

# Schweizerische Ärztezeitung

**905** Editorial  
von Carlos B. Quinto  
**Sommerpause?**

**911** SGAIM  
**Gegen die zunehmende  
Ökonomisierung der Medizin**

**940** «Zu guter Letzt»  
von Eberhard Wolff  
**Über die störenden  
Angehörigen**

27-28 7.7.2021



**906** Covid-19-Pandemie  
**Wirtschaftliche Bedrohung  
für Arztpraxen**



Offizielles Organ der FMH und der FMH Services [www.saez.ch](http://www.saez.ch)  
Organe officiel de la FMH et de FMH Services [www.bullmed.ch](http://www.bullmed.ch)  
Bollettino ufficiale della FMH e del FMH Services  
Organ uffical da la FMH e da la FMH Services



**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: Carlos B. Quinto

905 **Sommerpause?**

906

AKTUELL: Frédéric Clausen, Esther Kraft

**Die Auswirkungen der Covid-19-Pandemie auf die Arztpraxen** Die Arztpraxen waren im Jahr 2020 von der Covid-19-Pandemie massiv betroffen. Das zeigen die Ergebnisse der jüngsten «Erhebung Strukturdaten Arztpraxen und ambulante Zentren» durch das Bundesamt für Statistik. Jede zweite Praxis musste zwischen Mitte März und Ende April ihre Tätigkeit reduzieren oder einstellen und konnte auch zwischen Mai und Oktober nicht zum normalen Betrieb zurückkehren. Ein Drittel der Praxen hat auf Kurzarbeitsentschädigung zurückgegriffen.

910 **Personalien****Organisationen der Ärzteschaft**

SGAIM: Drahomir Aujesky, Regula Capaul

911 **Gegen die zunehmende Ökonomisierung der Medizin****Weitere Organisationen und Institutionen**

MILITÄRÄRZTLICHER DIENST: Brian Martin, Eva Martin-Diener, Pirmin Schmid, Thomas Bühler, Andreas Stettbacher

915 **Durchseuchung, Durchimpfung und Risiko nach Alter für Covid-19**

SAMW: Michelle Salathé

921 **Richtlinien «Reanimationsentscheidungen» aktualisiert****Briefe / Mitteilungen**924 **Briefe an die SÄZ**926 **Facharztprüfungen / Mitteilungen**



## FMH Services



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

## Tribüne

DISKUSSION: Dominik Moser

934 **Die Balance von Autonomie und gemeinsamen Zielen**

## Horizonte

SCHAUFENSTER: Jürg Kesselring

937 **Lehren des leeren Schädels**

KUNST: Bernhard Weidmann

938 **Kunstaussstellung der Schweizer Ärzte 2021**

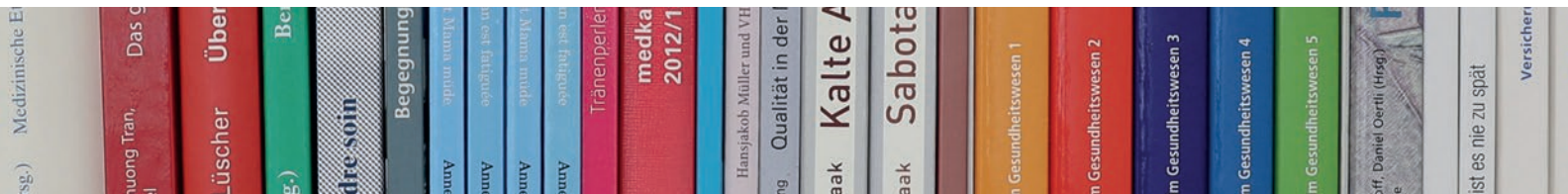
## Zu guter Letzt

Eberhard Wolff

940 **Über die störenden Angehörigen**

HUBER

OH



## Stöbern Sie in unserem neuen Online-Shop!

Entdecken Sie unser Angebot an Fachbüchern, Kriminalromanen oder Kinderbüchern.

[shop.emh.ch](http://shop.emh.ch)



Scan this!



### 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:  
© Ashkan Forouzani / Unsplash

# Sommerpause?

**Carlos B. Quinto**

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



Mehrere Themen werden uns über die verdiente Sommerpause hinaus beschäftigen. Eines davon ist sicherlich COVID. Das Virus hat sich im Jahr 2020 in der Rangliste der wichtigsten einzelnen modifizierbaren Todesursachen in unserem Land auf Platz 2 hinter Tabak eingereiht. Wie viele Ressourcen unseres Gesundheitswesens und Sozialversicherungssystems zukünftig durch Long COVID beansprucht werden, lässt sich noch nicht abschätzen. Alle Ansteckungen, die während der Ausübung der beruflichen Tätigkeit erfolgen, insbesondere im Gesundheitswesen, sind als Berufskrankheit zu bewerten. Dies umso mehr, als dass Evaluationsberichte über das Jahr 2020 zeigen, dass Schutzmaterial fehlte und Desinfektionsmittel knapp waren, auch weil der nationale Pandemieplan von 2018 von vielen Adressaten nicht gelesen oder nicht befolgt wurde. Zu oft steht heute eine kurzfristige Kostensicht im Vordergrund.

Durch diese Einsparungen entstandene Folgekosten, die zusätzlich verursachten Krankheits- und Todesfälle, kosten uns ein Mehrfaches – von den Auswirkungen der COVID-Massnahmen auf die Wirtschaft ganz zu schweigen. Es ist zu hoffen, dass nach der Sommerpause in nationalen Sitzungen nicht mehr darüber debattiert wird, ob die Kosten eines diagnostischen Tests von 5 Franken übernommen werden, um Personen zu testen, die gemäss in der Schweiz durchgeführter Studien ein erhöhtes Risiko haben, COVID in eine Institution zu tragen. Nur ein einziger Krankheitsfall in einer Institution löst Folgekosten aus, die in keinem Verhältnis dazu stehen. Gesamthaft wurde falsch gewichtet: Für diagnostische Tests und Impfungen eingesetztes Geld ist sehr gut investiert im Verhältnis zu den Folgekosten einer unkontrollierten Pandemie.

## **Für Impfungen und Tests eingesetztes Geld ist sehr gut investiert im Verhältnis zu den Folgekosten einer unkontrollierten Pandemie.**

Durch das Nicht-Befolgen des Epidemiegesetzes wurden bezüglich Entschädigung zu komplizierte Abläufe geschaffen, welche zusätzlich zur Pandemieförderung beitrugen. Es muss weiter getestet werden, damit wir nicht im Blindflug in einer allfälligen vierten Welle landen. Ob aufgrund politischer Entscheide zukünftig wegen des Mehraufwands für die Hersteller weniger Medizinalpro-

dukte zur Verfügung stehen werden und diese dann zu höheren Preisen, das wird sich zeigen. Höhere Kosten für bessere Qualität der Produkte sind zu akzeptieren, aber nicht für politisch verursachten, sinnlosen administrativen Mehraufwand, der nichts zur Qualität beiträgt. Bei Zielvorgaben für das Gesundheitswesen hiesse dies, dass wegen teurerer Produkte weniger Geld für alle im Gesundheitswesen Beschäftigten zur Verfügung stehen wird: Entlassungen, Einkommenskürzungen? Alternativ: Verschiebung von Leistungen für Patientinnen und Patienten auf ein nächstes Jahr?

## **Wie sollen Personen ohne praktische Erfahrung in der Medizin Ziele für die Kosten im Gesundheitswesen zwei Jahre im Voraus festlegen?**

Es ist interessant, wie Personen ohne jegliche praktische Erfahrung im Gesundheitsbereich sich anmassen, Zielvorgaben und deren Kosten im Gesundheitswesen zwei Jahre im Voraus festzulegen. Diese Personen scheinen bis jetzt im Rahmen der Pandemie, deren gelinde gesagt mässiges Management sie verantworten, nichts gelernt zu haben. Ein so resilientes Gesundheitswesen wie heute, mit intrinsisch motivierten Professionellen, wird zukünftig vielleicht nicht mehr zu Verfügung stehen, um die Managementfehler auszubügeln. Dieselben Personen stecken sich hohe Ziele: Legislaturplanung 2019–2023, Artikel 11, Ziel 10: «Die Schweiz sorgt für eine qualitativ hochstehende und finanziell tragbare Gesundheitsversorgung, ein gesundheitsförderndes Umfeld und eine wirkungsvolle Prävention.» Die letztgenannten Teilziele sind durch Beschlüsse dieser Personen selbst seit Juni 2021 Makulatur – wie der aktuelle Stand des Tabakproduktegesetzes zeigt. Die Schweiz wird neu europäisches Schlusslicht mit Kostenfolgen in Milliardenhöhe für das Gesundheitswesen, welche nicht die Leistungserbringer verantworten. Zum ersten Teilziel folgende Anmerkung: Qualität kostet. Einsparungen in Milliardenhöhe liessen sich bereits heute realisieren durch Reduktion des sinnlosen administrativen Mehraufwands einer von Generalverdacht und Kontrollwahn geprägten, medial bewirtschafteten Misstrauenskultur. Kostenziele blasen die Administration noch mehr auf und setzen Geld für die Administration ein statt für die Versorgung der Patientinnen und Patienten.



Während der Corona-Pandemie mussten viele Arztpraxen ihre Tätigkeit stark reduzieren oder zeitweise ganz einstellen.

# Die Auswirkungen der Covid-19-Pandemie auf die Arztpraxen

Frédéric Clausen<sup>a</sup>, Esther Kraft<sup>b</sup>

<sup>a</sup> Wissenschaftlicher Mitarbeiter, Sektion Gesundheitsversorgung, Bundesamt für Statistik, Neuenburg; <sup>b</sup> Leiterin Abteilung Daten, Demographie und Qualität DDQ/FMH, Bern

Die Arztpraxen waren im Jahr 2020 von der Covid-19-Pandemie massiv betroffen. Das zeigen die Ergebnisse der jüngsten «Erhebung Strukturdaten Arztpraxen und ambulante Zentren» durch das Bundesamt für Statistik. Jede zweite Praxis musste zwischen Mitte März und Ende April ihre Tätigkeit reduzieren oder einstellen und konnte auch zwischen Mai und Oktober nicht zum normalen Betrieb zurückkehren. Ein Drittel der Praxen hat auf Kurzarbeitsentschädigung zurückgegriffen.

Die Covid-19-Pandemie und die Massnahmen zu ihrer Eindämmung haben in der Schweiz massive Auswirkungen gehabt. Insbesondere die Tätigkeit von Leistungserbringern im Gesundheitswesen war stark betroffen, namentlich von Arztpraxen. Diese mussten die Versorgung ihrer Patientinnen und Patienten umstellen und zugleich den Schutz ihrer Mitarbeitenden gewährleisten. Zwischen Mitte März und Ende April 2020 waren ihnen bestimmte Behandlungen untersagt. Die meisten Arztpraxen sind kleine Unterneh-

men. Fast 90 Prozent sind im Besitz eines selbstständig tätigen Arztes oder einer selbstständig tätigen Ärztin, und in 90 Prozent der Fälle arbeitet dort nur ein Arzt oder eine Ärztin [1].

Um die Auswirkungen der Pandemie auf die Tätigkeit der Arztpraxen im Jahr 2020 zu beurteilen, hat das Bundesamt für Statistik entsprechende Daten erhoben. Dazu hat das BFS den elektronischen Fragebogen «Erhebung Strukturdaten Arztpraxen und ambulante Zentren» (MAS-Erhebung) um ein Themenmodul er-



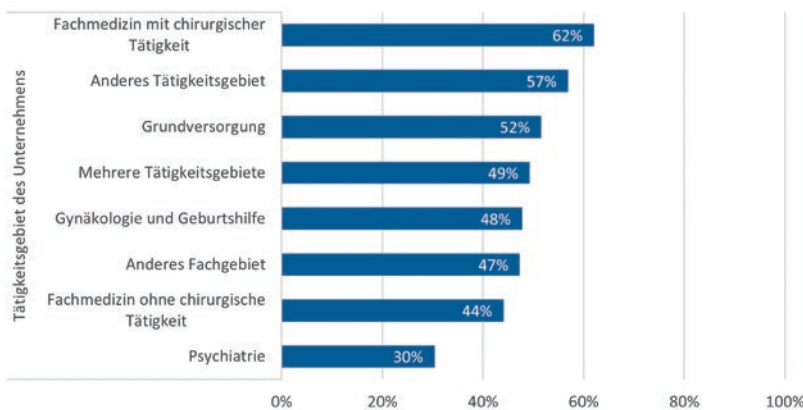
weitert. Dieses Modul umfasste zehn Fragen. Ziel war es, sowohl die Auswirkungen der Pandemie auf die ärztliche Tätigkeit in den Arztpraxen als auch die wirtschaftlichen Auswirkungen im Zeitraum März bis Oktober 2020 zu betrachten. Das Themenmodul wurde in den Fragebogen der MAS-Erhebung für das Datenjahr 2019 eingebunden; die Daten wurden zwischen dem 9. November 2020 und dem 22. April 2021 erhoben. Die vollständige Liste der Fragen ist auf der Website des BFS verfügbar: [www.mas.bfs.admin.ch](http://www.mas.bfs.admin.ch).

Die MAS-Erhebung zu den Daten des Jahres 2020 wird ein vollständigeres Bild der Pandemieauswirkungen auf die Arztpraxen liefern, insbesondere im Hinblick auf deren finanzielle Situation. Auch die nächste Erhebung, die im November 2021 beginnt, wird dieses Themenmodul enthalten, um das Jahr 2021 abzudecken.

### Rund 11 000 Praxen haben ihre Daten übermittelt

Im Rahmen der MAS-Erhebung zu den Daten von 2019 wurden 18 068 Arztpraxen und ambulante Zentren befragt, die in der Schweiz ärztliche Leistungen erbringen. Da lediglich 64% von ihnen geantwortet haben, dürfen die unten dargestellten Ergebnisse nur mit einer gewissen Vorsicht verallgemeinert werden.

Insgesamt haben 11124 Unternehmen ihre Daten übermittelt und deren Verwendung für statistische Zwecke zugestimmt. 84% dieser Unternehmen verfügten über eine eigene Infrastruktur (Räumlichkeiten, Mobiliar, medizinische Geräte und so weiter) und 86% waren als Einzelunternehmen im Besitz eines selbstständigen Arztes oder einer selbstständigen Ärztin organisiert. Das Haupttätigkeitsgebiet war bei 36% der Unternehmen die Grundversorgung, bei 20% die Psychiatrie.



**Anderes Tätigkeitsgebiet:** Unternehmen mit Ärzten/Ärztinnen, deren Haupttätigkeit keinem medizinischen Weiterbildungstitel entspricht.  
**Grundversorgung:** Unternehmen mit Ärzten/Ärztinnen, die über folgende Facharzttitel verfügen: Allgemeine Innere Medizin und Pädiatrie, praktische Ärztin/praktischer Arzt.

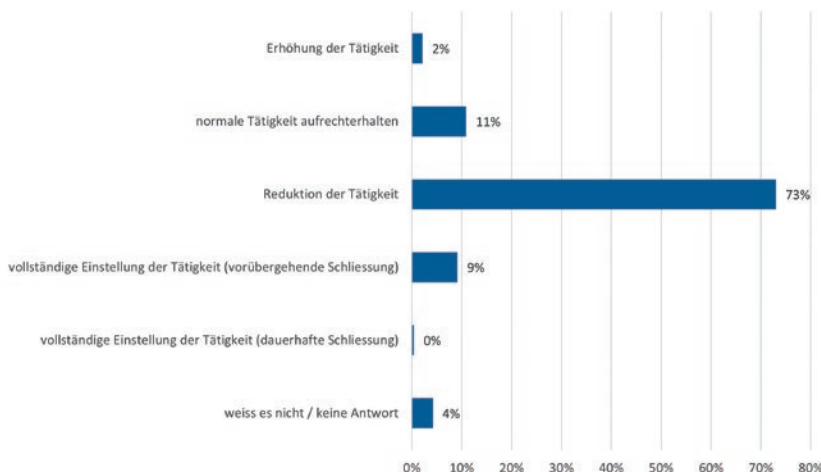
**Abbildung 1:** Arztpraxen, deren Aktivität mässig bis stark betroffen wurde, März bis Oktober 2020, Quelle: BFS – MAS.

### Bei fast 9 von 10 Praxen war die Tätigkeit betroffen

Über den gesamten Zeitraum von März bis Oktober 2020 war die ärztliche Tätigkeit in fast 9 von 10 Praxen von der Covid-19-Pandemie und den Massnahmen zu ihrer Eindämmung betroffen. Nur 1 von 10 Praxen war in der Lage, die normale Aktivität aufrechtzuerhalten oder sogar zu erhöhen. 49% der Praxen erlebten mittlere bis starke Auswirkungen: Ihre Aktivität war von Mitte März bis Ende April reduziert oder ganz zum Erliegen gekommen und blieb auch zwischen Mai und Oktober unter dem Niveau eines normalen Geschäftsjahrs. Es gibt grosse Unterschiede je nach Tätigkeitsgebiet (siehe Abb. 1). Bei 62% der fachmedizinischen Praxen mit chirurgischer Tätigkeit wurde die Tätigkeit mässig oder stark betroffen.

### Deutlich reduzierte Aktivität im März und April

Vom 17. März bis zum 26. April 2020 war es Arztpraxen in der ganzen Schweiz untersagt, nicht dringende Untersuchungen, Behandlungen und Therapien (Eingriffe) durchzuführen. Dieses Verbot wirkte sich sehr stark auf ihre ärztliche Tätigkeit aus, also auf die Versorgung ihrer Patientinnen und Patienten. Während dieses eineinhalbmonatigen Zeitraums verzeichneten 73% der Arztpraxen eine Reduktion ihrer medizinischen Aktivitäten, während 9% sogar vorübergehend schliessen mussten (siehe Abb. 2). Fachmedizinische Praxen mit chirurgischer Tätigkeit waren am stärksten betroffen; 94% von ihnen verzeichneten eine Reduktion ihrer medizinischen Tätigkeit oder stellten diese



**Abbildung 2:** Entwicklung der ärztlichen Tätigkeit der Arztpraxen, Mitte März bis Ende April 2020, Quelle: BFS – MAS.

sogar ganz ein. Bei den psychiatrischen Praxen traf dies nur auf 66% zu; sie stellten den am wenigsten betroffenen Tätigkeitsbereich dar. Im Kanton Tessin, der an vorderster Front stand, als die Covid-19-Pandemie die Schweiz erreichte, mussten 9 von 10 Praxen ihre Tätigkeit reduzieren oder ganz einstellen.

### Unterschiedlich verlaufene Wiederaufnahme der Tätigkeiten ab Mai

Per Ende April 2020 wurde das Verbot von nicht dringenden Untersuchungen, Behandlungen und Eingriffen aufgehoben. Die Gesundheitslage in der Schweiz verbesserte sich im Laufe des Sommers trotz regionaler Unterschiede, bevor die Zahl der Covid-19-Neuinfektionen ab Ende September wieder stark anstieg. Die medizinische Tätigkeit in den Arztpraxen normalisierte sich im Zeitraum von Mai bis Oktober 2020 jedoch nur teilweise. Während 48% der Arztpraxen wieder ein ähnliches oder höheres Tätigkeitsniveau im Vergleich zu einem normalen Jahr erreichten, blieb es bei 46% der Praxen niedriger. Im Kanton Tessin meldeten 56% der Arztpraxen einen Rückgang der Tätigkeiten, in der Ostschweiz 39%.

### Unterstützung für die Spitäler

In der Anfangsphase der Pandemie war das Arbeitsaufkommen in den Spitälern besonders hoch, mit einer erheblichen Anzahl an Covid-19-Patientinnen und -Patienten. Von Mitte März bis Ende April 2020 haben in 14% der Arztpraxen ein oder mehrere Ärzte beziehungsweise Ärztinnen ihre Tätigkeit reduziert oder vorübergehend eingestellt, um die Tätigkeit von Spitälern zu unterstützen. Den grössten Beitrag leisteten

die Praxen in der Genferseeregion und im Espace Mittelland mit 18% beziehungsweise 16%.

Im Zusammenhang mit der Covid-19-Krise haben einige Kantone spezielle Gesundheitsmassnahmen ins Leben gerufen. Die Arztpraxen konnten dabei auf unterschiedliche Weise eingebunden werden. Manche Praxen wurden beispielsweise als Covid-19-Testzentren bestimmt; in anderen wurden die Mitarbeitenden ganz oder teilweise zur Arbeit in einer öffentlichen Gesundheitseinrichtung abgestellt; manche Ärztinnen und Ärzte aus Arztpraxen dienten als Sachverständige in einem Krisenstab. Insgesamt gaben 14% der Arztpraxen an, dass sie in ein spezifisches kantonales System eingebunden waren.

### Ein Drittel der Praxen griff auf Kurzarbeitsentschädigung zurück

In wirtschaftlicher Hinsicht konnten die Arztpraxen verschiedene Massnahmen, insbesondere die des Bundes, in Anspruch nehmen, sofern sie die notwendigen Voraussetzungen erfüllten (siehe Abb. 3). Liquiditätshilfen und Kurzarbeitsentschädigung waren die am häufigsten genutzten Massnahmen. Zwischen März und Oktober 2020 griffen 35% der Arztpraxen auf Kurzarbeitsentschädigung zurück. Diese Massnahme konnte Mitarbeitende der Praxis, aber auch Lernende oder arbeitgeberähnliche Angestellte betreffen. 18% der Arztpraxen nahmen eine Liquiditätshilfe in Anspruch. Diese konnte zum Beispiel Überbrückungskredite (Covid-Darlehen) oder einen Aufschub der Zahlung von Sozialversicherungsbeiträgen umfassen.

Einige der ergriffenen Massnahmen waren speziell auf Selbständigerwerbende ausgerichtet. So profitierten 7% der selbstständigen Ärztinnen und Ärzte von der Erwerbsausfallentschädigung für Selbstständige, die von den Massnahmen zur Bekämpfung von Covid-19 indirekt betroffen waren (Härtefälle). Diese Massnahme stand jedoch nur Selbstständigen offen, deren AHV-pflichtiges Jahreserwerbseinkommen 2019 zwischen 10 000 und 90 000 Franken lag. Nur 2% der selbstständig erwerbend tätigen Ärztinnen und Ärzte wurden aufgrund eines engen Kontakts mit einer positiv auf Covid-19 getesteten Person unter Quarantäne gestellt und erhielten aus diesem Grund eine Erwerbsausfallentschädigung.

Je stärker die Tätigkeit der selbstständig erwerbenden Ärztinnen und Ärzte von der Covid-19-Pandemie betroffen war, desto mehr nahmen sie eine der folgenden drei wirtschaftlichen Unterstützungsmassnahmen in Anspruch: Liquiditätshilfen, Kurzarbeits- und Erwerbsausfallentschädigungen, um die Auswirkungen der Massnahmen zur Bekämpfung von Covid-19 zu

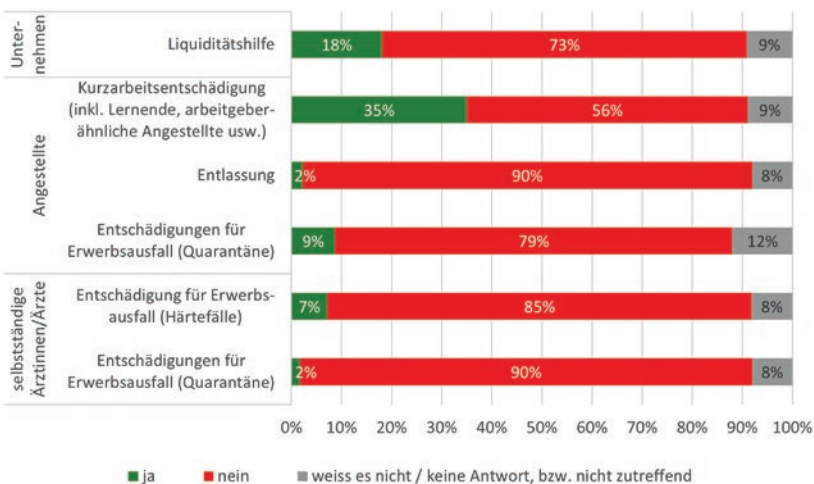


Abbildung 3: Inanspruchnahme von wirtschaftlichen Massnahmen durch Arztpraxen, März bis Oktober 2020, Quelle: BFS – MAS.

kompensieren. Zwischen März und Oktober 2020 nutzten 36% der selbstständig erwerbend tätigen Ärztinnen und Ärzte, deren Tätigkeit wenig oder gar nicht betroffen war, mindestens eine dieser Massnahmen. Bei den mässig und stark betroffenen selbstständig Erwerbenden belief sich dieser Anteil auf 52%.

### Die Statistiken der FMH zeigen ein vergleichbares Bild

Die FMH führte im Mai 2020 eine Mitgliederbefragung durch, um die Situation der Ärzteschaft im Zeitraum März bis Mai 2020 besser erfassen zu können. 12111 und damit 36,4% der 33269 angeschriebenen Ärztinnen und Ärzte nahmen an der Befragung teil. Die Covid-19-Krise wirkte sich auf die Arbeitssituation der Ärzteschaft sehr unterschiedlich aus. Während im März 2020 knapp 13% der Ärztinnen und Ärzte «deutlich mehr zu tun» hatten, berichtete die Mehrheit der Befragten, «etwas weniger» (22%) oder sogar «deutlich weniger» (32%) zu tun zu haben. Im April verschärfte sich diese Situation weiter: Nur noch knapp 12% der Befragten erlebten die gleiche Arbeitsbelastung wie sonst. Fast die Hälfte der Ärztinnen und Ärzte (46%) hatte «deutlich weniger zu tun» als sonst, weitere 24% hatten «etwas weniger» zu tun. Die geringere Beschäftigung schlägt sich auch in den Erwartungen über die persönlichen finanziellen Folgen nieder. Über zwei Drittel der Befragten erwarten Einkommensverluste, fast die Hälfte «deutliche» (43%) oder sogar «allenfalls existenzbedrohende» (4%) Einkommensverluste (siehe Abb. 4). Die Frage, ob sie während der Covid-19-Krise Kurzarbeitsentschädigung als Massnahme ergriffen hätten, bejahten 36,5% der Befragten; 1,6% hatten Entlassungen von ärztlichem oder nicht ärztlichem Personal ausgesprochen [2].

Die Ergebnisse aus der Erhebung MAS wie auch aus der Mitgliederbefragung der FMH widerspiegeln sich auch im tatsächlichen TARMED-Abrechnungsvolumen [3]. Im praxisambulanten Bereich verbuchten Arztpraxen im April 2020 je nach Disziplin bis zu 40% Verlust des TARMED-Abrechnungsvolumens im Vergleich zum Vorjahr, die Patientenkontakte gingen um einen ähnlichen Anteil zurück. Insgesamt lag der Umsatzrückgang pro Arztpraxis im zweiten Quartal durchschnittlich bei circa 14%. Weiterhin stellten die Mehrkosten, die durch die erhöhten Schutzmassnahmen sinnvollerweise getroffen werden mussten, die Ärzteschaft vor grosse Herausforderungen. Nach der starken Reduktion in den Frühlingsmonaten (der Umsatz pro Praxis sinkt deutlich unter den Wert von 2017) konnten viele Arztpraxen durch deutlichen Mehraufwand aufgeschobene Behandlungen nachholen. Jedoch ist für nahezu alle Fachrichtungen ein Rückgang im Gesamtvolumen zu beobachten und das Vorjahresniveau wird nicht erreicht.

### Fazit

Sowohl die Ergebnisse des BFS wie auch der FMH zeigen ein vergleichbares und deutliches Bild. Die Pandemie hatte deutliche Auswirkungen auf den praxisambulanten Bereich (Arbeitsbelastung, Schutzmassnahmen, finanzielle Auswirkungen usw.). Die Patientinnen und Patienten konnten aber jederzeit auf eine optimale und qualitativ hochstehende Versorgung zählen. Das TARMED-Volumen pro Patientin und pro Patient ist analog der Vorjahresentwicklungen im Jahr 2020 konstant, was bedeutet, dass in den Sommer- und Herbstmonaten nur Behandlungen und Eingriffe nachgeholt wurden, die im Frühjahr nicht durchgeführt werden konnten.

### Bildnachweis

Jaye Haych / Unsplash

### Literatur

- 1 Bundesamt für Statistik (2019). Arztpraxen und ambulante Zentren 2017: Tätigkeit, Zugänglichkeit und räumliche Verteilung. Neuenburg: Bundesamt für Statistik.
- 2 Nora Wille, Schlup Jürg. Schweiz Ärztztg. 2020;101(29-30):882-4.
- 3 Schutz Kerstin, Zehnder Sabine. Schweiz Ärztztg. 2021;102(19-20):640-2.

Frédéric Clausen  
 Bundesamt für Statistik  
 (BFS)  
 Sektion Gesundheitsversorgung (GESV)  
 Espace de l'Europe 10  
 CH-2010 Neuenburg  
 Tel. 058 467 16 30  
 frederic.clausen[at]  
 bfs.admin.ch

Ich erwarte...	n	%
... einen sehr starken, allenfalls existenzbedrohenden Einkommensverlust	466	4,0%
... einen deutlichen Einkommensverlust	4892	42,5%
... einen geringen Einkommensverlust	2766	20,0%
... keine Veränderung meiner Einkommenssituation	3247	28,2%
... einen geringen Einkommenszuwachs	126	1,1%
... einen deutlichen Einkommenszuwachs	24	0,2%

Abbildung 4: Welche finanziellen Auswirkungen erwarten Sie durch die Covid-19-Krise für sich persönlich? (n = 11 521), Quelle: FMH



# Personalien

## Todesfälle / Décès / Decessi

*Hans Matter* (1928), † 27.1.2021,  
Facharzt für Nuklearmedizin und Facharzt  
für Radiologie, 8006 Zürich

*Eric Bierens de Haan* (1951), † 26.5.2021,  
Spécialiste en médecine interne générale,  
1206 Genève

*Arthur August Uehlinger* (1928), † 11.6.2021,  
Facharzt für Allgemeine Innere Medizin,  
8200 Schaffhausen

## Praxiseröffnung / Nouveaux cabinets médicaux / Nuovi studi medici

### BE

*Aida Cristina Radu Sova*,  
Spécialiste en psychiatrie et psychothérapie  
d'enfants et d'adolescents et Spécialiste en  
psychiatrie et psychothérapie, FMH,  
Route de Neuchâtel 19, 2520 La Neuveville

### GE

*Joao Freitas da Rocha*,  
Médecin praticien, FMH, Avenue Louis-  
Casaï 27, case postale 2846, 1211 Genève 28

*Fédéric Sittarame*,  
Médecin praticien, FMH,  
Chemin des Esserts 11B, 1213 Petit-Lancy

### VD

*Joao Freitas da Rocha*,  
Médecin praticien, rue Mauverney 18 A,  
1196 Gland

## Ärztegesellschaft des Kantons Bern

### Ärztlicher Bezirksverein Bern Regio

Zur Aufnahme als ordentliches Mitglied  
haben sich angemeldet:

*Max Gabutti*, Facharzt für Dermatologie und  
Venerologie, Kramgasse 82, 3011 Bern

*Patricia Mühle*, Fachärztin für Allgemeine  
Innere Medizin, FMH, Solothurnstrasse 43,  
3322 Urtenen-Schönbühl

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:

*Susanne Israel*, Fachärztin für Allgemeine  
Innere Medizin, Arztpraxis im Park,  
Luzernerstrasse 37, 6045 Meggen

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

## Ärztegesellschaft des Kantons Schwyz

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

*Urs Graf*, Facharzt für Chirurgie, FMH,  
Tell-Klinik und Spital Schwyz

*Sabine Wittum*, Fachärztin für Anästhesio-  
logie, FMH, Leitende Ärztin Anästhesie Spital  
Schwyz

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

## Ärzte-Gesellschaft des Kantons Zug

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

*Sabine de Lage-Weidler*, Fachärztin für Kinder-  
und Jugendmedizin, Gesundheitspunkt  
Oberägeri, Hauptstrasse 42, 6315 Oberägeri

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



Der «Ärzte Kodex – Medizin vor Ökonomie»

# Gegen die zunehmende Ökonomisierung der Medizin

**Drahomir Aujesky<sup>a,c</sup>, Regula Capaul<sup>b,c</sup>**

<sup>a</sup> Prof. Dr. med.; <sup>b</sup> Dr. med.; <sup>c</sup> Co-Präsidium der Schweizerischen Gesellschaft für Allgemeine Innere Medizin

Schweizer Ärztinnen und Ärzte geraten zunehmend unter Druck, die Patientenversorgung unter wirtschaftlichen Gesichtspunkten zu betrachten. Dies kann zu Über- und Fehlversorgung führen und beeinflusst die Behandlungen negativ. Die Schweizerische Gesellschaft für Allgemeine Innere Medizin tritt dieser Fehlentwicklung entgegen, indem sie den «Ärzte Kodex – Medizin vor Ökonomie» der Deutschen Gesellschaft für Innere Medizin e. V. unterstützt – als schweizweit erste Fachgesellschaft.

Die Delegierten der Schweizerischen Gesellschaft für Allgemeine Innere Medizin (SGAIM) haben an der vergangenen Delegiertenversammlung den «Ärzte Kodex – Medizin vor Ökonomie» der Deutschen Gesellschaft für Innere Medizin e. V. (DGIM) kritisch diskutiert und ihm im Anschluss ihre Unterstützung ausgesprochen. Mit dem Kodex verpflichten sich Medizinerinnen und Mediziner, ihr ärztliches Handeln

stets am Wohl der Patientinnen und Patienten auszurichten und den Behandlungsentscheid nicht primär auf Basis einer betriebswirtschaftlichen Nutzenoptimierung vorzunehmen. Die SGAIM lehnt diese zunehmende Fehlentwicklung im Schweizer Gesundheitswesen bereits seit vielen Jahren ab. So gehört die SGAIM als schweizweit grösste medizinische Fachgesellschaft zu den Gründungsmitgliedern des Träger-

## Der Ärzte Kodex

Der «Ärzte Kodex – Medizin vor Ökonomie» der Deutschen Gesellschaft für Innere Medizin e. V. wurde 2017 veröffentlicht. Inzwischen haben sich viele regionale, nationale und internationale Organisationen den Forderungen angeschlossen, darunter die Ärztekammer Hamburg, die Österreichische Gesellschaft für Innere Medizin (ÖGIM) oder die European Federation of Internal Medicine (EFIM). Die Schweizerische Gesellschaft für Allgemeine Innere Medizin (SGAIM) ist schweizweit die erste medizinische Fachgesellschaft, die den Ärzte Kodex unterstützt. Mehr Informationen unter [www.sgaim.ch](http://www.sgaim.ch) und [www.dgim.de/veroeffentlichungen/aerzte-codex/](http://www.dgim.de/veroeffentlichungen/aerzte-codex/)

## Über uns

Die Schweizerische Gesellschaft für Allgemeine Innere Medizin (SGAIM) ist Ende 2015 aus der Fusion der Schweizerischen Gesellschaft für Allgemeinmedizin (SGAM) und der Schweizerischen Gesellschaft für Allgemeine Innere Medizin (SGIM) entstanden. Die SGAIM ist die grösste medizinische Fachgesellschaft der Schweiz und vertritt die Interessen ihrer rund 7500 Mitglieder, welche als Fachärzte und -ärztinnen der Allgemeinen Inneren Medizin sowohl stationär als auch ambulant tätig sind.

vereins «smarter medicine – Choosing Wisely Switzerland». Dieser hat sich zum Ziel gemacht, die medizinische Über- und Fehlversorgung in der Schweiz zu mindern.

### Patientenwohl an erster Stelle

In Deutschland lassen sich die Auswirkungen des zunehmenden wirtschaftlichen Drucks auf Fehlentwicklungen in der Medizin seit vielen Jahren noch deutlicher beobachten als in der Schweiz. Doch auch hierzulande leiden Ärztinnen und Ärzte unter Kostendruck, zunehmender Bürokratisierung und unrealisti-

### Das Wichtigste in Kürze

- Ärztinnen und Ärzte geraten zunehmend unter Druck, die Patientenversorgung unter wirtschaftlichen Gesichtspunkten zu betrachten, was zu Über- und Fehlversorgung führt und Behandlungen negativ beeinflusst.
- Fachärztinnen und Fachärzte sollen mit Hilfe des «Ärzte Kodex» ihren Arbeitsalltag reflektieren und so eine adäquate Behandlung der Patientinnen und Patienten sicherstellen.
- Die Schweizerische Gesellschaft für Allgemeine Innere Medizin unterstützt diesen Kodex als schweizweit erste Fachgesellschaft.

Lea Muntwyler  
Assistenz Geschäftsstelle  
Schweizerische Gesellschaft  
für Allgemeine Innere  
Medizin  
[lea.muntwyler\[at\]sgaim.ch](mailto:lea.muntwyler[at]sgaim.ch)  
+41 31 370 40 10

schen Zielvorgaben. Besonders in den Spitälern sind Personalreduktionen, die Ausrichtung der Angebotsstrategie auf Fächer mit günstigen Fallzahlen sowie der Verzicht auf Weiterbildung zu beobachten. Auch in der ambulanten Medizin droht mit den geplanten Kostendämpfungsmassnahmen des Bundes eine Wiederholung der Fehler, die im deutschen System geschehen sind: Unabhängig davon, was eine Patientin oder ein Patient benötigt, sind Ärztinnen und Ärzte dort gezwungen, die Behandlungen zu rationieren, sobald eine definierte Kostengrenze überschritten wird. «Müssen Leistungen aus der eigenen Tasche oder mit einer Zusatzversicherung bezahlt werden, ist eine Zweiklassenmedizin Wirklichkeit geworden», warnt Dr. med. Regula Capaul, Co-Präsidentin und Mitglied der Qualitätskommission der SGAIM. Weiter betont sie: «Wir beobachten bereits seit Jahren mit Sorge, wie der ökonomische Druck auf Ärztinnen und Ärzte zunimmt – zum Leid unserer Patientinnen und Patienten [...] Dieser Druck steht im Widerspruch zum Auftrag von Ärztinnen und Ärzten, dem Wohl aller Patientinnen und Patienten nach bestem Fachwissen und mit einer angemessenen Medizin Sorge zu tragen.» Es besteht das Risiko, dass eine falsche Priorisierung der ärztlichen Tätigkeiten seitens der Patientinnen und Patienten zu einem tiefgreifenden Vertrauensverlust führt. Hier setzt der «Ärzte Kodex» an.

### Reflektieren und sensibilisieren

Der «Ärzte Kodex» soll Fachärztinnen und -ärzten der Allgemeinen Inneren Medizin dabei helfen, die Auswirkungen der Ökonomisierung auf ihren Arbeitsalltag kritisch zu reflektieren. Zudem sollen Entscheidungsträgerinnen und -träger, Medien und Öffentlichkeit bezüglich der Problematik sensibilisiert werden. Die SGAIM möchte mit der Unterstützung des «Ärzte Kodex» eine öffentliche Debatte anstossen. Im Kampf für eine massvolle, patientenzentrierte Medizin ist eine breite Unterstützung aus den Reihen der Ärzteschaft notwendig. Auch andere Fachgesellschaften in der Schweiz werden deshalb animiert, sich im Zuge des zunehmenden Drucks der Wirtschaft hinter die Grundsätze der optimalen Patientenbetreuung zu stellen.

### Bildnachweis

Everythingpossible | Dreamstime.com



## Bereinigung und Interpretation von Häufigkeitsangaben im Phasenwechsel der Pandemie

# Durchseuchung, Durchimpfung und Risiko nach Alter für Covid-19

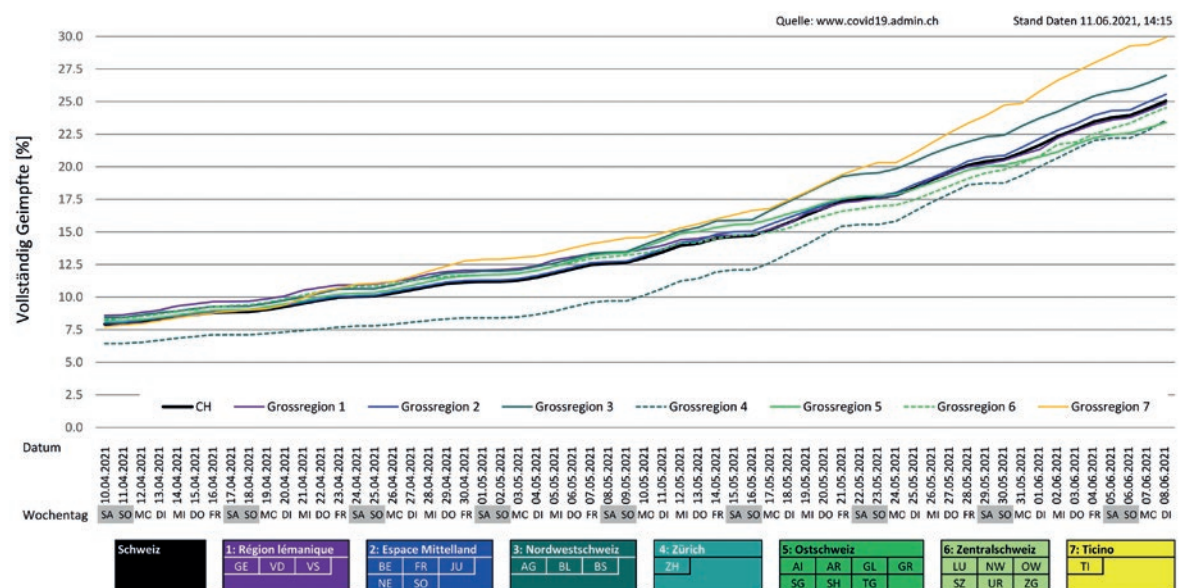
Brian Martin<sup>a</sup>, Eva Martin-Diener<sup>b</sup>, Pirmin Schmid<sup>c</sup>, Thomas Bühler<sup>d</sup>, Andreas Stettbacher<sup>e</sup>

<sup>a</sup> PD Dr. med., Militärärztlicher Dienst, Schweizer Armee, Bern; Institut für Epidemiologie, Biostatistik und Prävention der Universität Zürich; <sup>b</sup> MPH, MSc, Institut für Epidemiologie, Biostatistik und Prävention der Universität Zürich; <sup>c</sup> Dr. med., MSc ETH CS, Militärärztlicher Dienst, Schweizer Armee, Bern; <sup>d</sup> Dr. med., Militärärztlicher Dienst, Schweizer Armee, Bern; <sup>e</sup> Dr. med., Oberfeldarzt, Schweizer Armee, Bern, und Beauftragter des Bundesrats für den Koordinierten Sanitätsdienst KSD

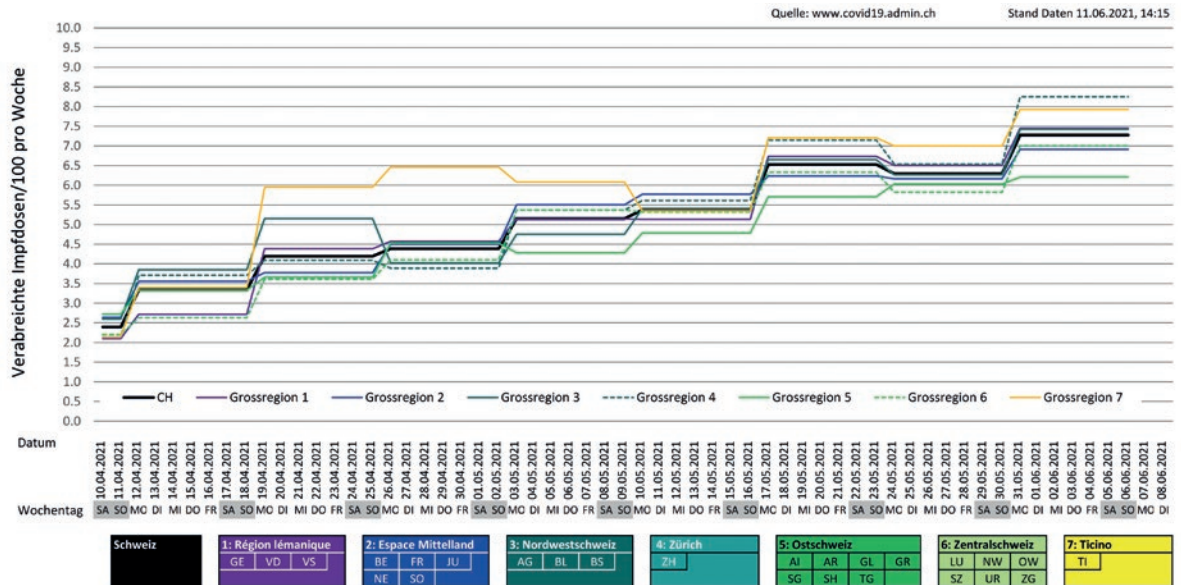
Die Schweiz meldet im Juni 2021 weiterhin rückläufige Fallzahlen für Covid-19. Die Impfkampagne ist voll angelaufen, die Ärzteschaft spielt dabei eine wichtige Rolle. Die Quantifizierung des Covid-19-Risikos ist eine zentrale Voraussetzung für die Beratung von Patientinnen und Patienten wie auch für gezielte Schutzmassnahmen in bestimmten Bevölkerungsgruppen, so in der Armee.

Der Bundesrat hat mit seinem Drei-Phasen-Modell den Übergang von Schutz über Stabilisierung zur Normalisierung vorgezeichnet [1] und Richtwerte für Verschärfungen, Lockerungen und Massnahmen während der verschiedenen Phasen festgelegt. Als Mass für die epidemiologische Belastung wird dabei die 14-Tage-Inzidenz verwendet, als Mass für die Dynamik der Entwicklung der 7-Tage-Schnitt der Reproduktionszahl  $R_e$ , als Mass für die Belastung des Gesundheitswesens der 7-Tage-Schnitt der Hospitalisationen sowie die über 15 Tage gemittelte IPS-Belegung durch Covid-19-Patienten

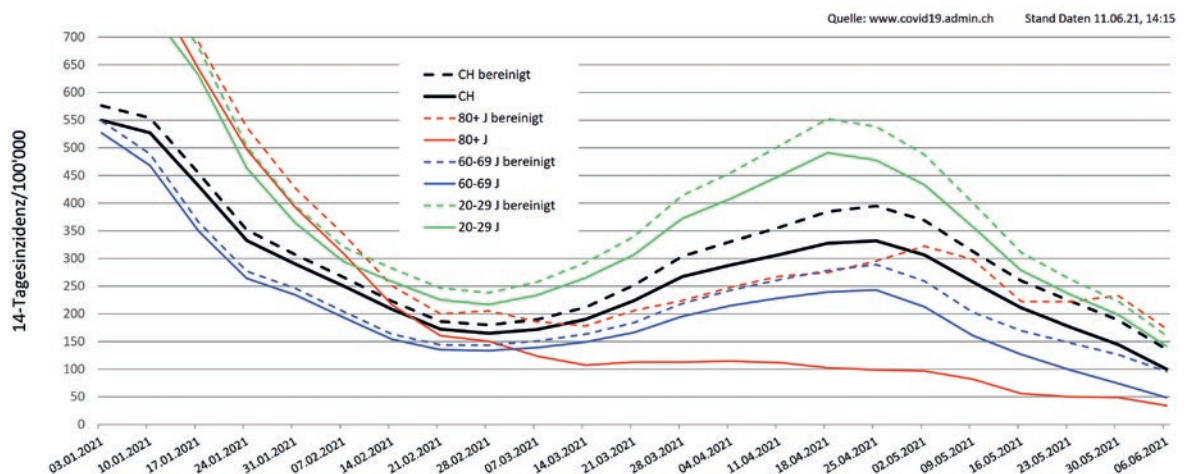
innen und -Patienten. Mit dieser Entwicklung verlieren andere Alarmstufenmodelle [2] an Bedeutung. Der Bundesrat orientiert sich für den Wechsel zwischen den Phasen an der Durchimpfung bei den Impfwillingen in den verschiedenen Zielgruppen. Im Hinblick auf die ärztliche Beratung wie auch im Hinblick auf die Anpassung von Schutzkonzepten, Test- und Impfstrategien können quantitative Angaben aus öffentlich zugänglichen Daten wertvolle zusätzliche Hinweise geben.



**Abbildung 1:** Vollständige Impfungen gegen Covid-19 vom 10.4. bis und mit 8.6.2021. Die Durchimpfung in der Schweiz steigt stetig an. Bis Anfang Juni waren 25% der Bevölkerung zweimal geimpft. Die Grossregion 7 (Tessin) liegt mit 5% deutlich über diesem Wert, alle anderen Grossregionen liegen in einem vergleichbaren Bereich.



**Abbildung 2:** Verabreichte Impfdosen Covid-19 pro Kalenderwoche vom 10.4. bis und mit 8.6.2021. Seit mehr Impfdosen zur Verfügung stehen, haben alle Grossregionen ihre Impfleistung deutlich gesteigert.



**Abbildung 3:** 14-Tage-Inzidenzen Covid-19 vom 3.1. bis und mit 6.6.2021 in ausgewählten Altersklassen der Schweiz. Auf Ebene der Gesamtbevölkerung wurden die Auswirkungen der Durchimpfung seit etwa Ende März sichtbar. Bei den ab 80-Jährigen war dies bereits seit Februar der Fall.

## Teilweise Durchseuchung und Durchimpfung

Nach wie vor gibt es keinen einfachen Screeningtest zur Beurteilung der individuellen Immunitätslage. Aufgrund internationaler Untersuchungen sowie auch der nationalen Datenlage gilt aber inzwischen als gesichert, dass eine durchgemachte Infektion mit SARS-CoV-2 für sechs Monate weitestgehend vor einer Neuinfektion schützt, eine vollständige Impfung während mindestens der doppelten Zeitdauer. Die Ausnahmeregelungen für Kontaktquarantäne und Testungen sind vom Bundesamt für Gesundheit BAG für Genesene und Geimpfte entsprechend angepasst worden oder werden dies noch. Der Schutz durch eine Impfung beginnt sich bereits etwa zwei Wochen nach der ersten Dosis aufzubauen,

vollständig ist er zwei Wochen nach der zweiten Dosis. Diese Annahmen gelten, solange sich keine neuen Varianten von SARS-CoV-2 mit wesentlich anderen immunogenen Eigenschaften (*immune escape*) verbreiten. Die grössten Fallzahlen in der Schweiz wurden auf dem Höhepunkt der zweiten Welle Anfang November 2020 mit mehr als 55000 neuen Fällen pro Woche gemeldet. Sechs Monate später, Anfang Mai 2021, waren es noch gut 10000. Entsprechend geht aktuell auf Bevölkerungsebene die Schutzwirkung der teilweisen Durchseuchung schon wieder zurück, wenn man von einer Schutzdauer von sechs Monaten ausgeht. Deutlich steigend ist hingegen die Schutzwirkung der Durchimpfung (Abb. 1). Mit den vermehrt zur Verfügung stehenden Impfdosen sind alle Grossregionen der Schweiz dabei, ihre Impfleistung zu steigern (Abb. 2).



### Bereinigung von Inzidenzen bezüglich Durchseuchung und Durchimpfung

Es gibt verschiedene Möglichkeiten, die Häufigkeit von Erkrankungen zu beschreiben. Die Inzidenz stellen die während einer bestimmten Zeitspanne in einer suszeptiblen Population (*population at risk*) neu aufgetretenen Fälle einer bestimmten Erkrankung dar [3], also zum Beispiel die während 14 Tagen aufgetretenen Fälle pro 100 000 Einwohnerinnen und Einwohner bei der 14-Tage-Inzidenz. Entscheidend ist dabei, dass die *population at risk* korrekt definiert wird. So beziehen sich beispielsweise Inzidenzen von Hodentumoren richtigerweise nur auf den männlichen Teil der zugrundeliegenden Bevölkerung. Für Covid-19 werden vom BAG auf [www.covid19.admin.ch](http://www.covid19.admin.ch) regelmässig die neuesten Daten zur Verfügung gestellt, darunter auch wöchentliche altersstratifizierte Fallzahlen und Impfdaten. Die Inzidenzen oder die bevölkerungsstandardisierten Raten werden dabei jeweils auf die gesamte zugrundeliegende Population berechnet, also ohne Berücksichtigung des Grads der Durchseuchung oder der Durchimpfung (Tab. 1). Eine Korrektur der *population at risk* für die Durchseuchung ist möglich, wenn von der Gesamtbevölkerung

in jeder Altersklasse die in einer Woche gemeldeten neuen Fälle für die nächsten 26 Wochen abgezählt werden. Dieses Vorgehen wird der individuell unterschiedlichen Dauer der Erkrankung sowie den zu beklagenden Todesfällen nicht gerecht. Die dadurch eingeführte Ungenauigkeit liegt aber deutlich unter derjenigen aufgrund der Unterschiede im Reporting der Fälle, also der sich verändernden Dunkelziffer. Auf der Basis der wochenweise neu berechneten Bevölkerungszahlen kann nun eine für die Durchseuchung korrigierte Inzidenz angegeben werden (Tab. 1). Die Differenz zu den unbereinigten Daten lag Anfang Juni bei der jüngsten Altersgruppe bei etwa einem Prozent, in den anderen Altersklassen zwischen 3 und 7%. Es liegen noch nicht für alle Kantone altersstratifizierte Impfdaten vor. Anfang Mai waren drei Viertel der Schweizer Bevölkerung abgedeckt, Anfang Juni fehlten nur noch die Kantone Wallis und Obwalden und damit weniger als 5% der Gesamtbevölkerung. Damit können die Daten inzwischen als sehr gute Annäherung für die entsprechende Reduktion der *population at risk* und die Berechnung der korrigierten Inzidenzen in den jeweiligen Altersgruppen verwendet werden (Tab. 1). Die Verwendung der jeweiligen Impfraten direkt ab der gemeldeten Woche berücksichtigt

Quelle: [www.covid19.admin.ch](http://www.covid19.admin.ch) Stand Daten 11.06.21, 14:15

06.06.2021	unbereinigt		korrigiert für Durchseuchung			korrigiert für Durchimpfung			vollständig bereinigt	
Altersklassen	Inzidenz	Genesene	Inzidenz	Diff. zu unber.	Impfrate	Inzidenz	Diff. zu unber.	Inzidenz	Diff. zu unber.	
Total	100.1	4.2%	104.6	4.6%	24.0%	128.3	28.2%	135.9	35.8%	
80+ Jahre	34.2	4.7%	36.0	5.3%	76.2%	137.9	303.7%	173.1	406.7%	
70-79 Jahre	22.9	2.6%	23.5	2.8%	75.1%	85.5	273.9%	95.2	316.5%	
60-69 Jahre	48.6	3.4%	50.4	3.7%	50.2%	89.5	84.0%	95.7	96.8%	
50-59 Jahre	88.6	4.5%	93.0	4.9%	25.7%	112.8	27.3%	120.0	35.4%	
40-49 Jahre	126.3	4.9%	133.0	5.4%	14.2%	143.9	13.9%	152.7	21.0%	
30-39 Jahre	130.1	5.0%	137.2	5.5%	9.1%	141.0	8.4%	149.4	14.9%	
20-29 Jahre	141.4	5.7%	150.2	6.3%	7.3%	150.7	6.6%	160.7	13.7%	
10-19 Jahre	190.2	5.0%	200.4	5.3%	1.4%	192.4	1.1%	202.8	6.6%	
0-9 Jahre	55.9	1.3%	56.6	1.3%	0.0%	55.9	0.0%	56.6	1.3%	

**Tabelle 1:** 14-Tage-Inzidenzen Covid-19 pro 100 000 in den Altersklassen der Schweiz am 6.6.2021. Anfang Juni zeigte die Alterskategorie der 10- bis 19-Jährigen die höchste 14-Tage-Inzidenz in der Schweiz. Bei allen Inzidenzzahlen sind aufgrund der zu erwartenden Nachmeldungen in den ersten Tagen noch kleinere Veränderungen zu erwarten.

Quelle: [www.covid19.admin.ch](http://www.covid19.admin.ch) Stand Daten 11.06.21, 14:15

Altersklassen	Prozentualer Unterschied zwischen unbereinigter 14-Tagesinzidenz sowie für Durchseuchung und Durchimpfung bereinigter Inzidenz																						
	4.8%	5.1%	5.4%	5.6%	5.9%	6.3%	7.0%	7.9%	9.2%	10.4%	11.5%	12.5%	13.7%	14.7%	16.1%	17.4%	18.9%	20.2%	21.5%	23.3%	26.7%	30.7%	35.8%
Total	6.6%	7.0%	7.5%	8.0%	8.9%	11.3%	15.8%	24.6%	36.5%	50.3%	66.3%	82.1%	98.3%	116.8%	139.4%	167.5%	199.3%	233.7%	264.0%	298.6%	343.2%	375.6%	406.7%
80+ Jahre	3.5%	3.8%	4.0%	4.2%	4.6%	5.4%	7.1%	10.4%	15.4%	20.1%	24.4%	28.3%	32.9%	38.1%	45.7%	53.7%	65.0%	77.2%	94.5%	123.4%	184.4%	249.2%	316.5%
70-79 Jahre	4.1%	4.4%	4.6%	4.9%	5.1%	5.4%	5.9%	6.6%	7.5%	8.6%	9.6%	10.6%	11.9%	13.0%	14.4%	16.2%	18.9%	21.8%	26.1%	34.1%	49.7%	70.9%	96.8%
60-69 Jahre	5.3%	5.7%	6.0%	6.3%	6.5%	6.8%	7.3%	8.0%	8.7%	9.4%	10.1%	11.0%	12.0%	12.7%	13.7%	14.7%	15.8%	16.7%	17.3%	18.2%	20.8%	26.0%	35.4%
50-59 Jahre	5.5%	5.9%	6.2%	6.4%	6.7%	7.0%	7.5%	8.0%	8.5%	9.0%	9.5%	10.1%	10.7%	11.3%	12.0%	12.6%	13.3%	13.7%	13.9%	14.0%	15.1%	17.2%	21.0%
40-49 Jahre	5.8%	6.2%	6.5%	6.8%	7.0%	7.3%	7.7%	8.1%	8.4%	8.8%	9.2%	9.6%	10.1%	10.5%	11.1%	11.5%	11.9%	12.1%	11.9%	11.8%	12.0%	12.9%	14.9%
30-39 Jahre	7.2%	7.6%	8.0%	8.4%	8.6%	8.9%	9.2%	9.6%	9.8%	10.1%	10.4%	10.7%	11.2%	11.6%	12.0%	12.4%	12.7%	12.6%	12.2%	11.7%	11.6%	12.2%	13.7%
20-29 Jahre	4.2%	4.4%	4.6%	4.9%	5.1%	5.3%	5.5%	5.6%	5.8%	5.9%	6.0%	6.2%	6.4%	6.6%	6.9%	7.1%	7.2%	7.3%	7.1%	6.7%	6.5%	6.4%	6.6%
10-19 Jahre	0.4%	0.5%	0.5%	0.5%	0.6%	0.6%	0.7%	0.7%	0.7%	0.8%	0.8%	0.8%	0.9%	1.0%	1.0%	1.1%	1.2%	1.2%	1.3%	1.3%	1.3%	1.3%	1.3%
0-9 Jahre																							
Datum	03.01.2021	10.01.2021	17.01.2021	24.01.2021	31.01.2021	07.02.2021	14.02.2021	21.02.2021	28.02.2021	07.03.2021	14.03.2021	21.03.2021	28.03.2021	04.04.2021	11.04.2021	18.04.2021	25.04.2021	02.05.2021	09.05.2021	16.05.2021	23.05.2021	30.05.2021	06.06.2021
Kalenderwoche	53	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22

**Tabelle 2:** Quantitative Entwicklung der Bereinigungseffekte auf die Inzidenzen Covid-19 in den Altersklassen der Schweiz vom 3.1. bis zum 6.6.2021. Grundlage der Berechnungen sind die aktuell gültigen Annahmen eines weitestgehenden Schutzes vor Erkrankung während sechs Monaten nach überstandener Infektion oder vollständiger Impfung.



zwar einerseits nicht die zweiwöchige Frist bis zum vollständigen Impfschutz. Andererseits ist aber auch der nach der ersten Dosis zu erwartende Effekt nicht berücksichtigt. Entsprechend der guten Durchimpfung in den höheren Altersklassen sind hier auch schon grosse Korrektoreffekte zu beobachten.

Eine Berücksichtigung der additiven (respektive in Bezug auf die *population at risk* subtraktiven) Wirkung von Durchseuchung und Durchimpfung ergibt schliesslich die bereinigten Inzidenzen (Tab. 1). Bei der Gesamtbevölkerung liegen diese Anfang Juni bereits um mehr als ein Drittel über den unbereinigten Inzidenzen, bei der am stärksten geschützten Altersgruppe der 80-Jährigen und Älteren um mehr als 400% darüber (Tab. 2). Abbildung 3 zeigt die Entwicklung der unbereinigten und der bereinigten 14-Tage-Inzidenzen in der Schweizer Gesamtbevölkerung sowie in ausgewählten Altersklassen seit Anfang 2021.

### Der Nutzen für die Arztpraxis sowie für bevölkerungsbezogene Massnahmen

Die beschriebene Inzidenzbereinigung verwendet vereinfachende Annahmen, wie sie bereits beschrieben worden sind. Zudem lässt sie unberücksichtigt, dass stark abweichende Inzidenzen grundsätzliche Unterschiede in der Ansteckungsdynamik haben können. Mit diesen Einschränkungen erlauben die Berechnungen aber eine Quantifizierung der Einflüsse von Durchseuchung und Durchimpfung auf das Infektionsgeschehen. Zudem erlauben sie eine Abschätzung des realen Risikos für Ungeimpfte und nicht bereits zuvor Erkrankte in den verschiedenen Altersgruppen.

So zeigt Abbildung 3 beispielsweise, dass bei den 20- bis 29-Jährigen bis Ende April bei relativ hohen Inzidenzen zwar ein mässiger Schutzeffekt durch die Durchseuchung bestand, aber – wie nicht anders zu erwarten – noch keiner durch die Durchimpfung. Regelmässig aufbereitet fliessen diese Daten in die Planung von Schutzkonzepten, Teststrategie, Kontakt-Management und Impfstrategie der Armee ein. So sollen weiterhin eine Verbreitung des Virus unter den Armeemitgliedern sowie eine Verschleppung in die Zivilgesellschaft verhindert werden können.

Bei den ab 80-Jährigen zeigt sich einerseits die seit Februar deutlich angewachsene und inzwischen sehr eindrückliche Schutzwirkung der Durchimpfung. Die Inzidenz unter den Ungeimpften dieser Altersgruppe ist aber seit März angestiegen und erst seit Anfang Mai wieder gefallen. Anfang Juni 2021 war sie noch höher als in der Gesamtbevölkerung sowie deutlich höher als bei den 70- bis 79-Jährigen oder den 60- bis 69-Jährigen. Dies ist eine Information, die sowohl bei der Impfbera-

tung in der Arztpraxis als auch für in der Pflege und Betreuung Tätigen von Bedeutung sein kann. So deuten die aktuellen Daten darauf hin, dass trotz einer hohen Durchimpfung in der höchsten Altersgruppe in ihrem Umfeld noch keine genügende Herdenimmunität besteht. Daher sind hier der individuelle Impfschutz, die Impfung möglichst aller Kontaktpersonen wie auch Schutzmassnahmen für Ungeimpfte von grösster Bedeutung.

#### Literatur

- 1 Konzeptpapier Drei-Phasen-Modell. Bericht des Bundesrates zur Konkretisierung des Drei-Phasen-Modells, 12. Mai 2021. Bern, Schweizerische Eidgenossenschaft 2021. <https://www.bag.admin.ch/bag/de/home/krankheiten/ausbrueche-epidemien-pandemien/aktuelle-ausbrueche-epidemien/novel-cov/situation-schweiz-und-international.html>
- 2 Martin B, Martin-Diener E, Pfister M, Hauri R. Erfahrungen mit dem Konzept des Kantons Zug für COVID-19. *Schweiz Ärztztg.* 2021;102(8):280–3. <https://doi.org/10.4414/saez.2021.19504>
- 3 Bonita R, Beaglehole R, Kjellström T. *Basic epidemiology*. 2nd edition. Geneva, World Health Organization WHO 2006.

### Das Wichtigste in Kürze

- Neben den inzwischen besser bekannten Auswirkungen einer überstandenen Covid-19-Erkrankung auf die Immunabwehr spielt die steigende Anzahl vollständig geimpfter Personen eine wichtige Rolle im Hinblick auf die weitere Entwicklung der Pandemie.
- Für Durchseuchung und Durchimpfung bereinigte Inzidenzzahlen ermöglichen es, diese Effekte in den verschiedenen Altersklassen zu quantifizieren und das Covid-19-Risiko für Ungeimpfte abzuschätzen.
- Die Schweizer Armee bereitet die entsprechenden Daten regelmässig auf und nutzt sie für die Weiterentwicklung von Schutzkonzepten, Teststrategie, Kontakt-Management und Impfstrategie.
- Bei den Ungeimpften ab 80 Jahren war Anfang Juni 2021 die 14-Tage-Inzidenz immer noch höher als in der Gesamtbevölkerung. Deshalb sind individueller Impfschutz, Impfung des Umfelds und Schutzmassnahmen für Ungeimpfte nach wie vor von grösster Bedeutung.

### L'essentiel en bref

- Outre les effets désormais mieux connus de la guérison au Covid-19 sur la réponse immunitaire, le nombre croissant de personnes entièrement vaccinées joue un rôle important dans le développement ultérieur de la pandémie.
- Les chiffres d'incidence ajustés pour la transmission et la couverture vaccinale permettent de quantifier ces effets dans les différents groupes d'âge et d'estimer le risque d'infection au Covid-19 pour les personnes non vaccinées.
- L'armée traite régulièrement ces données et les utilise pour l'élaboration continue des concepts de protection, la stratégie de test, la gestion des contacts et la stratégie de vaccination.
- Parmi les personnes non vaccinées âgées de 80 ans et plus, l'incidence à 14 jours au début du mois de juin 2021 restait plus élevée que dans la population générale. La protection vaccinale et les mesures de protection des personnes non vaccinées restent donc de la plus haute importance.

# Richtlinien «Reanimationsentscheidungen» aktualisiert

Michelle Salathé

Medizin & Ethik & Recht, Basel

Reanimationsentscheidungen und deren Folgen sind für alle Beteiligten mit grossen Belastungen verbunden. Zur Unterstützung der medizinischen Fachpersonen hat die Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissenschaften (SAMW) 2008 medizin-ethische Richtlinien veröffentlicht, neue Entwicklungen machten eine Überarbeitung erforderlich. Die revidierten Richtlinien sind in vier Sprachen (d/f/e/i) erhältlich.

Die von der Zentralen Ethikkommission der SAMW eingesetzte Subkommission [1] unter dem Vorsitz von Prof. Reto Stocker, Zürich, hat für die Aktualisierung der Richtlinien von 2008 [2] die aktuellen wissenschaftlichen Erkenntnisse zu Prognosekriterien und Outcome von Reanimationsmassnahmen berücksichtigt. Dabei wurden neuere Entwicklungen aufgenommen, zum Beispiel der Einsatz von extrakorporaler Reanimation, aber auch das Konzept der Gesundheitlichen Vorausplanung, dem die Richtlinien einen hohen Stellenwert einräumen. Der Richtlinienentwurf stand vom 11. Dezember 2020 bis zum 11. März 2021 in der öffentlichen Vernehmlassung.

## Öffentliche Vernehmlassung: Zustimmung zum Richtlinienentwurf

Hinter den 54 Stellungnahmen, die während der Vernehmlassung eingetroffen sind, stehen zahlreiche Fachgesellschaften und Fachgremien, Organisationen und Verbände: die FMH, neun Fachgesellschaften (namentlich auch die von der Thematik direkt Betroffenen: Schweizerische Gesellschaft für Intensivmedizin, Schweizerische Gesellschaft für Anästhesiologie und Reanimation, Schweizerische Neurologische Gesellschaft, das Swiss Resuscitation Council, der Schweizer Berufsverband der Pflegefachfrauen und -männer [SBK], die Swiss Nurse Leaders, Spitäler und Kantone sowie die Schweizerische Stiftung SPO Patientenorganisation). Die Rückmeldungen waren überaus positiv und betrafen in erster Linie Formulierungsvorschläge, Vorschläge zur Präzisierung oder Nachfragen.

Anlass zu grundlegender Kritik gab einzig das Kapitel «Reanimationsmassnahmen im Hinblick auf eine Or-

gantransplantation». Dieses stehe mit einer liberaleren Haltung zur Reanimation vor Kenntnis des Patientenwillens und mit den Richtlinien zur Feststellung des Todes im Hinblick auf Organtransplantationen im Widerspruch [3]. In der definitiven Fassung der revidierten Richtlinien «Reanimationsentscheidungen» ist dieses Kapitel nun nicht mehr enthalten. Die SAMW verfolgt aber die aktuelle politische Diskussion über die Einführung der Widerspruchslösung [4] und wird das Thema bei der nächsten Revision der Richtlinien zur Feststellung des Todes mit Bezug auf Organtransplantationen vertiefen.

## Kernelemente: Patientenautonomie und Nichtschaden

Die Richtlinien gehen betreffend Ergebnis und Prognose nicht vom «Überleben mit Entlassung aus dem Spital» aus, relevant ist vielmehr die «Lebensqualität nach Reanimation». Diese korreliert einerseits eng mit dem neurologischen Ergebnis, ist andererseits aber stark von subjektiven Faktoren geprägt (Erleben und Präferenzen der Patientinnen und Patienten).

Nach wie vor sind die durchschnittlichen Überlebenschancen nach einem Kreislaufstillstand niedrig. Zwar gibt es statistische Angaben zu einzelnen Patientenkollektiven, diese lassen aber oft keine präzisen Aussagen über den Einzelfall zu. Das Abschätzen der individuellen Prognose ist daher sehr schwierig. Insgesamt hat der Anteil der erfolgreichen Reanimationen mit gutem neurologischem Ergebnis dennoch zugenommen. Dies hat folgende Gründe:

- Verbesserung der Überlebenskette;
- bessere Kenntnisse von prognostisch ungünstigen

Faktoren (diese werden in den Richtlinien differenziert dargestellt) und entsprechend weniger Reanimationen;

- aktiveres Eruiieren und Dokumentieren des Patientenwillens.

Die Richtlinien räumen der Patientenautonomie einen hohen Stellenwert ein. Sie halten fest, dass das Rettungsteam sich auf Patientenverfügungen und ärztliche Notfallanordnungen stützen und einen Reanimationsversuch unterlassen kann, wenn die betroffene Person einen solchen ablehnt. Umso wichtiger ist es, dass Patientinnen und Patienten darin unterstützt werden, den Entscheid Rea-ja oder Rea-nein nach Abwägung der eigenen Präferenzen, unter Beizug individualisierter Informationen (Prognose) und im Austausch mit wichtigen Bezugspersonen treffen zu können. Die Richtlinien stützen sich dabei auf das Konzept der sogenannten Gesundheitlichen Vorausplanung [5].

Gleichzeitig betonen die Richtlinien, dass es ethisch nicht gerechtfertigt ist, aussichtslose Reanimationsmassnahmen durchzuführen. Aussichtslose Reanimationsmassnahmen würden die Patientin oder den Patienten unnötig belasten und lediglich die Sterbephase verlängern. Die SAMW vertieft aktuell die Thematik der Aussichtslosigkeit für verschiedene medizinische Interventionen, die Veröffentlichung von Empfehlungen ist geplant.

Aufgrund von Rückmeldungen aus der Vernehmlassung wurde die den Richtlinien zugrunde liegende Haltung «Keine Maximalmedizin, sondern differenzierte Entscheidungen» bei hochbetagten Patientinnen und Patienten ausgewogener formuliert. So wird neu darauf hingewiesen, dass nicht das Alter per se ein prognostischer Faktor ist, sondern Hochaltrigkeit verbunden mit Fragilität. Die Richtlinien beziehen sich hier auf eine neue Registerstudie mit über 10 000 Fällen von In-hospital-Reanimationen bei über 70-jährigen Patientinnen und Patienten [6]. Diese hat gezeigt, dass eine Reanimation bei hospitalisierten Hochbetagten erfolgreich sein kann (ca. 10% intaktes neurologisches Überleben auch bei 90-Jährigen). Andererseits zeigen mehrere Studien [7], dass bei hochbetagten Personen mit Gebrechlichkeit die Prognose eines Reanimationsversuchs schlecht ist.

Mit einer empathischen, situationsbezogenen Aufklärung – ausgehend von einer realistischen Einschätzung der Prognose – kann dazu beigetragen werden, dass Reanimationsversuche in aussichtslosen Situationen unterlassen werden. Studien zeigen auch, dass ein Grossteil der Personen am Lebensende symptomlindernde Massnahmen wünschen.

## Fragen und Antworten

### **Wann wird eine Reanimation als erfolgreich bezeichnet?**

Die Beurteilung des Reanimationserfolgs stützen die Richtlinien nicht nur darauf ab, ob der spontane Kreislauf (ROSC; *return of spontaneous circulation*) wiederhergestellt werden kann und die betroffene Person bis zur Spitalentlassung überlebt. Entscheidend ist, dass die Patientinnen und Patienten ohne schwerwiegende neurologische Folgeschäden und mit einer für sie guten Lebensqualität weiterleben können. Zur Beschreibung des neurologischen Zustands stützen sich die Richtlinien auf die sogenannte *Cerebral Performance Category*, die CPC-Klassifizierung, ab. In den CPC-Kriterien sind jedoch nicht alle möglichen Spätfolgen abgebildet. Ein wichtiger zusätzlicher Faktor, um das Ergebnis einer Reanimation zu beurteilen, ist das subjektive Erleben der Patientinnen und Patienten, die Zufriedenheit mit der (neuen) Lebenssituation.

### **Wann ist ein Reanimationsversuch aussichtslos?**

Als aussichtslos wird ein Reanimationsversuch gemäss Richtlinien bezeichnet, wenn es prognostisch hochwahrscheinlich ist, dass eine kurz- oder mittelfristige Lebensverlängerung mit einer aus Sicht des Patienten und der Patientin erträglichen Lebensqualität ausgeschlossen ist.

### **Warum ist es wichtig, Patientinnen und Patienten zu unterstützen, frühzeitig den Entscheid zu treffen, ob sie in der Akutsituation eines Kreislaufstillstands reanimiert werden möchten oder nicht?**

Hohes Alter, Komorbiditäten und auch Gebrechlichkeit erhöhen die Wahrscheinlichkeit des Eintritts eines Kreislaufstillstands. Spätestens wenn eine solche Ausgangssituation vorliegt, ist es sinnvoll, den Reanimationsentscheid zu thematisieren – zum Beispiel im Rahmen einer gesundheitlichen Vorausplanung – und den Patientenwillen rechtsgültig zu dokumentieren. Um die Prognose realistisch einschätzen zu können, ist ein beratendes Gespräch mit einer Fachperson empfohlen. Patientinnen und Patienten können ihren Willen aber auch ohne fachliche Unterstützung bilden und rechtskräftig zum Beispiel in einer Patientenverfügung festhalten. Zur individuellen Chancen-Risiko-Abwägung und Unterstützung des Entscheids «Rea-ja» bzw. «Rea-nein» ist ein Gespräch zwischen der betroffenen Person bzw. der rechtlichen Vertretungsperson, den Angehörigen und medizinischen Fachpersonen hilfreich. Ein Entscheid kann, auch wenn er einmal festgehalten ist, jederzeit durch die urteilsfähige Person geändert werden. Dies ist wiederum entsprechend zu dokumentieren.



### **Woran orientiert sich das Rettungsteam in der Akutsituation eines Kreislaufstillstands?**

Das Erfordernis einer expliziten Einwilligung in eine Behandlung gilt grundsätzlich auch für Reanimationsmassnahmen. Da bei einem Kreislaufstillstand die Patientin oder der Patient nicht urteilsfähig [8] ist, ist das Einholen einer informierten Einwilligung zu diesem Zeitpunkt nicht möglich. Das Schweizerische Zivilgesetzbuch [9] hält für diese dringliche Situation fest, dass medizinische Fachpersonen Massnahmen nach dem mutmasslichen Willen und den Interessen der urteilsunfähigen Person ergreifen. Ist der (mutmassliche) Wille bekannt, haben sich alle Massnahmen daran zu orientieren. Soweit es die Umstände (Zeitdruck, Ort des Kreislaufstillstands etc.) zulassen, muss das Rettungsteam nach Hinweisen suchen, die Rückschlüsse auf den (mutmasslichen) Willen der Patientinnen und Patienten geben. Lehnt die betroffene Person Wiederbelebungsversuche ab, dürfen keine Reanimationsmassnahmen durchgeführt werden. Ist es nicht möglich, den (mutmasslichen) Willen der Betroffenen zu eruieren, sind ihre Interessen massgebend. In dieser Situation soll das Leben nach Möglichkeit erhalten, aber Reanimationsbemühungen dann unterlassen werden, wenn diese aussichtslos sind.

### **Ist es immer sinnvoll, Reanimationsmassnahmen einzuleiten, wenn ein Individuum dies wünscht resp. wenn sein Wille nicht bekannt ist?**

Der Entscheid «Rea-ja/Rea-nein» und dessen Dokumentation im Patientendossier sind weitreichend. Jeder Entscheid muss deshalb auf den ethischen Grundsätzen einer guten medizinischen Praxis beruhen. Dazu zählen unter anderem der Respekt vor der Autonomie eines Menschen und die Respektierung der

Prinzipien des Wohltuns und des Nichtschadens. Diese verpflichten dazu, das Leben eines Patienten oder einer Patientin nach Möglichkeit zu erhalten, aber auch Reanimationsbemühungen zu unterlassen, wenn diese aussichtslos sind. Die Richtlinien halten fest, dass es ethisch nicht gerechtfertigt ist, aussichtslose Reanimationsmassnahmen durchzuführen. Aussichtslose Reanimationsmassnahmen würden die Betroffenen unnötig belasten und lediglich die Sterbephase verlängern.

#### **Bezugsquelle**

Die Richtlinien sind online in vier Sprachen (d/e/f/i) erhältlich und können kostenlos als gedruckte Broschüre (d/f) bestellt werden: [samw.ch/richtlinien](http://samw.ch/richtlinien)

#### **Literatur**

- 1 Zusammensetzung der Subkommission: Prof. Dr. med. Reto Stocker, Zürich (Vorsitz), Intensivmedizin; Beat Baumgartner, Spiez, Rettungssanität; Luk de Crom, Affoltern am Albis, Pflege/Rehabilitation; PD Dr. med. Karin Diserens, Lausanne, Neurorehabilitation; Dr. med. Gudrun Jäger, St. Gallen, Pädiatrie; Prof. Dr. med. Tanja Krones, Zürich, Ethik; Angelika Lehmann, BSc, MNS, Basel, Intensivpflege; Nicole Rapin Christen, Zürich, SPO Patientenschutz; Prof. Dr. med. Bara Ricou, Genf, Intensivmedizin; lic. iur. Michèle Salathé MAE, SAMW, ex officio, Bern; Prof. Dr. med. Jürg Steiger, Basel, ZEK-Präsident (bis 31.12.2020), Innere Medizin; Prof. Dr. med. Andreas Stuck, Bern, Geriatrie; Prof. Dr. iur. Marc Thommen, Zürich, Recht; Prof. Dr. med. Wolfgang Ummerhofer, Basel, Notfallmedizin.
- 2 2012 wurden die Richtlinien an das per 1.1.2013 geltende neue Kindes- und Erwachsenenschutzrecht (Schweiz. Zivilgesetzbuch; Erwachsenenschutz, Personenrecht und Kindesrecht; Änderung vom 19. Dezember 2008) angepasst.
- 3 Vgl. «Feststellung des Todes im Hinblick auf Organtransplantationen und Vorbereitung der Organentnahme». Medizin-ethische Richtlinien der SAMW (2017).
- 4 [www.bag.admin.ch/bag/de/home/medizin-und-forschung/transplantationsmedizin/rechtsetzungsprojekte-in-der-transplantationsmedizin/indirekter-gegenvorschlag-organspende-initiative.html](http://www.bag.admin.ch/bag/de/home/medizin-und-forschung/transplantationsmedizin/rechtsetzungsprojekte-in-der-transplantationsmedizin/indirekter-gegenvorschlag-organspende-initiative.html)
- 5 Vgl. [samw.ch/gesundheitsliche-vorausplanung](http://samw.ch/gesundheitsliche-vorausplanung)
- 6 Vgl. Hirlekar G, Karlsson T, Aune S, Ravn-Fischer A, Albertsson P, et al. Survival and neurological outcome in the elderly after in-hospital cardiac arrest. *Resuscitation*. 2017;118:101–6.
- 7 Vgl. Andrew E, Mercier E, Nehme Z, Bernard S, Smith K. Long-term functional recovery and health-related quality of life of elderly out-of-hospital cardiac survivors. *Resuscitation*. 2018;126:118–24; Druwé P, Benoit DD, Monsieurs KG, Gagg J, Nakahara S, et al. Cardiopulmonary Resuscitation in Adults Over 80: Outcome and the Perception of Appropriateness by Clinicians. *J Am Geriatr Soc*. 2020;68(1):39–45; Pape M, Rajan S, Hansen SM, Mortensen RN, Riddersholm S, et al. Survival after out-of-hospital cardiac arrest in nursing homes – A nationwide study. *Resuscitation*. 2018;125:90–8.
- 8 Vgl. «Urteilsfähigkeit in der medizinischen Praxis». Medizin-ethische Richtlinien der SAMW (2019).
- 9 Vgl. Art. 379 ZGB.

## **Das Wichtigste in Kürze**

- Zur Unterstützung der medizinischen Fachpersonen hat die Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissenschaften 2008 medizin-ethische Richtlinien veröffentlicht und nun überarbeitet.
- Die aktualisierten Richtlinien räumen der Patientenautonomie und dem Konzept der gesundheitlichen Vorausplanung einen hohen Stellenwert ein.
- Beim Entscheid Rea-ja/Rea-nein gehen die Richtlinien nicht vom «Überleben mit Entlassung aus dem Spital» aus, relevant ist vielmehr die «Lebensqualität nach Reanimation».

Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissenschaften (SAMW)  
Haus der Akademien  
Laupenstrasse 7  
CH-3001 Bern  
[ethics\[at\]samw.ch](mailto:ethics[at]samw.ch)

# Briefe an die SÄZ

## Der Nachholbedarf der digitalen Schweiz und die Bedürfnisse der kranken Menschen

Brief zu: Zimmer A. Gelungene Digitalisierung braucht funktionierende Schnittstellen. Schweiz Ärztztg. 2021;102(25):833

Das Gesundheitswesen der Schweiz hat bei der Digitalisierung einen grossen Nachholbedarf. So jedenfalls tönt es immer wieder aus Kreisen der Politik sowie der Pharma- und IT-Industrie. «Der Nachholbedarf ist gross», schreibt auch Alexander Zimmer und bezieht sich auf das Ranking der Bertelsmann-Stiftung, wonach wir Helvetier auf dem Platz 14 der 17 untersuchten Länder gelandet sind. Ist «Nachholbedarf» jedoch überhaupt ein Argument? Oder vielleicht einfach nur Rhetorik und Propaganda? Oft wird Dänemark als digitaler Musterknabe hingestellt, im besagten Ranking besetzt das nordische Land den dritten Rang. Nun: Dänemark hat im Vergleich zur Schweiz auch den stärkeren Aquavit, den besseren Blaukäse und die schöneren Leuchttürme. In diesen Bereichen redet indes niemand von «Nachholbedarf». Viele meiner Patienten kommen aus Portugal, manche aus Ex-Jugoslawien, einige aus Deutschland, eine ältere Dame aus Dänemark, die meisten aus der Schweiz. Sie beklagen sich nicht über das Schweizer Gesundheitssystem. Die Patienten schätzen es, wenn sie beim Arzt ein offenes Ohr erwarten dürfen. Wenn der Arzt oder die Ärztin nicht gestresst wirkt und nur auf den Bildschirm starrt. Wenn die nötigen Abklärungen und Therapien rasch und zielgerichtet eingeleitet werden. Das sind die Bedürfnisse unserer Patientinnen und Patienten. Über die vergleichsweise rückständige Digitalisierung im Schweizer Gesundheitswesen – darüber haben sich die kranken Menschen in meiner Sprechstunde noch nie beklagt.

*Dr. med. Felix Schürch, Zürich*

## Von Worten zu Taten!

Brief zu: Gonzalez Holguera J, Senn N. Das Konzept der «Co-benefits» von Gesundheit und Umwelt. Schweiz Ärztztg. 2021;102(24):807–9

Sehr zu Recht weisen Autorin und Autor auf die lange Liste von Evidenz hin, dass «was für den Planeten gut, auch für uns Menschen gut ist». Noch sehr viel länger ist die Liste von Evidenz, dass es wir Menschen sind, die jährlich steigende Treibhausgasemissionen verursachen und so die Zukunftsaussichten unserer Nachkommenschaft kompromittieren; gleich gross ist das Wissen darüber, welche Gegenmassnahmen zu treffen sind. Natürlich stimmt es, dass wir Ärztinnen und Ärzte bei jedem Patientenkontakt dieses Wissen weitergeben müssen, nämlich dass unsere Gesundheit nicht ohne gesunde Umwelt zu haben ist. Mindestens so wichtig ist es aber, dass wir als Kollektiv – und damit ist vor allem die FMH gemeint – endlich aus unserem Dornröschenschlaf aufwachen und geeint griffige Massnahmen zur sofortigen Bekämpfung der bereits sich anbahnenden Klima-Katastrophe ergreifen. Bei der Gestaltung unseres Berufsumfeldes stehen uns zahlreiche über die Betreuungsbereitschaft hinausgehende Möglichkeiten des Klimaschutzes offen, die leider weitgehend brachliegen: von der Gestaltung und den Abläufen in der Praxis über die Spitalbauplanung bis zu den Anlagen unserer Alterssparguthaben. Dass so etwas wie die Covid-19-Pandemie eintreffen würde, war aufgrund wissenschaftlicher Kenntnisse im Voraus bekannt – trotzdem fehlten dann in der reichen Schweiz z.B. die Masken, als es so weit war. Können wir aus Fehlern lernen? Wie Holguera und Senn klar zeigen, sind Klimaschutzmassnahmen gleichzeitig auch gesundheitsfördernd – nichts hindert uns also daran, als einzelne Ärztin, als einzelner Arzt sowie als Ärzteschaft in Klimafragen endlich klar Stellung zu beziehen.

*Dr. med. René Jaccard, Mitglied wissenschaftliche Kommission der Klima-Grosseltern CH, Küssnacht*

## «smarter medicine»?

Vielen Dank für Ihre Replik (Schweiz Ärztztg. 2021;102(21):689–99) zu meinem Leserbrief, der sich mit den wissenschaftlichen Grundlagen Ihrer «smarter medicine»-Empfehlung Nr. 1: «Kein Testen und Neubehandeln von Dyslipidämien bei Personen über 75 Jahre in der Primärprävention» befasst (Schweiz Ärztztg. 2021;102(17):572–3).

Punkt 1 Ihrer Replik kann ich voll und ganz unterstützen: Die im *Lancet* publizierte Metaanalyse [1] ist die bisher grösste Metaanalyse randomisiert-kontrollierter Studien (RCTs).

Zu Punkt 3 «...Nebenwirkungen einer Statinbehandlung «... sind nicht selten...gerade im höheren Alter...» haben Sie leider keine Referenz angegeben, somit bleibt dies eine Behauptung.

Zu Punkt 2: Die Argumentation in Ihrer Replik ist ein klassisches Beispiel zur Rechtfertigung einer statistischen (Fehl-)Entscheidung, auch Fehler 2. Art oder Beta-Fehler genannt.

Die Nullhypothese in diesem Fall wäre, dass kein Unterschied in der Gruppe (Primärprävention, > 75 Jahre) bezüglich Neubeginn einer Statintherapie (bzw. in der Metaanalyse [1], s. Fig.4, der Statin/intensiveren vs. Kontrolle/weniger intensiven Therapie) besteht. Dieser Unterschied erreichte in der Gruppe der >75-jährigen (N=603), entweder aufgrund der deutlich zu geringen Zahl an Patienten verglichen z.B. mit der Gruppe > 65 bis ≤70-jährigen (N=955) oder aber aufgrund des Fehlens eines wahren Unterschieds, das statistische Signifikanzniveau nicht. Die Entscheidung, dass somit kein Unterschied besteht (d.h. dass die Nullhypothese stillschweigend angenommen werden kann), kann – auch wenn dies «...zurückhaltend formuliert...» wäre, keineswegs getroffen werden.

Einen Fehler 2. Art begeht man nun, wenn man die statistische Power, d.h. die Gruppengrösse ausser Betracht lässt, und damit behauptet, der Unterschied wäre auch in einer grösseren Gruppe (vergleichbar mit denen der anderen Altersklassen der Fig. 4) oder in der Grundgesamtheit nicht signifikant geworden. Eine zu kleine Anzahl von Patienten (Mangel stat. Power) erlaubt eine derartige Schlussfolgerung einfach nicht.

Noch einmal etwas einfacher gesagt, wenn aus einer Grundgesamtheit zu wenig Individuen ausgewählt werden, lassen sich keine Rückschlüsse ziehen. Beispiel: Man wählt zwei Personen aus verschiedenen Regionen der Schweiz aus und fragt sie nach ihrer Meinung zur COVID-19-Impfung. Wenn sich diese zwei Personen einig sind (=Nullhypothese),

## Briefe

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

[www.saez.ch/de/publizieren/leserbrief-einreichen/](http://www.saez.ch/de/publizieren/leserbrief-einreichen/)

**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.**

heisst dies nicht, dass sich alle Bewohner der Schweiz einig sind.

Wenn man nun Fig. 4 genauer betrachtet, ist es offensichtlich, dass sich der Unterschied bei immer grösseren Untergruppen weiter von 1 entfernt, d. h. dass die Risk Ratio (RR) zunehmend signifikant zwischen den Gruppen ausfällt. In der Gruppe der >65- bis ≤70-Jährigen (N=955) ist die RR 0,61, bei den >55- bis ≤60-Jährigen (N=715) ist sie 0,81. Die unterschiedliche Gruppengrösse könnte diese unterschiedliche RR zwanglos erklären, nicht aber das Alter, denn dies wäre genau reziprok zur Hypothese der Autoren.

In der medizinischen Literatur wird der Zweck und damit die Berechtigung einer statistischen Auswertung, d. h. der Möglichkeit der Rückweisung einer Nullhypothese (mit anderen Worten der Beweis eines Unterschieds) zwischen Gruppen häufig vernachlässigt. Vergessen wird auch, dass Aussagen im Umkehrschluss, für die die entsprechende Statistik nie konzipiert wurde, unzulässig sind, weshalb sie, falls ein derartiger Umkehrschluss tatsächlich gezogen wird, auch als Fehler 2. Art bezeichnet werden.

*Prof. Dr. med. André R. Miserez, Reinach*

#### Literatur

1 CTT Collaboration. Lancet. 2019;393:407–15

### Corona und die drei G für die Jugend

Alle negativ Getesteten werden auch einmal vom Coronavirus erwischt. Die meisten genesen zwar, manche leiden lange.

Die Zahl und die Relevanz der Genesenen sind unsicher.

Geimpfte erkranken selten und verbreiten kaum mehr Viren.

Quarantäne, Masken und teures Testen bleiben somit notwendig, solange auch Jugendliche selten geimpft sind.

Meldet also eure Kinder ab 12 Jahren jetzt im Impfzentrum an. Vielleicht ergattern sie noch einen Impftermin vor dem Sommerlager, wenigstens vor dem Beginn der Schule oder Berufslehre.

Viele hatten am 13.6.21 in der Confoederatio Helvetica (CH) im Hinblick auf die langfristige Zukunft bei Umweltvorlagen irrational abgestimmt. Personen aus dem Marketing lehren, dass nur prägnante Sprüche immer wieder wirken: Impfen ist besser als Testen!

Impfkritisch denkende Personen, speziell in einem Parlament, welche sich demonstrativ nicht an Gesetze halten und so zur Ausbreitung der Infektionen beitragen, untergraben das Vertrauen in unseren Staat. Sie verlängern damit die Epidemie und gefährden andere Menschen (Entsolidarisierung). Manche missachten arbeitsmedizinische Grundsätze der eigenen Verantwortung auch für andere: Mitarbeitende, Kinder, Kranke. Betten sind nutzlos ohne Personal, welches frustriert sich neu orientiert. In Landarztpraxen lohnt sich Impfen von Patienten nicht. Zentren und Apotheken impfen billiger?

Bildung ist ein Grundrecht der Menschen. Andere Sprachen benutzen den Begriff «Erziehung». Bilder sind mehr als eine Ansammlung von Pixeln. Kunst und Kultur sind mehr als Algorithmen. Die Sprache ist mehr als eine Folge von Buchstaben, Wörtern.

Nur über Zuhören kann man einen Menschen besser verstehen. Dies bildet die Grundlage für Vertrauen, braucht aber Zeit: im Parlament und in der Sprechstunde. Jeder Mensch hat davon jeden Tag genau gleich viel\*.

Bei Verhandlungen über Tarife und Kosten, nicht nur beim Impfen, auch im Gesundheits- und Bildungswesen zur Ausbildung von Personal bleibt diese Frage zentral: Welche Zeit darf wie viel kosten? – Für wen, zum kurz- oder langfristigen Nutzen für alle (Gesundheit, Bildung, Frieden) oder zum fatalen Schaden (marktwirtschaftliche Ausnützung, Gier, sogar Kriege).

\* Arabisches Sprichwort: «Als Gott die Zeit schuf, hat er davon genug gemacht und allen gleich viel gegeben: vom Sonnenaufgang bis zum Sonnenuntergang.»

(1974 beim Impfen von Nomaden in der Sahara gegen Pocken, BCG und Masern oft gehört!)

*Dr. med. Markus Gassner, Grabs*

### COVID-19: Vacciner les enfants? Quid de l'éthique médicale?

Un vaccin, encore plus que tout autre traitement, puisqu'il est destiné à des personnes en bonne santé, doit avoir un rapport bénéfices/risques très élevé.

Il doit protéger le sujet d'une maladie potentiellement grave, pour laquelle il n'y a pas de traitement efficace; mais il ne doit pas être nocif, en particulier pour les individus qui ont

peu de risque de faire une forme sévère de la maladie.

Les effets secondaires graves de ces vaccins, déclarés à Swissmedic (18 mai 2021) [1], sont de 222 cas pour 1 million de doses vaccinales, chiffre qui peut allègrement être multiplié par 10 ou 100 compte tenu de la sous-déclaration notoire des effets indésirables [2].

Au vu de ces seuls chiffres, comment donc justifier une vaccination dans cette tranche d'âge? D'autant que la décision de la FDA et du Gouvernement américain de vacciner les adolescents a été prise sans aucune évaluation scientifique indépendante, sur la seule base des déclarations de Pfizer, laboratoire condamné à de multiples reprises aux Etats-Unis pour falsification de données, corruption active et versement de commissions occultes [3, 4].

Certains rétorqueront que le but de la vaccination des enfants et des adolescents est essentiellement de conférer une immunité de groupe qui serait atteinte avec un taux de 80% de personnes vaccinées. Or cette notion n'est basée sur aucune expertise scientifique et a été même infirmée dans d'autres maladies (rougeole par exemple) [5]. Elle ne tient pas non plus compte de l'extraordinaire capacité de mutation de ce virus qui, tôt ou tard, fera apparaître une forme résistante à ces vaccins.

Ajoutons encore qu'il n'y a aucune preuve actuelle que les personnes vaccinées ne puissent pas transmettre la maladie rendant nul l'argument de la solidarité.

Au vu de ce qui précède et du fait que de nombreuses inconnues persistent sur les effets à moyen et long terme, vacciner les enfants paraît contraire à toute éthique médicale.

*Dr Pascal Büchler,  
médecine interne générale,  
Yverdon-les-Bains*

#### Références

- 1 <https://www.admin.ch/gov/fr/accueil/documentation/communiqués/msg-id-83644.html>
- 2 Kessler DA. «Introducing Medwatch: A New Approach to Reporting Medication and Device Adverse Effects and Product Problems». JAMA. 1993 (June 2);269(21): 2765–8.
- 3 <https://www.justice.gov/opa/pr/justice-department-announces-largest-health-care-fraud-settlement-its-history>
- 4 <https://www.justice.gov/opa/pr/wyeth-and-pfizer-agree-pay-7846-million-resolve-lawsuit-alleging-wyeth-underpaid-drug-rebates>
- 5 <https://www.lequotidiendumedecin.fr/actus-medicales/politique-de-sante/rougeole-en-france-limmunité-de-groupe-nest-pas-atteinte>



# Mitteilungen

## Facharztprüfungen

### Facharztprüfung zur Erlangung des Facharztstitels Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparats

Zwischenprüfungen 2022

Anatomie und orthopädische Zugangswege

Datum:

Donnerstag und Freitag 17./18. März 2022  
(Reservdatum: 19. März 2022. Die Kandidaten werden gebeten, sich für das Reservdatum ebenfalls verfügbar zu halten).

Ort:

SFITS (Swiss Foundation For Innovation And Training In Surgery)  
Universitätsspital Genf

Anmeldefrist: 10. Dezember 2021

Weitere Informationen finden Sie auf der Website des SIWF unter [www.siwf.ch](http://www.siwf.ch)  
→ Weiterbildung → Facharzttitel und Schwerpunkte → Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparats

## Albrecht von Haller Young Investigator Award 2021

The Albrecht von Haller Young Investigator Award will be awarded to an innovative project of a young investigator in the amount of 25 000 Swiss Francs as well as to three outstanding doctoral theses in the amount of 2000 Swiss Francs each. The scope of the award is quite broad covering cardiovascular research and interdisciplinary projects or theses in the humanities and arts.

The project may be a well documented concept or supportive of a well advanced project. Projects submitted to the Swiss Heart Foundation for a research grant can be simultaneously submitted to this call for consideration.

The doctoral thesis has to have been accepted in German, French, Italian or English by a Swiss university and/or accepted by or

published in an internationally recognized journal in the past two years.

This award is conferred by the Swiss Heart Foundation thanks to an unrestricted grant from Boehringer Ingelheim (Switzerland).

The award is intended solely for the selected project and serves to foster academic progress of young scientists or physicians and/or to improve health outcomes of patients.

The age limit is 35 years at time of application. The application must be submitted in English.

Deadline for submissions is 31st August 2021. Further information and forms can be downloaded at [www.swissheart.ch/avhyi-award](http://www.swissheart.ch/avhyi-award) [research@swissheart.ch](mailto:research@swissheart.ch)

## Aktuelle Themen auf unserer Website

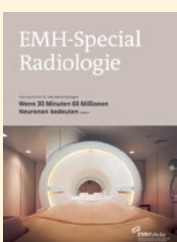
[www.saez.ch](http://www.saez.ch) → Tour d'horizon



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

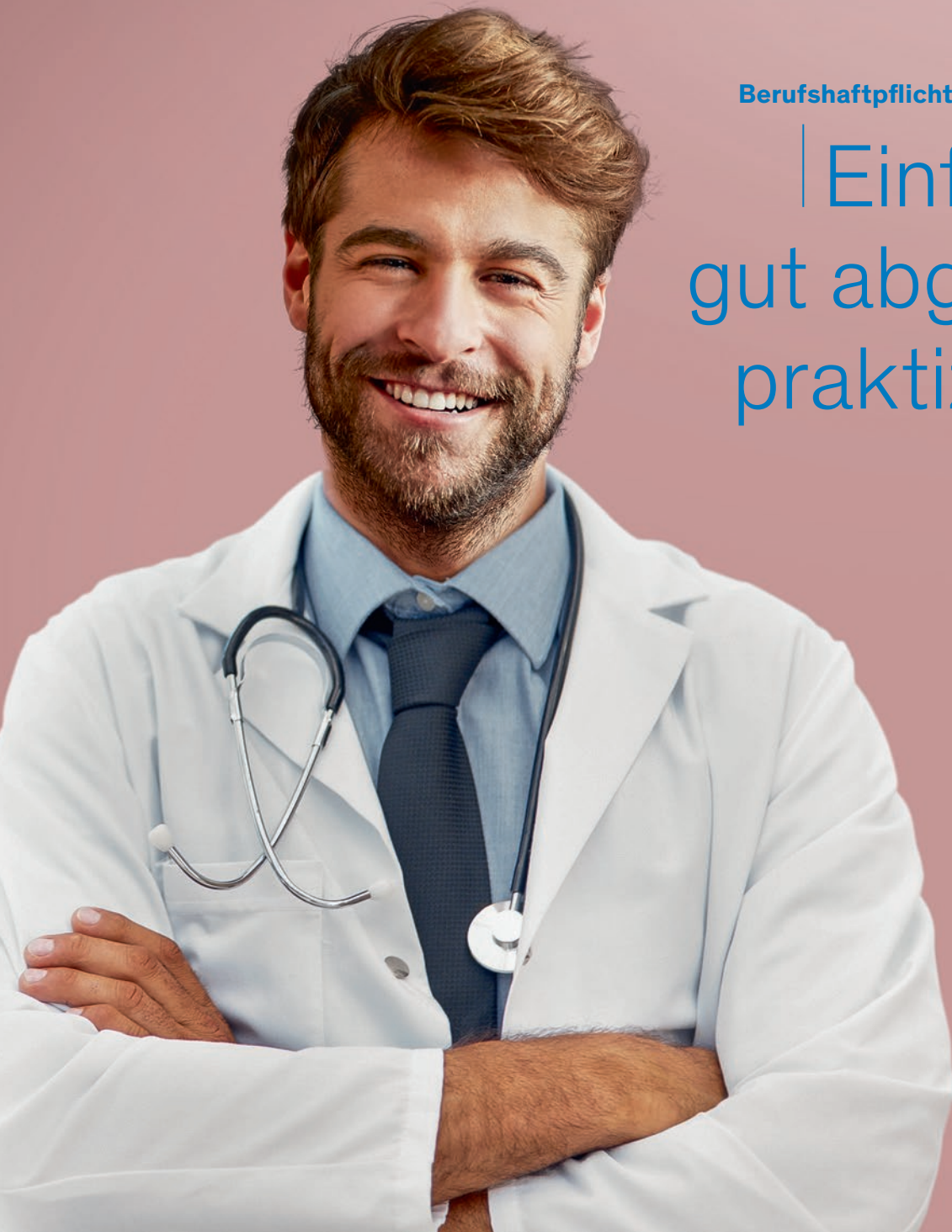
### EMH-Special: eine neue Publikationsreihe

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



Berufshaftpflicht

Einfach  
gut abgesichert  
praktizieren



Sonderkon-  
ditionen für  
Mitglieder von  
FMH Services

Feinheiten machen den Unterschied  
**Umfassende Berufshaftpflichtversicherung  
für Ärztinnen und Ärzte**

- Führende Speziallösung für selbständige Ärzte und Gruppen-  
praxen
- Prämien sparen dank exklusivem Rahmenvertrag
- Auf Medizinalrecht spezialisierte Juristen

**INSURANCE**

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



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

## Betriebswirtschaftliche Spitalorganisation

# Die Balance von Autonomie und gemeinsamen Zielen

**Dominik Moser**

M.Sc. Betriebsökonomie, Bereichsleiter Patientenmanagement, Direktion Betriebe, GZO AG Spital Wetzikon; Dozent, Fachbereich Unternehmensführung, Fernfachhochschule Schweiz; Doktorand, Fachgebiet Management im Gesundheitswesen, Technische Universität Berlin

Zunehmende Spezialisierung und die Folgen von Regulierung können die Spitalorganisation erschweren. Viele Betriebe beschäftigen sich darum mit der Prozessgestaltung und Kulturveränderung hin zur lernenden Organisation. Für eine zukunftsfähige Spitalorganisation sollten jedoch auch weitere Aspekte berücksichtigt werden.

In einem Spital ist Veränderung besonders anspruchsvoll. Prozesse wachsen über Jahre hinweg und werden aufgrund zunehmender Spezialisierung und Regulierung stets komplizierter [1]. Viele Organisationen beschäftigen sich darum mit der Prozessgestaltung und Kulturveränderung hin zu lernenden Organisationen, beispielsweise mittels der Lean Philosophie oder des Scaled Agile Framework (SAFe®) (u.a. [2]). Für eine zukunftsfähige Spitalorganisation sollten jedoch weitere Aspekte berücksichtigt werden.

Erstarrung, Kampf oder Flucht stehen sinnbildlich für die Probleme von Organisationen in der Phase der Professionalisierung. Führungskräfte sind chronisch überlastet und Entscheidungswege zäh. Innovation «versandet» (Erstarrung); frustrierte Leistungsträgerinnen und Leistungsträger verlassen das Haus

(Flucht). Man hat Angst, mit der eigenen Überforderung aufzufliegen. Die Folge: dauerhafter Widerstand gegen alles und jeden (Kampf). Stösst man an Grenzen, ist diese Reaktion normal und Teil der Entwicklung jedes Organismus. Dieses Spannungsfeld lädt jedoch auch zum Innehalten und zur gemeinsamen Neujustierung ein. Wie kann die Entwicklung hin zur integrierten Spitalorganisation gelingen?

## Entwicklungsphasen einer Organisation

In Anlehnung an Lievegoed beschreibt Glasl [3] vier Entwicklungsphasen einer Organisation: Die Pionier-, Differenzierungs-/Professionalisierungs-, Integrations- und Assoziationsphase. Jedes System (z. B. Spital, Arztpraxis) sowie die einzelnen Organisationseinheiten (z. B. Klinik) reifen in diesen Phasen, die nacheinander durchlaufen werden. Jede Phase erfordert eine neue Struktur, ausgehend von typischen Problemen am Ende der vorhergehenden Phase. Die Pionierphase steht für die unkomplizierte Macher-Mentalität ohne klare Struktur. Der Patron will in alle Themen involviert sein. Viele Kliniken verharren in dieser Phase, da der Patron sich nicht verändern will/kann. Der Ruf nach Struktur wird zunehmend laut: Professionelle Strukturen müssen her, beispielsweise in Form von Prozessen und Abteilungen (Phase 2). Typisch für die Differenzierung/Professionalisierung sind funktionale Bereiche (Medizin, Chirurgie, Radiologie, Finanzen etc.). Viele Spitäler sind noch heute so organisiert. Die starre und träge Bürokratie nimmt währenddessen überhand. Die Geschäftsleitung ist in viele operative Themen involviert, was zu Frust führt. Die Integrationsphase soll folgen: Hierbei werden Einheiten gebildet, welche interprofessionell einen spe-



Die fraktale Struktur eines Romanescos lässt sich mit der Organisationsstruktur eines Spitals vergleichen.



zifischen Markt bedienen und dafür über die nötigen Kompetenzen und Verantwortung verfügen. In Phase 3 werden Prozesse konsequent auf die Patientinnen und Patienten ausgerichtet. Positive Elemente aus Phase 1 und 2 werden miteinander verbunden. Dabei wird zunehmend festgestellt, dass eine enge Zusammenarbeit unumgänglich ist. Die Assoziationsphase 4 beginnt, und ein integrales, evolutionäres Netzwerk mit externen Partnerinnen und Partnern entsteht.

### Zentrum der fraktalen Spitalorganisation

Damit die Phase 2, in welcher sich viele Gesundheitsorganisationen aktuell befinden, nicht in Erstarrung, Kampf oder Flucht endet, kann durch eine Anpassung der Organisationsstruktur die Weiterentwicklung ermöglicht werden.

Für die Integrationsphase 3 dient die kybernetische Struktur als Grundlage für die Organisation. Sie basiert auf der Systemtheorie und ermöglicht eine fraktale Entwicklung [4–6]. Ebendiese Struktur lässt sich durch das vom Blumenkohl abstammende Gemüse Romanesco veranschaulichen: Dieses zeichnet sich durch eine sich auftürmende und wiederholende Textur aus. Vom Stamm her entwickeln sich die Substrukturen mit gleichem Aufbau weitestgehend unabhängig, wie das Bild links zeigt. Im Spital als Expertenorganisation wird die sich wiederholende Struktur in Form des operativen Kerns, gegliedert in Departemente oder Medizinbereiche, aufgenommen [7–9]. Die sich wiederholende Textur des Romanescos kann beispielhaft einer Praxis-, Klinik-, Abteilungs- oder Departementsstruktur entsprechen. Die zentralen Dienstleistungsabteilungen bilden den Stamm.

Ein Departement ist für den Deckungsbeitrag 3 (eigene Erträge und Kosten) verantwortlich und wird von einem Leitungsteam, bestehend aus den zugeordneten Einheiten, einer Pflegevertretung sowie einer Betriebswirtschafterin, gesteuert (*Shared Leadership*). Der Vorsitz ist primus inter pares und wird anhand festgelegter Kriterien gewählt (z.B. Betriebswirtschafts- und Führungsausbildung). Explizit kann diese Rolle auch von der Pflege oder einer Betriebswirtschafterin übernommen werden. Es ist darauf zu achten, dass die Rotation nicht zu häufig erfolgt, damit unangenehme Entscheidungen trotzdem gefällt und umgesetzt werden. Zudem muss aus ebendiesem Grund eine übergeordnete Intervention möglich bleiben, beispielsweise wenn die betriebswirtschaftliche Verantwortung nicht wahrgenommen wird. Die Führungsspanne im Departement orientiert sich an der Millerschen Zahl  $7 \pm 2$ . Diese besagt, dass Organisationseinheiten mit über neun Substrukturen ineffektiv werden. Wird eine

zehnte Substruktur aufgebaut, erfolgt eine Aufteilung in zwei Departemente mit je fünf Einheiten.

Kleine Organisationseinheiten sind als Abteilungen organisiert (z.B. Infektiologie); grössere werden zu Kliniken und Instituten. Je grösser die Organisationseinheit, desto eher wird ein eigenes Leitungsteam etabliert. Auch ist eine Zweiteilung gleicher Organisationseinheiten denkbar, da die Kliniken/Institute selbst über keine eigene Infrastruktur verfügen. Diese werden zentral koordiniert (OP, Interventionsräume, Ambulatorien, Räume). Zentrale Machtinstrumente werden so bewusst reduziert und Führungskompetenz sowie fachliche Teamleistung zugunsten der Patientinnen und Patienten in den Mittelpunkt gerückt.

Es gilt der Grundsatz, dass Aufgaben, Kompetenzen und Verantwortung stets auf der tiefstmöglichen Organisationseinheit wahrgenommen werden. So kann beispielsweise jede Einheit selbständig Personalentscheidungen fällen, wenn sie dabei die Rahmenbedingungen wie den Deckungsbeitrag 3 berücksichtigt. Aufgaben können übergeordnet gebündelt und mittels Service Level Agreements vereinbart werden (z.B. Personal, Ausbildung, Dienstabdeckung). So entsteht ein robustes System mit autonomen Untersystemen, die voneinander lernen können. Der potenzielle Schaden einer schwachen Einheit auf die Gesamtorganisation bleibt verhältnismässig klein.

### Operative Spitalführung und Geschäftsleitung

Die operative Spitalführung wird durch die erweiterte Geschäftsleitung wahrgenommen. Diese besteht, nebst der Geschäftsleitung, aus Führungspersonen entwicklungsstrategisch relevanter Abteilungen wie der Departemente oder der Informations- und Kommunikationstechnologie (ICT). Das Gremium führt das übergeordnete Tagesgeschäft, priorisiert übergeordnete Projekte und stellt die Strategieumsetzung der Gesamtunternehmung sicher. Das Gremium ist bewusst breit abgestützt, um eine Balance zwischen operativem Kern und den übergeordneten Zentralstrukturen sicherzustellen.

Die Geschäftsleitung führt die strategischen Geschäfte und verantwortet das Organisationsergebnis. Das Gremium umfasst beispielsweise vier Direktionen: Spitaldirektion (CEO), Direktion Medizin (CMO), Direktion Betriebe (COO) sowie die Direktion Finanzen und Dienste (CFO). Aus Gründen der Governance können Mitglieder der Geschäftsleitung im Tagesgeschäft, jedoch nicht in einer Führungsposition innerhalb der Departemente mitwirken [10].

## Koordinationsprobleme in Expertenorganisationen

Koordinationsprobleme sind ein bekanntes Problem in Expertenorganisationen [8]. Nebst der informellen Kommunikation benötigt es für Ad-hoc-Entscheidungen auch formelle Gremien wie Indikationsboards oder Kommissionen. Um Effizienz und inhaltliche Agilität zu ermöglichen, werden deren Ziele, Aufgaben, Kompetenzen und Strukturen reglementiert und transparent abgegrenzt (in Anlehnung an agile Methoden wie Scrum). Beispiele dafür sind das Tumorboard oder das ICT Change Advisory Board, welches alle ICT-Veränderungsanträge wie Software-Anpassungen priorisiert. In den Kommissionen sind nebst Fachexperten die Vertretungen der Departemente eingebunden, um gemeinsam zu entscheiden.

## Nähe zu Patienten und Zuweisern

Die ausgeführten Überlegungen skizzieren den Weg vom Modus des Überlebenskampfes (Erstarrung-Kampf-Flucht) hin zur integrierten Spitalorganisation. Der Vorschlag berücksichtigt die Erkenntnisse der Organisationslehre. Speziell wird auf die Balance zwischen der Expertenautonomie und der gemeinsamen, betriebswirtschaftlichen Ausrichtung des Spitals geachtet. Die Ergebnisse lassen sich auch auf grössere Arztpraxen sowie andere Dienstleistungsbetriebe übertragen. Damit die Veränderung gelingt, bedarf es eines gemeinsamen Verständnisses sowie der Konsolidierung der Ansichten im und an das System. Darauf aufbauend kann die Unternehmensleitung, bestehend aus Verwaltungsrat und Geschäftsleitung, mit dem Kader die nötigen Rahmenbedingungen schaffen. Dazu zählen die Vision, gemeinsame Werte und Leitlinien sowie eine Governance-Struktur, um die Organisationsentwicklung im

System und durch die Menschen vor Ort zu ermöglichen. Ebenfalls wichtig sind Investitionen in das Kader, um potenzielle Ängste zu reduzieren: Wie gehe ich mit Angst vor Machtverlust um? Welche neuen Führungsinstrumente stehen zur Verfügung? Wo erhalte ich Unterstützung, wenn ich an eigene Grenzen stosse?

Die Nähe der Expertinnen zu den Patienten und Zuweisenden ermöglicht eine qualitativ hochstehende Versorgung. Wenn das Zusammenspiel zwischen den Departementen mit den standardisierten Dienstleistungsabteilungen der Direktionen gelingt, profitieren alle Beteiligten gleichermaßen – allen voran die Patientinnen.

### Bildnachweis

jplenio, Pixabay License

### Literatur

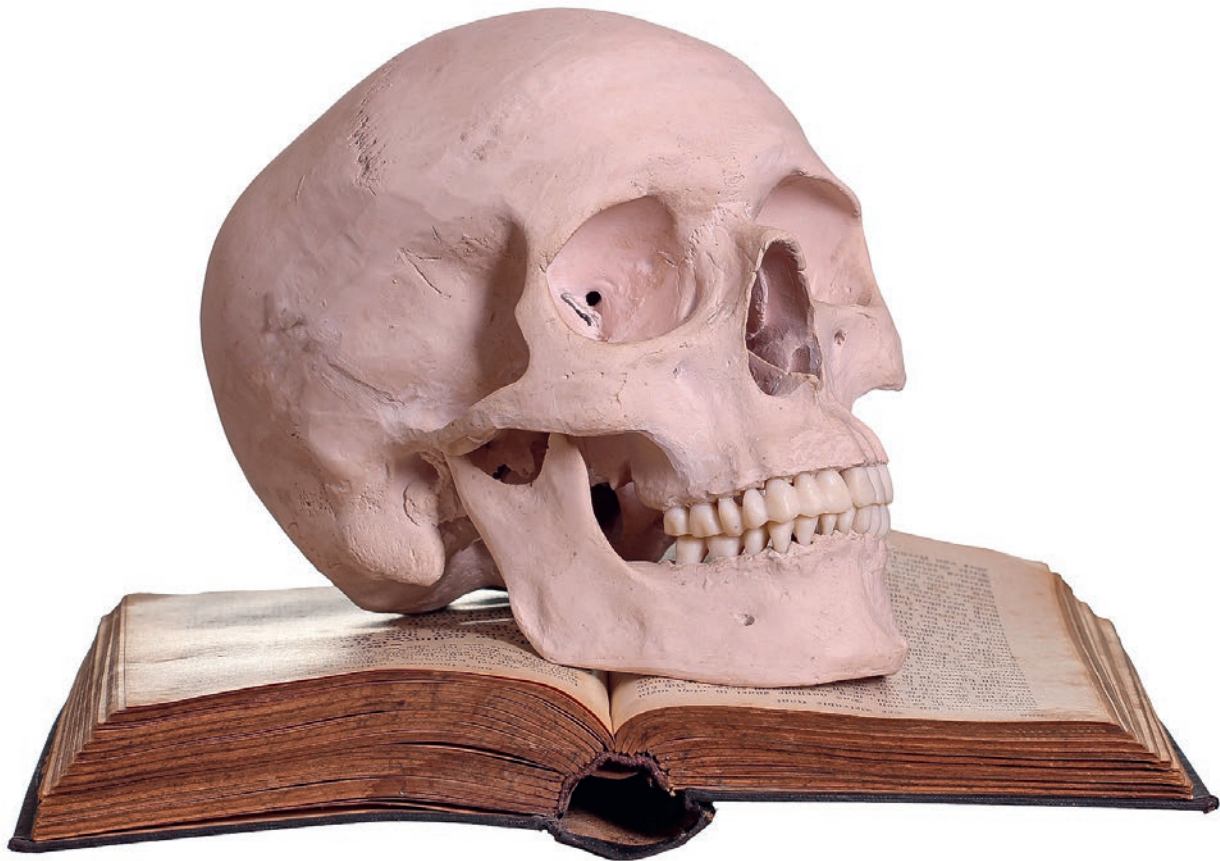
- 1 Borchers U, Evans M. Das «nutzerorientierte» Krankenhaus – Chance und Herausforderung für die Gesundheitswirtschaft. Z für Evidenz Fortbild Qual im Gesundheitswesen. 2011;105:616–23. doi:10.1016/j.zefq.2011.07.019
- 2 Behrendt H, Niederberger S, Braun G, et al. Ist die Wirkung von Lean Hospital auf der Bettenstation messbar? Schweiz Ärztztg. 2018;99(37):1238–41. doi:10.4414/saez.2018.17047
- 3 Glasl F, Kalcher T, Piber H. Professionelle Prozessberatung: Das Trigon-Modell der sieben OE-Basisprozesse. 3. Aufl. Bern: Freies Geistesleben; 2014.
- 4 Beer S. Kybernetik und Management. Frankfurt: S. Fischer; 1963.
- 5 Malik F. Strategie des Managements komplexer Systeme: Ein Beitrag zur Management-Kybernetik evolutionärer Systeme. 10. Auflage. Bern, Stuttgart, Wien: Haupt Verlag; 2008.
- 6 Haberfellner R, de Weck OL, Fricke E, et al. Systems Engineering: Grundlagen und Anwendung. Zürich: Orell Füssli; 2012.
- 7 Mintzberg H. The Structuring of Organizations. Englewood Cliffs, NJ: Pearson; 1979.
- 8 Mintzberg H. Mintzberg über Management. Softcover reprint of the original 1st ed. 1991. Wiesbaden: Springer; 2013.
- 9 Mintzberg H. Managing the Myths of Health Care: Bridging the Separations between Care, Cure, Control, and Community: Bridging the Separations Between Care, Cure, Control, and Community. 1. Aufl. Oakland, CA: Agency/Distributed; 2017.
- 10 Aufsichtskommission für Bildung und Gesundheit. Untersuchung zu besonderen Vorkommnissen an mehreren Kliniken des Universitätsspitals Zürich (USZ). Kantonsrat Zürich 2021. www.kantonsrat.zh.ch/geschaefte; Stand: 20.3.2021.

## Das Wichtigste in Kürze

- Alle Organisationen, beispielsweise Spitäler, durchlaufen vier Entwicklungsphasen: Pionier-, Differenzierungs-/Professionalisierungs-, Integrations- und Assoziationsphase. Jede Phase erfordert eine neue Struktur, ausgehend von typischen Problemen am Ende der vorhergehenden Phase.
- Die Organisationsstruktur eines Spitals kann aufgrund seiner sich wiederholenden Struktur durch einen Romanesco versinnbildlicht werden; die zentralen Dienstleistungsabteilungen bilden den Stamm. Von dort aus entwickeln sich die Substrukturen mit gleichem Aufbau (Departemente, Medizinbereiche).

## L'essentiel en bref

- Toutes les organisations, comme les hôpitaux, passent par quatre phases de développement: phases pionnière, de différenciation/professionnalisation, d'intégration et d'association. Chaque phase nécessite une nouvelle structure, partant des problèmes typiques de la fin de la phase précédente.
- La structure organisationnelle d'un hôpital peut être symbolisée par un romanesco en raison de sa structure répétitive; les départements des services centraux forment le tronc. A partir de là, les sous-structures se développent selon la même organisation (départements, zones médicales).



# Lehren des leeren Schädels

Ich sass im Tram, wie ich es immer tu,  
wenn ich vom Einkaufsbummel heimwärts fahr'.  
Auf meinem Schosse steht ein Korb,  
darin die eingekauften Sachen eingepackt.

Die Augen aller Leute schauen leer und müd'  
und keiner fragte nach dem andern,  
so will auch keiner dieser Unbelebten wissen,  
was heut' mein Korb so Wunderbares birgt.

Der Schädel eines Menschen liegt darin,  
fein präpariert, zum Unterricht bestimmt.  
Gehäuse ohne Inhalt, das doch einst – vielleicht –  
der Ort von Träumen war.

Was ward in diesem Knochen wohl gedacht,  
gelitten und erlebt? In ihm hat sich die ferne Welt  
gespiegelt, jetzt ist er selbst Bestandteil  
dieser fremden Welt.

Vielleicht war er ein Philosoph,  
ein Schuster, Dichter, Harlekin?  
Ein Atheist, ein frommer Mann,  
ein Säufer oder Scharlatan?

Ganz sicher ist: er war ein Mensch.  
Auch er wohl suchte nach dem Unbekannten  
und wundert' und enttäuschte sich,  
und war in allen seinen Erdentagen –  
wie jetzt von mir –  
in einem unsichtbaren Netz getragen.

Er hat sich seine letzte Ruhstatt anders vorgestellt:  
begraben in der Heimerde,  
im Angedenken seiner Freunde  
weiterlebend.

Stattdessen hat er seinen Platz auf meinem Tisch.  
Und Lücken öffnen sich zur grossen Welt,  
die sich zum Greifen nah entgegenhellt.  
Umgeben jetzt von Büchern und Tabellen,  
zum Teil als Werkzeug des Scholasten,  
zum Teil auch als sein Freund, als Mensch.

Denn Freund ist der, von dem /  
mit dem man lernen darf.

*Prof. Dr. med. Jürg Kesselring, Valens*

**Bildnachweis**  
© Pterwort |  
Dreamstime.com,  
Symbolbild

juerg.kesselring[at]  
bluewin.ch



# Kunstaussstellung der Schweizer Ärzte 2021

**Bernhard Weidmann**

Dr. med., Präsident «Kunstaussstellung der Schweizer Ärzte»

## Rückblick 2020

Trotz Corona durften wir im vergangenen Jahr unsere Jahresausstellung der «Kunstaussstellung der Schweizer Ärzte» im Rathaus in Murten erneut präsentieren. 32 Künstlerinnen und Künstler (darunter Ärztinnen und Ärzte sowie deren Ehepartner, eine Apothekerin,

MPAs, Arztsekretärinnen, Pflegefachfrauen und Röntgenassistentinnen) zeigten den rund 900 Besucherinnen und Besuchern während drei Wochen ihre 150 Werke (Bilder in verschiedenen Techniken, Collagen, Fotografien, Plastiken, Keramik und ein Klangobjekt). Alt und Jung, Familienangehörige und Freunde der Ausstellenden und Touristen, die sich spontan zu einem Besuch entschlossen hatten, spazierten entlang den Stellwänden und bestaunten die verschiedenen künstlerischen Ausdrucksmöglichkeiten. Als Thema im Vordergrund standen Mensch und Natur, stilistisch reichte es von Naturalismus über Impressionismus zu Expressionismus oder gar zu vollständiger Abstraktion. Dank leicht angehobenem Mitgliederbeitrag, einer Zunahme der Mitgliederzahl, den Galerieabgaben von verkauften Werken, dem Verkaufserlös von gespendeten Kunstkarten und Kunstdrucken konnte sich der Verein bei Rückgang von Sponsorengeldern finanziell halten. Bei freiem Eintritt spendeten begeisterte Besucherinnen und Besucher auch einen Batzen ins Kässeli bei der Aufsicht.

Die auf der folgenden Seite abgebildeten Fotos geben Einblick in die Jahresausstellung 2020.

## Über den Verein

Die Pandemie zwang Vereine mit Haupttätigkeiten wie Musik, Gesang, Theater oder Tanz zum Stillstand, die bildende Kunst genoss da wohl grössere Vorteile. Unsere Mitglieder konnten sich ganz in Ruhe zu Hause neu versuchen, um später gemeinsam zu zeigen, was entstanden ist. Die «Kunstaussstellung der Schweizer Ärzte» bietet Freizeitkünstlerinnen und -künstlern (seien es autodidaktisch, in Kursen oder gar an Kunstakademien Ausgebildete) die Gelegenheit, bei geringem organisatorischem und finanziellem Aufwand ihre Talente einem breiten Publikum zeigen zu können.

Weshalb haben gerade Ärzte einen solchen Verein gegründet? Unser Gründer, Herr Dr. med. François Forel, Landarzt im Kanton Waadt, besuchte (als Hersteller und Ausstellender von Holzskulpturen) den «Salon des Médecins» im Paris der zwanziger und dreissiger



## Kunstaussstellung der Schweizer Ärzte Salon des Médecins Suisses Mostra d'arte dei medici svizzeri

17. Juli – 7. August 2021 im Rathaus Murten  
Eintritt frei

Ausstellung geöffnet:

Mittwoch – Freitag: 14–17 Uhr, Samstag/Sonntag: 10–12 und 14–17 Uhr.

Öffentliche Vernissage 17. Juli 17 Uhr, Finissage 7. August 16 Uhr.

Änderungen wegen Corona auf [www.aerzte-kunst.ch](http://www.aerzte-kunst.ch)



Sponsoren: **boesner** **SPATIG**  
MOTORSPORTS AG



Präsident Bernhard Weidmann ...



... und Künstlerin Anne Schneider bei der Ausstellung 2020.

Jahre. 1948 gründete er gemeinsam mit einer Gruppe von malenden Ärzten aus der Romandie und der Deutschschweiz den «Salon des Médecins Suisses», und rund ein Jahr später entstand das deutschsprachige Pendant «Kunstaussstellung der Schweizer Ärzte». Die künstlerisch begabten Ärztinnen und Ärzte zeigten somit das Bedürfnis, sich in einer solchen Vereinigung zu treffen, sei es zur Kunstbetrachtung oder zur gemeinsamen Darbietung von Eigenproduktionen.

In den ersten Jahren waren vorwiegend multitalentiertere medizinische Koryphäen wie Universitätsprofessoren im Verein tätig. Heute gibt es neben Ärztinnen und Ärzten auch zunehmend Mitglieder aus anderen medizinischen Berufen, noch aktiv im Beruf oder schon in Pension. Das Alter der Mitglieder liegt zwischen 35 und 90 Jahren. Bezogen auf das Geschlecht ist unser Verein heute mit einem Verhältnis von 50:50 sehr ausgewogen – ganz im Gegensatz zum Gründungsjahr; damals gab es eine Frau unter vierzig Männern. Der Verein zählt heute 70 Mitglieder (58 Aktiv- und 12 Passivmitglieder). Diese stammen mehrheitlich aus der Deutschschweiz, elf wohnen in der Romandie und ein Mitglied in der italienischsprachigen Schweiz. Es gibt indes malende Schweizer Ärztinnen und Ärzte zwischen Genf und Ilanz wie auch zwischen

Basel und Giubiasco. Verständigungssprache im Verein ist mehrheitlich Deutsch, teils mit französischer Übersetzung.

Vor kurzem wurde in Zusammenarbeit mit Schülerinnen und Schülern der Berufsgewerbeschule Zürich ein elektronisches Archiv erstellt und mit der Website

**Thematisch standen 2020 Mensch und Natur im Vordergrund, während verschiedene Stilrichtungen vertreten waren.**

[www.aerzte-kunst.ch](http://www.aerzte-kunst.ch) gekoppelt. Auch die Anmeldung der ausstellenden Aktivmitglieder erfolgt seit 2018 über das Internet; dabei können das Curriculum und jedes Werk mit Foto, Titel, Entstehungsjahr, Technik und Grösse eingegeben werden. Seit Beginn der 1990er Jahre finden die Jahresausstellungen regelmässig zwischen Mitte Juli und Anfang August in Murten statt, sozusagen mitten im «Röstigraben».

Allfällige pandemiebedingte Terminänderungen unter [www.aerzte-kunst.ch](http://www.aerzte-kunst.ch)

#### Bildnachweis

Verein Kunstaussstellung Schweizer Ärzte

Bernhard Weidmann  
Schaubmatt 8  
CH-3294 Büren an der Aare  
[ben.wei\[at\]bluewin.ch](mailto:ben.wei[at]bluewin.ch)

# Über die störenden Angehörigen

**Eberhard Wolff**

Prof. Dr. rer. soc., Redaktor Kultur, Geschichte, Gesellschaft



Die hochbetagte Dame hatte sich gerade im angesehenen Pflegeheim eingelebt. Das Personal dort war freundlich. Die engagierte Hausärztin kam immer wieder von sich aus vorbei. Die Angehörigen lebten entfernt, kamen aber immer wieder zu Besuch. Und das Telefon tat seine Dienste.

Gesundheitlich ging es ihr einigermaßen gut. Nur der Trigeminus machte ihr immer wieder recht unangenehm zu schaffen.

Schon als Besuche beim Arzt oder bei der Ärztin noch möglich waren, hatten die Angehörigen bemerkt, dass die Dame dort nicht mehr recht verstand, worum es ging. Und sowieso: Ärzte waren für sie Respektpersonen. Man fragt nicht nach. Gegenseitiges Nicht-Verstehen und Missverständnisse waren die Folge. Den Medizinerinnen war das nicht so aufgefallen. Es brauchte die Angehörigen mit ihrer Erfahrung als Vertrauens-, Vermittlungs- und Verhandlungspersonen für eine geglückte kooperative Versorgung. Also begleiteten sie die Dame, wenn es ging – und dies in aller Vorsicht.

Im Pflegeheim dann setzen sich diese Probleme fort. Irgendwann werden die Schmerzen noch heftiger, aber die Dame schafft es nicht, dies deutlich zu machen. Ihren Angehörigen will sie zuerst keine Umstände bereiten. Schliesslich bittet sie diese doch um Unterstützung – ob sie für eine schmerzstillendere Medikation sorgen könnten?

Und so macht sich der eine Angehörige – ausgestattet mit allen Vollmachten – ans Werk. Er will aber niemanden stören. Das Personal ist bekanntlich ständig überlastet. Wann ist es gut, auf der Station anzurufen? Wer versteckt sich hinter schnell und hektisch gesprochenen Vornamen? Wie oft darf man nachfragen? Wie viele Zweifel darf man äussern? Er will nicht dem ebenso alten wie hartnäckigen Klischee der «schwierigen Angehörigen» zudienen.

Dann eine informierte Ansprechperson. Schmerzen? Nein! Die hochbetagte Dame habe gesagt, sie hätte keine Schmerzen. Sie auf der Station würden das schon in der Hand haben. Punkt. Fertig. Versuch gescheitert, bevor er richtig begann.

Neuer Versuch: Eine der engagiert-freundlichen Hochdruck-MPAs der Arztpraxis am Telefon. Nein, die Ärztin sei nicht zu sprechen. Aber sie würde sowieso einen Besuch im Heim machen und das alles regeln.

Er fragt, wie man der Ärztin trotzdem eine Nachricht hinterlassen könne, um Missverständnisse zu vermeiden? Man will ja nicht stören. Ja, er könne etwas per E-Mail schicken.

Der Angehörige schickt einen erklärenden Text. Und hört nichts mehr. Die hochbetagte Dame kann nur sagen, dass die Ärztin da war und etwas geregelt habe. Also schickt er ein weiteres Mail an die Ärztin mit der Bitte um Information, wie die Medikation verändert wurde. Man will ja nicht aufdringlich sein. Schweigen.

## Wie oft darf man nachfragen? Wie viele Zweifel darf man äussern?

Also noch eine Nachfrage. Ob das E-Mail überhaupt angekommen sei? Endlich eine Mail-Antwort: Solche Informationen können per Mail nicht gegeben werden. Man solle anrufen. Und überhaupt: «Frau Dr. hat bereits alles geregelt.»

In der Zwischenzeit sind Wochen vergangen. Auch mit Anläufen, die an Anrufbeantwortern, Vertröstungen, Praxisschliessungen und ständig wechselnden, allesamt freundlichen Ansprechpersonen gescheitert sind. Auf seiner Aufgabenliste steht der Angehörige noch auf Feld eins. Sein verlässlicher Informationsstand ist immer noch: null. Das System hat ihn mit einem Lächeln «am ausgestreckten Arm verhungern lassen». Er konnte kein Übersetzer, keine Vermittlungsperson sein. Die Nährlösung für Missverstehen und Missverständnisse für nicht gelungene Versorgung wirkt weiter.

Das nächste Mal steigt er offensiv ins System ein. Nicht locker lassen. Sofort nachhaken. Seine Rolle als anerkannter und notwendiger Player im Versorgungsprozess einfordern. Zur Not auf die Nerven gehen. Dabei muss er aber den «störenden Angehörigen» geben.

Er kann den Konflikt aushalten. Was aber, wenn die hochbetagte Dame, die Schwächste, die Folgen zu spüren bekommt?

Stück für Stück erfährt der Angehörige über Umwege, dass er mit seinen zurückhaltenden Bemühungen dies und das ausgelöst hat. Die eindrucksvollste Auswirkung: Eine der Pflegekräfte ging zur hochbetagten Dame und beschwerte sich bei ihr. Es ginge nicht an, dass sich die Angehörigen in die Pflege einmischten.

eberhard.wolff[at]ehm.ch



