

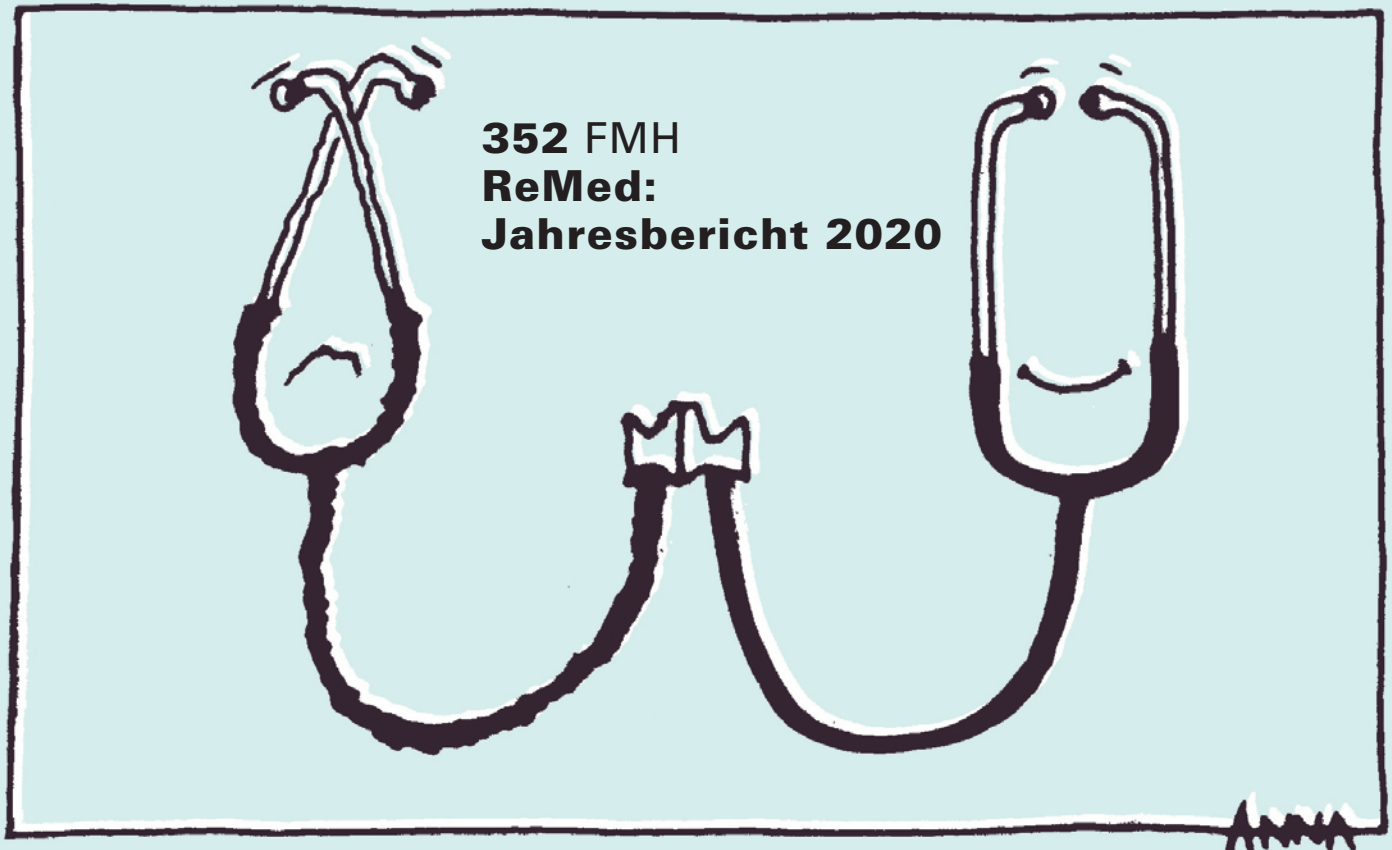
Schweizerische Ärztezeitung

351 Editorial
von Christoph Bosshard
The Hill We Climb

357 IQM
**Effekte der Covid-19-
Pandemie auf die stationäre
Versorgung**

380 «Zu guter Letzt»
von Daniel Schröpfer
Der Arztbesuch als Luxus

10 10.3.2021



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 Puhan

Redaktion Recht

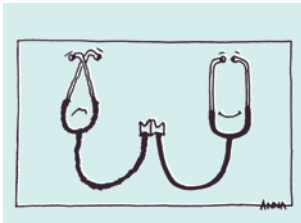
Dr. iur. Ursina Pally, Leiterin Rechtsdienst FMH

FMH

EDITORIAL: Christoph Bosshard

351 **The Hill We Climb**

352



REMED: ReMed-Leitungsausschuss

ReMed: Jahresbericht 2020

Ärztinnen und Ärzte kümmern sich um andere und fokussieren auf die Bedürfnisse ihrer Patientinnen und Patienten. Doch auch sie selbst können unter Schwierigkeiten und gesundheitlichen Problemen leiden. In der Schweiz gibt es seit 2007 das Unterstützungsnetzwerk ReMed für Ärztinnen und Ärzte, die sich in einer Krise befinden. ReMed hat das Angebot in der Coronavirus-Pandemie erweitert und seine personellen Ressourcen verstärkt.

DDQ: Esther Kraft, Christoph Bosshard

354 **«Eine Reise von tausend Kilometern fängt mit dem ersten Schritt an»**356 **Personalien****Weitere Organisationen und Institutionen**

IQM: Christian Westerhoff, Ralf Kuhlen, Daniel Schmithausen, Raphael Graf, Claudia Winklmeier

357 **Effekte der Covid-19-Pandemie auf die stationäre Versorgung****Briefe / Mitteilungen**362 **Briefe an die SÄZ**363 **Facharztprüfungen****FMH Services**365 **Stellen und Praxen** (nicht online)

Tribüne

TAGUNGSBERICHT: Melitta Breznik, Michael Holzapfel

371 «Minds in Medicine»

GRÜEZI SCHWEIZ: Julia Rippstein

374 «J'ai retrouvé le plaisir d'exercer la médecine»

376 Spectrum

Horizonte

BEGEGNUNG MIT DANIELA BERTSCHY: Daniel Lüthi

377 «Es gibt bei uns kein Gärtchen-Denken»

Zu guter Letzt

Daniel Schröpfer

380 Der Arztbesuch als Luxus

FELMY

KA^o

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 Ärzte-
verlag 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, dlm@fmh.ch

Anderer Abonnemente:

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

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

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

© FMH

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

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

mit den Beipackzetteln der verwen-
deten Medikamente verglichen werden.

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

printed in
switzerland



Titelbild:
© FMH/DDQ

The Hill We Climb¹

Christoph Bosshard

Dr. med., Vizepräsident der FMH, Departementsverantwortlicher Daten, Demographie und Qualität/SAQM



Am 1. April 2021 wird der neue Artikel 58a des Krankenversicherungsgesetzes zur Stärkung von Qualität und Wirtschaftlichkeit in Kraft treten. Die Aufgaben, die darin vom Gesetzgeber an die Verbände der Leistungserbringer und die Verbände der Versicherer definiert wurden, sind nicht vergleichbar mit den Dimensionen der Amtseinführung des 46. Präsidenten der USA. Dennoch tragen die Worte «*the hill we climb*» der jungen Poetin auf den Stufen des Kapitols zur Amtseinführung von Joe Biden am 20. Januar 2021 vieles in sich, was wir uns auch für unsere Herausforderung zu Herzen nehmen dürfen. Unsere Aufgabe lautet gemäss Absatz 1 von Art. 58a KVG: Die Verbände der Leistungserbringer und der Versicherer schliessen gesamtschweizerisch geltende Verträge über die Qualitätsentwicklung (Qualitätsverträge) ab. In Absatz 2 und folgenden sind Konkretisierungen enthalten, welche Inhalte in diesen Verträgen mindestens zu regeln sind.

Am 1. April 2021 wird der neue KVG-Artikel zur Stärkung von Qualität und Wirtschaftlichkeit in Kraft treten.

Für die FMH steht fest, dass wir hierzu unseren Teil beitragen werden, und zwar nicht nur müssen, sondern auch wollen. Dass dies keine leeren Worte aus verbandspolitischer Feder sind, wird durch den Tatbeweis belegt, dass insgesamt rund 3300 Mitglieder ihre Qualitätsaktivitäten, welche von den jeweiligen Fachgesellschaften empfohlen und von der Arbeitsgruppe Qualität der FMH und der Versicherer akzeptiert wurden, transparent auf doctorfmh.ch ausgewiesen haben. Dies entspricht einer sehr guten Teilnahmequote von 43% der Ärztinnen und Ärzte, die im Rahmen einer erstmaligen freiwilligen Pilotierung von Erfassungen der Qualitätsaktivitäten im praxisambulanten Bereich angeschrieben wurden. Diese Umfrage wurde im vergangenen Jahr von der FMH/SAQM und den Verbänden der Versicherer durchgeführt zusammen mit jenen Fachgesellschaften, die sich dafür zur Verfügung gestellt hatten. An dieser Stelle möchte ich allen danken, die mitgeholfen haben, diesen Schritt auf dem Weg zur Erklommung unseres Hügels zu machen. Es steht also nicht nur die FMH als Dachverband bereit, nein, auch unsere Ärzteorganisationen und Mitglieder

sind gewillt, sich den gesetzlich geforderten Anforderungen zu stellen. Nun geht es weiter, und zwar zügig: Der Gesetzgeber räumt den Verbänden in den Übergangsbestimmungen gerade ein Jahr Zeit ein, also bis zum 1. April 2022, die geforderten Verträge dem Bundesrat zur Genehmigung vorzulegen, ansonsten setzt der Bundesrat die entsprechenden Regeln fest (Abs. 5 Art. 58a KVG). Wenn nun die in allen beteiligten Verbänden inhärenten Entscheidungsprozesse mit eingerechnet werden, so ist rasches Handeln gefragt. Für die FMH ist auch hier eine partnerschaftliche Lösung einer bundesrätlichen Regelung klar vorzuziehen, denn nur so kann sichergestellt werden, dass bereits heute gut funktionierende Qualitätsarbeit, wie zum Beispiel im Rahmen der alternativen Versicherungsmodelle freiwillig dokumentiert und umgesetzt, weiterhin möglich ist und idealerweise sogar noch gestärkt werden kann. Immerhin befinden sich gegen drei Viertel der Versicherten in einem solchen alternativen Versicherungsmodell. Somit besteht hier ein breit abgestütztes Interesse sowohl der Versicherten und der Versicherer als auch der Leistungserbringer, diesen bisher erfolgreichen Weg gemeinsam weiterzugehen. Ein Weg, der uns im internationalen Vergleich an die Spitze so mancher Qualitätserhebung gebracht hat, dank der Vielfalt an bereits existierenden Qualitätsaktivitäten. Dass auch das beste System immer wieder gewartet werden muss, damit es so gut bleibt, ist klar. Auch taucht in der ganzen Komplexität und den Weiterentwicklungen auch immer wieder neues Verbesserungspotenzial auf. Weitere Entwicklungen haben zu erfolgen, und zwar

Unsere Aufgabe lautet: Die Verbände der Leistungserbringer und Versicherer schliessen gesamtschweizerische Qualitätsverträge ab.

stets unter Berücksichtigung des im KVG verankerten Grundsatzes der Wirksamkeit, Zweckmässigkeit und Wirtschaftlichkeit. Mehraufwand muss durch Mehrwerte begründbar sein und dann auch dementsprechend ressourcenmässig getragen werden. Wir verfügen über das Wissen, die Instrumente und den Willen, diesen Hügel zu erklimmen, und freuen uns, dies gemeinsam mit unseren Mitgliedern und Partnern zu tun!

¹ *The Hill We Climb* ist ein Gedicht, das Amanda Gorman für die Amtseinführung von Joe Biden am 20. Januar 2021 verfasst und dort auch als *Inaugural Poet* rezitiert hat.

ReMed: Jahresbericht 2020

ReMed-Leitungsausschuss

Ärztinnen und Ärzte kümmern sich um andere und fokussieren auf die Bedürfnisse ihrer Patientinnen und Patienten. Es kommt jedoch vor, dass sie selbst auch von Schwierigkeiten und gesundheitlichen Problemen betroffen sind. In der Schweiz gibt es seit 2007 das Unterstützungsnetzwerk ReMed für in der Schweiz tätige Ärztinnen und Ärzte, die sich in einer Krise befinden.

Das Unterstützungsnetzwerk ReMed ist für Sie da

Das ReMed bietet verschiedene Angebote, die speziell auf die Bedürfnisse der Ärzteschaft ausgerichtet sind. Innerhalb von 72 Stunden steht Ihnen ReMed unterstützend zur Seite. Der Kontakt zu ReMed kann auch über Personen aus dem Umfeld der betroffenen Ärztinnen und Ärzte erfolgen. Die Erhaltung der Gesundheit und ärztlichen Funktionalität sowie die Gewährleistung der Patientensicherheit und der hohen Qualität in der medizinischen Versorgung stehen dabei an erster Stelle.

170 Kontaktaufnahmen im Jahr 2020

Im vergangenen Jahr wurde ReMed 170-mal kontaktiert. Die Anfragen sind somit gegenüber dem Vorjahr um 5% gestiegen. Die stetige Zunahme der Kontaktaufnahmen zeigt die Dringlichkeit der ReMed-Dienstleis-

tungen deutlich. Die Anfragen kamen zu 64% aus der Deutschschweiz, zu 34% aus der Romandie und zu 2% aus der italienischen Schweiz. Wie bereits im Vorjahr waren die Kontaktsuchenden zu 60% weiblich und zu 40% männlich. Die strukturellen Probleme (u.a. Belastung am Arbeitsplatz, administrative Überbelastung), psychische Beeinträchtigungen sowie Angst (u.a. Zukunftsängste, Laufbahnentscheide, Situation vor Praxisab- und -übergabe, Angst vor Behandlungsfehlern) waren die Hauptgründe der Kontaktaufnahme zum Unterstützungsnetzwerk.

Erweitertes Angebot während der Corona-Krise

ReMed hat in der Coronavirus-Krise das Angebot erweitert und die personellen Ressourcen verstärkt. Damit unterstützte das Programm Ärztinnen und Ärzte, welche in dieser besonderen Situation an die Grenze ihrer physischen und mentalen Kräfte gelangt sind. So wurden aufgrund der aktuellen Corona-Pandemie im Jahr 2020 in der Deutschschweiz erstmals moderierte Online-Coaching-Gruppen zum lösungsfokussierten, interkollegialen Austausch über die aktuellen Herausforderungen angeboten. Ein kleines Team von Ärzten entwickelte während der drei moderierten Video-Meetings mit Hilfe des lösungsfokussierten Kurzzeit-Coachingansatzes ein einfaches Tool, um die aktuellen Belastungsfaktoren der Assistenzärztinnen und -ärzte in ihrer Abteilung im Spitalalltag erfolgreich abzuholen und damit Überlastungen proaktiv vorzubeugen.

Spontan-Coachinggruppen für Spitalärztinnen und -ärzte

ReMed führte 2020 erstmals im Rahmen eines Pilotprojektes Spontan-Coachinggruppen für Spitalärztinnen und Spitalärzte in Zürich durch. Unter stren-



ReMed unterstützt Ärztinnen und Ärzte, die an die Grenze ihrer physischen und mentalen Kräfte gelangt sind.

Angebote der FMH zur Ärztesundheit

Angebot	Kurzbeschreibung
ReMed	Unterstützungsnetzwerk für Krisensituationen sowie die Vermittlung von präventivem Wissen und Erfahrung mit 24-Stunden-Helpline: www.swiss-remed.ch
Coach my Career	Generationsübergreifendes Mentoring-Angebot für den ärztlichen Nachwuchs, insbesondere für die Planung der Weiterbildung und beruflichen Entwicklung
Prevention for doctors	Veranstaltungen zur Sensibilisierung für einen adäquaten Umgang mit Belastungen des Ärztetages. Leitung der breit abgestützten Arbeitsgruppe zur Umsetzung von diversen Projekten
Berufsentwicklung	Analyse der Bedürfnisse der ärztlichen Nachwuchskräfte und Beobachtung des medizinisch-demographischen Wandels. Entwicklung neuer Dienstleistungen für die Mitglieder der FMH

gen Covid-19-Hygiene- und -Sicherheitsmassnahmen konnten vier Coachinggruppen mit jeweils zwei bis drei Assistenzärzt(inn)en in den Räumlichkeiten des Universitätsspitals Zürich durchgeführt werden. Die Leitung der Gruppen hatten Vertreter des Leistungsausschusses inne. Die Spontan-Coachinggruppen sollen 2021 weitergeführt werden.

Evaluation der ReMed-Unterstützungstätigkeit mit Fokus auf Beratungsqualität

Die Qualitätssicherung und die Entwicklung des Angebots ReMed waren und sind dem Leitungsausschuss ein zentrales Anliegen. In einem ersten Schritt wurde deshalb bereits 2015 eine Evaluation des Programmes extern in Auftrag gegeben (Ettlin, Grunder, Jörg & Widmer, 2016). Es handelte sich dabei um eine Evaluation der Strukturqualität. Der Fokus der damaligen Evaluation lag auf dem Budget, der Infrastruktur und dem Personal. Die Untersuchung erfolgte mittels Inter-

ReMed hat in der Coronavirus-Krise das Angebot erweitert und die personellen Ressourcen verstärkt.

views, Online-Befragung und der Analyse der bestehenden Grundlagendokumente von ReMed. Im Bericht waren Handlungsempfehlungen formuliert, welche ab 2016 sukzessive umgesetzt wurden. So wurden beispielsweise neue Personen für den Leitungsausschuss rekrutiert (Integration aller Sprachregionen), die Abläufe der Fallverteilungen effizienter gestaltet, das Handbuch überarbeitet und damit auch die Begrifflichkeiten der Angebote angepasst sowie Massnahmen getroffen, um die Bekanntheit von ReMed zu steigern.

Das primäre Ziel der aktuellen Evaluation ist die Analyse der Beratungsqualität. Vom 1. November 2018 bis 30. April 2020 nahmen 120 Ärztinnen und Ärzte (Rücklauf 42%), welche das Angebot von ReMed in Anspruch nahmen, an der Evaluation teil. Die persönlichen Daten und die Krankengeschichte waren zu keinem Zeitpunkt Teil der vorliegenden Evaluation.

Es zeigte sich, dass die Strukturqualität zu 97%, die Prozessqualität zu 90% und die Ergebnisqualität zu 82% positiv bewertet wurden.

Die sehr gute Beurteilung der Qualität des Beratungsangebots durch die Ratsuchenden lässt den Schluss zu, dass die regelmässige externe Überprüfung der eigenen Arbeit wie auch die Selbstreflexion ausschlaggebend sind für die hohe Qualität der Beratungsleitungen bei ReMed. Über dieses Vorgehen wird einerseits den Bedürfnissen der Ratsuchenden Rechnung getragen, andererseits wird zentralen Aspekten der Qualitätssicherung von Beratungsangeboten Folge geleistet. Dieser Weg sollte auch künftig beibehalten werden [1].

ReMed – Artikel und Informationen

In der *Schweizerischen Ärztezeitung* wurden wiederum zwei Testimonials als Einblicke in die Beratungstätigkeit publiziert. Bedingt durch die Covid-19-Pandemie konnte ReMed nur an wenigen Anlässen präsent sein, viele Veranstaltungen wurden auf 2021 verschoben. Umso erfreulicher waren die Präsentationen für Medizinstudent(inn)en an der Universität Zürich und für Assistenz- und Oberärztinnen und -ärzte am Universitätsspital Zürich und im Spital Muri AG.

Besuchen Sie die Homepage www.swiss-remed.ch und finden Sie interessante Erfahrungsberichte und Dokumentationen sowie alle wertvollen Informationen über das Unterstützungsnetzwerk.

Das nationale Programm ReMed mit dem Leitungsausschuss und den Netzwerkmitgliedern wird auch im Jahr 2021 für Ärztinnen und Ärzte in Krisensituationen da sein. Die betroffenen Ärztinnen und Ärzte können über die 24-Stunden-Hotline (0800 0 73633) oder per [remed\[at\]hin.ch](mailto:remed[at]hin.ch) Beratung und Hilfe anfordern.

Literatur

- Hadorn L. Die Gesundheit der Ärztinnen und Ärzte im Fokus. Evaluation der ReMed-Unterstützungstätigkeit mit Fokus auf Beratungsqualität. Anonymisierte Fallauswertung. Arbeit zur Erlangung des Master of Public Health im Rahmen des Weiterbildungsstudiengangs Public Health der Universitäten Basel, Bern und Zürich; 2020 (bisher unveröffentlicht).

Bildnachweis

© Dmytro Zinkevych | Dreamstime.com (Symbolbild)

«Eine Reise von tausend Kilometern fängt mit dem ersten Schritt an»¹

Esther Kraft^a, Christoph Bosshard^b

^a lic. rer. oec., Leiterin Abteilung DDO/SAQM; ^b Dr. med., Vizepräsident der FMH, Departementsverantwortlicher DDO/SAQM

Aufgrund der Revision von Artikel 58 KVG sind Ärztinnen und Ärzte ab 2022 gesetzlich verpflichtet, Massnahmen zur Qualitätsentwicklung umzusetzen und Qualitätsmessungen zu veröffentlichen. Die Rahmenbedingungen sollen gemeinsam von den Verbänden der Leistungserbringer und den Verbänden der Versicherer in Qualitätsverträgen geregelt werden.

¹ Zitat Laozi.



Der revidierte Artikel 58 KVG zu Qualität und Wirtschaftlichkeit tritt am 1.4.2021 in Kraft. Die national geltenden Qualitätsverträge müssen dem Bundesrat ein Jahr nach Inkraftsetzung des revidierten Artikels 58 KVG, also spätestens am 1.4.2022, zur Genehmigung vorgelegt werden, ansonsten kann der Bundesrat subsidiär eingreifen (s. Box unten mit den zentralen Informationen zum neuen Artikel 58 KVG).

Viele und wichtige Schritte hat die Ärzteschaft bereits erfolgreich unternommen: Qualität sicherstellen und weiterentwickeln ist und bleibt eine Kernaufgabe der Ärztinnen und Ärzte. Die FMH gründete 2012 die Schweizerische Akademie für Qualität SAQM (www.saqm.ch) und bündelte damit viele bereits bestehende Qualitätsaktivitäten. 2016 wurde die Qualitäts-Charta der SAQM vorgestellt, die bis dato 76 Ärzteorganisationen unterzeichneten und damit für Transparenz, Ver-

Als nächste Etappen stehen die Erarbeitung eines Rahmenvertrages und eines Qualitätskonzeptes an.

bindlichkeit und Nachhaltigkeit entstehen. 2020 lancierte die FMH/SAQM gemeinsam mit *santésuisse*, *curafutura* und den teilnehmenden Ärzteorganisationen erfolgreich das Pilotprojekt «Veröffentlichung der Qualitätsaktivitäten der (praxis-)ambulant tätigen Ärztinnen und Ärzte» [1].

Die Reise geht nun weiter – getragen und gestützt von den zentralen und wichtigen Arbeiten jeder einzelnen Ärztin und jedes einzelnen Arztes, der Ärzteorganisationen und der FMH/SAQM. Basierend auf den unzähligen und fundierten Qualitätsaktivitäten – fokussiert zum Nutzen und Wohle der Patientinnen und Patien-

ten – stehen als nächste Etappen die Erarbeitung eines Rahmenvertrages sowie eines Qualitätskonzeptes an. Die Definition der Qualitätsaktivitäten und die Festlegungen der Massnahmen zur Qualitätsentwicklung müssen von der Basis aus erfolgen und auch getragen werden. Auf die Fachgesellschaften und die Ärzteorganisationen wird hier eine zentrale und wichtige Auf-

muss daraus ein entsprechender Mehrwert resultieren, und solche Mehraufwände sind im Tarif abzubilden.

Die FMH setzt sich auch dafür ein, dass bei der Umsetzung der neuen Vorgaben der administrative Mehraufwand vertretbar bleibt.

gabe zukommen. Die FMH setzt sich auch dafür ein, dass mit der Umsetzung der neuen gesetzlichen Vorgaben für die einzelne Ärztin, für den einzelnen Arzt der administrative Mehraufwand vertretbar bleibt und ein Mehraufwand auch entsprechend vergütet wird. Das Prinzip der Wirksamkeit, Zweckmässigkeit und Wirtschaftlichkeit (WZW) ist auch in diesem Kontext einzuhalten. Wenn Mehraufwände bei den Leistungserbringern, den Ärztinnen und Ärzten, anfallen,

Weiteres Vorgehen und Ausblick

Die FMH wird die Ärzteorganisationen in nächster Zeit laufend über die bestehenden Strukturen, Austauschplattformen und Gremien informieren, die Grundlagen erarbeiten, Rückmeldungen einholen und Gespräche führen – mit dem Ziel, einen von der Ärzteschaft getragenen Lösungsvorschlag für die Umsetzung des revidierten Artikels 58 KVG zu Qualität und Wirtschaftlichkeit zu erarbeiten.

Literatur

- 1 Kraft E, Gerber M, Bosshard C, Roth F. Gelebte Qualitätstransparenz der Ärzteschaft. Schweiz Ärzteztg. 2020;101(51–52):1720–1; doi.org/10.4414/saez.2020.19457

Bildnachweis

Digitalfestival | Dreamstime.com (Symbolbild)

Neuer Artikel 58 KVG zur Stärkung von Qualität und Wirtschaftlichkeit

Wurde am 21.6.2019 verabschiedet und tritt am 1.4.2021 in Kraft.

(www.bag.admin.ch/bag/de/home/versicherungen/krankenversicherung/krankenversicherung-qualitaetssicherung.html)

Der neue Artikel 58 KVG bringt folgende zentralen Änderungen mit sich:

Der Bundesrat legt – nach Anhörung der interessierten Organisationen – *4-Jahres-Ziele* zur Sicherung und Förderung der Qualität fest. Der Bundesrat setzt weiter eine *Eidgenössische Qualitätskommission* ein. Unter anderem beauftragt diese Dritte, nationale Programme zur Qualitätsentwicklung/systematische Studien durchzuführen, neue Qualitätsindikatoren zu entwickeln oder bestehende Indikatoren weiterzuentwickeln. Diese Qualitätskommission berät auch den Bundesrat, die Kantone, die Leistungserbringer und die Versicherer und kann Empfehlungen abgeben. *Die Leistungserbringer* – also auch die Ärztinnen und Ärzte – müssen die vertraglich festgelegten Regeln zur Qualitätsentwicklung einhalten, damit sie zulasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung tätig sein können. Diese vertraglichen Regeln werden in gesamtschweizerisch geltenden Qualitätsverträgen festgehalten.

Qualitätsverträge

Die Verbände der Leistungserbringer und der Versicherer schliessen gesamtschweizerisch geltende Qualitätsverträge ab. Darin ist Folgendes zu regeln:

- Die Qualitätsmessungen und die Massnahmen zur Qualitätsentwicklung
- Die Zusammenarbeit der Vertragspartner bei der Festlegung von Verbesserungsmassnahmen
- Die Überprüfung der Einhaltung der Verbesserungsmassnahmen
- Die Veröffentlichung der Qualitätsmessungen und der Verbesserungsmassnahmen
- Die Sanktionen bei Verletzungen des Vertrags
- Das Erstellen eines Jahresberichts über den Stand der Qualitätsentwicklung zuhanden der Eidgenössischen Qualitätskommission und des Bundesrats

Der Bundesrat genehmigt die Qualitätsverträge. Können sich die Verbände der Leistungserbringer und der Versicherer nicht auf einen Qualitätsvertrag einigen, legt der Bundesrat die Regeln fest.

FMH
Postfach
CH-3000 Bern 16
Tel. 031 359 11 11
saqm[at]fmh.ch

Personalien

Todesfälle / Décès / Decessi

Jean-Marc Fiala (1940), † 30.10.2020,
Spécialiste en chirurgie,
2316 Les Ponts-de-Martel

Mathias Epper (1946), † 22.1.2021,
Facharzt für Allgemeine Innere Medizin,
6936 Cademario

Urs von Rohr (1937), † 1.2.2021,
Facharzt für Allgemeine Innere Medizin,
4656 Starrkirch-Wil

Toni Wirth (1948), † 2.2.2021,
Facharzt für Gynäkologie und Geburtshilfe,
9524 Zuzwil SG

Georges Senaldi (1951), † 9.2.2021,
Spécialiste en médecine interne générale,
1845 Noville

Andrea Forgo Bischof (1971), † 10.2.2021,
Fachärztin für Allgemeine Innere Medizin,
8610 Uster

Praxiseröffnungen / Nouveaux cabinets médicaux / Nuovi studi medici

ZH

Federica Fiorenza Chiesa,
Fachärztin für Chirurgie, Toblerstrasse 51,
8044 Zürich

Dona Tolia Reyna Ricapa,
Praktische Ärztin, Schlimpergstrasse 2,
8307 Effretikon

Aargauischer Ärzteverband

Zur Aufnahme in den Aargauischen Ärzte-
verband haben sich angemeldet:

Als ordentlich praktizierende Mitglieder:

Arthur-Emanuel Baston, 4125 Riehen, Facharzt
für Ophthalmologie, angestellt in Praxis-
gemeinschaft in Brugg per 1. April 2021

Fiona Valerie Farragher, 5000 Aarau, Fach-
ärztin für Kinder- und Jugendmedizin, FMH,
Praxiseröffnung in Praxisgemeinschaft in
Aarau per 1. Januar 2021

Alexander Giesner, 5304 Endingen, Facharzt
für Psychiatrie und Psychotherapie, FMH,
Praxiseröffnung in Baden per 1. März 2021

Francesca Gilardoni, 5033 Buchs, Fachärztin
für Ophthalmologie, angestellt in Praxis-
gemeinschaft in Reinach und Zufikon seit
11. November 2020

Fabian Gisler, 6048 Horw, Facharzt für Herz-
und thorakale Gefässchirurgie, FMH,
angestellt in Praxisgemeinschaft in Aarau
seit 1. Februar 2021

Angela Hett, 5000 Aarau, Fachärztin für
Allgemeine Innere Medizin, FMH, angestellt
in Praxisgemeinschaft in Erlinsbach seit
1. Januar 2021

Reinhold Köck, 5102 Rapperswil, Facharzt für
Orthopädische Chirurgie und Traumatologie
des Bewegungsapparates, angestellt in
Praxisgemeinschaft in Baden und Auw

Bettina Niessing, D-79837 Häusern, Fachärztin
für Kinder- und Jugendmedizin, Praxiseröff-
nung in Praxisgemeinschaft in Würenlingen
per 1. April 2021

Als Chef- und Leitende Ärztin:

Sabine Gerull, 4102 Binningen, Fachärztin für
Allgemeine Innere Medizin und Fachärztin
für Hämatologie, Leitende Ärztin im
Kantonsspital Aarau AG per 1. April 2021

Diese Kandidaturen werden in Anwendung
von Art. 5 der Statuten des Aargauischen
Ärzteverbandes veröffentlicht. Einsprachen
müssen innert 14 Tagen seit der Bekannt-
machung schriftlich und begründet der
Geschäftsleitung des Aargauischen Ärzte-
verbandes eingereicht werden. Nach Ablauf
der Einsprachefrist entscheidet die Ge-
schäftsleitung über Gesuche und allfällige
Einsprachen.

Ärztegesellschaft des Kantons Bern

Ärztlicher Bezirksverein Bern Regio

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

Britta Maurer, Fachärztin für Rheumatologie,
FMH, Leitende Ärztin, Universitätsklinik für
Rheumatologie, Inselspital, 3010 Bern

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

Ärztegesellschaft des Kantons Schwyz

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

Norbert Runkel, Facharzt für Chirurgie,
Chefarzt Chirurgie, Spital Einsiedeln

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:

Claudia Zawinka, Weinbergstrasse 8,
9320 Arbon, Fachärztin für Ophthalmologie,
FMH

Erkenntnisse aus dem ersten Schweizer Lockdown

Effekte der Covid-19-Pandemie auf die stationäre Versorgung

Christian Westerhoff^a, Ralf Kuhlen^b, Daniel Schmithausen^c, Raphael Graf^d, Claudia Winklmair^e

Für die Initiative Qualitätsmedizin (IQM)

^a Dr. med., Chief Clinical Officer Privatklinikgruppe Hirslanden, Zürich, Wissenschaftlicher Beirat Initiative Qualitätsmedizin (IQM), Berlin; ^b Professor Dr. med., Chief Medical Officer Helios Health GmbH, Wissenschaftlicher Beirat Initiative Qualitätsmedizin, Berlin; ^c Sales Lead Analytics 3M Health Information Systems, Neuss; ^d Medical Consultant 3M Health Information Systems, Neuss; ^e Dr. med., Geschäftsführerin Initiative Qualitätsmedizin e.V., Berlin

Die Covid-19-Pandemie stellt die Bevölkerung und die Gesundheitssysteme aller Länder vor grosse Herausforderungen. Für die Schweiz zeigt nun eine Studie an 38 Spitälern der Initiative Qualitätsmedizin die Auswirkungen auf die Patientenversorgung während des ersten Lockdowns.

Zur Methode der Studie

Analysiert wurden die Abrechnungsdaten von 38 Spitälern der Initiative Qualitätsmedizin (IQM)*, die für diese Studie freiwillig ihre Daten im Rahmen der IQM-Methodik zur Verfügung gestellt hatten. Die Daten wurden entsprechend der bei IQM bestehenden Routine durch 3M Health Information Systems Schweiz (HIS) nach den Definitionen der *Swiss Inpatient Quality Indicators* (CH-IQI) in der aktuellen Version 5.2 aus der medizinischen Statistik des ersten Halbjahres 2020 der Spitäler aufgearbeitet.

Routinedaten bieten eine exzellente Basis zur Überwachung des Pandemiegeschehens in Spitälern.

Zusätzlich wurden die Codes U07.1! für Covid-19 mit Nachweis des SARS-CoV-2 als auch U07.2! für den klinischen Covid-19-Verdacht ohne Virusnachweis ausgewertet.

Zur Analyse der Intensivaufenthalte wurden die Codes der intensivmedizinischen Komplexbehandlungen (CHOP 99.B7.1-) ausgewertet. Ebenso wurden alle Fälle mit einer Beatmungsdauer >0 h als intensivmedizinischer Fall gewertet. Jeder Fall, der entweder mit einer intensivmedizinischen CHOP kodiert oder beatmet war, wurde als Intensivfall gezählt. Diese Definition repräsentiert zwar nicht alle auf der Intensivstation liegenden Patientinnen und Patienten, weil dort auch Patienten liegen, die weder beatmet noch in einer intensivmedizinischen Komplexbehandlung therapiert werden. Die gewählte Definition liefert aber eine vergleichbare Zählung der Intensivbehandlungen. Im

Lauf der Pandemie wurden darüber hinaus Intensivbehandlungsmöglichkeiten über Spitalbetten geschaffen, die normalerweise nicht als Intensivbetten ausgewiesen sind. Hierdurch werden Vergleichsanalysen mit dem letzten Jahr anhand der kodierten Aufenthalte in ausgewiesenen Intensivbetten zwangsläufig erschwert.

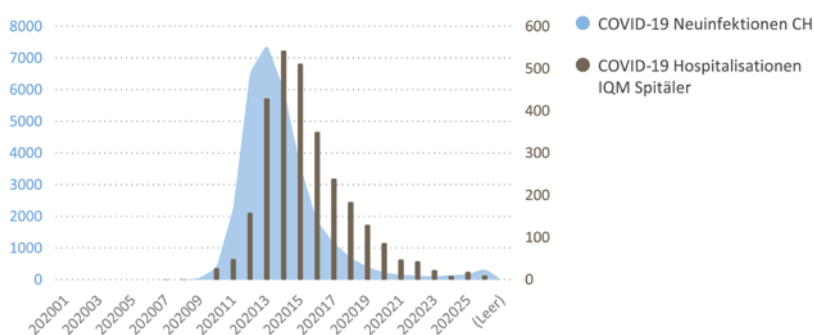
Fälle, in denen eine Beatmungsdauer von >0 h im Datensatz kodiert sind, wurden als Beatmungsfall unabhängig vom gewählten Beatmungsverfahren gewertet. In der Schweiz galten in der Zeit vom 1.1. bis 16.3.2020 (KW 1–12) keine Einschränkungen des öffentlichen Lebens, während vom 17.3. bis 26.4.2020 (KW 12–17) das öffentliche Leben und der Routinebetrieb des Gesundheitswesens zur Pandemieeindämmung durch vielfältige Regulationen eingeschränkt waren. Ab dem 27.4.2020 (KW 18) kehrten auch die Spitäler langsam wieder zu einem normalen Betrieb zurück. Die genannten Perioden weichen um wenige Tage (später) vom Vorgehen in Deutschland ab. Um künftige länderübergreifende Vergleiche zu ermöglichen, wurden am Aufbau der Analyse keine Anpassungen vorgenommen. Die Perioden 1.1. bis 12.3.2020 und 13.3. bis 19.4.2020 wurden mit den entsprechenden Vorjahreszeiträumen verglichen. Angaben in Prozent beziehen sich auf die Fallzahl der Periode 2020 zu der jeweiligen Periode 2019.

3M HIS agiert bei der standardmässigen Auswertung der IQM-Spitäler als Datentreuhänder und Auswertungsstelle, so dass alle Datenschutzaspekte auch für die vorliegende Analyse durch 3M HIS gewährleistet waren und sind. Alle teilnehmenden IQM-Spitäler erhielten die sie betreffenden Ergebnisse zurück und haben der Analyse der aggregierten Daten zugestimmt.

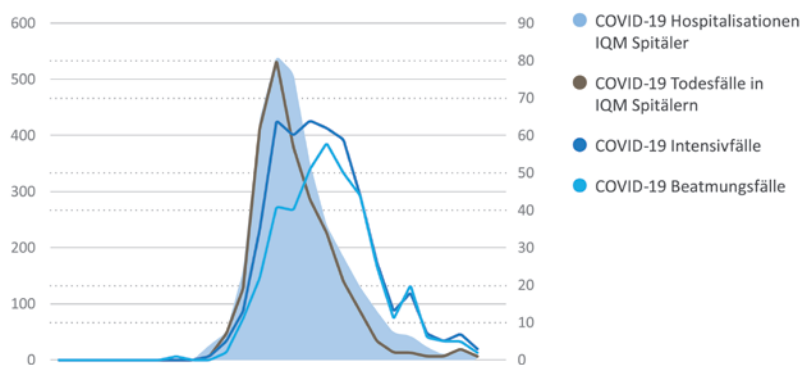
* Die IQM-Spitäler der Schweiz finden sich unter www.initiative-qualitaetsmedizin.de/mitgliederkarte

Tabelle 1: Anzahl der teilnehmenden Spitäler und deren Fallzahlen aufgeteilt nach Versorgungsstufen.

Versorgungsstufe	Standorte	Fallzahl 2020	Fallzahl 2019	Fallzahl- abnahme
		KW 1–26	KW 1–26	in %
Fachklinik	2	8011	8648	7,4%
Grund- und Regelversorger	28	113667	123192	7,7%
Maximalversorger	3	19181	21672	11,5%
Universitätsklinik	5	9664	108419	10,9%
Gesamt	38	237499	261931	9,3%

**Abbildung 1:** Anzahl der wöchentlichen Neuinfektionen (blaue Fläche auf linker y-Achse) und der U07.1-Spitaleintritte in den teilnehmenden IQM-Spitälern für den Untersuchungszeitraum 1. Halbjahr 2020.**Tabelle 2:** Anzahl der Spitalfälle und der im Spital Verstorbenen für PCR-gesicherte Covid-19-Fälle (U07.1) und Covid-19-Verdachtsfälle (U07.2). In beiden Kategorien sind die Fallzahlen und die Sterblichkeit für alle Fälle, Fälle mit Intensivbehandlung (INT) und Fälle mit Beatmung angegeben für den Zeitraum 1. bis 26. Kalenderwoche 2020.

	Fälle (%)	Verstorbene (%)
Covid (U07.1)	2871	580 (12,2%)
INT	488 (17%)	115 (23,6%)
Beatmung	395 (13,8%)	106 (26,8%)
Covid-Verdacht (U07.2)	580	36 (6,2%)
INT	87 (15%)	11 (12,6%)
Beatmung	50 (8,6%)	10 (20%)

**Abbildung 2:** Anzahl der wöchentlichen Covid-19-Spitalfälle (blaue Fläche auf linker y-Achse), der Intensiv- und Beatmungsfälle sowie der an Covid-19 verstorbenen Patient(innen) für den Untersuchungszeitraum 2020. Die Werte aller Linien beziehen sich auf die rechte y-Achse.

Die Ergebnisse

Bis Ende Juni 2020 wurden in den beteiligten 38 Spitälern 237 499 Fälle (Zählweise: Spitalaustritte) stationär behandelt. Diese behandelten in der Vergangenheit ca. 35% der Spitalpatienten in der Schweiz. Die Analyse umfasst die unterschiedlichen Versorgungsstufen der Spitäler. Die Verteilung, Charakteristika und Patientenzahlen der teilnehmenden Spitäler ergeben sich aus Tabelle 1.

Covid-19

In der Studienperiode (1.1. bis 30.6.2020) wurden in allen Schweizer Spitälern 4066 Fälle (davon 2871 in den Studien-Spitälern) mit einer nachgewiesenen Corona-Infektion stationär behandelt. Der wöchentliche Verlauf der Covid-19-Spitalfälle ist gemeinsam mit dem Verlauf der Neuinfektionen für die Schweiz der Abbildung 1 zu entnehmen (s. auch www.covid19.admin.ch/de/overview). In Summe wurden ca. 9% aller in der Schweiz positiv Gemeldeten und ca. 70% der stationären Covid-19-Fälle in den beteiligten Spitälern behandelt.

Der Höhepunkt der Spitalerträge in der ersten Welle war eine Woche nach dem Höhepunkt der Neuinfektionen zu verzeichnen, so wie es dem bis dato bekannten Verlauf der Covid-19-Erkrankung entspricht.

Die Spitalsterblichkeit der Covid-19-Fälle lag bei 12,2%, 17% der Patient(inn)en wurden auf der Intensivstation behandelt und 13,8% wurden maschinell beatmet (Tab. 2). Diese Zahlen korrespondieren sehr gut mit verschiedenen national wie international beschriebenen Kohorten und bestätigen die hohe Validität der genutzten Routinedaten zur Surveillance in dieser Analyse.

Es fällt auf, dass die Zahl der Covid-Verdachtsfälle (U07.2) im Vergleich zu den gesicherten Fällen gering ausfällt. Die Sterblichkeit liegt bei gesicherter Covid-19-Diagnose doppelt so hoch wie in der Gruppe der Verdachtsfälle.

Die Sterblichkeit aller Krankenhausfälle lag im ersten Halbjahr 2019 bei 2% und war mit 2,1% im ersten Halbjahr 2020 gering erhöht. Das liegt im Wesentlichen daran, dass bei 9,3% Abnahme aller Fälle die Zahl der Todesfälle lediglich um 3,2% abnahm. Eine Zunahme der Letalität um 0,1 Prozentpunkte bei einer Fallzahl von 237 499 entspräche ca. 237 Todesfällen, so dass diese Zunahme durch die 351 Covid-19-bedingten Todesfälle erklärbar wäre. Wir nehmen jedoch an, dass die Verschiebung der Spitalfälle dazu geführt hat, dass die weniger schwer erkrankten Patient(inn)en nicht ins Spital gekommen sind, so dass es zu einer relativen Zunahme der schwereren Verläufe mit leicht erhöhter Sterblich-

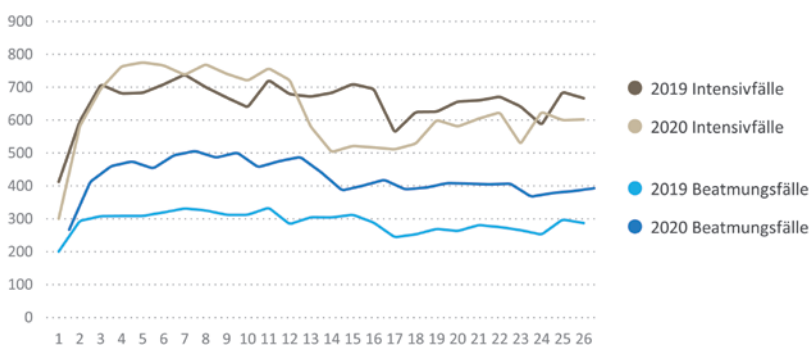


Abbildung 3: Wöchentlicher Verlauf aller Intensivfälle (INT) und der Beatmungsfälle (Beatmung) für die Jahre 2019 und 2020 bis KW 26.

Tabelle 3: Anzahl aller Spitalfälle, mit Intensivbehandlung und der Fälle mit Beatmung für die Jahre 2019 und 2020 in der KW 1–26. In Klammern ist der %-Anteil an allen Fällen dargestellt. Die Differenz beider Jahre ist ebenfalls angegeben, wobei hier in Klammern der %-Unterschied zum Jahr 2019 dargestellt ist. Die Verstorbenen sind in allen Kategorien erwähnt, in Klammern ist die %-Sterblichkeit angegeben. Die Differenz der Verstorbenen ist genannt, der %-Anteil stellt den Unterschied zu 2019 dar.

Alle Patienten	1. Halbjahr 2019	1. Halbjahr 2020	Differenz (2020/19)
IQM-Spital	261 913	237 499	–24 414 (–9,3%)
Intensiv	17 085 (6,5%)	16 264 (6,8%)	–821 (–4,8%)
Beatmung	7 541 (2,9%)	7 644 (3,2%)	+103 (+1,4%)
Verstorbenen			
IQM-Spital	5 166 (2%)	5 001 (2,1%)	–165 (–3,2%)
Intensiv	1 500 (8,8%)	1 638 (10%)	+138 (+9,2%)
Beatmung	1 139 (15,1%)	1 295 (16,9%)	+156 (+13,7%)

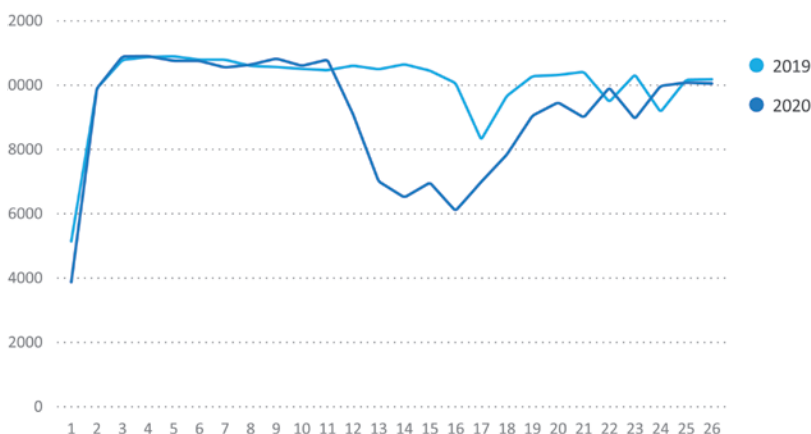


Abbildung 4: Wöchentlicher Verlauf aller Spitalfälle für den Untersuchungszeitraum der Jahre 2019 und 2020 bis KW 26.

keit gekommen ist. Daneben beeinflusst die Zuordnung der Spitäler zu den Versorgungsstufen (Tab. 1) das Ergebnis. Nahezu 50% der stationären Fälle des ersten Halbjahres wurden in Spitalern der Stufe Universitätsklinik oder Maximalversorger behandelt. In einigen Kantonen (vor allen Dingen in der Westschweiz) fand

früh eine Konzentration der Covid-19-Fälle auf Spitäler dieser Versorgungsstufen statt.

Im Untersuchungszeitraum 2020 beobachteten wir bis Kalenderwoche 26 eine leichte Abnahme für den Verlauf der Intensivbehandlungen und eine gleichbleibende Anzahl der maschinell beatmeten Patienten im Vergleich zu 2019 (Abb. 3). Die Sterblichkeit ist allerdings sowohl für die Intensiv- als auch für die Beatmungsfälle erhöht (Tab. 3).

Effekte der Pandemie auf andere Krankenhausfälle

Während der Phase des Lockdowns in der ersten Welle nahmen die Spitalbehandlungen um etwa 34% ab. Dies war im Wesentlichen durch die weitreichenden Regularien bedingt, die das elektive Behandlungsangebot für Patientinnen und Patienten schweizweit einschränkten. Auch nach Beendigung des Lockdowns bewegten sich die Fallzahlen nur langsam wieder aufwärts, so dass am Ende des ersten Halbjahres 2020 etwa 9% weniger Fälle im Spital behandelt wurden als zur selben Zeit im vergangenen Jahr (Tab. 3). Der zeitliche Verlauf der Spitalfälle ist in Abbildung 4 dargestellt.

Die Auswirkungen auf Ebene der Hauptdiagnosekategorien des DRG-Systems während des Lockdowns stellt Tabelle 4 dar. Die Fallzahlen werden mit dem entsprechenden Zeitraum des Vorjahres verglichen. Es kam zu einer deutlichen Abnahme von elektiven stationären Behandlungen (z.B. Erkrankungen des Bewegungsapparates, Erkrankungen des Auges). Fallzahlsteigerungen bzw. eine unveränderte Fallzahl waren nur in den Prä-MDC (überwiegend intensivmedizinische Behandlungen und Analogkodierung der Komplexbehandlung von Patienten mit multiresistenten Erregern ab sieben Tage) und den Erkrankungen des Atmungssystems zu beobachten. In diesen beiden Kategorien finden sich auch erwartungsgemäss 84% der hospitalisierten Covid-19-Patientinnen und -Patienten. Daneben ist festzustellen, dass auch in wenig elektiven Leistungsbereichen wie Herz-Kreislauf-Erkrankungen und neurologischen Erkrankungen weniger stationäre Fälle behandelt wurden.

Schlussfolgerungen

Routinedaten bieten eine exzellente Basis zur Überwachung des Pandemiegeschehens in Spitalern. So liesse sich eine zeitnahe, auf den Abrechnungsdaten basierende Überwachung der Spitalfälle inklusive aller Intensiv- und Beatmungsfälle etablieren, die gemeinsam mit den Zahlen zu den Infektionsraten eine umfassende Grundlage zur Steuerung der Pandemie bieten.

Das Maximum der wöchentlichen Covid-19-Spitalfälle folgte in der ersten Welle dem Maximum der Neuinfizierten mit etwa einer Woche Abstand.

In den ersten sechs Monaten des Jahres 2020 wurden insgesamt weniger Patienten im Spital behandelt als im Vergleichszeitraum 2019. Auch die Gesamtzahl der Intensivfälle und Beatmungsfälle war im Untersuchungszeitraum nicht höher als 2019.

Die Krankenhaussterblichkeit der Intensiv- und Beatmungsfälle war im Jahr 2020 im Vergleich zu 2019 erhöht. Neben dem direkten Effekt der Covid-19-Infektionen müssen die Folgen der verminderten elektiven Krankenhausbehandlungen zeitnah analysiert werden, um auch anhand dieser Daten zu bilanzieren, welche Massnahmen angemessen sind.

Das Wichtigste in Kürze

- 38 Spitäler der Initiative Qualitätsmedizin (IQM) haben für die Studie Daten zur Verfügung gestellt, um den Einfluss der Pandemie während des ersten Lockdowns auf die Patientenversorgung zu untersuchen.
- Das Maximum der wöchentlichen Covid-19-Spitalfälle folgte in der ersten Welle dem Maximum der Neuinfizierten mit etwa einer Woche Abstand.
- Während der Phase des Lockdowns in der ersten Welle nahmen die übrigen Spitalbehandlungen um etwa 34% ab.
- In den ersten sechs Monaten des Jahres 2020 wurden insgesamt weniger Patienten im Spital behandelt als im Vergleichszeitraum 2019. Auch die Gesamtzahl der Intensivfälle und Beatmungsfälle war im Untersuchungszeitraum nicht höher als 2019.

Tabelle 4: Entwicklung der Fallzahlen in den Hauptdiagnosekriterien des DRG-Systems in der Phase des Lockdowns im Vergleich zum Vorjahreszeitraum. Der Anteil der Covid-19-Patient(inn)en je Kategorie wird separat ausgewiesen. Die Veränderung wird als prozentualer Anteil der Fälle des Jahres 2020 an denen des Jahres 2019 ausgewiesen.

Hauptdiagnosekategorie (MDC)	Fallzahl (13.3.2020 bis 19.4.2020)	Davon Covid-Fallzahlen	Fallzahl (2019)	Anteil 2020 an 2019	Entwicklung
Gesamt	37 091	2 387	56 067	66%	-
9 – Fehler-DRG	45	4	62	73%	-
A – Prä-MDC	1 860	1 046	1 169	159%	+
B – Krankheiten und Störungen des Nervensystems	3 075	35	4 410	70%	-
C – Krankheiten und Störungen des Auges	350	0	879	40%	-
D – Krankheiten und Störungen im HNO-Bereich	1 270	39	2 694	47%	-
E – Krankheiten und Störungen der Atmungsorgane	3 111	959	3 236	96%	=
F – Krankheiten und Störungen des Kreislaufsystems	3 972	37	6 655	60%	-
G – Krankheiten und Störungen der Verdauungsorgane	2 912	36	5 100	57%	-
H – Krankheiten und Störungen an hepatobiliärem System und Pankreas	1 150	8	1 598	72%	-
I – Krankheiten und Störungen an Muskel-Skelett-System und Bindegewebe	4 481	18	10 217	44%	-
J – Krankheiten und Störungen an Haut, Unterhaut und Mamma	1 185	2	1 966	60%	-
K – Endokrine, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten	421	5	790	53%	-
L – Krankheiten und Störungen der Harnorgane	1 685	4	2 404	70%	-
M – Krankheiten und Störungen der männlichen Geschlechtsorgane	451	1	994	45%	-
N – Krankheiten und Störungen der weiblichen Geschlechtsorgane	618	2	1 511	41%	-
O – Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett	4 009	22	4 404	91%	-
P – Neugeborene	3 676	2	4 072	90%	-
Q – Krankheiten des Blutes, der blutbildenden Organe und des Immunsystems	219	0	305	72%	-
R – Hämatologische und solide Neubildungen	572	8	661	87%	-
S – HIV	12	1	20	60%	-
T – Infektiöse und parasitäre Erkrankungen	760	144	1 004	76%	-
U – Psychische Krankheiten und Störungen	246	3	413	60%	-
V – Alkohol und Drogengebrauch u. alkohol- u. drogeninduzierte psych. Störungen	217	0	254	85%	-
W – Polytrauma	96	1	106	91%	-
X – Verletzungen, Vergiftungen u. toxische Wirkungen von Drogen und Medikamenten	513	1	827	62%	-
Y – Verbrennungen	47	0	39	121%	+
Z – Faktoren, die den Gesundheitszustand beeinflussen, und andere Inanspruchnahme des Gesundheitswesens	138	9	277	50%	-

Briefe an die SÄZ

PAT und VSAO müssen ihre Anlagestrategien unbedingt überdenken

Brief zu: Jaccard R, Hagnauer U. Die Klimakatastrophe und unsere Pensionskassen. Schweiz Ärztztg. 2021;102(7):262–3.

Während meiner ganzen Zeit als praktizierender Kinderarzt seit über 30 Jahren war ich froh und stolz, die PAT als Pensionskasse von mir und meinen Mitarbeiterinnen zu führen. Was die Sicherheit und Korrektheit sowie die Rendite betrifft, bin ich auch heute noch zufrieden. Aber nach dem Artikel von René Jaccard und Ueli Hagnauer in der SÄZ bin ich sehr konsterniert und wünsche mir, dass die PAT unverzüglich aus allen Beteiligungen an umweltschädlichen Positionen aussteigen soll.

Ich werde der Geschäftsleitung der PAT einen entsprechenden Brief schreiben und rufe auch alle Leser – insbesondere diejenigen, welche bei der PAT angeschlossen sind – dazu auf, dasselbe zu tun. So besteht die Hoffnung, dass – wenn genügend Druck der Ärzteschaft kommt – die Leitung der PAT auf die Wünsche der Mitglieder Rücksicht nimmt und so schnell wie möglich aus Beteiligungen an Kohlekraftwerken und/oder anderen umweltschädigenden Positionen in ihrem Portfolio aussteigt.

Dasselbe gilt für den VSAO, bei dem ich seit über 40 Jahren Mitglied bin und der sich doch stets als Verein mit Zielen für eine gesunde Zukunft bezeichnet hat. Bitte, lieber VSAO, setze ein Zeichen für das Klima und steige mit den Investitionen deiner Pensionskassenkunden ebenfalls in ein 100% umweltfreundliches Portfolio um.

Die Zukunft unserer Kinder und ebenso diejenige unseres Planeten steht auf dem Spiel.

*Dr. med. Heinz Brauer,
Facharzt für Kinder und Jugendliche,
pensioniert seit 2017, Ittigen*

Replik zu «PAT und VSAO müssen ihre Anlagestrategien unbedingt überdenken»

Der Klimawandel ist inzwischen die grösste Bedrohung für die Gesundheit. swimsa und vsao – gemeint ist der Berufsverband – haben letztes Jahr mit einem Vorstoss an der Delegiertenversammlung der FMH erreicht, dass die Schweizer Ärzteschaft dies offiziell anerkennt. Deshalb entsteht nun eine Strategie mit Massnahmen. In der dazu von der FMH ins Leben gerufenen Arbeitsgruppe hat auch

der vsao einen Vertreter. Betreffend den Berufsverband gilt es aber zu beachten, dass die vorsorgestiftung vsao sowie medpension vsao asmac zwei selbstständige und von ihm unabhängige Organisationen sind. Mit diesen steht der vsao in stetem Austausch, wobei er seine Haltung zum Klimawandel und zur Verantwortung der Ärzteschaft und Pensionskassen einbringt.

Die vorsorgestiftung vsao berücksichtigt bei ihrer Anlagetätigkeit die ESG-Kriterien (Environment, Social, Governance). Ihr Ausschuss für Anlagefragen und der Stiftungsrat werden im Rahmen ihrer treuhänderischen Sorgfaltspflicht weiterhin angemessenen Wert auf die Nachhaltigkeit legen und diese im Anlageprozess berücksichtigen. Dasselbe gilt für medpension vsao asmac.

*Marcel Marti,
Leiter Politik und Kommunikation,
Stv. Geschäftsführer VSAO ASMAC*

ter sich gebracht haben, ganze jüngere Generationen in wirtschaftlichen, sozialen und psychischen Abgrund verdammt, hat meiner Ansicht nach kaum etwas mit «Solidarität» und «Ethik» zu tun. Natürlich hätte die Prioritätsfrage der zu Impfen auch anders gestellt werden können. Zum Beispiel wäre es durchaus vertretbar gewesen (und hätte auch von den «Überalterten» gewürdigt werden können), wenn, zusammen mit dem Pflegepersonal, zuerst Ärztinnen und Ärzte als prioritär zu Impfen in Betracht gezogen worden wären. Weiter hätte das Argument geltend gemacht werden können, dass gerade die Jugendlichen und die jungen bis «mittelalten» Generationen zunächst geschützt werden müssten, sollte die Wirtschaft möglichst «wie bisher» aufrechterhalten werden können. Und damit wären wir beim Utilitarismus – weit weg von Solidarität und Ethik – gelandet.

*Pfr. Dr. Ebo Aebischer,
Muri b. Bern*

Covid-19-Impfung: Prioritätsfrage

Brief zu: Aebi S. «Solidarität» und «Ethik». Schweiz Ärztztg. 2021;102(5):174.

Ich gehöre zu diesen Überalterten, und ich habe mich impfen lassen. Dies nicht zuletzt aus «Solidarität» meinen Mitmenschen gegenüber. Als ehemaliger Leiter der Impfstoffabteilung des Schweizerischen Serum- und Impfinstitutes weiss ich auch ein wenig über die Risiken neuer Impfstoffe Bescheid. Und wer die «Notwendige(n) Überlegungen zur Impfung der Risikogruppe / Covid-19-Impfung: Aufklärung und Urteilsfähigkeit» von Frau Dr. iur. Ursina Pally Hofmann (SÄZ vom 3.2.2021) hinreichend bedenkt, kann schwerlich getadelt werden, wenn er – und sei er selbst Arzt – sich nicht impfen lässt. Da das Covid-19-Verursachende SARS-CoV-2 vorwiegend direkt von Person zu Person übertragen wird, ist aber wohl nur eine entsprechende Impfkampagne in der Lage, diese Pandemie zu bekämpfen.

Zurück zur «Überalterung». Die Überlegungen der Verantwortlichen für die Priorität der zu Impfen mögen Anlass zu Nachfragen sein. Aus Triage-Überlegungen (Armee) kann nachvollzogen werden, dass zuerst an Vulnerable («Risikogruppe») gedacht wurde. Nun zu kritisieren, dass die «überalterten, über 80-jährigen Menschen, die bereits über 90% ihrer durchschnittlichen Überlebenszeit hin-

Une Task force fédérale «Climat et biodiversité»?

Les phénomènes alarmants que sont le dérèglement climatique et la baisse de la biodiversité préoccupent de nombreux collègues, entre autres parce que ces changements auront de sérieuses conséquences en termes de mortalité et morbidité – d'un ordre de grandeur bien plus important que les conséquences, pourtant graves, du Covid-19 (dernière contribution sur ce thème dans notre journal, celle des confrères Jaccard et Hagnauer [1]).

Le 23 février, dans son émission matinale d'informations, la radio romande «La Première» diffusait une séquence sur la demande de personnalités scientifiques, dont Marcel Tanner, président des Académies suisses des sciences, pour la création d'une «Task force cli-

Briefe

Reichen Sie Ihre Leserbriefe rasch und bequem ein. Auf unserer neuen Homepage steht Ihnen dazu ein spezielles Eingabefeld zur Verfügung. Damit kann Ihr Brief rascher bearbeitet und publiziert werden – damit Ihre Meinung nicht untergeht. Alle Infos unter:

www.saez.ch/de/publizieren/leserbrief-einreichen/

mat et biodiversité» sur le modèle de celle chargée de conseiller le gouvernement à propos du Covid-19. Cette dernière fait l'objet de critiques, certains milieux estimant qu'elle est trop prudente et qu'elle privilégie les aspects sanitaires par rapport à la reprise de l'économie. Toutefois, dans l'ensemble elle fait certainement son travail et, dans tous les cas, son rôle n'est pas facile, celui du Conseil fédéral encore moins.

Les enjeux liés au climat et à l'environnement sont majeurs et l'idée d'une Task force «dédiée» est intéressante, pour assurer une approche structurée et coordonnée des problèmes. Ses promoteurs soulignent que son rôle serait strictement de fournir des avis scientifiques et qu'elle ne saurait être dotée de pouvoirs opérationnels (comme établir des prescriptions par ex.). Elle ne devrait pas non plus faire preuve d'activisme militant pour éviter le risque d'une orientation qu'on pourrait dire «Gouvernement par les experts» ou

«République des Sages»... Cependant, il serait bon que son mandat inclue d'examiner les effets en termes climat/biodiversité des projets de lois mis en consultation par le Conseil fédéral – tout comme sont évaluées systématiquement leurs conséquences financières.

Soutien bienvenu: dans un communiqué de presse du 22 février, la Commission de gestion du Conseil des Etats demande que le Conseil fédéral renforce sans délai les mesures de protection de la biodiversité, ce qui a été fait jusqu'ici demeurant insuffisant [2].

Pour ma part, j'ai eu le privilège de faire partie de deux instances comparables à une task force: la Commission fédérale sida dans les années 1980–1990 et la Commission fédérale pour la médecine humaine, créée en 2003. Notre rôle, là aussi, était de conseiller, mais on peut dire que les rapports et recommandations de ces commissions ont joué un rôle significatif; en procédant à des évaluations interdisciplinaires sur des thèmes sociétaux,

en clarifiant les enjeux, en développant une vision à moyen et si possible long terme. Sans doute aucun, sur les questions liées au climat, mettre sur pied une telle instance ne serait pas un mauvais usage de quelques ressources.

Jean Martin, Echandens

- 1 Jaccard R, Hagnauer U. La catastrophe climatique et nos caisses de pension. Bull Med Suisses. 2021;102(7):262–3.
- 2 www.parlament.ch/press-releases/Pages/mm-gpk-s-2021-02-22.aspx?lang=1036

Die Leserbriefes geben die Meinung des Verfassers oder der Verfasserin wieder. Der Inhalt eines Leserbriefes 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.

Mitteilungen

Facharztprüfungen

Facharztprüfung zur Erlangung des Facharztstitels Nuklearmedizin

2. Teilprüfung

Datum: Donnerstag, 16. September 2021

Ort:
Inselspital Bern
Freiburgstrasse 18
CH-3010 Bern

Bitte beachten Sie, dass dieses Datum und der Prüfungsort vorbehaltlich der Entwicklung der Notsituation der SARS-CoV-2-Pandemie gilt.

Anmeldefrist: 15. Juli 2021

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

Prüfung interdisziplinärer Schwerpunkt «Klinische Notfallmedizin» (SGNOR) 2021

Praktische Prüfung (deutsch)

Ort:
Bern SRZ (Sanitätspolizei) oder
Bern SRZ (Sanitätspolizei) und Zürich*

Datum: 29. November 2021

Mündliche Prüfung (deutsch)

Ort:
Bern Inselheim oder
Bern Inselheim und Zürich*

Datum: 3. Dezember 2021

* Bei mehr als 30 Kandidatinnen und Kandidaten wird die Prüfung parallel in Bern und Zürich durchgeführt.

Anmeldefrist: 15. August 2021

Kosten:
CHF 600 für Mitglieder SGNOR /
CHF 1000 für Nichtmitglieder

Weitere Informationen finden Sie auf der Homepage der SGNOR www.sgnor.ch – Weiterbildung – ISP klinische Notfallmedizin oder erhalten Sie bei der Geschäftsstelle der SGNOR: [sekretariat\[at\]sgnor.ch](mailto:sekretariat[at]sgnor.ch)



Consulting

Beratung für Ärzte und Praxen

Die FMH Services steht Ihnen bei allen betriebswirtschaftlichen und unternehmerischen Fragen kompetent zur Seite.

- Beratung bei Gründung, Betrieb und Übergabe Ihrer Praxis
- Praxissuche, Nachfolge- und Praxispartnersuche
- Praxisbewertung
- Stellen-, Praxis- und Marktplattform (www.fmhjob.ch)
- Arbeitsvermittlung
- Geschäftsführung und Praxisadministration
- Einkauf für Ärzte und Praxen
- Rechtsberatung
- Vertagsausarbeitung & -verhandlungen
- Mitarbeiterführung & Konfliktbewältigung
- Seminare zur Praxisgründung und -übergabe

CONSULTING

FMH Consulting Services AG

Burghöhe 1

6208 Oberkirch

Tel. 041 925 00 77

mail@fmhconsulting.ch

www.fmhconsulting.ch





Der Monte Verità oberhalb von Ascona, Ort der Tagung «Sinne, Sinnlichkeit und Sinn im Arztberuf».

«Minds in Medicine»

Melitta Breznik^a, Michael Holzapfel^b

^a Dr. med., Leitende Ärztin Psychosomatische Rehabilitation Clinica Curativa Scuol, Stiftungsrätin Stiftung für psychosomatische, ganzheitliche Medizin, Rheinfelden; ^b Dr. med., Co-Chefarzt Clinicum Alpinum Gaflei, Facharzt Psychiatrie und Psychotherapie, FMH, Facharzt (D) für Psychosomatische Medizin, Dozent am Institut für Humanwissenschaftliche Medizin, Zürich

Das Berufsbild des Arztes als Begleiter in der Krankheit scheint zu verschwinden. Kann es gelingen, den geistigen und philosophischen Anteil der Medizin wieder zu aktivieren? «Sinne, Sinnlichkeit und Sinn im Arztberuf» und «Ökonomie versus Würde» waren Titel zweier Tagungen von «Minds in Medicine», an denen sich Ärztinnen und Ärzte aus unterschiedlichen Sparten im Tessin trafen, um ihr Berufsbild vor dem Hintergrund sich stetig verändernder Anforderungen zu diskutieren.

Die Tagung «Sinne, Sinnlichkeit und Sinn»

Wie man den Beruf des Arztes oder der Ärztin wieder mit «sinnhaftem» Inhalt füllen kann, anstatt resigniert zu ertragen, dass dieser in der Erledigung von «unattraktiven Fleissaufgaben» (Prof. Giovanni Maio) seine Beschränkung erfährt, war Thema der ersten Tagung im Jahr 2018. Der Initiator von «Minds in Medicine» Dr. Michael Holzapfel leitete sie ein mit Gregory Bateson und seiner Idee von «Mind» (vgl. Ökologie des Geistes). Mit «*Et in Arcadia Ego*» – Goethes Sehnsuchtsraum der vollendeten Sinnlichkeit – schlug er die Brücke zu den Sinnen, aber auch zum Resonanzraum des Südens, wie er im Tessin bereits zu erahnen ist. Ort der ersten Tagung war die Fondazione Eranos, wo sich in den dreissiger Jahren des letzten Jahrhunderts unter anderem C. G. Jung, der Naturphilosoph Friedrich Dessauer und der Physiker Erwin Schrödinger getroffen hatten.

Als Gastredner referierte an der Tagung Prof. Iso Camartin zum Thema «Die Sinne cis und trans der Alpen» mit philosophischen Betrachtungen über die Sinnlichkeit. Er eröffnete den ideengeschichtlichen Hintergrund zu den Begriffen, welche als Motto die Tagung begleiteten: die Sinne, die Sinnlichkeit und der Sinn.

Mehr als Daten und Fakten

Klare Worte zur schwelenden Sinnkrise im Arztberuf fand Prof. Giovanni Maio vom Institut für Ethik und Geschichte der Medizin an der Universität Freiburg (D). Er erachtet Bewegungen wie «Minds in Medicine» als notwendig, weil Mediziner sich gegen die Degradierung und Inhaltentleerung ihres Berufes zur Wehr setzen sollten. Die «funktionierende Medizin» habe zum Ziel, eine Effizienzsteigerung durch vorgefertigte Handlungsanweisungen anzustreben, welche die Austauschbarkeit der Heilberufe zur Folge habe. Reflexion



Melitta Breznik, hier neben Michael Holzapfel, stellte verschiedene Bücher vor von Ärzten, die sich mit dem Wesen ihres Arztseins beschäftigen.

im eigentlichen Sinne sei hierbei von den Medizinerinnen nicht gefragt, es ginge zunehmend um Standardisierung. Medizin müsse jedoch denken, forderte Maio, sie müsse die aufoktrozierte Stromlinienförmigkeit durchbrechen.

Wissenschaftlichkeit in der Medizin würde aktuell behauptet durch Algorithmen, repräsentiert durch vorgefertigte Entscheidungsbahnen, die durch die Digitalisierung unterfüttert würden. Ausreichend Daten zu sammeln würde Objektivität gewährleisten, so werde suggeriert. Die Herausforderung in der Medizin seien aber nicht die Fakten, sondern die Krankheit in ihrer Bedeutung für den Patienten. Diese Bedeutung sei erfassbar durch die Sinne: das Hören, Sprechen, Fühlen. Die Befunde stellten Herausforderungen dar. Wenn sie dem Patienten eröffnet würden, sei nichts mehr, wie es war. Hier würden keine Algorithmen helfen. Medizin müsse die Not erkennen, die aus den Befunden für den Patienten resultierten. Eine Ansammlung von Handlungsschablonen aufgrund von Befunden sei «en vogue». Fälschlicherweise werde darin Einsparungspotenzial gesehen, und Reden gelte als Zeitverschwendung. Medizin solle aktuell reduziert werden auf eine Ansammlung von unoriginellen Fleissübungen. Die Medizin ginge induktiv vor, der Arzt müsse sich etwas ausdenken, müsse erwägen, wie man das Problem lösen könne. Problemlösungswissen würde heutzutage abgewertet, doch man müsse sich die Freiheit bewahren, dieses Problemlösungswissen auszubilden. Gefordert sei ein Andenken gegen die Ideologien der Zeit.

Zur Struktur beider Tagungen gehörten neben Vorträgen, Arbeitsgruppen und Diskussionen bewusst gesetzte sinnliche und sinnstiftende Pausen. So etwa Wanderungen um Ascona, ein Meditationsangebot oder eine Einladung zum Kreistanz in der Parklandschaft des Monte Verità, wo die zweite Tagung «Ökonomie versus Würde» im Jahr 2020 stattfand. Auch dies ein Ort geistigen Aufbruchs, wo sich um 1900 eine Gruppe

Menschen der Idee verschrieben hatte, ein naturnahes Leben zu praktizieren, begleitet von sozialen Utopien, die später in Ernährung, Kleidung und Kunst ihren Niederschlag fanden.

Die Tagung «Ökonomie versus Würde»

Nach der Begrüßung durch Dr. Melitta Breznik und Dr. Michael Holzapfel stellte Dr. Breznik, unter dem Titel «Medical Profession Writing» verschiedene Bücher von Ärzten vor, die sich in den letzten 70 Jahren im deutsch- und englischsprachigen Raum mit ihrem «Arztsein» beschäftigt haben. Sie zitierte Texte aus *Sterblich sein* von Atul Gawande, *Arzt und Patient* von Joachim Bodamer sowie aus Bernhard Lowns Buch *Die verlorene Kunst des Heilens*. Alle Autoren haben sich kritisch mit unterschiedlichen Aspekten der «Verökonomisierung» der Medizin auseinandergesetzt. Dr. Michael Holzapfel erörterte in seinem Vortrag den Begriff der Würde aus philosophisch-historischer Sicht, von Pico della Mirandola bis Viktor von Weizsäcker. Würde sei ein humanistischer Wert, der je nach Zeitgeist erst in der jeweiligen Situation entfaltet würde. Dr. Holzapfel konstatiert, dass mit der datengestützten Ökonomisierung und der zunehmenden Digitalisierung in der Medizin die Gefahr einer Dissoziation von sinnlicher, prozesshafter, beziehungsgestalteter, narrativer, emotionaler und mentalisierender Integration bestünde.

Über die Würde im klinischen Alltag

Prof. Dr. Roger Schmidt, Abteilung für Psychosomatik, Kantonsspital St. Gallen, sprach über «Critical Incidences compromising Dignity». Es gebe eine Verleugnung der Würde im klinischen Alltag. Sie könne in der Medizin situativ verloren gehen und bleibe zu oft unerwähnt, in der Öffentlichkeit, aber auch bei den Beteiligten persönlich, etwa im Austausch der Medizinalpersonen. Wichtig sei, so Prof. Schmidt, sich über das Unerhörte und Unsagbare austauschen zu können. Das brauche Zeit und Raum und nicht ökonomischen Druck. Würde im Umgang mit sich selbst sei im Arztberuf vonnöten, die Balance zwischen selbstbestimmter Verantwortung und Überforderung.

PD. Dr. Ina Hinnenthal, Chefarztin der Psychiatrie in Imperia, Ligurien, berichtete von absurden Einschränkungen des medizinischen Alltags in unterschiedlichen Einrichtungen, für die sie zuständig sei. Michaela Forster, MAS in Palliative Care, vom Kantonsspital St. Gallen sprach über die «Dignity Therapy» und wie sie im Alltag der Palliativabteilung praktische Anwendung findet. Ein Ansatzpunkt sei, das Leben zu würdigen, bevor es zu Ende gehe, etwa indem man Menschen dabei helfe, ihre Lebensgeschichte aufzuschreiben.

Radiobericht
Über die Tagung «Ökonomie versus Würde» wurde im Saarländischen Rundfunk ein Bericht ausgestrahlt, der auf www.sr-mediathek.de zu hören ist.



Giovanni Maio beklagte die Tendenz zu vorgefertigten Handlungsanweisungen mit dem Ziel der Effizienzsteigerung.

Fünf Charakteristika der menschlichen Würde

Prof. Giovanni Maio sprach in seinem Vortrag darüber, dass Medizinerinnen und Mediziner in der ärztlich-therapeutischen Situation als Behandelnde dazu angehalten seien, auf Fragen des Patienten eine angemessene Antwort zu geben. Die «Angemessenheit» müsse fünf Charakteristika der menschlichen Würde berücksichtigen: Unverfügbarkeit, Unersetzbarkeit, Unverwechselbarkeit, Unvertretbarkeit und Uneinholbarkeit. Was wir in der modernen Medizin betreiben, sei die Reduktion des «Kosmos des Anderen» auf das, was wir schon kennen – zum Zweck der Handhabbarkeit. Es entstehe ein «Diktat der Stromlinienförmigkeit». Diese Würde in den standardisierten Abläufen gefordert.

Prof. Maio entfaltete auch fünf konstituierende Merkmale des Menschseins im medizinischen Kontext: Singularität, Situativität, Perspektivität, Kontextualität, Prozessualität. Es bestünde eine Singularität für jeden Menschen, selbst bei gleicher Erkrankung. Gerade hier

gäbe es die Unterscheidung zwischen Krankheit und Kranksein, das nur in seiner Singularität begriffen werden könne, ansonsten würde man von einem Reparaturparadigma ausgehen. Mit Situativität sei die Situation der Arzt-Patienten-Begegnung gemeint, die immer einzigartig und neu sei und im nächsten Moment wieder anders sein könne. Hier benötige die Patientin oder der Patient eben Hilfe zur Bewältigung der speziellen Situation. Mit der Perspektivität solle ausgedrückt werden, dass es notwendig sei, unterschiedliche Perspektiven zuzulassen, der Patient, aber auch der Arzt hätte seine eigene Perspektive auf das Geschehen. Kontextualität wiederum beinhalte Komplexität. Es gäbe immer einen komplexen Kontext des Krankseins, der berücksichtigt werden müsse, denn er habe letztendlich grossen Einfluss auf die Erkrankung. Prozessualität beinhalte die Wandelbarkeit, wobei es gelte, nicht nur eine Aktion zu verfolgen, sondern Interaktion zu ermöglichen.

In der Diskussion erläuterte Prof. Maio, dass Algorithmen kein «Beurteilungsvermögen» bei der Vielschichtigkeit der Situation des Krankseins haben könnten, dafür brauche es den Arzt mit seiner Erfahrung. Damit in Zusammenhang stehe auch, dass nicht nur zweckrationalistisches Denken erforderlich sei, sondern hermeneutisches, den Standpunkt des Patienten einnehmendes, nicht induktives, sondern deduktives Denken mit der Frage, was passend sei. Medizin als Dienstleistung und der Patient als «Kunde» lassen den Patienten allein in seiner Not, denn dieser könne in Wahrheit gar nicht wirklich wählen, weil immer ein nicht zu leugnendes Wissensgefälle zwischen Ärztin oder Arzt und Patientin oder Patient bestehe.

Die nächste Tagung ist geplant für das letzte Septemberwochenende 2021 auf dem Monte Verità.

Bildnachweise

© Albinio / Eigenes Werk, CC-BY 4.0, <https://commons.wikimedia.org/w/index.php?curid=64179658> (Landschaftsbild)
© Susanne Bertsch, Berg (D), Personen

Das Wichtigste in Kürze

- Die Tagung «Sinne, Sinnlichkeit und Sinn im Arztberuf» fragte, wie man den Arztberuf wieder mit «sinnhaftem» Inhalt statt mit «unattraktiven Fleissaufgaben» füllen könne.
- Als wissenschaftlich in der Medizin gelten aktuell Algorithmen, repräsentiert durch vorgefertigte Entscheidungsbahnen. In der Medizin geht es aber nicht nur um Fakten, sondern um Krankheit in ihrer Bedeutung für den Patienten.
- Die Tagung «Ökonomie versus Würde» unterstrich, die moderne Medizin betreibe zu sehr eine Reduktion des «Kosmos des Anderen» auf das bereits Bekannte – zum Zweck der besseren Handhabbarkeit.

L'essentiel en bref

- La réunion «Sinne, Sinnlichkeit und Sinn im Arztberuf» posait la question de savoir comment intégrer à la profession de médecin du contenu «signifiant» au lieu de «tâches rébarbatives».
- Les algorithmes sont considérés comme des outils scientifiques en médecine, représentés par des décisions préconstruites. En médecine, il n'est pas que question de faits, mais aussi de maladie dans son importance pour le patient.
- La réunion «Ökonomie versus Würde» (Économie vs dignité) a souligné que la médecine moderne réduisait trop le «Cosmos de l'Autre» à ce qui est déjà connu, ceci en vue d'une meilleure applicabilité.

Dr. med. Melitta Breznik
melitta.breznik[at]cseb.ch

Dr. med. Michael Holzapfel
michael.holzapfel[at]
clanicum-alpinum.li

«J'ai retrouvé le plaisir d'exercer la médecine»

Julia Rippstein

Rédactrice print online

Près d'un tiers des médecins en Suisse viennent de l'étranger. Pourquoi ont-ils quitté leur pays? Quels obstacles ont-ils rencontrés? Que pensent-ils de notre système de santé? Nous tentons de répondre à ces questions dans la rubrique «Bonjour la Suisse». Dans ce numéro, le généraliste Jacques Boulan évoque ce qui l'a poussé à quitter la banlieue de Roanne, dans la Loire, pour s'installer à Colombier (NE).

«Mon cabinet a été presque entièrement vidé: je me faisais fréquemment voler, des magazines dans la salle d'attente au paillason en passant par le papier toilettes», raconte Jacques Boulan lorsqu'il explique ses conditions d'exercice en France. Ne supportant plus les incivilités et menaces quotidiennes, le praticien généraliste quitte en mars 2019 la ville de Roanne, à 80 kilomètres au nord-ouest de Lyon, pour entamer une nouvelle tranche de vie en Suisse. Depuis lors, Jacques

Boulan est installé dans un cabinet de la paisible bourgade de Colombier, au bord du lac de Neuchâtel. A 55 ans, il a retrouvé équilibre, bien-être et goût de la médecine. «Je regrette simplement de ne pas l'avoir fait plus tôt.» Son vécu reflète le lot d'un grand nombre de médecins dans l'Hexagone: «Les conditions d'exercice sont déplorables, je plains le corps médical français», résume-t-il. Un état de fait d'autant plus marqué dans les zones défavorisées, où la précarité côtoie la délinquance et où le médecin expatrié avait son cabinet.



Jacques Boulan au sujet des conditions d'installation pour les médecins étrangers: «Si la Suisse continue de serrer la vis, elle court un vrai danger de manquer de généralistes.»

Bracelets électroniques

«Je traitais des gens portant des bracelets électroniques aux pieds, qui n'avaient souvent aucun respect pour les médecins. Je me suis fait menacer et en suis presque venu aux mains avec un patient. Là, je me suis dit que c'en était trop.» A 25 euros l'acte, Jacques Boulan devait enchaîner les patients pour que cela soit rentable: «Je faisais 50 à 60 actes par jour, la plupart du temps pour des prescriptions de médicaments. Pour moi, ce n'était plus de la médecine.»

Pour le quinquagénaire, le vase était plein. Sur conseil d'un confrère français installé en Suisse, il se met à y chercher un cabinet. Après une année et demi, il finit par trouver la perle rare: «Je voulais être dans un cabinet en indépendant. Les centres médicaux sont à mon avis des arnaques, tenus par des financiers qui se font de l'argent sur le dos des médecins étrangers. Ne parlant pas l'allemand, je me suis cantonné à la Suisse romande. On m'a fait des propositions intéressantes, mais dans des régions très reculées. Je ne m'y voyais pas», concède celui qui a un diplôme en micronutrition et dit attirer une patientèle davantage urbaine.

Face aux clichés, mieux vaut se taire

Comment se sont passés ses débuts en Suisse? «Difficiles», lâche le Français en évoquant le défilé de pape-rasse pour l'obtention des équivalences et autorisations de pratique et de facturation. Un processus qui durera six mois et lui fait perdre la patientèle de son prédécesseur. A cela s'ajoute un accueil parfois réservé

«Il y a en Suisse un grand respect du médecin qu'il n'existe plus dans l'Hexagone», dit Jacques Boulan, frappé par la politesse helvétique.

de certains confrères et consœurs. L'étiquette du médecin étranger venu chercher l'eldorado, Jacques Boulan se l'est vu affubler à plusieurs reprises. A tort: «Dans les faits, je gagnais mieux ma vie en France, car je traitais les patients à la chaîne et le coût de la vie était nettement moins cher. Mais j'avais perdu le plaisir d'exercer et ne voyais plus le sens de mon métier.» Bien décidé à s'intégrer au plus vite, il prend sur lui et se tait face aux remarques. Une stratégie payante: l'expatrié a désormais un solide cercle d'amis, dont il a d'abord fallu gagner la confiance. «Ce n'est pas facile d'entrer en contact avec les gens, mais une fois qu'on a brisé la glace et témoigne de l'envie de créer une amitié, des liens forts naissent.» Tennis de table, théâtre, fitness: le médecin de la Loire n'est pas resté les bras croisés pour enrichir sa vie sociale.

Une histoire de porte-manteau

Aujourd'hui, le quinquagénaire se dit comblé par sa nouvelle vie en terres helvétiques. Très reconnaissant de cette seconde chance et d'«avoir enfin le temps» de traiter ses patients, le Français souligne la grande politesse des Suisses. Cela le frappe lorsqu'il voit les patients accrocher bravement leur veste à l'entrée. Impensable en France, où il avait «par précaution» renoncé à installer un porte-manteau, de peur de se le faire voler. «Il y a ici un grand respect du médecin qu'il n'y a plus dans l'Hexagone», déplore Jacques Boulan. Il s'est aussi fait à la rigueur toute helvétique: «Sur le plan professionnel, il vaut mieux être cadré.»

Quant à la pratique médicale, quelles différences avec la France? A Roanne, le généraliste menait régulièrement des consultations pédiatriques – environ 10 par jour – et gynécologiques, ce qui ne lui arrive plus à Colombier. «Ce sont deux modes d'exercice différents.»

La crise du Covid a eu de fortes répercussions sur son quotidien. Pendant la première vague, Jacques Boulan a vu son activité baisser de 70%. Fin octobre, il a lui-même contracté le virus, qui l'a affaibli pendant plusieurs semaines. Les rendez-vous ont heureusement repris une cadence normale, voire augmentée. Le Français pose un regard plutôt critique sur la gestion de la pandémie en Suisse, qui a connu près de 10 000 de nouveaux cas au pic de la deuxième vague. Il pointe du doigt une mauvaise anticipation et un fort relâchement des mesures durant l'été. «Mais la situation n'est pas meilleure en France», concède-t-il.

Une qualité de vie qui a un prix

Jacques Boulan émet aussi des réserves par rapport au durcissement des conditions d'installation pour les médecins étrangers, alors que la Suisse fait déjà face à une pénurie de professionnels dans certaines régions: «Si le pays continue de serrer la vis, je pense qu'il court un grand danger de ne pas disposer de suffisamment de généralistes à l'avenir.» Les médecins français sans titre FMH n'ont pas le droit de facturer les soins de plus de vingt minutes, ce qui est «problématique dans un pays où le coût de la vie est cher» selon l'expatrié. Ayant obtenu sa thèse avant 2001, il peut, lui, facturer

Le Covid-19 a eu de fortes répercussions sur son quotidien: durant la première vague, le généraliste a vu son activité baisser de 70%.

comme un médecin suisse. «Sinon ce serait très difficile économiquement.» Il comprend que cela rebute certains médecins étrangers. Sans parler des montants considérables à verser chaque mois aux assurances. Bien que l'Helvétie soit «un pays magnifique avec une qualité de vie incroyable» et qu'il s'y sente très bien, Jacques Boulan pense qu'il ne pourra pas y rester une fois à la retraite: «La cherté de la vie est telle que je vais probablement devoir rentrer en France.» Même s'il ne s'y rend plus si souvent qu'au début, le généraliste a gardé des liens étroits avec son pays. Il a en tout cas une belle raison de retourner un jour au bercail: sa fille fait des études à Paris.

Crédits photo
© Jacques Boulan

Pour notre rubrique «Bonjour la Suisse», nous recherchons des médecins étrangers intéressés à raconter ce qui les a motivés à venir en Suisse et comment ils y vivent. Vous pouvez nous faire part de votre intérêt par courriel: [julia.rippstein\[at\]emh.ch](mailto:julia.rippstein[at]emh.ch)

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

Misshandelte Kinder: Zunahme der Fälle

Die Kinderschutzgruppe und Opferberatungsstelle des Universitäts-Kinderspitals Zürich verzeichnete 2020 eine Zunahme der gemeldeten Verdachtsfälle von Kindsmisshandlungen. Insgesamt wurden 592 Fälle bearbeitet, 48 mehr als im Vorjahr. Das ist die höchste Fallzahl, die am Kinderspital Zürich je erfasst wurde. Bei 397 Kindern musste eine Misshandlung bestätigt werden, bei 168 Kindern blieb der Verdacht bestehen, konnte aber nicht erhärtet werden.

Expertinnen und Experten vermuten, dass die Pandemie für die Zunahme der Fälle ausschlaggebend war: Lockdown, Homeoffice und vorübergehende Schulschliessungen sorgten für mehr Stress und vermehrte Konflikte. Die Belastung stieg: Grosseltern etwa konnten bei der Kinderbetreuung weniger aushelfen, Eltern waren häufiger auf sich alleine gestellt. Finanzielle Engpässe aufgrund der Pandemie können zudem existentielle

Ängste auslösen. Alles bekannte Risikofaktoren für Kindsmisshandlungen.

Eine weitere mögliche Erklärung: Durch das vermehrte Arbeiten im Homeoffice ist der Kontakt zur Nachbarschaft intensiviert. Es ist also möglich, dass es nicht mehr Misshandlungen gibt, sondern dass Unbeteiligte häufiger hinschauen und eingreifen.

(kispi.uzh.ch)



2020 registrierte das Unispital Zürich die höchste Zahl an Verdachtsfällen von Kindsmisshandlungen (© Eranicle | Dreamstime.com).

Syndrome des ovaires polykystiques: le rôle de l'épigénétique

Le syndrome des ovaires polykystiques (SOPK) est le trouble de la fertilité le plus fréquent. Si la composante héréditaire est bien établie, les mécanismes de transmission de mère en fille étaient jusqu'ici méconnus. Une étude de l'Inserm révèle le rôle prépondérant de l'épigénétique, ouvrant la voie à de nouvelles pistes diagnostiques et thérapeutiques. Les scientifiques ont ainsi exposé des souris gestantes à un excès d'hormone anti-müllérienne (AMH) pour induire l'apparition d'un SOPK chez leurs petits. Elles ont ensuite été croisées sur trois générations, sans être exposées à de l'AMH exogène. A chaque génération, les femelles nées présentaient les symptômes du

SOPK. Les scientifiques ont alors analysé l'ARN et l'ADN dans les ovaires des souris et identifié 102 gènes dont l'expression diffère de celle observée chez des animaux sans symptômes. Traitées avec un produit capable d'ajouter des groupes méthyles sur l'ADN, les femelles de la troisième génération n'avaient plus de traits associés au SOPK et l'expression normale de plusieurs gènes impliqués dans la reproduction, l'inflammation et le métabolisme était restaurée. Des échantillons de sang humain de femmes atteintes du SPOK ont montré les mêmes modifications épigénétiques que celles des souris avec des symptômes du SOPK.

(Inserm)

Le géospatial pour mieux comprendre la maladie de Parkinson

La probabilité de développer la maladie de Parkinson dans le canton de Genève est plus importante à proximité des centres-villes que dans les zones rurales, selon une étude des HUG menée avec des spécialistes de l'analyse spatiale de l'EPFL. «Il existe une association



Les causes de l'apparition de la maladie de Parkinson restent largement méconnues (© Pop Nukoonrat | Dreamstime.com).

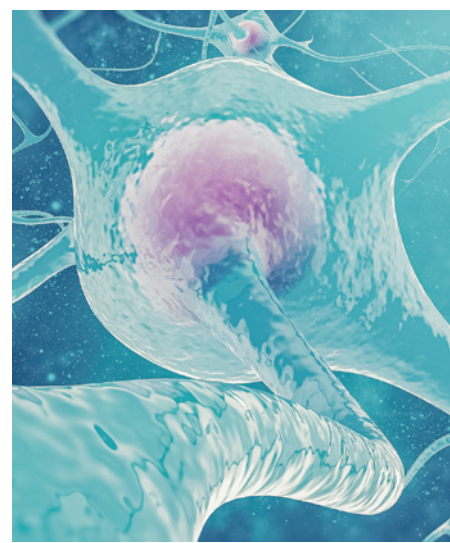
positive significative entre ces points chauds et le degré de pollution de l'air, qui fait suspecter un lien entre la maladie de Parkinson et la pollution atmosphérique. Notre étude met en évidence deux faits clés: la nature multifactorielle de la maladie de Parkinson et l'importance d'améliorer la qualité de l'air pour prévenir la maladie», explique Dre Vanessa Fleury. La maladie de Parkinson, qui détruit progressivement certains neurones du cerveau, touche environ 15 000 personnes en Suisse. Si les causes de son apparition restent largement méconnues, il est admis qu'elle trouve souvent son origine dans une combinaison de facteurs de risque de nature génétique et environnementale. Parus dans *Parkinsonism & Related Disorders*, ces résultats sont majeurs pour l'étude de ces causes encore mal connues.

(HUG)

Durchbruch bei der Modellierung von Nervenzellen

Forschende am Institut für Physiologie der Universität Bern haben eine Methode entwickelt, mit der sich der komplizierte Aufbau der Nervenzellen im Gehirn deutlich vereinfachen lässt, ohne an Genauigkeit zu verlieren. Das wichtigste Ergebnis der Arbeit ist die Methode selbst: ein flexibler und dennoch genauer Weg, um reduzierte Modelle von Nervenzellen aus experimentellen Daten und morphologischen Rekonstruktionen zu erstellen. Denn in den Neurowissenschaften gibt es seit jeher einen Kompromiss zwischen der Genauigkeit eines Modells einer Nervenzelle und ihrer biologischen Komplexität. Trotz detaillierter Computermodelle ist es schwierig, alle möglichen Reaktionen solcher Modelle erschöpfend zu erfassen und auf einem Computer zu simulieren. Dies könnte sich nun mit den neuen Erkenntnissen der Berner Forscher ändern: KI-Anwendungen können künftig Informationen ähnlich wie das Gehirn verarbeiten. Davon wird vor allem die Hirnforschung massgeblich profitieren.

(Universität Bern)



Modellierung von Nervenzellen (© Rostislav Zatonkskiy | Dreamstime.com).

Metoclopramid hemmt die Vermehrung von Leukämie-Stammzellen

Ein Forschungsteam des Inselspitals, des Universitätsspitals Bern und der Universität Bern hat einen Wirkstoff identifiziert und untersucht, der die Vermehrung von Leukämie-Stammzellen wirksam eindämmen kann. Das als Antiemetikum eingesetzte Medikament Metoclopramid (MPR) unterbricht spezifisch den Signalweg, den nur Leukämie-Stammzellen zu ihrer Vermehrung nutzen. Damit öffnet sich ein neuer Therapieansatz: Mittels MPR könnten die Leukämie-Stammzellen in Zukunft selektiv eliminiert werden.

(insel.ch)

... Daniela Bertschy, Leiterin Pflege und Mitglied der Geschäftsleitung in der Klinik Arlesheim

«Es gibt bei uns kein Gärtchen-Denken»

Daniel Lüthi

Freier Journalist und Fotograf, Medientrainer, Bern

Es mache ihr nichts aus, ab und zu im Regen zu stehen, sagt Daniela Bertschy beim Fototermin. «Das Leben findet nicht nur auf der Sonnenseite statt», ergänzt sie, und die Mehrdeutigkeit ihrer Aussage ist sofort klar: Auch wenn sie heute vorwiegend Managerin ist, schlägt das Herz dieser Pflegefachfrau für kranke Menschen, psychisch kranke vor allem.

Tandems

Wunden verbinden? Daniela Bertschy zuckt zusammen. «Nein, gar nicht – meine Kernkompetenz ist reden.» Und planen, organisieren, wäre anzufügen. Mit diesen Fähigkeiten hat sie sich in der Klinik Arlesheim bis in die Geschäftsleitung emporgearbeitet, was für



eine Pflegefachfrau sicher selten ist. Und von Beginn weg hat sie neuen Wind in die anthroposophische Institution gebracht, die dieses Jahr 100-jährig wird. «Tandem» ist ihr Credo – ein Grundsatz, der hier inzwischen auf allen Hierarchiestufen verwirklicht ist. Das Tandem-Modell beinhaltet, dass von der Stations- bis zur Klinikleitung auf allen Ebenen immer je ein Vertreter/eine Vertreterin der Pflege und der Ärzteschaft die Verantwortung gemeinsam übernehmen bzw. teilen. «Als ich hier ankam, war ich mit den klassischen Grabenkämpfen zwischen Ärzteschaft und Pflege konfrontiert», erklärt Bertschy. «Das hat mit einem Denken in Professionen zu tun und ist letztlich eine Machtdiskussion.» Ihre Leitungsjobs hat sie nur unter der Bedingung übernommen, dass an diesen traditionellen Strukturen und Barrieren etwas geändert wird. «Das Management soll unabhängig sein von der Basis-Profession», erklärt Bertschy. «Es geht um ein Miteinander und darum, dass wertvolle Energie nicht in einem Gegeneinander verpufft, sondern den Patientinnen und Patienten zugutekommt.»

Wichtig sei, dass sie für solche Grundsätze nicht gekämpft, sondern nur mit guten Argumenten geworben habe. Anlaufschwierigkeiten habe es schon gegeben, beispielsweise dann, wenn es um den zuständigen

«Ich war mit den klassischen Grabenkämpfen zwischen Ärzteschaft und Pflege konfrontiert.»

Ansprechpartner ging: «Das neue Modell zu leben war zu Beginn recht anstrengend.» Jetzt funktioniere das meiste sehr gut. «Die Basis ist mehr involviert, und damit ist auch die Akzeptanz von Entscheiden höher.»

Sorgfalt

Bloss bei sich selbst scheint es zurzeit Korrekturbedarf zu geben. Ihre Doppelrolle müsse geschärft werden, sagt Daniela Bertschy, «es gibt Phasen, wo ich nicht alles reinkriege, und dann fehlt mir manchmal die Sorgfalt in der Themenbearbeitung».

«Sorgfalt» ist für diese Pflegefachfrau in dieser Klinik ein Schlüsselbegriff. Darauf angesprochen, was denn aus ihrer Sicht diese anthroposophische Klinik von anderen, «herkömmlichen» Spitälern unterscheide, verwendet sie den Begriff «die gemeinsame Sorgfalt». Jede Patientin, jeder Patient habe hier einen Namen, «wir sprechen nicht vom Blinddarm im Zimmer 27». In der Psychiatrie hätten alle Patientinnen und Patienten vom Eintritt bis zum Austritt vier Bezugspersonen, zwei aus der Ärzteschaft und zwei aus der Pflege, «ein Behandlungsteam, auf das sich ein Patient einlassen kann. Gemeinsam versuchen wir, vom jeweiligen

Zur Person



Daniela Bertschy wurde 1980 in Luzern geboren. 1998 bis 2001 absolvierte sie die Schule für Krankenpflege am Kantonsspital Luzern. Sie bildete sich weiter in der Psychiatrie- und der anthroposophischen Pflege. 2003 begann sie als Dauernachtwache ihre Tätigkeit in der anthroposophischen Klinik Arlesheim, die dieses Jahr – so gut es in der aktuellen Situation möglich ist – ihr 100-Jahr-Jubiläum feiert.

2012 wechselte Bertschy in den Tagdienst, 2013 wurde sie Stationsleiterin Psychiatrie. Seit 2017 leitet sie den Bereich Pflege der ganzen Klinik; zudem ist sie Mitglied der vierköpfigen Klinikleitung. Daniela Bertschy ist verheiratet und Mutter von zwei erwachsenen Kindern. Sie lebt mit ihrer Familie in Lausen (BL).

kranken Menschen ein grösseres Bild zu erhalten und ihn nachher auch mit einem möglichst umfassenden Ansatz zu behandeln.»

Und was bedeutet «Sorgfalt» für die andere Seite, die Angestellten? «Der Umgang ist anders als dort, wo ich früher gearbeitet habe», sagt Daniela Bertschy. «Wir werden hier geschätzt und ernst genommen. Ist jemand unzufrieden, kann er Änderungen vorschlagen und mitgestalten.» Das Dilemma, seine Zeit zwischen administrativen Arbeiten und dem Dienst am Patienten aufteilen zu müssen, existiere wie überall. Aber: «Hier gibt es Spielräume, und die werden auch genutzt.»

Anthroposophische Medizin

Medizin und Pflege, die in der Klinik Arlesheim angeboten werden, basieren auf anthroposophischen Grundsätzen, die auf Rudolf Steiner zurückgehen – und auf die sozial engagierte Frauenärztin Ita Wegman, die diese Klinik vor 100 Jahren gegründet hat. Als Frau sei sie besonders stolz auf das, was diese Frau geschaffen habe, sagt Daniela Bertschy, und sie sei schon lange fasziniert vom anthroposophischen Ansatz in der Medizin und der Pflege. Und sie fügt, ziemlich überraschend, hinzu: «Und dies, obschon ich selbst keine Anthroposophin bin und Steiner nicht ausführlich gelesen habe.»

Anders als in anderen Kliniken sei hier der gesamtheitliche Ansatz, erklärt Bertschy, legt aber Wert auf die Präzisierung, dass in Arlesheim keine alternative, sondern – nebst der Schulmedizin – eine komplementäre Medizin angeboten werde. Dazu gehören zum Beispiel die sogenannten «äusseren Anwendungen» wie Bäder,

Wickel, rhythmische Massagen und Einreibungen (mit Öl oder Salben), dazu gehören Elemente wie Phytotherapie, Sprachgestaltung, das Heilsingen, Gestalten mit Ton und mit Tönen, kunsthandwerkliches Arbeiten und Musiktherapie also. Und: Dazu gehört der Ansatz, dass Selbstwirksamkeit und Entwicklung beim Patienten unterstützt werden sollen, statt ihn in der Opferrolle versinken zu lassen.

Einzelne dieser Komponenten gebe es in anderen Spitälern auch, ja, aber: «Was mich hier so fasziniert, ist das sorgfältige Zusammenspiel von allem.» Sie finde heute in Arlesheim kaum mehr Dogmatismus. Damals, als es noch zwei Kliniken gegeben habe, die Ita-Wegman- und die Lukas-Klinik, seien die Meinungen darüber, was unter Anthroposophie zu verstehen ist, weit auseinandergegangen, «da prallten Welten aufeinander».

2014 wurden die beiden Häuser zusammengelegt und philosophische Gräben zugeschüttet; ein Prozess, der offenbar nie ganz abgeschlossen ist, zumindest organisatorisch nicht. «Wir sind als lernende Organisation immer wieder daran, unser Organigramm zu verfeinern und unseren Weg in die Zukunft auszugestalten.»

Corona

Einer besonderen Belastungsprobe war und ist die Klinik Arlesheim – wie andere Spitälern auch – während der Corona-Pandemie ausgesetzt. «Viele wollten ja Covid-19-Patienten zum Schutz ihrer Mitarbeitenden nicht behandeln, die Rede war sogar von 'sauberen Spitälern', erzählt Bertschy mit spürbarer Empörung. Ihre Klinik habe zum Glück schon lange viel Erfahrung

«Wir setzen uns für eine aktive Aufklärung und eine freie individuelle Impfentscheidung ein.»

mit Lungenpatienten, deshalb seien hier vor allem während der zweiten Welle in einer speziell geschaffenen Isolierstation bisher über 100 Covid-Kranke behandelt worden. «Das haben wir mit unserem eigenen Personal gestemmt; die interne Solidarität war und ist sehr eindrücklich», berichtet Bertschy, «diese Krise hat die DNA dieser Klinik schön gezeigt: Es gibt bei uns kein Gärtchen-Denken.»

Nun ist ja bekannt, dass es gerade in anthroposophischen Kreisen Corona-Skeptiker oder sogar -Leugner gibt – wie waren die konkreten Erfahrungen in Arlesheim diesbezüglich? «Es gab einen einzigen Mitarbeiter, der sich öffentlich in diese Richtung geäußert hat», bestätigt Daniela Bertschy als Mitglied der Klinikleitung. Er werde dies nicht mehr tun, und es sei klar, dass

sich in diesem «Corona-Referenzspital» alle an die geltenden Vorschriften und Empfehlungen halten würden. Eine klare Haltung nimmt die Klinik Arlesheim auch beim Thema «impfen» ein. Auf ihrer Website schreibt sie: «Wir sehen Impfungen als wichtigen Beitrag zur Reduktion von gefährlichen Krankheiten an. Wir setzen uns für eine aktive Aufklärung und eine freie individuelle Impfentscheidung ein.» Beim Kanton habe man schon lange darum gebeten, dass sich die Mitarbeitenden impfen lassen können, dies laufe bald an.

Die andere Seite

Ausgangspunkt einer weiteren Überraschung bei dieser Begegnung ist der Schreibzeughalter auf dem Besprechungstisch: Er wirbt für den Eishockey-Club Ambri-Piotta. «Ja, ich habe ein zweites Leben», kommentiert Daniela Bertschy mit Freude. Eines, in dem die Sorgfalt nicht die Hauptrolle spielt. Als Kind habe

«Im Stadion geht es dann laut und wild zu und her, da kann ich auch mal schreien oder fluchen.»

sie selbst Eishockey gespielt, und während eines Praktikums im Tessin habe sie den HC Ambri-Piotta kennen- und schätzen gelernt. Seither reise sie während der entsprechenden Saison zweimal pro Monat südwärts, mittlerweile sei ihre ganze Familie mit diesem Virus infiziert. «Im Stadion geht es dann laut und wild zu und her, da kann ich auch mal schreien oder fluchen», das tue gut und das brauche sie als Ausgleich. Das – und die Gewissheit, dass sie auch zu Hause auf ein gut funktionierendes Tandem zählen könne. «Wenn mein Mann und ich uns etwas in den Kopf gesetzt haben, verwirklichen wir es einfach, auch wenn wir keine handwerklichen Spezialisten sind.» So haben die beiden beispielsweise ein mit Holz beheizbares Badefass gebaut und in den Garten gestellt. Und sie haben sich einen alten Lieferwagen gekauft und umgebaut. «Nein, das ist kein Camper», präzisiert Daniela Bertschy, «sondern ein Lieferwagen ohne Fenster und Vorhänge und Chichi. Wir campen auch nicht, wir fahren manchmal einfach weg und übernachten irgendwo.» In Irland beispielsweise, auf einer Klippe. «Und am Morgen öffnen wir die Tür und sehen aufs Meer.» Einen gewissen Hang zur Romantik kann diese sonst sehr bodenständige Frau wohl also nicht abstreiten. Ihre Freude am Regen könnte auch damit zu tun haben.

Bildnachweis

Fotos: Daniel Lüthi

Der Arztbesuch als Luxus

Daniel Schröpfer

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



Die Gesundheitsversorgung der Schweizer Bevölkerung ist auf hohem Niveau, lese ich in vielen Studien. Im Vergleich zu anderen Ländern, insbesondere in Europa, sind wir Spitzenreiter. Aber sind in den Studien alle Menschen, die ärztliche Unterstützung benötigen, wirklich berücksichtigt?

Ein nicht unerheblicher Anteil an Familien, Paaren und alleinstehenden Menschen kann sich eine ärztliche Versorgung aus finanziellen Gründen nicht leisten. Viele Menschen haben Schwierigkeiten, die Krankenkassenprämien zu bezahlen, und bemühen sich um Unterstützung in Form einer Prämienverbilligung. Doch die Anspruchsvoraussetzungen dafür sind in den letzten Jahren in vielen Kantonen verschärft worden, und die gesprochenen Zuwendungen sinken deutlich. Einige Menschen unserer Gesellschaft können ihre Prämien für die Krankenkasse nur intermittierend zahlen und werden dafür – je nach Wohnkanton – mit einem Eintrag in der «schwarzen Liste» «belohnt». Damit ist verbrieft, dass nur lebensnotwendige Therapien bezahlt werden. Wer entscheidet dies? Zu welch absurden Situationen dies führt, ist wiederholt der Tagespresse zu entnehmen. Die Auswertungen des Bundes bestätigen meine Aussagen: Gemäss Daten des Bundesamtes für Statistik [1] sind die Gesundheitskosten pro Person und Monat zwischen 2010 und 2018 von CHF 662 auf 785 gestiegen.

Viele Familien, Paare und alleinstehende Menschen können sich eine ärztliche Versorgung aus finanziellen Gründen nicht leisten.

Dies entspricht einer Steigerung von knapp 20%. Das durchschnittliche verfügbare Einkommen der Privathaushalte im gleichen Jahr betrug CHF 7069 pro Monat – wobei die Löhne von mehr als 60% aller Schweizer Haushalte unter diesem Wert liegen [2].

Ein Arztbesuch wird zu einem (fast) unerreichbaren Luxus. Provokativ ausgedrückt: Die medizinische Grundversorgung ist in der Schweiz abhängig von der sozialen Situation, insbesondere der finanziellen Situation.

Diese Entwicklung der letzten Jahre verfolge ich mit grossen «Bauchschmerzen». Die Anzahl der betroffe-

nen Erwachsenen, die sich keinen Arztbesuch leisten können, steigt jährlich. Das sind Menschen, die arbeiten, eine Familie unterhalten und mitten unter uns leben. Aus meiner Sicht ergibt sich zusätzlich ein Problem bei den Heranwachsenden. Diese lernen aus dem Verhalten der Eltern respektive Bekannten, dass trotz Berufstätigkeit bei (irgendwie aushaltbaren) gesundheitlichen Beschwerden keine ärztliche Versorgung in Anspruch genommen wird. Zudem kann dadurch für

Erreichen die bisher getroffenen Massnahmen auch jene Menschen, die ihre Krankenkassenprämien nicht oder kaum zahlen können?

Kinder und Jugendliche der Eindruck entstehen, dass die Notfallstation die erste Anlaufstelle in der Gesundheitsversorgung sei – aus meiner Sicht höchst bedenkliche Entwicklungen.

Wäre es nicht an der Zeit, die Rahmenbedingungen so zu setzen, dass es allen Menschen unabhängig von ihren gesellschaftlichen Determinanten möglich ist, die medizinische Grundversorgung in Anspruch zu nehmen?

Eine Anstrengung, die sich aus meiner Sicht lohnen würde – und eine Entwicklung mit nachhaltigen Folgen für unser Gesundheitswesen darstellen würde. Es geht mir nicht darum, bisherige Veränderungen und Lösungsvorschläge zu be- oder verurteilen, doch sind diese für die zukünftigen Herausforderungen adäquat? Erreichen die bisher getroffenen Massnahmen auch jene Menschen, die ihre Krankenkassenprämien nicht oder kaum zahlen können? Zeigen geplante Massnahmen für diesen Personenkreis Wirkung?

Wir sollten uns auch die Frage stellen, wo wir in der Schweiz diesbezüglich im Hinblick auf die Millennium Development Goals (MDG) der WHO stehen.

Jede Anstrengung in Richtung einer positiven Veränderung sollte unterstützt werden. Der Arztbesuch ist kein Luxus und muss allen möglich sein.

Literatur

- 1 www.bfs.admin.ch/bfs/de/home/statistiken/gesundheit/kosten-finanzierung.assetdetail.14840816.html
- 2 www.bfs.admin.ch/bfs/de/home/statistiken/wirtschaftliche-soziale-situation-bevoelkerung.assetdetail.14963784.html

daniel.schroepfer[at]zuerich.ch



„Entweder wir nehmen das neue Nasenspray vom Markt,
oder wir machen es etwas billiger...“