

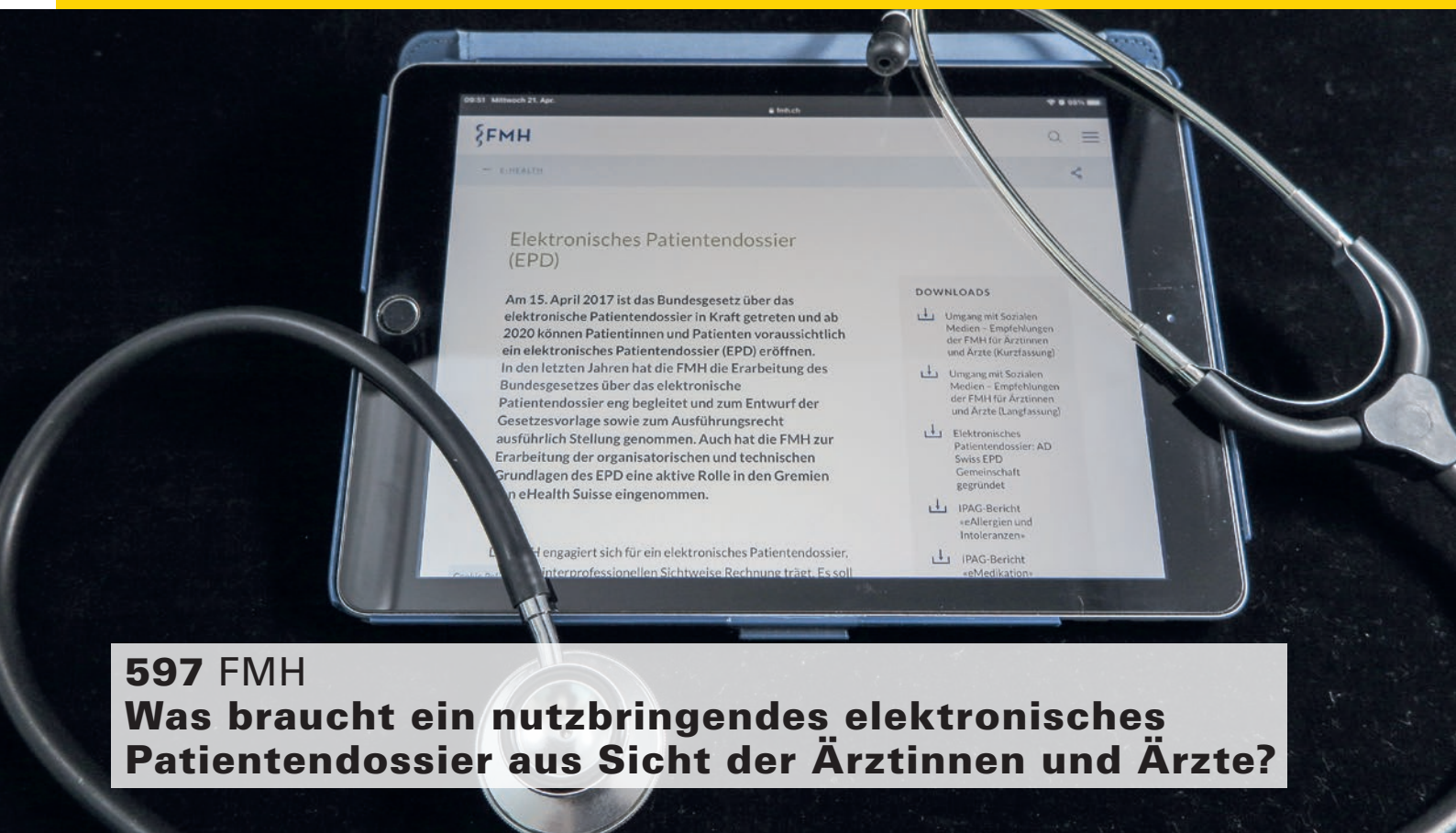
Schweizerische Ärztezeitung

596 Editorial
von Alexander Zimmer
**Die FMH setzt sich für
eine nutzenbringende
Digitalisierung ein**

625 Stern-Gattiker-Preis 2020
**Entretien avec la co-lauréate
Sophie de Seigneux Matthey**

634 «Zu guter Letzt»
von Rouven Porz
Zoom-Regeln

18 5. 5. 2021



597 FMH
**Was braucht ein nutzbringendes elektronisches
Patientendossier aus Sicht der Ärztinnen und Ärzte?**

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: Alexander Zimmer

596 **Die FMH setzt sich für eine nutzenbringende Digitalisierung ein**

597



E-HEALTH: Reinhold Sojer

Was braucht ein nutzbringendes EPD aus Sicht der Ärztinnen und Ärzte?

Noch in diesem Jahr sollen alle Einwohnerinnen und Einwohner in der Schweiz ein elektronisches Patientendossier (EPD) eröffnen können. Das soll einfach und vor allem auch sicher sein, geht es doch um sensitive medizinische Informationen, die über ein dezentrales Ablagesystem durch Ärztinnen und Ärzte verfügbar gemacht werden sollen. Neben der adäquaten Vergütung erwartet die FMH vom EPD einen objektivierbaren Nutzen innerhalb absehbarer Frist.

SIWF: Dina-Maria Jakob, Patrizia Kündig, Reto Thomasin, Simon Stettler, Monika Brodmann Maeder

602 **Ärztliche Weiter- und Fortbildung unter Corona**605 **Personalien****Organisationen der Ärzteschaft**

SGPP: Fulvia Rota, Rafael Traber, Catherine Léchaire, Erich Seifritz

606 **Psychiatrisch-psychotherapeutische Versorgung in der Pandemie****Briefe / Mitteilungen**612 **Briefe an die SÄZ**615 **Facharztprüfungen****FMH Services**617 **Stellen und Praxen** (nicht online)

Tribüne

INTERVIEW MIT SOPHIE DE SEIGNEUX MATTHEY: Julia Rippstein

625 «Un changement de mentalité durable est en cours»

628 **Spectrum**

Horizonte

STREIFLICHT: Beat Gerber

629 «Wer weiss schon, was Qualität ist ...?»

SCHAUFENSTER

632 **Sternmagnolien**

Die Fliege

633 **Persönlich**

Zu guter Letzt

Rouven Porz

634 **Zoom-Regeln**



ANNA

Das Werk von Henri Matisse im Licht seiner Krankheiten

Mit bisher unveröffentlichten Dokumenten zu seiner Darmoperation



Ernst Gemsjäger-Mercier
Die Krankheiten und Operationen von Henri Matisse / Henri Matisse – ses maladies, ses opérations / Henri Matisse's medical biography

Mit einem Vorwort von Daniel Oertli und Felix Harder.
2017. 84 Seiten, 3-sprachig, 11 Abb., z.T. farbig, broschiert.
CHF 24.50 / € 24.50
ISBN 978-3-03754-098-5

EMH Schweizerischer Ärzteverlag

Krankheiten spielten im Leben von Henri Matisse eine bedeutende Rolle. Doch Matisse' Krankengeschichte bedarf einer Klarstellung früherer Missverständnisse und Irrtümer. Dies leistet Ernst Gemsjäger mit profundem medizinischem Fachwissen und unter Berücksichtigung bisher unveröffentlichter Dokumente der «Archives Matisse». Das Buch ist eine spannende, lehrreiche medizinische Fallbesprechung und zugleich eine medizin- und kunsthistorische Abhandlung.

Weitere Informationen finden Sie unter shop.emh.ch

Ihre Bestellmöglichkeiten: +41 (0)61 467 85 55 | auslieferung@emh.ch | shop.emh.ch
EMH Schweizerischer Ärzteverlag AG | Farnsburgerstrasse 8 | CH-4132 Muttenz

Impressum

Schweizerische Ärztzeitung

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

Verlag: EMH Schweizerischer Ärzteverlag AG, Farnsburgerstrasse 8, 4132 Muttenz, Tel. +41 (0)61 467 85 55, www.emh.ch

Anzeigen:

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

Stellenmarkt und Rubrikanzeigen:

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

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

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

Anderer Abonnemente:

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

Abonnementspreise: Jahresabonnement CHF 320.– zzgl. Porto.

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

© FMH

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

Hinweis: Alle in dieser Zeitschrift publizierten Angaben wurden mit der grössten Sorgfalt überprüft. Die angegebenen Dosierungen, Indikationen und Applikationsformen, vor allem von Neuzulassungen, sollten in jedem Fall

mit den Beipackzetteln der verwendeten Medikamente verglichen werden.

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

printed in
switzerland



Titelbild:
© EMH / Julia Rippstein

Die FMH setzt sich für eine nutzenbringende Digitalisierung ein

Alexander Zimmer

Dr. med., Mitglied des Zentralvorstandes und Departementsverantwortlicher Digitalisierung/eHealth



Erinnern Sie sich an die Strategie eHealth Schweiz 1.0 von 2007?

«Die Menschen in der Schweiz können im Gesundheitswesen den Fachleuten ihrer Wahl unabhängig von Ort und Zeit relevante Informationen über ihre Person zugänglich machen und Leistungen beziehen. Sie sind aktiv an den Entscheidungen in Bezug auf ihr Gesundheitsverhalten und ihre Gesundheitsprobleme beteiligt und stärken damit ihre Gesundheitskompetenz. Die Informations- und Kommunikationstechnologien werden so eingesetzt, dass die Vernetzung der Akteure im Gesundheitswesen sichergestellt ist und dass die Prozesse qualitativ besser, sicherer und effizienter sind.»

Die FMH unterstützt dieses Ziel. Sie hat sich in den vergangenen Jahren für eine allseits nutzenbringende Umsetzung der Digitalisierung im medizinischen Bereich stark engagiert.

In einer digitalen Welt sind datenschutzrechtliche Fragestellungen von zentraler Bedeutung. Vor mehr als 20 Jahren wurde deshalb auf Initiative der FMH und der Ärztekasse die Health Info Net AG gegründet, um sensible Patientendaten im Austausch zu schützen und das Zeitalter des elektronischen Datenaustausches in der Schweiz einzuläuten. Heute ist es selbstverständlich, dass Spitäler, Arztpraxen, Apotheken und zunehmend auch Behörden Gesundheitsdaten verschlüsselt mit der HIN-Technologie austauschen.

Um die Entwicklung auch bezüglich elektronischen Patientendossiers zu unterstützen, hat sich die FMH an der AD Swiss Net AG beteiligt. Dadurch ermöglichen wir unseren Mitgliedern einen niederschweligen und funktionalen Zugang zum EPD.

Von besonders hoher Bedeutung waren in den vergangenen Jahren die von der FMH ins Leben gerufenen themenspezifischen und auch interprofessionellen Arbeitsgruppen. In diesen Arbeitsgruppen haben die praktischen Anwender, also die Gesundheitsfachpersonen selbst, Digitalisierungsthemen aufgenommen und diskutiert. Daraus abgeleitet konnten wir Umsetzungsvorschläge festlegen – stets unter der Prämisse, dass eine digitale Transformation nur dann gelingen kann, wenn sie allen Beteiligten, also den Pa-

tientinnen und Patienten sowie auch den Gesundheitsfachpersonen, Vorteile bringt. Die intensive Einbindung der praktischen Anwender in die Gestaltung einer neuen Technik entspricht einer tief verankerten helvetischen Tradition. Sie ist aus unserer Sicht zudem erfolgsversprechender als behördlich verordnete Top-down-Prozesse.

Das starke Engagement der FMH für eine nutzenbringende Ausgestaltung des EPD ist umso mehr von Bedeutung, als das Parlament inzwischen der Aufhebung der doppelten Freiwilligkeit bei der Mitwirkung am EPD zugestimmt hat. Dadurch sind auch die ambulant tätigen Ärztinnen und Ärzte künftig verpflichtet, am EPD teilzunehmen. Diese Entwicklung war vorhersehbar, zumal der Bund bereits mit der KVG-Revision zur Zulassungssteuerung die Pflicht zur Teilnahme am EPD vorgesehen hat. Der Zeitpunkt und die allfälligen Übergangsfristen stehen noch nicht fest.

In einer digitalen Welt sind datenschutzrechtliche Fragestellungen von zentraler Bedeutung.

So kommt das vorliegende Positionspapier der FMH zum EPD zum genau richtigen Zeitpunkt. Die Erarbeitung haben wir, wie oben ausgeführt, breit abgestützt, und das Positionspapier ist sowohl vom Zentralvorstand als auch von der Delegiertenversammlung der FMH im ersten Quartal 2021 verabschiedet worden. Es soll Ihnen, liebe Kolleginnen und Kollegen, Empfehlungen, Hilfestellungen und Entscheidungshilfen im Kontext des Umganges mit dem EPD bieten. Dieses Positionspapier ist in eine Vielzahl von weiteren Hilfestellungen eingebettet, die Sie von Ihrer FMH in Sachen digitaler Transformation bereits erhalten haben oder in nächster Zeit noch erhalten werden.

Es soll weiter dazu beitragen, dass sich die Ärzteschaft – auch im Interesse ihrer Patientinnen und Patienten – für eine allseits nutzenbringende Digitalisierung engagiert und auch aktiv mitgestaltet [1].

Literatur

- 1 Gilli Y, Schult L. Von den Getriebenen zur treibenden Kraft. Schweiz Ärzteztg. 2020;101(43):1388–90. saez.ch/article/doi/saez.2020.19314

Was braucht ein nutzbringendes EPD aus Sicht der Ärztinnen und Ärzte?

Reinhold Sojer

Dr. rer. biol. hum., Leiter Abteilung Digitalisierung/eHealth FMH

Noch in diesem Jahr sollen alle Einwohnerinnen und Einwohner in der Schweiz ein elektronisches Patientendossier (EPD) eröffnen können. Die Eröffnung soll einfach und vor allem auch sicher sein, geht es doch um sensitive medizinische Informationen, die über ein dezentrales Ablagesystem durch Ärztinnen und Ärzte verfügbar gemacht werden sollen.

Mit Inkrafttreten des Bundesgesetzes über das elektronische Patientendossier (EPDG) im Jahr 2017 hat der Gesetzgeber vorgesehen, dass sich Spitäler innert einer Übergangsfrist von drei Jahren einer zertifizierten Stammgemeinschaft oder Gemeinschaft gemäss EPDG anschliessen müssen. Ab 2022 sind auch Geburtshäuser und Pflegeheime verpflichtet, sich einer EPD-Gemeinschaft anzuschliessen. Mit Ausnahme der Verpflichtung von stationären Leistungserbringern ist die Teilnahme am EPD sowohl für Patientinnen und Patienten als auch für ambulante Leistungserbringer noch freiwillig. Nun hat aber der Bundesrat noch vor der schweizweiten Einführung des EPD diese Freiwilligkeit zumindest die für ambulanten Leistungserbringer, namentlich für die Ärztinnen und Ärzte, aufgehoben: Am 19. Juni 2020 hat das Parlament die Änderung des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung (Zulassung von Leistungserbringern)

verabschiedet. Mit der beantragten Neuregelung soll künftig von Ärztinnen und Ärzten verlangt werden, dass sie sich mit ihrer Zulassung einer zertifizierten Gemeinschaft oder Stammgemeinschaft nach Art. 11 Bst. a des EPDG anschliessen.¹ Mit der Annahme der Motion 19.3955 im März dieses Jahres wird der Bundesrat beauftragt, die Freiwilligkeit der ambulant tätigen

Die FMH spricht sich für ein einfaches Zugriffsberechtigungskonzept aus, bei welchem Patienten den Überblick behalten.

Ärztinnen und Ärzte gänzlich aufzuheben. Aufgrund des aufwendigen Zertifizierungsverfahrens konnten bislang nur zwei von zehn EPD-Gemeinschaften zertifiziert werden: Das Haupthindernis für die praktische Einführung des EPD stellt demnach die ausstehende Akkreditierung der Zertifizierungsgesellschaften durch die Schweizerische Akkreditierungsstelle des Bundes dar.

Im Zusammenhang mit der Einführung des EPD in den praktischen Berufsalltag von Ärztinnen und Ärzten hat die FMH im Jahr 2018 ein Gutachten in Auftrag gegeben, um verschiedene rechtliche Fragen zum EPD zu beurteilen.² Insbesondere vor dem Hintergrund, dass das EPDG keine speziellen Haftungsregelungen für den Umgang mit dem EPD enthält und dass mögliche Haftungsfälle im Zusammenhang mit dem EPD somit auf Grundlage der allgemeinen Haftungs- und Sorgfaltsregeln zu beurteilen sind. Angesichts dieser rechtlichen Unwägbarkeiten erscheint es sinnvoll, der Ärzteschaft weitergehende Leitlinien im Sinne einer praktischen Entscheidungshilfe zur Verfügung zu stellen. Daher hat die FMH unter Einbezug derjenigen, welche künftig das EPD zum Einsatz bringen müssen, eine Arbeits-

1 BBI 2020 5513 Art. 37 Abs. 3.
2 www.fmh.ch → Themen
→ eHealth → EPD

Wie funktioniert das EPD?

Das elektronische Patientendossier (EPD) ist ein Ablagesystem für behandlungsrelevante Informationen und enthält Kopien von Aufzeichnungen der elektronischen Krankengeschichte. Die Teilnahme am EPD entbindet Ärztinnen und Ärzte nicht von der Dokumentationspflicht in Form einer Krankengeschichte. Patientinnen und Patienten, welche ein EPD eröffnen, entscheiden dann selbst, welche Informationen sie mit anderen Gesundheitsfachpersonen teilen wollen. Das Bundesgesetz über das EPD sieht vor, dass Ärztinnen und Ärzte, die am EPD teilnehmen, die für die Patienten behandlungsrelevanten Informationen im EPD erfassen. Durch die dezentrale Architektur des EPD werden die Kopien dieser Informationen stets in einem dezentralen Ablageort gespeichert. Die Ablageorte werden von sogenannten Stammgemeinschaften oder Gemeinschaften betrieben, denen sich Gesundheitsfachpersonen anschliessen können. In einem Abrufverfahren können die Informationen aus den Ablageorten zu einem Dossier zusammengeführt werden. Die Einhaltung des Datenschutzes sowie der Datensicherheit wird durch ein Zertifizierungsverfahren sowie regelmässige Kontrollen sichergestellt. Auch sind die Daten in den Ablageorten verschlüsselt und können ausschliesslich von den Patienten sowie den berechtigten Gesundheitsfachpersonen eingesehen werden.

gruppe einberufen, um die Forderungen für ein nutzenbringendes EPD in Form einer Position der Ärzteschaft zu formulieren.³ Die Position, die vom Zentralvorstand sowie von der Delegiertenversammlung der FMH im Frühjahr 2021 verabschiedet wurde, nimmt Bezug auf die Datenerfassung und das Auffinden von behandlungsrelevanten Informationen im EPD, den Zugang und die Zugriffsverwaltung sowie auf die Abgeltung von Aufwänden, die im Zusammenhang mit der Bewirtschaftung des EPD entstehen.⁴

Die Position der FMH

Nutzen für Patienten und Förderung der Gesundheitskompetenz

Laut Gesetzgeber sollen mit dem EPD die Qualität der medizinischen Behandlung gestärkt, die Behandlungsprozesse verbessert, die Patientensicherheit erhöht und die Effizienz des Gesundheitssystems gesteigert sowie die Gesundheitskompetenz der Patientinnen und Patienten gefördert werden. Patientinnen und Patienten entscheiden, welche Informationen sie mit anderen Gesundheitsfachpersonen teilen möchten. Sie haben weiterhin die Möglichkeit, eigene Daten im EPD

Die FMH befürwortet gleichzeitig auch einen offeneren Zugriff auf das EPD, der aber mit einer Widerspruchslösung flankiert wird.

zu erfassen, und sind somit in der Lage, ihre Gesundheitsinformationen selbst zu verwalten. Auch wenn es bislang noch keine klare Evidenz für die Verbesserung der medizinischen Behandlung durch die Gewährung des Zugriffs auf die elektronische Krankengeschichte für Patienten gibt, so ist der Nutzen in der Kommunikation zwischen Ärztin und Patient unbestritten [1, 2]. Dass die Gesundheitskompetenz der Patienten hingegen eine grundlegende Voraussetzung für die Verwendung des EPD ist und nicht eine gewünschte Wirkung des EPDG sein kann, zeigen aktuelle Studien aus den USA, die sich mit der Nutzung von Patientenportalen im Behandlungsprozess befassen: Interesse und Fähigkeiten der Patienten, Patientenportale zu nutzen, sind stark geprägt von persönlichen Faktoren wie Alter, ethnischer Zugehörigkeit, Bildungsgrad, Gesundheitskompetenz oder dem Gesundheitszustand. Zudem ist die Benutzerfreundlichkeit der Portale für alle Nutzer – Ärzte und Patienten – von Bedeutung und ein grosses Anliegen im Sinne der Ärzteschaft [3]. Die Förderung der Gesundheitskompetenz, als notwendige Voraussetzung für die Verwendung eines EPD, muss zwingend eine begleitende Massnahme der EPD-Einführung sein. Es ist zu erwarten, dass sich Patientin-

nen und Patienten künftig auch an Ärztinnen und Ärzte wenden werden, die am EPD teilnehmen, und dass dadurch zusätzliche Aufwände während der Konsultation entstehen.

Zum Zugang zu behandlungsrelevanten Informationen

Mit dem EPD können Ärztinnen und Ärzte behandlungsrelevante Informationen ihrer Patientinnen und Patienten über einen einheitlich definierten Kommunikationskanal abrufen.⁵ Auch im Notfall sind diese Informationen verfügbar, sofern Patienten nachträglich darüber informiert werden. Patienten können also ihre Informationen mit anderen Gesundheitsfachpersonen teilen; durch diese gemeinsame Ablage für alle am Behandlungsprozess Beteiligten soll die interprofessionelle Zusammenarbeit gefördert werden.

Der Zugang sowie die Vollständigkeit der Informationen im EPD ist jedoch nur dann gewährleistet, wenn Patienten aktiv von ihren Möglichkeiten der Zugriffsverwaltung Gebrauch machen. Die Schweiz ist innerhalb Europas eines der wenigen Länder, das zur Umsetzung der informationellen Selbstbestimmung über ein komplexes Berechtigungssteuerungssystem verfügt⁶: Das Ausführungsrecht zum EPD sieht drei Vertraulichkeitsstufen vor. Zudem können Patienten die Zugriffsrechte für Gesundheitsfachpersonen individuell vergeben oder ablehnen und auch deren Dauer befristen. Schliesslich können Patienten das Zugriffsrecht bei medizinischen Notfallsituationen einschränken und damit auch das EPD für jeglichen Zugriff sperren. Aufgrund der Anzahl der Möglichkeiten der Zugriffssteuerung erhalten Patientinnen und Patienten eine Mitwirkungspflicht, so dass Ärztinnen und Ärzte über möglichst vollständige Informationen verfügen. Die FMH spricht sich für ein einfaches Zugriffsberechtigungskonzept aus, bei dem die Patientinnen und Patienten den Überblick behalten, welche Gesundheitsfachperson sie zum Zugriff berechtigt haben, damit die Ärztin oder der Arzt zur richtigen Zeit und am richtigen Ort den Zugriff auf das EPD hat. Die FMH befürwortet gleichzeitig auch einen offeneren Zugriff auf das EPD, der aber mit einer Widerspruchslösung flankiert wird. Bei dieser Lösung wird für jede versicherte Person in der Schweiz ein EPD eröffnet, Patientinnen und Patienten haben aber jederzeit die Möglichkeit, vom Widerspruch Gebrauch zu machen und aus dem EPD auszutreten.

EPD als Kommunikationsinstrument für Ärztinnen und Ärzte

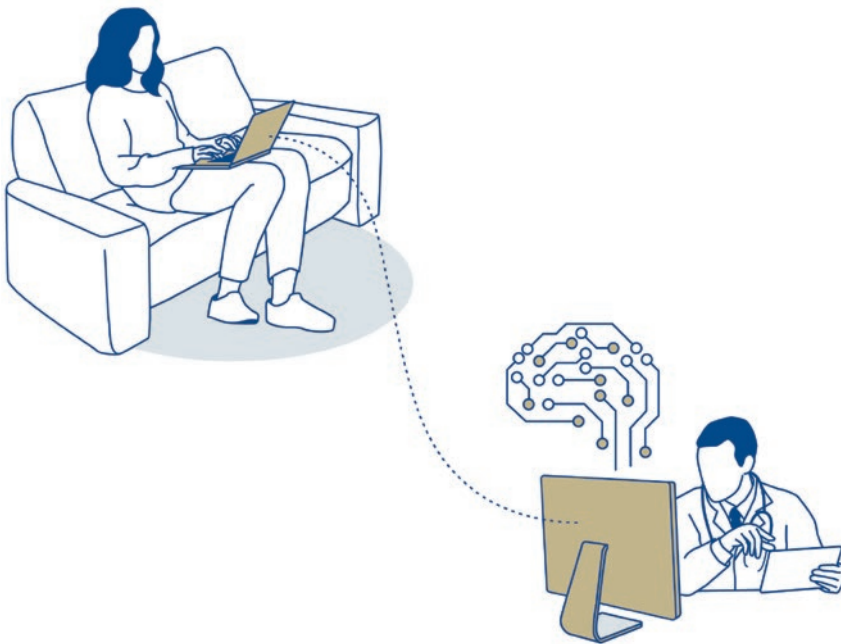
Das EPD ist kein Kommunikationsinstrument für Gesundheitsfachpersonen im Sinne einer gerichteten Kommunikation. Das weitverbreitete Missverständ-

3 Mitglieder der Arbeitsgruppe EPD sind in alphabetischer Reihenfolge und ohne akademischen Titel: Michael Andor, Ulrich Bürgi, Beat Gafner, Alex Steinacher und Peter Steinmann.

4 www.fmh.ch → Themen → eHealth → EPD

5 Weitere Informationen unter www.patientendossier.ch/de/gfp/vorteile

6 Überblick über nationale Gesetze zu elektronischen Gesundheitsakten in den EU-Mitgliedstaaten: https://ec.europa.eu/health/ehealth/projects/nationallaws_electronic-healthrecords_de



Entscheidend für das Auffinden von Informationen im EPD und für ihre «tiefe Integration» in die eigene elektronische Krankengeschichte ist, dass sie in einer Form vorliegen, die ihre Wieder- und Weiterverwendung erleichtert.

nis, dass das EPD die Möglichkeiten eines Kommunikationsinstruments hätte, muss aufgeklärt werden. Für Patientinnen und Patienten, die entweder nicht am EPD teilnehmen oder keine Zugriffsrechte ihren behandelnden Ärztinnen oder Ärzten erteilt haben, müssen weiterhin die behandlungsrelevanten Informationen in Form von Berichten entweder auf elektronischem Wege oder per Post zwischen den Gesundheitsfachpersonen versendet werden. Abhilfe könnten in Ergänzung zum EPD zusätzliche Dienste schaffen, die die Kommunikation zwischen den Gesundheitsfachpersonen erleichtern: vollständige elektronische Befundübermittlung, Zuweisung oder Auftragskommunikation. Leider hat sich das Bundesamt für Gesundheit dagegen ausgesprochen, dass Zusatzdienste im Zusammenhang mit der bereits aufgebauten Infrastruktur genutzt werden können. Eine zweite Infrastruktur muss also her, was wiederum Millionen Schweizer Franken verschlingen könnte. Ende 2019 haben die Verbindung der Schweizer Ärztinnen und Ärzte FMH, die Health Info Net AG (HIN) und die Ärztekasse die «AD Swiss EPD-Gemeinschaft» gegründet. Diese Gründung ermöglicht es Ärztinnen und Ärzten, sich einer ärzteigenen Gemeinschaft gemäss EPDG anzuschliessen. Neben der Kompatibilität zum EPD entwickelt die «AD Swiss EPD-Gemeinschaft» weitere nutzenbringende Zusatzdienste, die eine echte Kommunikation zwischen den Gesundheitsfachpersonen ermöglichen. Da die FMH sowohl an der HIN AG

als auch an der AD Swiss Net AG beteiligt ist, entstehen für die Ärzteschaft grosse Mitgestaltungsmöglichkeiten.

Erfassung von behandlungsrelevanten Informationen durch Ärztinnen und Ärzte

Generell statuiert das EPDG keine Pflicht zur Erfassung von Daten im EPD. Nach Art. 10 Bst. a des EPDG müssen Gemeinschaften nach EPDG sicherstellen, dass die Daten im EPD zugänglich sind, und diese Pflicht betrifft ausschliesslich Gemeinschaften als juristische Personen. Ärztinnen und Ärzte sind jedoch aufgrund der sie betreffenden gesetzlichen oder vertraglichen Sorgfalts- bzw. Dokumentationspflicht verpflichtet, das EPD zweckmässig einzusetzen, sobald sie sich einer EPD-Gemeinschaft angeschlossen haben.

Im Gegensatz zu anderen Ländern enthält das EPDG in der Schweiz keine konkreten Angaben darüber, welche Dokumente im EPD zu erfassen sind. Der Schweizer Gesetzgeber hat vorgesehen, dass im EPD die behandlungsrelevanten Informationen aus der Krankengeschichte von Patientinnen und Patienten enthalten sind. Er hat bewusst auf eine präzise Definition verzichtet, da er davon ausgeht, dass der Umfang der behandlungsrelevanten Informationen im Einzelfall auf Grundlage einer medizinischen Beurteilung getroffen werden kann. Die FMH erachtet in diesem Zusammenhang Diagnosen und Medikamentenlisten als essentielle Informationen im EPD, die über eine Patientin oder einen Patienten verfügbar sein müssen.

Neben der adäquaten Vergütung erwartet die FMH deshalb vom EPD einen objektivierbaren Nutzen innerhalb absehbarer Frist.

Entscheidend für das Auffinden von Informationen im EPD sowie für die «tiefe Integration» von Informationen in der eigenen elektronischen Krankengeschichte ist, dass diese in einer Form vorliegen, die eine Wieder- und Weiterverwendung erleichtert. Unstrukturierte Daten und nicht prozessorientierte Funktionen machen das EPD für die Ärzteschaft nicht nur wenig attraktiv, sondern führen auch zu einem vermehrten administrativen Aufwand.

Bereits heute zeichnet sich ab, dass die «tiefe Integration» nicht in allen Praxisinformationssystemen verfügbar sein wird. Dies bedeutet einen Mehraufwand bei der Erfassung von behandlungsrelevanten Informationen (doppelte Buchführung), da die Dokumente einerseits in das Portal für Gesundheitsfachpersonen, welches die EPD-Gemeinschaften anbieten, übertragen werden müssen und andererseits diese mit zusätzlichen Angaben versehen werden müssen, damit ein

7 www.parlament.ch/de/ratsbetrieb/suche-curia-vista/geschaeft?AffairId=20173694

Auffinden über Gemeinschaftsgrenzen hinaus möglich ist. Damit verbunden ist auch der Zugang zum EPD, der zweifelsohne sicher sein muss, sich jedoch unbedingt an den Arbeitsprozessen von Ärztinnen und Ärzten orientieren muss.

Vergütung von Leistungen im EPD

Die finanziellen Aufwände für den Aufbau des EPD in der Schweiz werden durch den Bund mit CHF 92 Mio. beziffert. Hinzu kommen Ausgaben für den Betrieb des EPD in Höhe von CHF 75 Mio. pro Jahr [4]. Nicht einberechnet sind die für das EPD notwendigen Investitionen in Arztpraxen. Je nach Praxisgrösse ist mit initialen Investitionskosten von mindestens CHF 50 000 zu rechnen. Zudem fallen für Support und Infrastruktur laufende Kosten von ungefähr CHF 1000 pro Monat an sowie zusätzlich periodische Unterhaltskosten für Lizenzgebühren und Updates.

Die Informationen im EPD müssen in einer Form vorliegen, die ihre Wieder- und Weiterverwendung erleichtert.

Ein vergleichender Blick auf die Nachbarländer zeigt, dass die Schweiz im Gegensatz zu diesen die Kosten des EPD zum Teil auf diejenigen verlagert, die dafür sorgen, dass das EPD die notwendigen behandlungsrelevanten Informationen enthält. In Deutschland werden pro Jahr Mittel in Höhe von EUR 1 pro Versicherten zur Verfügung gestellt. Für die einmalige Finanzierung der notwendigen Infrastruktur erhalten Ärztinnen und Ärzte in Deutschland eine Pauschale zuzüglich Mittel für die Betriebskosten und Anpassungen der Praxissoftwaresysteme. Auch in Frankreich erhalten Ärztinnen und Ärzte finanzielle Anreize, wenn ihre elektronischen Krankengeschichten die Anforderungen an gewisse Standards zur Verbesserung der

Interoperabilität zum *Dossier Médical Partagé* erfüllen. Darüber hinaus gibt es ohne finanzielle Anreize, Marktkräfte oder strengere Konformitäts- oder Gesetzesanforderungen für die Anbieter von Praxissoftwaresystemen kaum Impulse für Verbesserungen des Systems [5].

Entgegen der bundesrätlichen Antwort auf die Interpellation 17.3694⁷ braucht es aus Sicht der FMH unbedingt spezifische Abrechnungspositionen, um Leistungen im Kontext des EPD sachgerecht abzurechnen. Mit der Einführung des EPD fallen verschiedene zusätzliche Aufwände an, die derzeit nicht abgerechnet werden können. Eine adäquate Vergütung ist insbesondere in der Einführungsphase des EPD von besonderer Bedeutung, da in dieser Phase das EPD für die Ärzteschaft voraussichtlich aus besagten Gründen nicht hinreichend nutzbringend sein wird. Neben der adäquaten Vergütung erwartet die FMH deshalb vom EPD einen objektivierbaren Nutzen innerhalb absehbarer Frist. Nur so wird das EPD den Erfolg bringen, den wir uns alle im Sinne der Stärkung der Behandlungsqualität wünschen.

Literatur

- 1 Dendere R, Slade C, Burton-Jones A, Sullivan C, Staib A, Janda M. Patient portals facilitating engagement with inpatient electronic medical records: A systematic review. *Journal of Medical Internet Research*. 2019;21(4). <https://doi.org/10.2196/12779>
- 2 Lyles CR, Nelson EC, Frampton S, Dykes PC, Cembali AG, Sarkar U. Using Electronic Health Record Portals to Improve Patient Engagement: Research Priorities and Best Practices. *Annals of Internal Medicine*. 2020;172(11 Suppl):S123–9. <https://doi.org/10.7326/M19-0876>
- 3 Irizarry T, DeVito Dabbs A, Curran CR. Patient Portals and Patient Engagement: A State of the Science Review. *Journal of Medical Internet Research*. 2015;17(6):e148. <https://doi.org/10.2196/jmir.4255>
- 4 Zurkinden T. XAD-Newsletter. *Der Luzerner Arzt*. 2020;123:22–4.
- 5 Tomlinson J. My Health Record implementation in private specialist practice. *The Medical Journal of Australia*. 2019;210:S32–4. <https://doi.org/10.5694/mja2.50030>

FMH
Dr. Reinhold Sojer
Digitalisierung/eHealth
Elfenstrasse 18
Postfach 300
CH-3000 Bern 15
Tel. 031 359 12 04
[reinhold.sojer\[at\]fmh.ch](mailto:reinhold.sojer[at]fmh.ch)

[Es muss weitergehen](#)

Ärztliche Weiter- und Fortbildung unter Corona

Dina-Maria Jakob^a, Patrizia Kündig^a, Reto Thomasin^a, Simon Stettler^b, Monika Brodmann Maeder^c

^a Dr. med., Verband Schweizerischer Assistenz- und Oberärztinnen und -ärzte, vsao; ^b Geschäftsführer vsao;

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

Das SIWF hat während der Pandemie nicht nur allen fortbildungspflichtigen Ärztinnen und Ärzten Credits für 2020 und 2021 geschenkt, sondern versuchte auch, mit unbürokratischen Massnahmen Druck von Weiterzubildenden, Weiterbildungsstätten und Fachgesellschaften zu nehmen [1]. Um das Ausmass der Pandemiefolgen auf die ärztliche Weiterbildung zu beleuchten, wird die jährliche Befragung zur Qualität das Thema «Weiterbildung während der Pandemie» aufnehmen. Mit diesem Beitrag aus den Reihen des vsao kommen direkt Betroffene zu Wort.

Umwälzungen im Spitalbetrieb durch Corona

Die Corona-Pandemie traf das Schweizer Gesundheitswesen im März 2020 mit grosser Wucht und wenig Vorlaufzeit. Vieles wurde von einem Tag auf den anderen auf den Kopf gestellt, so auch die ärztliche Weiter- und Fortbildung. Im ersten Moment ging es für die Spitäler, für das Personal und für die Patientinnen und Patienten um das Überleben – und das im wahrsten Sinn des Wortes. Während ein Teil der Kliniken und Spitalabteilungen auf Geheiss des Bundesrats geschlossen wurden und sie ihr Personal nach Hause schicken mussten, wurden andere zu Corona-Stationen umgebaut oder das Personal auf andere Stationen umverteilt. Intensiv- und Notfallstationen konnten die Arbeitslast bei der Be-

Nach über einem Jahr Pandemie muss diese als eine Art «neue Normalität» akzeptiert werden.

handlung von COVID-19-Patientinnen und -Patienten kaum bewältigen. Klar, dass in dieser Zeit auch die ärztliche Weiter- und Fortbildung hintenanstehen musste. Nach der ersten hektischen Phase liefen die Spitäler über mehrere Monate in einer Art «Corona-Betrieb». An die Durchführung ärztlicher Weiter- und Fortbildung war in dieser Zeit kaum zu denken. Das SIWF bemühte sich nach Kräften und unter Einbezug aller Beteiligten, mit Spezialregeln der ausserordentlichen Situation der Assistenz- und Oberärztinnen und -ärzte gerecht zu werden (www.siwf.ch → Themen → Covid-19).

Einschränkungen der Weiterbildung

Im Frühsommer durften die geschlossenen Abteilungen ihre Arbeit wiederaufnehmen. Leider ignorierte die Politik in dieser Zeit die wiederholt geäusserten Sorgen der Spitäler wegen der finanziellen Auswirkungen der Pandemie. Die Konsequenzen waren absehbar. Einige Abteilungen steckten weiterhin im Corona-Stress fest, andere mussten neben dem wiederaufgenommenen Normalbetrieb möglichst viele aufgeschobene Behandlungen nachholen. Dabei wurde die wiedergewonnene Handlungsfreiheit in den Kliniken nicht überall genutzt, um auch die Weiterbildung wieder hochzufahren. Dem vsao sind Beispiele bekannt, wo an Samstagen in Kliniken Wahleingriffe nachgeholt wurden, ohne dass dazu mehr Personal zur Verfügung gestanden hätte. Bei solchem Arbeitsdruck wird Weiter- und Fortbildung kaum Platz eingeräumt. Wie so oft waren die Prioritäten klar wirtschaftlich orientiert und zuungunsten der Weiter- und Fortbildung. Es war allen Beteiligten bewusst, dass wegen der Corona-Pandemie die ärztliche Weiter- und Fortbildung zeitweise massiv eingeschränkt werden musste. Sie ist aber kein *nice to have*, sondern eine rechtliche Pflicht. Die Weiterbildungsstätten sind verpflichtet, ihren Assistenzärztinnen und -ärzten die versprochene Weiterbildung zu bieten. Die Assistenz- und Oberärztinnen und -ärzte wiederum sind verpflichtet, ihre Weiter- und Fortbildung zu absolvieren. Das heisst, «sobald die Pandemie das zulässt», müssen auch Weiter- und Fortbildungen wieder durchgeführt werden.



Auch in Zeiten der Pandemie haben Assistenz- sowie Oberärztinnen und -ärzte ein Anrecht auf Weiterbildung.

Es gab keinen fixen oder gar offiziellen Termin, an dem Weiter- und Fortbildung wieder starten konnten bzw. mussten. Die Bedingungen in den einzelnen Kliniken und Spitälern waren zu unterschiedlich. Der vsao kennt Beispiele, bei denen sehr schnell Wege gesucht und gefunden wurden, um Weiterbildung zu ermöglichen. Ebenso haben wir von Fällen gehört, in denen die Pandemie als Entschuldigung vorgeschoben wurde, um die Weiterbildung möglichst lange zu vermeiden.

Möglichkeiten zur Aufrechterhaltung von Weiter- und Fortbildung

Nach über einem Jahr Pandemie muss diese aber als eine Art «neue Normalität» akzeptiert werden. Corona ist immer noch da und wird uns auch weiterhin begleiten. Die Spitäler und das Personal haben sich so gut wie möglich darauf eingestellt, und die Weiterbildung (und Fortbildung) muss zwingend wieder durchgeführt werden. Mittlerweile scheint es denn auch mehr eine Frage der Motivation, Innovation und Offenheit der Weiterbildenden und der Weiterbildungsstättenleiterinnen und -leiter zu sein. Videokonferenzen sind zu einem festen Bestandteil im Berufsalltag und in der Aus-, Weiter- und Fortbildung quer durch alle Berufe – und sogar der (Primar-)Schulen – geworden. Es gibt genügend gute Beispiele, wie ärztliche Weiterbildung via Videoübertragung, manchmal sogar inklusive prakti-

scher Live-Beispiele oder Fallbesprechungen, durchgeführt werden kann. Teilweise werden Bildungsveranstaltungen und Vorträge aufgezeichnet, wodurch die Ärztinnen und Ärzte die Videos auch später noch als Podcast herunterladen und anschauen können. Dies

Es gibt genügend gute Beispiele, wie ärztliche Weiterbildung via Videoübertragung durchgeführt werden kann.

bietet nicht nur den in Teilzeit und im Schichtbetrieb arbeitenden Ärztinnen und Ärzten die Möglichkeit, sich die Videos jederzeit anzusehen. Es sollte auch als Chance genutzt werden, um eine Art Bibliothek mit den verschiedenen Vorlesungen und Vorträgen anzulegen und diese möglichst übergreifend in einem Spitalnetz kantonal oder sogar schweizweit einzusetzen. Weiterbildungen und Workshops können in kleinen Gruppen mit Abstand, eventuell hybrid mit Zuschaltung eines Teils der Teilnehmenden via Videoübertragung abgehalten werden. Im Sinne von *blended learning* können Selbststudium und (virtuelle) Fragestunden kombiniert werden. Die Aufzählung ist sicher nicht abschliessend.

Gerne wieder ohne Videoübertragung

Um Missverständnisse zu vermeiden: Es geht hier nicht darum, Weiterbildung via Videostreaming oder

Podcast als Allerweltsheilmittel darzustellen. Wir alle wünschen uns die direkte Diskussion in der Gruppe oder das praktische Teaching vor Ort zurück. Einerseits erfordert die aktuelle Situation aber das Ausweichen auf Alternativen, und andererseits haben die vergangenen Monate – dort, wo die Alternativen gesucht und genutzt wurden – durchaus auch Potenzial gezeigt, die ärztliche Weiter- und Fortbildung weiterzuentwickeln und beispielsweise die Beteiligten besser zu vernetzen. Wenn Assistenzärztinnen und -ärzte in kleineren Spitälern auf diese Weise vermehrt von Weiterbildungsangeboten in grösseren Spitälern profitieren können, ist das ein Gewinn. Wenn Ärztinnen und Ärzte wegen Schicht- oder Teilzeitarbeit eine Weiterbildung nachträglich anschauen können, ist das ein Gewinn. Wenn jemand an einer Lehrveranstaltung teilnehmen kann, weil sie/er sich die Reisezeit erspart, ist das ein Gewinn.

Neustart erforderlich – Weiter- und Fortbildung ist Recht und Pflicht

In verschiedenen Kliniken und Spitälern ist es den Verantwortlichen (und dazu gehören die Weiterbildner ebenso wie die Weiterzubildenden) gelungen, mit viel Einsatz und Motivation die Weiterbildungen wieder hochzufahren. Es gibt aber leider immer noch zu viele Weiterbildungsstätten, die nichts davon umsetzen. Eine Umfrage der vsao-Sektion Bern hat einerseits das grosse Ausmass der wegen Corona weggefallenen Weiterbildung bestätigt. Andererseits hat sie aber auch gezeigt, dass die Weiterbildung bei weitem noch nicht überall wieder angeboten wird. Knapp 40% der Teilnehmenden gaben an, dass bei ihnen ausgefallene Weiterbildungen gar nicht durch virtuelle Weiterbil-

dungen ersetzt worden sind, und bei fast ebenso vielen war dies nur teilweise der Fall. Die Umfrage fand im Januar und Februar dieses Jahres statt. Nach über einem Jahr der Pandemie droht die Qualität der ärztlichen Weiter- und Fortbildung nachhaltig zu leiden.

Knapp 40% der Teilnehmenden gaben an, dass ausgefallene Weiterbildungen nicht durch virtuelle Weiterbildungen ersetzt worden sind.

Eine gute Weiterbildung ist essentiell, und sie steht den Assistenzärztinnen und -ärzten auch zu. Diese können und sollen deshalb ihr Recht auf Weiterbildung einfordern, dabei aber auch ihren Teil dazu beitragen. Das Gleiche gilt für die ärztliche Fortbildung. Die geforderten Credits sind das eine, es geht aber primär um den Erhalt und die Erweiterung der ärztlichen Kompetenzen und damit um Qualitätssicherung. Die Diskussionen im Geschäftsausschuss des vsao und mit den Vertreterinnen und Vertretern der vsao-Sektionen zeigen für die ganze Schweiz ein ähnliches Bild. Es ist wie so oft, es braucht einen Willen, Interesse und Engagement, dann ist vieles möglich. Wer selber keine passende Lösung sieht, findet im Austausch mit anderen Kliniken viele gute Beispiele dafür, was alles möglich ist und funktioniert. Weiter- und Fortbildung sind Pflicht und eine grundlegende Voraussetzung für ein qualitativ hochstehendes Gesundheitssystem.

Bildnachweis

BiancoBlue | Dreamstime.com

Literatur

- 1 Hänggeli C. Notrecht in der Weiterbildung? Wie das SIWF auf die Herausforderungen von Corona reagierte. Schweiz Ärztztg. 2020;101(31–32):924. <https://doi.org/10.4414/saez.2020.19104>

Schweizerisches Institut
für ärztliche Weiter- und
Fortbildung SIWF
FMH
Postfach
CH-3000 Bern 15
Tel. 031 503 06 00
[info\[at\]siwf.ch](mailto:info[at]siwf.ch)

Personalien

Todesfälle / Décès / Decessi

Kurt Zimmermann (1943), † 25.12.2020,
 Facharzt für Allgemeine Innere Medizin,
 8805 Richterswil

Anton Müller (1938), † 9.1.2021,
 Facharzt für Allgemeine Innere Medizin,
 4125 Riehen

Franz Podzorski (1949), † 28.2.2021,
 Facharzt für Allgemeine Innere Medizin,
 5600 Lenzburg

Dominique Jean-Marc Meier (1942), † 14.3.2021,
 Spécialiste en oto-rhino-laryngologie,
 1752 Villars-sur-Glâne

Franz M. F. J. Schnabel (1946), † 20.3.2021,
 Facharzt für Anästhesiologie, AT-1190 Wien

Patricia Flach (1977), † 26.3.2021,
 Fachärztin für Radiologie, 8590 Romanshorn

Praxiseröffnungen / Nouveaux cabinets médicaux / Nuovi studi medici

GE

Maxime Moreillon,
 Spécialiste en médecine interne générale,
 Hôpital de La Tour, Bâtiment B2,
 Avenue J.-D. Maillard 3, 1217 Meyrin

VD

Maxime Moreillon,
 Spécialiste en médecine interne générale,
 Chemin des Saules 4A, 1260 Nyon

ZG

Sofia Bampali,
 Fachärztin für Allgemeine Innere Medizin,
 Alpenstrasse 12, 6300 Zug

Ärztegesellschaft Thurgau

Die Ärztegesellschaft Thurgau informiert
 über folgende Neuanmeldungen:

Rainer Krähenmann, Kleinjoggstrasse 22,
 8615 Wermatswil, Facharzt für Psychiatrie
 und Psychotherapie, FMH

Veit Sturm, Weinbergstrasse 8, 9320 Arbon,
 Facharzt für Ophthalmologie

Florian Kaspar Vetterli, Espenstrasse 30,
 9220 Bischofszell, Facharzt für Allgemeine
 Innere Medizin, FMH

Umgezogen?

Einloggen bei myFMH

Adresse anpassen unter Personalien

EMH Media
 SCHWEIZERISCHER ÄRZTEVERLAG
 EDITIONS MEDICALES SUISSES

Psychiatrisch-psychotherapeutische Versorgung in der Pandemie

Fulvia Rota^a, Rafael Traber^b, Catherine Léchaire^c, Erich Seifritz^d

^a Dr. med., Präsidentin der Schweizerischen Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie SGPP; ^b Dr. med., Vizepräsident SGPP;

^c Dr. med., Vorstandsmitglied SGPP; ^d Prof. Dr. med., Vorstandsmitglied SGPP

Die Schweizerische Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie hat ihre Mitglieder online befragt, wie sich die Nachfrage nach ambulanten psychiatrischen Behandlungen während der Pandemie verändert hat. Es zeigt sich, dass das Therapieangebot der Erwachsenenpsychiatrie flexibel genug ist, um die temporäre Zunahme zu bewältigen. Der Therapiebedarf erhöhte sich vor allem bei bestehenden und ehemaligen Patientinnen und Patienten.

Die psychischen Folgen der COVID-19-Pandemie sind in den Fokus des öffentlichen Interesses gerückt. Die Swiss Corona Stress Study der Universität Basel hat in einer Online-Umfrage einen erhöhten Level an subjektiv empfundenem Stress und Symptome von Depressivität und Angstsymptomen festgestellt, insbesondere bei Kindern und Jugendlichen [1]. Allerdings existieren in der Schweiz keine öffentlich zugänglichen belastbaren Daten, ob sich dieser erhöhte subjektiv empfundene Stress in einer Zunahme von klinisch relevanten und behandlungsbedürftigen psychischen Erkrankungen niederschlägt. Aus diesem Grund hat die Schweizerische Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie

(SGPP) mittels einer explorativen Online-Umfrage bei ihren Mitgliedern evaluiert, ob und wie sich die Nachfrage nach ambulanten psychiatrisch-psychotherapeutischen Behandlungen während der Pandemie verändert hat. In diesem Artikel fassen wir die wichtigsten Befunde zusammen.

Die Online-Umfrage fand zwischen dem 19. Februar und dem 1. März 2021 statt. Von den angeschriebenen 1953 SGPP-Mitgliedern füllten 852 den Fragebogen aus, was einer Rücklaufquote von 44% entspricht. 43% der Befragten haben in ihrer Praxis delegiert arbeitende Psychologinnen und Psychologen angestellt. 58% arbeiten im städtischen Umfeld bzw. in der Agglomera-

Wie hat sich die Zahl der Neuanmeldungen für eine Behandlung 2020 im Vergleich zu 2019 verändert?

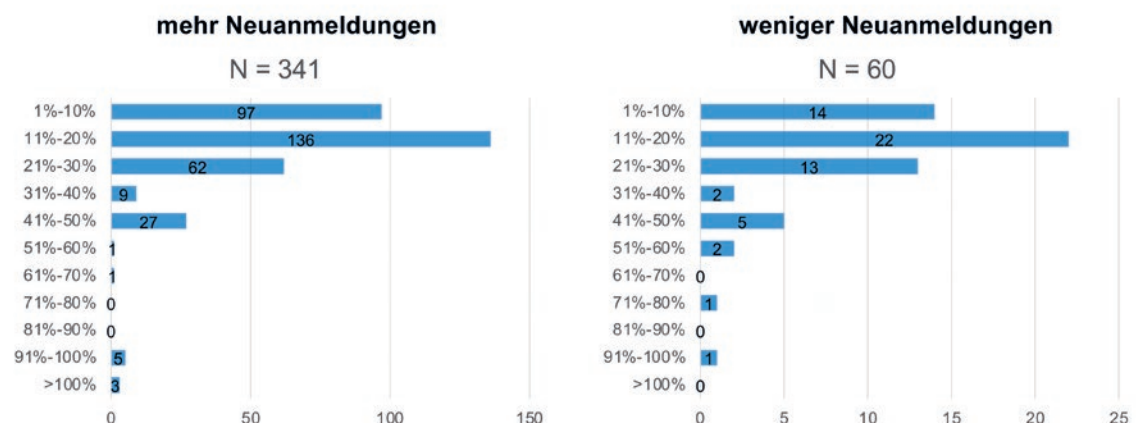


Abbildung 1: 341 Befragte verzeichnen im Durchschnitt 23% mehr Neuanmeldungen, 60 Befragte haben durchschnittlich 25% weniger Neuanmeldungen.

tion, bei 33% ist das Einzugsgebiet städtisch-ländlich gemischt. Die explorativ ausgerichteten Fragen zielten darauf ab, datenbasierte Informationen zu erhalten, wie sich im Jahr 2020 die Inanspruchnahme von

psychiatrisch-psychotherapeutischer Hilfe gegenüber 2019 verändert hat. Auch wurden die Mitglieder zu ihren Erfahrungen mit der Videotelefonie befragt.

Hat sich die Zahl der durchgeführten Behandlungen 2020 im Vergleich zu 2019 verändert?

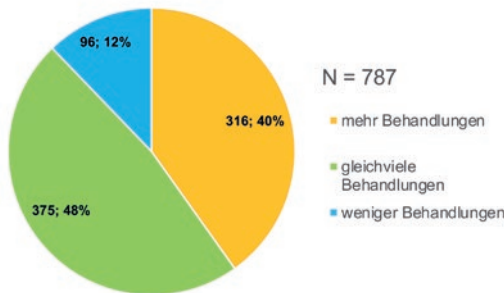


Abbildung 2: 48% der Befragten führten gleich viele Behandlungen durch, 12% verzeichneten weniger Behandlungen.

Haben sich 2020 im Vergleich zu 2019 die Wartezeiten für eine Behandlung verändert?

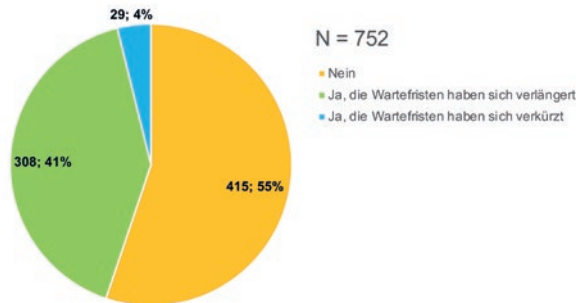


Abbildung 3: Bei 55% der Befragten gab es keine Zunahme der Wartezeiten, 4% verzeichneten eine Abnahme.

Keine Zunahme der Neuanmeldungen

Es zeigt sich, dass bei einer Mehrheit der Erwachsenenpsychiaterinnen und -psychiater die Neuanmeldungen im Jahr 2020 gegenüber 2019 nicht zugenommen haben. 44% der Befragten berichten über eine unveränderte Situation, 9% verzeichnen sogar eine Abnahme. Bei jenen, die mehr Neuanmeldungen verzeichnen, beträgt die Zunahme im Durchschnitt 23% (Abb. 1).

Die Zahl der durchgeführten Behandlungen war in 48% der Fälle identisch mit dem Vorjahr, 12% führten sogar weniger Behandlungen durch (Abb. 2). Bei jenen 297 Mitgliedern, die eine Zunahme verzeichneten, betrug diese im Durchschnitt 19%. Ein ähnliches Bild präsentiert sich in Bezug auf die Wartezeiten: Bei 55% gab es keine Veränderung, und 4% verzeichneten sogar eine Abnahme. Übers Ganze gesehen berichten 248 Befragte von verlängerten Wartezeiten, im Median um 21 Tage (Abb. 3 und 4).

Bestehende und ehemalige Patienten: mehr Therapiebedarf

70% der Psychiaterinnen und Psychiater berichten, dass sich der Therapiebedarf bei den Patientinnen und Patienten erhöht hat, die sich bereits in Therapie befinden. Auch haben sich im Jahr 2020, häufiger als 2019, mehr ehemalige Patientinnen und Patienten für eine

Wie haben sich 2020 im Vergleich zu 2019 die Wartezeiten für eine Behandlung verändert?

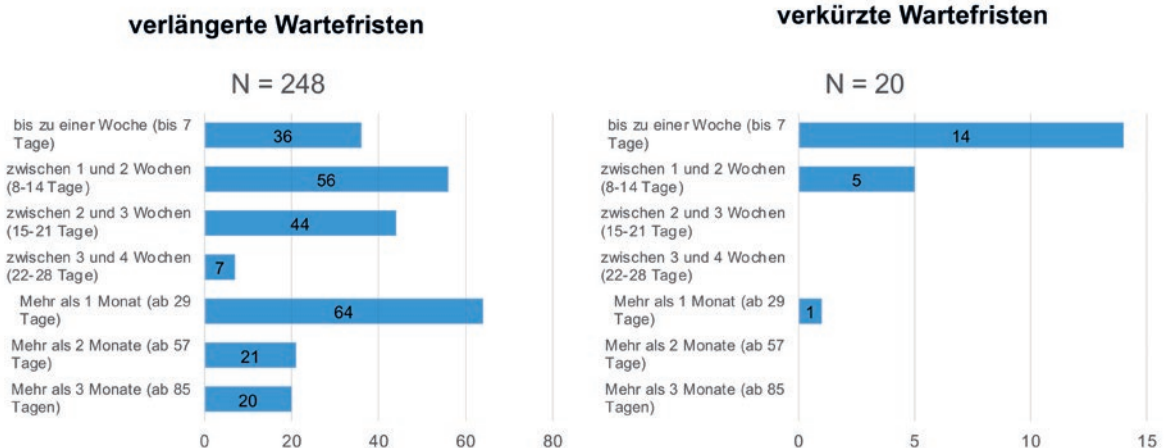


Abbildung 4: Über die 248 Befragten betrachtet, verlängert sich die Wartezeit im Median um 21 Tage. 20 Befragte haben verkürzte Wartezeiten, im Durchschnitt um 8 Tage.

Haben sich ehemalige Patientinnen und Patienten wegen einer Zustandsverschlechterung aufgrund der Pandemie wieder bei Ihnen für eine Behandlung angemeldet?

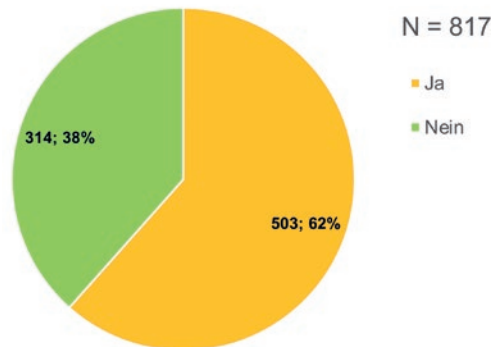


Abbildung 5: Bei 62% der Befragten haben sich ehemalige Patientinnen und Patienten aufgrund einer Zustandsverschlechterung wieder für eine Behandlung angemeldet.

erneute Behandlung angemeldet, weil sich ihr Zustand verschlechtert hat (Abb. 5). Diese Resultate decken sich mit epidemiologischen Untersuchungen, welche einen bidirektionalen Zusammenhang zwischen psychischen Erkrankungen und COVID-19 ergeben haben [2]. Diese Untersuchungen zeigen auch auf, konsistent mit unserer Umfrage, dass Personen mit schwereren und chronisch verlaufenden psychischen Vorerkrankungen und schwierigen sozioökonomischen Bedingungen besonders gefährdet sind [3–5].

Versorgung am Limit

Die Ergebnisse der SGPP-Umfrage belegen, dass die ambulante psychiatrisch-psychotherapeutische Versorgung in der Schweiz flexibel und anpassungsfähig genug ist, um den gestiegenen Behandlungsbedarf zu gewährleisten. Selbstverständlich schliesst das nicht aus, dass sich in einzelnen Praxen und Regionen in unterschiedlichem Ausmass die Wartezeiten erhöht haben – die Nachfragen haben insbesondere in der zweiten Welle zugenommen, und es bleibt zu beobachten, wie sich die Situation im Verlauf der weiteren Pandemie präsentieren wird. Anders scheint es in der Kinder- und Jugendpsychiatrie zu sein, wo die Versorgungssituation schon vor der Pandemie angespannt war und sich die Lage nun zugespitzt hat. Weil die niedergelassenen Kinder- und Jugendpsychiaterinnen und -psychiater mehrheitlich schon vor der Pandemie ausgebucht waren, mussten Notfälle im Jahr 2020 zu einem grösseren Teil von den institutionellen Einrichtungen aufgefangen werden. Die akute Notfallversorgung war aber sowohl in der Erwachsenen- als auch in der Kinder- und Jugendpsychiatrie immer ge-

währleistet. Eine detaillierte datenbasierte Situationsanalyse wäre hier allerdings ebenfalls notwendig.

Verschiedene Fachärztinnen und Fachärzte für Erwachsenenpsychiatrie und Psychotherapie berichten in der SGPP-Umfrage, dass sie bei manchen ihrer Patientinnen und Patienten auch eine Verbesserung des Zustandes feststellen. Menschen, die eher zurückgezogen leben oder autistische Merkmale aufweisen, erfahren durch die einschränkenden Massnahmen, dass ihr Lebensstil für einmal nicht ausserhalb der Norm liegt. Ein Psychiater merkte an, wie Angst- und Zwangsstörungen sowie damit verbundene Zwangsrituale und Vermeidungsverhalten während der Pandemie kollektiv salonfähiger geworden seien, weshalb sich bei Betroffenen der Leidensdruck verringert habe; sie würden sich weniger «anders» fühlen. Manche Patienten seien froh, dass die sogenannten «Gesunden» jetzt auch mal Einschränkungen hinnehmen müssten. «Sie selber haben oft sehr kleine Renten oder beziehen Sozialhilfe und können weder reisen noch Museen oder Restaurants besuchen», kommentierte ein Mitglied. Verlust von Arbeit und finanzielle Existenzängste sind zwei wesentliche Auslöser und Verstärker von psychischen Erkrankungen.

Insgesamt zeigen die Umfrageergebnisse, dass das Therapieangebot der Erwachsenenpsychiatrie flexibel genug ist, um die temporäre Zunahme zu bewältigen. Der Therapiebedarf erhöhte sich leicht, insbesondere bei bestehenden und ehemaligen Patientinnen und Patienten.

Videotelefonie ersetzt Präsenzbehandlungen nicht

Die SGPP fragte ihre Mitglieder in der Umfrage auch, welche Erfahrungen sie mit der Videotelefonie machten. 79% der befragten Fachärztinnen und Fachärzte

Kann mit der Weiterführung der Videotelefonie-Behandlungen in Ergänzung zu den Präsenzkonsultationen auch nach der COVID-19 Pandemie die psychiatrisch-psychotherapeutische Versorgung verbessert werden?

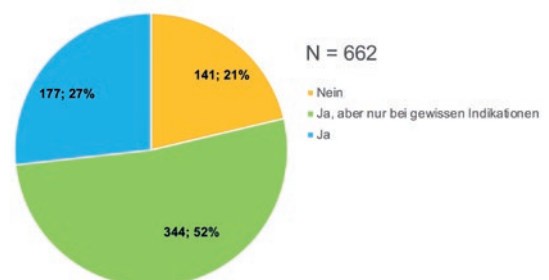


Abbildung 6: 52% der Befragten sind überzeugt, dass mit einer Weiterführung der Videotelefonie-Behandlungen auch nach der Pandemie bei gewissen Indikationen die Versorgung verbessert werden kann.

für Psychiatrie und Psychotherapie nutzten im Jahr 2020 die Möglichkeit, per Videotelefonie zu behandeln. Drei Viertel davon gaben an, eher positive Erfahrungen gemacht zu haben. 52% sind überzeugt, dass die fernmündliche Behandlung auch nach der COVID-19-Pandemie bei gewissen Indikationen die psychiatrisch-psychotherapeutische Versorgung in Ergänzung zu den Präsenzkonsultationen verbessern könnte (Abb. 6). Die fernmündliche Behandlung per Video sei je nach Krankheitsbild und spezifischer Situation der Patientinnen und Patienten eine sinnvolle Erweiterung des Behandlungssettings. Vereinzelt wurde darauf hingewiesen, dass die ambulante Tarifstruktur anzupassen sei, damit Videokonsultationen künftig sinnvoll in die Versorgung implementiert werden können. Insgesamt herrscht die Meinung vor, dass sich Videobehandlungen sehr gut eignen, um in Pandemiezeiten einen Therapieunterbruch zu vermeiden, dass sie aber Präsenzbehandlungen nicht generell ersetzen können – erst recht nicht, wenn noch kein persönlicher Kontakt zur Patientin bzw. zum Patienten stattgefunden hat. Während einige Therapeutinnen und Therapeuten bemängeln, dass die eingeschränkte Wahrnehmung der nonverbalen Kommunikation die Qualität der Behandlung beeinträchtigt, heben andere hervor, dass sie die Mimik ihrer Patientinnen und Patienten besser erfassen können, da am Bildschirm keine Maske getragen werden muss. Auch gebe es Patienten und Patientinnen, die über Videotelefonie weniger gehemmt

seien. Die fernmündlichen Behandlungen stellen insbesondere für Patientengruppen mit bestimmten Ängsten oder Phobien eine Erleichterung dar, unter anderem, weil sie für die Therapie in ihrem gewohnten Umfeld bleiben können und weil sie weniger Reizen ausgesetzt sind. Für Menschen, die sich sprachlich weniger gut ausdrücken können, scheint die Behandlung per Videotelefonie hingegen eine zusätzliche Hürde darzustellen.

Monitoring des Versorgungsbedarfs mit Optimierungspotenzial

Die Umfrage zeigt, dass die psychiatrisch-psychotherapeutische Versorgung in der Schweiz in der Krisensituation der COVID-19-Pandemie einen leicht angestiegenen Bedarf an Behandlungsleistungen bewältigen konnte. Gegebenenfalls erscheint Bedarf nach höheren Versorgungskapazitäten im Bereich der Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie zu bestehen. Damit die psychiatrisch-psychotherapeutische Versorgung weiter optimiert werden kann, sind datenbasierte Grundlagen notwendig, um regional und fachlich weniger gut versorgte Gebiete besser abdecken zu können. Es ist insofern relevant, einen sich ändernden Versorgungsbedarf objektiv zu monitorisieren, um Bedarfsänderungen datenbasiert und frühzeitig zu erkennen und Massnahmen zur Bewältigung ergreifen zu können.

Literatur

- 1 De Quervain D, Aerni A, Amini E, Bentz D, Coynel D, Gerhards C, et al. The Swiss Corona Stress Study: Second Pandemic Wave, November 2020. OSF Preprints. 2021.
- 2 Taquet M, Luciano S, Geddes JR, Harrison PJ. Bidirectional associations between COVID-19 and psychiatric disorder: retrospective cohort studies of 62,354 COVID-19 cases in the USA. *The Lancet Psychiatry*. 2020.
- 3 Pan K-Y, Kok AAL, Eikelenboom M, Horsfall M, Jörg F, Luteijn RA, et al. The mental health impact of the COVID-19 pandemic on people with and without depressive, anxiety, or obsessive-compulsive disorders: a longitudinal study of three Dutch case-control cohorts. *The Lancet Psychiatry*. 2020.
- 4 Ettman CK, Abdalla SM, Cohen GH, Sampson L, Vivier PM, Galea S. Prevalence of Depression Symptoms in US Adults Before and During the COVID-19 Pandemic. *JAMA Netw Open*. 2020;3(9):e2019686.
- 5 Iob E, Frank P, Steptoe A, Fancourt D. Levels of Severity of Depressive Symptoms Among At-Risk Groups in the UK During the COVID-19 Pandemic. *JAMA Netw Open*. 2020;3(10):e2026064.

Bildnachweis

Schweizerische Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie SGPP

Schweizerische Gesellschaft
für Psychiatrie und
Psychotherapie SGPP
Altenbergstrasse 29
Postfach 686
CH-3000 Bern 8
sgpp[at]psychiatrie.ch

Das Wichtigste in Kürze

- Die Umfrage unter Fachärztinnen und -ärzten für Erwachsenenpsychiatrie und -psychotherapie zeigt ein realistisches Bild der Versorgungssituation während der COVID-19-Pandemie im Jahr 2020. 852 SGPP-Mitglieder haben sich beteiligt, das entspricht einer Rücklaufquote von 44%.
- Bei einer Mehrheit haben im Jahr 2020 gegenüber 2019 weder die Neuanmeldungen noch die Zahl der durchgeführten Behandlungen, noch die Wartezeiten zugenommen.
- 70% berichten von einem erhöhten Behandlungsbedarf bei ihren sich bereits in Behandlung befindenden sowie ehemaligen Patientinnen und Patienten. Auch haben sich mehr ehemalige Patientinnen und Patienten für eine erneute Behandlung angemeldet.
- Bei manchen Patientinnen und Patienten ist auch eine Verbesserung ihres psychischen Zustandes festzustellen, z.B. weil sie sich mit den für alle geltenden limitierenden Massnahmen durch ihre eigenen Einschränkungen weniger ausserhalb der Norm fühlen.
- Fast 80% der befragten Fachärztinnen und -ärzte nutzten Videotelefonie und machten mehrheitlich positive Erfahrungen. Die Videokonsultationen bedeuten für Patientengruppen mit bestimmten Ängsten oder Phobien sogar eine Erleichterung.

Briefe an die SÄZ

Ausländische Diplome als solche bezeichnen

Brief zu: Sevinç S. Ärzteschaft mit ausländischem Diplom. Schweiz Ärztezg. 2021;102(16):542.

Als auch ein ehemaliger ausländischer Arzt, der die im Leserbrief angesprochene Problematik aus eigener Erfahrung kennt, möchte ich Herrn Kollegen Sevinç folgende Fragen stellen: Welche Überschrift hat Ihre Doktorarbeit und wann, sowie auf welcher medizinischen Fakultät wurde sie als solche anerkannt?

Es ist nämlich so, dass in der Schweiz (und Deutschland, nicht jedoch schon in Österreich), um den Titel Dr. med. zu erreichen, dies verlangt wird. Sonst ist man auch hierzulande «Prakt. Med.». In den nachfolgenden Ländern der habsburgischen Monarchie ist man schon durch die Promotion Dr. In der Tschechoslowakei war ich damit MUDr. (Medicinae Universalis Doctor). Um den hiesigen Dr. med. zu erlangen (Universität Bern), musste ich eine Arbeit vorlegen, auch wenn ich Autor von mehr als 40 wissenschaftlichen Publikationen war. Die angesprochene Regelung, dass man nach dem Dokortitel das Land, in dem man den Titel erwarb, aufführt, finde ich informativ, konsequent und richtig.

Dr. med. Peter Marko, St. Gallen

Probleme mit der launischen Corona

Brief zu: Baumgartner A. Ist der Mensch nur noch ein Medizinprodukt? Schweiz Ärztezg. 2021;102(16):542.

Sehr geehrte Frau Kollegin Baumgartner, ja, Corona ist (noch) rätselhaft, «tanzt uns auf der Nase» herum und kümmert sich keinen Deut um unsere Pläne und Vorschriften. Sie verhält sich «chaotisch», wie es in einem NZZ-Artikel bezeichnet wurde. Sie drücken es schön in Ihrem Leserbrief aus: «Vieles ist im Grunde weniger klar, als wir glauben.» Und so ist es auch mit Ihrem Glauben, «... dass die Immunität nach einer Infektion mindestens ebenso gut ist und mindestens ebenso lange anhält wie bei Geimpften ...» Für die Corona-Infektion gilt es eben leider nicht so. Sehen Sie sich bitte die entsprechende Literatur an. Mit besten Grüßen

Dr. med. Peter Marko, St. Gallen

Die vermeidbare dritte Welle

In der *Schweizerischen Ärztezeitung* vom 31.3. erklärt Blaise Genton unter anderem, dass man die Anzahl Covid-Geimpfter mit Änderungen des Impfprotokolls hätte erhöhen können. Es stellt sich die Frage: Warum ist dies nicht geschehen? Warum wurden Hunderttausende von Impfdosen verschwendet? Erfahrungen mit der EKIF [1] liefern eine Erklärung.

Im Januar 2021 musste ein aufmerksamer Beobachter aus der Covid-Epidemie die folgenden Schlüsse ziehen:

1. Die Inzidenz neuer Fälle verringerte sich kaum – jedenfalls viel weniger als nach der ersten Welle.
2. Der teilweise Lockdown kann nicht viele Monate weitergeführt werden.
3. Nur Impfung verspricht Verhinderung einer dritten Welle – aber die versprochenen Lieferungen sind gering.

In dieser Notlage hätte die EKIF sich fragen müssen: Wie können wir aus dem vorhandenen Impfstoff bis Ende April den maximalen Nutzen ziehen?

Die relevante Literatur (inklusive Preprints) lieferte schon damals erdrückende Beweise für die wahrscheinliche Wirksamkeit geringerer Dosen, mit der Perspektive, mehr Leute impfen zu können.

Am 21.1. wurde die EKIF über diese Sachlage informiert. Keine Reaktion. Nach Mahnung wurde lediglich klar, dass die EKIF die relevanten Publikationen ignorierte. Hier ein Beispiel aus der Antwort: «Die anti Spike Protein Antikörper geben nicht die volle Immunantwort wieder und sind kein generell akzeptierter surrogate marker für Schutz (gold standard sind neutralisierende Antikörper).» Aber die relevanten Publikationen zeigen hohe Titer vor genau diesen neutralisierenden Antikörpern [2].

Ein zweites Beispiel: In vielen Ländern werden Personen, die schon mal Covid gehabt haben, nur einmal geimpft. Dies deswegen, weil

1. nach nur einer Impfung Titer erreicht werden, die mindestens so hoch sind wie diejenigen nach zwei Impfungen von Covid-Naiven;
2. die zweite Impfung (der Covid-Erfahrenen) die Titer nicht mehr erhöht;
3. die Nebenwirkungen (Fieber und Schmerzen an der Injektionsstelle bei Covid-Erfahrenen) besonders nach der zweiten Impfung oft erheblich sind.

In der Schweiz aber werden immer noch Tausende vom Impfdosen an Covid-Erfahrene verschwendet, weil die offizielle Empfehlung zwei Dosen vorschreibt.

So stellt sich denn die Frage: Welche Funktion hat ein Experte? Bestimmt nicht, offizielle Empfehlungen durchzusetzen. Jeder kann einen Packungszettel lesen und einspritzen, was draufsteht. Im Gegenteil, Expertenwissen ist vonnöten, wenn man von den offiziellen Empfehlungen abweichen muss. Es ist auch nicht Aufgabe von Experten, jegliches Risiko auszuschliessen, sondern eine Abwägung vorzunehmen und zu empfehlen, was den besten Nutzen/Risiko-Quotienten verspricht.

Dies tat die EKIF nicht. Stattdessen, durch Vermeidung der wissenschaftlichen Diskussion, irreführende Argumente und Verstecken hinter «offiziellen» Richtlinien, zögert sie notwendige Entscheide so lange heraus, bis sie nicht mehr relevant sind.

Die EKIF hat nicht den Mut gehabt, zu tun, was nötig war. Für die unvermeidbaren Folgen der dritten Welle, inklusive der verspäteten Aufhebung des teilweisen Lockdowns, trägt sie einen Teil der Verantwortung.

Prof. Dr. med., Dr. h.c. Bernard Hirschel, Vessy/Genève

- 1 Siehe <https://www.bag.admin.ch/bag/de/home/das-bag/organisation/ausserparlamentarische-kommissionen/eidgenossische-kommission-fuer-impffragen-ekif.html>
- 2 Chu L, et al. Vaccine. 2021. doi: <https://doi.org/10.1016>
- 3 Eine vollständige Argumentation würde den Rahmen eines Leserbriefes sprengen: siehe <https://www.dropbox.com/home/Bernard%20Hirschel/Facebook>

TARDOC: climat peu propice à l'échange

Depuis des années, le climat entre la FMH et l'OFSP n'est malheureusement pas propice à la collaboration et à l'échange qui seraient nécessaires pour trouver ensemble des solutions adéquates et intelligentes.

J'ai lu avec intérêt l'excellent article de Christian Oeschger et Patrick Müller sur l'avancement de TARDOC 1.2 paru le 14 avril 2021 dans le BMS. Il est intéressant de voir que l'armée de fonctionnaires qui a «examiné» pendant plus de 500 jours le nouveau tarif ne semble pas faire vraiment de commentaire sur la structure et les positions, mais c'est bien sur le revenu de référence, pourtant calculé objectivement et méticuleusement par l'Institut d'économie de la santé de la Haute Ecole des sciences appliquées de Zurich, que sa critique principale porte, ainsi que sur la durée quotidienne de travail.

Ne serait-il pas plus simple, *in fine*, de calculer le revenu des médecins sur le revenu des fonctionnaires de l'OFSP? Qui dans cet organe travaille 11,4 heures par jour? Quel est le revenu des cadres de ce service des tarifs qui ont de vraies responsabilités (s'il y en a?), équivalentes aux nôtres? Mais il faudra alors, en plus, tenir compte de tous les avantages que ces fonctionnaires ont en termes de retraite, de couverture et d'avantages sociaux, de vacances et... de rythme de travail. Et, il n'est pas exclu, que le revenu de référence des médecins soit très sensiblement revu à la hausse.

Pour avoir participé pendant plus de 20 ans aux différentes commissions des tarifs de ma spécialité, j'ai vu de près le travail accompli et les membres de la FMH peuvent être fiers et reconnaissants d'avoir dans leurs rangs des personnes aussi engagées, déterminées et brillantes pour mener à bien ce travail colossal. La FMH a conduit sans relâche, avec une assiduité et une rare clairvoyance, depuis plus de dix ans, d'abord sous la direction du regretté Dr Ernst Gähler, puis de celle du Dr Urs Stoffel et de leur équipe très efficace, un travail remarquable, chaque position et chaque élément ayant fait l'objet d'une étude attentive et objective, basée sur des calculs extrêmement précis des coûts et des prix, vérifiables à chaque étape, et confirmés par des instituts spécialisés et parfaitement neutres. Il semble donc peu correct de remettre en question les chiffres donnés par la FMH. On peut, bien sûr, mais seulement ensuite, négocier sur la base des chiffres, mais il est inacceptable de la remettre en question. Et s'il fallait une preuve d'un certain manque de bienveillance de l'OFSP à l'égard des médecins, cette fois, et pour celles et ceux qui en doutaient, elle est bien là!

Dr Jean-Pierre Grillet, Genève

Zeit zu sagen «BASTA»!

CHF 180 pro Stunde für die Reparatur eines EKGs + Transfer + CHF 150 Einsatzpauschale! CHF 2 pro Papierrechnung; Handwerker, die üppig und schamlos Arbeitsstunden verrechnen; zunehmende Kosten für eine zunehmende Anzahl an Pflicht-Weiterbildungen, steigende (meist kostengenerierende) Pflichten zur Erfüllung von immer neuen Qualitätsanforderungen (mit der gar nicht bewiesenen Annahme, die aktuell vorhandene Qualität sei nicht genug) zur Fütterung irgendwelcher Beamter ... Und die Ärzteschaft? Wir unterstehen einem BAG, welches denkt, der Stundenlohn eines Arztes soll bei ca.

CHF 65 liegen (vgl. Stellungnahme des BAG bei den neuen TARDOC-Verhandlungen), und als einzige Berufsgruppe müssen wir unsere Arbeit in einzelne Minuten teilen und dokumentieren. Hat eigentlich jemand bemerkt, wie tief die Würde und Anerkennung unseres Berufes gesunken ist im Vergleich zur Arbeitswelt und wie er sich immer noch im Sinkkurs befindet? BAG und Politik wollen einem Volk gefallen, das nur über Arztkosten klagt, aber gleichzeitig trotz Krise noch mehr z.B. für Tabak ausgegeben hat oder es ganz o.k. findet, immer mehr auszugeben, um den besten Markenartikel oder das teuerste Handy zu besitzen mit dem schnellsten Abo.

Wir müssen «BASTA» sagen, und sobald wir nicht politisch besser vertreten und verteidigt werden können, sollten wir einige Gegenmassnahmen erfinden. Warum z.B. nicht eine «Ausbildungspauschale» und eine «Qualitätspauschale» verrechnen? (Anwälte verrechnen doch die benötigte Zeit für die Suche in der Fachliteratur ...)

Dr. med. Mauro Capoferri, Morbio Inferiore

Off-label-Medikamente

Können wir unsere Patientinnen und Patienten noch gut und adäquat behandeln? Der Zugang zu wichtigen und vorteilhaften Medikamenten wird durch Behörden und Versicherungen immer mehr eingeschränkt und verhindert. Ich erhielt kürzlich – trotz einem mehrfach und zeitaufwändig gut begründeten Kostengutsprachege such für das Medikament Reblozyl® (Luspatercept) – eine willkürliche und negative Antwort der zuständigen Versicherung. Die «richtige» Versicherung zu haben ist oft Glückssache; Off-label-Beurteilungen erfolgen sehr uneinheitlich. Reblozyl® wurde vor ca. 18 Monaten durch die FDA und vor ca. 9 Monaten durch die EMA zugelassen. Der Nutzen dieses Medikaments bei der Behandlung einer schweren transfusionsbedürftigen Anämie bei spezifischen Formen des Myelodysplastischen Syndroms ist nachgewiesen. Deshalb erfolgte auch die Zulassung in den umliegenden europäischen Ländern und in den USA. In der Schweiz sind offenbar Gesundheit und Wohlbefinden von Patientinnen und Patienten mit dieser Erkrankung für die Swissmedic und für einzelne Versicherungen jedoch drittrangig. Es ist unverständlich, weshalb die Swissmedic die Zulassung zurzeit verweigert, auch wenn andere kompetente und vertrauenswürdige Kontrollbehörden im grenznahen Ausland den Nutzen unzweideutig bejahen und das Medikament danach in diesen Ländern in die Empfehlungen der Fachgesellschaften aufge-

nommen wird, mit entsprechender (unverzüglicher) Kostenübernahme bei der definierten spezifischen Indikation. Artikel 71 a–d KVV garantiert zwar für den individuellen Patienten – bei fehlenden Alternativen – eine Kostenübernahme; einige Versicherer kummert das oft wenig, auch wenn die Herstellerfirma gegenüber der Versicherung eine Kostenbeteiligung zusichert; die Antworten sind jeweils kurz, trotz meist mehrfachen zeitintensiven und ausführlichen Briefkontakten, was in einer Einzelpraxis kaum mehr zu bewältigen ist. Die Folge sind – wie in diesem Fall – unnötig häufige Arztbesuche (meist zweimal pro Woche auf Dauer) für eine aufwändige und komplikationsträchtige Transfusionsbehandlung mit assoziierten Nebenwirkungen und Zusatzkosten; Blutspenden könnten besser verwendet werden. Was fehlt, ist eine Lobby, speziell für unsere Patientinnen und Patienten.

*Dr. med. Ulrich Buser,
Facharzt für Hämatologie, Basel*

Wichtige Kleinigkeit: Offener Brief an Spitaldirektionen

Anfang März 2021 war ich Patient an einem Kantonsspital. Ein kleiner Eingriff in der Handchirurgie. Die Ärztinnen und Ärzte haben mich freundlich und klar behandelt. Ich habe mich gehört und ernst genommen gefühlt, danke.

Was mich sehr stört und worauf ich aufmerksam machen möchte, ist der Umstand, welcher mir schon in diversen Spitälern in der Schweiz und im Ausland aufgefallen ist: Der Mangel an klarer, visueller Kommunikation einerseits und mitfühlende kundenorientierte Kommunikation andererseits. Was meine ich damit?

Menschen werden in den x-ten Stock geschickt, um sich dort anzumelden. Sie steigen aus dem Lift und schauen sich um. Keine Hinweistafel, aber fünf Richtungen: zwei verbotene Türen, Lifttüren, das Treppenhaus und ein kurzer Korridor mit sechs Stühlen. Also muss ich deduzieren, dass dort die Anmeldung sein könnte. Deduktion verlangt eine gewisse intellektuelle Fertigkeit. Sogar wenn ich sie habe, werde ich in jenem Moment verunsichert. Bin ich im richtigen Stockwerk? Wo ist das, was ich konkret suche? Will man mich klein und unwissend, und damit auch gefügig machen? Mit Vorbedacht? Oder ist es eher eine Gedankenlosigkeit/Nachlässigkeit der «Einheimischen», welche sich in diesem Wirt-

warr ja auskennen (und keine Hinweisschilder brauchen)? Ich habe vergessen, ob am Anfang Chaos oder das Wort war – doch ich meine, dass das Wort Ordnung ins Chaos brachte. Und auch hier im Spital bringen könnte. Bitte, schreiben Sie es an.

Bei der Anmeldung melde ich mich an und werde angewiesen, auf einem jener sechs Stühle Platz zu nehmen. Zum Glück habe ich etwas zum Lesen mitgebracht; zum Glück ist meine Lektüre spannend genug. Doch irgendwann, nach ca. 45 Minuten werde ich doch etwas unruhig. Immerhin bin ich nüchtern angetreten und daher zusätzlich dünnhäutig; dazu kommt meine Angst vor dem Eingriff bzw. seinen Folgen. Wieso sagt mir niemand, wie lange ich ungefähr warten soll? Schon wieder eine Verunsicherung. Absicht oder Gedankenlosigkeit?

Das Gleiche habe ich an weiteren Kliniken im In- und Ausland erlebt, aber es tröstet mich nicht, dass es «überall» vorkommt. Immerhin gibt es im Postgebäude bzw. bei den SBB-Informationen Nummern und Zeittafeln, welche anzeigen, wie lange es noch dauern wird. Unpersönlich, aber hilfreich.

Vermutlich ist dies für Sie, Herren und Frauen Direktorinnen und Direktoren, Chefärztinnen und Chefärzte, Kommunikationsverantwortliche im Gesundheitswesen, eine Kleinigkeit, neben den viel gewichtigeren Problemen, welche im (heutigen) Alltag gelöst werden müssen. Bestimmt sogar. Doch jedes Unternehmen kann Kundenorientiertheit lernen und fördern. Auch Ihres. Unsicherheit entmündigt, weckt Selbstzweifel.

Gewiss, das macht Menschen besser steuerbar – und in der steilhierarchischen Spitalstruktur ist das vielleicht sogar Absicht. Aber Unsicherheit macht Menschen eng, ängstlich, verschlechtert die Immunantwort und Heilung, u.U. auch die Compliance – und das möchte man doch im Spital eher vermeiden, oder etwa nicht?

Bitte empfangen Sie mich als mündigen Patienten und helfen Sie mir, mein Selbstbewusstsein, meine Entscheidungsfähigkeit und Würde zu behalten, und ich werde Sie preisen und segnen. Wie ich meine Chirurgeninnen und Chirurgen hier preisen und segnen möchte.

Ivan Verny, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, Zürich

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.

Stellungnahme zum Schultertrauma-Check

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

Die Expertengruppe Schulter und Ellenbogen von *swiss orthopaedics*, welche sich ohne jegliche persönlichen Interessen im Dienste der wissenschaftlichen Grundlage äussert, hat mit Überraschung von dem von den Herren Dubs, Brandenburg, et al. ausgearbeiteten Schultertrauma-Check (STC) Kenntnis genommen [1]. Dieser nicht validierte STC fasst die in der versicherungsmedizinischen Literatur genannten Kriterien zur Differenzierung zwischen einer traumatischen und degenerativen Schädigung der Rotatorenmanschette tabellarisch zusammen. Zugleich verleiht er den einzelnen Kriterien eine Gewichtung innerhalb der Gesamtbeurteilung.

Wir möchten festhalten, dass dieser STC in keiner Weise die Meinung von *swiss orthopaedics* widerspiegelt. Der STC wurde von den Autoren im Alleingang, ohne Rücksprache mit der Expertengruppe respektive den Spezialisten in der Beurteilung der Erkrankungen und Verletzungen der Schulter und des Ellbogens unserer Fachgesellschaft, ausgearbeitet. Er widerspricht der aktuellen Literatur in mehreren Punkten. Die wichtigsten beiden Aspekte wurden kurz mit einer wissenschaftlichen Analyse beurteilt.

- Es ist aus grossen Kohorten-Studien hinreichend bekannt, dass degenerative Rotatorenmanschettenrupturen im Alter zwischen 40 und 50 Jahren eine Seltenheit darstellen. Die Prävalenz ist geringer als 11% [2–4]. Demgegenüber wird im STC das Patientenalter ab 40 Jahren als Kriterium für eine degenerative Ätiologie einer Rotatorenmanschettenruptur genannt.
- Zweitens führt der STC Schädigungsmechanismen als starke Kriterien auf, anhand derer degenerative von traumatischen Rotatorenmanschettenrupturen differenziert werden können. Dabei werden das direkte Trauma und der Sturz auf die ausgestreckte Hand, respektive den Ellbogen, als ungeeignete Mechanismen für eine traumatische Schädigung der Rotatorenmanschette aufgeführt. *swiss orthopaedics* hat in einer Stellungnahme an das Bundesgericht [5] anhand der aktuellen Literatur dargelegt, dass das direkte Trauma gegen den Schultergürtel sehr wohl ein möglicher Schädigungsmechanismus der Rotatorenmanschette darstellen kann. Der entgegengesetzte Aussage des STC liegt keine evidenzbasierte Literatur zugrunde, die über mehr als 20 Jahre alte, sich selbst zitierende Expertenmei-

nungen ohne Originalarbeiten hinausgeht. Des Weiteren hat ein Mitglied der Expertengruppe Schulter und Ellenbogen anhand einer systematischen Literatursuche darlegen können, dass Stürze auf den Ellbogen oder auf die Hand ebenfalls zu traumatischen Schädigungen der Rotatorenmanschette führen können [6]. Während diese aktuelle Arbeit in einem *peer reviewed* internationalen Journal publiziert wurde, ist uns keine evidenzbasierte Literaturstelle bekannt, welche die entgegengesetzte Darstellung des STC unterstützt.

Aufgrund der fehlenden wissenschaftlichen Grundlage und der nicht objektiven Beurteilung der Sachlage lehnt *swiss orthopaedics* diesen Schultertrauma-Check ab, distanziert sich als Fachgesellschaft in aller Form von der Aussage der Autoren und empfiehlt dringend, diesen für die Beurteilung versicherungsmedizinischer Sachverhalte nicht zu verwenden.

Im Namen des Vorstands und der Expertengruppe Schulter swiss orthopaedics
Prof. Dr. med. Andreas Müller
Prof. Dr. med. Matthias Zumstein

Literatur

- 1 Dubs L, Soltermann B, Brandenburg JE, Luchsinger P. Schweiz Ärztztg. 2021;102(9):324–6.
- 2 Moosmayer S, Smith HJ, Tariq R, Larmo A. Prevalence and characteristics of asymptomatic tears of the rotator cuff: an ultrasonographic and clinical study. *J Bone Joint Surg Br.* 2009 Feb;91(2):196–200. doi: 10.1302/0301-620X.91B2.21069. PMID: 19190053
- 3 Yamamoto A, Takagishi K, Osawa T, Yanagawa T, Nakajima D, Shitara H, Kobayashi T. Prevalence and risk factors of a rotator cuff tear in the general population. *J Shoulder Elbow Surg.* 2010 Jan;19(1):116–20. doi: 10.1016/j.jse.2009.04.006. PMID: 19540777.
- 4 Liem D, Buschmann VE, Schmidt C, Gosheger G, Vogler T, Schulte TL, Balke M. The prevalence of rotator cuff tears: is the contralateral shoulder at risk? *Am J Sports Med.* 2014 Apr;42(4):826–30. doi: 10.1177/0363546513519324. Epub 2014 Feb 5. PMID: 24500916
- 5 Jost B, Müller AM, Zumstein M. Stellungnahme BG-Urteil vom 22.10.2019 8C_446/2019.
- 6 Nyffeler RW, Schenk N, Bissig P. Can a simple fall cause a rotator cuff tear? Literature review and biomechanical considerations. *Int Orthop.* 2021 Mar 27. doi: 10.1007/s00264-021-05012-6. Epub ahead of print. PMID: 33774700

Briefe

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

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

Mitteilungen

Facharztprüfungen

Facharztprüfung zur Erlangung des Facharztstitels Radio-Onkologie / Strahlentherapie

Ort: Radio-Onkologiezentrum Biel–Seeland–Berner Jura, Rebenweg 38, 2503 Biel

Datum: Donnerstag und Freitag, 11. und 12. November 2021

Anmeldefrist: 30. Juni 2021

Weitere Informationen finden Sie auf der Website des SIWF unter www.siwf.ch → Weiterbildung → Facharzttitel und Schwerpunkte → Radio-Onkologie/ Strahlentherapie

Schwerpunktprüfung zur Erlangung des Schwerpunktes pädiatrische Endokrinologie-Diabetologie zum Facharzttitel Kinder- und Jugendmedizin

Ort: Universitäts-Kinderspital Lausanne (Hôpital de l'Enfance), Chemin de Montétan 16, 1004 Lausanne

Datum: Donnerstag, 4. November 2021
9.00–11.30 Uhr schriftliche Prüfung (auf Englisch)

13.00–18.00 Uhr mündliche Prüfung (1 Stunde pro Kandidat)

Anmeldefrist: 1. August 2021

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

Schwerpunktprüfung zur Erlangung des Schwerpunktes Forensische Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie zum Facharzttitel Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie

Ort: Praxis Dr. med. M. Renk, Faubourg du Lac 31, 2000 Neuenburg

Datum: Dienstag, 16. November 2021

Anmeldefrist: 31. August 2021

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

Schwerpunktprüfung zur Erlangung des Schwerpunktes Forensische Psychiatrie und Psychotherapie zum Facharzttitel Psychiatrie und Psychotherapie

Ort: Universitäre Psychiatrische Kliniken (UPK), Wilhelm Klein-Strasse 27, 4012 Basel

Datum: Freitag, 19. November 2021

Anmeldefrist: 30. September 2021

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

Aktuelle Themen auf unserer Website

www.saez.ch → Tour d'horizon



Drei Ärzte erzählen

Wie Hongkong das Virus in Schach hielt

Hongkong hat es dank radikaler Massnahmen weitgehend geschafft, Covid-19 einzudämmen. Diese gingen aber teilweise auf Kosten der Freiheit und des Wohlbefindens der Bevölkerung.



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.





Cyber
| Einfach
geschützt vor
Cyberattacken

Sonderkon-
ditionen für
Mitglieder von
FMH Services

Schützen Sie sich und Ihre Praxis
**Umfassende Cyberversicherung für
Ärztinnen und Ärzte**

- Soforthilfe nach Cyberattacken
- Versicherung bei Datenschutzverletzung
- Prämien sparen dank exklusiven Rahmenvertragskonditionen

INSURANCE

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



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

Entretien avec Sophie de Seigneux Matthey, co-lauréate du Prix Stern-Gattiker 2020

«Un changement de mentalité durable est en cours»

Entretien réalisé par Julia Rippstein

Rédactrice BMS

Si une majorité de femmes ont un diplôme de médecine en poche, elles restent rares aux postes de cadre et du corps professoral. Une carrière académique est pourtant possible, à l'image du parcours de Sophie de Seigneux Matthey. Professeure et, dès novembre, première médecin cheffe de service de néphrologie des Hôpitaux universitaires de Genève (HUG), elle a reçu le Prix Stern-Gattiker 2020.

Prof. de Seigneux Matthey, tout d'abord toutes mes félicitations pour votre distinction. Quelle a été votre réaction lorsque vous avez appris être la co-lauréate du Prix Stern-Gattiker?

J'étais à la fois très heureuse et surprise. C'est un grand honneur pour moi et une belle reconnaissance vis-à-vis de l'engagement que j'ai investi dans ma carrière. Je suis extrêmement honorée d'être considérée comme un modèle et que ma carrière puisse inspirer et encourager d'autres femmes à poursuivre leurs ambitions.

Comment êtes-vous venue à vous présenter?

Je ne connaissais pas ce prix, c'est une étudiante en MD-PhD dans notre équipe qui tenait à m'y inscrire. J'ai accepté sans vraiment y croire. Ma surprise a été d'autant plus grande et belle!

Pourquoi avez-vous choisi de vous spécialiser en néphrologie?

La complexité du rein me fascine depuis longtemps. J'ai toujours été intéressée à faire de la recherche fondamentale tout en ayant une activité clinique. La néphrologie combine ces deux aspects et est un domaine très vaste où beaucoup de découvertes restent à faire.

Votre récompense coïncide avec les 50 ans du droit de vote des femmes en Suisse. Qu'est-ce que cela vous évoque?

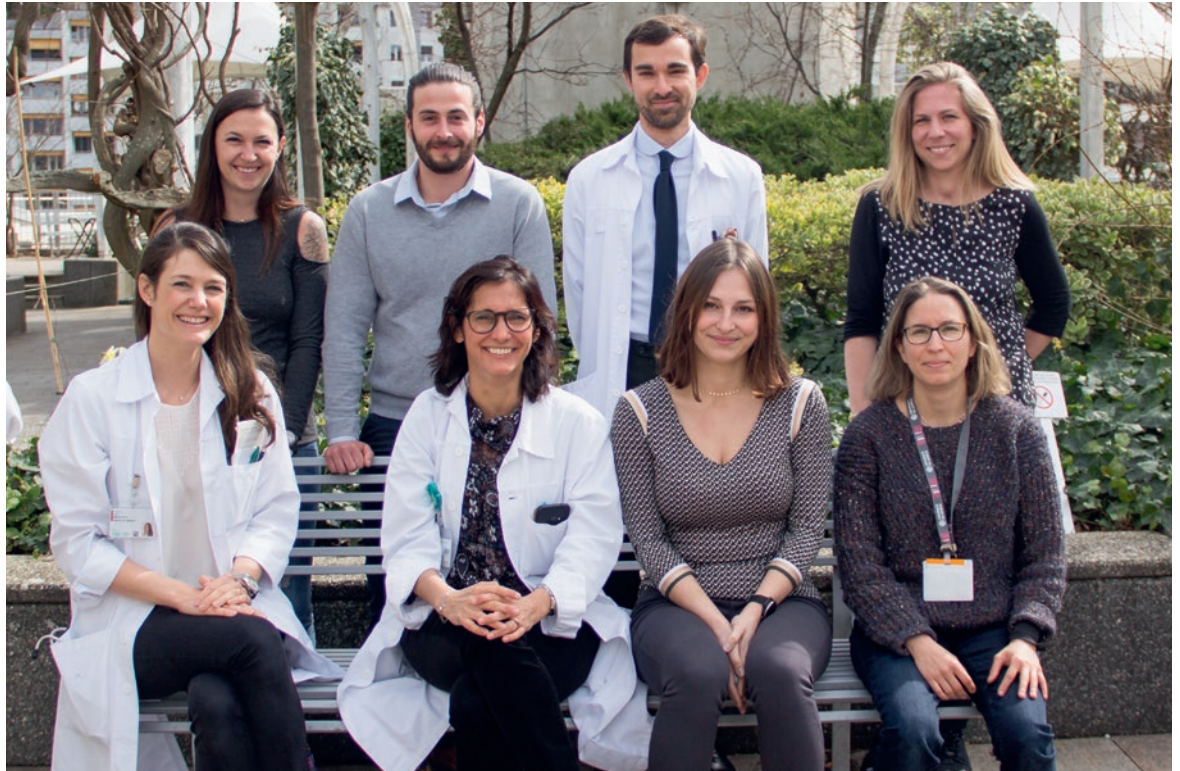
C'est une belle coïncidence. Si de nombreux progrès ont été faits en matière d'égalité femmes-hommes depuis 1971, beaucoup d'obstacles peu visibles persistent, notamment dans le monde médical. Il est donc impor-

tant que des outils de promotion des carrières féminines continuent de voir le jour, dont le Prix Stern-Gattiker, et soient mis en valeur dans les médias. Il est essentiel de montrer à la jeune génération que l'on peut, en tant que femme, faire une carrière dans la recherche et en clinique.

A propos de Sophie de Seigneux Matthey



Sophie de Seigneux Matthey termine ses études de médecine à Genève en 2001. Après son doctorat, elle se spécialise en médecine interne puis étudie la pathophysiologie rénale à Aarhus, au Danemark, de 2004 à 2008, où elle obtient un PhD. Elle poursuit sa spécialisation en néphrologie à Genève et à Paris. Depuis 2009, elle combine médecine clinique et recherche fondamentale, en tant que cheffe de clinique scientifique, puis comme boursière du FNS. Depuis 2011, elle fait partie d'un pôle de recherche national en néphrologie. En 2014, la néphrologue est nommée privat-docent de la Faculté de médecine de l'Université de Genève et médecin adjointe agrégée au service de néphrologie des HUG. Elle est professeure assistante au Département de médecine interne des spécialités de la Faculté de médecine depuis 2015. A 43 ans, elle est mère de deux enfants et vit à Genève.



Sophie de Seigneux Matthey (deuxième depuis la gauche, premier rang) entourée de son équipe de recherche. Elle sera cheffe de service de néphrologie des HUG à partir de novembre 2021 – la première femme à ce poste.

Quelles sont ces barrières invisibles dont vous parlez?

Je pense que les femmes ont malheureusement parfois encore tendance à être sous-estimées et à se sous-estimer. A compétences égales, elles auront tendance à moins se valoriser que les hommes. On part généralement du principe que les femmes ont moins d'autorité, ce qui les oblige à se battre davantage pour atteindre leur objectif. La maternité est encore souvent perçue comme un obstacle à la carrière par la société. Heureusement, ceci est en train de changer, et plus il y aura de femmes menant carrière et vie de famille, moins il y aura de problèmes à ce niveau-là.

Pourtant, on est encore loin du compte: la Confédération vise un quota de 25% de femmes dans le corps professoral et de 40% de femmes parmi les professeurs assistants. Un but non atteint. Or, il y a davantage de femmes qui terminent des études de médecine.

C'est effectivement ainsi, mais il y a un réel changement en cours qui va à mon avis se poursuivre. C'est aussi une question de génération, il faut du temps pour que l'égalité s'installe durablement. Dans la médecine, le nombre de femmes augmente d'année en année: peu à peu, il atteindra aussi les échelons supérieurs. Rappelons que l'organisation y est très hiérarchique, surtout dans les hôpitaux. Il existe de nombreux *a priori* vis-à-vis des femmes aux postes de managers.

Comment peut-on améliorer la situation afin d'encourager davantage les carrières académiques féminines?

A l'image du Prix Stern-Gattiker, il est essentiel que la jeune génération ait des modèles. Plus il y aura des femmes à des hauts postes, professeures et cheffes de service, plus il semblera naturel que ces fonctions sont accessibles. Que les Hautes écoles se dotent de commission de l'égalité me paraît aussi très judicieux. C'est le cas de l'Université de Genève. Pour que les préjugés disparaissent et que les femmes se sentent encouragées à monter les échelons, il est nécessaire de former tôt au management. Car qui dit carrière, dit forcément gestion d'équipe. Ainsi, elles auront rapidement les outils en main pour occuper un tel poste. Une formation en ce sens pourrait être intégrée aux études de médecine, ce qui se fait en partie déjà.

Mais est-ce suffisant? Ne faut-il pas une intervention de la politique et la mise en place d'un cadre contraignant?

Trop de contraintes peuvent être contreproductives. Ce que j'ai personnellement constaté, c'est la réelle nécessité d'améliorer les possibilités de garde des enfants, trop rares et chères. J'ai heureusement pu me débrouiller grâce à l'appui familial. Mais toutes les femmes n'ont pas cette chance. En améliorant cela, on

peut aider substantiellement la promotion des carrières féminines. Rembourser les congés maternité à 100% à l'employeur ainsi que les arrêts avant accouchement pourrait également aider à ce que la grossesse soit moins considérée comme un obstacle.

Le temps partiel peut-il aussi être un outil de promotion des carrières féminines?

Je pense que nous devons nous adapter aux nouveaux besoins des jeunes médecins, femmes et hommes. Cela passe par une meilleure acceptation et prise en compte du temps partiel pour tous. Un changement de mentalité à ce niveau est en train de s'opérer, mais le temps partiel reste encore difficile à instaurer dans les hôpitaux en début de carrière.

Vous n'êtes pas que professeure et future cheffe de service, mais aussi mère de deux enfants. Comment avez-vous réussi à concilier vie professionnelle et famille?

Même si faire carrière a toujours été une évidence pour moi, j'ai aussi traversé des périodes de doute difficiles, notamment au moment de songer à fonder une famille, alors que je n'avais pas de stabilité professionnelle. En plus d'une forte volonté, j'y suis arrivée grâce au soutien de mon mari et de ma famille, qui s'oc-

cupent aussi des enfants. Il y a toute une organisation à mettre en place et un budget qui s'ensuit pour que les deux parents puissent continuer à travailler à un taux élevé. Un soutien plus généreux des structures de garde faciliterait énormément cela.

Quel message adresseriez-vous aux jeunes femmes médecins voulant faire carrière mais qui doutent?

Tout d'abord, elles doivent savoir qu'une carrière est absolument à portée de main. Malgré les accroc, il est important de garder son objectif en vue. Pour cela, je leur conseille de définir tôt leur parcours en fonction de leurs ambitions. Cela leur permet d'avoir un fil conducteur et de s'entourer des personnes prêtes à les soutenir et à les guider. Avoir un ou une mentor est très précieux. Dans la vie privée, elles ne doivent surtout pas hésiter à demander de l'aide pour la prise en charge des enfants et des tâches domestiques. Pouvoir compter sur un partenaire pour le partage de ces tâches est indispensable.

Quelles personnes ont influencé votre carrière?

Mon principal mentor a été le Prof. Martin, chef du service actuel de néphrologie à Genève, pour ses qualités humaines et ses compétences médicales. J'ai par ailleurs eu la chance de côtoyer de nombreuses personnes, femmes et hommes, qui m'ont servi d'exemple et poussée à aller plus loin, que ce soit en clinique ou dans la recherche.

Retrouvez l'interview avec Sara C. Meyer (Hôpital universitaire de Bâle), autre co-lauréate du Prix Stern Gattiker 2020, dans le prochain numéro.

Crédits photographiques
Images mises à disposition

Prix Stern-Gattiker

En 2018, l'Académie suisse des sciences médicales (ASSM) a lancé le Prix Stern-Gattiker, doté de 15000 francs. L'objectif est de saluer le rôle des femmes actives dans la médecine académique et d'encourager la relève féminine dans ce domaine. Le prix porte le nom de deux femmes médecins: Lina Stern, qui devint en 1918 la première professeure à la Faculté de médecine de Genève, et Ruth Gattiker, l'une des premières professeures à la Faculté de médecine de Zurich dans les années 1970. Le prochain délai de soumission est fixé au printemps 2022.

julia.rippstein[at]emh.ch

Un centre dédié à la santé physique et mentale des ados

Pour améliorer la prise en charge de la santé mentale et physique des adolescents, le Centre Ados Riviera a été lancé début mars, à Montreux. Cette consultation interdisciplinaire privée destinée aux 12–25 ans de toute la Suisse romande réunit psychologues, pédiatres, gynécologues, généralistes, une ergothérapeute et un infirmier mobile. Ce centre médical doit avant tout faciliter l'accès aux spécialistes afin d'éviter que les jeunes ne perdent du temps dans les trajets ou ne ratent l'école pour s'y rendre. Mis sur pied en collaboration avec la société spécialisée PraxaMed, il ne vise pas à concurrencer l'offre publique, mais à «améliorer le réseau», précise Dre. Jennifer Helfer, fondatrice et responsable du Centre Ados Riviera. La généraliste a constaté que la pandémie avait dégradé la santé des adolescents et considérablement augmenté les demandes de consultations. Ils sont nombreux à souffrir d'anxiété en raison du peu de perspectives face à la situation actuelle.

(24heures.ch)

Exposition *in utero* aux perturbateurs endocriniens: qualité du sperme moindre

Des perturbateurs endocriniens, tels que pesticides, métaux lourds et phtalates, sont liés à une moins bonne qualité spermatique de l'homme adulte, si la mère y a été exposée pendant la grossesse. C'est ce qu'établit une étude franco-genevoise, parue dans *Human Reproduction*, qui a analysé la qualité du sperme de 1045 conscrits suisses dont la mère était active professionnellement lors de la grossesse et potentiellement exposée à ces substances chimiques. Constat: les hommes exposés *in utero* à des produits contenant des perturbateurs endocriniens ont deux fois plus de risque d'être en-dessous des normes limites établies par l'OMS quant au volume séminal et au nombre total de spermatozoïdes par éjaculation. Si seul un suivi sur le long terme peut évaluer l'impact sur la fertilité, les résultats expliqueraient en partie la moindre qualité du sperme des jeunes Suisses. Une étude complémentaire est prévue.

(unige.ch)



© Sam74100 | Dreamstime.com

Bewegung tut der Psyche gut, Abwechslung hilft noch mehr

Körperliche Aktivität ist umso besser für die Psyche, je mehr man sich bewegt und je abwechslungsreicher die Bewegungen sind. Das zeigt eine Studie der Universität Basel, die in *BMC Psychiatry* erschienen ist. Sie deutet damit auf einen der Gründe hin, warum das Wohlbefinden in der Pandemie leidet. Da Freizeitangebote stark eingeschränkt wurden, bewegen sich viele Menschen deutlich weniger als vorher. Die bisherigen Studien fokussierten meist auf den Einfluss bewusster Bewegungsprogramme. Es war noch wenig darüber bekannt, ob auch alltägliche Bewegungsmuster die mentale Gesundheit beeinflussen. Vor diesem Hintergrund wurden über eine Woche die GPS-Daten von 106 Personen mit psychischen Störungen gesammelt. So konnten ihre Bewegungen nachvollzogen werden. Die Daten verglich das Forschungsteam mit Befragungen der Teilnehmenden zu ihrem Wohlbefinden und zu Symptomen ihrer psychischen Erkrankung. «Unsere Resultate weisen darauf hin, dass Aktivität allein nicht ausreicht, um psychische Störungen zu behandeln, aber sie kann zumindest das subjektive Wohlbefinden verbessern», sagt Prof. Dr. Andrew Gloster.

(Universität Basel)



© Dariaren | Dreamstime.com



Vor der Operation: Das rechte Bein des Kindes ist stark angeschwollen.
© Kinderspital Zürich

Erster Lymphknotentransfer bei einem Kind in der Schweiz

Am Universitätsspital Zürich wurden zum ersten Mal in der Schweiz einem Kind erfolgreich Lymphknoten transplantiert. Kinder mit Lymphödemen wurden bis anhin konservativ behandelt: mittels Kompression und Lymphdrainage. Die klassische Therapie fördert zwar den Abfluss der Lymphe, kann aber die Ursache nicht beheben. Hier setzt die gezielte Transplantation von Lymphknoten an. Zunächst wurde ein Lymphknotenpaket laparoskopisch aus dem Bauchraum gelöst. Dieser Teil der Operation war beim Kind erheblich komplexer als bei einer erwachsenen Person. Im Anschluss wurde das entnommene Lymphknotenpaket an die Gefässe in der Leiste des erkrankten Beins angeschlossen.

(Universitätsspital Zürich)

Konsum von zugesetztem Zucker verdoppelt Fettproduktion nachhaltig

Bereits moderate Mengen an zugesetztem Frucht- und Haushaltszucker verdoppeln die körpereigene Fettproduktion in der Leber, wie Zürcher Forschende zeigen. Über längere Zeit begünstigt dies die Entwicklung von Diabetes oder einer Fettleber. An der Studie beteiligten sich 94 junge gesunde Männer, die sieben Wochen lang täglich ein mit unterschiedlichen Zuckerarten gesüßtes Getränk tranken. Die Kontrollgruppe verzichtete darauf. Insgesamt nahmen die Probanden nicht mehr Kalorien zu sich als vor der Studie. Trotzdem wurde festgestellt, dass sich Fruchtzucker negativ auswirkt: «Die körpereigene Fettproduktion in der Leber war in der ‚Frucht-

zucker-Gruppe‘ doppelt so hoch wie in der ‚Traubenzucker-Gruppe‘ oder der Kontrollgruppe – und dies mehr als zwölf Stunden nach der letzten Mahlzeit bzw. dem letzten Zuckerkonsum», sagt Philipp Gerber von der Klinik für Endokrinologie, Diabetologie und Klinische Ernährung. Überraschend war insbesondere, dass der am häufigsten konsumierte Haushaltszucker die Fettsynthese sogar noch etwas höher ankurbelte als dieselbe Menge Fruchtzucker. Bisher stand vor allem Fruchtzucker im Verdacht, solche Veränderungen hervorzurufen.

(Universität Zürich)



© Rene Van Den Berg | Dreamstime.com



Qualität in der Medizin – Ein medizinphilosophischer Beitrag

«Wer weiss schon, was Qualität ist ...?»

Beat Gerber

Dr. med., Facharzt für Allgemeine Innere Medizin, MAS Philosophie und Medizin, Vorstandsmitglied Forum Medizin & Philosophie

Es ist an der Zeit, unseren Qualitätsbegriff in der Medizin zu revidieren. *Qualität* meint noch viel mehr und auch ganz anderes, als wir denken. Zudem bestimmt der Qualitätsbegriff unser Qualitätsverständnis und dieses unsere Medizin, unseren Praxisalltag.

Über Qualität in der Medizin wird sehr viel geschrieben. Ich möchte Ihnen mit diesem Aufsatz einen etwas anderen, aber mindestens so spannenden Zugang zu diesem Thema verschaffen. Es geht nämlich darum, Qualität, insbesondere Qualität in der Medizin, einmal aus der Perspektive der Philosophie zu betrachten [1].

Der Begriff *Qualität* kann sowohl deskriptiv (Summe aller Eigenschaften) als auch wertend (Güte aller Eigenschaften) verwendet werden – und er kann sowohl substantiellen (Wein als Produkt) als auch prozessualen (Reifung der Traube und Vinifizierung) Charakter annehmen. Hier zeigt sich bereits eine erste Mehr-

deutigkeit innerhalb des Qualitätsbegriffs (Q-Begriffs) bzw. eine Unschärfe und Unverbindlichkeit in Bezug auf dessen Bedeutung.

Qualität hat viel mit Qualia zu tun

Etymologisch hat Qualität mit *Qualia* zu tun und diese wiederum mit *qualis*, «wie beschaffen?». Es geht somit um den subjektiven Erlebnisgehalt mentaler Zustände, und sie beschreibt all das, was das Subjekt (und nur dieses) erlebt, fühlt und spürt – eben, wie es für dieses Subjekt «ist». Die Etymologie eines Wortes verweist auf

dessen eigentliche, wahre Bedeutung. Sie kann zur Erklärung einer im Wort angelegten «Wahrheit» dienen, welche ihrerseits als Aussage und Hinweis der von diesem Wort bezeichneten Sache verstanden werden kann. Es geht bei Qualität also um die Perspektive des Subjekts, und zwar um eine Erste-Person-Perspektive, um Subjektivität, und damit um Inhalte und Prozesse, die sich nicht objektivieren lassen. Zudem beinhaltet *Qualia* die Eigenschaft zur Instabilität der Empfindung und des Erlebens – und sie beinhaltet Nicht-Verstehbarkeit, Nicht-Erklärbarkeit.

Qualität hat viel mit Nicht-Quantifizierbarem zu tun

Selbstverständlich gibt es qualifizierbare Qualitätsinhalte: Sie sind objektivierbar, messbar und operationalisierbar – und sie sind für Q-Messungen, Q-Kontrollen und fürs Q-Management absolut tauglich und unverzichtbar (die Qualität eines medizinischen Gerätes beispielsweise) [2].

Besonders schwierig wird es nun aber bei der Qualifi-

Es geht bei Qualität um Subjektivität und damit um Inhalte und Prozesse, die sich nicht objektivieren lassen.

zierung von personal-sinnhaften Aspekten, weil sie nur schlecht objektivierbar und deshalb kaum bis überhaupt nicht messbar und operationalisierbar sind. Sie sind oft nur ereignishaft flüchtig, oft ohne Nachweis von Kausalität und lassen sich nur schwer fassen (die Qualität von Schmerzen, einer Stimmungslage oder einer verbalen Äusserung). Genau hier wird es schwierig, über Qualität zu sprechen, denn ihre Begrifflichkeit ist in solchen Fällen oft nicht mehr als eine Begriffshülse für etwas, das die Fesseln der Objektivierbarkeit und der Normen transzendiert. Diese *nicht*-operationalisierbaren *Qualia*-Inhalte sind demnach als Qualitätsinhalte für ein Q-Management weitgehend untauglich [3].

Cave – (1) Das hat faktisch und folgerichtig dazu geführt, dass bevorzugt das qualifiziert wird, was operationalisierbar (weil messbar) ist. (2) Q-Kontrollen *bewirken* etwas! Denn sie sprechen dem Messbaren das Primat gegenüber dem Nicht-Messbaren zu, und (3) sie konstituieren gleichsam unser Medizinverständnis und damit auch unseren Praxisalltag. Dies (4) kann dazu führen, dass personal-sinnhafte, nicht-messbare Aspekte an Beachtung und Bedeutung verlieren, weil sich ihre Inhalte dem Q-Management im Wesentlichen entziehen.

Normatives und nicht-normatives Qualitätsverständnis

Normative Aussagen dienen als Richtschnur, sie sind präskriptiv, d.h., sie sind «*massgebend*». Nicht-normative Aussagen dagegen dienen nicht als Norm, sind deskriptiv und müssen sich auch nicht durchsetzen, d.h., sie sind «*massnehmend*». Nun sprechen wir über Qualität: Q-Anforderungen und Q-Inhalte können als normativ wertend (massgebend) und/oder als nicht-normativ-wertend (massnehmend) interpretiert werden. Ein rein normativer Q-Begriff setzt eine exakte Messung voraus, wie eine solche in unserem naturwissenschaftlichen Medizinverständnis üblich ist. Das trifft aber nur dann zu und ist nur dann sinnvoll und notwendig, wenn das Krankheits- und Heilungsgeschehen wirkursächlich-kausal und linear verläuft, und wenn wir genau *wissen*, was zu tun ist. Dass aber unsere eingespielten diagnostischen und therapeutischen Verfahren bekanntlich nicht immer planbar, voraussehbar und erfolgreich sind, das zeigt uns der Praxisalltag.

Selbstverständlich brauchen wir *auch* eine normative Interpretation von Qualität. Zur Qualifizierung braucht es in solchen Fällen Normen – doch was und in welchem Mass darf/soll/muss normiert werden? Beim Qualifizieren findet immer und unvermeidbar eine Reduktion statt: Vom umfassenden Phänomen (der Krankheits- und Behandlungsprozess) auf das, was durch die aktuell leitende Norm beobachtet bzw. kontrolliert werden will (die ausgewählten Messungen und Messergebnisse). Doch wie viel Reduktion trägt menschlich-personale Qualität, ohne dabei «entmenschlicht» bzw. denaturiert zu werden?

Beim Qualifizieren findet immer eine Reduktion darauf statt, was durch die aktuell leitende Norm kontrolliert werden will.

Dass ein *rein* normatives Q-Verständnis nicht unproblematisch ist, zeigt ein Verweis auf die bitteren Erfahrungen aus der Welt der Kunst. Normierungen in der Kunst sind gefährlich – was ist gute, was ist schlechte Kunst? In einem totalitären Staat hat auch die Kunst linientreu zu sein. Dies muss uns auch für andere gesellschaftliche Bereiche wie die Medizin hellhörig machen. Ein rein normatives Q-Verständnis lässt das «Menschsein» ausser Acht, den Menschen mit seinem ureigenen Verhältnis zu seiner Krankheit und zu seiner Lebenswelt. Die Gewichtung der nicht-normativen Interpretation des Q-Begriffs in der Medizin hat offensichtlich sehr viel zu tun mit dem Medizinverständnis, von dem man ausgeht. Was wir uns wünschen, ist ein

Medizin- und Q-Verständnis, das Wertfreiheit, distinkte Lebensweisen und Wahrheiten zulässt, eines, bei dem Selbstbestimmung und nicht Fremdbestimmung geboten ist. Fazit: Wir brauchen zwingend beide – den normativ massgebenden und den nicht-normativ massnehmenden Ansatz.

Qualifizierung und Beschreibungs-komplementarität

Damit kommen wir zum letzten Punkt, dem «zu Qualifizierenden», dem *Gegenstand* der Qualifikation also – denn es macht einen Unterschied, ob ein Kugelschreiber, ein Mittagessen oder eine medizinische Leistung qualifiziert werden soll.

Für Thure von Uexküll gibt es zwei Sorten von Medizin, eine für seelenlose Körper und eine für körperlose Seelen. Ein Problem in der Medizin ist oft die einseitige Verabsolutierung eines bestimmten Aspektes: entweder zergliedernd-analytisch oder ganzheitlich-synthetisch. Eine solche Spaltung macht keinen Sinn, denn sie ist reduktionistisch und entspricht in keiner Weise unserer Alltagserfahrung. Plausibler ist dagegen eine Beschreibungskomplementarität: Sie basiert auf der Einsicht, dass jede Art der Beschreibung eines lebenden Systems immer eine doppelseitige sein muss. Dabei muss Physisches sich in körperlichen und mentalen Begrifflichkeiten, Psychisches in mentalen und körperlichen Begrifflichkeiten beschreiben lassen.

Wir brauchen zwingend beide – den normativ massgebenden und den nicht-normativ massnehmenden Ansatz.

Und damit sind wir wieder bei der Qualität: Eine Medizin für den Menschen erfordert genau diese Beschreibungskomplementarität. Die wirkliche *Bedeutung* von Qualität ist viel komplexer, als wir denken, und der *Begriff* Qualität umfasst viel mehr als das, was einem in den gängigen Publikationen zum Thema Qualität in der Medizin begegnet. Denn er geht weit über das Messbare hinaus und muss auch das Nicht-Messbare erfassen, also auch die Dimension der *Qualia*, des Per-

sonal-Sinnhaften. Und in ihm steckt immer und zwingend die Option des nicht-normativen Q-Verständnisses, das dem Schrecken eines rein-normativen Q-Verständnisses nötigenfalls etwas entgegenhalten

Für Thure von Uexküll gibt es zwei Sorten von Medizin, eine für seelenlose Körper und eine für körperlose Seelen.

kann. Und letztlich ist es exakt die *Qualität*, für deren Realisierung Beschreibungskomplementarität unabhängig ist. Würde dem hier aufgezeigten Begriffsverständnis von Qualität vermehrt Nachahmung verschafft, könnte unsere Medizin wohl noch besser dastehen.

- Sie würde das subjektive Erleben der Krankheit und deren Behandlung stärker beachten (*Qualia*),
- sie würde den Ärzten und Ärztinnen ein etwas breiteres und offeneres Krankheits- und Behandlungsverständnis zugestehen (nicht-normativ), und
- sie würde die Verwirklichung eines umfassenderen Medizinverständnisses als eine selbstverständliche Leistung eines jeden Mediziners, einer jeden Medizinerin betrachten (Beschreibungskomplementarität).

Wir haben uns an einen Q-Begriff gewöhnt, der die wahre Bedeutung von Qualität nur fragmentarisch und mangelhaft aufzeigt und der deshalb verwirrt! Ergo – eignen wir uns doch eine *korrekte und umfassende Bedeutung des Qualitätsbegriffs* an! Dann erübrigt sich nämlich auch die Frage: «Wer weiss schon, was Qualität ist ...?»

Bildnachweis

Siravit Jarusombat | Dreamstime.com

Literatur

- 1 Beat Gerber, Qualität im Kontext der Medizin. In: Beat Gerber, Warum die Medizin die Philosophie braucht. Für ein umfassendes Verständnis von Krankheit und Gesundheit. Göttingen: Hogrefe Verlag; 2020. S. 298ff.
- 2 Stalder H. Qualität in der Medizin: Was (potentiell) messbar ist. Schweiz Ärztez. 2015;96(43):1588.
- 3 Stalder H. Qualität in der Medizin: Was sich kaum messen lässt. Schweiz Ärztez. 2015;96(44):1634.

Sternmagnolien



Bildnachweis
Pipdowntown |
Dreamstime.com

[he.meierhans\[at\]bluewin.ch](mailto:he.meierhans[at]bluewin.ch)

Sterne, die am Tag
Leuchten, erinnern mich an
Die frühe Kindheit

Das Stumme spricht an
In meinem Mädchenauge
Lächelt der Frühling

Die ersten Veilchen
Fand ich bei der sehr grossen
Linde in Uster

Die Freude in den
Kinderaugen ist wohl die
Reinste der Sterne.

Dr. med. Hedi Meierhans

Die Fliege

Die Fliege, die verirrt den Ausweg sucht
wie eine Möwe, die das Meer nicht findet
und glaubt die Schaumkronen als Wolken

Sie geben ihr Leben aus, zerreißen ihr Weh
wie dünne Netze

auch Balken zerbersten ohne Schrei
wie Musik in verödeten Ohren
aber Sonne ist nur Finsternis im Inneren der Figur –



Bildnachweis
Sylt | Impressionen
2006 | Acrylmisch-
technik 80×60 cm
Harriet Keller-Wossidlo

[harriet.keller\[at\]hotmail.ch](mailto:harriet.keller[at]hotmail.ch)

Dr. med. Harriet Keller-Wossidlo



Prof. Dr. med. et phil. Maria Wertli wird das Departement Innere Medizin am KSB ab Januar 2022 leiten (© Kantonsspital Baden).

Kantonsspital Baden: Neue Leitung des Departements Innere Medizin

Prof. Dr. med. et phil. Maria Wertli wird neue Direktorin des Departements Innere Medizin am Kantonsspital Baden (KSB). Sie ersetzt ab dem 1. Januar 2022 Prof. Jürg H. Beer, der in den Ruhestand tritt. Maria Wertli arbeitet seit 2015 im Inselspital Bern, wo sie als Leitende Ärztin der Universitätsklinik für Allgemeine Innere Medizin, als stellvertretende Chefärztin der Medizinischen Poliklinik sowie als Forschungsgruppenleiterin tätig ist. Zudem hat die 48-Jährige als assoziierte Professorin einen Lehrauftrag an der Universität Bern. Maria Wertli verfügt über einen Facharzttitel für Innere

Medizin, einen Fähigkeitsausweis für Klinische Notfallmedizin (SGNOR) und einen Ausweis als zertifizierte medizinische Gutachterin (SIM). Nach ihrem Medizinstudium an der Universität Zürich war sie als Assistenz- und Oberärztin an der Klinik Hirslanden, im Stadtspital Triemli, am Universitätsspital Zürich sowie am Kantonsspital Winterthur tätig, ehe sie ans Inselspital wechselte. Nebst ihrer klinischen Tätigkeit ist sie dort für die Aus- und Weiterbildung sowie für diverse Forschungsprojekte zuständig. Seit 2019 amtiert sie als Präsidentin der Qualitätskommission der Schweizerischen Gesellschaft für Allgemeine Innere Medizin (SGAIM) und ist Redaktorin des Swiss Medical Forums.

Unispital Basel: Neuer Chefarzt für pädiatrische und vaskuläre Neurochirurgie

Prof. Raphael Guzman wird zum Chefarzt für vaskuläre und pädiatrische Neurochirurgie am Universitätsspital Basel (USB) und Universitäts-Kinderspital beider Basel (UKBB) ernannt. Mit der Beförderung von Raphael Guzman unterstreichen sowohl USB als auch UKBB die Bedeutung des

Kompetenzzentrums für pädiatrische Neurochirurgie für die regionale und überregionale medizinische Versorgung sowie für Lehre und Forschung. Prof. Guzman wird ebenfalls für die vaskuläre Neurochirurgie verantwortlich sein, in enger Zusammenarbeit mit dem Stroke Center des USB. Prof. Raphael Guzman ist seit 2012 am Universitätsspital Basel tätig und hat sich in dieser Zeit unter anderem für modernste Technologien in der Neurochirurgie einen Namen gemacht.



Prof. Raphael Guzman (© Universitätsspital Basel).

Inselspital: Zwei neue Chefärztinnen im Notfallzentrum für Kinder und Jugendliche

PD Dr. med. et Dr. phil. Kristina Keitel und Dr. med. Isabelle Steiner, MME, leiten künftig das Notfallzentrum für Kinder und Jugendliche am Inselspital. Ein Ziel des Führungsduos ist es, die Akademisierung des universitären Kindernotfallzentrums Bern voranzutreiben und den akademischen Nachwuchs strategisch zu fördern. Dabei richtet Isabelle Steiner ihren Schwerpunkt auf die Lehre, während Kristina Keitel die Forschung fokussiert. Dr. med. Isabelle Steiner (44) studierte und promovierte an der Universität Bern und ist seit 2008 am Inselspital tätig. Nach einer Fellowship in Kinderneurologie am Hospital for Sick Children in Toronto war sie als Kaderärztin seit der Gründung des Kindernotfallzentrums 2013 an dessen Aufbau und Weiterentwicklung massgeblich beteiligt. 2018 schloss sie den Master of Medical Education (MME) an der Universität Bern ab. PD Dr. med. et Dr. phil. Kristina Keitel (40) studierte und promovierte an der Charité – Universitätsmedizin Berlin. Nach einem Master in Public Health an der Columbia-Universität in New York absolvierte sie ihre ersten Assistenzarztjahre an der Kinderklinik in Genf. 2010 wechselte sie für die Facharzttausbildung an das Boston Children's Hospital, die sie 2015 abschloss. Nach einem PhD in Epidemiologie an der Universität Basel ist sie seit 2017 als Oberärztin am Kindernotfallzentrum tätig, wo sie 2020 habilitierte.



Dr. med. Isabelle Steiner und Dr. med. et Dr. phil. Kristina Keitel, Chefärztinnen Universitäres Notfallzentrum für Kinder und Jugendliche (© Insel Gruppe).

CHUV: Prof. Alban Denys va reprendre la tête du Département de radiologie médicale

Chef du Service de radiodiagnostic et radiologie interventionnelle depuis juillet 2020, le Prof. Alban Denys dirigera le Département de radiologie médicale (DRM) à partir d'août 2021, succédant au Prof. Reto Meuli, qui prend sa retraite. Outre les missions du département, le Prof. Denys s'engagera pour le renforcement des filières pluridisciplinaires de prise en charge, le développement de projets de recherche et une formation à la pointe. Alban Denys effectue ses études de médecine à l'Université de Paris V Hôpital Cochin – Port Royal. Il se spécialise en radiologie, obtient un master de recherche (1991) et un diplôme de spécialiste en imagerie médicale (1993). Après des allers et retours entre Montréal et Paris, il rejoint le CHUV comme médecin associé au Service de radiodiagnostic et radiologie interventionnelle. Il devient privat-docent et médecin adjoint responsable de l'imagerie digestive et de la radiologie interventionnelle en 2001, puis professeur associé en 2002. En 2010, il est nommé professeur ordinaire de la Faculté de biologie et de médecine de l'UNIL et médecin chef au Service de radiodiagnostic et radiologie interventionnelle du CHUV.



Prof. Alban Denys (© Gilles Weber/CHUV).

Zoom-Regeln

Rouven Porz

Prof. Dr., Medizinethik und ärztliche Weiterbildung, Insel Gruppe, Inselspital Bern



Führen Sie auch Ihre Videokonferenzen in der Jogginghose durch? Nein? Ich auch nicht. Ich halte nichts davon. Ich kann mich in meiner Berufskleidung viel besser konzentrieren. Macht der Gewohnheit, wahrscheinlich. Cisco Webex, Zoom, Microsoft Teams, Skype und wie sie alle heissen, eigentlich ein Erfolg der Pandemie. Wir können weiterhin zusammenarbeiten, vernetzt bleiben und haben nebenbei noch gelernt, dass man nicht für jedes internationale Meeting durch die Welt fliegen muss. Aus ethischer Sicht ist das interessant, denn die Errungenschaft der Gruppenvideokonferenzen ist uns allen kulturell relativ neu. Der Wert der Videokonferenzen ist unbestritten, aber ihre Durchführungsregeln sind gesellschaftlich noch nicht fix etabliert. Die «Normen» sind noch unklar. Wir alle erinnern uns noch, wie linkisch und unsicher wir letztes Jahr unseren ersten «Online-Unterricht» oder unser erstes «Online-Meeting» durchgeführt haben. Mittlerweile haben wir mehr Praxis, die Normen schwimmen trotzdem noch etwas. Ich möchte dazu sieben Punkte skizzieren – augenzwinkernd –, denn in ein paar Jahren wird solch eine Kolumne keinen Sinn mehr machen, dann sind die Anstandsregeln für Telekonferenzen sicherlich Schulstoff.

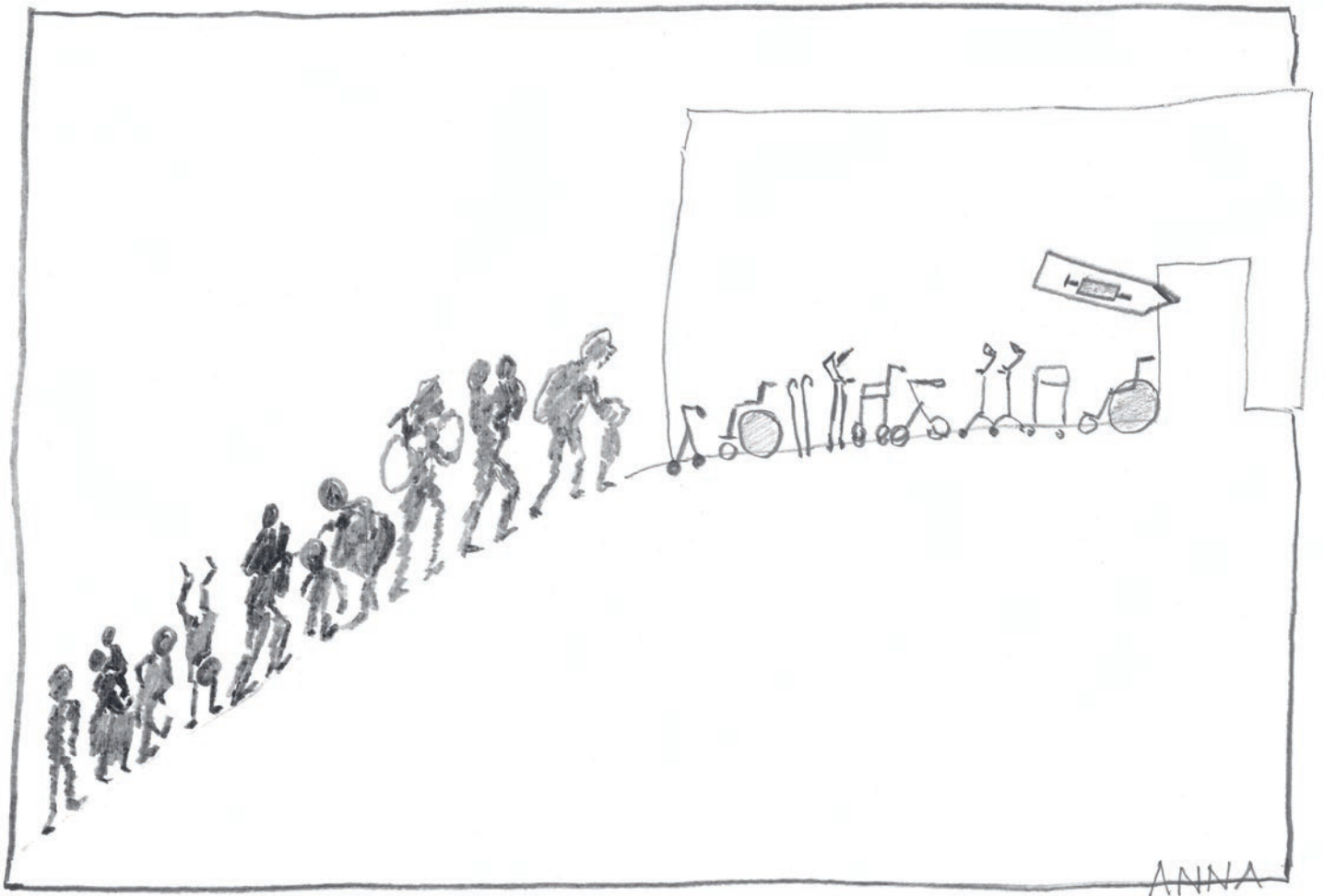
1. **Beinkleidung:** Wie schon angedeutet. Man kann sicherlich Jogginghosen tragen, insbesondere dann, wenn man in einem nationalen oder internationalen Topkader eines Sportteams eine leitende Position innehat.
2. **Oberbekleidung:** Krawatten scheinen mir aktuell ziemlich verpönt. Schade eigentlich. Die meisten Videocalls werden tendenziell legerer durchgeführt, so scheint es mir. Aber ist das jetzt schon eine Norm? Ärztinnen und Ärzte treffe ich in Online-Konferenzen auch oft im weissen Kittel an. Das überrascht mich manchmal. Müsste ja nicht sein, ist ja kein direkter Patientenkontakt. Hygiene? Ich tippe eher auf die Gewohnheit.
3. **Kinder und Hunde:** Schwieriges Thema. Ich liebe Hunde, manche Kinder auch. Aber in Videomeetings? Irgendetwas macht mich hier stutzig. Genau benennen kann ich noch nicht, was mich stört. Muss ich ja auch nicht, ist gesellschaftlich ja noch

neu. Lassen wir noch ein paar Monate auf uns wirken.

4. **Hintergrund:** Was habe ich im letzten Jahr an Küchenzeilen, Wohnzimmer-Bücherregalen und Kunstdrucken an den Wänden im Hintergrund von fremden Menschen gesehen. War mir manchmal etwas zu intim. So einen Bürohintergrund eines alltäglichen Arbeitszimmers finde ich da etwas beruhigender, weniger ablenkend. Man kann den Hintergrund ja in allen Systemen auch verpixeln oder virtuelle Hintergrundbilder setzen. Ich glaube, das wird zum Standard werden (und nicht die Küchenzeilen oder die eigenen Wohnzimmerregale).
5. **Uhrzeit:** Zu viele Videokonferenzen werden – zumindest in meinem Bereich – zunehmend auf den Abend angesetzt. Das irritiert mich. Wenn das Thema so «unwichtig» ist, dass es tagsüber keinen Platz in der Agenda der Leute findet, ist es dann so «wichtig», dass es abends durchgeführt werden muss?
6. **Durchführung:** Das ist wahrscheinlich die grösste Herausforderung. Der Prozess der Videokonferenz. Noch stärker als in persönlichen Meetings scheint mir die Rolle einer Moderatorin oder eines Moderators unumgänglich. Jede Konferenz sollte – so finde ich – am Anfang mit dem klaren Bekenntnis beginnen, was man erreichen will und wer die Prozessverantwortung trägt. Das wird sich sicherlich als Regel durchsetzen.
7. **Ende:** Der unsicherste Moment liegt aus meiner Sicht oft im Endpunkt der Telekonferenz. In den letzten 10 Sekunden. In persönlichen Meetings sind wir es gewohnt, die Jacken anzuziehen, einige Floskeln zu äussern, dann verlässt man den Raum oder das Klassenzimmer. Und jetzt? Jetzt klicken wir auf «Meeting verlassen», und plötzlich sind wir wieder allein am Rechner. Ich weiss nicht, hier müsste sich eine bessere Online-Abschiedskultur entwickeln.

Dies hier ist zwar keine Telefonkonferenz und unterliegt daher nicht Punkt sieben, dennoch wünsche ich Ihnen weiterhin einen angenehmen Tag.

[rouven.porz\[at\]saez.ch](mailto:rouven.porz[at]saez.ch)



ANNA

www.annahartmann.net