

# Schweizerische Ärztezeitung

**456** Editorial  
von Yvonne Gilli  
**Politik mit  
Gesundheitsfolgen**

**477** Tribüne  
**Impfen in einem  
weltweiten Krisenfall**

**482** «Zu guter Letzt»  
von Werner Bauer  
**Communication as  
a Medical Procedure**

**457** Interview mit dem  
ehemaligen SIWF-Präsidenten  
**«Jede Horizonterweiterung  
ist ein Gewinn»**



**Verlag**

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

**Externe Redaktion**

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

**Redaktion Ethik**

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

**Redaktion Medizingeschichte**

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

**Redaktion Public Health, Epidemiologie, Biostatistik**

Prof. Dr. med. Milo Puhon

**Redaktion Recht**

Dr. iur. Ursina Pally, Leiterin Rechtsdienst FMH

**FMH**

EDITORIAL: Yvonne Gilli

456 **Politik mit Gesundheitsfolgen**

457

INTERVIEW MIT WERNER BAUER: Matthias Scholer

«**Jede Horizonterweiterung ist ein Gewinn**» Seit 2010 leitete Werner Bauer das SIWF und prägte damit die Weiter- und Fortbildung von Ärztinnen und Ärzten in der Schweiz massgeblich mit. Auf Anfang Jahr hat er den Stab nun an seine Nachfolgerin Monika Brodmann Maeder übergeben. Zeit, um auf ein bewegtes Jahrzehnt zurückzublicken. Wie fühlt es sich an, die Leitung des SIWF nach so langer Zeit abzugeben zu haben? Was war sein grösster Erfolg? Welches Ziel konnte er nicht erreichen? Welche Herausforderungen bleiben? Und was sind seine persönlichen Pläne?

PUBLIC HEALTH: Delegiertenversammlung der FMH

460 **Dolmetschen als Schlüssel zur Chancengleichheit**464 **Personalien****Nachrufe**465 **In memoriam Gabriel Duc (1932–2021)****Briefe**466 **Briefe an die SÄZ****FMH Services**470 **Stellen und Praxen** (nicht online)

## Tribüne

INTERVIEW MIT BLAISE GENTON: Julia Rippstein

477 **Impfen in einem weltweiten Krisenfall**

480 **Spectrum**

## Horizonte

STREIFLICHT: Bernhard Gurtner

481 **Anstand, Abstand und Ellbögen**

## Zu guter Letzt

Werner Bauer

482 **Communication as a Medical Procedure**

ANNA



## Wollen Sie keinen Artikel der *Schweizerischen Ärztezeitung* mehr verpassen?

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

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

**EMHMedia**  
SCHWEIZERISCHER ÄRZTEVERLAG  
EDITIONS MEDICALES SUISSES



Scan this code  
saez.ch

## Impressum

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

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

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

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

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

**Abonnemente FMH-Mitglieder:**  
FMH Verbindung der Schweizer  
Ärztinnen und Ärzte, Elfenstrasse 18,  
3000 Bern 15, Tel. +41 (0)31 359 11 11,  
Fax +41 (0)31 359 11 12, 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:  
© EMH / Bruno Kesseli

# Politik mit Gesundheitsfolgen

**Yvonne Gilli**

Dr. med., Präsidentin der FMH



Viele Menschen spüren in der Corona-Krise erstmals, dass die nationale Gesundheitspolitik nicht einfach abstrakte Themen im fernen Bern betrifft, sondern sich unmittelbar auf ihre eigene Gesundheit auswirkt: Von ihr hängt ab, ob man eine Impfung erhält oder nicht.

Verständlich also, dass in der am 19. März abgeschlossenen Frühjahrs-session vor allem die impfpolitischen Fragestellungen Beachtung fanden. Insbesondere die Impfstoffbeschaffung stand in der Kritik. Trotz aller Lieferverzögerungen und ausstehenden Zulassungen bekräftigte der Bundesrat das Ziel, bis Ende Juni alle Impfwilligen zu impfen [1]. Dieses Versprechen sollen andere einlösen, nämlich Kantone und Ärzteschaft. Die erhalten ihre Impfdosen zwar später, sollen sie aber trotzdem bis zum gleichen Termin – und die Arztpraxen auch ohne kostendeckende Vergütung – verimpfen.

## Die Folgen des ersten Kostendämpfungspakets könnten uns noch deutlich länger beschäftigen als die Corona-Krise.

Durch den Fokus auf das Corona-Geschehen erhielten andere gesundheitspolitische Geschäfte des Parlaments leider weniger bis gar keine Aufmerksamkeit, wie z.B. die Entscheidungen zum ersten Kostendämpfungspaket. Mit ihnen begann ein politischer Prozess, dessen Folgen uns noch deutlich länger beschäftigen könnten als die Corona-Krise.

Weitgehend unbemerkt von der Öffentlichkeit entschied das Parlament, dass zukünftig zwei unterschiedliche Tarifstrukturen für die gleichen Leistungen existieren sollen: eine für Einzelleistungstarife und eine für Pauschalen. Das Kostendämpfungspotenzial ambulanter Pauschalen wurde damit ohne Not verschenkt, denn eine eigene Kostenbasis für Pauschaltarife verursacht Fehlanreize und finanziert teure Spitalinfrastrukturen, wo die ambulante Arztpraxis völlig ausreichen würde. Den Anstrengungen für eine einheitliche Tarifstruktur für alle ambulanten Leistungen in der Schweiz – einschliesslich Pauschalen – bleibt als einziger Lichtblick, dass wenigstens weiterhin freiwillige Pauschalen vereinbart werden können.

Der Experimentierartikel konnte leider nicht wie geplant mit dem Sessionsende abgeschlossen werden. Nach hartem Ringen blieb unter anderem offen, ob Experimente ausschliesslich gesetzlich vordefinierten Kostendämpfungsthemen gelten dürfen – oder ob auch die Förderung von Digitalisierung und Qualität Zweck der Experimente sein dürfte. Dies wird voraussichtlich im Sommer entschieden.

Während sich einige Geschäfte bereits dem Ende nähern, steht das für die Gesundheitsversorgung weitreichendste Geschäft des ersten Kostendämpfungspakets noch am Anfang: die «Massnahmen zur Steuerung der Kosten», mit denen der Bundesrat die Tarifpartner verpflichten möchte, die für ein Kalenderjahr «gerechtfertigten» Kosten im Voraus festzulegen – und finanzielle Sanktionen für das Überschreiten dieser Kostengrenze vorzusehen. Dieser Artikel 47c KVG wurde bei seiner ersten Beratung im Oktober 2020 durch den Nationalrat knapp abgelehnt. Im April wird nun die ständerätliche Gesundheitskommission erstmals über diesen vom EDI eingebrachten Vorschlag beraten.

Die gemäss Artikel 47c festzulegende Kostenobergrenze würde nicht nur medizinische Leistungen beschränken und unserem Gesundheitswesen noch mehr Administration bescheren. Sie widerspricht auch der Bundesverfassung, wie ein Gutachten des Sozialrechtsexperten Prof. Kieser belegt: Die Grundversicherung sichert dem Versicherten im Krankheitsfall vorab definierte Leistungen zu. Es widerspräche dem Versicherungsprinzip, die beanspruchbaren Leistungen im Nachhinein zu begrenzen.

## Eine neu festzulegende Kostenobergrenze würde nicht nur medizinische Leistungen beschränken – sie wäre auch verfassungswidrig.

Es bleibt zu hoffen, dass diese Argumente in der Politik Gehör finden werden. Denn sonst könnten wir auch hier spüren, wie sich gesundheitspolitische Entscheidungen unmittelbar auf die Gesundheit auswirken – und darüber mitentscheiden, ob jemand eine Behandlung erhält oder nicht.

1 Fragestunde vom 15. März 2021. Frage 21.7261 Bregy und Frage 21.7288 Schneeberger.

Interview mit Werner Bauer, ehemaliger Präsident des SIWF

# «Jede Horizonterweiterung ist ein Gewinn»

Das Interview führte: Matthias Scholer

Chefredaktor SÄZ

Seit 2010 leitete Werner Bauer das Schweizerische Institut für ärztliche Weiter- und Fortbildung SIWF und prägte damit diesen Bereich in der Schweiz massgeblich mit. Auf Anfang Jahr hat er den Stab nun an seine Nachfolgerin Monika Brodmann Maeder übergeben. Zeit, um auf ein bewegtes Jahrzehnt zurückzublicken.

**Werner Bauer, wie fühlt es sich an, die Leitung des SIWF nach etwas mehr als zehn Jahren abgeben zu haben?**

Für mich ist das Präsidium des SIWF die schönste Tätigkeit, welche in der Schweizer Ärzteschaft zu vergeben ist. Die Aufgabe, bei der Weiterbildung der jüngeren Generation von Ärzten und der Fortbildung erfahrener Medizinerinnen mitzuwirken, war für mich über all die Jahre eine faszinierende und motivierende Herausforderung. Die gute Weiterbildung von heute ist eine Voraussetzung für die gute Qualität des Gesundheitswesens von morgen. Ich schaue mit grosser Freude und jetzt auch mit etwas Wehmut auf diese Zeit zurück. Aktuell befinde ich mich noch in einer Phase der Neuorientierung: Einerseits mehr Freiheiten, andererseits weniger Gestaltungsmöglichkeiten. Alles in allem ein nicht ganz einfacher Schritt, der aber zum Leben gehört.

**Was war Ihr grösster Erfolg als SIWF-Präsident?**

Das SIWF wurde 2009 als verantwortliche Organisation für die gesetzlich reglementierte Facharztweiterbildung im Auftrag des Bundes gegründet. Die erste grosse Aufgabe war folglich, das SIWF als oberste ärztliche Instanz im Bereich der Fort- und Weiterbildung zu verankern. Dass uns dies gut gelungen ist, zeigt sich nicht nur darin, dass das SIWF vom Bund, von den Gesundheitsdirektionen, den Fakultäten und Verbänden als kompetente Institution zur Umsetzung der Weiterbildung wahrgenommen wird, sondern auch in der Akkreditierung durch den Bund in den Jahren 2011 und 2018. Diese Bescheinigung ist äusserst wichtig, schliesslich ist das SIWF in gewissem Sinn eine Behörde, welche im Auftrag des Bundes alle eidgenössischen Facharztstitel vergibt, Weiterbildungsstätten akkreditiert und Weiterbildungsprogramme genehmigt.

**Ist das SIWF eine reine Kontrollinstanz?**

Nein, keinesfalls. Ähnlich den angelsächsischen *Colleges* versteht sich das SIWF auch als die schweizerische Institution mit dem Auftrag, die ärztliche Bildung kontinuierlich weiterzuentwickeln und sich für deren Stellenwert einzusetzen.

## Zur Person



Werner Bauer studierte in Zürich Medizin und bildete sich danach an verschiedenen Spitälern im Bereich der Inneren Medizin weiter. Der gebürtige Zürcher erwarb neben einem Facharzttitel in Innerer Medizin einen weiteren Facharzttitel im Bereich der Onkologie. Während seiner Laufbahn präsidierte Werner Bauer eine Vielzahl von Berufsorganisationen im In- und Ausland. Im Sommer 2020 verlieh ihm die Medizinische Fakultät der Universität Zürich die Ehrendoktorwürde in Anerkennung seiner grossen Verdienste um die fachärztliche Weiterbildung und die kontinuierliche lebenslange ärztliche Fortbildung sowie deren Einbettung in die universitäre Lehre.

**Können Sie uns diesen Punkt anhand einiger Beispiele verdeutlichen?**

Wir haben unter anderem im Bereich der Weiterbildung eine Projektförderung eingeführt. Alle zwei Jahre unterstützen wir die Entwicklung von Tools, E-Learning-Programmen oder innovativen Lernmethoden mit einem namhaften Betrag. Um die ärztliche Bildung zu reflektieren, zu aktualisieren und weiterzuentwickeln, führen wir zudem jährlich das MedEd-Symposium durch. Diese Veranstaltung erfreut sich grosser Beliebtheit und ist zu einer Art Flaggschiff des SIWF geworden, dank dem sich die Institution auch gegen aussen präsentieren kann.

**Sie haben sich zudem persönlich für Workshops eingesetzt ...**

Mir war schon kurz nach der Amtsübernahme bewusst, dass wir den jungen Ober- und Kaderärztinnen und -ärzten, welche im Weiterbildungsbereich Verantwortung übernehmen, fachliche Unterstützung anbieten sollten. So fragte ich 2012 das *Royal College of Physicians of London* an, ob wir nicht auch in der Schweiz zusammen *Teach the Teacher Workshops* organisieren

**«Für mich ist das Präsidium des SIWF die schönste Tätigkeit, welche in der Schweizer Ärzteschaft zu vergeben ist.»**

könnten. Das Joint Venture kam zustande, und seither führen wir zweimal jährlich eine Workshop-Serie durch. Obwohl diese Veranstaltungen in englischer Sprache abgehalten werden, waren sie von Beginn weg sehr beliebt. Auf dem Programm stehen wechselnde Themen – vom Lehren am Krankenbett, über das Feedback-Geben bis hin zum Umgang mit Assistenzärztinnen und -ärzten, welche die Erwartungen nicht erfüllen. Seit letztem Jahr können wir die Kurse mit einem Team von Schweizer Instruktorinnen und Instruktor, das wir aufgebaut haben, nun auch in deutscher Sprache anbieten, hoffentlich bald auch auf Französisch

**Gibt es Ziele, die Sie während Ihrer Amtszeit nicht erreichen konnten?**

Ich bin mit dem Stellenwert der ärztlichen Weiterbildung noch nicht zufrieden. Zwar engagieren sich die Leiterinnen und Leiter und auch ihre Mitarbeitenden an den meisten Weiterbildungsstätten sehr, um den jungen Facharztanwärterinnen und -anwärtern alle notwendigen Kompetenzen zu vermitteln. Von zu vielen Kadern und auch Spitaldirektionen wird aber die Weiterbildung doch eher als mühsame Pflicht empfunden, für die zu wenig Zeit und Geld da ist. Man kann da

immer etwa wieder eine Art «Weiterbildungsverdruss» spüren. Das führt zur grundsätzlichen Frage: Sind Assistenzärztinnen und -ärzte primär Lernende oder Arbeitnehmende? Wenn man bloss den Stellenwert der Lehre gegen denjenigen der ärztlichen Dienstleistung abwägt, überwiegt in der Politik, bei den Behörden und Spitaldirektionen immer wieder die Meinung, die jungen Ärztinnen und Ärzte sollen ihre Arbeit machen

**«Die gute Weiterbildung von heute ist eine Voraussetzung für die gute Qualität des Gesundheitswesens von morgen.»**

und sich *on the job* auch noch das nötige Wissen über die Zeit aneignen. Bei solchen Diskussionen kam ich mir häufig etwas ohnmächtig vor. Bei der Weiterbildung geht es schliesslich nicht nur um die Vermittlung von Wissen und handwerklichem Können. Im angelsächsischen Raum spricht man von drei Kompetenzbereichen, die einer Ärztin, einem Arzt während der Weiterbildung vermittelt werden sollten: *knowledge, skills and attitude*. Dies spiegelt sich auch in der sich abzeichnenden Integration der *Entrustable Professional Activities* (EPAs) in die Weiterbildung wider. Mit EPAs lassen sich die Fortschritte im Erwerben von Kompetenzen der Weiterzubildenden individuell evaluieren. Das Ziel ist, dass die Ärztinnen und Ärzte am Ende ihrer Weiterbildung über das erforderliche Kompetenzset verfügen, damit man ihnen die eigenverantwortliche Betreuung von Patientinnen und Patienten anvertrauen kann.

**Wir haben nun viel über die Weiterbildung gesprochen. Welche Herausforderungen gibt es im Bereich der Fortbildung?**

Die Devise «*trust me, I'm a doctor*» hat ausgedient. Das berufliche Umfeld verändert sich heutzutage zu rasch, um die eigene Tätigkeit nicht konstant nach den neuesten Entwicklungen und Empfehlungen auszurichten. Deshalb braucht es im Fortbildungsbereich eine entsprechende Dynamik. Wir haben eine Initiative gestartet, bei der die Fachgesellschaften ihren Mitgliedern künftig explizit Themenbereiche empfehlen, welche sie mittelfristig über qualitativ hochstehende Fortbildungsangebote abdecken sollten.

Um sich Kompetenzen in neuen Bereichen anzueignen und sich auch innerhalb eines Fachgebietes umorientieren zu können, sollte meines Erachtens auch im Fortbildungsbereich über die Implementierung von EPAs nachgedacht werden. Parallel dazu wären *Self-Assessments* nützlich, dank denen die Ärztinnen und Ärzte selbst feststellen könnten, in welchen Bereichen ein individueller Fortbildungsbedarf besteht.

Die europäischen Handchirurgen verwenden bereits ein solches System.

***Braucht es folglich strengere Rahmenbedingungen im Fortbildungsbereich?***

Persönlich ziehe ich eine freiheitliche Lösung vor. Die Fortbildung soll entsprechend den individuellen Bedürfnissen in Selbstverantwortung gestaltet werden können. Aber das SIWF hat auch den Auftrag, sicherzustellen, dass die Ärztinnen und Ärzte ihrer Pflicht zur kontinuierlichen Fortbildung während ihrer gesamten Karriere tatsächlich nachkommen und sie dokumentieren. Kontroll- und Sanktionsinstanz sind aber die kantonalen Gesundheitsbehörden.

***Welche sind die grössten Herausforderungen auf dem Gebiet der Weiter- und Fortbildung in den nächsten fünf Jahren?***

Die Medizin und ihr Umfeld entwickeln sich rasant. Dies bedingt eine kontinuierliche Anpassung der ärztlichen Bildung auf allen Ebenen. Ob dies nun wie zum Beispiel im Bereich der Kardiologie über die Implementierung von EPAs für die gesamte Weiterbildung oder die Einführung von Simulatoren in der Chirurgie angegangen wird, muss jede Fachrichtung für sich eva-

**«Die Devise *«trust me, I'm a doctor»* hat ausgedient.»**

luieren. Auch die Verschiebung operativer Eingriffe von stationär zu ambulant stellt eine grosse Herausforderung dar. Stationär hatte man eher Zeit, etwas zu erklären. Bei ambulanten Eingriffen erfolgt die Bezahlung nach TARMED-Tarifen und da ist keine Weiterbildung eingeplant. Deshalb braucht es möglichst bald eine schweizweite Lösung. Dies sind jedoch nur zwei von vielen Herausforderungen der Zukunft. Deshalb bleibt es für das SIWF die grosse, übergeordnete Aufgabe, sich dauernd für den Stellenwert der Weiterbildung einzusetzen und diese zusammen mit der Fortbildung kontinuierlich den sich ändernden Rahmenbedingungen anzupassen.

***Haben die Weiterzubildenden die Möglichkeit, ihre Weiterbildungsstätte zu bewerten?***

Ein wichtiges Mittel stellt dafür die jährlich von der ETH bei den Assistenzärztinnen und -ärzten durchgeführte Umfrage zur Beurteilung ihrer Weiterbildungsstätte dar. Schneidet eine Institution zwei Mal bei dieser Umfrage schlecht ab, sind wir verpflichtet, den Gründen nachzugehen; falls nötig über eine

Visitation. Die Visitationen sind überhaupt ein wirkungsvolles Instrument zur Sicherstellung der Qualität der Weiterbildung, weshalb wir sie auch stetig ausbauen. Gelegentlich kommt es auch vor, dass sich Assistenzärztinnen und -ärzte beim SIWF melden, um Unstimmigkeiten an ihrer Weiterbildungsstätte zu melden. Ich nahm solche Anfragen immer ernst und versuchte allfällige Konflikte vermittelnd zu lösen oder die Behebung von Mängeln zu unterstützen.

***Mit Monika Brodmann Maeder übernimmt nun zum ersten Mal eine Frau das Präsidium des SIWF.***

***Wie schätzen Sie die Signalwirkung dieser Wahl ein?***

Ich freue mich sehr über diese gute Entscheidung. Einerseits wurde damit eine Person gewählt, die über einen breiten Erfahrungsschatz und eine fundierte Ausbildung im Bereich der interprofessionellen Weiterbildung verfügt. Andererseits ist auch die Signalwirkung wichtig, die von der Wahl einer Frau in diese Führungsposition ausgeht. Der Frauenanteil in der Medizin steigt stetig an, und es ist unabdingbar, dass Frauen dieselben Möglichkeiten erhalten, eine ärztliche Karriere zu verfolgen, und motiviert werden, diese Möglichkeiten auch auszuschöpfen.

***Was sind Ihre persönlichen Pläne für die nächsten Monate? Bleiben Sie im Bereich der Weiterbildung tätig?***

Ich werde das SIWF gerne noch bei einzelnen Projekten unterstützen, solange dies gewünscht wird. Aber ich werde bestimmt kein Schattenpräsident. Nun habe ich endlich Zeit, mich meinem seit langem aufgeschobenen Buchprojekt zu widmen. Zudem bleibe ich als Redaktionsmitglied der *Schweizerischen Ärztezeitung* zumindest thematisch mit der schweizerischen Gesundheits- und Standespolitik verbunden.

***Eines Ihrer Markenzeichen war, dass Sie Ihre Referate gerne mit Zitaten von Sir William Osler anreicherten.***

***Gibt es ein Zitat, das zu diesem Rückblick passt?***

Da kommt mir spontan folgendes Zitat in den Sinn: *«Physicians need culture.»* William Osler verlangte von seinen Assistenzärzten, dass sie jeden Tag während mindestens einer halben Stunde Texte aus der Weltliteratur lesen. Fachwissen und handwerkliches Geschick allein machen noch niemanden zu einer wirklich guten Ärztin, einem wirklich guten Arzt. Jede Horizonterweiterung ist ein Gewinn, sei es im Bereich der Ethik, der Kommunikation, der Rechtsgrundlagen oder eben der Literatur.

# Dolmetschen als Schlüssel zur Chancengleichheit

Delegiertenversammlung der FMH

Mehr als die Hälfte des Gesundheitspersonals ist oft mit sprachlichen Hürden konfrontiert. Zur Überwindung dieser Schwierigkeiten leistet das professionelle und familienunabhängige Dolmetschen entscheidende Dienste. Sei es in Bezug auf effiziente und effektive Anamnese, Kommunikation von Diagnose, Therapie- und Verhaltensempfehlungen, der Erhöhung der Adherence oder auf den Zugang zur medizinischen Grundversorgung.

## Die Ausgangslage

Seit Jahren zeigen Daten, dass soziokulturelle Kontexte und gesundheitliche Chancengleichheit kausal verbunden sind. Neben den bekannten Faktoren, wie Einkommen, Bildung, beruflicher Status, gibt es zusätzlich übergreifende Faktoren, die in Bezug auf die eigene Gesundheit Einfluss haben – es handelt sich dabei mehrheitlich um Diskriminierungsfaktoren, wie beispielsweise Verständigungsprobleme. Die medizinische Versorgung in der Schweiz ist ohne Frage qualitativ hochstehend und über die Sozialversicherungssysteme in der Theorie auch der gesamten Bevölkerung zugänglich. Es ist jedoch so, dass der Zugang nicht für alle gerecht ist. Wissensdefizite, unterschiedliche Konzepte von Gesundheit und Krankheit sowie unterschiedliche Einschätzung der Wichtigkeit der Prävention führen zu einem unterschiedlichen Zugang[1]. Gerade die medizinische Versorgung weist eine hohe Komplexität auf. In der Verständigung über Gesundheit und Krankheit sind Feinheiten in Gesprächen ausschlaggebend für eine optimale Versorgung. Die Sicherstellung eines gerechten Zugangs und einer chancengerechten Behandlung ist eine immense Herausforderung für die Gesundheitsfachpersonen. Der Druck wird zusätzlich verstärkt, da häufig auch die Zeit nicht ausreicht und finanzielle Anreize so gesetzt sind, dass die Gesprächszeit weniger gut abgegolten oder sogar limitiert ist. Die Verantwortung für die zielgruppengerechte Versorgung liegt deshalb aktuell bei den Fachpersonen, da in der Gesundheitsversorgung systematische Angebote fehlen, die Menschen mit besonderem Bedarf erreichen.

## Die Argumente

**Menschen, die durch sozioökonomische Faktoren und weitere Merkmale benachteiligt sind, sind kränker.**

In mehreren Studien [2] wie auch im Booklet des Bundesamtes für Gesundheit (Bundesamt für Gesundheit, 2018) kann klar nachgewiesen werden, dass Menschen mit einer tieferen Bildung, niedrigerem Einkommen oder tieferer beruflicher Stellung eine deutlich geringere Lebenserwartung aufweisen, wie auch zu Lebenszeiten im Hinblick auf fast alle Erkrankungen einem höheren Risiko ausgesetzt sind.

**Der Zugang zum Gesundheitssystem ist für Benachteiligte schwieriger**

Untersuchungen geben Hinweise darauf, dass kumulative Benachteiligungen Inzidenz und Mortalität von Krankheiten in stärkerem Mass ansteigen lassen [3]. Auch der Zugang zum Gesundheitssystem ist für diese benachteiligten Personen schwieriger, obwohl sie vermehrt auf die Versorgung angewiesen sind.

**Menschen, die sozioökonomisch benachteiligt sind, verhalten sich ungesünder**

Aufgrund von Verständigungsschwierigkeiten und fehlendem Wissen ist das gesundheitsförderliche Verhalten bei Menschen mit niedrigerem sozioökonomischem Status oft unzureichend. Die Prävalenz von multiplen ungesunden Verhaltensweisen [4] ist bei Menschen mit tiefem sozioökonomischem Status höher. Es gilt einen speziellen Fokus auf benachteiligte Personen zu legen sowie vermehrte Anstrengungen in





Um eine autonome und informierte Entscheidung zu treffen, müssen Patienten und Fachpersonen einander verstehen. Dolmetschende können dies gewährleisten.

der Behandlung von Menschen mit tiefem sozioökonomischem Status zu unternehmen. Sprachbarrieren können Präventionsarbeit und Gesundheitsförderung erschweren.

### **Fehlen Worte und Verständnis, kann keine umfassende Betreuung gewährleistet werden**

Die Strukturerhebung des Bundesamtes für Statistik zeigt, dass knapp 10% der 1. Generation mit Migrationshintergrund in der Schweiz angeben, keine Landessprache zu beherrschen. Doch Verständigung ist immer Interaktion in mind. zwei Richtungen. Einerseits sind die Patienten, andererseits die Fachpersonen an dieser Interaktion beteiligt. In Schweizer Spitälern und Praxen arbeiten immer mehr Ärztinnen und Ärzte mit ausländischem Diplom, die sich aufgrund von mangelhaften Sprachkenntnissen nur ungenügend mit den Patienten verständigen können. Die Forderungen auf Basis der Medizinalberufverordnung in Bezug auf die Sprachkenntnisse bleiben im europäischen Vergleich bescheiden.

### **Quality of Care**

Verständigungsschwierigkeiten können dazu führen, dass unnötige Untersuchungen oder zeitintensive Interventionen durchgeführt werden (Überversorgung), die auch höhere Kosten nach sich ziehen, was dem grundlegenden Gedanken der Wirtschaftlichkeit – ein zentraler Aspekt des KVG – widerspricht. Fehlerhafte Verständigung kann auf der anderen Seite auch dazu führen, dass eine angezeigte Intervention ausbleibt

(Unterversorgung). Gerade in der medizinischen Versorgung mit spezialisiertem Vokabular und komplexen Zusammenhängen – stellvertretend sei hier die Psychiatrie erwähnt –, sind sprachliche Feinheiten ausschlaggebend und Laienübersetzungen nicht ausreichend. Die Qualität der Behandlung, Compliance und Patientensicherheit sind abhängig vom gegenseitigen Verstehen und Verstandenwerden.

### **Bedarf und Finanzierung**

Der Bedarf an Dolmetsch-Leistungen ist vorhanden. Waren es beispielsweise bei INTERPRET 2010 noch 72 000 Einsatzstunden im Gesundheitsbereich, erhöhten sich die Dolmetscheinsätze 2019 auf 163 153 [5], wobei zwei Drittel der Einsätze im ambulanten Setting geleistet wurden. Auch im Rahmen der 2017 veröffentlichten Studie des Kollegiums für Hausarztmedizin KHM wurde der Bedarf nach Dolmetsch-Leistungen nachgewiesen. Mehr als die Hälfte der befragten Haus- und Kinderärztinnen bzw. -ärzte führen mindestens monatlich Konsultationen durch, bei denen eine direkte adäquate Kommunikation mit Patienten oder Eltern (kinderärztliches Setting) nicht möglich ist [6]. Die Schweizerische Gesundheitsdirektorenkonferenz GDK empfiehlt, die Kosten für Übersetzungs- und Dolmetscherdienste, die zur Durchführung einer zweckmässigen Behandlung erforderlich sind, im stationären Bereich den OKP-pflichtigen Leistungen zuzurechnen und somit in die Berechnung der Fallpauschalen einfließen zu lassen [7]. Es ist an den Tarifpartnern, diese Empfehlung umzusetzen. Die Finanzierung im ambulanten Bereich ist in der aktuellen Tarifstruktur

nicht vorgesehen und nicht einkalkuliert, was der heutigen Anwendungspraxis in Kliniken, Ambulatorien und Praxen nicht entspricht. Der Einsatz von Dolmetschenden kostet zwar, ist in der Gesamtbilanz jedoch billiger als der Einsatz teurer Diagnostik, unnötiger Konsultationen oder Hospitalisationen. Auch in der KHM-Studie geben  $\frac{2}{3}$  der Befragten an, dass mithilfe von Dolmetsch-Einsätzen unnötige Kosten hätten gespart werden können.

## Unsere Forderungen

- Um eine autonome und informierte Entscheidung zu treffen, müssen Patienten und Fachpersonen den Inhalt des Gesprächs verstehen. Die Verhältnisse sind entsprechend so anzupassen, dass Dolmetsch-Leistungen einfacher zugänglich werden.
- Damit Gesundheitsfachpersonen eine korrekte Diagnose stellen und eine angemessene und wirksame Behandlung aufnehmen können, ist es unabdingbar, dass sie die Gesundheitsbedürfnisse des Patienten oder der Patientin verstehen. Ein bedeutender Teil des Verständnisses wird über die Sprache erlangt: Sprachbarrieren müssen mit Hilfe von Dolmetsch-Diensten überwunden werden.
- Die Schweiz verfügt mit der Interessengemeinschaft für interkulturelles Dolmetschen und Vermitteln INTERPRET über eine Institution, die für das Ausbildungs- und Qualifizierungssystem verantwortlich ist und ein zweistufiges Qualifizierungsverfahren anbietet, das nationale und internationale Bekanntheit und Anerkennung genießt. Die Standards sind zwingend einzuhalten, um eine entsprechende Qualität der Angebote zu garantieren.
- Obwohl Empfehlungen der Schweizerischen Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren (GDK) vom 27. Juni 2019 zur Abgeltung von Dolmetsch-Leistungen in den Spitälern bestehen, werden diese unterschiedlich umgesetzt. Verbindliche Regelungen der Finanzierung von Dolmetsch-Leistungen im Gesundheitswesen sind zwingend erforderlich. Die gesetzliche Regelungslücke muss behoben werden. Eine nationale Lösung sowie die Kostenübernahme durch Dritte ist anzustreben sowohl für den stationären als auch für den ambulanten Bereich.
- Neue Technologien bringen Möglichkeiten, dass der Einsatz vor Ort wahlweise mittels Videodolmetschen ersetzt werden kann, was auch Kosteneinsparungen pro Einsatz bringen würde. Neue Technologien sind im Einsatz zu berücksichtigen.
- Die zur Verfügung stehenden Dolmetsch-Leistungen müssen möglichst einfach organisiert sein und die Bedürfnisse der Fachpersonen aus dem Gesundheitswesen, wie beispielsweise wenig Organisationsaufwand, rasche und zeitgerechte Verfügbarkeit, berücksichtigen.
- Der Einsatz eines Dolmetschers oder einer Dolmetscherin im Rahmen der Einwilligungsaufklärung ist immer dann angezeigt, wenn dem Patienten bzw. der Patientin die notwendigen Informationen aus sprachlichen Gründen nicht auf andere Weise vermittelt werden können.

## Chancengleichheit fördern

Die Sprachbarrieren erschweren den auf den Bedarf ausgerichteten Zugang zur Gesundheitsversorgung. Der Einsatz von Dolmetschenden ist ein erster Schritt, um die Chancengleichheit im Gesundheitswesen zu fördern. Gemäss dem durch Kieser erstellten Gutachten [8] wird ein Anspruch auf Dolmetscher-Leistung bejaht, wenn dies für eine sachgerechte Abklärung des Sachverhaltes zwingend notwendig ist.

## Rechtliche Ausgangslage

Vor jeder Behandlung ist eine Einverständniserklärung des Patienten oder der Patientin einzuholen. Er oder sie kann nur rechtsgenügend in die Behandlung einwilligen, nachdem er/sie aufgeklärt wurde, wobei die Aufklärung in einer Sprache zu erfolgen hat, welche die Patientin, der Patient, versteht. Das bedeutet bei fremdsprachigen Personen, dass ein Dolmetscher die Ausführungen der Ärztin oder des Arztes übersetzen muss, sofern letzterer die Sprache des Patienten oder der Patientin nicht beherrscht.

## Verantwortung der öffentlichen Hand

In der Bundesverfassung (Art. 41 Abs. 1b) ist festgehalten, dass sich Bund und Kantone einsetzen, dass jede Person die für Ihre Gesundheit notwendige Pflege erhält. Eine ausreichende Verständigung ist hierfür unerlässlich.

## Literatur

- 1 Socioeconomic Factors, Health Behaviors and Mortality. The Journal of the American Medical Association JAMA; 1998.
- 2 Mielck A. Soziale Ungleichheit und Gesundheit. Bern: Verlag Hans Huber; 2000. Leu RE. Armut und Lebensqualität in der Schweiz. Bern: Verlag Paul Haupt; 1997.
- 3 Mäder U. et al. Armut im Kanton Basel-Stadt. Social Strategies. Vol. 23;1991.
- 4 Bisig B, Gutzwiller F. Soziale Ungleichheit und Gesundheit im Kanton Zürich. Serie Gesundheitsförderung Kanton Zürich Nr. 6; 1999.
- 5 Gubéran E. Mortalité prématurée et invalidité selon la profession et la classe sociale à Genève. OCIRT; 2000.
- 6 Schumann B. Indikatoren des sozioökonomischen Status und ihre Assoziation mit kardiovaskulären Risikofaktoren in einer älteren Allgemeinbevölkerung. Marburg/Lahn: Medizinischen Fakultät der Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg; 2009.
- 7 Boes S, Kaufmann C, Marti J. Sozioökonomische und kulturelle Ungleichheiten im Gesundheitsverhalten der Schweizer Bevölkerung. Neuchâtel: Schweizerisches Gesundheitsobservatorium (Obsan); 2016.
- 8 INTERPRET. Statistikbericht 2019 – Zusammenfassung und Einordnung.
- 9 Jäger F. Dolmetschende in Schweizer Haus- und Kinderarztpraxen. Studie im Auftrag des Kollegiums für Hausarztmedizin KHM; 2017.
- 10 GDK. Empfehlungen zur Wirtschaftlichkeitsprüfung: Ermittlung der effizienten Spitäler nach Art. 49 Abs. 1 KVG, 27.6.2019, S. 8.
- 11 Kieser U. Gutachten erstattet dem Schweizerischen Rotes Kreuz – Croix-Rouge suisse zu Fragen der Kostenvergütung durch die Krankenversicherung für das interkulturelle Dolmetschen; 2020.

## Bildnachweis

© INTERPRET

# Personalien

## Todesfälle / Décès / Decessi

*Fred Schmid* (1931), † 27.12.2020,  
Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin,  
6340 Baar

*Nicolas Chapuis* (1952), † 25.2.2021,  
Spécialiste en chirurgie, 2610 St-Imier

## Praxiseröffnungen / Nouveaux cabinets médicaux / Nuovi studi medici

### Ärztegesellschaft des Kantons Bern

Ärztlicher Bezirksverein Bern Regio

Zur Aufnahme als ordentliches Mitglied  
haben sich angemeldet:

*Tobias Gross*,  
Facharzt für Urologie, FMH,  
Haus Blumenberg, Schänzlistrasse 33,  
3013 Bern

*Samir Suker Al Ghazali*,  
Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie,  
FMH, Schmiedenplatz 5, 3011 Bern

*Thomas von Rütte*,  
Facharzt für Urologie, FMH,  
Haus Blumenberg, Schänzlistrasse 33,  
3013 Bern

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

### Ärztegesellschaft des Kantons Luzern

Zur Aufnahme in unsere Gesellschaft Sektion  
Stadt haben sich gemeldet:

*Christine Brambs*, Fachärztin für Gynäkologie  
und Geburtshilfe, Luzerner Kantonsspital,  
Frauenklinik, Spitalstrasse, 6000 Luzern 16

*Emir Hrnjicevic*, Facharzt für Psychiatrie- und  
Psychotherapie, ab 1.4.2021 Praxis für Psycho-  
therapie und Psychiatrie, Zürichstrasse 7,  
6004 Luzern

*Domenic Vital*, Facharzt für Oto-Rhino-Laryn-  
gologie, FMH, ab 1.5.2021 Zentrum für  
Kopf-Hals-Chirurgie, Lützelmatstrasse 3,  
6006 Luzern

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

Zur Aufnahme in unsere Gesellschaft Sektion  
Gäu hat sich gemeldet:

*David Valentin Maria Schneider*, Facharzt für  
Allgemeine Innere Medizin, Oberhofpraxis,  
Oberhof 5, 6274 Eschenbach

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

### Ärztegesellschaft des Kantons Schwyz

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

*Katharina Rey*, Fachärztin für Gynäkologie  
und Geburtshilfe, FMH, Praxis Dr. S. Djahan-  
schahi Lachen SZ

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

### Ärztegesellschaft Thurgau

Die Ärztegesellschaft Thurgau informiert  
über folgende Neuanmeldung:

*Julia Kranz*, Kämpfenstrasse 3,  
DE-78315 Radolfzell, Fachärztin für Gynä-  
kologie und Geburtshilfe

### Ärztegesellschaft Uri

Zur Aufnahme in die Ärztegesellschaft Uri als  
ordentliches Mitglied hat sich angemeldet:

*Adrian Eugen Pruteanu*, Praktischer Arzt, seit  
1.2.2021 bei Centramed, 6460 Altdorf

Einsprachen gegen diese Kandidatur müssen  
innerhalb von 20 Tagen seit dieser Veröf-  
fentlichung schriftlich begründet an den  
Vorstand der Ärztegesellschaft Uri einge-  
reicht werden. Nach Ablauf der Einsprache-  
frist entscheidet der Vorstand über Gesuche  
und allfällige Einsprachen.

# In memoriam Gabriel Duc (1932–2021)

«*Mieux vaut être petit et voir grand,  
qu'être grand et voir petit.*»

Gabriel Duc war ein Pionier der Neonatologie. Er setzte sich in Klinik, Forschung und Lehre für die Kleinsten ein und verhalf damit diesem Fach in der Schweiz und international zu grosser Anerkennung.

Der Wegbereiter kam am 18. Januar 1932 in Chermignon (VS) zur Welt, studierte Medizin in Lausanne und bildete sich in Bern zum Pädiater weiter. Seine Leidenschaft für Neugeborene führte ihn 1967 ans berühmte Babies Hospital der Columbia University in New York. Dort erhielt er von seinem Mentor, Prof. William A. Silverman, prägende Impulse.

1970 berief ihn der Zürcher Regierungsrat auf den neu geschaffenen Lehrstuhl für Neonatologie an der Universität Zürich, einen der ersten in Europa. Gleichzeitig wurde er Leiter der Neugeborenen-Abteilungen am Universitätsspital und am Kinderspital Zürich. Von der Eröffnung der Klinik für Neonatologie 1978 bis zu seiner Emeritierung 1997 war er deren umsichtiger Direktor.

Gabriel Duc stiess zahlreiche Neuerungen in der Behandlung von Neugeborenen an. Er kämpfte dafür, dass Neugeborene, die seit jeher von den Geburtshelfern versorgt wurden, ab Geburt von Neonatologen in eigener Verantwortung betreut wurden. Gegen anfänglich starken Widerstand

öffnete er die traditionell verschlossenen Säuglingszimmer für die Eltern und bezog diese bewusst in die Pflege ihrer kranken Neugeborenen ein. Er setzte sich dafür ein, dass Mütter mit drohender Frühgeburt oder fetalen Problemen in ein Perinatalzentrum verlegt wurden. Dort konnten Mutter und Kind(er) vor, unter und nach der Geburt multidisziplinär optimal betreut werden.

All diese Neuerungen führten nachweisbar zu einer Senkung der Mortalität und Morbidität von Neugeborenen. Dieses Ziel erreichte er mit Beharrlichkeit, diplomatischem Geschick, und nicht zuletzt mit seinem Charme. Gabriel Duc hatte ein breites Forschungsinteresse und konnte dieses zahllosen Schülern weitergeben. Er befasste sich mit dem Sauerstofftransport im menschlichen Körper und konnte zeigen, dass dieser wie ein Medikament dosiert werden muss: Bei Frühgeborenen

führt zu wenig Sauerstoff zu Hirnschäden und zu viel zu Blindheit. Er war Mitinitiant für erste randomisierte, kontrollierte, multizentrische Studien und förderte nicht-invasive Methoden wie die transkutane Sauerstoffmessung, die 133-Xenon Clearance, die Nahinfrarot-Spektroskopie, die Sonographie und die Magnetresonanztomographie.

Als Dozent verstand es Gabriel Duc, Generationen von Studierenden für die kleinsten Patienten zu begeistern. Sein Credo war: Kinder haben ihre eigenen physiologischen Gesetze und sind nicht einfach kleine Kopien von Erwachsenen. Gabriel Duc war gesellig und pflegte mit Mitarbeitenden aller Funktionen einen Umgang auf Augenhöhe. Er konnte gut zuhören und

sich in die Lage seiner Gesprächspartner versetzen. Manche heikle Situation konnte er durch sein Mitgefühl und seinen Humor entschärfen. Grosse Empathie brachte er auch den Eltern kritisch kranker Kinder entgegen, nicht zuletzt wegen schmerzhafter Erfahrungen in der eigenen Familie.

Er erkannte früh die Grenzen einer Intensivbehandlung bei Neugeborenen und stiess eine bis heute anhaltende Diskussion um medizinisch-ethische Entscheidungen in der Intensivmedizin bei extremen Frühgeborenen an. Er wurde zu Beginn stark kritisiert, weil er eine medizinisch-ethische Güterabwägung befürwortete, die bei Kindern mit sehr ungünstiger Prog-

nose der Unterlassung oder dem Abbruch lebenserhaltender Therapiemassnahmen den Vorzug vor einer Maximalbehandlung gab.

Nach seiner Emeritierung nahm er weiter Anteil an der Entwicklung seines Faches, ohne sich aufzudrängen. Seine zahlreichen Schüler und Nachfolger erinnern sich gerne an sein grosses Engagement für die Allerkleinsten, seine Visionen, seinen kritischen Geist und seinen Humor.

*Hans Ulrich Bucher, Diego Mieth, Jean-Léopold Micheli,  
Gregor Schubiger, Christian Kind, Romaine Arlettaz,  
Riccardo Pfister, Jean-Claude Fauchère, Dirk Bassler*



Prof. em. Dr. med. Gabriel Duc

**Bildnachweis**

© Klinik für Neonatologie USZ

# Briefe an die SÄZ

## Achtung vor dem Schultertrauma-Check! (mit Replik)

Brief zu: Dubs L, Soltermann B, Brandenburg JE, Luchsinger P. Der Schultertrauma-Check. Schweiz Ärzteztg. 2021;102(9):324–6.

Die Frage nach der Ursache von Rotatorenmanschettenrupturen gibt immer wieder Anlass zu Diskussionen und Streitigkeiten zwischen Patienten und Versicherungen. Viele Patienten fühlen sich geprellt, wenn eine Rotatorenmanschettenruptur nach einem Unfall von den Versicherungen nicht als unfallbedingt anerkannt, sondern als vorbestehend bezeichnet wird. Die Versicherungsexperten haben dafür in der Regel keine Beweise, aber sie stützen sich auf die versicherungsmedizinische Standardliteratur. Dabei handelt es sich um Expertenmeinungen und nicht um wissenschaftliche Studien. Das ist auch beim kürzlich in der SÄZ veröffentlichten Schultertrauma-Check der Fall. Er wurde in der Rubrik Weitere Organisationen und Institutionen SVV abgedruckt und darf nicht als offizielle Stellungnahme der FMH betrachtet werden. Von den vier Autoren (zwei pensionierte Knie- und Hüftchirurgen, der Chefarzt des Schweizerischen Versicherungsverbands SVV und ein Hausarzt) hat sich keiner auf dem Gebiet der Schulterorthopädie profiliert, und man kann nur spekulieren, was sie zur Veröffentlichung einer Checkliste zur Beurteilung der Unfallkausalität von RM-Rupturen bewogen hat.

Der Kampf zwischen Patienten und Unfallversicherungen hat sich in den letzten Jahren zugespitzt. Das merken auch die um Hilfe gebetenen Hausärzte und Schulter Spezialisten, und sogar das Bundesgericht. Es ist deshalb wichtig, für die Beurteilung der Unfallkausalität auch wissenschaftliche Artikel zur Verfügung zu haben. In Pubmed können über 60 peer reviewed Studien und mehr als 20 Case Reports gefunden werden, in denen die folgenden Ursachen für unfallbedingte Rotatorenmanschettenrupturen in absteigender Häufigkeit rapportiert wurden: einfacher Sturz, Schulterluxation, Zug am Arm, Sportverletzung, direkter Anprall, Verkehrsunfall, forcierte Abduktions-Aussenrotations-Bewegung oder Hyperextension, Auffangen eines schweren Gegenstandes und Stromschlag [1]. Der typische Mechanismus, der zum Riss führt, ist eine ruckartige exzentrische Belastung der Sehnenfasern. Beim Sturz auf die Seite geschieht das, wenn der reflexartig abgespreizte Arm bei maximal angespannter

Schultermuskulatur an den Körper gepresst wird, beim Sturz nach vorne, wenn der vorgeschobene Arm durch das Gewicht des Patienten nach hinten gedrückt wird. Entsprechend können nach einem Sturz sowohl posterosuperiore als auch anteriore Rotatorenmanschettenrupturen gefunden werden. Es gibt keine einzige wissenschaftliche Untersuchung, die gezeigt hat, dass man sich bei einem Sturz keine Rotatorenmanschettenruptur zuziehen kann. Der Schultertrauma-Check darf deshalb in der präsentierten Form nicht verwendet werden.

- 1 Nyffeler RW, Schenk P, Bissig P. Can a simple fall cause a rotator cuff tear? Literature review and biomechanical considerations. International Orthopaedics. 2021, in press

PD Dr. med. Richard W. Nyffeler, Avry

## Replik zu «Achtung vor dem Schultertrauma-Check!»

Kollege Nyffeler beanstandet die Aussagen im Artikel über den Schultertrauma-Check als inhaltlich falsch und durch eine Autorengruppe erstellt, die nicht für eine derartige Publikation qualifiziert sei. Die Vorgaben einer Veröffentlichung in der SÄZ von maximal drei Seiten limitieren die Aussagemöglichkeiten, deshalb haben die Autoren auf die ausführlichere, vertiefte Argumentation im Medinfo des SVV verwiesen.

Der Inhalt der Aussagen und die Tonlage des Verfassers bestätigen leider den Eindruck, den die vier Autoren aus früheren Publikationen der Vertreter der Schulterexpertengruppe und auch aus deren «Replik» ans Bundesgericht erhalten haben. In diesem Gremium fehlt die Expertise, wissenschaftliche Literatur kritisch zu würdigen, was leider zu Falschaussagen geführt hat. Die beiden «pensionierten Hüft- und Kniechirurgen» haben sich mehrmals die Mühe genommen, die von den Schulterexperten zitierte Literatur genauer unter die Lupe zu nehmen. Das Resultat war niederschmetternd. Alle zitierten Publikationen konnten die Frage nicht beantworten, ob eine direkte Schulterkontusion zu einer Rotatorenmanschettenruptur führen kann. Bei einer Angabe einer Traumatisierung wird selbstredend und kritiklos das Vorliegen einer Rotatorenmanschettschädigung als Unfallfolge gewertet (Post-hoc-propter-hoc-Bias). Teilweise wird sogar die falsche Literatur zitiert.

Der Erstautor hat jahrelang den deutschen Schulterorthopädie-Nachwuchs in Evidenzbasierter Medizin ausgebildet und ist deswegen zum korrespondierenden Mitglied der Deutschen Vereinigung für Schulter- und Ellenbogenchirurgie (DVSE) ernannt worden. Dadurch hat er sich ausreichend qualifiziert gefühlt, die Verantwortung für die Schulterthematik zu übernehmen. Alle vier Autoren haben Ende 2020 einen ausführlichen Analysebericht den Schulterexperten in der Absicht zukommen lassen, zuerst intern in der Fachgesellschaft die kritischen Beobachtungen sachlich zu diskutieren. Die Reaktion war eine Absage in unkollegialem Stil, und bis heute hat der gleichzeitig orientierte Vorstand von Swiss Orthopaedics keine Anstalten getroffen, sich zu einer Aussprache zu treffen.

Inhaltlich müssen die Vorwürfe klar zurückgewiesen werden:

1. Die versicherungsmedizinische Standardliteratur (z.B. Hempfling, Ludolph) basiert auf einer Literaturzusammenstellung von wissenschaftlichen Studien von über 2000 Publikationen nur schon zum Thema der Schultersehnen. Dass es sich dabei um eine Expertenmeinung handeln soll, ist verfehlt. Eigenartigerweise haben die Schulterexperten nie Bezug auf die versicherungsmedizinische Literatur genommen, sondern sich vornehmlich nur mit solcher angelsächsischer Provenienz begnügt, die mit dem Begriff «Tear» versicherungsmedizinisch nicht zwischen Unfall und Erkrankung differenziert.
2. Schulteroperateure unterliegen dem Risiko, Interessensvertreter zu sein, was bei «pensionierten Knie- und Hüftchirurgen, einem Hausarzt und dem Chefarzt des SVV» eher weniger der Fall ist.
3. Die vier Autoren haben im Schultertrauma-Check Kriterien aufgelistet, die bei einer traumatischen Entstehung erfüllt sein können.
4. Dem Leserbriefschreiber ist zu empfehlen, zuerst die ausführliche Beurteilung im Medinfo des SVV zu lesen und sich dazu Gedanken zu machen.
5. Die Autoren aus dem Fachgebiet Orthopädie sind weiterhin bereit, wie ursprünglich angedacht, auf eine Diskussion innerhalb der Fachgesellschaft einzugehen.

Dr. med. Luzi Dubs, Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, korrespondierendes Mitglied der Deutschen Vereinigung für Schulter- und Ellenbogenchirurgie e.V. (DVSE)

## Unterassistentinnen und -assistenten werden mit viel Respekt behandelt (mit Replik)

Brief zu: Bertossa C. Wie der Start ins Wahlstudienjahr gelingt. Schweiz. Ärzteztg. 2021;102(9):346.

Als Chefarzt lese ich mit grossem Interesse die Rückmeldungen von angehenden Ärztinnen und Ärzten und Unterassistentinnen und -assistenten in den standespolitischen Medien. Es fällt mir auf, dass die Rückmeldungen der Unterassistentinnen und -assistenten («UHU») oft negativ sind. Dies betrifft insbesondere die Zusammenarbeit im Ärzteteam. Die häufigsten Beschwerden werden im Bericht von Frau cand. med. C. Bertossa zusammengefasst: Respektloser Empfang bei Arbeitsbeginn, Einsatz primär als administrative Hilfskraft und Missachtung resp. fehlender Einbezug im medizinischen Alltag. Diese Berichte sind für unsere zukünftigen Ärztinnen und Ärzte nicht motivierend, im Gegenteil. Ich erlaube mir daher darauf hinzuweisen, dass es in vielen Kliniken auch anders geht und die Unterassistentinnen und -assistenten sehr respektvoll behandelt werden. Dazu gehören unter anderem eine persönliche Begrüssung und Vorstellung am Arztreport, klare Verantwortung und Zuständigkeiten, ein strukturiertes praktisches und theoretisches Teaching, und insbesondere der aktive Einbezug auf Chefvisiten, Rapporten und interdisziplinären Patientenbesprechungen. Eine kürzliche Studie hat diese Faktoren bestätigt. GMS | GMS Journal for Medical Education | Wie der Einstieg ins Wahlstudienjahr verbessert werden kann: Qualitative Ergebnisse und Empfehlungen aus Sicht der Studierenden (egms.de). GMS J Med Educ. 2018;35(1):Doc14. Die Unterassistentinnen und -assistenten («Juniors») sind unsere Zukunft. Daher muss es das Ziel jeder Chefärztin und jedes Chefarztes sein, die Block- und Wahlstudienjahrstudentinnen und -studenten so zu motivieren, dass zumindest einige sich später an der eigenen Klinik um eine Weiterbildungsstelle bewerben.

*Prof. Dr. med. Thomas J. Neuhaus,  
Departementsleiter Kinderspital,  
Chefarzt Pädiatrie, Kinderspital Luzern*

## Replik zu «Unterassistentinnen und -assistenten werden mit viel Respekt behandelt»

Über die zahlreichen Reaktionen zu meiner Kolumne mit dem Titel «Wie der Start ins Wahlstudienjahr gelingt» habe ich mich sehr gefreut. Die häufigsten Rückmeldungen lauteten: «Ich habe mich 30 Jahre jünger gefühlt» oder «Ich wurde in meine Zeit als Unterassistentin zurückgeworfen». Ob man dies positiv oder negativ zu beurteilen hat, überlasse ich gerne Ihnen, der erfahrenen Ärzteschaft, welche auf diese Zeit zurückblicken kann. Dennoch möchte ich an dieser Stelle kurz zum Diskussionsbeitrag von Herrn Prof. Dr. med. Thomas J. Neuhaus Stellung nehmen. In meiner Kolumne beschreibe ich eine karikaturistische Momentaufnahme eines ersten Arbeitstages als UHU (Unterassistent/in). Hier möchte ich gerne anmerken, dass dieser selbstverständlich auf sehr unterschiedliche Art und Weise erlebt werden kann. Legen wir doch alle auf unterschiedliche Dinge besonders Wert, haben unterschiedliche Ansprüche, Erwartungen und Interessen sowie unterschiedlich ausgeprägte Ambitionen. Ich kann jedoch basierend auf meinen eigenen Erfahrungen bekräftigen, dass klare Strukturen und die Zuweisung von konkreten Aufgaben und Verantwortungen gleich zu Beginn zu einem optimalen und motivierenden Einstieg an einer WSJ-Stelle beitragen. Darüber hinaus erachte ich die Festlegung von konkreten Zielen, welche im Zeitraum der Unterassistenten erreicht werden können, und ein darauf abgestimmtes interaktives Teaching als wichtige weitere Bausteine. Diese Rahmenbedingungen erlauben aus meiner Sicht einen raschen und effizienten Einstieg und sichern längerfristig den höchstmöglichen Lernerfolg. Auf der anderen Seite sollte man aber ebenfalls die Unterassistenten in die Verantwortung nehmen. Motivation, Lernbereitschaft, Flexibilität und Engagement von ihrer Seite sind das A und O für einen erfolgreichen Einstieg und ebenfalls für eine schnelle Integration ins Ärzteteam.

Zu guter Letzt möchte ich mich bei allen Ärztinnen und Ärzten bedanken, welche die zukünftige Ärzteschaft, die «Juniors», wie Prof. Dr. med. Neuhaus schreibt, inspirieren, fördern und unterstützen. Sie sind alle unsere Vorbilder und geben uns in manchen schwierigen Momenten Halt, Orientierung und Mut.

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

## Nachhaltiges Investieren wird ernst genommen

Brief zu: Brauer H. PAT und VSAO müssen ihre Anlagestrategien unbedingt überdenken. Schweiz. Ärzteztg. 2021;102(10):362.

Die PAT-BVG ist sich bewusst, dass ihre Handlungen und Entscheidungen nicht nur wirtschaftliche, sondern auch ethische, soziale und ökologische Bedürfnisse zu berücksichtigen haben. Sie nimmt deshalb das Thema «nachhaltiges und verantwortungsvolles Investieren» sehr ernst und hat dieses auch 2018 mit der Aufnahme in ihre strategische Roadmap erneut bekräftigt.

PAT-BVG verwaltet das von den aktiven Versicherten und den Rentenberechtigten anvertraute Vermögen so, um ihren Verpflichtungen, sprich Leistungsversprechen, jederzeit nachkommen zu können. Dies mit dem Ziel, marktkonforme Renditen zu erzielen, aber eben auch unter Berücksichtigung von verschiedenen Nachhaltigkeitskriterien (ESG). Diese betreffen neben der Eindämmung der Klimaerwärmung auch soziale Aspekte mit besonders sensiblen Themen wie der Wahrung der Menschenrechte und der Bekämpfung von Kinderarbeit oder kritische Bereiche wie die Rüstungs- oder Nuklearindustrie und andere mehr.

Alle unsere Vermögensverwalter haben die UNO-Prinzipien unterzeichnet, und bei der Auswahl unserer Anlagepartner werden ESG-Kriterien schon seit Jahren berücksichtigt. Unsere passiven Aktieninvestitionen folgen beispielsweise den Vorgaben des Vereins SVVK ASIR (Schweizer Verein für verantwortungsbewusste Kapitalanlagen), und wir arbeiten ebenfalls mit der Stiftung Ethos zusammen. Viele unserer Asset Manager berücksichtigen aktiv auch Nachhaltigkeits-Ratings, bspw. von MSCI und anderen Rating-Agenturen. Wir investieren auch zunehmend in reine Nachhaltigkeitsthemen wie aktuell in umweltfreundliche Energie-Parks (Wind-, Solar-, Wasserenergie).

Ferner werden im überarbeiteten Anlagereglement die Nachhaltigkeit, Ethik und Klimastrategie zusammen mit den Erkenntnissen aus der aktuellen Überprüfung der Anlagestrategie (ALM-Studie) und der soeben vom Stiftungsrat verabschiedeten Immobilienstrategie integriert. Ethische, soziale und ökologische Anforderungen sind somit nicht nur Ziele von uns, sondern Teil unserer täglichen Arbeit. Wir leben, was wir uns an Zielen vorgeben.

*Adrian Brupbacher,  
Geschäftsführer PAT-BVG*

## Wissenschaftliche Fakten

Brief zu: Martin J. Wie der Wahrheit ihre Bedeutung abgesprochen wird. Schweiz Ärztztg. 2021;102(8):310.

Die Lektüre der Beiträge von Herrn Kollege Martin ist immer inspirierend und ein Vergnügen. In seinem oben erwähnten Artikel behandelt er – zu Recht – ein grosses, aktuelles Problem: Viele Leute haben das Vertrauen in wissenschaftliche Fakten verloren und argumentieren zusammenhangslos. So werden in der aktuellen Diskussion über die Covid-19-Impfungen epidemiologische Fakten und Prinzipien der Entscheidungsfreiheit vermischt. Sehr zu Recht beklagt Kollege Martin das Fehlen verständlicher Information. Etwas schärfer formuliert könnte man das schwindende Vertrauen in wissenschaftliche Fakten erklären durch:

- die häufig komplizierte Sprache der Wissenschaftler und fehlende allgemeinverständliche Artikel;
- die zunehmende Schwierigkeit zu erkennen, ob ein Wissenschaftler objektiv ist oder auch nicht transparente Interessen vertritt.

*Prof. em. Dr. med. Pietro Regazzoni,  
Lugano-Soragno*

## Medizinethik, die Tochter der Medizin und Philosophie

Brief zu: Van Spijk P. Die Schwester der Medizin. Schweiz Ärztztg. 2021;102(7):267–8.

Ein grosser Teil unserer beruflichen Problematik fusst darauf, dass mit den naturwissenschaftlich-technischen Fortschritten der Medizin die geisteswissenschaftliche Medizin ins zweite Glied verdrängt wurde. Der Ersatz des Philosophicums durch das Physicum im Medizinstudium symbolisiert dies. Tertullian herbeizuziehen, um zu zeigen, wie vor 2000 Jahren Philosophie zur Medizin gehörte, ist legitim, aber speziell: er verfasste Streitschriften gegen Juden, eine weitere, mit welcher er die Verschleierung der Jungfrauen, unverheirateten Frauen, Witwen in der Kirche forderte. Er habe ein negatives Menschenbild gehabt, weshalb er nicht heiliggesprochen worden sei. Der Wandel von der geistes- zur naturwissenschaftlichen Dominanz hat nicht nur in der Medizin stattgefunden; er prägt unsere Gesellschaft. In der Medizin ist das Zuhören einem Abchecken und Befolgen von Algorithmen gewichen, mit Aufnahmen von Daten und Laborwerten in der Absicht, direkt zur Diagnose und Therapie zu gelangen. Dabei besteht die Gefahr, dass der Mensch auf der Strecke bleibt. Für die technischen Möglichkeiten

in der Medizin sind wir unermesslich dankbar. Dabei darf die Menschlichkeit nicht verloren gehen. So wie kürzlich im Artikel «Minds in Medicine» (SÄZ 2021;102(10):371–3) beschrieben: «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?» Hier setzt die Medizinethik an. Ein kritisches Hinterfragen mit «Philosophie und Medizin» zu praktizieren, indem man sich auf Platon und Sokrates beruft, um dann einen Schritt weiter zu gehen, indem man nicht mehr sagt, «ich weiss, dass ich nichts weiss», sondern stattdessen, «dass ich wenig weiss», greift zu kurz. Es wäre wohl wichtiger, die Sinnkrise der Medizin zu analysieren und zu fragen, wie es um die berufsethische Rollenverantwortung des Arztes steht angesichts der Veränderungen von Mensch, Medizin, Gesellschaft, Technik, Markt und Umwelt. Philosophische Themen, wie sie Piet van Spijk auflistet, wie Verteilung der Intensivbetten/Hüftprothese mit 95 Jahren, sind Fragen der Medizinethik. Ich möchte vorschlagen, wenn Philosophie die Schwester der Medizin ist, dass Medizinethik die erwachsene selbständige Tochter der beiden ist. Medizinethik bietet mehr als Beschäftigung mit PID, Crispr und Sterbehilfe. Sie stellt in allen Bereichen der menschlichen, irdischen oder kosmischen Existenz ethisch-moralische Überlegungen an und befasst sich mit den Problemen der Medizin angewandter als die Philosophie. In Zürich (und neu in Luzern) ist der Medizinethikkurs im Studium gut

implementiert. Für die approbierten Ärzte bietet sich die Möglichkeit der Absolvierung des Studiums in angewandter Ethik an der Universität Zürich an. Eine längerfristig wünschenswerte Option für die approbierten Ärzte wäre die Organisation eines nationalen Medizinethikkurses durch das SIWF. Mit dem Kurs «Medizin und Philosophie» von Luzern wird der medizinethische Bedarf für die Ärzte nicht abgedeckt. Fazit: 1. Wenn Philosophie die Schwester der Medizin ist, so ist die Medizinethik deren Tochter. 2. Viele der von Piet van Spijk vorgeschlagenen Themen für den Kurs «Medizin und Philosophie» sind Kernthemen der Medizinethik. 3. Eigentlich stellt dieser Kurs einen Parallelstudiengang zum Ethikstudium dar. 4. Deshalb stellt sich die Frage, ob er nicht längerfristig so ausgebaut werden sollte, dass die medizinethische Kompetenz damit auch gleich erworben würde.

*Dr. med. Bernhard Estermann,  
Malters*

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

## Aktuelle Themen auf unserer Website

[www.saez.ch](http://www.saez.ch) → Tour d'horizon



Interview mit Werner Bauer, ehemaliger Präsident des Schweizerischen Instituts für ärztliche Weiter- und Fortbildung (SIWF)

### «Jede Horizonterweiterung ist ein Gewinn»

Seit 2010 leitete Werner Bauer das SIWF. Auf Anfang Jahr hat er den Stab nun an seine Nachfolgerin Monika Brodmann Maeder übergeben. Zeit, um auf ein bewegtes Jahrzehnt zurückzublicken.



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

### «Bergsteigen hat mich gelehrt, vorsichtig zu sein»

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



Personalversicherungen

# Einfach Personal versichern

Sonderkon-  
ditionen für  
Mitglieder von  
FMH Services

## Jetzt vergleichen und Prämien sparen **Alle notwendigen Versicherungen für Ihr Praxispersonal**

- Alles aus einer Hand: KTG, UVG, BVG
- Prämien sparen dank exklusiven Rahmenvertragskonditionen
- Tiefere Lohnnebenkosten für Sie und Ihre Mitarbeitenden

### INSURANCE

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



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



## Die Herausforderungen einer grossangelegten Impfkampagne

# Impfen in einem weltweiten Krisenfall

Das Interview führte: **Julia Rippstein**

Redaktorin SÄZ

Ende Dezember 2020 begannen die Impfungen der Schweizer Bevölkerung gegen Covid-19. Gesundheitsnotstand, Logistik, Personalrekrutierung und Mangel an Impfdosen: Die Herausforderungen sind immens und vielfältig. Hier ein Fokus auf die Impfkampagne im Kanton Waadt. Blaise Genton, Chefarzt der Poliklinik für Tropenmedizin, Reisen und Impfungen an der Unisanté und Leiter der Impfkampagne, gibt Auskunft.

**Blaise Genton, Sie sind der medizinische Leiter der Impfkampagne im Kanton Waadt. Was mussten Sie konkret tun, um die Impfstrategie umzusetzen?**

Die Arbeit begann schon im Juni 2020; da war noch unklar, wie der Impfplan aussieht. Zu Beginn ging es darum, die verschiedenen Akteure unter der Federführung der kantonalen Gesundheitsdirektion zusammenzubringen, darunter Apotheker und Logistiker. So sollten mögliche Strategien evaluiert werden. Der Kanton ernannte einen Lenkungsausschuss und eine Task Force, die für die Umsetzung der logistischen, IT-, Kommunikations- und Personalressourcen verantwortlich ist. Als Grundlage diente uns der H1N1-Pandemieplan (Anm. d. Red.: 2009). Wir haben also nicht bei null angefangen, aber es gab doch viele Unbekannte.

**Vor welchen Herausforderungen standen Sie?**

Das plötzliche grüne Licht von Swissmedic zwang uns, die Impfkampagne vorzuziehen, das war sicher die erste grosse Herausforderung. Sehr schwierig an den Planungen war, dass wir die genaue Zahl der verfügbaren Dosen nicht kannten. Dieses Wissen wäre aber für die Umsetzung der Strategie entscheidend. Sie können mit einer Lieferung von 10 000 Dosen nicht dasselbe planen wie mit einer von 200 000 Dosen. Wir begannen mit einer nicht unerheblichen Anzahl von Dosen und hatten das Ziel, die meistgefährdeten Menschen schnell zu impfen. Eine weitere Herausforderung war, Personal für die Impfung zu finden, die Registrierung zu organisieren und die Daten der Geimpften in ein zentrales Computersystem einzugeben.

**Wo haben Sie all die Mitarbeitenden rekrutiert?**

In meinem 30-jährigen Berufsleben in der Schweiz habe ich zum ersten Mal gesehen, wie es ist, mit be-



**Blaise Genton:** «Ärztinnen und Ärzten kommt eine wesentliche Rolle zu, denn sie kennen ihre Patientinnen und Patienten und wissen, wer die Risikopersonen sind.»

grenzten Ressourcen zu arbeiten. Wir haben pensionierte und teilzeitbeschäftigte Pflegekräfte sowie Medizin- und Pflegestudierende hinzugezogen. Der Kanton stellte uns Mitglieder des Zivilschutzes zur Verfügung. Sie kamen in die mobilen Teams, die Pflegeheime und pflegebedürftige Menschen zu Hause, aber auch Gefängnisse und Einrichtungen für Mehrfachbehinderte besuchen.

**Viele dieser Personen müssen geschult werden.**

Ja, das ist ein entscheidender Aspekt. Wenn Katastrophenschutzmitarbeitende, die eigentlich eine ganz andere Aufgabe haben, im Gesundheitswesen für Impfungen eingesetzt werden, müssen sie natürlich geschult werden. Auch pensionierte Mitarbeitende und Studierende müssen geschult werden. Es gibt eine hohe Fluktuation, weshalb wir laufend schulen. Und je mehr Dosen zur Verfügung stehen, desto mehr können wir natürlich impfen und desto mehr Personal brauchen wir. Dank der jetzt vorhandenen personellen

Ressourcen und Räumlichkeiten können wir die Impfkapazität innerhalb von zehn Tagen deutlich erhöhen.

**Wo und wie werden die Daten der geimpften Personen erfasst?**

Das Monitoring ist ein weiterer Aspekt, der viel Zeit in Anspruch genommen hat. Als die Schweiz Pfizer/BioNTech und später Moderna zuließ und es an der Zeit war, mit dem Impfen zu beginnen, war auf Bundesebene noch nichts für die Datenerfassung vorbereitet. Also mussten wir unser eigenes Informatiksystem entwickeln, von der Terminbuchung bis zur Ausstellung von Impfbescheinigungen. Wir haben das zum Testen von Unisanté entwickelte System übernommen und verfügen nun über Daten nahezu in Echtzeit. Ende Januar gab es dann endlich auch ein Programm des Bundes. Nun mussten wir einen Weg finden, unsere Daten in dieses zentrale System zu übertragen. Das war keine leichte Aufgabe. Viele Kantone waren in dieser Situation, und es wäre viel einfacher gewesen, von Anfang an ein einheitliches System zu entwickeln.

**Wie wurden die Impfzentren ausgewählt?**

In jedem der fünf Sektoren des Waadtländer Gesundheitssystems wurde ein Zentrum eröffnet, um das gesamte Gebiet abzudecken und so viele Menschen wie möglich zu erreichen. Deswegen gibt es nun ein Zentrum in der ehemaligen Bibliothek des CHUV, im Spital Rennaz-Chablais, in der Klinik La Lignière in Gland sowie in den Testzentren von Morges und Yverdon. Die Nähe zu einem Krankenhaus ist entscheidend, damit medizinisches Personal schnell mobilisiert werden kann. Mit den fünf Zentren, zusätzlich zu den mobilen Teams, können viele Menschen in kurzer Zeit geimpft werden. Wenn eine grosse Menge an Dosen geliefert wird, können wir ein zusätzliches Zentrum in Beau-

lieu, dank der Unterstützung der Klinik La Source, eröffnen und zusätzlich 3000 Personen pro Tag impfen.

**Der Kanton Waadt hat einen Pilotversuch durchgeführt, um Ärztinnen und Ärzte in den Impfprozess einzubeziehen. Welche Rolle sollten sie Ihrer Meinung nach bei der Impfstrategie spielen?**

Ihnen kommt eine wesentliche Rolle zu, denn sie kennen ihre Patientinnen und Patienten und wissen, wer die Risikopersonen sind. Die Bevölkerung vertraut ihnen. Wenn eine Hausärztin ihrem Patienten rät, sich impfen zu lassen, wird er diesem Rat in der Regel folgen. Die von behandelnden Ärztinnen und Ärzten vorgenommene Priorisierung ist meines Erachtens besser als die aufgrund von Bescheinigungen schwerer chronischer Erkrankungen. Im Kanton Waadt impfen 240 Ärztinnen und Ärzte bereits. Sobald wir mehr Dosen haben, werden sie voll in die Impfkampagne integriert. Ebenso werden 130 Apotheken in der Lage sein zu impfen. Wir hoffen, diese neuen Player im Laufe des Aprils einbeziehen zu können.

**Hausärzte und -ärztinnen haben sich jedoch beklagt, bei der Impfstrategie aussen vor gelassen zu werden. Wurden sie zu Beginn des Prozesses übersehen?**

Ich glaube nicht, dass sie übersehen wurden. Es ist kompliziert, das Impfschema in den Praxen umzusetzen. Ärztinnen und Ärzte müssen etliche halbe Tage in der Woche einplanen, um mehrere Patientinnen und Patienten hintereinander impfen zu können. Nach dem Öffnen muss eine Ampulle, d.h. sechs bzw. 10 bis 11 Dosen, innerhalb von sechs Stunden verbraucht werden. Und systematische Dateneingabe bedeutet zusätzliche Arbeit. Darüber hinaus ist die Verteilung der Ampullen an jeden behandelnden Arzt eine grosse logistische Herausforderung. Die Impfstrategie auf Ärztinnen und Ärzte zu stützen bietet sich nicht überall an. Das Wallis hat sich dafür entschieden, weil die Bevölkerung dort nicht immer in der Nähe einer grosseren Gesundheitseinrichtung lebt und sich mehr auf Hausärztinnen und -ärzte verlässt. Entscheidend sind die Geographie und die Organisation des Gesundheitssystems. Andererseits ist es in einem urbanen Kanton wie Genf sinnvoll, auf grosse Impfzentren zu setzen, die für die Mehrheit zugänglich sind.

**Wo werden die Dosen gelagert?**

Da der Impfstoff von Pfizer/BioNTech bei minus 70 Grad gelagert werden muss, ist ein zentraler Gefrierschrank nötig. Durch die zentrale Lagerung können wir die Dosen schnell und je nach Bedarf etwa jeden zweiten Tag an die verschiedenen Impfstellen verteilen. Die restriktiven Lagerbedingungen sind einer



Zahlreiche Mitglieder des Zivilschutzes wurden geschult, um ab Ende Dezember 2020 für Impfungen eingesetzt zu werden.



Das Impfzentrum des CHUV befindet sich in der ehemaligen Bibliothek. Die Bevölkerung der Waadt kann sich auch in Rennaz, Gland, Morges und Yverdon impfen lassen.

der Gründe, warum die behandelnden Ärztinnen und Ärzte nicht von Anfang an einbezogen wurden. Sobald die Dosen den Gefrierschrank verlassen haben, müssen sie sehr schnell verabreicht werden. Von Verschwendung kann keine Rede sein, auch wenn wir mit einem Verzug der Lieferungen konfrontiert sind und das Tempo der Impfungen erheblich verlangsamt werden musste.

**Lassen Sie uns über den Lieferverzug der Dosen sprechen. Was kann in dieser Situation getan werden?**

Es gäbe alternative Wege, mit der Situation umzugehen, aber keiner davon wurde vom Bund beschlossen. Und es ist schwierig, von den Bundesrichtlinien abzuweichen. Im Moment lautet das Motto, so fürchte ich, «Eile mit Weile».

**Wie sähen diese alternativen Wege aus?**

Dem Beispiel Grossbritanniens folgend, hätte man die erste Dosis zunächst an möglichst viele Menschen verabreichen können, wissend, dass der Schutz nach 14 Tagen bei fast 90% liegt, und das für wahrscheinlich drei Monate. So hätte das Intervall zwischen der ersten und der zweiten Dosis, jetzt drei bis sechs Wochen, vergrößert werden können. Dadurch könnten mehr Menschen schnell geschützt werden. Mit dieser Strategie könnten derzeit (Anm. d. Red.: 22. März) 70 Prozent der gefährdeten Personen der Gruppe 1 geimpft werden, statt etwa 50%. Die Schweiz hat diese Strategie nicht übernommen, um sich an das Protokoll der Phase-3-Studie zu halten. Als es festgelegt wurde, war die Wirksamkeit der ersten Dosis noch nicht bekannt. Es ist schade, dass die entsprechenden Daten, die inzwischen veröffentlicht wurden, so wenig Gewicht haben. Der Bund ist sehr vorsichtig und passt sich nicht im-

mer der aktuellen Lage an. Es gibt nur wenige Dosen, während der Gesundheitsnotstand anhält. Aber die Strategie wird nicht überprüft.

**Aber wir können doch froh sein, dass die Schweiz vorsichtig ist, oder?**

Dahinter verbirgt sich die verzwickte Herausforderung «Individualschutz versus Bevölkerungsschutz». Indem wir einen kleinen Teil der Bevölkerung sehr gut schützen, wird der Einfluss auf die Zahl der schweren Verläufe und der Hospitalisierungen und auf die Verbreitung des Virus geringer sein. Wenn das Virus zirkuliert, wird es unweigerlich mutieren, und neue Varianten werden erscheinen.

**Was tut der Kanton Waadt, um Dosen zu sparen?**

Wir haben die Anzahl Impfberechtigter beim Gesundheitspersonal reduziert. Nur Personen, die auf der Intensivstation, in der Notaufnahme und in Prüfeinrichtungen arbeiten, werden geimpft. Wir haben auch entschieden, Personen keine Priorität einzuräumen, die bereits an Covid-19 erkrankt waren. Auch nicht, wenn dies mehr als drei Monate zurückliegt, denn die Rate der Reinfektion ist sehr gering. Dies führte zu kritischen Fragen aus anderen Kantonen und vom Bund. Es ist eine Entscheidung zwischen öffentlicher Gesundheit und dem totalen Schutz Einzelner.

**Halten Sie das Ziel, bis Ende Juni alle Impfwilligen geimpft zu haben, heute für realistisch?**

Ende Juli scheint mir realistischer. Im Kanton Waadt war das Ziel, bis Ende Februar alle gefährdeten Personen der Gruppe 1 zu impfen, und zwar mit einer Rate von 4000 Personen pro Tag. Wegen der Verspätung der Dosen und ohne einen anderen zugelassenen Impfstoff wird dies aber wahrscheinlich erst Ende März der Fall sein. Wir sind derzeit bei einer Rate von 2000 bis 3000 Dosen pro Tag, anstatt von möglichen 10 000.

**Wann kommen die nächsten Dosen?**

Wir erhalten regelmässig neue Dosen, etwa zweimal pro Woche. Unsere Planungen gehen über das gesamte Jahr 2021, entsprechend der Mengen, die uns zugesagt wurden. Wenn wir vom Bund die Bestätigung haben, dass Dosen ankommen, dann kommen sie bereits am nächsten Tag. Solch knappe Fristen erfordern eine sehr genaue Planung. Das grosse Fragezeichen im Moment ist, wann andere Impfstoffe zugelassen werden, wie z.B. der Impfstoff von AstraZeneca. Wenn er zugelassen wird, sollten wir die geplanten Tausenden von Dosen erhalten und sie sehr schnell verteilen können.

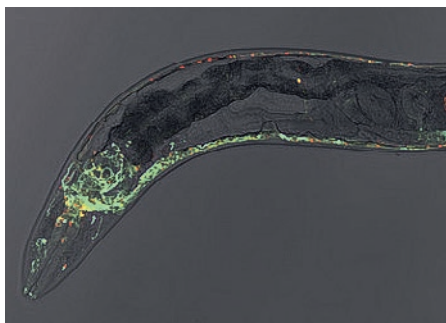
**Bildnachweise**

© Porträt: Unisanté  
© Andere: CHUV 2021

julia.rippstein[at]emh.ch

## Neue Alzheimer-Erkenntnisse dank Fadenwurm

In alternden Nervenzellen können sich fehlgefaltete Proteine bilden, sich anhäufen, verklumpen und längliche seilartige Strukturen bilden. Breiten sich diese aus und befallen grosse Hirnareale, kann dies zu Erkrankungen wie Alzheimer führen. Forschende der Universität Bremen konnten nun im durchsichtigen Fadenwurm *Chaenorhabditis elegans* mithilfe fluoreszierender Farbstoffe sichtbar machen, in welchen Nervenzellen die Krankheit beginnt und wie sie sich ausbreitet. Konkret wurde das sogenannte Abeta Peptid untersucht. Die Forschenden konnten zeigen, dass dessen Aggregation in *C. elegans* in genau sechs Nervenzellen – den IL2-Neuronen – beginnt und sich von dort aus systematisch auf alle Nervenzellen ausweitet. Es gelang ihnen zudem, durch gezielte Inhibition der Abeta Aggregation die Aggregationskaskade und Übertragung auf andere Nervenzellen zu verlangsamen. Das im für die Alzheimerforschung neu verwendeten Tiermodell gewonnene Wissen ist nicht direkt auf den Menschen



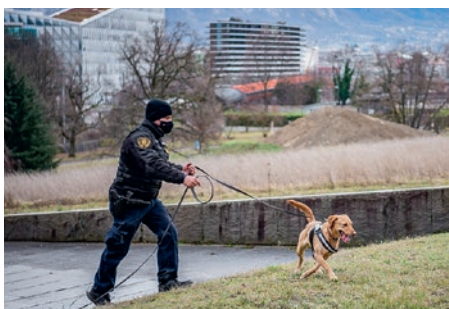
Der Fadenwurm spielt in der Alzheimer-Forschung eine wichtige Rolle.

© Christian Gallrein, Universität Bremen

übertragbar. Es hilft aber dabei, Start-Neuronen in komplexeren Systemen ausfindig zu machen, damit frühzeitig interveniert und die Aggregationskaskade aufgehalten werden kann.

(Universität Bremen)

## Des chiens capables de détecter le Covid-19



Un chien renifleur du Service de sécurité et de sûreté de l'Office des Nations Unies (ONU).  
© Matija Potocnik, UNOG Multimedia Developer

Les chiens pourraient jouer un rôle dans le dépistage du Covid-19. Les Hôpitaux Universitaires de Genève (HUG) veulent lancer une étude afin d'évaluer la capacité des canidés à détecter par

l'odorat les personnes atteintes du SARS-CoV-2. Selon des premiers résultats obtenus en France et en Allemagne, les chiens entraînés peuvent reconnaître une odeur spécifique à l'infection au SARS-CoV-2. L'étude des HUG sera conduite avec des chiens de l'armée suisse et des services de sécurité de l'ONU. Ils seront entraînés durant quatre semaines sur des échantillons de sueur provenant pour moitié de personnes infectées par le Covid-19 et pour moitié de personnes saines. «Le recours à des chiens renifleurs représente un moyen de détection alternatif peu coûteux, relativement simple et sympathique», dit le Dr Manuel Schibler, médecin adjoint du Service des maladies infectieuses des HUG. Cela est déjà testé dans le secteur médical, notamment pour dépister certains cancers, le paludisme ou la maladie de Parkinson – avec succès.

(hug.ch)

## Verwachsungen im Bauch bekämpfen

Forschende der Universität Bern und des Inselspitals haben in Zusammenarbeit mit kanadischen Forschenden entdeckt, dass Makrophagen der Grund für Verwachsungen im Bauchraum sind. Mithilfe eines neuen Mikroskopiermodells konnten die Forschenden durch die intakte Bauchwand hindurch die Makrophagen in der Bauchhöhle in Echtzeit filmen. Gibt es innerhalb des Bauchraums eine winzige Verletzung, verklumpen die Makrophagen dort. Sie versiegeln die Verletzung und die Verklumpung stoppt. Der molekulare Mechanismus dahinter basiert auf unspezifischen

Rezeptoren, die verschiedene Strukturen erkennen. Was bei kleineren Verletzungen bestens funktioniert, wird bei grossen Verletzungen zum Problem, da die Makrophagen ausser Kontrolle geraten: Die Gerinnsel hören nicht auf zu wachsen und bilden lange Stränge, aus denen dann Verwachsungen hervorgehen können. Die Erkenntnisse könnten dazu beitragen, ein Medikament gegen Verwachsungen zu entwickeln. Die Studie wurde vom Fachmagazin «Science» als Titelgeschichte veröffentlicht.

(Universität Bern)

## Le CHUV parmi les dix meilleurs hôpitaux du monde

Le Centre hospitalier universitaire vaudois (CHUV) est le neuvième meilleur hôpital du monde, selon le classement 2021 du magazine *Newsweek*. Seul représentant suisse dans le Top 10, il côtoie entre autres la Mayo Clinic à Rochester, le Johns Hopkins Hospital à Baltimore, l'Hôpital universitaire de la Charité à Berlin et le Singapore General Hospital. Les 2000 hôpitaux listés se distinguent par leur niveau d'excellence en termes de prise en charge et de technologie. *Newsweek* et la société Statista ont développé une méthodologie complexe pour établir un classement valide et crédible. L'évaluation se base sur les recommandations des hôpitaux par leurs pairs via une enquête internationale menée auprès de plus de 70 000 personnes, sur des enquêtes de satisfaction de patients et des indicateurs clés médicaux de performance.

(chuv.ch)

## Auslöser von Erbkrankheiten auch in «Junk-DNA»

Weite Teile des menschlichen Erbguts scheinen keine Gene zu enthalten. Ein interdisziplinäres Forschungsteam aus Lausanne, Berlin und Basel hat in einer solchen «Gen-Wüste» jedoch die Ursache für einen schweren Erbdefekt entdeckt. Eine im Fachjournal «Nature» publizierte Studie zeigt, dass eine einzige Erbgutveränderung in der lange für nutzlos gehaltenen «Gen-Wüste», auch als Junk-DNA bezeichnet, gravierende Folgen haben kann. Eine Analyse deutet darauf hin, dass das fehlende DNA-Segment eine lange, nicht-kodierende RNA (lncRNA) enthält. Dieser Genom-Abschnitt wird zwar abgelesen, enthält aber keine Information zur Herstellung eines Proteins. Stattdessen dient die Abschrift (RNA) selbst als Element, das an der Regulation von Zellprozessen beteiligt ist. Weitere Experimente ergaben, dass diese bisher unbekannte lncRNA tatsächlich notwendig ist, um das nächst gelegene Gen namens EN1 zu aktivieren. Bleibt die Aktivierung dieses Gens aus, kann es zu Fehlbildungen kommen.

(Universität Basel)



© Sergey Khakimullin | Dreamstime.com, Symbolbild

## Coronärrisches

## Anstand, Abstand und Ellbögeln

Bernhard Gurtner

Dr. med., ehemaliger medizinischer Chefarzt Spital Wetzikon, Mitglied FMH

Schon als kleine Kinder wurden wir darauf dressiert, unbekanntem Menschen die Hand zu geben – die Rechte! Bei den Pfadi begrüßten wir uns herznäher mit der Linken. Der freundliche Spaziergänger mit kräftigem Händedruck hatte vielleicht zuvor einen Hundedröck beseitigt oder mit blossen Fingern den Rotz in der eigenen Nase. Das wurde nicht als hygienisches Problem erkannt. Gib schön d Hand!

Tanten waren mit einem einzigartigen Kuss auf die linke Wange zu begrüßen, wo unsere verkniffenen Lippen auf der nach kölnisch Wasser riechenden schlaffen Haut landeten. Das Küssen beidseits oder gar dreifach – links–rechts–links – wurde erst später Mode und gerne von und an jungen Mädchen geübt. Küsse auf die Lippen gab uns Knirpsen nur die Mutter vor dem Schlafengehen oder wenn sie für einige Zeit wegging.

### Dank Corona soll nun der Ellbogen beim Social Distancing eine Hauptrolle übernehmen, wobei direkter Kontakt zu unterlassen ist.

An Skiliften, vor Glacébuden oder am Eingang zum Zirkus Knie hatten wir uns anständig in Warteschlangen einzureihen und durften nicht ellbögelnd nach vorne drängen. Mussten wir niesen oder husten, diente die Ellenbeuge als Notlandeplatz für schleimigen Auswurf, falls nicht sofort ein Taschentuch verfügbar war. Pfui! Corona sei Dank soll nun aber der Ellbogen beim *Social Distancing* eine Hauptrolle übernehmen, wobei direkter Kontakt zu unterlassen ist. Das Vermeiden eines Bumps schützt vor einer *Bursitis olecrani*, dürfte aber die Viren nicht daran hindern, sich weiterhin per Luftpost zu verbreiten.

Das von Staatsoberhäuptern gegenseitig angedeutete Ellbögeln wirkt ebenso komisch wie ihr ungeschicktes Anschnallen einer Maske für blubbernde Durchsagen ins aufgespiesst hingestreckte Mikrophon. Noch drolliger ist der *Wuhan Shake*, ein beinlicher Berührungstanz mit den Fussinnenseiten.

Asiatische Völker pflegen die Kunst der differenzierten Begegnung mit Fremden, Freunden oder Familienangehörigen. Der Abstand bei der Begrüssung, die Laut-

stärke der Stimme, der Winkelgrad der Verbeugung, die Stellung der Füsse und das Falten der Hände oder deren Verweilen auf der Brust ist zeremoniell geregelt und wird schon in der Schule geübt.

### Noch drolliger ist der Wuhan Shake, ein beinlicher Berührungstanz mit den Fussinnenseiten.

So genau müssen wir in Europa vorbeugendes Namaste gewiss nicht lernen. Die Verrenkungen der Ellbogen oder beider Beine können und sollten ersetzt werden durch eine leichte Verbeugung des Oberkörpers mit Auflage jener Hand aufs Herz, die nicht schon anderswo beschäftigt ist oder noch im Hosensack steckt.

Die Begrüssung seiner Fans mit hochgestreckter geballter Faust hat Barack Obama geliebt. Dieser *Fist Bump* ist das einzige, was Trump von seinem Vorgänger übernommen hat; wir wollen es nicht kopieren.

Sind Sie schon zweimal geimpft, angemeldet, noch nicht gepiekt oder keinesfalls dazu bereit? Oder nur, wenn überzeugendere Argumente nachgeliefert werden? Was raten Sie anderen? Gut informiert und eigenverantwortlich zu entscheiden wäre uns allen zu wünschen, unbeeinflusst von aufdringlichen Gläubigen aller Art. Doch wer oder was schützt uns gegen *Fake News* und eigenen Starrsinn?

Die erste Welle brachte überraschend eine hilfsbereite Leidgenossenschaft, die nun in der zweiten Welle in eigennütziger Neidgenossenschaft versinkt.

### Die erste Welle brachte überraschend eine hilfsbereite Leidgenossenschaft, die nun in eigennütziger Neidgenossenschaft versinkt.

Jagd auf Sündenböcke war eine beliebte Ausflucht in früheren Pandemien. Sind wir digitalisierten Zeitgenossinnen und -genossen im 21. Jahrhundert nicht fähig, Probleme vernünftiger zu bewältigen? Oder vielleicht doch?

*Bernhard Gurtner (maskiert, desinfiziert, seit langem für Impfung angemeldet)*

[gurtner.bernhard\[at\]bluwin.ch](mailto:gurtner.bernhard[at]bluwin.ch)

# Communication as a Medical Procedure

Werner Bauer

Dr. med., ehem. Präsident des Schweizerischen Instituts für ärztliche Weiter- und Fortbildung SIWF



Kommunikation ist eines der allgemeinen Lernziele für die Facharztweiterbildung, zu denen unter anderen auch die ethische Entscheidungsfindung, Teamführung, ökonomische Grundlagen und der Umgang mit Fehlern gehören. Mit ihnen allen ist es so eine Sache: Niemand bestreitet, dass sie eigentlich wichtig wären, aber ihre Vermittlung im Spital- und Praxisalltag gestaltet sich schwierig und hat oft keine hohe Priorität.

Das Schweizerische Institut für ärztliche Weiter- und Fortbildung hat vor wenigen Jahren eine Umfrage bei Ärztinnen und Ärzten durchgeführt, die den Facharzt-titel kurz zuvor erhalten hatten. Die grosse Mehrzahl der über tausend Antwortenden war mit der Weiterbildung in ihrem Fachbereich zufrieden und bestätigte, dass sie ihnen die Kompetenzen mitgegeben habe, die sie für ihre Tätigkeiten benötigen. Viele von ihnen gaben aber auch Defizite an, die ihnen bewusst geworden waren, und zwar genau im Bereich der allgemeinen Lernziele: Gesprächsführung, Beurteilung der Arbeitsfähigkeit, ökonomische Grundlagen und Fehleranalyse – in dieser Reihenfolge. Bemerkenswert ist, dass diese Defizite etwas verschieden ausgeprägt in allen Disziplinen festgestellt wurden; eine ungenügende Schulung der Gesprächsführung wurde sogar von den frisch diplomierten Psychiaterinnen und Psychiatern beklagt.

Im Anschluss an diese Umfrage haben wir auch über 500 Chefärztinnen und -ärzte nach Defiziten bei ihren Assistenzärztinnen und -ärzten und nach dem Wunsch für Unterstützung bei der Vermittlung problematischer Lernziele befragt. Das Resultat war praktisch deckungsgleich mit demjenigen der ersten Befragung: Kommunikation, Konfliktmanagement und Leadership sowie ökonomische Grundlagen schwangen obenaus. Die Lücken sind also erkannt, es geht nun darum, sie zu schliessen. Wenden wir uns einem besonders wichtigen Element zu: der Kommunikation. In vielen Abhandlungen darüber findet sich der Satz: «Man kann nicht nicht kommunizieren.» Das mag grundsätzlich zutreffen und doch muss ich entgegnen: Oh doch, man kann durchaus nicht kommunizieren. Das ist in den Augen einer Patientin beispielsweise dann der Fall, wenn ein Gespräch so ungeschickt, unwillig, hastig oder falsch geführt wird, dass das Bedürfnis nach einer Erklärung, einer Entschei-

dungshilfe oder nach Verständnis in keiner Weise erfüllt wird und allenfalls auch der Eindruck entsteht, nicht ernst genommen zu werden. Das kommt vor. Lange nicht immer so krass, sicher kaum je absichtlich, aber oft mit belastenden Folgen. Wir alle kennen leider Beispiele. Ein Artikel in den *Annals of Internal Medicine* hat deshalb meine besondere Aufmerksamkeit geweckt: «Time out before talking: Communication as a medical procedure» [1]. Der Gedanke, den er vermittelt, ist ebenso einfach wie einleuchtend: Alle ärztlichen Massnahmen oder Interventionen von der klinischen Untersuchung bis zu operativen Eingriffen müssen erlernt werden. Warum aber schreiben wir der Führung eines bedeutsamen Gesprächs nicht ebenfalls den Status einer *procedure*, einer ärztlichen Intervention, zu? Das würde nämlich bedeuten, dass es dafür eine erlernte Kompetenz braucht. Das würde zudem nach sich ziehen, dass es dafür, genau wie für eine Lumbalpunktion, Vorbereitung und einen definierten Zeitraum braucht und dass es mit ein paar Worten zwischen Krankenbett und Zimmertür oder mit Blick am Patienten vorbei auf den Bildschirm nicht getan ist. Es würde auch bedeuten, dass wie bei allen Massnahmen und Eingriffen Komplikationen und Nebenwirkungen, zum Beispiel in der Form unerwarteter oder nachträglicher Reaktionen, möglich sind.

Die Autoren folgern: “*Describing communication as a procedure does not dictate rigidly scripted or stereotyped practice. Skilled communication requires nuance, adjustment, and careful thought in complex interpersonal interactions. Just as surgery is a technical intervention and a practiced art form, communication procedures require both thoughtful structure and flexible skill.*”

Die Erfahrung zeigt, dass Kommunikation nicht schlicht etwas ist, was man «einfach so kann» – nicht jede oder jeder von uns ist ein Naturtalent. Kommunikation ist aber etwas, das man zu einem guten Teil lernen und an dem man arbeiten kann. Eine nützliche Hilfe dabei ist die empfehlenswerte Broschüre *Kommunikation im medizinischen Alltag*, welche von der Schweizerischen Akademie der Medizinischen Wissenschaften herausgegeben wurde und online wie auch gedruckt erhältlich ist [2].

## Literatur

- 1 Lakin JR, Tulskey JA, Bernacki RE. Time out before talking: Communication as a medical procedure. *Ann Int Med.* 2020;174:96–7.
- 2 Kommunikation im medizinischen Alltag. SAMW (Hrsg.) 2013.

werner.bauer[at]hin.ch



[www.annahartmann.net](http://www.annahartmann.net)