

Schweizerische Ärztezeitung

868 Editorial
von Yvonne Gilli
«Health in all policies» aber
nicht «All policies in health»

877 SGAIM
**Qualitätsindikatoren im
stationären Bereich**

902 «Zu guter Letzt»
von Rouven Porz
Macht und Verantwortung

869 Föderalismus oder Wildwuchs?
**Das Schweizer Notarztwesen
im Fokus**

26 30.6.2021



Verlag

Dr. med. vet. Matthias Scholer, Chefredaktor;
 Eva Mell, 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: Yvonne Gilli

868 **«Health in all policies» aber nicht «All policies in health»**

AKTUELL: Stefan Matthias Müller, Marc Lüthy, Günter Bildstein, Gabriela Kaufmann-Hostettler, Wolfgang Ummenhofer

869 **Update Notarztwesen Schweiz – Föderalismus live** Um etwas Licht ins Dunkel der prähospitalen medizinischen Versorgung in der Schweiz zu bringen, gelangte die SGNOR mit einer Umfrage an 124 Rettungsdienste; Fokus waren die Organisation des Notarztsystems sowie dessen Tarifstruktur.

875 **Personalien****Nachrufe**876 **Dr. med. Ellen Frossar (1927–2021)****Organisationen der Ärzteschaft**

SGAIM: Maria Wertli, Sima Nuschin Djalali, Omar Kherad, Markus Schneemann, Silvana K. Rampini, Adrian Rohrbasser, Joël Lehmann, Brigitte Zirbs Savigny, Marc Michael Jungi, Mirjam Rodella Sapia, Jacques Donzé, Regula Capaul

877 **Qualitätsindikatoren im stationären Bereich****Briefe / Mitteilungen**882 **Briefe an die SÄZ**883 **Mitteilungen****FMH Services**884 **Seminare / Séminaires / Seminari**886 **Stellen und Praxen** (nicht online)

Tribüne

RECHT: Patrick Stach, Adrian Vogler

893 **Die Angst vor der Fehldiagnose**

Horizonte

DU FINDEST DEINEN WEG!: Fabienne Hohl

896 **«Wir werden stärker wahr-genommen als vor Corona»**

OBJEKTGESCHICHTE: Iris Ritzmann

899 **Risiko in Kinderschuhen**

900 **Persönlich**

SCHAUFENSTER: David Künzler

901 **Transparenz**

Zu guter Letzt

Rouven Porz

902 **Macht und Verantwortung**



ANNA



Wollen Sie keinen Artikel der Schweizerischen Ärztezeitung mehr verpassen?

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



Scan this code
saez.ch

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

Impressum

Schweizerische Ärztezeitung

Offizielles Organ der FMH
und der FMH Services

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

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

Anzeigen:
Philipp Lutzer,
Key Account Manager EMH
Tel. +41 (0)61 467 85 05,
philipp.lutzer@emh.ch

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

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

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

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

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

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

© FMH

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

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

mit den Beipackzetteln der verwen-
deten Medikamente verglichen werden.

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

printed in
switzerland



Titelbild:
© Kantonsspital Baselland

«Health in all policies» aber nicht «All policies in health»

Yvonne Gilli

Dr. med., Präsidentin der FMH



Klimastreiks, der Erfolg grüner Parteien sowie zuletzt mehrere Abstimmungen über Umweltinitiativen und -gesetze zeigen: Umweltanliegen haben sich vom politischen Randphänomen zu gesellschaftlichen Kernthemen entwickelt. Auch in der Ärzteschaft ist das Interesse an der Umweltpolitik gewachsen. Immer häufiger fordern einzelne Mitglieder und Mitgliedsverbände die FMH auf, zu Umweltthemen Position zu beziehen. Dieses Umweltbewusstsein freut mich sehr – und trotzdem muss ich als Präsidentin für einen klaren Fokus der FMH auf standespolitische ärztliche Themen plädieren. Warum?

Das Argument der Befürworter umweltpolitischer Stellungnahmen der FMH ist nicht von der Hand zu weisen: Selbstverständlich ist es für unsere Gesundheit entscheidend, ob wir sauberes Trinkwasser haben,

Die Gesundheit spielt in allen Politikbereichen eine Rolle, die FMH sollte sich aber nicht in allen Politikbereichen engagieren.

ob wir Pestiziden ausgesetzt sind und ob sich unsere Lebenswelt durch den Klimawandel massiv verändert. Doch was folgt daraus für die FMH, wenn wir diesen Gedanken zu Ende denken? Müssten wir uns nicht in sämtlichen Vorlagen engagieren, die Umwelttoxine betreffen? Müssten wir dann nicht auch zu wirtschafts-, sozial- und bildungspolitischen Vorhaben Stellung nehmen? Schliesslich hängt unsere Gesundheit auch massgeblich vom gesellschaftlichen Wohlstand, der sozialen Lage und Bildung ab.

Unsere Gesundheit wird durch sehr viele Faktoren beeinflusst. Dies hat die WHO mit ihrem Konzept «Health in all policies» auf den Punkt gebracht. Doch dass Gesundheitsaspekte in allen Politikbereichen eine Rolle spielen, bedeutet nicht, dass sich die FMH in allen Politikbereichen einbringen sollte. Dies würde nicht nur unsere Ressourcen übersteigen, die Beurteilung verschiedenster politischer Vorstösse läge auch ausserhalb unserer spezifischen Expertise. Als Ärztinnen und Ärzte können wir zwar anhand unseres Fachwissens aufzeigen, welchen Einfluss zum Beispiel Lärm, Feinstaub oder Stress auf die Gesundheit haben. Das Einbringen solcher Expertisen unterscheidet sich

aber von konkreten Stellungnahmen zum Beispiel zu Strassenbauprojekten oder Arbeitsrecht. Solche Positionen lassen sich nie direkt aus medizinischer Evidenz ableiten, sondern erfordern zusätzlich die Beurteilung diverser Kontextinformationen, welche die Expertise der betroffenen Sachgebiete erfordern. Die politische Glaubwürdigkeit der FMH würde Schaden nehmen, wenn wir Positionen vertreten, die mit dem Arztberuf nicht direkt in Verbindung stehen.

Dies führt auch zum wichtigsten Grund, warum sich die FMH nicht umweltpolitisch engagiert: Es entspräche nicht dem Auftrag unserer Mitglieder. Zwar ist anzunehmen, dass alle uns angeschlossenen Ärztinnen und Ärzte gesunde Lebensbedingungen befürworten. Doch für wie gravierend sie welches Umweltproblem halten, welche Lösungsansätze sie unterstützen und wie sie die Kosten-Nutzen-Bilanz einzelner Massnahmen beurteilen, darin dürften ihre Meinungen genauso auseinandergehen wie die aller anderen Bürger. Unsere Mitglieder erwarten von der FMH nicht das Engagement einer Umweltorganisation. Sie erwarten von uns, dass wir für optimale Rahmenbedingungen in einem effizienten und patientenorientierten Gesundheitswesen eintreten, sodass sie gut und gerne arbeiten können. Hier liegt die Kernkompetenz der FMH, hier besteht ein Konsens unserer Mitglieder und dies ist unser Auftrag.

Ein klarer Fokus auf diesen Auftrag wird in der nächsten Zeit entscheidend sein. Die anstehenden Herausforderungen werden die FMH stark fordern. Die aktuell

Unsere Kernkompetenz ist das Gesundheitswesen – und dort sind die Herausforderungen enorm.

geplanten gesundheitspolitischen Massnahmen könnten der Patientenversorgung grossen Schaden zufügen – und damit die Berufsausübung aller unserer Mitglieder stark beeinträchtigen. Die FMH steht hier in der Pflicht, ihre gesamte Expertise und Glaubwürdigkeit in die politische Waagschale zu werfen, damit wir in der Schweiz auch in Zukunft noch über ein allgemein zugängliches und qualitativ hochstehendes Gesundheitswesen verfügen.



Update Notarztwesen Schweiz – Föderalismus live

Stefan Matthias Müller^a, Marc Lüthy^b, Günter Bildstein^c, Gabriela Kaufmann-Hostettler^d, Wolfgang Ummenhofer^e

^a Dr. med., Facharzt für Anästhesiologie, FA Präklinische Notfallmedizin / Notarzt (SGNOR), Chefarzt Schutz & Rettung Zürich; ^b Dr. med., Facharzt für Anästhesiologie, FA Präklinische Notfallmedizin / Notarzt (SGNOR), Vorsitzender Notarzt-Faculty der SGNOR, Ärztlicher Leiter Sanität Basel; ^c MSc, MBA, Leiter Rettung St. Gallen; ^d Geschäftsführerin SGNOR; ^e Prof. em. Dr. med., Facharzt für Anästhesie, Facharzt für Intensivmedizin

Um etwas Licht ins Dunkel der prähospitalen medizinischen Versorgung in der Schweiz zu bringen, gelangte die SGNOR mit einer Umfrage an 124 Rettungsdienste; Fokus waren die Organisation des Notarztsystems sowie dessen Tarifstruktur.

Wer mit Zug oder Auto von Romanshorn nach Genf oder von Schaffhausen nach Chiasso unterwegs ist, sieht unterschiedlichste Landschaften, hört verschiedene Dialekte und Sprachen. Nur wenig bewusst mag aber sein, dass sich auf dieser Reise nicht nur Region und Sprache ändern, sondern auch die «Rettungslandschaft»: denn die Schweiz wäre nicht die Schweiz, wenn nicht auch hier der Föderalismus gelebt würde, und das so ausgeprägt wie sonst in kaum einem anderen Bereich. Die medizinische Notfallversorgung wird zwar durchwegs von Rettungsdiensten sichergestellt, aber für schwer verletzte oder kritisch kranke Patientinnen

und Patienten gibt es verschiedenste Versorgungsmodelle, vor allem auf personeller Ebene. Während bei dem einen Rettungsdienst Notärztinnen mit Fähigkeitsausweis Präklinische Notfallmedizin / Notarzt (SGNOR) und vielen Jahren klinischer und prähospitaler Erfahrung, oft mit Facharzttitel Anästhesie oder Allgemeine Innere Medizin im Einsatz sind, um schwer Verletzte oder kritisch Kranke zu behandeln, gibt es in anderen Regionen Systeme ohne Notärztinnen und Notärzte. Ersatzweise kommen Anästhesiepflege-Fachpersonen mit erweiterten Handlungskompetenzen zum Einsatz und es gibt Systeme, in denen von diplo-

mierten Rettungssanitäterinnen und -sanitätern HF erwartet wird, dass sie das gesamte Einsatzspektrum beherrschen. Systeme ohne Notärztinnen und Notärzte berufen sich oft auf die Luftrettung als «notärztliches» Mittel. Diese kann jedoch meteobedingt nicht immer zum Einsatz kommen. Ergänzung finden Rettungsdienste in einigen vorwiegend ländlichen Regionen durch Haus- oder Notfallärztinnen und -ärzte.

Es ist keineswegs Ziel dieses Artikels, das eine oder andere System zu werten, sondern es soll die Vielfältigkeit der präklinischen Versorgung von kritisch verletzten oder erkrankten Patientinnen und Patienten aufzeigen. Es bleibt der Leserschaft überlassen zu entscheiden, welches System sie – als Patientin oder Patient – bevorzugt, wobei in der Realität keine Wahl besteht. Ähnlich der medizinischen Versorgungsintensität sind auch die Tarife ein eindrücklicher «bunter Blumenstrauß» mit einer grossen Bandbreite und spiegeln auf ihre Weise das föderativ gelebte helvetische Gesundheitssystem wieder. Im Hinblick auf das zunehmende Kostenbewusstsein im Gesundheitswesen bekommt dieser Aspekt aber zunehmend Bedeutung. Zugleich muss angemerkt werden, dass das Rettungswesen nur einen geringen Anteil der gesamten medizinischen Ausgaben in der Schweiz beansprucht (1,6 Prozent für Transport und Rettung) [1].

Um etwas Licht ins Dunkel der prähospitalen notfallmedizinischen Versorgung – aber auch deren Finanzierung – in der Schweiz zu bringen, gelangte die SGNOR mit einer Umfrage an 124 Rettungsdienste der Schweiz. Fokus der Erhebung waren Fragen zur Organisation des Notarztsystems – sofern denn überhaupt vorhanden – sowie dessen Tarifstruktur. Die Antwortquote war erfreulich hoch: von 90 in der Deutschschweiz versendeten Fragebogen wurden 61 beantwortet (68

Prozent), in der Romandie 21 von 30 (70 Prozent) und im Tessin 4 von 4 (100 Prozent).

Im Folgenden zusammengefasst die wichtigsten Resultate:

Gibt es in Ihrem Rettungsdienst ein «Notarztsystem»?

In der Deutschschweiz besteht in 65,5 Prozent der angefragten Rettungsdienste ein Notarztsystem, (Romandie 94,44 Prozent, Tessin 100 Prozent). Als Alternative wurde öfters genannt, dass Fachpersonen Anästhesiepflege anstelle von Notärztinnen und Notärzten eingesetzt werden. Andere Systeme wiederum basieren auf den diensthabenden Notfallärztinnen und -ärzten – zum Teil auch nur für telefonischen medizinischen Rat – oder auf Notärztinnen und -ärzten aus Nachbarkantonen (sofern zum Beispiel die Luftrettung nicht verfügbar ist).

Wie ist der Notarztdienst organisiert?

In der Organisation des Notarztsystems zeigt sich ein deutlicher Unterschied zwischen den Sprachregionen: In der Romandie überwiegt klar eine spitalgebundene Struktur, im Tessin werden Ärztinnen und Ärzte sowohl Spital- wie auch Rettungsdienst-basiert eingesetzt. In der Deutschschweiz zeigt sich eine grössere Heterogenität (Spital, Rettungsdienst, Hausärztin, «Freelancer» und andere). Es scheint, dass ein Rettungssystem ohne Notärztinnen und -ärzte nur in der Deutschschweiz eine Option ist.

Wie kommt die Notärztin an den Einsatzort?

Ob die Notärztin oder der Notarzt mit eigenem Fahrpersonal und einem Notarzteinsetzfahrzeug (NEF), kompakt im Rettungswagen (RTW) oder selbstfahrend, ausrückt, wird durch mehrere Gründe mitbestimmt. Dabei sind die Ressourcen und Finanzen für Fahrerin und Fahrer und NEF zu berücksichtigen, Synergien mit anderen Organisationen sind möglich (zum Beispiel Feuerwehr oder Polizei). Für ein «Rendez-vous-System» mit NEF spricht die höhere Flexibilität des Systems, für eine zusätzliche Fahrperson Ortskenntnisse und Fahrpraxis, was der Sicherheit dient. Selbstfahrerinnen und -fahrer dürften mehrheitlich erfahrene Notärztinnen und Notärzte sein, welche fix bei einem Rettungsdienst arbeiten oder aus Praxis, Wohnung oder sonstigen Lokationen direkt ausrücken. Was zunächst ressourcenschonend erscheint, kann im Einsatz logistische Probleme aufwerfen: Ent-

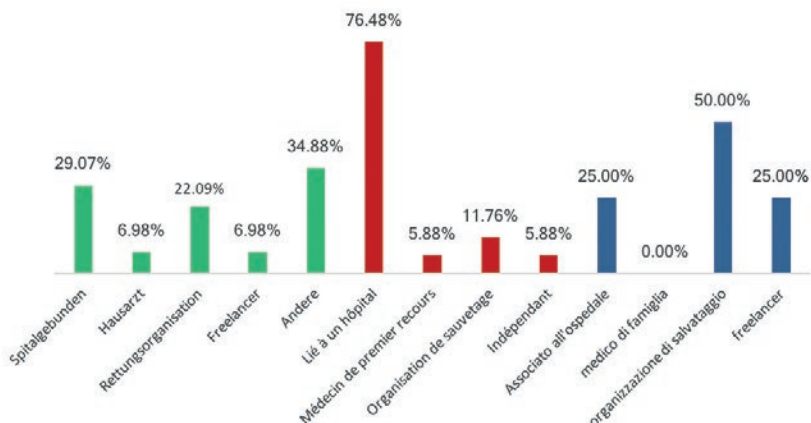


Abbildung 1: Wie der Notarztdienst in der Deutschschweiz (grün), in der Romandie (rot) und im Tessin (blau) organisiert ist.

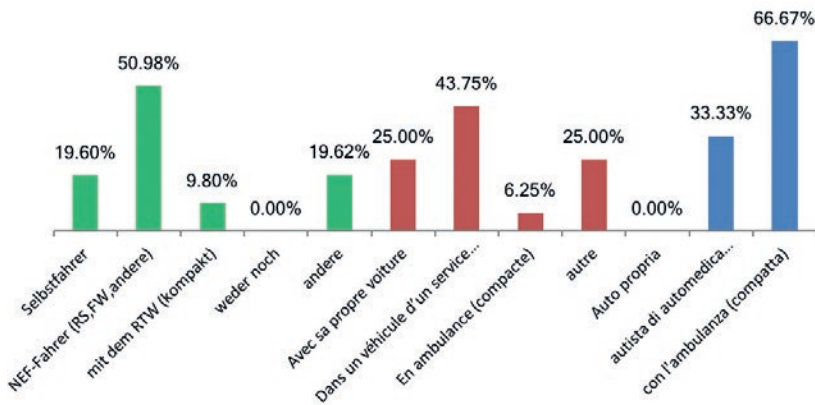


Abbildung 2: Wie die Notärztin oder der Notarzt an den Einsatzort gelangt, Deutschschweiz: grün, Romandie: rot, Tessin: blau.

scheidet die Notärztin oder der Notarzt, die zu behandelnde Person im Rettungswagen zum Zielspital zu begleiten, muss das eigene Fahrzeug entweder stehen gelassen oder von einer der Rettungssanitäterinnen oder -sanitäter gefahren werden, die dann aber im RTW nicht zur Verfügung steht.

Welche Weiterbildung, welchen Ausbildungsstand haben die eingesetzten Notärztinnen und Notärzte?

Hier zeigt sich, dass ein relevant hoher Anteil der eingesetzten Notärztinnen und Notärzte sich entweder in Weiterbildung befindet oder aber eine andere Weiterbildung als den FA Präklinische Notfallmedizin / Notarzt (SGNOR) haben. Der hohe Weiterbildungsanteil in der Deutschschweiz legt nahe, dass vor allem aus Kostengründen eher jüngere Personen eingesetzt werden,

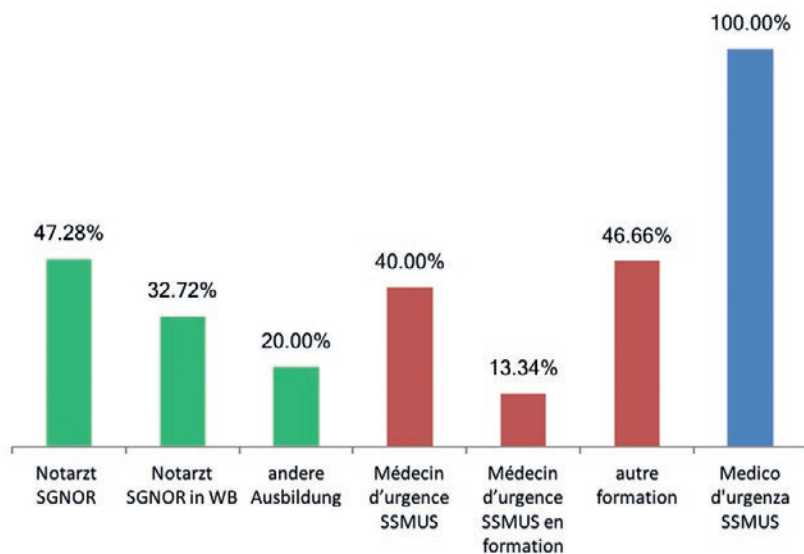


Abbildung 3: Welchen Ausbildungsstand die eingesetzten Notärztinnen und -ärzte in der Deutschschweiz (grün), in der Romandie (rot) und im Tessin (blau) haben.

die aber nach abgeschlossener Weiterbildung aus strukturellen Gründen oft nicht mehr als aktive Notärztinnen beziehungsweise Notärzte vorgesehen sind. Ein derartiges System offenbart den Widerspruch, dass mit dem Abschluss einer Weiterbildung die eigentlich angestrebte Berufstätigkeit beendet wird. Da die Weiterbildung erhebliche Ressourcen benötigt, neu auch mit definierten supervisierten Einsätzen, stellt sich die berechnete Frage, ob dieser hohe Weiterbildungsanteil an Notärztinnen und Notärzten sinnvoll ist. Gleichzeitig werden mit einem derartigen System den vital bedrohten Personen erfahrene Notärztinnen und Notärzte mit abgeschlossener Weiterbildung vorenthalten.

In der Romandie und im Tessin kommen gemäss Umfrage mehrheitlich Notärztinnen und Notärzte mit Fähigkeitsausweis Präklinische Notfallmedizin / Notarzt (SGNOR) zum Einsatz. Dies kann daran liegen, dass Notärztinnen und Notärzte mit Fähigkeitsausweis länger im Einsatz verbleiben. Der hohe Anteil ausgebildeter Notärztinnen und -ärzte im Tessin kann mit im Rettungsdienst fest angestellten Notärztinnen und -ärzten erklärt werden. Bei der Interpretation muss die kleine Zahl an Rückmeldungen berücksichtigt werden.

Die Ausbildung der Rettungssanitäterinnen und -sanitäter HF hat sich in der Schweiz während der letzten Jahrzehnte massgeblich verbessert und ist zu einem gut strukturierten, anerkannten und verantwortungsvollen Berufsbild geworden. Die Ärztlichen Leiterinnen und Leiter der Rettungsdienste können viele ärztliche Massnahmen an Rettungssanitäterinnen und -sanitäter HF delegieren. Bei vitaler Bedrohung einer Patientin oder eines Patienten ist jedoch der Einsatz einer qualifizierten Notärztin beziehungsweise eines Notarztes vor Ort sinnvoll. Hier seien beispielhaft instabile Patientinnen und Patienten in komplexen medizinischen Situationen oder nach schwerem Trauma, Management des Atemwegs, End-Of-Life-Entscheidungen, forensisch relevante Entscheidungen betreffend Spitaleinweisung sowie Reanimationen erwähnt. Wenn in solchen komplexen Situationen Rettungssanitäterinnen und -sanitäter HF Unterstützung erhalten, muss aber auch sichergestellt werden, dass ein echter Kompetenzzuwachs vor Ort kommt.

Wie wird der Notarztendienst verrechnet (ohne Fahrperson und Materialkosten)? Wie hoch ist dieser Betrag?

Ein gesamtschweizerischer Tarifvergleich 2014 im Bereich Bodenrettung [2] hatte bei einem Notarzteinsatz für eine vital beeinträchtigte Person eine Spanne zwischen 832 Franken für den günstigsten und 1881

Franken (mit Nachtzuschlag 2144 Franken) für den teuersten Rettungsdienst ergeben. Die Analyse hatte gezeigt, dass die Streuung der verrechneten Preise in der Schweiz sehr gross ist. Bei diesen Einsätzen verrechneten die teuersten Institutionen mehr als zweimal so viel wie die günstigsten.

In der Umfrage wurden sowohl eine stundenbasierte Verrechnung (15 Prozent), als auch Pauschalen (85 Prozent) zurückgemeldet. Neben den Tarifpositionen für die ärztlichen Leistungen gibt es in mehreren Organisationen Tarifpositionen für Bereitstellungskosten, beispielsweise eine Pauschale für ein Notarzteinsatzfahrzeug. Die Art der Verrechnung sagt nichts über die Finanzierung des Notarztdienstes. Grundsätzlich muss davon ausgegangen werden, dass der Notarztdienst nicht kostendeckend betrieben werden kann, wenn eine Vollkostenrechnung zugrunde gelegt wird. Auf Grund der selektiven Notarztindikationen liegt der Anteil an einsatzfreier Zeit bei einem Notarztdienst wesentlich höher als beim Rettungsdienst. Wenn diese Vorhaltekosten auf Einsätze umgelegt werden, sind die Einsatzkosten pro Einsatz sehr hoch. Bei spitalgestützten Notarztdiensten gibt es Synergien mit Spitälern. Aus wirtschaftlicher Sicht ist die Verfügbarkeit von Notärztinnen und -ärzten, unter Berücksichtigung der zeitlichen Aspekte, für ein möglichst grosses Gebiet und unabhängig der Einsatzgebiete von Rettungsdiensten sinnvoll.

Résumé der Autoren

Bei allem Respekt für die föderalen Besonderheiten kann die «Rettungslandschaft» Schweiz vielleicht von etwas mehr Homogenität profitieren – zumindest hinsichtlich personeller Qualitätskriterien. Die Organisationsform des Notarztdienstes sollte den regionalen Bedürfnissen der jeweiligen Rettungsdienste angepasst sein; Stadt-/Land-Problematik, Einsatzaufkommen, Distanzen, Lokalisation von Rettungsstützpunkten und der Notärztin beziehungsweise des Notarztes

bestimmen über Vor- und Nachteile von Rendez-vous versus stationäre («Kompakt-») versus Selbstfahrssystemen. Aus- und Weiterbildung entsprechend dem FA Präklinische Notfallmedizin / Notarzt (SGNOR) ist unabdingbar; sie soll aber die Vorbereitung qualifizierter Notärztinnen und Notärzte für ihren späteren längerfristigen Einsatz im Rettungsdienst sein und kein Etikettenschwindel zur Kostenreduktion der Leistungserbringer.

Ein höherer Prozentsatz erfahrener Notärztinnen und Notärzte mit FA Präklinische Notfallmedizin / Notarzt (SGNOR) fördern Teamkonstanz und Kontinuität der Versorgungsqualität und muss daher unbedingt angestrebt werden. Auch wenn Rettungsdienst-Tarife zwischen Leistungserbringern und Kostenträgern verhandelt werden, ist eine geringere Varianz der Einsatzkosten ein wichtiges Signal und könnte den regelmässigen Berichten über «Wildwuchs» [3] und «Preistreiberei» [4] in den Medien den Nährboden entziehen. Zumindest ärztlicherseits wäre eine nationale Pauschale für den Notarzteinsatz im neuen Tardoc-System ein wichtiges gesamtschweizerisches Signal [5] – dies umso mehr, als die Notfallkosten zu einem hohen Prozentsatz oder gar umfänglich von den Patientinnen und Patienten direkt getragen werden müssen.

Literatur

- 1 EDI, Bundesamt für Statistik. Kosten und Finanzierung des Gesundheitswesens 2008, Medienmitteilung. T6: Kosten des Gesundheitswesens nach Leistungen. www.bfs.admin.ch
- 2 Iseli S. Gesamtschweizerischer Tarifvergleich 2014 im Bereich Bodenrettung. ED WBF, Preisüberwachung, Bern 2014. www.preisueberwacher.admin.ch
- 3 www.srf.ch/sendungen/kassensturz-espresso/preisueberwacher-kritisiert-wildwuchs-bei-ambulanz-tarifen
- 4 www.srf.ch/news/schweiz/2500-franken-fuer-62-kilometer-horrende-preise-fuer-ambulanzfahrt
- 5 Leitbild der FMH zur Medizinischen Notfallversorgung in der Schweiz. Schweiz. Ärzteztg. 2021;102(7):234–8. fmh.ch/files/pdf25/leitbild-der-fmh-zur-medizinischen-notfallversorgung-in-der-schweiz.pdf

Bildnachweis

Schutz und Rettung Zürich

Dr. med. Stefan Müller
Schutz & Rettung Zürich
Neumühlequai 40
Postfach 3251
CH-8021 Zürich
[stefan.mueller\[at\]zuerich.ch](mailto:stefan.mueller[at]zuerich.ch)

Personalien

Todesfälle / Décès / Decessi

Rudolf Bruppacher (1942), † 22.5.2021,
Facharzt für Prävention und Public Health,
4310 Rheinfelden

Kaspar Rhyner (1941), † 24.5.2021,
Facharzt für Medizinische Onkologie und
Facharzt für Allgemeine Innere Medizin,
8755 Ennenda

Praxiseröffnung / Nouveaux cabinets médicaux / Nuovi studi medici

GE

Nathalie Céline Stuker,
Spécialiste en psychiatrie et psychothérapie
d'enfants et d'adolescents, FMH,
Rue de la Gabelle 9, 1227 Carouge GE

VD

Alexandra Lipp,
Spécialiste en pédiatrie, FMH,
Chemin des Falaises 2b, 1005 Lausanne

Ärztegesellschaft des Kantons Bern

Ärztlicher Bezirksverein Bern Regio
Zur Aufnahme als ordentliches Mitglied
haben sich angemeldet:

Michaela Bauer, Fachärztin für Psychiatrie
und Psychotherapie, Elisabethenstrasse 3,
3014 Bern

Philipp Brosi, Facharzt für Chirurgie, FMH,
Klinik Beau Site, Schänzlihalde 1, 3013 Bern

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

Ärztegesellschaft des Kantons Luzern

Zur Aufnahme in unsere Gesellschaft
Sektion Stadt hat sich gemeldet:

Dorrit Winterholer, Fachärztin für Plastische,
Rekonstruktive und Ästhetische Chirurgie,
Luzerner Kantonsspital, Spitalstrasse,
6000 Luzern 16

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



Stöbern Sie in unserem neuen Online-Shop!

Entdecken Sie unser Angebot an Fachbüchern, Kriminalromanen
oder Kinderbüchern.

shop.emh.ch



In memoriam Dr. med. Ellen Frossard (1927–2021)

Es steht mir nicht zu, die grossen wissenschaftlichen Verdienste von Frau Dr. Frossard zu würdigen. Trotzdem möchte ich, durch meine Erinnerungen als junger Assistenzarzt, meiner Hochachtung und meinem Respekt gegenüber unserer Lehrerin Ausdruck geben und ein paar Reminiszenzen aufleben lassen.

Meine erste Begegnung mit ihr ergab sich am Morgen meines Staatsexamens, als im Korridor des Tiefenaspitals Prof. Riva vorbeihuschte, uns zitternde Kandidaten kaum beachtete und uns zurief: «Frau Frossard wird kommen» ...

Die nächste Begegnung geschah im Spital Aarberg. Dr. Frossard war die erste vollamtliche Chefärztin der Medizin mit zwei Assistenzärzten und einer Sekretärin, welche gar nur für die Chefin da war. Die Berichte waren selbst zu schreiben, gefürchtet waren Durchsicht und Korrektur durch Frau Dr. Frossard. Nicht selten war die x-te Auflage der Berichte im Dachzimmer des Assistentenbüros zwischen 21 und 22 Uhr noch in Arbeit. Es soll dann einer der Kameraden, als auch diese Version nicht genügte, Frau Doktor, nachdem sie die Türe zum Büro hinter sich geschlossen hatte, die Schreibmaschine nachgeworfen haben. Der Verwalter, der die Hermes 3000 gerne immer selbst reparierte, kapitulierte allerdings vor dem Schaden und verfügte dem Kameraden einen Lohnabzug ...

Die strenge Erziehung auch der diensthabenden Assistenten der Chirurgie zahlte sich aus. Das morgendliche «Examen» bei der Übergabe der nachts Aufgenommenen an die Medizin hatte es in sich. Die Konsequenz waren sorgfältige Stuserhebung und saubere Dokumentation.

Dr. Frossards sorgfältiger und umsichtiger Umgang mit Antibiotika war ausserdem einmalig. Unvergesslich die Episode, als ein Kamerad aus der Chirurgie nachts eine schwere Angina hospitalisierte und drei Mal 1 Mio. Penicillin G verordnete. «Wie hoch haben Sie dosiert?», war die Frage. «Drei Mal 1 Mio.» – «Viel zu viel!! Oder dachten Sie etwa an eine beginnende Sep-

sis?» Der Befragte schöpfte Hoffnung auf Rettung: «Ja.» – «Dann ist es viel zu wenig!!»

Auch ihre Liebe zum Detail war unvergleichlich: Der Händedruck bei der Begrüssung des Patienten diente beispielsweise der gleichzeitigen Kontrolle, ob er den Betablocker auch wirklich eingenommen hatte.

Der strenge Winter 1977 brachte grosse Schneefälle, und so kam es, dass die Strassen im Schüpberg, wo Frau Dr. Frossard wohnte, unpassierbar wurden. Sie wartete also zunächst das Schneeräumfahrzeug ab und fuhr dann hinter diesem her. Allerdings kam sie so erst gegen Mittag im Spital Aarberg an. Was war passiert? Die Mannschaft des Schneepflugs hatte nach vielen Stunden unterwegs eine Pause im nächsten Gasthof eingelegt, worauf ihr nichts anderes übrig blieb, als sich ebenfalls an einen Tisch zu setzen und das Ende der Pause abzuwarten.

Des Weiteren machte ihr unglaubliches Wissen um die Borreliose sämtliche Grundversorger der Region Aarberg zu Experten, lange bevor man andernorts überhaupt von den Zecken wusste. Es gingen eine Weile lang sogar Gerüchte um, man könne ohne Borrelientiter im Spital Aarberg gar nicht eintreten ... Auch hat Dr. Frossard später kleinere medizinische Kränzchen bei ihr zu Hause abgehalten; Fortbildungen der besten Art, liebenswürdig und kompetent.

Mit Dr. med. Ellen Frossard ist eine Grösse der Inneren Medizin verstorben, die unseren Respekt und unsere Anerkennung verdient. Nach vielen Praxisjahren zuhinterst im Val d'Hérens und später als Oberärztin unter Professor Riva lagen ihr die Hausärzte besonders am Herzen. Sie hat uns solides Handwerk beigebracht, streng, konsequent und kompetent. Der Dank und die Erinnerung aller ihrer Assistentinnen und Assistenten, Oberärztinnen und Oberärzte ist ihr sicher.

Dr. med. Ulrich Castelberg, Aarberg

Bildnachweis:

© Susazoom | Dreamstime.com

[ulrich\[at\]castelberg.ch](mailto:ulrich[at]castelberg.ch)

Qualitätsindikatoren im stationären Bereich

Maria Wertli^a, Sima Nuschin Djalali^b, Omar Kherad^c, Markus Schneemann^b, Silvana K. Rampini^b, Adrian Rohrbasser^d, Joël Lehmann^e, Brigitte Zirbs Savigny^d, Marc Michael Jungi^d, Mirjam Rodella Sapia^d, Jacques Donzé^c, Regula Capaul^f

^a Prof. Dr. med., Präsidentin Qualitätskommission Schweizerische Gesellschaft für Allgemeine Innere Medizin SGAIM; ^b PD Dr. med., Mitglied Qualitätskommission Schweizerische Gesellschaft für Allgemeine Innere Medizin SGAIM; ^c Prof. Dr. med., Mitglied Qualitätskommission Schweizerische Gesellschaft für Allgemeine Innere Medizin SGAIM; ^d Dr. phil., Mitglied Qualitätskommission Schweizerische Gesellschaft für Allgemeine Innere Medizin SGAIM; ^e M.A., Mitglied Qualitätskommission Schweizerische Gesellschaft für Allgemeine Innere Medizin SGAIM; ^f Dr. med., Co-Präsidentin Schweizerische Gesellschaft für Allgemeine Innere Medizin SGAIM, Mitglied Qualitätskommission SGAIM

Die Qualitätskommission der Schweizerischen Gesellschaft für Allgemeine Innere Medizin publiziert erstmalig eine Liste von Qualitätsindikatoren, die im stationären Bereich hilfreich sein können. Wichtig dabei ist, dass Indikatoren eingesetzt werden, um die Messung eines Qualitätsverbesserungszyklus im Rahmen eines geordneten Qualitätsverbesserungsprozesses zu unterstützen.

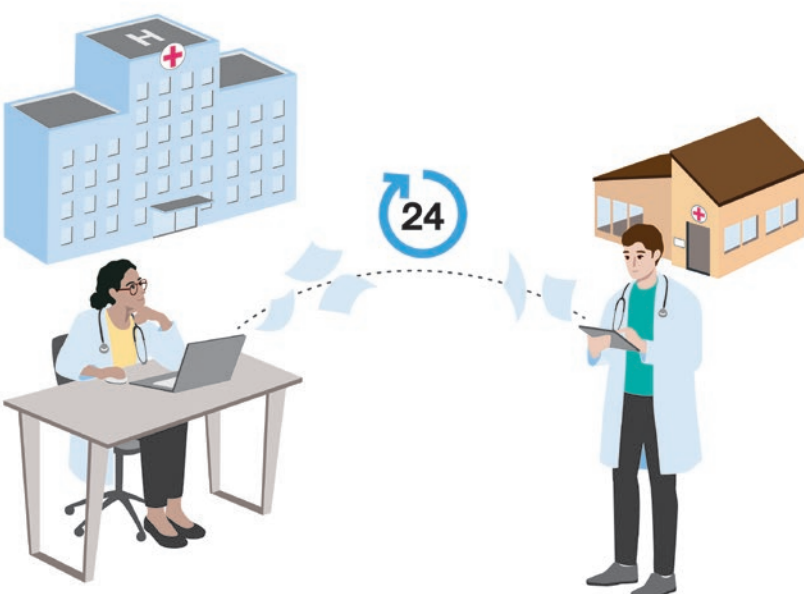
Ein Kernanliegen der Allgemeinen Inneren Medizin (AIM) ist eine qualitativ hochstehende Betreuung und Behandlung der zunehmend multimorbiden Patientinnen und Patienten. Seit vielen Jahren engagiert sich die Schweizerische Gesellschaft für Allgemeine Innere Medizin (SGAIM) für die Qualitäts- und Effizienzsteigerung im Schweizer Gesundheitswesen [1]. In den vergangenen Jahren haben das Bedürfnis und die Anforderungen, Qualität zu messen und sichtbar zu machen,

zugenommen [2]. Die SGAIM-Qualitätskommission hat sich daher vertieft mit dem Thema der Qualitätsmessung auseinandergesetzt und publiziert nun erstmalig eine Liste von Indikatoren, die im stationären Bereich hilfreich sein können. Wichtig dabei ist, dass Indikatoren eingesetzt werden, um die Messung eines Qualitätsverbesserungszyklus im Rahmen eines geordneten Qualitätsverbesserungsprozesses zu unterstützen [3]. Die medizinische Qualität wird häufig entlang von drei Dimensionen beschrieben [4]: Strukturqualität, Prozessqualität und Outcomequalität.

Die SGAIM gibt sechs Empfehlungen für die stationäre Medizin ab. Mit vier Indikatoren werden Prozesse in der patientenzentrierten Versorgungsqualität abgebildet, mit einem Indikator die allgemeine Versorgungsqualität, und ein Indikator bezieht sich auf die Gesundheit der Mitarbeitenden.

Patientenzentrierte Versorgungsqualität

1. Anteil provisorischer Austrittsberichte, die innerhalb von 24 Stunden an den nachbehandelnden Arzt beziehungsweise die Ärztin übermittelt wurden mit Angaben zu Diagnosen, Prozedere und Medikamenten (mit allfälligen Gründen für Medikamentenänderung). Der Indikator hat zum Ziel, der nachbehandelnden Person die wichtigsten Informationen schnell zuzustellen, um die Weiterbehandlung sicherzustellen. Eine effektive und zeitnahe Information soll die Behandlungskontinuität verbessern, die Anzahl der ungeplanten Rehospi-



Der Informationsfluss ist ein Indikator für die patientenzentrierte Versorgungsqualität.

talisationen und vermeidbaren Komplikationen reduzieren.

2. Anteil der älteren (≥ 65 Jahre) Personen, bei denen während der Hospitalisation ein neues Benzodiazepin begonnen worden ist. Der Indikator hat zum Ziel, die Neuverschreibungen von Benzodiazepinen während des Spitalaufenthalts zu reduzieren.
3. Anteil der Patienten und Patientinnen ≥ 65 Jahre, die danach gefragt wurden, ob, und wenn ja, wie oft (Anzahl) und in welcher Weise (Sturzhergang) sie in den letzten 12 Monaten gestürzt waren. Der Indikator hat zum Ziel, Patienten und Patientinnen mit einem erhöhten Sturzrisiko, bei denen eine präventive Intervention sinnvoll ist, zu identifizieren.
4. Anteil der Patienten und Patientinnen, welche eine Transfusion bei einem Hämoglobin(Hb)-Wert von >8 g/dl erhalten. Der Indikator hat zum Ziel, die Zahl der Transfusionen, die potenziell nicht indiziert sind, zu reduzieren.

Allgemeine Versorgungsqualität

5. Anteil der Critical-Incidence-Reporting-System (CIRS)-Fälle bei auf der Allgemeinen Inneren Medizin (AIM) hospitalisierten Patienten und Patientinnen, die analysiert und diskutiert werden. Ziel des Indikators ist es, eine aktive Fehlerkultur mit Analyse und Diskussion von CIRS-Fällen zu stimulieren.

Gesundheit der Mitarbeitenden

6. Anteil der Mitarbeitenden mit potenziellem Kontakt mit Blut oder mit blutkontaminierten Materialien, der einen ausreichenden Hepatitis-B-Impfschutz aufweist. Der Indikator hat zum Ziel, Hepatitis-B-Übertragungen am Arbeitsplatz zu verhindern und die Arbeitsplatzsicherheit zu verbessern.

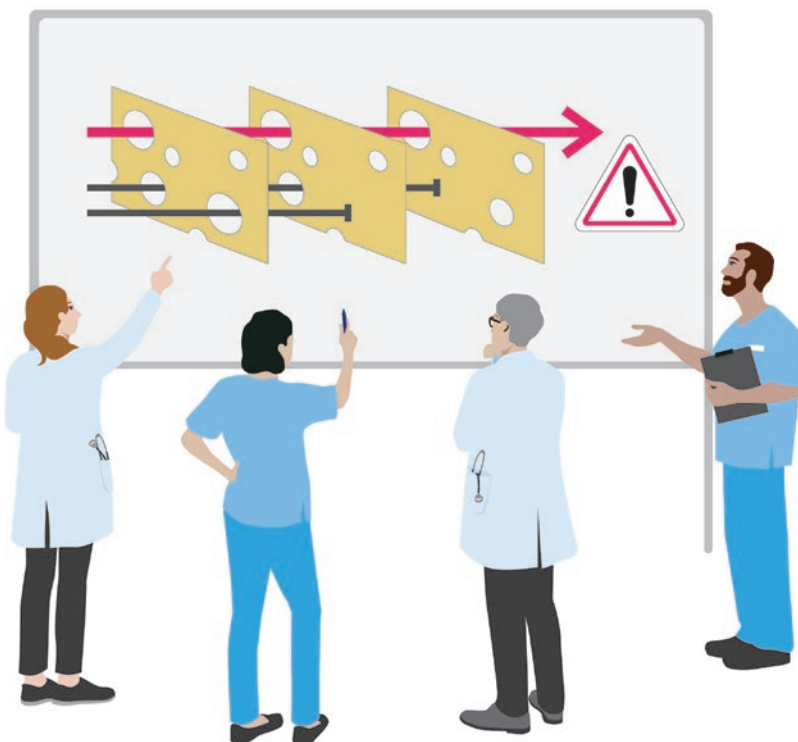
Nicht empfohlene Indikatoren

Die SGAIM äussert sich auch zu drei Indikatoren, die sie nicht empfehlen kann. Die Indikatoren sind insbesondere aufgrund der Messgenauigkeit, der fehlen-

In den vergangenen Jahren haben das Bedürfnis und die Anforderungen, Qualität zu messen und sichtbar zu machen, zugenommen.

den Verfügbarkeit von aktuellen Daten und wegen ungenügender Evidenz der Wirksamkeit ungeeignet, um sie in der stationären Allgemeinen Inneren Medizin einzusetzen. Es ist wichtig anzuerkennen, dass Indikatoren, die ungenau sind, zu Fehlinterpretationen führen und so auch Schaden verursachen können.

1. Anteil vermeidbarer Rehospitalisationen. Der Indikator hat zum Ziel, potenziell vermeidbare Hospitalisationen zu identifizieren und durch Analyse der Ursachen eine Qualitätsverbesserung zu erreichen (am Beispiel des vom Nationalen Verein für Qualitätsentwicklung in Spitälern und Kliniken (ANQ) verwendeten Indikators). Hauptkritikpunkt bei diesem Indikator ist, dass die Messmethode ungenügend genau wirkliche Fälle von vermeidbaren Rehospitalisationen diskriminiert. Weiter fehlt qualitativ hochstehende klinische Evidenz dazu, dass die Anwendung des Indikators zu einer Verbesserung der Behandlungsqualität führt. Da die Zuteilung der Fälle durch den Algorithmus (vermeidbar/nicht vermeidbar) nicht nach transparenten und akzeptierten Kriterien erfolgt und der Algorithmus nicht nachvollziehbar ist, ist er auch nicht in der Klinik anwendbar und durch die Ärzte und Ärztinnen beeinflussbar.
2. Zufriedenheit der Patienten und Patientinnen mit ihrem Aufenthalt im Akutspital (am Beispiel der Erfassung durch den Verein ANQ). Der Indikator hat zum Ziel, eine allgemeine Zufriedenheit mit einem Spitalaufenthalt als Surrogat für die Behandlungsqualität abzubilden. Die Patientenzufriedenheit kann nicht mit der Behandlungsqualität gleichgesetzt werden und ist daher kein geeigneter Indikator, um die Behandlungsqualität zu verbessern. Weiter ist die Definition der «allgemeinen Zufriedenheit» zu unklar, um daraus Massnahmen ab-



Critical-Incidence-Reporting-System: Fälle werden analysiert und diskutiert.



Hepatitis-B-Übertragungen verhindern, Arbeitsplatzsicherheit verbessern.

zuleiten. Im Gegensatz dazu ist eine Messung der Patientenerfahrungen (*patient experience*) besser geeignet, um Hinweise für Verbesserungsbedarf zu erfassen. Die Messmethodik der ANQ-Erhebung erfasst nicht alle Patienten und Patientinnen, und die Adjustierung für wichtige Einflussfaktoren ist zu ungenügend, um verschiedene Spitäler miteinander vergleichen zu können (unzulässiges Benchmarking, «Vergleich von Äpfeln mit Birnen»).

3. Outcome-Indikatoren, welche das Auftreten vermeidbarer Behandlungskomplikationen in einer medizinischen Einrichtung in Form einer Stichtagerhebung erfassen. Beispiele sind die vom Verein ANQ verwendeten Messungen von Dekubitusprävalenz (Zahl der hospitalisierten Patienten und Patientinnen mit einem nosokomialen Dekubitus an einem Stichtag) und Sturzprävalenz (Zahl der am Stichtag hospitalisierten Patienten und Patientinnen, die während des aktuellen Spitalaufenthaltes einen Sturz erlitten). Outcome-Raten unerwünschter Behandlungskomplikationen als Surrogat für die Behandlungsqualität sollten – wenn überhaupt – in Form von repräsentativen Vollerhebungen gemessen werden. Ein nachfolgendes Benchmarking sollte nur mit Adjustierungen für klinisch relevante, genügend detailliert erfasste Einflussvariablen erfolgen.

Outcome-Indikatoren sollten zudem mit sinnvollen Prozessindikatoren ergänzt werden, welche auch die Bemühungen, den Outcome bestmöglich zu beeinflussen, widerspiegeln. Eine Institution mit einer minimalen Prävalenz von nosokomialen Dekubitus-Läsionen und Stürzen, die keinerlei Präventionsmassnahmen anwendet, ist anders zu bewerten als Institutionen mit höherer Prävalenz, jedoch durchgehender Anwendung von Präventionsmassnahmen.

Eine ausführliche Beschreibung der Indikatoren, die Literatur und weitere Informationen finden sich auf der Website der SGAIM (www.sgaim.ch/qualitaet). Die SGAIM-Qualitätskommission wird zu den Indikatoren Materialien ausarbeiten, die Qualitätsverbesserungsprozesse unterstützen und anleiten können.

Prozess zur Entstehung der Liste

In einer Literaturanalyse wurden insgesamt 36 potenziell geeignete Prozess-, 15 Outcome- und vier Strukturqualitäts-Indikatoren identifiziert. Die Strukturqualität beinhaltet zum Beispiel die Anzahl Pflegepersonen pro Patient oder Patientin oder die adäquate Wartung technischer Geräte. Die Prozessqualität beinhaltet zum Beispiel die Behandlung einer Krankheit nach dem derzeitigen Wissensstand. Bei der Outcomequalität werden zum Beispiel Heilungsrate, ungeplante Rehospitalisationen, Patientenzufriedenheit oder die Mortalität gemessen.

Es ist wichtig anzuerkennen, dass Indikatoren, die ungenau sind, zu Fehlinterpretationen führen und so auch Schaden verursachen können.

Während einer Retraite im Februar 2020 hat die Qualitätskommission die Indikatoren in Workshops analysiert und sechs stationäre und sechs ambulante Indikatoren für geeignet befunden. Wichtig war für die Kommission, dass die Indikatoren im Alltag eingesetzt werden können, um in der Allgemeinen Inneren Medizin einen Qualitätsverbesserungszyklus zu unterstützen und zu stimulieren. Als solche wurden in erster Linie Prozessindikatoren identifiziert. Die Kommission hat sich aktuell gegen Outcome-Indikatoren entschieden, da deren Erfassung sehr aufwendig ist und sie meist nur in Kombination mit Prozessindikatoren aussagekräftig sind. Die ausgewählten Indikatoren wurden ausformuliert und deren Anwendbarkeit und Messbarkeit in einem iterativen Prozess optimiert. Alle Indikatoren wurden gemäss den Kriterien, die auch das American College of Physicians (ACP) anwendet, überprüft [5]:

1. Wichtigkeit: Der Einsatz des Indikators wird zu einer messbaren und bedeutsamen Verbesserung klinischer Endpunkte führen (grosser Impact, Performance Gap).
2. Angemessene Behandlung: Vermeiden von Über- und Untergebrauch medizinischer Massnahmen.
3. Qualitativ hochstehende klinische Evidenz: Studien haben gezeigt, dass die Anwendung des Indikators auch zu einer Verbesserung der Behandlung führt.
4. Validität und Reliabilität: Der Indikator ist dazu geeignet, das zu messende Ereignis zu detektieren, und erbringt bei wiederholter Messung verlässliche Ergebnisse.
5. Anwendbarkeit: Die zu messenden Ereignisse können von Ärzten und Ärztinnen beeinflusst werden, die Messung ist praktisch durchführbar (Klarheit, Aufwand).

Im Anschluss erfolgte ein externes Review durch verschiedene medizinische Fachpersonen wie beispielsweise Chefärzte und Chefärztinnen AIM sowie Expertinnen und Experten aus der Gesundheitsökonomie.

Herausforderung für die Umsetzung

Das Ziel der Qualitätskommission war es, basierend auf der Literatur sowie der klinischen Wichtigkeit Indikatoren zu identifizieren, die in der AIM Qualitätsverbesserungsprozesse unterstützen können. Die Grundvoraussetzung ist jedoch, dass Methoden für die verlässliche Messung geschaffen werden. Damit viele der Indikatoren erfasst werden können, müssen Klinikinformationssysteme angepasst und Ergebnisse systematisch und einheitlich erhoben werden. Ferner ist es obligat, dass die für die Qualitätsmessung notwendigen personellen und finanziellen Ressourcen vollständig berücksichtigt werden.

Literatur

- 1 Schweiz Ärztztg. 2021;102(17):572–3.
- 2 Nationaler Qualitätsbericht zeigt grosses Verbesserungspotenzial im Gesundheitswesen, BAG 8.11.2019.
- 3 Empfehlungen der Schweizerischen Akademie der Medizinischen Wissenschaften. Schweiz Ärztztg. 2009;90(26):1044–54.
- 4 Donabedian A. Evaluating the Quality of Medical Care. The Milbank Quarterly. 2005;83(4):691–729.
- 5 MacLean CH. Time Out – Charting a Path for Improving Performance Measurement. N Engl J Med. 2018;378:1757–61.

Lesen Sie auch das Interview mit Frau Prof. Dr. med. et phil. Maria Wertli, Präsidentin Qualitätskommission SGAIM, auf der Webseite der *Schweizerischen Ärztezeitung*: «Qualitätsindikatoren – Nutzen und Grenzen»



Dank

Wir danken allen Kollegen und Experten für die kritische Durchsicht und ihren Input: Dr. med. Philippe Luchsinger (Präsident mfe), Prof. Dr. med. Drahomir Aujesky (Vertreter AIM der Universitätsspitäler), PD Dr. med. Thomas Brack und PD Dr. med. Robert Escher (Präsident und Vorstand der Vereinigung der Internistischen Chef- und Kaderärzte/-innen [ICKS]), Prof. Dr. med. Luca Gabutti (Verein Smarter Medicine), Prof. Dr. Alexander Geissler (School of Management, School of Medicine, HSG St.Gallen) und Dr. med. Lars Clarfeld (Generalsekretär SGAIM). Wir danken zudem Ursula Käser (Verantwortliche Bereich Qualität, Weiter- und Fortbildung) für ihre grosse Arbeit und Unterstützung.

Das Wichtigste in Kürze

- Die SGAIM hat sechs Qualitätsindikatoren für die Behandlung zunehmend multimorbider Patienten formuliert.
- Die Qualitätsindikatoren betreffen die patientenzentrierte Versorgungsqualität, die Allgemeine Versorgungsqualität und die Gesundheit der Mitarbeitenden. Darüber hinaus beschreibt die SGAIM drei Indikatoren, die sie nicht empfiehlt, nämlich den Anteil vermeidbarer Rehospitalisationen, die Zufriedenheit der Patienten sowie die Messung von Outcome-Indikatoren in Form einer Stichtagerhebung.
- Die ausgewählten Indikatoren wurden gemäss den Kriterien Wichtigkeit, angemessene Behandlung, qualitativ hochstehende klinische Evidenz, Validität und Reliabilität sowie Anwendbarkeit überprüft.

Bildnachweis

SGAIM (Illustration: Hahn+Zimmermann)

Maria.Wertli[at]jinsel.ch

Briefe an die SÄZ

Die Guten und die Besseren (mit Replik)

Brief zu: Jenni N, Kraft E, Hostettler S. Label «responsible practice FMH». Schweiz Ärztztg. 2021;102(24):801.

Die bisherigen Ausbildungs-, Weiterbildungs- und Fortbildungs-Diplome sollten ein Garant für Qualitätssicherung sein. Weshalb braucht es jetzt ein zusätzliches «Label»? Diese «Neuerung» scheint wenig durchdacht. Was wird dieses neue Label bewirken? Bei Kolleginnen und bei Patientinnen? Wie steht die Ärztin da, wenn sie zwei Jahre vor ihrer Pensionierung entscheidet, kein solches Label mehr zu erwerben? Sie hat den Facharztstitel FMH vor langer Zeit erworben, sich sorgfältig um die Fortbildung gekümmert und jetzt genügt das nicht, denn ohne dieses Label wird sie zur Zweitklassärztin. Solche Titel- und Label-Proliferationen wirken wie Tumorwachstum. Der Tumor wächst ungehindert und zerstört. Und wenn des Kaisers neue Kleider dann noch gespickt mit Anglizismen daherkommen, gerät das Vertrauen in solche «Neuerungen» definitiv unter Druck.

Und überall, vor allem in Klinik-Hochglanzprospekten, leuchtet glanzvoll garantiert irgendwo das Wunderwort Ethik auf. Aber wer meint denn damit was genau?

Wäre es nicht sinnvoller, die FMH würde ein Jahr der «verantwortungsvollen ärztlichen Tätigkeit» (es geht ja auch gut verständlich auf Deutsch, wirkt halt nicht so kompetent) ausrufen und die Fachgesellschaften ermuntern, entsprechende Veranstaltungen zu planen? Sicher braucht es immer wieder das Gespräch (den Diskurs) über die gute ärztliche Tätigkeit – diese Auseinandersetzung sollte nie aufhören. Demgegenüber birgt aber das neue Label die Gefahr, sich nun auf dem neu erworbenen Label auszuruhen. Was genau bringt das neue Label «responsible practice FMH», was nicht schon in den Statuten der FMH, der kantonalen Ärztesellschaften, der Fachgesellschaften, der kantonalen Verordnungen zur Praxisbewilligung und der guten schweizerischen Gesetzgebung geregelt wäre?

Dr. med. Peter Buess, Basel

Replik zu «Die Guten und die Besseren»

Sehr geehrter Herr Buess

Besten Dank für Ihren Leserbrief und die kritische Auseinandersetzung mit dem Label «responsible practice FMH». Das Label «responsible practice FMH» dient dazu, transparent offenzulegen, dass man die Standesregeln der FMH in der Praxis/Organisation aktiv fördert. Die Standesordnung der FMH basiert auf einer Werthaltung und legt dementsprechende Verhaltensnormen fest, die sowohl für Ärztinnen und Ärzte als auch insbesondere für unsere Patientinnen und Patienten, die Öffentlichkeit, Verwaltung und Politik Verbindlichkeiten schaffen, welche Halt und Sicherheit geben. Diesen Mehrwert will die FMH nun verstärkt sichtbar machen, indem sie mit ihrem Label «responsible practice FMH» auch Organisationen der medizinischen Versorgung die Möglichkeit gibt, sich zur Standesordnung der FMH zu bekennen, auch wenn sich diese Organisationen nicht in ärztlicher Eigentümerschaft befinden und/oder auch ärztliche Nicht-FMH-Mitglieder beschäftigt werden. Über die Vergabe des Labels werden somit die Ärztinnen und Ärzte, die nicht Mitglieder der FMH sind und in diesen Organisationen arbeiten, sowie diese Organisationen selbst verpflichtet, sich an die Standesordnung zu halten.

Freundliche Grüsse

*Dr. med. Christoph Bosshard,
Vizepräsident der FMH,
Departementsverantwortlicher DDQ*

Briefe

Reichen Sie Ihre Leserbriefe rasch und bequem ein. Auf unserer neuen Homepage steht Ihnen dazu ein spezielles Eingabetool 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/

Zum Arztgeheimnis

Brief zu: Papini C, Graf N. Wie reagiere ich auf Auskunftsbegehren der Aufsichtsbehörde? Schweiz Ärztztg. 2021;102(24):799–800

In der SÄZ 24 (2021) kommen drei Juristinnen aufgrund von Bundesgerichtsentscheiden zum Schluss, dass Ärzte gegenüber Aufsichtsbehörden eine Auskunftspflicht haben. Gerade auch im Hinblick auf die aktuelle, erschreckende Entdemokratisierung der Menschheit ist dieses Verdikt des Bundesgerichts beängstigend. Das Arztgeheimnis darf nie und nimmer relativiert werden. Allerdings gilt das Teilen von ärztlichen Befunden mit anderen Ärzten nicht als Verletzung des Arztgeheimnisses. So bleibt den Aufsichtsbehörden unbenommen, Vertrauensärzte zu beauftragen, ob irgendeine ärztliche Massnahme oder Beurteilung wissenschaftlich vertretbar ist. Die Vertrauensärzte sind dann allerdings ebenfalls verpflichtet, das Arztgeheimnis zu respektieren. Die FMH sollte dafür kämpfen, dass Aufsichtsbehörden nicht berechtigt sind, Auskunft über medizinische Befunde zu verlangen, es sei denn, der Patient gäbe ausdrücklich und schriftlich seine Einwilligung dazu. Der Einwand, es gebe dann ja auch noch das Amtsgeheimnis, ist nicht stichhaltig; vom Amtsgeheimnis zum sogenannten «investigativen Journalismus» ist bekanntlich ein Katzensprung.

Dr. med. Werner Niederer, Dotzigen

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.

Mitteilungen

Hanse-Preise 2022

Hanse-Preis für Intensivmedizin 2022

gestiftet von der Fresenius-Stiftung Bad Homburg

Dotation: EUR 5000

Der Gewinner/die Gewinnerin des Hanse-Preises für Intensivmedizin wird in einem Vortragswettbewerb ermittelt. Berücksichtigt werden 2021 publizierte Originalarbeiten (peer reviewed, experimentell oder klinisch, deutsch oder englisch) aus den Bereichen der Intensiv- oder Notfallmedizin.

Hanse-Pflegepreis für die fachpraktische Arbeit 2022

gestiftet von der B. Braun Melsungen AG

Dotation: EUR 2000

Hanse-Pflegepreis für die pflegewissenschaftliche Arbeit 2022

gestiftet

von der Vifor Pharma Deutschland GmbH

Dotation: EUR 2000

Die Gewinner der Hanse-Pflegepreise werden in einem Vortragswettbewerb ermittelt. Berücksichtigt werden veröffentlichte und unveröffentlichte Arbeiten aus den Bereichen

der Intensiv- und Anästhesiepflege (auch Referate/Fach- und Jahresarbeiten im Rahmen der Fachweiterbildung).

Hanse-Förderpreis für Konzepte zur Verbesserung der intensivmedizinischen Versorgungsqualität 2022

gestiftet vom Wissenschaftlichen Verein zur Förderung der klinisch angewendeten Forschung in der Intensivmedizin e.V.

Dotation: EUR 3000

Der Förderpreis wird jährlich für innovative Projekte und Projektvorhaben vergeben, die auf eine nachhaltige Verbesserung der intensivmedizinischen und intensivpflegerischen Versorgungsqualität abzielen. Es werden vorzugsweise Projekte berücksichtigt, die anerkannte Instrumente des Qualitätsmanagements (PDCA-Zyklen) verwenden.

Hanse-Promotionspreis für klinische und experimentelle Forschung in der Intensiv- und Notfallmedizin 2022

gestiftet

von Achim Schulz-Lauterbach VMP GmbH

Dotation: je EUR 2000

Prämiert wird jeweils eine Promotionsarbeit aus den Bereichen Intensivmedizin oder

Notfallmedizin aus den Jahren 2020 und 2021 (Datum der Promotionsurkunde). Die Preisträger erhalten die Gelegenheit, ihre Arbeiten auf dem 32. Symposium 2022 vorzustellen.

Hanse-Habilitationspreis 2022

gestiftet

von der CytoSorbents Europe GmbH

Dotation: EUR 10 000

Ausgezeichnet werden bereits angenommene Habilitationsarbeiten aus den Jahren 2020 und 2021 (Datum der Habilitationsurkunde). Der Preisträger oder die Preisträgerin wird auf dem 32. Symposium 2022 vorgestellt und im Folgejahr als Referent oder Referentin zu einem Thema im Kontext der ausgezeichneten Habilitationsschrift eingeladen.

Einsendeschluss für alle Preise: 15. Dezember 2021 als PDF an: kontakt[at]wivim.org

Weitere Informationen finden Sie unter: wivim.org/preise

Auskünfte erteilt:

WIVIM e.V. Geschäftsstelle

Sandra Eylers

Sögestr. 48, DE-28195 Bremen

Tel.: +49 30729820

E-Mail: [Eylers.sandra\[at\]wivim.org](mailto:Eylers.sandra[at]wivim.org)

Aktuelle Themen auf unserer Website

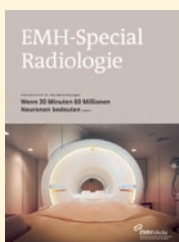
www.saez.ch → Tour d'horizon



Interview mit Prof. Dr. med. Maria Wertli, Präsidentin Qualitätskommission der Schweizerischen Gesellschaft für Allgemeine Innere Medizin (SGAIM)

Qualitätsindikatoren – Nutzen und Grenzen

Die Qualitätskommission der SGAIM präsentiert erstmals die neuen Qualitätsindikatoren für die stationäre Behandlung.



Editorial von Sandra Ziegler, Geschäftsführerin EMH Schweizerischer Ärzteverlag

EMH-Special: eine neue Publikationsreihe

Spannende Berichte, wertvolle Inputs für den Praxisalltag und Erfahrungsaustausch – dies sind die wichtigsten Eckpunkte der neuen Publikationsreihe «EMH-Special».



Seminare / Séminaires / Seminari

Praxiseröffnung/-übernahme

Zielgruppe: Ärztinnen und Ärzte, die vor einer Praxiseröffnung (Einzel-/Gruppenpraxis), dem Einstieg in eine Gruppenpraxis oder vor einer Praxisübernahme stehen.

Themen

- **Bewilligungen/Berufspflichten** (Praxisbewilligung, Zulassung zur Sozialversicherung)
- **Gesellschaftsformen/Ehe- und Erbrecht** (Vertragswesen, Privat-/Geschäftsvermögen, Güterstand, Erbschaftsplanung)
- **Finanzierung der Arztpraxis** (Businessplan, Kredite, Absicherungsmöglichkeiten)
- **Versicherungen/Vorsorge/Vermögen** (Personen- und Sachversicherungen, Vorsorgeplanung)
- **Praxisadministration** (Leistungserfassungs- und Abrechnungssysteme)
- **Bewertung einer Arztpraxis** (Inventarwert und Goodwill als Verhandlungsbasis)
- **Praxiseinrichtung** (Inneneinrichtung, Kostenberechnung)

Daten

K04	Mittwoch, 1. September 2021 9.00–16.30 Uhr	Zürich Volkshaus
K05	Donnerstag, 4. November 2021 9.00–16.30 Uhr	Basel Hotel Victoria

Praxisübergabe/-aufgabe

Zielgruppe: Ärztinnen und Ärzte, die ihre Praxis an einen Partner oder Nachfolger übergeben oder liquidieren wollen. Idealtermin: 5–10 Jahre vor geplanter Übergabe oder allfälliger Liquidation (aus steuerrechtlichen und vorsorgeplanerischen Gründen).

Themen

- **Praxispartner- oder Nachfolgesuche** (projektorientiertes Vorgehen in der Nachfolgeplanung)
- **Juristische Aspekte** (Praxisübergabevertrag, allg. Vertragswesen, Übergabe der Krankengeschichten)
- **Bewertung einer Arztpraxis** (Inventarwert und Goodwill als Verhandlungsbasis)
- **Versicherungen/Vorsorge/Vermögen** (Übergabe/Auflösung von Versicherungsverträgen, Pensions- und Finanzplanung)
- **Steuern** (Steueraspekte bei der Praxisübergabe oder Liquidation: Optimierung der steuerlichen Auswirkungen, Liquidations- und Grundstücksgewinnsteuer)

Daten

K09	Donnerstag, 23. September 2021 13.30–18.00 Uhr	Zürich Volkshaus
K10	Donnerstag, 11. November 2021 13.30–18.00 Uhr	Basel Hotel Victoria

Praxiscomputer-Workshop

Zielgruppe: Ärztinnen und Ärzte, die vor einer Praxiseröffnung oder Praxisübernahme stehen oder bereits praxistätig sind.

Themen

- **Anforderungen** an ein Praxisinformationssystem (Einführung)
- **Evaluationsprozess** (projektorientiertes Vorgehen in der Evaluation eines Praxisinformationssystems)
- Präsentation von **sieben führenden Praxisinformationssystemen** (Leistungserfassung, Abrechnen, Agenda, Statistik, Geräteeinbindung, Krankengeschichte, Finanzbuchhaltung usw.)

Daten

K14	Donnerstag, 24. Juni 2021 13.15–17.45 Uhr	Bern Stade de Suisse
K13	Mittwoch, 15. September 2021 13.15–17.45 Uhr	Zürich Technopark
K15	Donnerstag, 18. November 2021 13.15–17.45 Uhr	Olten Stadttheater

Röntgen in der Arztpraxis

Zielgruppe: Ärztinnen und Ärzte, die vor einer Praxiseröffnung oder Praxisübernahme stehen oder bereits praxistätig sind.

Themen

- **Rentabilität Röntgen** in der Arztpraxis
- **Evaluation und Beschaffung** neuer oder gebrauchter Anlagen
- Möglichkeiten der **Umrüstung** von analogen zu digitalen Anlagen
- Vor- und Nachteile analoger und digitaler Systeme
- **Komplette Marktübersicht** mit Preisen und Leistungskomponenten

Datum

K16	Donnerstag, 26. August 2021 9.30–16.00 Uhr	Niederscherli digitalXray AG
------------	--	---------------------------------

Ouverture et reprise d'un cabinet médical

Groupe cible: Médecins sur le point d'ouvrir un cabinet médical (individuel ou de groupe), de joindre un cabinet de groupe ou de reprendre un cabinet existant.

Contenu

- **Aspects juridiques** (contrats en général, autorisations, admission à pratiquer à la charge de l'assurance sociale, dossier patients, droit du travail, formes juridiques, droit matrimonial et le droit successoral)
- **Business plan/passage du statut de salarié à celui d'indépendant** (préparation du plan de financement, les financements, comptabilité, fiscalité, TVA)
- **Lieu d'implantation et aménagement** (implantation, projet et concept d'aménagement, choix du mobilier et des matériaux)
- **Estimation d'un cabinet** (processus d'une estimation, inventaire et goodwill, recommandations)
- **Administration d'un cabinet médical** (facturation)
- **Assurances** (questions d'assurances et de prévoyance)

Dates

K22	Jeudi 2 septembre 2021 13h30–18h30	Lausanne World Trade Center
K23	Jeudi 4 novembre 2021 13h30–18h30	Genève Crowne Plaza

Remise et cessation d'un cabinet médical

Groupe cible: Médecins désirant remettre un cabinet médical à un associé ou à un successeur ou qui doivent fermer leur cabinet médical. Idéalement 5–10 ans avant la remise prévue (pour des questions de taxation et prévoyance).

Contenu

- **Aspects juridiques** (contrats en général, dossiers patients, autorisations)
- **Estimation d'un cabinet et remise du cabinet** (calcul de l'inventaire et du goodwill comme base de négociation, recherche de succession, recommandations)
- **Assurances/prévoyance/patrimoine** (remise/réconciliation des contrats d'assurances, formes de prévoyance, planification de la retraite et des finances)
- **Conséquences fiscales d'une remise ou d'une cessation** (optimisation de l'impact fiscale lors d'une remise/cessation, impôt sur les bénéfices et gains immobiliers, détermination de la date optimale pour la remise/cessation)

Date

K25	Jeudi 11 novembre 2021 13h30–18h30	Genève Crowne Plaza
------------	--	------------------------

Apertura e rilevamento di uno studio medico

Gruppo destinatario: Medici in procinto di aprire o di rilevare uno studio medico.

Contenuto

- **Business plan** (preparazione del piano di finanziamento e del credito d'esercizio, prestito bancario)
- **Pianificazione** (insediamento, progetto e pianificazione, mobilio, budget)
- **Valutazione di uno studio medico** (inventario e goodwill)
- **Amministrazione di uno studio medico** (interna allo studio, rapporti con la banca)
- **Assicurazioni** (tutte le assicurazioni necessarie interne ed esterne allo studio)
- **Passaggio dallo stato di dipendente a quello di indipendente**
- **Fiscalità**

Data

K51	Mercoledì 13 ottobre 2021 dalle 16.00 alle 18.00	Chiasso FMH Services (Consulting)
------------	--	---

Anmeldung/
Inscription/
Registrazione

www.fmhservices.ch





Stellen-, Praxen-, Markt-Plattform

| Einfach
anbieten und
finden



Stellen,
Praxen und
Artikel
fmhjob.ch

Ob Stelle im Gesundheitswesen,
Praxis, Praxispartner oder Artikel
Hier werden Sie fündig

- Zahlreiche Jobs und Praxen in der ganzen Schweiz
- Top Arbeitgeber
- Führende Schweizer Plattform im Gesundheitswesen für Stellen, Praxen und Artikel

CONSULTING

FMH Consulting Services AG
Burghöhe 1
6208 Oberkirch
Tel. 041 925 00 77
mail@fmhconsulting.ch
www.fmhconsulting.ch





Die Angst vor der Fehldiagnose

Patrick Stach^a, Adrian Vogler^b

^a Dr. iur., Rechtsanwalt und Notar, St. Gallen; ^b M.A. Recht HSG, St. Gallen

Zeit- und Kostendruck, Müdigkeit, Unachtsamkeit oder schlicht fehlendes Wissen – die Gründe für eine Fehldiagnose sind vielfältig. In welchen Fällen aber haftet die Ärztin, der Arzt für eine fehlerhafte Diagnose?

Ein Patient begibt sich mit starken Kopfschmerzen, Übelkeit, Erbrechen und Bauchschmerzen im epigastrischen Bereich in die Notaufnahme des Kantonsspitals Freiburg. Der diensthabende Assistenzarzt führt eine neurologische Untersuchung durch, bei der auch nach

Ein solches Horrorszenerario hat Folgen für den Patienten und belastet den Arzt, der die Fehldiagnose stellte.

Anzeichen einer Hirnhautentzündung gesucht wird. In der Folge kommt er zum Schluss, dass es sich lediglich um eine Grippe handelt, und verabreicht dem Patienten Schmerzmittel. Schliesslich schickt er den Patienten auf dessen Wunsch nach Hause. Drei Stunden später wird der Patient wieder ins Krankenhaus eingeliefert, wo eine Pneumokokken-Meningitis festgestellt und mit Antibiotika behandelt wird. Der Krankheitsverlauf ist durch

schwere neurologische und kardiovaskuläre Komplikationen gekennzeichnet, die eine langwierige Reanimation erfordern. Der Patient erwacht sechs Tage später aus dem Koma und ist beidseitig, aufgrund einer Schädigung der Innenohren, total taub [1].

Ein solches Horrorszenerario zieht nicht nur Folgen für den Patienten mit sich, sondern belastet auch den (Assistenz-)Arzt, der die Fehldiagnose stellte. Nachfolgend sollen jedoch nicht die physischen und psychischen Folgen eines Diagnosefehlers beleuchtet werden, sondern die haftpflichtrechtlichen.

Sorgfaltspflichtverletzung

Das Bundesgericht formuliert die Sorgfaltspflicht des Mediziners wie folgt: «Die Besonderheit der ärztlichen Kunst liegt darin, dass der Arzt mit seinem Wissen und Können auf einen erwünschten Erfolg hinzuwirken

hat, was jedoch nicht heisst, dass er diesen auch herbeiführen oder gar garantieren müsse» [2]. Wesentlich ist folglich, dass der Behandelnde nach den Regeln der ärztlichen Kunst (*lege artis*) handelt.

Der Arzt ist deshalb nicht dazu verpflichtet, eine korrekte Diagnose zu erstellen. Er ist lediglich dazu verpflichtet, seine Diagnose auf Ergebnisse zu stützen, die *lege artis* erhoben wurden. Dies bedeutet nicht, dass sämtliche zur Verfügung stehende Untersuchungsmethoden ausgeschöpft werden müssen, bevor eine Diagnose gestellt werden kann. Vielmehr muss der Mediziner sämtliche Untersuchungen vornehmen, die nach den Umständen *geboten* sind. Ergeben sich aufgrund der Untersuchungsergebnisse mehrdeutige Krankheitsbilder, muss der Arzt diese durch weitere Erhebungen aufklären.

Ein bundesgerichtlicher Entscheid aus dem Jahr 2003 [3] bejahte die Sorgfaltspflichtverletzung eines Notfallarztes, welcher, gestützt auf die wahrheitswidrigen Aussagen eines Unfallzeugen ein schweres Schädel-Hirn-Trauma übersah resp. nicht danach gesucht hatte. Der schwer alkoholisierte Patient liess sich von seinem Freund mit einem Motorroller bei 30 km/h auf einem Rollbrett ziehen. Nach dem Sturz blieb der Patient regungslos auf der Strasse liegen. Dem behan-

Nicht sämtliche Untersuchungsmethoden müssen ausgeschöpft werden, sondern jene, die nach den Umständen geboten sind.

delnden Arzt berichtete der Freund, er habe den Patienten zu Fuss gestossen und dieser habe weder sein Bewusstsein verloren noch sei er mit dem Kopf auf dem Boden aufgeschlagen. Gemäss Formular 144 ergab die Prüfung des Bewusstseinszustands durch den Rettungsdienst einen Wert von 13 auf der Glasgow Coma Scale. Nach Dafürhalten des Bundesgerichts hat der verantwortliche Arzt nicht sämtliche gebotenen Untersuchungen am Patienten durchgeführt, da er sich nicht auf die Schilderungen des Friends verlassen durfte, und sprach den Arzt der fahrlässigen schweren Körperverletzung schuldig.

Die Regeln der wissenschaftlichen Kunst

Das Bundesgericht anerkennt, dass die Beurteilung der Sorgfaltspflichtverletzung *ex ante* erfolgen muss. Ausschlaggebend ist somit nicht die nachträgliche Betrachtung der Behandlung, sondern die Überlegung, wie eine Durchschnittsperson derselben Berufsgattung zu jenem Zeitpunkt gehandelt hätte. Zu beachten sind Faktoren wie der zeitliche Entscheidungsdruck

oder der Stand der Wissenschaft zum Zeitpunkt der Entscheidung.

Im Jahr 1938 [4] sprach das Bundesgericht einen Landarzt frei, welcher einem unter Alkoholeinfluss schwer erregten Passanten Beruhigungsmittel verabreichte, der in der Folge verstarb. Der Patient wurde nachts mit Hilfe von sieben Mann in das Sprechzimmer des Arztes verbracht. Dort wurden ihm unter anderem das opiumhaltige Pantopon, Chloralhydrat und Scopolamin verabreicht.

Das Gericht stellte an den Landarzt nicht die gleichen Anforderungen wie an einen Spezialisten.

Die Angehörigen des Patienten warfen dem Arzt später unter anderem vor, er habe bereits bei der Diagnose einen Fehler gemacht. Dem folgte das Gericht nicht und stützte das Urteil auf dem Expertenbefund, welcher auf einen pathologischen Rausch schloss. Interessant ist auch, dass das Gericht dem Landarzt nicht vorwarf, dass er neueste medizinische Kenntnisse nicht beachtet hatte, wonach die Einzelwirkung von Medikamenten potenziert wird, wenn sie verschiedene Angriffspunkte haben. Es anerkannte zwar die Pflicht des Arztes, sich stetig fortzubilden, stellte an den Landarzt jedoch nicht die gleichen Anforderungen wie an einen Spezialisten. Dies gilt nicht nur bei der Behandlung von Krankheitsbildern, sondern auch bei Diagnosen. Davon abzugrenzen ist die Pflicht, den Patienten an einen Spezialisten resp. ein Krankenhaus weiterzuweisen, wenn die Gerätschaften oder das Know-how zur Stellung einer definitiven Diagnose fehlt. So ging das Bundesgericht nicht auf das Argument eines Hausarztes ein, welcher eine Aortendissektion nicht feststellen konnte, da ihm als Allgemeinpraktiker die Infrastruktur zur Diagnose nicht zur Verfügung stehe. Vielmehr sei gemäss Bundesgericht zu überprüfen, ob nicht die unterlassene notfallmässige Einweisung in ein Spital eine Sorgfaltspflichtverletzung darstelle [5].

Natürlicher und adäquater Kausalzusammenhang

Ein einfacher Kausalzusammenhang zwischen der Sorgfaltspflichtverletzung und dem Schaden allein genügt nicht, um die Haftung des Arztes zu begründen. Vielmehr muss der Diagnosefehler nach dem gewöhnlichen Lauf der Dinge und der allgemeinen Lebenserfahrung dazu geeignet sein, den Schaden herbeizuführen [6]. Die Adäquanz des Kausalzusammenhangs beschränkt die ärztliche Haftpflicht auf Schadensfolgen, welche zum Zeitpunkt der Behandlung

vorhersehbar waren. Da der medizinische Tätigkeitsbereich ohnehin gefahrenbehaftet ist, soll durch die Voraussetzung der Adäquanz die Haftung aufgrund von seltenen und unwahrscheinlichen Folgen ausgeschlossen werden.

So wurde der adäquate Kausalzusammenhang beispielsweise verneint, als ein Patient infolge einer Augenoperation zur Korrektur einer leichten Kurzsichtigkeit einen körperlichen Schaden in Form eines erheblichen Abfalls der Sehschärfe und der Wahrnehmung von Lichthöfen erlitt. Das ärztliche Gutachten kam zum Schluss, dass die Komplikationen, welche beim Patienten auftraten, so selten waren, dass kein vergleichbarer Fall in der Literatur gefunden werden konnte [7].

Fehldiagnose oder Diagnosefehler?

Nicht jede Fehldiagnose ist auch als Diagnosefehler zu werten und führt zur Arzthaftung. Ausschlaggebend in diesem Bereich ist, dass der behandelnde Arzt nach allen Regeln der Kunst gehandelt hat. Die Beurteilung der Handlung muss dabei aus dem Blickwinkel einer Durchschnittsperson derselben Berufsgattung zum Zeitpunkt des Diagnosefehlers erfolgen. Beachtet werden insbesondere der zeitliche Druck und der Stand der Wissenschaft zum Zeitpunkt der Diagnose. Es empfiehlt sich aus rechtlicher Sicht des-

halb, trotz des hohen Arbeitspensums dort mit einer voreiligen Diagnose zuzuwarten, wo die Zeit nicht drängt. Obwohl einem Arzt nicht zugemutet werden kann, sämtliche ihm zur Verfügung stehenden Untersuchungsmethoden auszuschöpfen, erfordern

Schliesslich sollte man im Zweifelsfall nicht zögern, auch mal einen Kollegen zu konsultieren.

mehrdeutige Krankheitsbilder dennoch weitere Abklärungen und wo diese nicht möglich sind, eine Einweisung in ein Spital. Es empfiehlt sich, die Diagnose auf eine breite Wissensbasis abzustützen und zu dokumentieren, aufgrund welcher Symptome sie gestellt wurde. Schliesslich sollte man im Zweifelsfall nicht zögern, auch mal einen Kollegen zu konsultieren.

Literatur

- 1 Vgl. Urteil VerwGer FR vom 12.2.2006 (1A 02 39).
- 2 BGE 116 II 519, E. 3. a).
- 3 BGE 6S.127/2003/kra.
- 4 BGE 64 II 200.
- 5 BGer 1B_362/2016.
- 6 Statt vieler: BGE IV 237, E. 1.5.2.
- 7 BGer 6B_733/2010.

Bildnachweis

Robert Kneschke | Dreamstime.com

Das Wichtigste in Kürze

- Wesentlich zur Beurteilung, ob es sich um einen Diagnosefehler handelt, ist die Frage, wie eine Durchschnittsperson derselben Berufsgattung unter denselben Umständen vorgegangen wäre.
- Der Arzt ist nicht verpflichtet, sämtliche Untersuchungsmethoden auszuschöpfen, sondern nur jene, die nach den Umständen geboten sind.
- Das Nichtvorhandensein von Gerätschaft und Fachwissen kann eine Verpflichtung begründen, den Patienten an einen geeigneten Spezialisten oder das Spital zu überweisen.

L'essentiel en bref

- Il est essentiel de savoir comment une personne moyenne de la même profession aurait procédé dans les mêmes circonstances pour évaluer s'il s'agit d'une erreur de diagnostic.
- Le médecin n'est pas tenu d'épuiser toutes les options d'examen, mais seulement celles exigées par les circonstances.
- L'absence d'équipement et d'expertise peut donner lieu à l'obligation d'adresser le patient à un spécialiste approprié ou à l'hôpital.



Interview mit Sophie Pautex, Palliativmedizinerin, Genf

«Wir werden stärker wahrgenommen als vor Corona»

Fabienne Hohl

Texterin

In dieser Serie werden Medizinerinnen und Mediziner vorgestellt, die aussergewöhnliche Berufsrichtungen eingeschlagen haben. Im aktuellen Beitrag gibt Sophie Pautex Auskunft über ihr Wirken als Leiterin des Service de médecine palliative an den Hôpitaux universitaires de Genève (HUG).

Was ist für Sie als Palliativmedizinerin ein guter Tod?

Wenn jemand so stirbt, wie er oder sie sich das gewünscht hat. Das ist vielleicht nicht immer so, wie wir Pflegenden das möchten, aber das müssen wir akzeptieren. Es gibt Menschen, die Schmerzen in Kauf nehmen, um bis zum Schluss mit ihren Angehörigen sprechen zu können. Oder auch solche, die allein zu Hause sterben möchten.

Hätten Sie als Studentin je gedacht, dass Sie in der Palliative Care arbeiten würden?

Nein, nie. Wir studieren ja Medizin, damit wir Kranken helfen können, gesund zu werden – an der Universität denkt man nicht daran, dass man auch sterbende Patienten betreuen wird. Ich hatte gute Voraussetzungen für die Palliativmedizin, weil mich interdisziplinäre Arbeit interessiert und ich mich immer gerne um ältere Patientinnen und Patienten gekümmert habe. Nach einigen Monaten Erfahrung in der Palliativmedizin ergriff ich 1999 die Gelegenheit, in den neu gegründeten mobilen Teams der Palliative Care mitzuarbeiten, die

Zur Person



Name:

Prof. Dr. Dr. med. Sophie Pautex

Alter: 54

Als Palliativmedizinerin tätig seit:
1999

Arbeitsort:

Hôpitaux universitaires de Genève

Ausbildung:

Fachärztin für Allgemeine Innere Medizin und Schwerpunkte Geriatrie sowie Palliativmedizin

auch in den anderen Abteilungen der HUG, in den Altersheimen und bei den Patienten zu Hause beraten und pflegen – und bin dabei geblieben.

Was motiviert Sie für Ihre tägliche Aufgaben?

Dass wir so viel für die Lebensqualität der Patientinnen tun können, ganz anders als noch vor zwanzig Jahren. Damals gab es viel weniger Schmerztherapie und Medikamente – heute gehört das Schmerzassessment

dazu, genauso wie das kontinuierliche Gespräch mit den Patienten: Wir möchten wissen, was ihnen wichtig ist, was für sie Lebensqualität bedeutet, und können so meistens gemeinsam zu Entscheidungen kommen. Ferner macht mir das Unterrichten der jungen Kolleginnen und Kollegen grosse Freude.

Was hat sich in den letzten zwanzig Jahren in der Palliative Care Wesentliches verändert?

Mit dem medizinischen Fortschritt ist auch der Wunsch der Patientinnen und Patienten gewachsen, die therapeutischen Mittel möglichst auszuschöpfen. Vor zwanzig Jahren sagten die Fachärzte irgendwann, dass sie nicht mehr tun könnten, worauf die Palliativmedizin zum Einsatz kam. Heute gibt es immer noch etwas Neues, das man probieren kann, beispielsweise



Sophie Pautex unterwegs in der Abteilung für Palliativmedizin an den Hôpitaux universitaires de Genève.

die Immuntherapie in der Onkologie. Deshalb arbeiten wir auch stärker fachübergreifend zusammen. Im Idealfall sehen wir die Patientinnen schon sehr früh ein erstes Mal, beispielsweise, um die Patientenverfügung zu besprechen, und dann vielleicht Wochen oder Monate nicht mehr. Des Weiteren ist heute auch die Forschung viel wichtiger als zu meinen Anfängen in der Palliativmedizin.

Bitte erklären Sie.

Die Palliative Care will heute evidenzbasiert zeigen können, dass wir keine medizinische Massnahme durchführen, weil wir es immer so gemacht haben, sondern weil es den Patientinnen und Patienten hilft. Deshalb versuche ich, Forschungsprojekte voranzutreiben und zu unterstützen, auch im Rahmen meines Engagements für die Fachgesellschaft palliative.ch. Eine besondere Eigenschaft der Palliative Care ist ihre Interdisziplinarität. Dies muss die Forschung ebenfalls berücksichtigen: Wir betreuen ja nicht nur ältere Menschen, sondern haben auch jüngere Patientinnen und Patienten. Diese haben auch andere Diagnosen als Krebs, wie er bei älteren Menschen häufig ist, beispielsweise kardiologische oder pneumologische.

Wie erleben Sie die interdisziplinäre Zusammenarbeit?

Generell gut und immer besser. Wir arbeiten mit fast allen anderen Disziplinen zusammen. Gerade die jungen Ärztinnen und Ärzte kennen die Palliative Care durch ihre Ausbildung und wissen, dass wir sie beraten und unterstützen können. Doch es gibt auch Kollegen, oft ältere, die das nicht wünschen. Ihnen fällt es schwer, sich mit Palliative Care auseinanderzusetzen und sie als Option für ihre Patientinnen und Patienten in Betracht zu ziehen. Aber wenn Sie doch einmal eine gute Erfahrung mit uns machen, geht es das nächste Mal schon besser.

Wie kann ich mir Ihren typischen Arbeitstag als Leiterin des Service de médecine palliative an den HUG vorstellen?

(lacht) Es gibt keinen typischen Arbeitstag für mich, ich tue jeden Tag hundert Dinge! Ich versuche, die Patienten zweimal pro Woche zu sehen und mindestens einmal pro Woche für die Kolleginnen da zu sein und zu hören, was die aktuellen Fragen sind. Da unsere 36 Betten auf zwei Abteilungen stehen und wir auch vier mobile Teams haben, ist dies gar nicht so einfach. Dann gibt es natürlich Weiter- und Fortbildungen sowie wöchentlich zwei bis sechs Stunden Lehre für die Medizinstudierenden. Neben der Forschung bin ich zudem im Kanton Genf aktiv, um die Palliative Care

auch ausserhalb des Spitals besser zu etablieren. Besonders die Pflegeorganisationen oder bei den Grundversorgenden, aber auch in der Bevölkerung, zum Beispiel am Palliative Care Day, der dieses Jahr am 10. Oktober stattfindet.

Warum ist dies wichtig?

Wir brauchen, zumindest im Kanton Genf, keine weiteren Palliativbetten und nicht nur spezialisierte Palliative Care. Was wir für die sechs- bis siebentausend Menschen brauchen, die hier jährlich palliativmedizinische Betreuung benötigen, sind Pflegende sowie Ärztinnen und Ärzte aller Disziplinen, die grundlegende Kompetenzen in Palliative Care besitzen. Dies wird die Art und Weise, wie wir uns in der Praxis und im Spital um unsere Patienten kümmern, stark verändern: Wir werden früher wissen, wer Palliative Care benötigt, die Bedürfnisse der Kranken besser klären können und so imstande sein, die bestmögliche Betreuung gemeinsam mit allen Beteiligten zu planen.

Sind Sie häufig mit Sterbebegleitung konfrontiert?

Tatsächlich sind viele Patientinnen und Patienten Mitglied einer Sterbehilfeorganisation. Viele nehmen die Möglichkeit als beruhigend wahr, aus dem Leben scheiden zu können, wenn sie ihr Leben nicht mehr als lebenswert empfinden. Bis zum Suizid gehen aber nur wenige, ungefähr drei bis vier Prozent der Patientinnen und Patienten. Das könnte daran liegen, dass Palliative Care viele krankheitsbedingte Leiden stark lindern kann.

Wie gehen Sie mit den schwierigen Seiten Ihres Berufes um?

Wenn ich Patienten in meinem Alter sehe, ist das noch heute schwierig für mich. Ich sage mir dann, dass ich das selbst sein könnte, die in diesem Bett liegt und vielleicht noch sechs Monate zu leben hat. Deswegen versuche ich, das Leben bewusst zu geniessen. Es ist oft auch hart mitanzusehen, wie furchtbar müde und überfordert die Angehörigen sind. Wir tun natürlich unser Bestes, um sie in der Pflege zu entlasten, wir versuchen immer, einen Weg zu finden, der allen Betroffenen hilft. Manchmal können wir etwa schwer kranke Patientinnen und Patienten zwar stationär betreuen, sie aber doch ab und zu einen Tag zu Hause verbringen lassen. Gerade in schwierigen Situationen ist das Team sehr wichtig, um sich auszutauschen, einander zuzu-

Palliative Care

Die Palliative Care umfasst die Betreuung und die Behandlung von Menschen mit unheilbaren, lebensbedrohlichen und/oder chronisch fortschreitenden Krankheiten. Sie wird vorausschauend miteinbezogen, ihr Schwerpunkt liegt aber in der Zeit, in der Heilung als nicht mehr möglich erachtet wird und kein therapeutisches Ziel mehr ist. Die Palliative Care will Patientinnen und Patienten eine optimale Lebensqualität bis zum Tode ermöglichen und ihre Angehörigen angemessen unterstützen. Sie antizipiert und lindert Symptome, Leiden und Komplikationen und schliesst medizinische Behandlungen, pflegerische Interventionen sowie psychologische, soziale und spirituelle Unterstützung mit ein. Die Palliative Care erfolgt, soweit dies möglich ist, an einem vom kranken oder sterbenden Menschen gewünschten Ort. Vernetzte Versorgungsstrukturen ermöglichen eine kontinuierliche Behandlung und Betreuung.

Weitere Informationen: www.palliative.ch

hören, vielleicht auch die Bestätigung zu erhalten, die richtige Entscheidung getroffen zu haben.

Wie hat Corona Ihre Arbeit verändert?

Sehr stark. Ich musste mir unter katastrophenmedizinischer Perspektive das erste Mal in 30 Berufsjahren die Frage stellen, was das Minimum an palliativer Pflege ist. Dadurch haben wir die Palliative Care ganz anders denken gelernt. Natürlich haben wir unheimlich viel und mit sehr vielen Kolleginnen und Kollegen zusammengearbeitet und gemeinsam Patienten und Angehörige betreut: stationär und in den mobilen Teams, auf der Intensivstation, auf dem Notfall, in der Geriatrie ... Trotz der Unberechenbarkeit dieser Krankheit – wir konnten kaum vorhersehen, wer sterben oder wer sich erholen würde – war dieser riesige Einsatz eine gute Erfahrung: Wir wurden enorm gebraucht und werden dadurch stärker wahrgenommen als vor Corona, im Berufsalltag wie auch politisch. Seit November 2020 verrete ich die Palliative Care nun auch in der nationalen Covid-19 Science Task Force. Insofern war und ist die Pandemie auch eine Chance für unser Fach.

Bildnachweis

Abb. 1: Píksel | Dreamstime.com

Abb. 2 und 3: Sophie Pautex

Haben Sie als Mediziner auch einen aussergewöhnlichen Beruf, den Sie unserer Leserschaft gern vorstellen möchten? Dann freuen wir uns auf Ihr E-Mail an: [redaktion.saez\[at\]jemh.ch](mailto:redaktion.saez[at]jemh.ch)

Risiko in Kinderschuhen

Iris Ritzmann

Prof. Dr. med. et lic. phil., Mitglied der Redaktion Medizingeschichte

«Das Beste für uns Kinder war ein Pedoskop am Ende des Ladens», berichtet der Fotograf Michael Deschamps im Januar 2019 auf seiner Website augenschmaus.athost.de. Das Pedoskop macht durch einen Röntgenapparat das Fuss skelett innerhalb von Schuhen sichtbar. In erster Linie sollte der Apparat Eltern den Kauf von Kinderschuhen erleichtern. Durch die oben ausgeschnittenen Sehöffnungen beurteilten Eltern, Ladenpersonal und das Kind selbst, ob die neuen Modelle genügend Platz für die Zehen liessen. Deschamps erinnert sich, wie sich die älteren Kinder vergnügten, das eigene «Fuss skelett im Röntgenbild tanzen zu sehen». In den 1950er Jahren stand in jedem grösseren Schuhgeschäft ein Pedoskop. Da Kinderfüsse ständig wuchsen, waren in der Regel zahlreiche Besuche im Schuhgeschäft notwendig.

Medizinische Deutung des Alltags

Das gezeigte Objekt wurde in Uelzen von der Firma Wilhelm Altenkirch & Sohn hergestellt und stand über Jahre als Leihgabe im Hamburger Medizinhistorischen Museum, bevor es wieder zurück in die Bestände des Technikmuseums Electrum in Hamburg gelangte. Wie Messungen in den späten 1940er Jahren ergaben, war die Strahlenbelastung durch diese Geräte enorm hoch. Das Pedoskop konnte sich im Rahmen einer immer umfassenderen medizinischen Deutung des Alltags etablieren. Wie die Schweizer Historikerin Monika Dommann in ihrer Geschichte der Röntgenstrahlen von 2003 darlegt, wurde der Schuhkauf mit diesem Apparat zur medizinischen Untersuchung, der Kinder-

fuss zum wissenschaftlichen Objekt. Das Bild der Fussknochen versprach eine Objektivität, die der eigenen Wahrnehmung eines unbequemen Schuhs weit überlegen zu sein schien. Die radiologischen Methoden festigten die Vorstellung einer unverzichtbaren,

Sicherheit versprechenden und hochmodernen Gesundheitstechnologie, was sich parallel in der Präventivmedizin verfolgen lässt, etwa in den Reihendurchleuchtungen bzw. Schirmbildkontrollen der Schulkinder oder routinemässigen radiologischen Uterusuntersuchungen von Schwangeren.

Das eigene «Fuss skelett im Röntgenbild tanzen sehen».

Warum gab es kaum Bedenken gegenüber einer Bestrahlung, die doch hauptsächlich Kinder betraf? Immerhin berichteten nicht nur Fachjournale, sondern auch zahlreiche Medien bereits in den 1920er Jahren ausführlich über die Risiken von Röntgenstrahlen. Das Gefahrenpotenzial schien nicht zum Bild einer hochmodernen Medizin zu passen. Erst zehn Jahre nach dem Abwurf der ersten Atombomben – der Bundesrat diskutierte damals über eine atomare Aufrüstung der Schweiz – erliess das Eidgenössische Gesundheitsamt erste Richtlinien für Strahlenschutz, im Herbst 1963 auch für «Schuhdurchleuchtungsapparate». Dennoch sollte es noch Jahre dauern, bis das Pedoskop verschwand und wieder Langeweile im Schuhgeschäft aufkam.



Bildnachweis

Pedoskop der Firma Wilhelm Altenkirch & Sohn, Uelzen. Sammlung des Museums Electrum, Hamburg. Foto: Iris Ritzmann 2015.

iris.ritzmanna@bluewin.ch



Aline Schuwey-Hayoz (© CNP, service de communication)

HFR: Aline Schuwey-Hayoz, neue Pflegedirektorin

Aline Schuwey-Hayoz wird ab 1. Juli 2021 neue Pflegedirektorin des Freiburger Spitals (HFR) und folgt damit auf Suzanne Horlacher und Jean-François Menoud, welche die Pflegedirektion nach dem Weggang von Catherine Dorogi

Ende 2020 gemeinsam ad interim geleitet hatten. Sie ist derzeit Pflegedirektorin am Centre Neuchâtelois de Psychiatrie (CNP). Bevor die gelernte Pflegefachfrau zum CNP kam, hatte sie die Pflegedienstleitung im Psychiatrie-Departement des Spitals Wallis inne. Aline Schuwey-Hayoz war über zwanzig Jahre in der Pflege tätig, in verschiedenen Funktionen im Spital von Marsens (FR). Zwischen 2008 und 2013 war sie ausserdem Pflegedirektorin des Freiburger Netzwerks für psychische Gesundheit (FNPG). Die gebürtige Freiburgerin hat 2011 an der Hochschule für Wirtschaft Freiburg einen zweisprachigen Executive Master of Business Administration in Integrated Management absolviert. In ihrer neuen Funktion wird sie insbesondere die Einrichtung der zukünftigen Gesundheitszentren im Rahmen der Strategie 2030 des HFR betreuen.

(HFR)

Stadtspital Waid und Triemli: Neue Chefärztin Institut für klinische Pathologie

PD Dr. Sylvia Höller wird am 1. Juli 2021 Chefärztin des Instituts für klinische Pathologie am Stadtspital Waid und Triemli und übernimmt damit die Nachfolge von Prof. Paul Komminoth, der nach langjähriger Tätigkeit am Stadtspital in den Ruhestand geht. PD Dr. Sylvia Höller arbeitet aktuell als Leitende Ärztin auf der Pathologie des Universitätsspitals Zürich (USZ), wo sie seit März 2020 tätig ist. Zuvor arbeitete sie zehn Jahre als Oberärztin am Universitätsspital Basel. Sie zeichnet sich durch breite Erfahrung in der gesamten klinischen Pathologie mit fachlichen Schwerpunkten in der Molekular- und Lungenpathologie aus. Ihr akademischer Leistungsbeleg umfasst Forschungsaktivitäten in der hämatologischen und pädiatrischen Pathologie, der Kopf-/Hals-, der Knochen-/Weichteil- sowie der Lungenpathologie.

(Stadtspital Waid und Triemli)



PD Dr. Sylvia Höller
(© Stadtspital Waid und Triemli)

Universität Bern: Rücktritt von Vizerektor Forschung

Nach über fünf Jahren in der Universitätsleitung tritt Prof. Dr. med. Daniel Candinas als Vizerektor Forschung der Universität Bern per Ende 2021 zurück. Der ordentliche Professor für Chirurgie mit Schwerpunkt Viszeralchirurgie möchte sich vermehrt seinen Aufgaben als medizinischer Leiter des neu geschaffenen medizinischen Bereichs «Abdomen und Metabolismus» am Inselelspital widmen. Er wird sich dieser Aufgabe in Klinik, Entwicklung und Forschung prioritär annehmen. Gleichzeitig führt er als Geschäftsführender Direktor die Universitätsklinik für Viszerale Chirurgie und Medizin am Inselelspital und ist chirurgisch im Bereich der Leber- und Transplantationschirurgie tätig.

(Universität Bern)



Prof. Dr. med. Daniel Candinas
(© Ramon Lehmann)

Insel Gruppe: Steffen Eychmüller als neuer Chefarzt Palliative Care


Prof. Dr. med. Steffen Eychmüller ist neuer Chefarzt Palliative Care am Universitären Zentrum für Palliative Care am Inselelspital. Der ausgewiesene Palliativmediziner setzt sich seit Jahren für eine Stärkung der Palliativmedizin in der Gesundheitsversorgung ein. Er absolvierte sein Medizinstudium von 1981 bis 1987 an der Universität des Saarlandes in Homburg. 1988 erhielt er die ärztliche Approbation und promovierte an derselben Universität im Bereich Darmkrebs. Die Themenschwerpunkte Onkologie, Psychosomatik, Notfallmedizin und damit verbunden die Palliative Care setzte Steffen Eychmüller bereits früh in seiner ärztlichen und akademischen Laufbahn. 1997 erlangte er den Facharztstitel für Innere Medizin, im Jahr 2001 den FMH-Fähigkeitsausweis Psychosomatische Medizin und 2003 den Master in Medical Education. Ab 2006 war er Leitender Arzt am Palliativzentrum des Kantonsospitals St. Gallen und engagierte sich in diversen nationalen Gremien für einen zukunftsgerichteten Umgang mit der Palliative Care. Steffen Eychmüller ist seit 2012 am Inselelspital tätig. Er hat ausserdem an der medizinischen Fakultät der Universität Bern einen CAS Palliative Care aufgebaut. Im April 2021 hat die Universität Bern ihn zum ausserordentlichen Professor für Palliativmedizin gewählt. Es handelt sich dabei um eine neu geschaffene Professur.

(Insel Gruppe)



Prof. Dr. med. Steffen Eychmüller
(© Insel Gruppe)

Transparenz



Blick in die Ewigkeit,
die Grenzenlosigkeit
Ein Tor mit einem Bogen,
aus zwei Fragmenten gebogen
Noch standen wir auf festem Grund
Kein starkes Tor vor Augen stand.
Mit transparentem Schauen
Erscheint ganz klar im blauen,
im weiten Blick, wo Himmel und Meer
sich treffen, zu des Ewigen Ehr.
Und was ist uns verborgen?
Sehen wir auch die Sorgen?
Oder birgt die Zukunft mehr Freude?
können Sorgen und Freude, ja alle beide,
das alles in Ewigkeit sein?
Und gerade das weiss Gott allein
Er hat die Zukunft in Händen
Und wird es auch richtig wenden.
Der Blick durch das zerbrechliche Tor,
macht uns offener als je zuvor.

*Inspiriert von einem Foto von H. Meierhans
Dr. David Künzler, Affoltern am Albis*

Bildnachweis
Dr. med. Hedi
Meierhans, 2020

dkkuenzler[at]
bluewin.ch

Macht und Verantwortung

Prof. Dr. Rouven Porz

Medizinethik und ärztliche Weiterbildung, Insel Gruppe, InseleSpital Bern



«Mit grosser Macht kommt auch grosse Verantwortung.» Dieser Satz hat mich sehr fasziniert, als ich ihn zum ersten Mal gehört habe. Eigentlich ist die Aussage ja klar: Wenn man als einzelne Person über grosse Macht verfügt, dann muss man auch aufpassen, dass man diese Macht gut einsetzt, am besten verantwortungsvoll und zum grössten Wohl von möglichst vielen. Dennoch, ich hatte zuvor nie über den konkreten Zusammenhang zwischen Macht und Verantwortung nachgedacht und fühlte mich von dem Satz inspiriert. Jetzt stammt dieser aber leider nicht aus einem Lehrbuch für Ethik. Vielmehr handelt es sich um ein Zitat aus einem US-amerikanischen Kino-Blockbuster, konkret, aus einem *Spiderman*-Film. Der junge Spiderman realisiert in der Szene zum ersten Mal, über welche Superheldenkräfte er verfügt, und sein alter Onkel erklärt ihm mit diesem Satz, dass er seine neuen Kräfte zum Wohle der Menschheit einsetzen soll. Bleibt für mich die Frage: Wieso steht sowas Hilfreiches eigentlich nicht in einem Medizinethik-Lehrbuch?

Verstehen Sie mich nicht falsch – ich meine das nicht ironisch. Jungen Ärztinnen und Ärzten wird weder im Studium noch in ihrer Assistenzarztzeit erklärt, über welche Macht sie verfügen und in welche Machtstrukturen sie im Gesundheitswesen hineinsozialisiert werden. Dabei muss Macht ja gar nichts Schlechtes sein (siehe oben: *Spiderman*). Diese fehlende Reflexion zum Konzept der Macht ist eigentlich überraschend, wo doch gerade ein Spital ein Ort ist, in dem Machtstrukturen allgegenwärtig sind. Wäre es nicht wichtig, man würde den jungen Ärztinnen und Ärzten genauer erklären, was der Unterschied zwischen struktureller Macht und Gestaltungsmacht ist oder was man sich unter symbolischer Macht vorzustellen hat? Wäre es nicht noch schöner, man würde sie darauf aufmerksam machen, welche Macht sie einmal über Patientinnen und Patienten haben werden und wie sie versuchen könnten, damit verantwortungsvoll umzugehen? Allein der Wissensvorsprung über die Körperfunktionen, über Diagnosen, Therapien und Prävention katapultiert sie in fast jedem zukünftigen Patientengespräch in eine ungefragte – und hoffentlich ungewollte – Machtposition, allein weil sie zum Thema

Krankheit und Gesundheit so viel mehr wissen als die meisten Personen, die vor ihnen sitzen.

Hier ist selbst meine eigene Disziplin, die Medizinethik, ganz schlecht aufgestellt. Auch in der wichtigsten Hintergrundtheorie der klinischen Medizinethik – der sogenannten Vier-Prinzipien-Ethik – ist von Macht eigentlich keine Rede. Die Prinzipienethik gruppiert sich um die Anwendung von vier mittleren Prinzipien, die Ärztinnen und Ärzten helfen sollen, einen Reflexionsprozess in moralisch-herausfordernden Situationen zu strukturieren. Die Rede ist hier von den Prinzipien (i) Respekt vor der Patientenautonomie, (ii) Fürsorge, (iii) Nicht-Schaden und (iv) Gerechtigkeit. Diese berufsethischen Prinzipien schnüren zwar ein ethisches Korsett dazu, in welcher Haltung man seinen Patientinnen und Patienten gegenüber treten soll, sie erlauben aber kaum eine Reflexion zur eigenen Rolle als Arzt oder Ärztin im hierarchischen Machtkontext von Kliniken. Damit bleibt die Medizinethik immer sehr in der einzelnen Patientensituation verhaftet und schafft es in ihren Theorien kaum, institutionelle oder organisatorische Themen zu reflektieren. Etwas mehr Reflexion zum Thema Macht findet sich in den sogenannten *Care Ethics* (manchmal ist hier auch von «Feministischen Zugängen zur Medizinethik» die Rede). Diese *Care Ethics* basieren nämlich gerade nicht auf einem Menschenbild, in dem nur eine vermeintliche Autonomie der Patientinnen und Patienten im Vordergrund steht. Sie beruhen als Theorie vielmehr auf dem Gedanken, dass es gar keine reine Autonomie gibt und dass unsere gegenseitigen Beziehungen und Abhängigkeiten immer mitbedacht werden müssen. Deshalb haben die *Care Ethics* auch eine dezidiertere Meinung zur Macht: Macht muss benannt, reflektiert und mitgedacht werden, denn immer, wenn Menschen um einen Tisch zusammensitzen, kommen die einzelnen an den Tisch mit Machtansprüchen und Machtinteressen, sei dies bewusst oder unbewusst. Es bleibt für mich als Schlussfolgerung: Solche Zusammenhänge sollten wir unseren Studierenden und jungen Ärztinnen und Ärzten mehr mit auf den Weg geben. Es kann ja auch nicht sein, dass sie dies in *Spiderman*-Filmen lernen müssen.

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



www.annahartmann.net