

Schweizerische Ärztezeitung

487 Editorial
von Carlos B. Quinto
Zur Sprache gebracht

490 FMH
**TARDOC 1.2 wurde beim
Bundesrat nachgereicht**

524 «Zu guter Letzt»
von Jean Martin
**Gefahren für die
Meinungsfreiheit?**

15 14. 4. 2021



488 FMH
**Dolmetschen als Schlüssel
zur Chancengleichheit**

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: Carlos B. Quinto

487 **Zur Sprache gebracht**

488



PUBLIC HEALTH: Carlos B. Quinto, Robin Rieser, Barbara Weil

Dolmetschen als Schlüssel zur Chancengleichheit Die Kommunikation zwischen medizinischem Personal und Patient ist einer der wichtigsten Faktoren für eine erfolgreiche Behandlung. Sprachliche und kulturelle Unterschiede machen einen Austausch schwierig. Verständigungsprobleme können dazu führen, dass die gesundheitliche Chancengleichheit nicht mehr gewährleistet ist. Das Überbrücken solcher Barrieren geschieht im besten Fall durch professionelle Dolmetschende. Den aktuellen Stand beim Dolmetschen im Gesundheitswesen betrachtet dieser Beitrag.

TARIFFRAGEN: Christian Oeschger, Patrick Müller

490 **TARDOC 1.2 wurde beim Bundesrat nachgereicht**

ÄRZTEKAMMER

493 **Virtuelle Ärztekammersitzung**494 **Personalien****Organisationen der Ärzteschaft**

SWISS INSURANCE MEDICINE: Iris Herzog-Zwitter, Bruno Soltermann, Andreas Klipstein, Gerhard Ebner

497 **Das Arztzeugnis – Teil 1****Weitere Organisationen und Institutionen**

XUNDART: Andrea Abraham, Yvonne Gilli

502 **Innovative und wissenschaftlich fundierte Qualitätsentwicklung****Briefe / Mitteilungen**505 **Briefe an die SÄZ**507 **Facharztprüfungen / Mitteilungen**

FMH Services



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

Tribüne

COVID-19: Corinna Adler

516 **Philanthropie in der Pandemie**

COVID-19: Julie Zaugg

519 **Wie Hongkong das Virus in Schach hielt**

Horizonte

SCHAUFENSTER: Max Stäubli

522 **Doktorsfrau und Frau Doktor: beiden sei Dank**

SCHAUFENSTER: Jürg Kesselring

523 **Armenien**

Zu guter Letzt

Jean Martin

524 **Gefahren für die Meinungsfreiheit?**



BENDIMERAD

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:
© INTERPRET

Zur Sprache gebracht

Carlos B. Quinto

Dr. med., Mitglied des FMH-Zentralvorstandes, Departementsverantwortlicher Public Health und Gesundheitsberufe



Wir befinden uns in einer Welt, in der die unterschiedlichsten Sprachen und Kulturen aufeinandertreffen und miteinander koexistieren. Besonders in der Schweiz mit vier offiziellen Landessprachen und einem hohen Anteil ausländischer Einwohner ist die Vielfalt der Sprachen allgegenwärtig. In ihrer täglichen Arbeit sind Sie, liebe Mitglieder, auf die sprachliche Verständigung mit Ihren Patientinnen und Patienten angewiesen. Die Erhebung einer vollständigen Anamnese, die Verordnung weiterer Untersuchungen oder Therapien, Dosierungs- und Einnahmeangaben zu Medikamenten, die Adhärenz zur gewählten Behandlung und die gemeinsame Entscheidungsfindung zeigen nur

In ihrer täglichen Arbeit sind Ärztinnen und Ärzte auf die sprachliche Verständigung mit ihren Patientinnen und Patienten angewiesen.

einen Bruchteil der kommunikativen Herausforderungen auf. Bereits in der Ausgabe vom 3. Februar 2021 erschien ein Beitrag, der das Missverhältnis zwischen Nachfrage und Bereitstellung von Dolmetscherleistungen aufzeigt.

Oft treten die Angehörigen der Patienten und Patientinnen als Vermittler und Übersetzer in Situationen sprachinkongruenter Konsultationen auf. Ob Laien die Fähigkeit besitzen, adäquat zu vermitteln, und ob sie das volle Vertrauen der Patienten und Patientinnen erhalten, um frei sprechen zu können, ist fraglich. Tabuthemen können den Informationsfluss entscheidend verringern, zum vermeintlichen Schutz der Betroffenen können Informationen vorenthalten werden.

Professionelle interkulturelle Dolmetschende überwinden die Barrieren in der schwierigen Kommunikation zwischen Arzt und Patient: freie Äusserung von Beschwerden und Meinungen sowie die Anpassung an kulturelle Unterschiede sind nur wenige davon. Einen einfachen und benutzerfreundlichen Zugang zu Dolmetscherleistungen vorausgesetzt, könnten Ärztinnen und Ärzte in sprachlich herausfordernden Situationen die Patienten und Patientinnen optimal versorgen.

Hierfür müsste die Organisation von Dolmetscherleistungen wesentlich vereinfacht werden, und ihre

Finanzierung müsste einfach sichergestellt werden. Während im TARMED keine Positionen für das Dolmetschen enthalten sind, könnten solche im TARDOC in gemeinsamen Verhandlungen zwischen den Tarifpartnern eingeführt werden. Nur müsste TARDOC endlich vom Bundesrat genehmigt werden.

Ebenfalls müssten die aktuellen Zeitlimitationen in dieser Hinsicht korrigiert werden. Krisen und somit die Konsultationen in Hausarztpraxen verlaufen nicht linear übers Jahr verteilt. Ungenügende oder mangelhafte Kommunikation führt nachweislich zu mehr Untersuchungen und Tests sowie auch zu mehr Fehldiagnosen. Nicht vorhandene Gesprächszeit aufgrund des bundesrätlichen Tarifeingriffs und nicht vorhandene Dolmetscherleistungen führen somit zu einer teureren und schlechteren Medizin, für die nicht die Ärzteschaft in der Verantwortung steht. Dies konnte im In- und Ausland durch Studien belegt werden, die unter anderem bereits 2016 an einer Swiss Public Health Conference, an der sogar ein Bundesrat anwesend war, in Bern präsentiert wurden.

Es gibt Verbesserungsbedarf. Dies wurde für eine vulnerable Untergruppe der Migrationsbevölkerung am 8. Dezember 2020 deutlich ausgeführt an einer Fachtagung des Schweizerischen Roten Kreuzes des Verbundes *Support for Torture Victims* mit dem Titel «Lost in Translation – interkulturelles Dolmetschen in der Gesundheitsversorgung geflüchteter Menschen»¹. In den Unterlagen zur Fachtagung finden Sie entspre-

Professionelle interkulturelle Dolmetschende überwinden die Barrieren in der schwierigen Kommunikation zwischen Arzt und Patient.

chende weiterführende Literatur und Präsentationen. In der abschliessenden Diskussion zur Tagung zeigte sich, dass die Probleme nicht bei den dort anwesenden lösungsorientierten Vertretern von Ärzteschaft und Versicherern lagen, sondern in den fehlenden Strukturen, um finanzierte Dolmetscherleistungen rasch und unkompliziert zu beziehen.

¹ www.torturevictims.ch/de/veranstaltungen/lost-in-translation-interkulturelles-dolmetschen-in-der-gesundheitsversorgung

Zu viele Unklarheiten

Dolmetschen als Schlüssel zur Chancengleichheit

Carlos Quinto^a, Robin Rieser^b, Barbara Weil^c

^a Dr. med., Mitglied des FMH-Zentralvorstandes, Departementsverantwortlicher Public Health und Gesundheitsberufe; ^b Wissenschaftlicher Mitarbeiter Abteilung Public Health; ^c Leiterin Abteilung Public Health FMH

Die Kommunikation zwischen medizinischem Personal und Patient ist einer der wichtigsten Faktoren, um eine erfolgreiche Behandlung gewährleisten zu können.

Sprachliche und kulturelle Unterschiede machen einen Austausch zwischen den Beteiligten schwierig oder teilweise gar unmöglich. Die weltweite Migration führt zu einer stärkeren Durchmischung verschiedener Kulturen und Sprachen, Verständigungsprobleme, welche damit einhergehen, führen oft dazu, dass die gesundheitliche Chancengleichheit nicht mehr gewährleistet ist. Das Überbrücken dieser Barrieren geschieht im besten Fall durch professionelle Dolmetschende. Der aktuelle Stand in der Schweiz beim Dolmetschen im Gesundheitswesen wird nachfolgend beleuchtet.

Vielfalt als Herausforderung

Die Schweiz ist ein Land mit einer mehrsprachigen Tradition. Vier offizielle Landessprachen werden in unserem Land gesprochen. Es treffen Sprachkulturen aufeinander, vermischen sich oder entfernen sich voneinander. Der «Röstigraben» zwischen der Deutschschweiz und der Romandie ist das wahrscheinlich prominenteste Beispiel. In der Schweiz sprechen vier von zehn Personen einmal pro Woche zwei Sprachen, jede fünfte Person drei Sprachen und 7% vier oder mehr Sprachen. Zu unseren Landessprachen kommen die Muttersprachen der in der Schweiz wohnhaften Ausländer dazu; fast ein Viertel der Bevölkerung stammt ursprünglich nicht aus der Schweiz. Ein Teil der zugewanderten Personen, insbesondere bildungsferne, beherrscht die Landessprachen nur teilweise oder gar nicht und ist deswegen in verschiedenen Bereichen benachteiligt. Bildung, Gesundheit und soziales Umfeld sind nur einige der betroffenen Bereiche. Unverständnis und Missverständnisse machen es den Betroffenen schwer, sich verständlich auszudrücken und für ihre Gesundheit einzustehen [1].

Der Zugang für Benachteiligte ist schwieriger

Personen, welche eine tiefe Bildung, ein niedriges Einkommen oder eine schlechte berufliche Stellung aufweisen, haben ein höheres Risiko für verschiedenste Erkrankungen sowie eine kürzere Lebenserwartung. Sie zeigen mehr gesundheitsschädliches Verhalten, treiben weniger Sport, essen ungesünder. Diese Bevölkerungsgruppe ist deshalb umso mehr auf eine gute medizinische Versorgung angewiesen. Schwierigkeiten sich auszudrücken sind in der Schweiz bei Migranten verbreitet: Knapp 10% der Migranten der 1. Generation geben an, keine der offiziellen Landessprachen zu beherrschen. Mancherorts werden deshalb bewusst Ärzte mit ausländischen Diplomen beschäftigt, um diese Sprachbarrieren zu überwinden. In den meisten Fällen stehen sich die Parteien jedoch ohne professionelle Hilfe gegenüber. Angehörige, Bekannte oder die Kinder der Betroffenen übernehmen dann die Übersetzungsaufgabe in der Praxis. Solche Laienübersetzer sind zwar in vielen Fällen hilfreich, bringen aber auch

Knapp 10% der Migranten der 1. Generation geben an, keine der offiziellen Landessprachen zu beherrschen.

Probleme mit sich. Unvollständige Übersetzungen, das bewusste Vorenthalten von Informationen, Auslassen von Tabus und unangenehmen Fragen können bei Laienübersetzungen dazu führen, dass unnötige Untersuchungen und Behandlungen durchgeführt werden oder angezeigte Behandlungen nicht stattfinden. Es entstehen unnötige Kosten und Frustration auf beiden Seiten. Eine Übersetzung durch professionelle Dolmetscher berücksichtigt die sprachlichen Feinheiten der Ursprungs- und Zielsprache, die kulturellen Kontexte

beider Seiten und führt zu besserer Compliance, höherer Behandlungsqualität und verbesserter Patientensicherheit [1].

Die Situation in der Schweiz

Seit mehr als 15 Jahren stehen dem Gesundheitspersonal in der Schweiz Dolmetscher für Situationen schwieriger sprachlicher Verständigung zur Verfügung. Allein im Jahr 2019 wurden 163 153 Dolmetschereinsätze im Gesundheitsbereich verzeichnet [2]. Eine Umfrage aus dem Jahr 2017 zeigt, dass zwei Drittel dieser Leistungen im ambulanten Setting stattfanden, mehr als die Hälfte der Haus- und Kinderärzte führen mindestens einmal im Monat Konsultationen durch, bei denen eine direkte und adäquate Kommunikation nicht

Die FMH fordert die Behebung der Unklarheiten in der Organisation und Finanzierung von Dolmetschleistungen.

möglich ist. Die Problematik zeigt sich auch darin, dass 44% der Haus- und Kinderärzte oder -ärztinnen nicht wissen, wie solche Einsätze organisiert werden können. Weiter besteht bei 53% der Haus- und Kinderärztinnen oder -ärzten Unklarheit darüber, wer die Finanzierung dieser Angebote übernimmt. Die grösste Hürde ist die Organisation solcher Einsätze, welche von 58% der Haus- und Kinderärzte als mühsam wahrgenommen werden.

Dazu kommt, dass die Finanzierung in den Kantonen unterschiedlich geregelt wird. Nur jeder zehnte befragte Arzt kannte die allenfalls vorhandenen Finanzierungsmöglichkeiten solcher Dolmetschereinsätze. Waren diese bekannt, stieg die Wahrscheinlichkeit, die Dolmetschangebote zu nutzen, um das Achtfache an. Leider ist in der Regel keine Finanzierung sichergestellt. Die meisten Einsätze von Dolmetschenden finden aktuell im ambulanten Setting statt. Eine Finanzierung ist im TARMED nicht enthalten, könnte aber im TARDOC zwischen der Tarifpartnern verhandelt und eingeführt werden. Ein weiteres grosses Hindernis sind die aktuell im TARMED bestehenden Zeitlimitationen. Der Bundesrat ist der Ansicht, dass die Finanzierung zwischen den Tarifparteien geregelt werden

müsse und sieht keinen Handlungsbedarf, müsste aber deshalb endlich konsequenterweise TARDOC genehmigen [3].

Was geschieht jetzt?

Wenig erstaunlich ist deshalb in Anbetracht der oben genannten Situation, dass erst kürzlich zwei Motionen [4, 5] dem Bundesrat vorgelegt wurden, welche das Thema Dolmetschen in der ambulanten Patientenversorgung zur Sprache bringen. Die FMH fordert die Behebung der Unklarheiten in der Organisation und Finanzierung von Dolmetschleistungen. Eine landesweit einheitliche Regelung und Organisation ist notwendig, um in allen Regionen den Zugang zu Dolmetschleistungen und damit eine qualitativ gute, kostengünstigere und faire medizinische Versorgung zu ermöglichen. In der Bundesverfassung (Art. 41, Abs. 1b) wird festgehalten, dass sich Bund und Kantone einsetzen, dass jede Person die für ihre Gesundheit notwendige Pflege erhält [6]. Das Bundesamt für Gesundheit (BAG) empfiehlt für emotionale und komplexe Gespräche mit allophonen Patienten Dolmetschende beizuziehen [7]. Aus allen diesen Gründen ist es an der Zeit, dass Bund und Kantone handeln, um die Versorgung fremdsprachiger Patienten in der Schweiz zu verbessern und um der Ärzteschaft und medizinischem Personal die nötige Unterstützung bieten zu können.

Literatur

- 1 Jaeger F. Dolmetschende in Schweizer Haus- und Kinderarztpraxen. Binningen; 2017. https://kollegium.ch/sites/default/files/20170824_Dolmetschende_d.pdf
- 2 INTERPRET. Einsatzstatistik zum interkulturellen Dolmetschen und Vermitteln 2019. 2020. www.inter-pret.ch/admin/data/files/marginal_asset/file/489/2019_einsatzstatistik_dt.pdf?lm=1605533382.
- 3 Jaeger F et al. Barriers to and Solutions for Addressing Insufficient Professional Interpreter Use in Primary Healthcare. BMC Health Services Research. 2019;19(1):753. <https://doi.org/10.1186/s12913-019-4628-6>.
- 4 19.4279 → Notwendige Dolmetscherdienste in der Arztpraxis und im Ambulatorium → Geschäft → Das Schweizer Parlament (parlament.ch).
- 5 19.4357 → Ärztinnen und Ärzte und Patientinnen und Patienten. Verstehen und verstanden werden. Finanzierung von interkulturellem Dolmetschen im ambulanten Bereich → Geschäft → Das Schweizer Parlament (parlament.ch).
- 6 SR 101 Bundesverfassung der Schweizerischen Eidgenossenschaft vom 18. April 1999 (admin.ch).
- 7 www.bag.admin.ch/bag/de/home/strategie-und-politik/nationale-gesundheitsstrategien/gesundheitsliche-chancengleichheit/interkulturelles-dolmetschen.html.

TARDOC 1.2 wurde beim Bundesrat nachgereicht

Christian Oeschger^a, Patrick Müller^b

^a Experte Abteilung Ambulante Versorgung und Tarife; ^b Leiter Abteilung Ambulante Versorgung und Tarife

2019 hatten die FMH und curafutura TARDOC 1.0 beim Bundesrat zur Genehmigung eingereicht. TARDOC soll den in die Jahre gekommenen TARMED ablösen. Gemäss Bundesamt für Gesundheit BAG ist TARDOC materiell genehmigungsfähig. Der in einigen Punkten revidierte TARDOC 1.2 wurde Ende März an den Bundesrat nachgereicht. FMH, curafutura und MTK streben an, dass TARDOC nach Einreichung der Nachbesserungen rasch genehmigt und auf den 1. Januar 2022 in Kraft gesetzt wird.

500 Tage nach der Einreichung des Genehmigungsantrages von TARDOC hat das Bundesamt für Gesundheit BAG am 20. November 2020 den beteiligten Tarifpartnern FMH und curafutura den lang erwarteten Prüfbericht zum TARDOC zugestellt. Das BAG kommt im Prüfbericht zum Schluss, dass der TARDOC mit Anpassungen materiell genehmigungsfähig ist. Der Bundesrat hat zu TARDOC noch keinen Entscheid gefällt.

Die wesentlichen Kritikpunkte des BAG an der TARDOC-Version 1.1 sind folgende:

- Das bei der ärztlichen Leistung (AL) hinterlegte Referenzeinkommen wird seitens des BAG als zu hoch erachtet. Im Wesentlichen wird kritisiert, dass in der Berechnung neben den Einkommen der Oberärzte auch die Einkommen von Leitenden Ärzten sowie Chefärzten mitberücksichtigt wurden.
- Die ebenfalls für die Berechnung der AL relevante Normarbeitszeit pro Tag wurde vom BAG ebenfalls beanstandet. Das BAG schlägt vor, im Kostenmodell eine tägliche Normarbeitszeit von 11,4 Stunden zu hinterlegen. Im Vorschlag der beteiligten Tarifpartner sind es 9,2 Stunden.
- Im Bereich des Kostenmodells KOREG wird – neben weiteren Kritikpunkten beispielsweise zur Modellarchitektur – die Repräsentativität der Daten, die aus der Rollenden Kostenstudie RoKo stammen, infrage gestellt.
- Im INFRA-Kostenmodell werden neben anderem die Baukosten, Gerätekosten, Personalkosten und deren Datengrundlagen kritisiert.
- Beim Kostenneutralitätskonzept wird unter anderem kritisiert, dass die Monitoringphase zu wenig lange dauert.

Auch kritisiert wird das Dignitätskonzept sowie weitere Punkte wie beispielsweise die Kombination von Zeit- und Handlungsleistungen, die teilweise weniger strengen Limitationen als diese vom Bundesrat für TARMED festgelegt wurden, die in gewissen Bereichen erweiterten Qualitativen Dignitäten oder auch die Dringlichkeit- und Notfallpositionen.

Runder Tisch von Bundesrat Berset mit allen Tarifpartnern

Nachdem der Prüfbericht des TARDOC den einreichenden Tarifpartnern FMH und curafutura im November zugestellt wurde, hat Bundesrat Alain Berset am 3. Dezember 2020 einen runden Tisch einberufen, zu dem alle Tarifpartner (santésuisse, H+, curafutura, FMH) und auch Vertreter der Gesundheitsdirektorenkonferenz GDK eingeladen wurden. Bundesrat Berset hat anlässlich dieses Treffens bekanntgegeben, dass zwei Projekte beim Bundesrat zur Genehmigung eingegeben wurden. Einerseits die Einzelleistungsstruktur TARDOC, die von den Tarifpartnern FMH, curafutura und SWICA eingereicht wurde, und andererseits ein Projekt mit freiwilligen Pauschalen, das von santésuisse und FMCH eingereicht worden ist.

Nach längeren Verhandlungen konnte ein *Letter of Intent* über eine gemeinsame Zusammenarbeit und die Zustimmung zu einer gemeinsamen ambulanten Tariforganisation Anfang März von allen Tarifpartnern unterschrieben werden. Der darin vorgesehene Zeithorizont, «so rasch wie möglich, aber bis spätestens Ende 2021», für die Einreichung des gemäss den Empfehlungen des BAG überarbeiteten TARDOC ist je-



Ziel von FMH und curafutura, aber auch von der MTK ist, dass TARDOC per 2022 in Kraft gesetzt werden kann und so den veralteten und nicht mehr sachgerechten und betriebswirtschaftlich bemessenen TARMED ablöst.

doch für die Tarifpartner curafutura und FMH zu spät. Die FMH, curafutura und die Medizinaltarif-Kommission (MTK) möchten nach wie vor, dass TARDOC nach Einreichung der Nachbesserungen rasch genehmigt wird und auf den 1. Januar 2022 in Kraft gesetzt wird.

TARDOC 1.2 wurde Ende März 2021 nachgereicht

Die Kritikpunkte des BAG wurden systematisch erfasst und zwischen Dezember und Anfang März von der Geschäftsstelle der ats-tms AG sowie den Tarifpartnern FMH, curafutura und MTK bearbeitet. Wo notwendig hat die FMH mit den betroffenen Fachgesellschaften bereits Kontakt aufgenommen. Ziel war es, TARDOC 1.2 inkl. einer umfassenden Stellungnahme als Antwort auf den Prüfbericht des BAG dem BAG nachzureichen. Mit der Nachreichung von Ende März 2021 der beiden angepassten Konzepte sowie der Stellungnahme der an der ats-tms AG beteiligten Tarifpartner soll eine rasche Genehmigung des TARDOC durch den Bundesrat ermöglicht werden.

Wichtige Themen für alle der FMH angeschlossenen medizinischen Gesellschaften sind das Referenzeinkommen, die Jahresarbeitszeit für Ärztinnen und Ärzte, das Kostenneutralitätskonzept sowie das Konzept zu den Besitzständen. Dazu fanden in den letzten Wochen zwischen FMH, curafutura und MTK spezifische Gespräche statt. Nachfolgend werden die wesentlichen Änderungen umrissen.

Ärztliche Leistung (Referenzeinkommen und Jahresarbeitszeit)

Das BAG kritisierte einerseits die Zusammensetzung des Referenzeinkommens, indem das BAG der Ansicht ist, dass als Vergleich für das Opportunitätsprinzip die Löhne der Oberärzte verwendet werden sollen und nicht ein gewichteter Durchschnitt der Löhne der Chef-, Leitenden und Oberärzte, wie dies in der Studie zum Referenzeinkommen einkalkuliert ist. Andererseits kritisierte das BAG die im TARDOC hinterlegte Normarbeitszeit von 9,2 Stunden und fordert anstelle dieser eine Normarbeitszeit von 11,4 Stunden.

Für die FMH hat die Verteidigung des AL-Kostensatzes die höchste Priorität. Die FMH hat deshalb zwei Gutachten in Abstimmung mit den Tarifpartnern in Auftrag gegeben. Für die rechtliche Beurteilung zur Forderung der Normarbeitszeit nach 11,4 Stunden wurde dem Arbeitsrechtler Prof. Dr. Thomas Geiser ein Auftrag erteilt. Geiser hält in seinem Gutachten fest, dass die Forderung des BAG gesetzeswidrig ist und auf maximal 50 Wochenstunden (gemäss Arbeitsgesetz) basieren dürfte. FMH und curafutura halten damit an der Normarbeitszeit von 9,2 Stunden pro Tag fest.

Das Winterthurer Institut für Gesundheitsökonomie (WIG) der Zürcher Hochschule für angewandte Wissenschaften ZHAW hat ebenfalls eine Stellungnahme zu den vom BAG geforderten Anpassung des Referenzeinkommens verfasst. Das WIG hält dem BAG entgegen und bestätigt seine in der Studie gemachten Festlegun-

gen und Parameter. Auch hier halten die Tarifpartner an der Studie und damit an der Höhe des Referenzeinkommens fest.

Kostenneutralitätskonzept

Das BAG fordert im Prüfbericht, dass eine dynamische Kostenneutralität von mindestens drei Jahren umgesetzt wird. Die Tarifpartner haben das Kostenneutralitätskonzept aufgrund des Prüfberichts in gewissen Teilen überarbeitet. Konkret haben die Tarifpartner vereinbart, dass die Mess- und Steuerphase von 18 Monaten auf 30 Monate verlängert wird. Dadurch lässt sich der Effekt des Wechsels des Tarifmodells über einen längeren Zeitraum (2,5 Jahre) messen und steuern. Die Tarifpartner erfüllen damit aus ihrer Sicht die Vorgaben gemäss Art. 59c Abs. 1 lit. c KVV.

Dignitätskonzept

Das BAG stellt weiter die im Dignitätskonzept beschriebene Lösung zur Besitzstandswahrung gänzlich in Frage und hat dabei auch die lange Dauer von 10 Jahren kritisiert. Die FMH und curafutura haben in einer Nachverhandlung festgelegt, dass die Dauer der Besitzstandswahrung von zehn auf sechs Jahre gekürzt wird, im Gegenzug aber die Voraussetzung für die Geltendmachung von Besitzstand auf erfolgte Rechnungsstellung drei Jahre vor Inkrafttreten des TARDOC angepasst wird.

Wie es mit TARDOC weitergeht

Ziel von FMH und curafutura, aber auch von der MTK ist, dass TARDOC per 2022 in Kraft gesetzt werden kann und so den veralteten und nicht mehr sachgerechten

und betriebswirtschaftlich bemessenen TARMED ablöst.

Sobald TARDOC zur Anwendung kommt, soll er im Gegensatz zum jetzt gültigen Tarif jährlich revidiert werden. Die FMH, curafutura und die MTK haben dazu die gemeinsame Tariforganisation ats-tms AG gegründet. Sie soll im Auftrag der Gesellschafter TARDOC in Zukunft weiterentwickeln. Dafür wurden in den entsprechenden Gremien bereits heute die Voraussetzungen geschaffen: So braucht es im Verwaltungsrat der ats-tms AG kein Einstimmigkeitsprinzip mehr. Damit wird die stetige Weiterentwicklung der Tarifstruktur zugunsten eines sachgerechten und aktuellen TARDOC ermöglicht.

Innerhalb der ats-tms AG sind auch bereits diverse Projekte gestartet worden. So läuft aktuell ein Projekt zur Granularität von TARDOC. Dazu wurden Interviews mit verschiedenen Fachgesellschaften geführt. Dabei soll geprüft werden, inwieweit TARDOC weiter vereinfacht werden könnte, indem man die zeitlichen Aufwände für die ärztliche Vor- und Nachbereitung, die Wechselzeit und die Befundung, Dokumentation und Berichtserstellung zusammenfassen könnte. Ziel ist dabei, die Tarifstruktur weiter zu vereinfachen, ohne die Sachgerechtigkeit und Transparenz zu verletzen. Daneben laufen weitere Arbeiten in den Bereichen «Plausibilisierung von Minutagen», «Überprüfung der Kostenmodelle», «nichtärztliche Betreuung und Überwachung». Ebenso wurden in den letzten Tagen die neue Interpretationskommission aufgegleist sowie die Prozesse zum zukünftigen Antragsverfahren zur Tarifweiterentwicklung definiert.

Bildnachweis

Ammentorp | Dreamstime.com (Symbolbild)

Was bisher geschah

Die FMH und curafutura haben TARDOC in der Version 1.0 im Sommer 2019 beim Bundesrat zur Genehmigung eingereicht. Keine Einreichungspartei, aber trotzdem Partner bei TARDOC für die Bereiche Unfallversicherung, Invalidenversicherung und Militärversicherung ist die Medizinaltarife-Kommission UVG (MTK). Die inhaltliche Prüfung von TARDOC erfolgte im Anschluss durch das Bundesamt für Gesundheit BAG.

Gleichzeitig hat das BAG Ende 2019 gegenüber der FMH und curafutura signalisiert, dass es TARDOC in der vorliegenden Form 1.0 nicht für genehmigungsfähig hält. Bundesrat Berset kritisierte, dass die curafutura-Versicherer CSS, Helsana, Sanitas und mit der Nichtbeteiligung der santésuisse-Versicherer eine grosse Anzahl von Versicherten nicht repräsentiert würden. Ebenfalls kritisierte Bundesrat Berset, dass die FMH und curafutura für die Einhaltung der kostenneutralen Überführung von TARMED zu TARDOC zwei unterschiedliche Konzepte eingereicht hatten.

Daraufhin haben die FMH und curafutura im Sommer 2020 eine neue Version 1.1 von TARDOC eingereicht. Erstmals wurde ein ge-

meinsam zwischen der FMH und curafutura verhandeltes Kostenneutralitätskonzept eingereicht. Das neue Konzept sieht einen sogenannten «External Factor» vor, der zwar integraler Bestandteil der Tarifstruktur ist, allerdings nicht mit den Taxpunkten verrechnet wird. Artikel in der *Schweizerischen Ärztezeitung* vom 15. Juli 2020: Die Einführung von TARDOC darf keine Mehrkosten verursachen [1].

Mit dem gemeinsamen Kostenneutralitätskonzept und der damit einheitlichen Tarifstruktur haben die FMH und curafutura zwei Forderungen des Bundesrates erfüllt. Die SWICA (fünftgrößte Krankenversicherung in der Schweiz) hat sich am 1. Mai 2020 entschieden, den TARDOC ebenfalls zu unterstützen und damit Teil der Lösung zu sein. Mit der Unterstützung der SWICA von TARDOC unterstützen nun über 53% der Versicherten den TARDOC und damit sowohl auf Leistungserbringerseite wie auch auf Kostenträgerseite eine Mehrheit.

1 Oeschger C. Die Einführung von TARDOC darf keine Mehrkosten verursachen. *Schweiz Ärztezg.* 2020;101(29-30):878-9.

Donnerstag, 27. Mai 2021

Virtuelle Ärztekammersitzung

Bitte beachten Sie, dass die Ärztekammersitzung vom 27. Mai 2021 virtuell stattfinden wird!

Bereits feststehende Traktanden

- Begrüssung, Mitteilungen
- Jahresberichte 2020
- Jahresrechnung 2020
- Dechargen-Erteilung
- Bestätigungswahlen von nominierten DV-Delegierten und DV-Ersatzdelegierten
- Strategie FMH, Legislatur 2021–2024
- Änderungen in den Statuten
- Änderungen in der Geschäftsordnung
- Änderungen in der Standesordnung
- Ambulante Tarifrevision TARDOC
- Informationen aus Zentralvorstand, Generalsekretariat, SIWF und Abteilungen
- Varia

Frist zur Einreichung von neuen Traktanden

Neue Traktanden sind bis am 21. April 2021 an das Zentrale Sekretariat (direction[at]fmh.ch) einzureichen.

Personalien

Todesfälle / Décès / Decessi

Franz Kacina (1942), † 23.2.2021, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin, 4632 Trimbach

Christof Schaertlin (1930), † 1.3.2021, Facharzt für Oto-Rhino-Laryngologie, 4415 Lausen

Madeleine Bühler (1942), † 8.3.2021, Fachärztin für Kinder- und Jugendmedizin, 8053 Zürich

Jean Schubert (1947), † 8.3.2021, Spécialiste en médecine interne générale, 1213 Onex

Praxiseröffnungen / Nouveaux cabinets médicaux / Nuovi studi medici

ZH

Daniel Garcia, Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin, Kinderpraxis Neuhegi KLG, Sulzerallee 75, 8404 Winterthur

Uwe Lautenschlager, Facharzt für Chirurgie, Venen- und Lipödemzentrum Zürich, Seestrasse 49, 8002 Zürich

Aargauischer Ärzteverband

Zur Aufnahme in den Aargauischen Ärzteverband haben sich angemeldet:

Als ordentlich praktizierende Mitglieder:

Sigrid Auer-Barth, 8241 Barzheim, Praktische Ärztin, FMH, Praxiseröffnung in Praxisgemeinschaft in Neuenhof per 1. April 2021

Nydia Büber, 9470 Werdenberg, Fachärztin für Radiologie, FMH, angestellt in Praxisgemeinschaft in Rothrist AG per 1. Mai 2021

Marta Casal, 8962 Bergdietikon, Fachärztin für Allgemeine Innere Medizin, FMH, Praxiseröffnung in Praxisgemeinschaft in Berikon per Juli 2021

Rafael Funczik, 5022 Rombach, Praktischer Arzt, Praxiseröffnung in Praxisgemeinschaft in Aarau per 17. Februar 2021

Stephanie Garlepp, 4125 Riehen, Fachärztin für Physikalische Medizin und Rehabilitation, FMH, angestellt im Regionalen Pflegezentrum Baden AG in Baden seit 1. Januar 2021

Thomas Grunwald, 8008 Zürich, Facharzt für Neurologie, FMH, Praxiseröffnung in Praxisgemeinschaft in Wohlen per 1. April 2021

Sina Havakeshian, 5405 Baden, Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, FMH, Praxiseröffnung in Praxisgemeinschaft in Baden per 19. Februar 2021

Elena Lüscher, 5625 Kallern, Fachärztin für Anästhesiologie, FMH, angestellt in Praxisgemeinschaft in Dättwil seit 1. Februar 2021

Jeannine Marie Meyer-Bertheau, 4132 Muttenz, Praktische Ärztin, FMH, angestellt in Praxisgemeinschaft in Oftringen seit 22. März 2021

Stefanos Sakellaropoulos, 8032 Zürich, Facharzt für Kardiologie, angestellt in Praxisgemeinschaft in Würenlingen seit 23. März 2021

Zari Shariat, D-79787 Lauchringen, Fachärztin für Gynäkologie und Geburtshilfe und Fachärztin für Dermatologie und Venerologie, Praxiseröffnung in Gebenstorf im Verlaufe 2021

Stephan-Alfred Schiebel, 5000 Aarau, Praktischer Arzt, FMH, Praxiseröffnung in Praxisgemeinschaft in Aarau seit Oktober 2012

Als Assistenz- und Oberarztmitglieder:

Natalia Golowan, D-79761 Waldshut-Tiengen, Fachärztin für Allgemeine Innere Medizin, Assistenzärztin in Praxis in Leuggern per 1. März 2021

Andreas Höhn, 8152 Glattbrugg, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin, Assistenzarzt in Praxis in Untersiggenthal seit 1. März 2021

Als Chef- und Leitender Arzt:

Oliver Riesterer, 8006 Zürich, Facharzt für Radio-Onkologie / Strahlentherapie, FMH, Chefarzt im Kantonsspital Aarau AG seit 1. März 2021

Diese Kandidaturen werden in Anwendung von Art. 5 der Statuten des Aargauischen Ärzteverbandes veröffentlicht. Einsprachen müssen innert 14 Tagen seit der Bekanntmachung schriftlich und begründet der Geschäftsleitung des Aargauischen Ärzteverbandes eingereicht werden. Nach Ablauf der Einsprachefrist entscheidet die Geschäftsleitung über Gesuch und allfällige Einsprachen.

Ärztegesellschaft des Kantons Bern

Ärztlicher Bezirksverein Bern Regio

Zur Aufnahme als ordentliches Mitglied haben sich angemeldet:

Lukas Durrer, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin, FMH, Lorrainestrasse 16, 3013 Bern

Andreas Ebnetter, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin, FMH, Palliative Care, Inselspital, 3010 Bern

Vera Genitsch Gratwohl, Fachärztin für Pathologie, FMH, Worblentalstrasse 32 West, 3063 Ittigen

Egle Meier, Fachärztin für Allgemeine Innere Medizin, Medbase Bahnhof, Parkterrasse 10, 3012 Bern

Julianne Schweizer, Fachärztin für Allgemeine Innere Medizin, FMH, Lorrainestrasse 16, 3013 Bern

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

Ärztegesellschaft des Kantons Luzern

Zur Aufnahme in unsere Gesellschaft Sektion Stadt hat sich gemeldet:

Lukas Daniel Iselin, Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, FMH, Luzerner Kantonsspital, Klinik für Orthopädie und Unfallchirurgie, Spitalstrasse, 6000 Luzern 16

Christos Kiosses, Facharzt für Innere Medizin und Facharzt für Gastroenterologie, Magen Darm Leber AG, Hertensteinstrasse 29, 6004 Luzern

Nicolas Vogel, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin, Ärztezentrum Adligenswil, Im Zentrum 20, 6043 Adligenswil

Zur Aufnahme in unsere Gesellschaft Sektion Gäu haben sich gemeldet:

Lukas Brander, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin und Facharzt für Intensivmedizin, FMH, Hausärzte Willisau AG, Menzbergstrasse 14A, 6130 Willisau

Isabelle Suter-Widmer, Fachärztin für Endokrinologie/Diabetologie und Fachärztin für Allgemeine Innere Medizin, FMH, LUKS Wolhusen, Spitalstrasse 50, 6110 Wolhusen

Yves Suter, Facharzt für Kardiologie und Facharzt für Allgemeine Innere Medizin, FMH, LUKS Wolhusen, 6110 Wolhusen

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

Gesellschaft der Ärztinnen und Ärzte des Kantons Solothurn

Zur Aufnahme als ordentliche Mitglieder haben sich angemeldet:

Johannes Baur, Klinik für Viszeral-, Gefäss- und Thoraxchirurgie, KS Olten, Baslerstr. 150, 4600 Olten, Facharzt für Chirurgie

Tobias Heinrich, Bürgerspital Solothurn und Kantonsspital Olten, Facharzt für Urologie

Nicole Horchi, Augenzentrum Stadtblick, Dornacherstr. 5, 4600 Olten, Fachärztin für Ophthalmologie, FMH

Thomas Kiatsis, Pallas Kliniken, Dornacherstr. 26, 4500 Solothurn, Facharzt für Ophthalmologie, FMH

Daniele Marino, Bürgerspital Solothurn, Schöngrünstr. 42, 4500 Solothurn, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin und Facharzt für Pneumologie, FMH

Sotirios Michas, Monvia Gesundheitszentrum, Frohburgstr. 4, 4600 Olten, Praktischer Arzt

Christina Stathakis, Chirurgiezentrum Solothurn, Zuchwilerstr. 43, 4500 Solothurn, Fachärztin für Chirurgie und Fachärztin für Handchirurgie, FMH

Christoph Tappeiner, Pallas Kliniken, Louis Giroud-Str. 26, 4600 Olten, Facharzt für Ophthalmologie, FMH

Daniela Zillig, Ärztezentrum Brügglig Park, Junkernbrunnenweg 1, 4657 Dulliken, Fachärztin für Allgemeine Innere Medizin, FMH

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

Ärztegesellschaft des Kantons Schwyz

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

Beate Knöll, Praktische Ärztin, FMH, Nachfolge Praxis Dr. Elisabeth Till, Reichenburg 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@hin.ch

Ärztegesellschaft Thurgau

Die Ärztegesellschaft Thurgau informiert über folgende Neuanmeldung:

Guidrun Bucher, Eggerstrasse 4, DE-78464 Konstanz

Ärzte-Gesellschaft des Kantons Zug

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

Domenic Vital, Oto-Rhino-Laryngologie, FMH, Zentrum für Kopf-Hals-Chirurgie AG, Dorfplatz 1, 6330 Cham

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

Stephan Haerle, Facharzt für Oto-Rhino-Laryngologie, FMH, Zentrum für Kopf-Hals-Chirurgie AG, Dorfplatz 1, 6330 Cham

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

COVID-19-Impfbegleitung: Schweizer Start-up docdok.health mit App erfolgreich

Das international mehrfach ausgezeichnete Basler Start-up docdok.health hat eine App zur Begleitung der COVID-19-Impfungen entwickelt. Als Erster setzt der deutsche Fachärzteverband SpiFa mit seinen 160 000 ärztlichen Mitgliedern auf die App, um die Effektivität und Sicherheit der Impfungen in Deutschland zu erfassen. In Kürze erfolgt der Roll-out über die Arztpraxen hin zu den Patienten, mit signifikanten Prozessoptimierungsmöglichkeiten, inklusive digitaler Impfaufklärung und Anamnese in mehreren Sprachen, zusammenfassender Berichte zuhänden der Behandlungsteams und Erfassung der Langzeitwirkungen der Impfungen direkt bei den Patienten. «Wir sehen für unsere App auch in der Schweiz ein grosses Potenzial», sagt Dr. Yves Nordmann, Mitgründer und Chief Medical Officer von docdok.health. Das zu erwartende hohe Impfaufkommen werde für die involvierten Praxisärztinnen und -ärzte zu einer enormen Herausforderung. Und genau hier soll die App von docdok.health helfen.

Quelle: docdok.health, eingereicht am 4.3.2021

Rehab Basel startet Sprechstunde für Long-Covid-Patienten

Das Rehab Basel bietet Sprechstunden für Patienten mit Langzeitfolgen einer Coronavirus-Infektion an. Ca. 10–15% der Patienten kämpfen auch nach überstandener Covid-19-Erkrankung mit diffusen Beschwerden und Organschäden.

In der ambulanten Sprechstunde im Rehab Basel werden die Symptome nach der überstandenen Infektion möglichst klar diagnostiziert und entsprechend fachgerecht behandelt.

Die Sprechstunde beinhaltet ein ambulantes und individuell angepasstes Therapieprogramm, mit dem die Patienten die Belastbarkeit im Alltag wieder zurückgewinnen sollen.

Patienten mit überstandener Covid-19-Infektion (frühestens vier Wochen nach Infektion) und mit Symptomen wie Fatigue, mangelnder körperlicher und kognitiver Belastbarkeit, Atemnot, Vergesslichkeit oder Kopfschmerzen können sich im Ambulatorium des Rehab Basel für die Long-Covid-Sprechstunde anmelden. Anmeldung per Telefon: 061 325 01 03 oder E-Mail: ambulatorium_empfang@rehab.ch

Quelle: REHAB Basel – Klinik für Neurorehabilitation und Paraplegiologie, eingereicht am 18.3.2021

HOPOS – Erster nationaler Dachverband in der Schweiz: «Wir wollen den Hämato-Onkologischen Patienten eine Stimme geben»

Anlässlich der stetig wachsenden Herausforderungen im Gesundheitswesen haben sich drei Schweizer Patientenorganisationen aus dem Bereich Blutkrebskrankungen zusammengetan und HOPOS gegründet. HOPOS ist ein Dachverband und steht für Hämato-Onkologische Patientenorganisationen Schweiz. Die Zielsetzung von HOPOS ist ambitioniert: Als erste nationale Dachorganisation strebt sie eine politische und gesellschaftliche Mitsprache an. Ziel ist es, den Patienten mit einer einheitlichen Stimme Gehör zu verschaffen. Zu lange hat man im Schweizer Gesundheitswesen ÜBER anstatt MIT den Patienten gesprochen. Das soll sich nun ändern.

HOPOS wurde von drei Mitgliedern im Bereich Blutkrebskrankungen gegründet: Lymphome.ch (Lymphdrüsenkrebs), MPN Patientenunterstützungsverein Schweiz (Myeloproliferative Neoplasien) und MPS Myelom Patienten Schweiz (Multiples Myelom).

Informationen und Kontakt

HOPOS, www.hopos.ch sowie info@hopos.ch

Quelle: HOPOS, eingereicht am 23.3.2021

Rheuma und Schwangerschaft – kein Widerspruch

Die neue Broschüre «Schwangerschaft bei entzündlichem Rheuma» bietet rheumabetroffenen Frauen und punktuell auch Männern Hilfestellung bei der Familienplanung. In Zusammenarbeit mit dem Inselspital Bern entstanden, greift die Broschüre die wichtigsten Fragen in chronologischer Folge auf, begonnen bei der Planung der Schwangerschaft über die Geburt und Stillzeit bis hin zum Leben als junge Familie.

Richtig vorbereitet, verläuft eine Schwangerschaft bei den meisten rheumatischen Erkrankungen erfolgreich. Wichtig sind dabei drei Grundsätze: dass die Medikamente rechtzeitig auf schwangerschaftskonforme Produkte umgestellt werden, die Zeugung in einer inaktiven Krankheitsphase erfolgt – also geplant ist – und frühzeitig gute Voraussetzungen geschaffen werden mit Folsäure und gesundem Lebensstil.

Erhältlich auf Deutsch, Französisch und Italienisch. Kostenlos bestellen im rheumaliga-shop.ch (D 381)

Quelle: Rheumaliga Schweiz, eingereicht am 23.3.2021

Comic zeigt Gefühlswelt von Kindern, die Angehörige betreuen

In der Schweiz übernehmen bis zu 180 000 Kinder und Jugendliche Betreuungsaufgaben. Gesehen werden sie nicht, und internationale Studien belegen das Risiko negativer Spätfolgen. Jetzt gibt ein Comic des Vereins ALS Schweiz Einblick in die Gefühlswelt von «Young Carers».

Was geht in einem Kind vor, wenn sein Vater oder seine Mutter an ALS erkrankt ist (Amyotrophe Lateralsklerose)? Es dem kranken Vater bei der Körperpflege hilft, Geschwister betreut, Einkäufe für die Familie übernimmt? Der Verein ALS Schweiz gibt auf seiner Website Antworten. Mit einem Comic über die Gefühlswelt von «Young Carers». Der Bildband hilft verstehen, welche ganz unterschiedlichen Gedanken und Gefühle Kinder beschäftigen, die Unterstützungsaufgaben für ein Familienmitglied mit ALS übernehmen. Eine unheilbare Nervenkrankheit, die tödlich verläuft. Meistens innert weniger Jahre. www.als-schweiz.ch

Quelle: Verein ALS Schweiz, eingereicht am 23.3.2021

Innovationsstandort Basel lanciert Marketing-Präsenz in den Bereichen Biotech und Medtech

Rund ein Dutzend innovative Unternehmen und Institutionen aus der Region Basel plant unter dem Motto «Basel is changing your life» eine gemeinsame Marketing-Präsenz in Tokio. Der Fokus liegt auf Innovationen aus den Bereichen Biotech und Medtech, welche in Basel entwickelt wurden oder einen starken Bezug zur Region haben. Dabei geht es etwa um neue Methoden für personalisierte Medikation, nicht-invasive Gesundheitstests oder tragbare Sensorgeräte für die digitale Gesundheitsüberwachung. Auch eine Virtual-Reality-Brille, mit welcher Chirurgeninnen und Chirurgen komplexe Eingriffe planen können, oder ein kognitives robotisches Assistenzsystem für Operationen verdeutlichen beispielhaft die Innovationskraft des Standortes Basel. Zur Vorbereitung der Marketing-Präsenz wurde der Schauraum im Smart City Lab Basel nachgebaut und wurden die Projekte und Partner auf der Website www.innovationbasel.com aufgeschaltet.

Quelle: Kanton Basel-Stadt, Abteilung Aussenbeziehungen und Standortmarketing, eingereicht am 23.3.2021

Die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit

Das Arztzeugnis – Teil 1

Iris Herzog-Zwitter^a, Bruno Soltermann^b, Andreas Klipstein^c, Gerhard Ebner^d

^a Dr. iur., Juristin, FMH Rechtsdienst, Bildungsbeauftragte Swiss Insurance Medicine (SIM); ^b Dr. med., MAS Versicherungsmedizin, Vorsitzender Weiter- und Fortbildungskommission der SIM, Chefarzt Schweizerischer Versicherungsverband; ^c PD Dr. med. MSc, Leiter Medizin AEH AG, Fachleiter ZAFAS Kurse SIM;

^d Dr. med. M.H.A., Präsident SIM, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, Praxisinhaber, Zürich

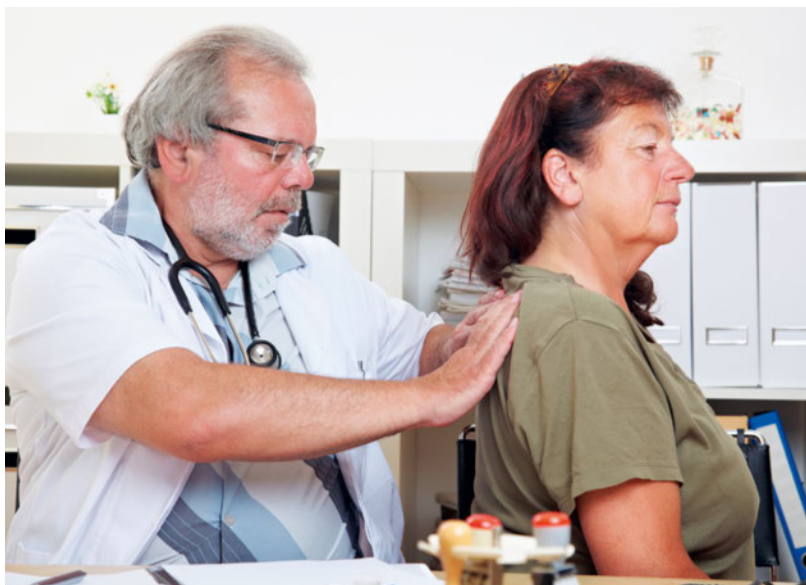
Dies ist der Beginn einer kleinen Reihe von Beiträgen, welche die vielfältigen Facetten von Arbeitszeugnissen im Spannungsfeld von Medizin und Recht erörtern und Hinweise für den korrekten Umgang geben. Das gerade auch vor dem Hintergrund neuer Aspekte wie etwa Telemedizin.

Einleitung

Autoren haben sich zur Beurteilung der Arbeitsfähigkeit einerseits die Frage gestellt «Beurteilung der Arbeitsunfähigkeit – eine Kunst, die niemand kann?» [1], und andererseits lautet der Titel einer weiteren Publikation in der *Schweizerischen Ärztezeitung* (SÄZ): «Arbeitsunfähigkeitszeugnisse: Ärzte zunehmend im Fokus der Justiz» [2]. Die Unsicherheit war und ist spürbar.

Die Aufgabe des Arztes

Um den Grad der Arbeitsunfähigkeit beurteilen zu können, ist der Rechtsanwender, sei es die Verwaltung oder das Gericht, auf die Beurteilung der Ärztin angewiesen.



Ärztinnen und Ärzte befinden sich beim Arztzeugnis im Spannungsfeld der Erwartungen von Patientinnen und Patienten, Arbeitgebern und Sozialversicherungen.

«Aufgabe des Arztes oder der Ärztin ist es, den Gesundheitszustand zu beurteilen und dazu Stellung zu nehmen, in welchem Umfang und bezüglich welcher Tätigkeiten die versicherte Person arbeitsunfähig ist. Im Weiteren sind die ärztlichen Auskünfte eine wichtige Grundlage für die Beurteilung der Frage, welche Arbeitsleistungen der versicherten Person noch zugemutet werden können» [3]. Der Arzt hat sich auf medizinische Beurteilungen zu beschränken und keine rechtlichen Schlussfolgerungen zu ziehen [4].

Der Arzt, der einen Arztbericht für einen Auftraggeber zu erstellen hat, muss sich vor Durchführung des Auftrages folgende drei Fragen stellen:

- Wer ist mein Auftraggeber?
- In welchem Rechtsgebiet (Sozialversicherungsrecht oder Privatrecht) führe ich den Auftrag aus?
- Bin ich datenschutzrechtlich ausreichend geschützt und inwieweit bin ich vom Berufsgeheimnis im konkreten Fall entbunden?

Dies sind nur einzelne relevante Fragen, die es zu Beginn des Auftrages zu klären gilt.

Nachfolgend wird dargelegt, dass die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit bzw. der Arbeitsunfähigkeit im interdisziplinären Spannungsfeld von Medizin und Recht erfolgt. Verkompliziert wird dieser Vorgang insofern, als der Mediziner einen juristischen Begriff, «die Arbeitsunfähigkeit», medizinisch zu beurteilen hat. Zudem wird die Beurteilung der Arbeitsunfähigkeit mittels Zeugnis unterschiedlich benannt: wie zum Beispiel Arztzeugnis, Arbeitsfähigkeitszeugnis und Arbeitsunfähigkeitszeugnis.

«Das Ausstellen eines Arztzeugnisses ist zwar ein Routinevorgang, aber dennoch eine anspruchsvolle Aufgabe, bei der verschiedene Interessen unter einen Hut gebracht werden müssen. Ärztinnen und Ärzte befinden sich dabei in einem Spannungsfeld zwischen

ihrer rein ärztlichen Tätigkeit sowie den Erwartungen des Patienten, des Arbeitsgebers und der Sozialversicherungen» [5]. Diese Aussage stammt aus einem SÄZ-Beitrag des Jahres 2014 zum Thema «Das Arztzeugnis im Brennpunkt unterschiedlicher Interessen». Sieben Jahre später hat sich an dieser Aussage nichts geändert.

Arztzeugnis – Verankerung im Gesetz

Die Problematik beim Arztzeugnis liegt darin, dass es keine Definition des Arztzeugnisses im Gesetz oder in Verordnungen gibt, welche durch die Rechtsprechung anhand von konkreten Fällen einen sogenannten Feinschliff für die Praxis erfahren würde.

Eine Anforderung zum ärztlichen Zeugnis findet sich in Art. 28 Abs. 5 des Arbeitslosengesetzes: «Der Arbeitslose muss seine Arbeitsunfähigkeit beziehungsweise seine Arbeitsfähigkeit mit einem ärztlichen Zeugnis nachweisen.»

Rechtliche Qualifikation des Arztzeugnisses

In Art. 34 der FMH-Standesordnung wird festgehalten, dass ärztliche Zeugnisse, Berichte und Gutachten als Urkunden gelten. Des Weiteren stellt das Arztzeugnis im strafrechtlichen Sinne eine Urkunde dar, welche bei einer unrichtigen Ausstellung strafrechtliche Konsequenzen nach sich zieht.

Arztzeugnisse und ihr Anwendungsfeld

Arztzeugnisse haben im arbeitsrechtlichen Kontext eine grosse Bedeutung, sei es im Zusammenhang mit der Lohnfortzahlung des Arbeitgebers oder der Taggeldentschädigung durch Unfallversicherer oder Krankentaggeldversicherer. Arbeitnehmer reichen dem Arbeitgeber ein Arbeitsunfähigkeitszeugnis ein, um ihre Arbeitsunfähigkeit zu beweisen. Die Beweislast liegt gemäss Art. 8 ZGB beim Arbeitnehmer. Ein wichtiger Faktor spielt dabei das Vertrauensverhältnis zwischen Arbeitgeber und Arbeitnehmer. Dieses wirkt sich auch darauf aus, wann der Arbeitgeber das Einreichen eines Arbeitsunfähigkeitszeugnisses verlangt. Oftmals verlangen Arbeitgeber nach einem oder drei Tagen ein ärztliches Attest. Aktuell wurde der Bundesrat im Rahmen eines Postulats (13.3224 von Ruth Humbel) beauftragt, alternative Finanzierungsquellen zur Ausstellung eines Arztzeugnisses zu prüfen und diese aufzuzeigen. In diesem Kontext sieht der Bundesrat die telefonische Ausstellung des Arztzeugnisses als Ansatzmöglichkeit für Sparmöglichkeiten. Telefonisch ausgestellte

Arztzeugnisse sollen vermehrt zum Zug kommen, insbesondere bei leichteren Fällen. In diesem Zusammenhang ist darauf aufmerksam zu machen, dass digital ausgestellte Arztzeugnisse zunehmend ihren Platz in der Versicherungsmedizin einnehmen, unterstützt durch die fortschreitende Digitalisierung, die die Covid-19-Pandemie mit sich bringt [6].

Anforderungen an das Arztzeugnis

Das Arztzeugnis bestätigt eine Arbeitsunfähigkeit bzw. eine Arbeitsfähigkeit. Je höher der Grad der Arbeitsunfähigkeit ist und je länger diese andauert, umso grösser ist das Risiko einer Berentung.

An die Form werden vom Gesetz keine Anforderungen gestellt, aber aus beweisrechtlichen Gründen ist es angezeigt, ein Arztzeugnis schriftlich auszustellen [7]. Um beweiskräftig zu sein, soll ein Arztzeugnis Mindestangaben wie das Ausstellungsdatum, Beginn der Behandlung bzw. des Konsultationstermins, konkrete nachvollziehbare, unmissverständliche Aussagen zur Dauer und zum Umfang der Arbeitsunfähigkeit enthalten und den Empfänger nennen. Nicht erwähnt werden darf in einem für den Arbeitgeber bestimmten Arztzeugnis die Diagnose, es sei denn die Ärztin wurde von der Patientin oder dem Patienten ausdrücklich von der

Das Arztzeugnis stellt im strafrechtlichen Sinne eine Urkunde dar.

ärztlichen Schweigepflicht entbunden. «Nicht beweisbildend sind in der Regel Arztzeugnisse, die sich allein auf die Patientenschilderungen abstützen und ohne eigene objektive Feststellungen des Arztes bzw. der Ärztin oder erst Monate später ausgestellt werden» [8].

Die neue bundesgerichtliche Rechtsprechung im Sozialversicherungsrecht fordert bei Vorliegen psychischer Erkrankungen für die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit einer versicherten Person die Prüfung der Standardindikatoren, die «– unter Berücksichtigung leistungshindernder äusserer Belastungsfaktoren einerseits und Kompensationspotentialen (Ressourcen) andererseits – erlauben, das tatsächlich erreichbare Leistungsvermögen einer versicherten Person einzuschätzen» [9]. Eine solche umfassende Beurteilung, wie sie die Standardindikatoren gemäss BGE 141 V 281 vorsehen, setzt ein vertieftes versicherungspsychiatrisches Wissen voraus und kann im vom Bundesgericht geforderten Ausmass von einem ausgebildeten Gutachter, jedoch kaum vom Grundversorger erwartet werden. So hat der Arzt, die Ärztin gemäss BGE 141 V 281 unter anderem Stellung zu Behandlungs- und Eingliederungserfolg oder -resistenz und zur Persönlichkeit zu nehmen; ferner wird eine Beurteilung der Konsis-

tenz erwartet. Der Grundversorger ist aber nicht von der Pflicht entbunden, die Standardindikatoren zu kennen, und dort, wo er über die fachlichen Grundlagen verfügt, diese in seiner Beurteilung der Arbeitsfähigkeit zu berücksichtigen.

Zeitpunkt der Ausstellung des Arztzeugnisses

Arztzeugnisse sollten nicht rückwirkend ausgestellt werden. Nur im Ausnahmefall und im Einzelfall kann ein Arztzeugnis rückwirkend ausgestellt werden – höchstens ein paar Tage, allerdings muss die Nachvollziehbarkeit und Verifizierbarkeit gegeben sein. Aber auch dann ist ein Arzt gut beraten, das Zeugnis nur in Ausnahmefällen und sehr restriktiv auszustellen, nicht zuletzt zum eigenen Schutz; andernfalls könnte ein Arztzeugnis, welches rückwirkend ausgestellt wurde, als Gefälligkeitszeugnis angesehen werden, und dies könnte strafrechtliche oder standesrechtliche Konsequenzen nach sich ziehen [10].

Begriff der Arbeitsunfähigkeit im Sozialversicherungsrecht – Verankerung im Gesetz

Die Arbeitsunfähigkeit ist in Art. 6 des Allgemeinen Teils des Sozialversicherungsgesetzes (ATSG) umschrieben. Der Begriff der Arbeitsunfähigkeit ist ein juristischer Begriff, aber die medizinische Beurteilung nimmt der Mediziner vor. «Es ist eine tatsächliche Frage, die insbesondere von der Ärztin oder vom Arzt zu beantworten ist» [11].

Unter Arbeitsunfähigkeit (AUF) versteht man die durch eine Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit bedingte, volle oder teilweise Unfähigkeit, im bisherigen Beruf oder Aufgabenbereich zumutbar Arbeit zu leisten. Bei langer Dauer wird auch die zumutbare Tätigkeit in einem anderen Beruf oder Aufgabenbereich berücksichtigt.

Sowohl der bisherige Beruf als auch der bisherige Aufgabenbereich ist damit angesprochen. Unter die Tätigkeit im Aufgabenbereich wird insbesondere die Tätigkeit im Haushalt und die der Erziehung der Kinder verstanden. Gemäss Art. 6 ATSG ist für die Bemessung der Arbeitsunfähigkeit der Begriff der Zumutbarkeit ein wichtiges Kriterium.

Für den Erhalt des Arbeitsplatzes oder die Reintegration in eine Arbeitsstelle ist es ratsam, von der Arbeitsfähigkeit zu sprechen, da der Arbeitgeber wissen muss, welche Arbeit der Arbeitnehmende leisten kann. Hierfür gibt es das Ressourcenorientierte Eingliederungsprofil (REP) [12] und für die Beurteilung

der Arbeitsfähigkeit das Arbeitsfähigkeitszeugnis der Swiss Insurance Medicine (Arztzeugnis bei Krankheit und Unfall) [13].

Begriff der Arbeitsunfähigkeit im Privatversicherungsrecht

Der Begriff der Arbeitsunfähigkeit im Privatversicherungsrecht ist in den zugrundeliegenden Allgemeinen Versicherungsbedingungen definiert. Auch wenn der Mediziner die Arbeitsunfähigkeit aus rein medizinischer Sicht zu beurteilen hat, ist es empfehlenswert, die Definition der Arbeitsunfähigkeit in den Allgemeinen Versicherungsbedingungen durchzulesen bzw. diese beim Auftraggeber einzuholen. Im Privatversicherungsrecht spielt insbesondere die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit im Haftpflichtrecht bei Personenschäden und im Taggeldbereich eine wichtige Rolle.

Literatur

- Ott R. Beurteilung der Arbeitsunfähigkeit – eine Kunst, die niemand kann? Schweiz Ärztztg. 2019;100(3):44.
- Rudolph R. Arbeitsunfähigkeitszeugnisse: Ärzte zunehmend im Fokus der Justiz (Teil I). Schweiz Ärztztg. 2010;91(22):864.
- Urteil Bundesverwaltungsgericht vom 27.3.2020 (C-7009/2018) E. 5.4.4.
- Rechtliche Grundlagen im medizinischen Alltag FMH/SAMW. Ein Leitfaden für die Praxis. S. 142.
- Eva Ebnöther. Das Arztzeugnis im Brennpunkt unterschiedlicher Interessen. SÄZ-Podiumsdiskussion. Schweiz Ärztztg. 2014;95(4):109.
- www.bag.admin.ch/bag/de/home/das-bag/aktuell/medienmitteilungen.msg-id-80805.html (letzter Zugriff am 27.12.2020).
- www.fmh.ch/files/pdf23/standesordnung-september-2019_de.pdf (letzter Zugriff am 20.1.2021).
- Entscheid des Verwaltungsgerichts des Kantons Zürich vom 30.9.2015 (VB.2014.00739) E. 5.2.
- BGE 141 V 281 E. 2; E. 3.4–3.6 und 4.1.
- Siehe Art. 34 FMH Standesordnung, wonach die Ausstellung von Gefälligkeitszeugnissen unzulässig ist.
- Kieser, ATSG Art. 3 Rz. 17.
- rep.compasso.ch/ (letzter Zugriff am 20.1.2021).
- www.swiss-insurance-medicine.ch/de/fachwissen-und-tools/arbeitsunfähigkeit/sim-arbeitsfähigkeitszeugnis (letzter Zugriff am 20.1.2021).

Bildnachweis

Robert Kneschke | Dreamstime.com (Symbolbild)

Das Wichtigste in Kürze

- Das Arztzeugnis stellt im strafrechtlichen Sinne eine Urkunde dar, welche bei einer unrichtigen Ausstellung strafrechtliche Konsequenzen nach sich zieht.
- Arztzeugnisse sollten grundsätzlich nicht rückwirkend ausgestellt werden.
- Massgebende Kriterien für den Beweiswert eines Arztzeugnisses, sind die Nachvollziehbarkeit und die Verifizierbarkeit.
- Für den Erhalt des Arbeitsplatzes oder die Reintegration in eine Arbeitsstelle ist es ratsam, von der Arbeitsfähigkeit zu sprechen. Der Arbeitgeber weiss dann, in welchem Ausmass dem Arbeitnehmer die Arbeit zumutbar ist bzw. welche Arbeit der Arbeitnehmer leisten kann.

Vom Lernprozess des Ärztenetzwerks xundart

Innovative und wissenschaftlich fundierte Qualitätsentwicklung

Andrea Abraham^a, Yvonne Gilli^b

^a Dr. phil., Dozentin Berner Fachhochschule Soziale Arbeit, Evaluatorin Pilotprojekt xundart;

^b Dr. med., Präsidentin der Verbindung der Schweizer Ärztinnen und Ärzte (FMH) und Mitglied des Verwaltungsrats xundart

Systemische und reflexive Qualitätsentwicklung ist ein Anliegen des Ostschweizer Ärztenetzwerks xundart. Gerade nicht-quantitative Qualitätsarbeit erfordert von den Mitgliedern einer Organisation Vertrauen, Offenheit zur Selbst- und Fremdbeobachtung und die Bereitschaft, aus den eigenen Komfortzonen herauszutreten. Vonseiten der Verantwortlichen sind sorgfältige Kommunikationsarbeit, Finger-spitzengefühl und Geduld gefragt.

Qualitätsneuland bei xundart

Das Ostschweizer Ärztenetzwerk xundart hat in den vergangenen Jahren unter der Leitung eines interdisziplinären Projektteams¹ beträchtliche Ressourcen in eine massgeschneiderte, systemische und reflexive Qualitätsentwicklung gesteckt. Diese geht von den Prämissen aus, dass die ärztliche Tätigkeit eine medizinische *und* soziale Tätigkeit ist, dass Ärztinnen und Ärzte Mediziner *und* Menschen sind und dass Gesundheit ein komplexes biopsychosoziales Geschehen ist. Obschon diese Feststellung trivial klingt, ist die Berücksichtigung der vielfältigen Zusammenhänge in der Qualitätsentwicklung keineswegs trivial. Auf Grundlage der genannten Prämissen befasste sich ein Qualitätszirkel (QZ) von xundart im Rahmen eines Pilotversuchs 2020 mit neuen Formen der QZ-Arbeit. Ergänzend zu den «regulären» QZ-Treffen wurden Anlässe durchgeführt, bei denen sich die Teilnehmenden mit qualitätswirksamen Aspekten einer Sprechstunde befassten. Dies sind z.B. die Individualität von Ärztin bzw. Arzt, von Patientin und Patient, die Beziehung zwischen Ärztin und Patient, das Prozess- und Zeitmanagement, die Struktur und Organisation der ärztlichen Tätigkeit. Wie werden Ärztinnen und Ärzte an solche Prozesse herangeführt und durch sie begleitet?

Übungen. In den Wochen zwischen den QZ wurden ausgewählte Aspekte dieser Inputs in der eigenen Sprechstundentätigkeit im Rahmen von Lernjournalen vertieft. Im ersten Teil des darauffolgenden QZ wurden diese individuellen Vertiefungen mit Hilfe zweier inhaltsanalytischer Verfahren kollektiv reflektiert.

Die neuere Reflexionsforschung weist der sozialen Komponente von Reflexivität grosse Bedeutung zu. Durch die Interaktion mit anderen gehen die Individuen in Distanz zu ihren Biographien, sozialen Welten sowie Erfahrungen und lernen andere Interpretationsmöglichkeiten sozialer Wirklichkeit kennen [1].

Ärztinnen und Ärzte sind Mediziner *und* Menschen, ärztliche Tätigkeit ist medizinisch *und* sozial, Gesundheit biopsychosoziales Geschehen.

Gruppen identifizieren im Diskurs konflikthafte Ideen oder Uneinigigkeiten und konstruieren ein gemeinsames Verständnis der im Zentrum stehenden Thematik. Ohlsson [2] zeigt in diesem Zusammenhang, dass das Lernen in sozialen Kontexten durch sogenannte *double-loops* erfolgt: durch die individuelle Aneignung *und* die Exponierung des Einzelnen für alternative Interpretationen seiner Wirklichkeit. Durch die Erfahrung von Verschiedenheit und das Hinterfragen von eigenen Selbstverständlichkeiten wird das Eigene anders gesehen oder verstärkt. Solche institutionalisierten Formen von Reflexivität sind zentraler Bestandteil lernender Organisationen [3].

Kollektive Lern- und Weiterbildungsprozesse der Ärztinnen und Ärzte

Das gemeinsame Lernen in den QZ erfolgte über theoretische Inputs, Praxisbezüge und veranschaulichende

¹ Projektteam:
Urs Brandenburger
(Projektleitung),
Bernard Hucher
(Moderationsleitung),
Dr. med. Michaela Signer,
Dr. med. Dagmar Wemmer,
Dr. med. Konrad W. Schiess



Gegenseitiges Vertrauen und Mut spielen eine grosse Rolle für die individuelle Bereitschaft, Kolleginnen und Kollegen Einblick in die eigene Arbeitsweise zu gewähren.

Bisheriges anders sehen und Neues entdecken

In ihrer wissenschaftlichen Auseinandersetzung mit dem Potenzial des reflexiven Schreibens für die professionelle Entwicklung zeigt Bolton ein Charakteristikum von Lernjournalen auf: sich sowohl mit der Vergangenheit, der Gegenwart als auch der Zukunft zu befassen. Dabei beschreibt sie den Dreischritt von Beschreibung, Reflexion und Verbesserung und damit die Verbindung von Lernjournalen mit der Qualitätsentwicklung. Diese Abfolge ist nicht zwingend linear. So spricht Bolton [4] davon, dass eine Autorin bzw. ein Autor als *Bricoleur* wirkt: Verfasser*innen von Lernjournalen denkt sie sich als «*stone-wallers, choosing bits from their thoughts and experiences, fisting them for size and shape, and creating possible constructions and models. In speculating about ideas which are neither right or wrong, writers try out experimental ideas, values, positions*» [4].

So ging es in den QZ und den Lernjournalen darum, sowohl Neuland zu betreten als auch das Bisherige neu zu entdecken.

Die Lernjournale

- dienten der Selbstbeobachtung, dem «Experimentieren» und der eigenen Weiterentwicklung in der Praxis;
- machten Unbewusstes bewusst;
- führten zur Entdeckung neuer Blickwinkel und Handlungsspielräume, indem aus dem Gewohnten herausgestossen werden konnte;
- liessen die eigenen Entwicklungsmöglichkeiten erkunden;
- verfeinerten die lebens- und arbeitsbezogene Wahrnehmung;

- wirkten sich nicht nur auf Ärztin oder Arzt aus, sondern auch auf Patientin und Patient;
- boten eine gemeinsame Reflexionsgrundlage im QZ.

Wissen erlebbar machen

Mit dem Kennenlernen einer Vielfalt von Modellen und Techniken wurden die QZ-Teilnehmenden in der kontinuierlichen Qualitätsentwicklung ihrer Praxistätigkeit unterstützt. Die Modelle halfen, die erlebte Praxissituation von einer anderen Seite zu betrachten und zu verstehen. Die Teilnehmenden diskutierten und vertieften die erhaltenen Inputs in den QZ-Treffen im Rahmen von Kleingruppen und im Plenum. Dabei kamen verschiedene didaktische Formate zur Anwendung, die mitunter dazu dienten, das vermittelte Wissen auch in einem erlebten, physischen Sinn zu begreifen.

Durch den Austausch wurden Ähnlichkeiten und Unterschiede in den Berufsbiographien und Arbeitsformen deutlich, mit denen sich die Teilnehmenden besser kennenlernten und ihren eigenen Hintergrund kontrastierend reflektierten. Indem sich die Teilnehmenden die theoretischen Modelle gegenseitig in ihrer «Sprache» und mit praxisbezogenen Beispielen erklärten, fand ein gemeinsamer Lernprozess statt. Die teilnehmenden Ärztinnen und Ärzte übernahmen auf der Grundlage der vermittelten Inputs ihre persönliche Qualitätsentwicklung eigenverantwortlich, indem sie beispielsweise im Rahmen der Lernjournale ihre Fokuse selbst festlegten und umsetzten. Die Zeit zwischen den QZ-Workshops war wichtig, weil hier mittels der Lernjournale die Selbstbeobachtungen und «Experimente» in der Praxis stattfinden konnten.

Herausforderungen

Die Evaluation brachte indes auch Spannungsfelder zu tage. Zum einen spielen das gegenseitige Vertrauen und der Mut eine grosse Rolle für die individuelle Bereitschaft, Kolleginnen und Kollegen Einblick in die eigene Arbeitsweise zu gewähren [4, 5]. Dies gilt umso mehr, wenn ein QZ nicht «nur» medizinische Wissensvermittlung praktiziert, sondern sich auch mit selbst- und fremdreflexiven Elementen und persönlichen Themen befasst.

Durch das Erfahren von Verschiedenheit und Hinterfragen eigener Selbstverständlichkeiten wird das Eigene anders gesehen oder verstärkt.

Die verfügbaren zeitlichen Ressourcen stellten eine weitere Herausforderung dar. Für die Bearbeitung der Lernjournale mussten die QZ-Teilnehmenden in ihrem Praxisalltag zusätzliche zeitliche Ressourcen bereitstellen.

Fazit

Die Evaluation zeigte, dass die QZ-Treffen und Lernjournale qualitätsbezogene Eigen- und Gruppenprozesse in Gang setzen konnten, die sich nicht nur evaluieren liessen, sondern auch von den QZ-Teilnehmenden selbst beobachtet wurden. Die Inhaltsanalyse der insgesamt 61 Lernjournale verdeutlichte zudem, dass diese der persönlichen Weiterentwicklung dienen,

aber auch qualitätswirksame Verfahren, Handlungen und Überlegungen beinhalteten, die für andere Ärztinnen und Ärzte von Nutzen sein können.

Für die weitere Qualitätsarbeit stellen sich xundart in Zukunft mitunter die folgenden Fragen:

- Wie können Commitment und Mut des einzelnen Arztes, der einzelnen Ärztin zu dieser Art der Qualitätsentwicklung gefördert werden?
- Was definiert xundart dabei als auferlegte Qualitätsentwicklung, und wo liegen die Bereiche der Freiwilligkeit und intrinsischen Motivation?
- Wie können sich die Inhalte des Qualitätsmodells organischer in die «klassische» Qualitätszirkelarbeit von xundart einfügen und dadurch «Mainstream» werden?

Es wäre für die ambulante Medizin eine verpasste Chance, Ansätze wie die oben präsentierten nicht in die *anerkannte* Palette kontinuierlicher Qualitätsentwicklung aufzunehmen. Wir müssen gemeinsam dafür sorgen, dass sich unsere Qualitätsansätze am gesamten Kontinuum der evidenzbasierten Medizin orientieren, die David Sackett in den 1990er Jahren formuliert hat [6] und sich nicht nur auf die einfach messbaren Teile reduziert. Dafür sind die interdisziplinäre Öffnung und die institutionalisierte professionelle Reflexivität, wie sie xundart betreibt, unabdingbar.

Die wissenschaftliche Begleitung, auf der dieser Artikel basiert, wurde durch xundart AG und die Versicherer Sanitas, Visana und KPT unterstützt.

Bildnachweis

Norbert Buchholz | Dreamstime.com (Symbolbild)

Literatur

- 1 Rantatalo O, Karp S. Collective reflection in practice: an ethnographic study of Swedish police training. *Reflective Practice*. 2017;17(6):708–23.
- 2 Ohlsson J. Team learning: Collective reflection processes in teacher teams. *Journal of Workplace Learning*. 2013;25:296–309.
- 3 Borie M, Gustafsson K, Obermeister N, Turnhout E, Bridgewater P. Institutionalising reflexivity? Transformative learning and the Intergovernmental science-policy. Platform on Biodiversity and Ecosystem Services (IPBES). *Environmental Science & Policy*. 2020;110:71–6.
- 4 Bolton G. *Reflective practice. Writing and professional development*. Los Angeles: SAGE; 2010.
- 5 Abraham A, Kissling B. Qualität in der Medizin. Briefe zwischen einem Hausarzt und einer Ethnologin. Muttentz: EMH Media; 2015.
- 6 www.cochrane.de/de/sackett-artike

Das Wichtigste in Kürze

- Systemische und reflexive Qualitätsentwicklung ist ein Anliegen des Ostschweizer Ärztenetzwerks xundart. Es geht davon aus, dass ärztliche Tätigkeit eine medizinische *und* soziale Tätigkeit ist, dass Ärztinnen und Ärzte Mediziner *und* Menschen sind, dass Gesundheit biopsychosoziales Geschehen ist. In einem Qualitätszirkel(QZ)-Treffen ging es um qualitätswirksame Aspekte einer Sprechstunde.
- Durch Interaktion mit anderen entsteht Distanz zu eigenen Erfahrungen, lernt man andere Interpretationsmöglichkeiten sozialer Wirklichkeit kennen.
- Durch den Austausch mit anderen werden Ähnlichkeiten und Unterschiede in den Berufsbiographien und Arbeitsformen deutlich, der eigene Hintergrund wird kontrastierend reflektiert.
- QZ-Treffen und Lernjournale setzen qualitätsbezogene Eigen- und Gruppenprozesse in Gang.

Dr. phil. Andrea Abraham
Berner Fachhochschule
Soziale Arbeit
Hallerstrasse 10
CH-3012 Bern
Tel. 031 848 46 17
[andrea.abraham\[at\]bfh.ch](mailto:andrea.abraham[at]bfh.ch)

Martin Brühlmann
xundart AG
Obere Bahnhofstrasse 49
CH-9500 Wil
[martin.bruehlmann\[at\]caremail.ch](mailto:martin.bruehlmann[at]caremail.ch)
www.xundart.ch

Briefe an die SÄZ

Formation continue: il faut revoir le système actuel (mit Replik)

Lettre concernant: Hänggeli C. Le diplôme de l'ISFM: la référence en matière de formation continue. Bull Med Suisses. 2021;102(11):384–6.

Il est évident qu'une formation continue est indispensable tout le long d'une carrière médicale, sauf que le diplôme actuel approuvé par l'ISFM ne garantit pas la compétence médicale exigée par la population suisse.

A la place du système actuel, la FMH devrait mettre en route un programme informatique obligatoire pour chaque spécialité sous forme d'une auto-évaluation annuelle «on-line».

Chaque médecin devrait avoir son accès personnel confidentiel sur le site «on-line» ad hoc de la FMH où il doit répondre, quand il veut, où il veut, au rythme qu'il veut, à environ 200 questions à choix multiples sur des situations cliniques relevant de sa spécialité.

A la fin du questionnaire, il reçoit son score d'évaluation et les points faibles où il devrait s'améliorer. Tout cela de manière confidentielle.

Si son score reste insuffisant 3 années de suite, la FMH l'avertit que son cas sera signalé à l'association médicale du canton où il exerce. Objectif: Offrir à la population la garantie incontestable du sérieux de la qualité de la formation continue du médecin en Suisse sous la responsabilité de la FMH.

Dr Georges Ryser, Genève

Replik zu «Formation continue: il faut revoir le système actuel»

Sehr geehrter Herr Dr. Ryser, sehr geehrter Herr Kollege

Vielen Dank für Ihre Replik zum Thema ärztliche Fortbildung. Sie sprechen ein wichtiges Thema an, nämlich die Kompetenzerhaltung von uns Ärztinnen und Ärzten im Sinne einer lebenslangen Fortbildung. Der englische Ausdruck «Continuing Professional Development» bringt es fast noch besser auf den Punkt: Es geht nicht nur um Kompetenzerhaltung, sondern um kontinuierliche Weiterentwicklung. Der Bericht des SIWF zur ärztlichen Fortbildung in der Schweiz zuhanden der Plattform «Zukunft ärztliche Bildung» zeigt unter anderem auf, dass in der Schweiz ein grosses und vielfältiges Fortbildungsangebot besteht, die Fortbildungsmethoden jedoch eher noch traditionell sind und oft nur ein

Wissenszuwachs erreicht werden kann. (Manuelle) Fertigkeiten oder kommunikative Kompetenzen werden damit nicht abgebildet. Ein MC-Test, wie Sie ihn vorschlagen, würde ebenfalls nur die Wissenskomponenten abfragen und damit vielleicht vorhandene Schwächen in den anderen Gebieten nicht zu Tage bringen.

Das SIWF wird im Rahmen eines grossen IT-Projektes die Fortbildungsplattform neugestalten und vor allem die Dokumentation der besuchten Fortbildungen erleichtern. Die inhaltlichen Anforderungen müssen von den Fachgesellschaften definiert werden. Dem SIWF obliegt jedoch eine unterstützende und koordinierende Funktion. Einen grossen Mehrwert sehen wir in der Förderung von Self-Assessment Tools, mit denen sich allfällig vorhandene Lücken bezüglich Wissen und Kompetenzen eruieren lassen. Bei Kenntnis des Fortbildungsbedarfs können entsprechende Fortbildungsangebote dann auch besser ausgewählt werden.

*PD Dr. med. et MME Monika Brodmann Maeder, Präsidentin SIWF
Christoph Hänggeli, Rechtsanwalt, MPA unibe,
Geschäftsführer SIWF*

Pestizide sind mit Gesundheit, Biodiversität und Nachhaltigkeit unvereinbar

Brief zu: Bozzi A. Moderner Pflanzenschutz: sicher und nachhaltig. Schweiz. Ärzteztg. 2021;102(11):390.

Dass immer toxischere Produkte entwickelt werden, ist leider eine Tatsache. Wie ist es sonst zu erklären, dass das Neonicotinoid Imidacloprid für Bienen 7000x toxischer ist als DDT? Die zitierte Risiko-Klassifikation der Weltgesundheitsorganisation WHO bezieht sich spezifisch auf die akuten Gesundheitsrisiken und erwähnt explizit, dass die Toxizität in Produkten durch Hilfsstoffe ein grösseres Risiko darstellen könne als durch das geprüfte Pestizid allein. Gerade bei den Neonicotinoiden, deren Toxizität kleinster Dosen mit der Expositionszeit zunimmt, ist die alleinige Prüfung der akuten Toxizität irreführend. Wenn wir in der Schweiz den Pestizideinsatz seit 1962 um 90% auf 10% reduziert haben, diese Pestizide heute aber 10-, 100- oder 1000-fach toxischer sind als 1962, hat die Toxizität insgesamt zugenommen. Das er-

klärt die Auswirkungen auf die Biodiversität und die menschliche Gesundheit. Die Neonicotinoide haben innert 25 Jahren massgeblich zum Verlust von über 75% der Insekten geführt und von 40% der Vögel. In diesem Zusammenhang von Sicherheit und Nachhaltigkeit zu sprechen ist zynisch.

Die Mängel des Zulassungsverfahrens sind u.a. die fehlende Untersuchung der Wirkstoffe auf hormonelle Wirkung (endokrine Disruption), die alleinige Prüfung der Wirkstoffe ohne Berücksichtigung der Hilfsstoffe in den Produkten, der Verzicht auf Prüfung im Feldversuch unter realistischen Bedingungen. Die Einhaltung der Grenzwerte garantiert die Sicherheit nicht. Endokrine Disruptoren wirken in Dosierungen weit unter den legalen Grenzwerten, und gerade bei den Neonicotinoiden können keine sinnvollen Grenzwerte definiert werden, da kleinste Dosen mit der Expositionszeit toxischer werden (Haber'sche Regel). Selbst wenn die Pestizidrückstände bei Stichproben von landwirtschaftlichen Produkten die Grenzwerte einhalten, ist die Sicherheit trügerisch, da Grenzwerte immer wieder hinterfragt werden müssen. Die Geschichte wiederholt sich beharrlich, und zu guter Letzt müssen wir uns eingestehen, dass wir das Risiko unterschätzt hatten. Schliesslich sagen Grenzwerte nichts aus über die zunehmende Belastung der Bevölkerung durch Pestizide, die sich in der Nahrungskette anreichern.

Pestizide üben einen starken Selektionsdruck auf die Bodenflora aus. Das führt zum Auftreten resistenter Bakterienstämme, die ihre Resistenzgene anderen Organismen weitergeben. Es entwickeln sich Pestizidresistenzen mit Kreuzresistenzen auf Antibiotika. Multi-bis Panresistenzen stellen die gängigen Praktiken zunehmend infrage, die Risiken steigen. Uns gehen die Nützlinge aus, die die Schädlinge in Schach halten. Das gilt auch für unser Mikrobiom. Ohne bakterielle Vielfalt im Darm steigt die Inzidenz von Autoimmunerkrankheiten und Lebensmittelallergien. Die pseudomembranöse Kolitis wird häufiger und betrifft in den USA 450 000 Personen jährlich, wovon 30 000 sterben.

Pestizide sind nicht die Lösung des Problems, sondern Teil davon. Die Bevölkerung hat ein Recht auf gesunde, pestizidfreie Nahrung und sauberes Trinkwasser.

Dr. med. Jérôme Tschudi, Nidau

Haben Sie keine Angst, «Ja» zu Ihrer Gesundheit zu sagen

Brief zu: Bozzi A. Moderner Pflanzenschutz: sicher und nachhaltig. Schweiz Ärztztg. 2021;102(11):390.

Als Erstes möchte ich mich beim Herrn Jérôme Tschudi für seinen Beitrag «Pestizide: relevant für die Gesundheit?» ganz herzlich bedanken. Mehrfach kopiert liegt er in meinem Praxis-Wartezimmer zum Mitnehmen auf und wird rege durch die Patienten mitgenommen.

Der Aussage von Anna Bozzi, Leiterin Ernährung und Agrar bei scienceindustries, in ihrem Beitrag – moderner Pflanzenschutz sei sicher und nachhaltig – kann ich aber nicht zustimmen.

Etwas, was grundsätzlich tötet, kann für unsere Gesundheit und unsere Umwelt sicherlich nicht förderlich sein.

Als Bio-Demeterbäuerin im Nebenerwerb und Betriebsleiterin eines Landwirtschaftsbetriebs kann ich an dieser Stelle mit voller Überzeugung sagen, dass das Wissen für eine gesunde, nachhaltige und für alle ausreichende Lebensmittelproduktion vorhanden ist. Es muss nur benutzt und gefördert werden. Jean Ziegler, UNO-Sonderberichterstatter für Recht auf Nahrung, hat zahlreiche offizielle Statistiken und Studien ausgewertet. Sein Fazit: Die Menschheit kann mit kleinbäuerlicher, biologischer Landwirtschaft zwei Mal ernährt werden. H. R. Herren, Chefautor des UNO-Weltagrarberichts, sagt dasselbe.

Auf unserem Betrieb (10,5 ha) setzen wir gar keine bedenklichen Substanzen ein, auch Kupfer und Schwefel kommen bei uns nicht zum Einsatz. Jeder Bio-Demeterbauer in der Schweiz beweist täglich, dass es möglich ist, so zu produzieren.

Manchmal träume ich davon, dass gesunde Lebensmittelproduktion und der Erhalt unserer Lebensgrundlagen selbstverständlich wären. Davon sind wir aber leider noch weit entfernt.

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.

Künstlich durch Subventionen verbilligte konventionelle Produkte zahlen wir doppelt und dreifach: Mit unseren Steuern und Krankenkassenprämien, da die Auswirkungen der Agrarchemie auf unsere Gesundheit und Umwelt auch jemand berappen muss.

Der grosse Widerstand der Agrarlobby lässt erahnen, dass der Wandel zum Erhalt der gesunden Lebensgrundlagen auf freiwilliger Basis unwahrscheinlich ist.

Lassen Sie sich nicht einreden, Gifte seien gesund. Informieren Sie sich! Alle schlagkräftigen Argumente mit den Vorteilen der Agrarökologie für unser Dasein auf der Website der Kleinbauern-Vereinigung:

<https://www.kleinbauern.ch/pestizidfrei-ja/>
Bekanntlich sind wir das, was wir essen. Liebe Kolleginnen und Kollegen, haben Sie keine Angst, «Ja» zu Ihrer Gesundheit und zur Gesundheit Ihrer Patienten zu sagen.

Olga Felix, Fachärztin Allgemeine Innere Medizin, Bio-Demeterbäuerin im Nebenerwerb, Ermensee

La Suisse, terre d'immigration européenne aussi pour les médecins

Lettre concernant: Hostettler S, Kraft E. Statistique médicale 2020 de la FMH: la Suisse en comparaison internationale. Bull Med Suisses. 2021;102(12):417–22.

Récemment publiées dans le *Bulletin des médecins suisses*, les statistiques sur les médecins actifs en Suisse sont riches d'enseignements [1]. Toutefois, elles ne parlent pas toutes seules et leur mise en perspective est essentielle à leur interprétation.

Ainsi, on peut être sidéré de constater que 37,4% des médecins actifs en Suisse ont un diplôme acquis à l'étranger alors que les proportions ne sont que de 11,5% en France et en Allemagne et inférieures à 10% en Autriche, Danemark, Italie ou aux Pays-Bas [1]. La cause, apparemment évidente, est qu'on ne forme pas assez de médecins. C'est probablement le cas mais il faut interpréter ces chiffres en tenant compte de la composition démographique de la population et du marché du travail dans son ensemble. En effet, beaucoup d'étrangers, originaires essentiellement des pays européens, s'installent en Suisse notamment pour y travailler, et donc la proportion

de population d'origine étrangère en Suisse est l'une des plus élevées d'Europe de l'Ouest, atteignant 30% en 2019 [2].

Aussi instructif est la part de personnes actives de nationalité étrangère en Suisse qui a atteint 32% en 2019 [3]. Dès lors, il n'est pas surprenant que la proportion de médecins d'origine étrangère soit élevée en Suisse. Cette proportion étant tellement haute, et afin de limiter les effets globaux de la migration des médecins [4], il faut certainement augmenter nos capacités de formation. Mais il faut tenir compte – et c'est une chance – que la Suisse est attractive professionnellement dans de nombreux domaines d'activité. Au cœur de l'Europe, elle attire des personnes hautement qualifiées, et c'est aussi ce que l'on vit dans le domaine de la médecine.

Prof. Arnaud Chiolero, Laboratoire de santé des populations (#PopHealthLab), Université de Fribourg

Références

- 1 Hostettler S, Kraft E. Statistique médicale 2020 de la FMH: la Suisse en comparaison internationale. Bull Med Suisses 2021;102(12):417–22.
- 2 Données OCDE. Personnes nées à l'étranger. <https://data.oecd.org/fr/migration/personnes-nees-a-l-etranger.htm>, accédé le 27.3.2021.
- 3 Office fédéral de la statistique. Indicateurs du marché du travail 2020. www.bfs.admin.ch/asset/fr/206-2002, accédé le 27.3.2021.
- 4 Adovor E, Czaika M, Docquier F, Moullan Y. Medical brain drain: How many, where and why? J Health Econ. 2021;76:102409.

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/

Mitteilungen

Facharztprüfungen

Facharztprüfung zur Erlangung des Facharztstitels Allergologie und klinische Immunologie

Schriftliche Prüfung

Die EAACI-Prüfung wird ausnahmsweise durch ein SGAI-Examen mit den gleichen Vorgaben durchgeführt.

Datum: Dienstag, 7. September 2021

Ort:
Berner Generationenhaus, Bahnhofplatz 2,
3011 Bern

Anmeldefrist: Donnerstag, 10. Juni 2021

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

Facharztprüfung zur Erlangung des Facharztstitels Allergologie und klinische Immunologie

Mündliche Prüfung

Datum: Montag, 6. September 2021

Ort: Inselspital Bern

Anmeldefrist: Donnerstag, 10. Juni 2021

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

Facharztprüfung zur Erlangung des Facharztstitels für Klinische Pharmakologie und Toxikologie

Datum:

Schriftliche Prüfung:
Donnerstag, 21. Oktober 2021

Mündliche Prüfung:

Ende November bis Anfang Dezember 2021

Ort:

Schriftliche Prüfung: Bern

Mündliche Prüfung: Der Prüfungsort und das genaue Datum werden den Kandidaten rechtzeitig bekanntgegeben.

Anmeldefrist: 1. Juli 2021

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

Schwerpunktprüfung zur Erlangung des Schwerpunktes pädiatrische Onkologie-Hämatologie zum Facharzttitel Kinder- und Jugendmedizin

Datum:

Dienstag, 2. November 2021,
Dienstag, 23. November 2021 oder
Dienstag, 30. November 2021

Abhängig von der Anzahl der Anmeldungen finden ein bis mehrere Prüfungstage statt. Dies wird nach der Anmeldefrist festgelegt.

Ort:

Ostschweizer Kinderspital
Pädiatrische Klinik
Zentrum für Hämatologie und Onkologie
Claudiusstrasse 6
9006 St. Gallen

Anmeldefrist: 30. Juni 2021

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

Aktuelle Themen auf unserer Website

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.

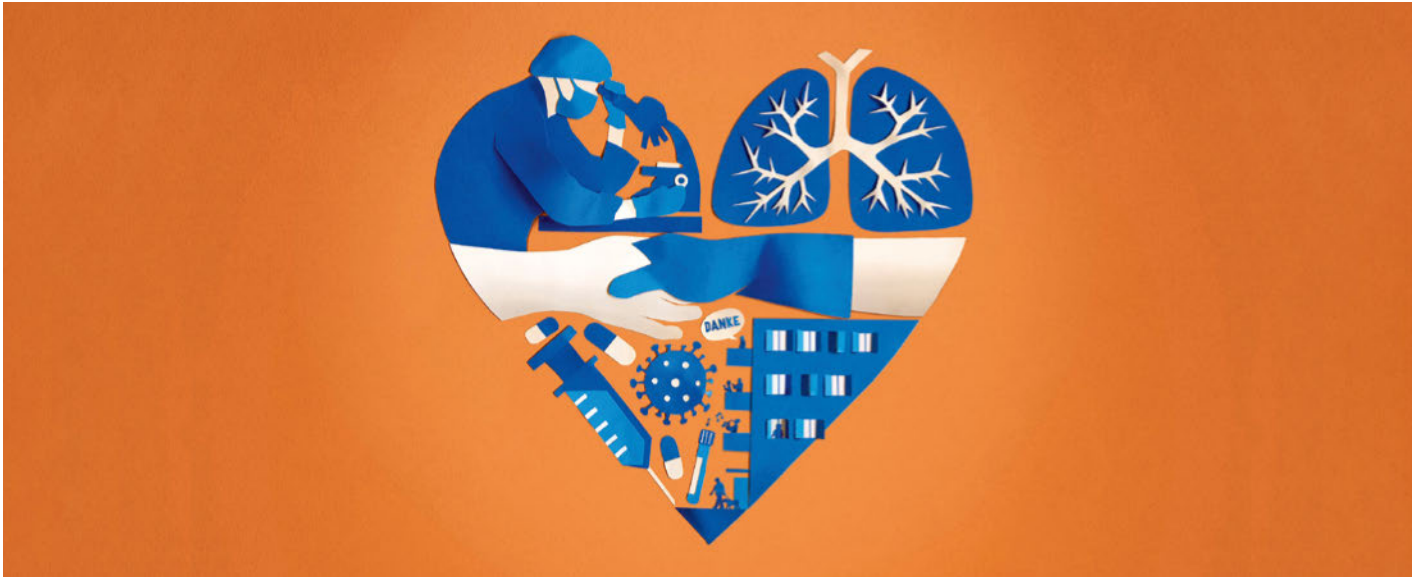


Interview mit Monika Brodmann Maeder, Präsidentin des Schweizerischen Instituts für ärztliche Weiter- und Fortbildung (SIWF)

«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.





Philanthropie in der Pandemie

Corinna Adler

Geschäftsführerin USZ Foundation (Stiftung des Universitätsspitals Zürich)

Wie können wir das Universitätsspital Zürich in der Coronapandemie unterstützen? Mit dieser Frage wandten sich zahlreiche Menschen im Frühling 2020 an die USZ Foundation. Damit war die Idee geboren für den Corona-Solidaritätsfonds. Er hilft, die Mitarbeitenden zu entlasten, die Betreuung der Patientinnen und Patienten zu verbessern und Forschung zu finanzieren. Ein Rückblick auf ein bewegtes Jahr der Solidarität.

Manchmal fehlten uns im vergangenen Jahr einfach die Worte. Zum Beispiel, als wir die E-Mail einer Krebspatientin erhielten, die vom Corona-Solidaritätsfonds des Universitätsspitals Zürich (USZ) erfahren hatte. Sie lebe in bescheidenen Verhältnissen und möchte fragen, ob eine Spende von 20 Franken auch in Ordnung sei. Ob dieser Geste der Solidarität kann man nur innehalten und dankbar sein.

Es sind zahlreiche solche Geschichten, die wir seit Beginn der Pandemie erleben durften. Gegründet wurde die USZ Foundation 2017 mit dem Ziel, medizinische Innovationen am USZ zu fördern, die als neue Behandlungen baldmöglichst den Patientinnen und Patienten zugutekommen. Die Solidarität mit erkrankten Menschen macht unsere Tätigkeit erst möglich. Corona hat dieses Gemeinschaftliche auf eine neue Stufe gehoben.

Kooperation wie nie zuvor

Dies zeigte sich etwa daran, dass Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftler über alle Grenzen hinweg ihr Wissen zu Corona austauschten wie nie zuvor. Nur so war es möglich, derart schnell das Erbgut des Virus zu entschlüsseln, Behandlungen klinisch zu testen und Impfstoffe zu entwickeln.

Spitäler waren und sind von der Pandemie ganz speziell betroffen. War in der ersten Welle vor allem die Beschaffung von Schutzmaterial die grosse Herausforderung, war es im weiteren Verlauf vor allem der enorme Arbeitseinsatz der Mitarbeitenden, der bis an die Grenzen der Belastbarkeit ging. Das Universitätsspital Zürich passte sich der Situation ständig an, vom Materialeinkauf bis zur Eröffnung zusätzlicher Betten- und Intensivstationen.

Gerade einem universitären Spital kommt in der aktuellen Situation eine besondere Bedeutung zu, da es die am schwersten Erkrankten aufnimmt. Gleichzeitig haben USZ-Mitarbeitende rund 30 Forschungsprojekte gestartet, um Covid-19 besser verstehen und behandeln zu können.

Unterstützung von allen Seiten

Die derzeitige Situation zeigt uns so deutlich wie kaum je zuvor, wie wichtig es ist, neue medizinische Behandlungen so rasch wie möglich zu entwickeln. Möglich wird dies, wenn alle Akteure zusammenspannen – von internationalen Organisationen wie der WHO über Staaten und Unternehmen bis zu Stiftungen und uns allen als Bürgerinnen und Bürgern.

Diese Solidarität durfte das USZ in grossem Ausmass spüren – zum Beispiel aus dem Gesundheitswesen selber. Pensionierte oder aus dem Beruf ausgestiegene Gesundheitsfachpersonen meldeten sich für eine temporäre Mitarbeit. Angehörige verschiedener Kliniken innerhalb des Spitals halfen einander aus. Zürcher Medizinstudierende starteten eine Plattform für Einsätze am Spital – eine Initiative, an der bis heute Hunderte von Studierenden teilnahmen und die bald auch in anderen Städten Schule machte.

Die Idee für einen Fonds

Auch in der Gesamtgesellschaft war die Solidarität gross. Applaus von den Balkonen und «Danke»-Plakate im Spitalpark waren nur der Beginn davon. Die Bevölkerung wollte das USZ auch materiell unterstützen – von selbstgebackenen Kuchen zur Pausenstärkung bis zu Schenkungen von Masken seitens mehrerer Unternehmen.

Auch bei unserer Stiftung erkundigten sich im Frühling 2020 zahlreiche Menschen, wie sie dem Spital helfen könnten. Deshalb haben wir den Corona-Solidaritätsfonds USZ gegründet. Sein Ziel zeigte sich bald sehr klar: Die Mitarbeitenden entlasten, die Behandlung von Covid-19-Betroffenen verbessern und Forschung zum Coronavirus ermöglichen. Ein zentrales Anliegen war und ist es, Überforderung bei den Mitarbeitenden zu verhindern und ihre Gesundheit zu schützen. Dies sowohl durch zusätzliche Mitarbeitende wie auch Beratung und Burnout-Prävention. Dabei gingen die Bestrebungen des USZ über das eigene Spital hinaus, indem etwa in einem Projekt ein Beratungsinstrument entwickelt wurde, das Gesundheitsfachpersonen hilft, Stress und Sorgen während einer Pandemie zu bewältigen.

Die Spitaldirektion entscheidet unbürokratisch und rasch, wo die Mittel aus dem Solidaritätsfonds am dringendsten benötigt werden. Seitens der Mitarbei-



Medizinstudierende unterstützen Spitäler während der Pandemie bei der Bewältigung zusätzlicher Aufgaben, so auch am Universitätsspital Zürich.

tenden wurden dazu laufend neue Ideen eingereicht und geprüft. Bis heute durften wir rund eine Million Franken an Schenkungen für den Solidaritätsfonds entgegennehmen und konnten damit zahlreiche Projekte unterstützen (vgl. Kasten). Es sind dies alles Projekte, die am USZ über die reguläre Versorgung hinaus wichtige «Freiräume» ermöglichen – gerade wenn es um die Entlastung der Mitarbeitenden, Zeit für das Zwischenmenschliche oder um die Beschleunigung der Forschung geht.

Kreative Solidarität

Die Vielfalt und Kreativität der Solidarität mit dem USZ hat uns sehr berührt und beeindruckt. Menschen aus den unterschiedlichsten Lebenssituationen haben das USZ in verschiedensten Formen beschenkt. So organisierte ein Gönner einen virtuellen Sponsorenlauf, um die Mitarbeitenden des USZ mit Restaurantgutscheinen zu beschenken – und damit gleichzeitig die darobende Gastronomie zu unterstützen. Die Leiterin eines Coiffeurgeschäfts wollte sich dafür bedanken, dass ihre an Covid-19 erkrankten Eltern am USZ gut betreut wurden, und schenkte den Spitalmitarbeitenden Coiffure-Gutscheine. Sehr berührt hat uns auch die Aktion einer Zürcherin, die mit drei Freundinnen in ihrem

corinna.adler[at]
usz-foundation.com

Unterstützte Projekte des Corona-Solidaritätsfonds USZ

Medizinstudierende für das USZ

Medizinstudierende übernehmen am USZ verschiedene Aufgaben – von der Eingangskontrolle bis zur Mithilfe auf den Intensivstationen.

Unterstützung für die Mitarbeitenden

Die Mitarbeitenden der Intensivpflegestationen erhalten kostenlose Massagen und gesunde Pausenverpflegung. Für Pflgeteams besteht eine spezielle Beratung, um die psychische Gesundheit zu erhalten. Für die Ärztinnen und Ärzte wird die Burnout-Prävention verstärkt.

Psychische Erkrankungen verhindern

In einem Projekt am USZ wird ein Beratungsinstrument entwickelt, das Gesundheitsfachpersonen hilft, psychische Belastungen während einer Pandemie zu bewältigen (www.usz-microsite.ch/recharge).

Sicherheit auf der Intensivstation

Algorithmen sollen helfen, die Messwerte der Geräte auf der Intensivstation auszuwerten. Dies verhindert Fehlalarme und erleichtert die Überwachung aus einem Nebenraum, was die Ansteckungsgefahr für die Mitarbeitenden verringert.

Weitere Projekte und nähere Informationen zum Corona-Solidaritätsfonds USZ sind auf der Website www.usz-foundation.com zu finden.

Bekanntenkreis einen Spendenaufruf zugunsten der Intensivpflege-Mitarbeitenden lancierte. Die über WhatsApp verbreitete Idee stiess auf so viel Resonanz, dass das angegebene Twint-Konto mehrere Tage überlastet war.

Zusammenrücken in der Krise

Krisen können uns Menschen an die Grenzen des Aushaltbaren bringen. Niemand hat die Covid-19-Pandemie vorausgesehen, und wir alle hoffen, sie möge so rasch wie möglich und in allen Teilen der Welt enden. Krisen können aber auch das Gute stärken und die Menschen näher zusammenrücken lassen. Unsere Stiftung durfte dies seit dem Frühling 2020 eindrücklich erleben.

Die Pandemie zeigt eindringlich, dass unsere Gesundheit das wertvollste Gut des Menschen ist. Um sie zu schützen, brauchen wir ein starkes Gesundheitswesen und engagierte Menschen, die sich in der medizinischen Forschung rasch neuen Herausforderungen widmen.

Schon vor Corona durfte unsere Stiftung immer wieder Schenkungen von ehemaligen Patientinnen und Patienten des USZ entgegennehmen, die ihre Dankbarkeit für eine Behandlung ausdrücken wollten. In der aktuellen Situation wird uns allen die Fragilität unserer Gesundheit schlagartig bewusst, was sich in der Solidarität der ganzen Bevölkerung etwa mit Spitälern und der Forschung zeigt. Mögen diese Unterstützung für kranke Menschen und die Wertschätzung für die Arbeit der Gesundheitsfachpersonen uns weit über die Pandemie hinaus begleiten. Denn es gibt noch viele leidende Menschen – und viele Forschende mit guten Ideen, wie man dieses Leid dank medizinischen Innovationen lindern könnte. Die öffentliche Finanzierung stellt die medizinische Grundversorgung sicher und ermöglicht insbesondere die Grundlagenforschung. Philanthropie kann darüber hinaus helfen, noch mehr innovative Ideen für neue Behandlungen möglichst rasch umzusetzen.

Mehr zum Corona-Solidaritätsfonds USZ auf www.usz-foundation.com

Bildnachweis

Illustration: USZ Foundation / Illustration: Isabelle Bühler
Foto: USZ Foundation / Nicolas Zonvi



Die Hallen des Asia World Expo Kongresszentrums, umgewandelt in ein provisorisches Spital für Covid-19-Patientinnen und -Patienten, die keinen medizinischen Eingriff benötigen. © Spitalbehörde Hongkong

Wie Hongkong das Virus in Schach hielt

Julie Zaugg

Freischaffende Journalistin

Die Hafenstadt Hongkong hat es dank eines Cocktails aus radikalen Massnahmen weitgehend geschafft, Covid-19 einzudämmen. Diese wurden im Zuge der SARS-Pandemie entwickelt und gingen teils auf Kosten der Freiheit und des Wohlbefindens der Bevölkerung. Drei Ärzte erzählen.

Die Schaltzentrale des provisorischen Spitals in den riesigen Hallen der Asia World Expo, einem Kongresszentrum unweit des Hongkonger Flughafens, sieht an diesem Februarnachmittag aus wie ein geschäftiger Bienenstock. Ein paar Ärztinnen und Ärzte in weissen Kitteln besprechen in einer Ecke des grossen neonbeleuchteten Raums die Vorkommnisse des Tages. Die Pflegefachpersonen analysieren Excel-Dateien, in denen der Gesundheitszustand aller hier untergebrachten Menschen festgehalten wird. Das Sicherheitspersonal schaut sich die Bilder der Überwachungskameras auf einem riesigen Bildschirm an, der Dutzende von Bettenreihen zeigt, die durch herausnehmbare Wände getrennt sind.

«Wir nehmen alle auf, die positiv auf Covid-19 getestet wurden, aber nur leichte oder gar keine Symptome zeigen», sagt Larry Lee, der leitende Arzt des Zentrums. Aufgenommen werden infizierte Personen, die keinen medizinischen Eingriff benötigen. «Das temporäre Spital bietet Platz für 900 Patientinnen und Patienten. Aber im Moment sind nur 80 Betten belegt», erzählt der 48-jährige Mediziner, der normalerweise eine Einrichtung in einem Vorort von Hongkong mitbetreibt. In einem anderen Flügel des Kongresszentrums findet die Triage statt. Die Erkrankten werden in vorläufige (ein positiver Test) und bestätigte (zwei positive Tests) Fälle getrennt. Sobald die Infektion bestätigt ist, werden sie mit einem Shuttlebus in das provisorische Spital trans-

portiert. Dort müssen sie bleiben, bis das Virus nicht mehr in ihrem Speichel nachweisbar ist oder ein Bluttest das Vorhandensein von Antikörpern zeigt. Während ihres Aufenthalts, der durchschnittlich zehn Tage dauert, dürfen sie das Spitalgelände nicht verlassen.

Die Lehren aus der SARS-Pandemie

«Wir haben im vergangenen März begonnen, ein solches Zentrum in Erwägung zu ziehen. Zu diesem Zeitpunkt ist die Zahl der Fälle in Singapur, einem kleinen, dicht besiedelten Gebiet mit ähnlichen Merkmalen wie Hongkong, explodiert», sagt Larry Lee. «Wir wissen, dass fast 70 Prozent der Fälle mild oder asymptomatisch verlaufen. Daher hielten wir es für entscheidend, die Spitäler – die nur über 1500 Isolierbetten verfügen – zu entlasten. Aus diesem Grund werden Menschen mit unkompliziertem Verlauf in einer temporären Einrichtung weit weg vom Stadtzentrum untergebracht», fährt er fort.

Die SARS-Epidemie im Jahr 2003 machte der lokalen Ärzteschaft klar, dass das Spitalsystem um jeden Preis vor dem Kollaps bewahrt werden muss. Nur so könne die Sterblichkeitsrate niedrig gehalten werden, meint Lee, der vor 18 Jahren noch ein junger Notarzt war. Überraschend für alle traf die zweite Welle der Covid-Pandemie Hongkong bereits im Sommer 2020. «Wir mussten das Spital in weniger als 72 Stunden wieder zum Laufen bringen», erinnert er sich. Ende Februar wurde die Infrastruktur erweitert. Ein neues Zentrum für intermediäre Fälle, also solche, die eine antivirale Behandlung oder eine Sauerstoffversorgung mit geringer Intensität benötigen, kam in einer Reihe von Fertighäusern hinzu.



Larry Lee leitet das provisorische Spital beim Asia World Expo. Die Einrichtung wurde in 72 Stunden auf die Beine gestellt, als die Covid-19-Fälle letzten Sommer zu steigen begannen. © Julie Zaugg

Diese temporären Strukturen, die es Hongkong ermöglicht haben, jeden entdeckten Fall von Covid-19 zu isolieren, sind nur ein Bestandteil einer gut funktionierenden Strategie, die nach der SARS-Pandemie eingeführt wurde. Diese Strategie ermöglichte es, einen harten Lockdown in der Hafenstadt zu vermeiden. Die Restaurants, Geschäfte und sogar Vergnügungsparks waren während eines Grossteils der Pandemie geöffnet. Hongkong verzeichnete nur 10897 Covid-19-Fälle und 197 Todesfälle bei einer ähnlichen Bevölkerungszahl wie die Schweiz.



Im Januar und Februar verhängte die Regierung 26 Zwangseinweisungen, um alle Anwohnerinnen und Anwohner eines Stadtviertels oder Gebäudes zu testen. © Marc Progin

Die Polizei geht von Tür zu Tür

Die spektakulärste Massnahme bleibt, ganze Stadtteile für 48 Stunden abzuriegeln, um alle zu testen. Im Januar errichteten 3000 Polizeibeamte einen Seuchenschutz-Sperrgürtel um Yau Tsim Mong, eines der am dichtesten besiedelten Viertel der Welt. Die Beamten gingen von Tür zu Tür, um Proben der 7000 Bewohner zu sammeln. Den Anwohnerinnen und Anwohnern wurde strikt untersagt, ihre Häuser für die Dauer des Einsatzes zu verlassen. Ankündigt nur wenige Minuten bevor die Zwangseinweisungen in Kraft treten sollten, sorgten sie für einigen Unmut in der Bevölkerung. Bei einem dieser Einsätze waren beispielsweise mehrere Personen, darunter ein 11-jähriges Mädchen, über einen Grossteil der Nacht in einem Coiffeursalons eingeschlossen. «Das Verhältnis zwischen den Kosten der Massnahmen und ihrer Wirksamkeit lässt ebenfalls zu wünschen übrig», gibt Chi Chiu Leung zu Bedenken, ein Spezialist für Atemwegserkrankungen, der darauf hinweist, dass bei

den 26 Einsätzen im Januar und Februar nur etwa 20 Fälle entdeckt wurden. Wie Festlandchina setzt auch Hongkong auf Massentests. Überall in der Stadt wurden Gesundheitsstationen eingerichtet, in denen sich die Menschen kostenlos testen lassen können. Für bestimmte Bevölkerungsgruppen ist der Test Pflicht – eine Verweigerung wird mit 25 000 HKD (2900 CHF) gebüsst und kann sogar mit sechs Monaten Gefängnis bestraft werden. «Das betrifft Menschen, die Symptome haben oder in einem Gebäude leben, in dem eine Häufung von Fällen festgestellt wurde, sowie bestimmte Risikoberufe wie Taxifahrerinnen, Kellner, Fitnessangestellte und Kosmetikerinnen, die alle zwei Wochen getestet werden müssen», führt Keiji Fukuda aus, der Direktor der School of Public Health an der Universität von Hongkong, der früher für die WHO in Genf gearbeitet hat.

Virusspuren in Abwasserkanälen

Ein von der Universität Hongkong im vergangenen Oktober initiiertes Pilotprojekt identifizierte zwei Gebäude mit Covid-19-Fällen durch die Untersuchung von Proben aus den Abwasserkanälen der Stadt. Die Bewohnerinnen und Bewohner wurden anschliessend getestet. Laut Keiji Fukuda wird diese Methode seit Jahren verwendet, um Polio-Fälle zu identifizieren.

Das Ziel dieser umfassenden Tests ist es, versteckte Übertragungsketten zu identifizieren, um die Replikationsrate des Virus zu senken – die Anzahl der Menschen, die jede infizierte Person ansteckt. Ein ausgeklügeltes System zur Kontaktverfolgung begleitet die Tests. Untergebracht in einem Terminal, das normalerweise von Kreuzfahrtschiffen genutzt wird, spüren rund 200 Angehörige der Polizei, des Zolls und der Feuerwehr jeden positiven Fall durch gründliche Telefoninterviews auf. Wer mehr als 15 Minuten mit einer infizierten Person verbracht hat, ohne eine Maske zu tragen, gilt als «enger Kontakt». Wird eine solche Person identifiziert, wird sie zwei Wochen in einem staatlichen Quarantänezentrum isoliert. Fast 30 000 Menschen hat dieses Schicksal seit Beginn der Pandemie ereilt. Vor Kurzem hat die Regierung zudem eine App namens *Leave Home Safe* eingeführt. Diese zeichnet auf dem Mobiltelefon der Benutzerin oder des Benutzers alle Orte auf, die in den letzten 14 Tagen besucht wurden. Möglich wird dies durch QR-Codes, die am Eingang von Restaurants, Büros und Geschäften installiert sind.

Monatelang im Ausland festsitzen

Die hermetische Abriegelung der Grenzen des kleinen Territoriums habe es ermöglicht, einen schwindelerregenden Anstieg der Fälle wie in Westeuropa zu vermei-



Keiji Fukuda ist Direktor der School of Public Health an der Universität von Hongkong und berät die Regierung seit Beginn der Pandemie. © Julie Zaugg

den, so Keiji Fukuda. «Sobald die ersten Fälle in Wuhan gemeldet wurden, schloss die Regierung die Grenze zu China», erinnert er sich. Heute dürfen nur noch Ansässige die Grenze überschreiten und müssen sich dabei einer dreiwöchigen Quarantäne in einem der 36 von der Regierung bestimmten Hotels unterziehen.

Fukuda räumt ein, dass die Massnahmen eine erhebliche Belastung für die Bevölkerung und die stark vom Tourismus abhängige Wirtschaft darstellen. «Viele Ladenbesitzer kämpfen ums Überleben, viele sind im Ausland gestrandet oder seit Monaten von ihren Familien getrennt», sagt er.

Eine Facebook-Selbsthilfegruppe für Menschen, die sich in Quarantäne befinden, ist voll von apokalyptischen Geschichten. Ein achtjähriges Mädchen wurde von seiner Mutter getrennt und zwei Wochen lang in einem Spital isoliert, nachdem es bei der Ankunft am Flughafen Hongkong positiv auf Covid-19 getestet wurde.

Trotz dieser Unannehmlichkeiten unterstützt die Mehrheit der Bevölkerung das Vorgehen der Regierung. «Der Schlüssel zum Erfolg des Hongkonger Wegs liegt in der Unterstützung der Öffentlichkeit für die von den Behörden verordneten Massnahmen», meint Chi Chiu Leung, der eine Arbeit zu diesem Thema in *The Lancet* veröffentlichte. Bereits im Januar 2020 setzte sich das Tragen einer Maske und das häufige Desinfizieren der Hände durch. Dadurch kam die Ausbreitung des Virus praktisch zum Erliegen. «Diese Faktoren können in jedem Land beobachtet werden, das es geschafft hat, das Virus loszuwerden», meint Leung. Als Beispiele führt er Neuseeland, Taiwan oder China an.

Doktorsfrau und Frau Doktor: beiden sei Dank

Länger schon diente dem Arzte als Hilfskraft
treu seine Gattin bei Tag und bei Nacht,
und es galt immer als vorbildlich-standhaft,
dass sie kaum Pausen noch Ferien gemacht.

Heute noch gründet auf diesem Verbunde
da oder dort ganz der ärztliche Ruf,
der von der Praxis im Dorf macht die Runde,
sinngemäss wie auch Frau Doktor ihn schuf.

Doch man bedachte sie kaum mit dem Lobe,
weil man nur würdig den Gatten befand,
selbst wenn durch Buchführung, Mahlzeit, Garderobe
diesem dank ihr seine Basis entstand.

Immer noch hält auch im widrigsten Falle
sie fest zu ihm und bedauert es nicht,
schirmt ihn klug ab von manch wortreichem Schwallen,
scheidet das Heucheln vom wahren Bericht.

Zielbewusst lenkt sie den Lauf ihrer Tage,
hat für die Armen ein Herz, und sie weiss
um gar so manche erschütternde Klage,
hilft an den Orten der Not, aber leis.

[maxstaebli\[at\]bluewin.ch](mailto:maxstaebli[at]bluewin.ch)



In dem Verein ist sie aktiv fürs Ganze,
füllt aus ein Ehrenamt gerne mit Sinn,
steht nicht zuvorderst genüsslich im Glanze,
aber trägt bei zum Gemeinschaftsgewinn.

Längst hat verdient sie das Lob unseres Standes,
welches ihr blieb für Jahrzehnte versagt,
und es ist würdig des Ärzteverbandes,
dass man, was fällig, nicht länger vertagt:

Dank ihr zu spenden, dass lang ihre Rolle
hat hierzulande das Arztsein gestärkt,
deshalb, so hofft man, dass annehmen wolle
sie diesen Dank und es freudig vermerkt.

Langsam nun geht eine Phase zu Ende,
welche den Kranken noch sehr ist genehm;
viele geschickte und emsige Hände
lindern und lösen das Hausarztproblem:

die, der zur Ärztin berufenen Frauen,
welche – auch teilzeitig – voller Elan.
Und weil es reifte, so rief das Vertrauen
bald sie zur Hausärztin neu auf den Plan.

Ärztinnenhände betreuen mehr Kranke
und es lebt weiter entsprechend die Kunst,
und unser Stand ist drauf stolz und sagt danke,
dass ihm vermehrt gilt die weibliche Gunst.

Prof. em. Dr. med. Max Stäubli, Ebmatingen

Bildnachweis

Fizkes | Dreamstime.com, Symbolbild

Zufällig passen die Verse zur Einführung des Frauenstimmrechtes vor 50 Jahren. Schon in der Bibel wurden Anmut, Klugheit und Tüchtigkeit der Frauen gepriesen: Altes Testament, Buch der Sprüche, Kapitel 31. Jener Text diente Bernhard Gurtner für «Powerfrauen» (Schweiz Ärzteztg. 2003;84(11):503) als historische Vorlage. Er hat mich zum vorliegenden Gedicht freundschaftlich ermuntert.



Armenien

Ein Boden, getränkt mit Tränen und Blut,
ein Volk, das gestürzt in Verzweiflung und Wut,
ein sinnloser Krieg und so viele Tote:
wenn schon ein Kreuz, dann nur noch das Rote.

Und wieder Vertriebene, Flüchtende, Trauernde –
wie bringen wir Hoffnung als hilflos Bedauernde?
Wir sammeln und bringen wohlmeinend Spenden
im Wissen, dass einmal selbst Kriege verenden.

Andre verletzen und kränken, beleidigen
zeugt nicht von Freiheit, von «Werte verteidigen».
Kränkung macht krank, und jede schwärende Wunde
wird gefährlichen Keimen zum nährenden Grunde.

Und dennoch: der Boden des Krieges
gibt Dünger eines ganz anderen Sieges:
Musik und die Blumen
gedeihen und wachsen
ganz stille,
versprechen die Zukunft
als ganz neuer Wille.

Gründe und Ziel des gemeinsamen Strebens
sind wohlwollend-praktische Ärzte des Lebens;
die Kunst des aktiv gelebten Vergebens
ist niemals vergebens.

Bildnachweis
Shawn Williams |
Dreamstime.com

Prof. Dr. med. Jürg Kesselring, Valens

Sollen in Wissenschaft und Gesellschaft bestimmte Stimmen zum Schweigen gebracht werden?

Gefahren für die Meinungsfreiheit?

Jean Martin

Dr. med., Mitglied der Redaktion



Wir leben in einer Zeit, in der sich in vielen Ländern autoritäre Tendenzen zeigen, bei denen grobe Vereinfachungen an der Tagesordnung sind. Besteht das Risiko, dass diese Entwicklung auf die eigentlich so demokratische Schweiz übergreift? Einige Vorkommnisse aus jüngster Zeit geben Anlass, dies zu befürchten.

Das Recht von Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftlern, sich zu äussern. Die Angst vor den wirtschaftlichen Folgen der Pandemie hat in den politischen Lagern, welche die vom Bundesrat eingeführten Beschränkungen für überzogen halten, Reaktionen hervorgerufen. In diesem Zusammenhang debattierte das Parlament darüber, den Mitgliedern der Covid-Task-Force öffentliche Äusserungen zu untersagen. Dass für dieses Gremium als solches gewisse Regeln aufgestellt werden, ist nachvollziehbar. Aber den darin vertretenen Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftlern das Recht zu verweigern, ihre persönliche Meinung über die Situation zu äussern, sollte in einer Gesellschaft, die behauptet, sich auf objektive Fakten zu stützen, unvorstellbar sein. Allerdings wissen wir ja bereits seit Antigone, dass die Überbringerinnen und Überbringer schlechter Nachrichten nicht geschätzt werden.

Natürlich dürfen Informationen, die von Personen stammen, denen man einen gewissen Kompetenzvorschuss einräumt, nicht durch unwissenschaftliche, persönliche oder andere Interessen verzerrt sein. Zudem steht es Fachleuten (etwa Ärztinnen und Ärzten) gut an, eigenes Nichtwissen zuzugeben. Auch wenn die Öffentlichkeit überrascht sein mag. Die eigenen Grenzen zu kennen und anzusprechen ist für die Integrität der «Gelehrten» unabdingbar. Von diesen Personen wird zudem erwartet, zu gewichten, sich an die Fakten zu halten und auf Übertreibungen oder unangemessenen Alarmismus zu verzichten. Kurz: Man darf ein gewisses Berufsethos erwarten, das der ihnen zugestandenen Glaubwürdigkeit entspricht.

Die Redefreiheit in der Zivilgesellschaft. Die – knappe – Annahme der Konzernverantwortungsinitiative (die mangels einer Mehrheit der Kantone nicht in Kraft treten wird) hat gezeigt, welches Potenzial in der Mobilisierung der Zivilgesellschaft steckt. Die Aufregung, die dies in Wirtschaftskreisen auslöste, führte zu Interventionen beim Eidgenössischen Departement für auswärtige Angelegenheiten, das beschloss, einen Teil der Informationsarbeit von Nichtregierungsorganisa-

tionen im Inland nicht länger zu subventionieren – mit der Begründung, sie mischten sich ungebührlich in die Politik ein.

Aber Politik meint nun einmal das Leben der Stadt, der *Polis*. Hilfsorganisationen halten bei bestimmten Unternehmen eine strengere Aufsicht für angebracht, weil diese in anderen Teilen der Welt unter Ausnutzung menschenrechtswidriger oder korrupter Umstände Geschäfte machen. Wenn also verhindert werden soll, dass die Gemeinschaft darüber informiert wird, was international unter Beteiligung von Schweizer Unternehmen im Rahmen einer ungebührlichen Zusammenarbeit oder einer Ausbeutung geschieht, dann hat dies nichts mit den bürgerlichen und zivilen Werten zu tun, deren sich die Schweiz rühmt. Ein scharfsinniger Theologe schrieb zu diesem Thema: «Wenn Organisationen, die öffentliche Gelder erhalten, diese Mittel nicht mehr nutzen können, um sich Gehör zu verschaffen, verarmt das gesamte demokratische System der Schweiz und muss geändert werden ...» [1]. Dabei versteht sich von selbst, dass diejenigen, die Kritik üben, sich an die Fakten und an ein Berufsethos halten müssen.

Wahrheitsgehalt und Einflussnehmer. Diese jüngsten Beispiele zeigen, dass die freie Meinungsäusserung, ein zentraler Wert unserer Systeme, nicht vor Gefahren gefeit ist. Manche würden gerne gewisse Stimmen zum Schweigen bringen. Natürlich müssen in diesem Zusammenhang auch Einflussgruppen und andere Lobbys erwähnt werden. Existenz und Rolle dieser Gruppen sind untrennbar mit der politischen Debatte, wie wir sie kennen, verbunden; mit Recht bringen sie ihre Argumente und Wünsche vor. Aber eine zentrale Anforderung dabei ist, sich an solide, akzeptierte Fakten zu halten. Und – um es ein drittes Mal anzuführen – ein Ethos zu beachten. Wir wissen, was wir von denjenigen zu halten haben, die im Hinblick auf Tabak, Softdrinks und gesunde Ernährung Lügen und Zweifel streuen. Seit 50 Jahren decken Forschende auf, wie Teile der Industrie manipulieren, um wissenschaftliche Daten zu unterdrücken und diejenigen zu diskreditieren, die Prävention betreiben. Wir haben es mit Einflussnehmern zu tun, deren Bemühungen in direktem Gegensatz zu den Interessen der öffentlichen Gesundheit stehen.

Caveant collegae et cives – Mögen wir alles unternehmen, um Schaden abzuwenden.

Literatur

- 1 F.-X. Amherdt. Une décision étonnante, regrettable et contestable. *Le Temps*, 9. März 2021, S. 2.

jeanmartin280[at]gmail.com



ZU VIELE
VERBOTSZEICHEN
TÖTEN DIE
ERLAUBNIS!

NEJMEDIK®
10.03.21