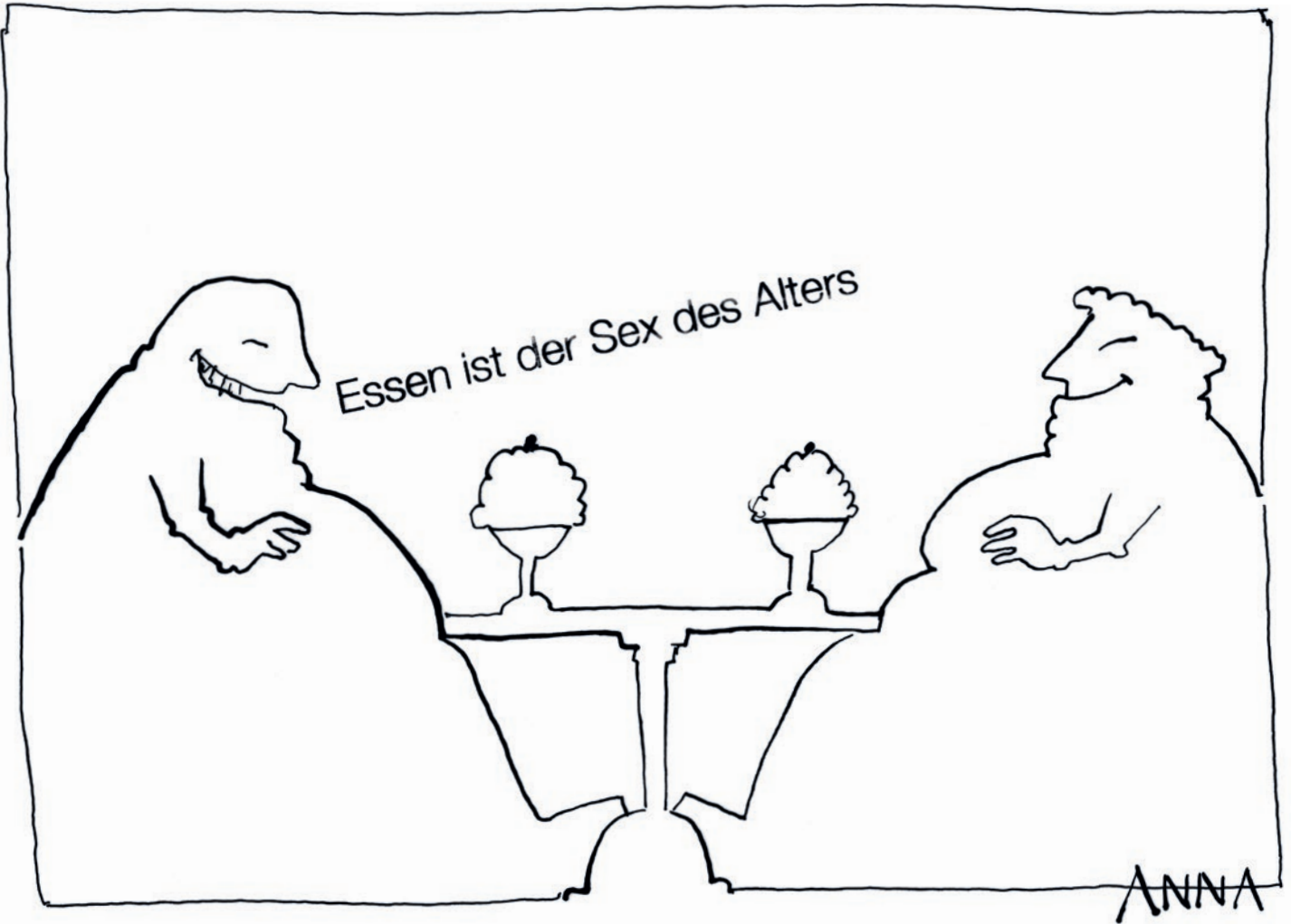
Leitende Oberärztin» auch «Ich bin sehr beschäftigt. Bei allfälligen Fragen vereinbaren Sie bitte einen halbstündigen Termin im Sekretariat» bedeuten kann.

Nach dem üblichen Vorstellungsprozedere wird man dann gleich in die Alltagstätigkeiten integriert. Oder, besser gesagt, im Schlepptau der Ärzteschaft während der Visite zur Sekretärin ausgebildet. Mit einem Laptop ausgerüstet geht man brav hinter der Gruppe her. Man beachte bitte die korrekte Einreihung: Zuvorderst geht die Chefarztin oder der Chefarzt, darauf folgt die Oberärztin und die Assistenzärztin. Und schliesslich (diskret) der UHU (kurz für Unterassistent respektive Unterassistentin) im «Backstage». Den besten ersten Eindruck macht man hier, indem man die hierarchische Rangfolge beachtet, und lieber nicht, indem man bei der erstbesten Gelegenheit alle möglichen Differentialdiagnosen eines akuten Abdomens runterrattert. Während man also alle Informationen rund um die untersuchten Patientinnen und Patienten, die man aufschnappen konnte, fleissig dokumentiert, muss man sich darauf gefasst machen, dass hin und wieder (genauer genommen alle zwei bis drei Minuten) ein Mitglied der Ärzteschaft hektisch nach hinten fuchtelt, um zu signalisieren, dass sofort ein aktuelles Laborergebnis benötigt wird (auch das wieder ein Code, den

Alle zwei Minuten fuchtelt ein Mitglied der Ärzteschaft hektisch nach hinten um zu zeigen, dass sofort ein Laborergebnis benötigt wird.

es erstmal zu entziffern gilt). Meine persönliche Empfehlung zur Vorbereitung des Wahlstudienjahres: Tritt den ersten Arbeitstag ohne grosse Erwartungen an (dann wird man auch positiv überrascht). Trainiere deine Nerven (es warten langsame, alte Computer) und Finger (für schnelles Schreiben). Überleg dir vorher gut, ob du zum übermotivierten UHU mutieren willst (dann musst du aber auch alle Codewörter schnell entziffern können) oder ob du lieber als Sekretärs-UHU im Hintergrund bleibst (auf den billigen Plätzen sozusagen).

vppr[at]swimsa.ch



www.annahartmann.net