

# Schweizerische Ärztezeitung

**943** Editorial  
von Monika Brodmann Maeder  
**Feedback – ja gerne,  
aber bitte nur lobend!?**

**967** Tribüne  
**Die Helden der Pandemie:  
Erst beklatscht, dann im  
Stich gelassen**

**976** «Zu guter Letzt»  
von Jean Martin  
**Müssen wir in der  
medizinischen Praxis stets  
die Neutralität wahren?**

29–30 21.7.2021



**944** Langzeitvergleich  
**Warum jungen Ärztinnen  
und Ärzten der Berufseinstieg  
immer besser gelingt**



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: Monika Brodmann Maeder

943 **Feedback – ja gerne, aber bitte nur lobend!?**

944

ETHZ UND SIWF: Larissa Luchsinger, Anne Berthold, Werner Bauer, Monika Brodmann Maeder, Michael Siegrist

**Vom Studium in den Alltag als Arzt und Ärztin in Weiterbildung** Der Einstieg in den Berufsalltag stellt junge Ärztinnen und Ärzte in Weiterbildung vor grosse Herausforderungen. Die jährlich durchgeführte Befragung selektiert auch wechselnde Themen, die immer wieder oder speziell in der untersuchten Periode aktuell sind. 2003 und 2008 erfolgte eine Befragung zum Thema Qualität der medizinischen Ausbildung in Bezug auf die Vorbereitung für die ärztliche Weiterbildung. Dieses Thema wurde in der Befragung 2019 erneut aufgegriffen.

950 **Personalien****Organisationen der Ärzteschaft**

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

952 **Das Arztzeugnis – Teil 3****Briefe / Mitteilungen**958 **Briefe an die SÄZ**959 **Mitteilungen****FMH Services**960 **Stellen und Praxen** (nicht online)

## Tribüne

STANDPUNKT: Marcus M. Maassen

967 **Als Helden der Pandemie beklatscht – dann im Stich gelassen**

INTERVIEW MIT AGNES LEU: Adrian Ritter

970 **«Oft wissen nicht einmal ihre besten Freunde um die Situation»**

973 **Spectrum**

## Horizonte

975 **Persönlich**

## Zu guter Letzt

Jean Martin

976 **Müssen wir in der medizinischen Praxis stets die Neutralität wahren?**



BENDIMERAD

## Impressum

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

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

**Anzeigen:**  
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:  
© Luis Mendelez / Unsplash

# Feedback – ja gerne, aber bitte nur lobend!?

**Monika Brodmann Maeder**

PD Dr. med. et MME, Präsidentin des SIWF



Feedback ist eines der wichtigsten Qualitätsinstrumente sowohl im klinischen Alltag als auch beim Lernen. Feedback wird heute zwar immer mehr eingefordert, aber es sollte dann bitte doch positiven Inhaltes sein. Eine Rückmeldung kann aber nicht immer nur lobend sein: Kritische Aspekte müssen angesprochen werden, und dies ist nicht angenehm. Rückmeldungen dienen dazu, Lücken zu erkennen und daraus zu lernen. Die Akzeptanz von Feedback steigt, wenn heikle Punkte in einer respektvollen und professionellen Art und Weise besprochen werden können. Gutes konstruktives Feedback ist nicht wertend, sondern beschreibend, möglichst konkret und nicht verallgemeinernd und vor allem geprägt von einer wertschätzenden Haltung.

Seit vielen Jahren führt eine Gruppe der ETH Zürich unter der Leitung von Michael Siegrist, Professor für Consumer Behavior, die jährlichen Befragungen der Ärzte und Ärztinnen in Weiterbildung zur Qualität der Weiterbildungsstätten durch. Neben den Standardfragen werden jedes Jahr wechselnde Modulfragen zu aktuellen Themen gestellt. 2019 wurden die Assistenzärztinnen und -ärzte gefragt, ob sie sich durch das Medizinstudium gut auf ihre aktuelle Tätigkeit vorbereitet fühlten und wie gut aus ihrer Sicht praktische und soziale Fähigkeiten vermittelt worden waren. Die Resultate

## **Zu umfassendem Feedback gehört, dass kritische Aspekte angesprochen werden, auch wenn dies nicht angenehm ist.**

dieser Erhebung sind erfreulich: Im Vergleich zu früheren Jahren sei das Medizinstudium praxisnaher geworden, und soziale Aspekte würden vermehrt berücksichtigt (siehe Seiten 944–947). Verbesserungspotenzial bestehe aber weiterhin, und genau hier müssen wir ansetzen: Die ärztliche Aus- und Weiterbildung muss in Zukunft noch enger zusammenrücken. Die Rückmeldungen der Ärztinnen und Ärzte in Weiterbildung können den Fakultäten helfen, eine optimale und bedarfsgerechte Ausbildung anzubieten.

Zugleich ist das Medizinstudium, das seit einigen Jahren kompetenzbasiert ist, die Basis für die anschlies-

sende Weiterbildung. Mit der Einführung der von der Schweizerischen Medizinischen Interfakultätskommission SMIFK erarbeiteten «Hauptrelevanten Ziele und Rahmenbedingungen für integriertes Lernen und Bildung in der Schweiz», genannt «PROFILES», wurden auch die «Entrustable Professional Activities (EPAs)» implementiert, die für die ärztliche Weiterbildung eine gute Basis bilden. Sie stehen für «Anvertraubare Professionelle Tätigkeiten», welche den Fortschritt der *Trainees* in Hinblick auf die erlangte Selbständigkeit evaluieren. Das SIWF arbeitet mit Hochdruck daran, die

## **Mit der Neuausrichtung der ärztlichen Weiterbildung auf Kompetenzorientierung werden Assessment und Feedback noch wichtiger.**

Kompetenzorientierung in die ärztliche Weiterbildung einzubauen und auch EPAs aus den PROFILES für deren Einsatz in der Weiterbildung weiterzuentwickeln. Ein engeres Kontinuum zwischen Aus- und Weiterbildung ist auch hier wünschenswert und möglich.

Das Thema Feedback stösst auch bei den Oberärzten und leitenden Ärztinnen, die einen Weiterbildungsauftrag haben, auf grosses Interesse: Die Module über Assessment und Feedback in den Teach-the-teachers-Kursen, die das SIWF zusammen mit dem Royal College of Physicians organisiert, sind jeweils am schnellsten ausgebucht. Mit der Neuausrichtung der ärztlichen Weiterbildung auf Kompetenzorientierung und der Einführung der EPAs werden diese Themen noch wichtiger: Die Beurteilung der *Entrustability* ist im Prinzip eine Rückmeldung der beurteilenden Oberärztin an den Assistenzarzt: «... ich traue Dir zu, dass Du diese ärztliche Tätigkeit selbständig durchführen kannst ...» Das SIWF hat kürzlich ein Arbeitspapier zu diesem Thema publiziert ([www.siwf.ch/files/pdf26/siwf-konzeptpapier-kompetenzorientierung-2021.pdf](http://www.siwf.ch/files/pdf26/siwf-konzeptpapier-kompetenzorientierung-2021.pdf)). Konstruktives Feedback und kompetenzbasierte ärztliche Weiterbildung haben eines gemeinsam: Beide bedingen ein Umdenken und einen Kulturwandel in der Betreuung unserer Ärztinnen und Ärzte in Weiterbildung – mit dem Ziel, auch in Zukunft gute Ärztinnen und Ärzte zu haben.

## Resultate der Umfrage 2019 zur Beurteilung der Weiterbildung

# Vom Studium in den Alltag als Arzt und Ärztin in Weiterbildung

Larissa Luchsinger<sup>a</sup>, Anne Berthold<sup>b</sup>, Werner Bauer<sup>c</sup>, Monika Brodmann Maeder<sup>d</sup>, Michael Siegrist<sup>e</sup>

<sup>a</sup> MA, wissenschaftliche Mitarbeiterin, Consumer Behavior, ETH Zürich; <sup>b</sup> Dr., Senior Researcher, Consumer Behavior, ETH Zürich;

<sup>c</sup> Dr. med., ehemaliger Präsident SIWF; <sup>d</sup> PD Dr. med., MME, Präsidentin SIWF; <sup>e</sup> Prof. Dr. phil., Professor für Consumer Behavior, ETH Zürich

Der Einstieg in den Berufsalltag stellt junge Ärztinnen und Ärzte in Weiterbildung vor grosse Herausforderungen. Die jährlich durchgeführte Befragung selektiert auch wechselnde Themen, die immer wieder oder speziell in der untersuchten Periode aktuell sind. 2003 und 2008 erfolgte eine Befragung zum Thema Qualität der medizinischen Ausbildung in Bezug auf die Vorbereitung für die ärztliche Weiterbildung. Dieses Thema wurde in der Befragung 2019 erneut aufgegriffen.

Zum Zeitpunkt des Studienabschlusses der 2019 befragten Ärztinnen und Ärzte boten fünf medizinische Fakultäten in der Schweiz – Genf, Lausanne, Zürich, Basel und Bern – ein komplettes Studium der Humanmedizin an.<sup>1</sup> Die Modulfragen beziehen sich in der Befragung 2019 auf diese ursprünglichen fünf Fakultäten. Im Jahr 2017 wurde gesamtschweizerisch der bisherige Lernzielkatalog «Swiss Catalogue of Learning Objectives for Undergraduate Medical Training SCLO» durch «PROFILES» (Principal Relevant Objectives and a Framework for Integrative Learning and Education in Switzerland) ersetzt [1, 2]. Die Umsetzung des damit verbundenen kompetenzorientierten Ansatzes, der unter anderem kommunikative Aspekte, Professionalität, Interprofessionalität und die Fähigkeit, einen kritischen Blick auf den Fortschritt in der Medizin zu entwickeln, bein-

### Das Medizinstudium soll den angehenden Ärztinnen und Ärzten selbständiges Arbeiten im Berufsalltag ermöglichen.

haltet, ist an den medizinischen Fakultäten unterschiedlich weit fortgeschritten. Als übergeordnetes Ziel soll das Medizinstudium die angehenden Ärztinnen und Ärzte möglichst gut auf ihre Tätigkeit vorbereiten und ihnen einen guten Einstieg und selbständiges Arbeiten im Berufsalltag ermöglichen. Das Ziel der Modulfragen 2019 war es zu erfassen, wie gut dieses Ziel erfüllt wurde und ob sich in der aktuellen Untersuchung im Vergleich zu den früheren Erhebungen Unterschiede zeigen.

### Methode und Fragebogen

Für die Umfrage von 2019 erhielten alle 12 088 gemeldeten Ärztinnen und Ärzte in Weiterbildung einen

### Die Teilnehmenden wurden auch gefragt, inwieweit sie durch das Studium gelernt hätten, soziale Faktoren bei einer Entscheidung zu berücksichtigen.

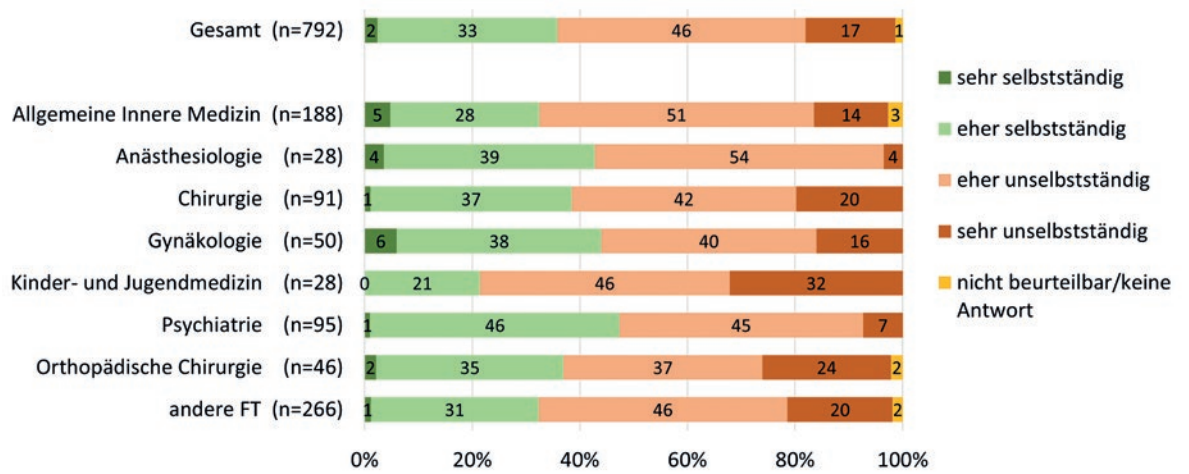
Fragebogen, wovon 8380 diesen retournierten (Rücklaufquote: 69,3%). Im Rahmen der Erhebung der statistischen Grundlagen 2019 nahmen zudem 1534 Leiterinnen und Leiter einer Weiterbildungsstätte an der Befragung teil (Rücklaufquote: 95%). Die Vorgehensweise sowie die Rücklaufquote entsprachen denjenigen der letzten Jahre [3, 4].

Im Modul «Vom Studium in den Alltag als Arzt/Ärztin in Weiterbildung» wurden die Teilnehmenden gebeten einzuschätzen, wie gut sie sich nach dem Studium auf den Berufsalltag vorbereitet fühlten. Zudem wurde erfragt, ob das Studium zu theorie-lastig gewesen sei und inwieweit sie durch das Studium gelernt hätten, soziale Faktoren bei einer Entscheidung zu berücksichtigen. Die Beantwortung der Fragen erfolgte jeweils auf einer Skala von 1 bis 6 und wurden für eine übersichtlichere Darstellung in drei Kategorien zusammengefasst: trifft (überhaupt) nicht zu (1–2), unentschieden (3–4) und trifft (voll und ganz) zu (5–6). Die Leiterinnen und Leiter der Weiterbildungsstätten konnten in einem separaten Teil zusätzlich beurteilen, wie selbständig die Ärzte und Ärztinnen in Weiterbildung im ers-

<sup>1</sup> In der Zwischenzeit sind Fakultäten dazugekommen, die einen Bachelor- oder Masterabschluss (ETH Zürich bzw. Università della Svizzera Italiana) oder einen kompletten Studiengang anbieten (Universität Freiburg i. Üe).



**Wie selbstständig können die Ärzte in Weiterbildung im ersten halben Jahr nach ihrem Studium ihre Arbeit erledigen?**



**Abbildung 1:** Einschätzung der Leiterinnen und Leiter der Weiterbildungsstätten, wie selbstständig die Ärztinnen und Ärzte in Weiterbildung im ersten halben Jahr nach dem Studium ihre Arbeit erledigen können, aufgeteilt nach Fachrichtung der Weiterbildungsstätte.

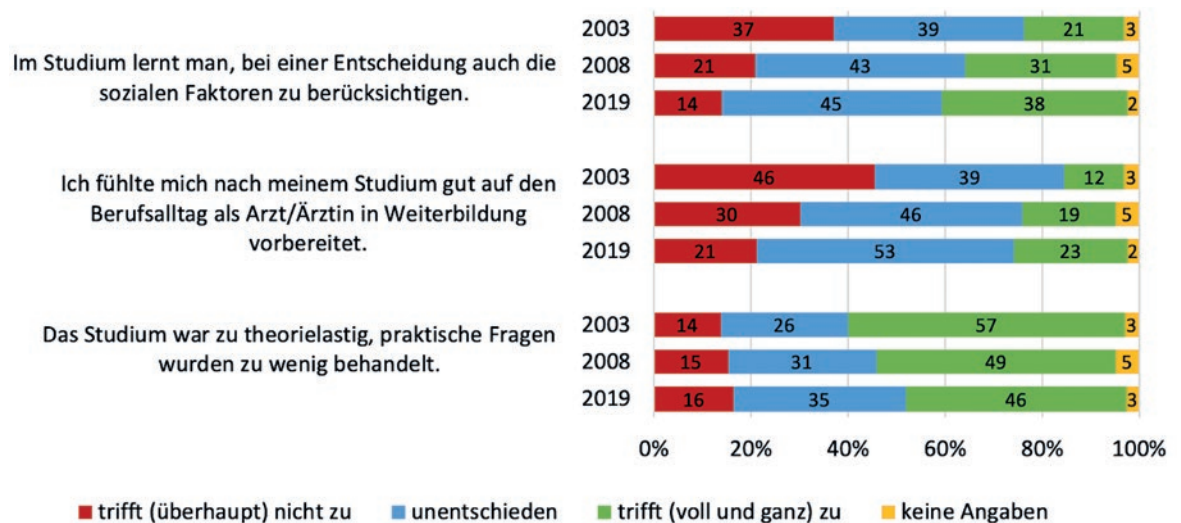
ten halben Jahr nach dem Studium die Arbeit erledigt hatten.

Die Fragen zur universitären Ausbildung wurden bereits in den Jahren 2003 und 2008 den Ärzten und Ärztinnen in Weiterbildung gestellt. Dies ermöglicht einen interessanten Langzeitvergleich.

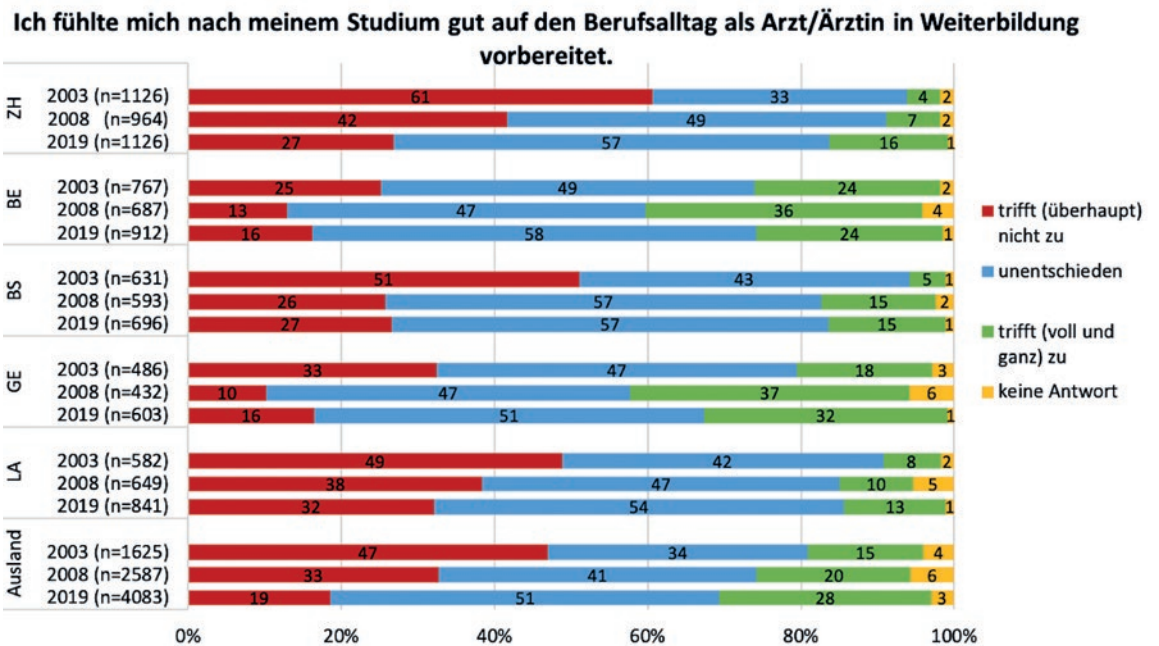
**Fachrichtungen: unterschiedlich selbständig**

Von den Leiterinnen und Leitern der Weiterbildungsstätten sind rund ein Drittel der Meinung, dass die Ärztin-

nen und Ärzte in Weiterbildung im ersten halben Jahr nach dem Studium die Arbeit sehr selbstständig (2%) oder eher selbstständig erledigen können (33%). Die anderen zwei Drittel beurteilten ihre Ärztinnen und Ärzte in Weiterbildung als eher unselbstständig (46%) oder stuften sie als sehr unselbstständig ein (17%). Werden die Fachrichtungen separat betrachtet, zeigt sich, dass die Ärztinnen und Ärzte in Weiterbildung in der Kinder- und Jugendmedizin als am wenigsten selbstständig beurteilt werden. Als am selbstständigsten werden die Ärztinnen und Ärzte in Weiterbildung in den Fachrichtungen Psychiatrie, Gynäkologie und Anästhesiologie wahrgenommen.



**Abbildung 2:** Prozentuale Antworten der drei Items zur universitären Ausbildung, beurteilt auf einer Skala von 1 (trifft gar nicht zu) bis 6 (trifft voll und ganz zu) für die Jahre 2003 (n = 5343), 2008 (n = 6011) und 2019 (n = 8380). Für die Grafik wurden die sechs Antwortkategorien in drei Kategorien zusammengefasst.



**Abbildung 3:** Prozentuale Antworten zur Aussage «Ich fühlte mich nach meinem Studium gut auf den Berufsalltag als Arzt/Ärztin in Weiterbildung vorbereitet», beurteilt auf einer Skala von 1 (trifft gar nicht zu) bis 6 (trifft voll und ganz zu). Für die Grafik wurden die sechs Antwortkategorien in drei Kategorien zusammengefasst.

### Universitäre Ausbildung wurde praxisnaher

Im Jahr 2019 fühlten sich 23% der Ärztinnen und Ärzte in Weiterbildung nach dem Studium sehr gut auf den Berufsalltag vorbereitet und über die Hälfte (53%) als teilweise gut. 2003 war dies nur bei 12% resp. 39% und 2008 bei 19% resp. 46% der Fall. Die Absolventen und Absolventinnen fühlen sich heute somit deutlich besser auf den Beruf vorbereitet.

Neben der Vorbereitung auf den Berufsalltag wurden auch die sozialen Faktoren im Studium verstärkt behandelt. 2019 stimmten 38% der Ärztinnen und Ärzte

### Die Resultate zeigen, dass die Ärztinnen und Ärzte in Weiterbildung das Medizinstudium im Vergleich zu früher als praxisnaher wahrnehmen.

in Weiterbildung der Aussage zu, dass bei einer Entscheidung auch gelernt werde, vermehrt soziale Faktoren zu berücksichtigen. Fast die Hälfte (45%) bejaht diese Aussage zumindest teilweise. 2003 stimmten vergleichsweise weniger (21% resp. 39%) dieser Aussage vollkommen resp. teilweise zu.

Von 46% der Ärztinnen und Ärzte in Weiterbildung wird aber auch kritisiert, dass das Studium immer noch zu theorielastig sei und dass praktische Fragen zu wenig behandelt würden. Im Langzeitvergleich kann dennoch auch bei diesem Item eine leichte Verbesse-

rung festgestellt werden; so waren es 2003 57% und 2008 49% der Ärztinnen und Ärzte in Weiterbildung, welche dieser Aussage zustimmten. Der Langzeitvergleich zeigt, dass die universitäre Ausbildung und deren Vorbereitung auf den Beruf über die Jahre hinweg immer besser beurteilt und als praxisnaher empfunden wurden.

Wie gut das Studium auf den Berufsalltag vorbereitet, wird je nach Universität, an welcher die Ärztinnen und Ärzte in Weiterbildung ihren Abschluss gemacht haben, unterschiedlich beurteilt. Von den fünf medizinischen Fakultäten schneiden Bern und Genf am besten ab. Bei der Befragung 2019 fühlen sich von Genf 32% und von Bern 24% der Ärztinnen und Ärzte in Weiterbildung gut oder sehr gut durch ihr Studium auf ihren Berufsalltag vorbereitet. Mehr als die Hälfte (51% resp. 58%) stimmen der Aussage teilweise zu. Bei den anderen drei Universitäten Zürich, Basel und Lausanne fühlen sich zwischen 13% und 15% der Ärztinnen und Ärzte in Weiterbildung sehr gut durch ihr Studium auf den Berufsalltag vorbereitet, und 54–57% stimmen der Aussage teilweise zu. Ärztinnen und Ärzte in Weiterbildung, welche ihren Abschluss ausserhalb der Schweiz erworben haben, fühlen sich zu etwas mehr als einem Viertel gut oder sehr gut vorbereitet (28%). Im Langzeitvergleich können bei allen fünf Universitäten deutliche Verbesserungen in der Beurteilung festgestellt werden. Ausserdem zeigen sich 2019 geringere Unterschiede zwischen den Universitäten. Bei allen

Universitäten wird die universitäre Ausbildung heute als bessere Vorbereitung auf den Berufsalltag empfunden als früher.

### Direkter Austausch der Beteiligten zentral

Die vorliegenden Resultate zeigen, dass die Ärztinnen und Ärzte in Weiterbildung das Medizinstudium im Vergleich zu früher an allen Fakultäten als praxisnaher wahrnehmen. Neben dem vermehrten Behandeln von praktischen Fragen wird auch der Einbezug von sozialen Faktoren bei der Entscheidungsfindung zunehmend vermittelt. Vor allem die Universitäten, die in früheren Jahren unterdurchschnittlich beurteilt wurden, haben stark aufgeholt. Trotzdem zeigen sich weiterhin Unterschiede innerhalb der Fakultäten. So fühlten sich die Absolventen und Absolventinnen der Universitäten Genf und Bern am besten auf ihren Berufsalltag vorbereitet.

Laut den offiziellen Beschreibungen der Masterstudiengänge an den fünf Universitäten wird beispielsweise in Genf und Bern eng mit verschiedenen Spitälern zusammengearbeitet, und neben dem Wahlstudienjahr, welches etwa 7–10 Monate dauert, werden auch klinische Blockpraktika durchgeführt. Zusätzlich zum üblichen Wahlstudienjahr haben die Studierenden also die Möglichkeit, in einem Spital oder einer Arztpraxis ein kurzes Praktikum zu absolvieren. Die Unterschiede in der Beurteilung der medizinischen Fakultäten könnten also auf diese zusätzliche Möglichkeit der Anwendung praktischer Fähigkeiten zurückzuführen sein. Die genauen Gründe für diese Unterschiede waren allerdings nicht Gegenstand der Befragung und können deshalb nur vermutet werden.

Auch die Leiterinnen und Leiter der Weiterbildungsstätten wurden gebeten einzuschätzen, wie selbständig die Ärzte und Ärztinnen in Weiterbildung ihre Arbeit im ersten halben Jahr nach Abschluss des Masterstudiums erledigen können. Es erstaunt wenig, dass die meisten Leiterinnen und Leiter der Weiterbildungsstätten ihre Ärztinnen und Ärzte in Weiterbildung

als noch nicht sehr selbständig beurteilten. Allerdings zeigen sich grosse Unterschiede in den verschiedenen Fachrichtungen: Als am wenigsten selbständig wurden die Weiterzubildenden in der Fachrichtung Kinder- und Jugendmedizin beurteilt, während sie in Gynäkologie, Anästhesiologie und Psychiatrie als am selbständigsten wahrgenommen wurden. Insgesamt stuften rund ein Drittel der Leiterinnen und Leiter der Weiterbildungsstätten ihre Ärztinnen und Ärzte in Weiterbildung nach ihrem Studium als (eher) selbständig ein.

### Rund ein Drittel der Leiterinnen und Leiter der Weiterbildungsstätten stuften ihre Ärztinnen und Ärzte in Weiterbildung als (eher) selbständig ein.

Die Resultate dieser Umfrage verdeutlichen, dass die universitäre Ausbildung bei allen medizinischen Fakultäten eine gute Vorbereitung auf den Berufsalltag bietet, aber auch weiterhin Verbesserungspotenzial besteht. Der vermehrte Einsatz von Praktika während des Studiums sowie der Einsatz unterschiedlicher Lehrmethoden könnten dabei zu Verbesserungen führen. Die konsequente Einführung der Kompetenzorientierung in der ärztlichen Ausbildung könnte einen wichtigen Beitrag für die noch bessere Vorbereitung der Medizinstudierenden auf ihre zukünftige Rolle als Ärztinnen und Ärzte leisten. Im Sinne eines Kontinuums zwischen Aus- und Weiterbildung ist insbesondere der direkte Austausch der Beteiligten und Entscheidungsträger im Bereich ärztliche Aus- und Weiterbildung von grosser Wichtigkeit.

#### Literatur

- 1 Sohrmann M, Berendonk C, Nendaz M, Bonvin R. Nationwide introduction of a new competency framework for undergraduate medical curricula: a collaborative approach. *Swiss Medical Weekly*. 2020;150:w20201.
- 2 Michaud P, Jucker-Kupper P. Profiles working group. Nendaz M, Bonvin R. The "Profiles" document: a modern revision of the objectives of undergraduate medical studies in Switzerland. *Swiss Medical Weekly*. 2016;146:w14270.
- 3 Bearth A, Burgermeister LC, Bauer W, Suetterlin B, Siegrist M. Personalisierte Medizin: Umfrageresultate 2018. *Schweiz Ärztztg*. 2019;100(38):1256–9.
- 4 Van der Horst K, Siegrist M, Orlov P, Berendonk C, Giger M. Demographie, Beurteilung des Studiums und der Feedbackkultur an den Weiterbildungsstätten. *Schweiz Ärztztg*. 2010;91(6):203–7.



# Personalien

## Todesfälle / Décès / Decessi

*Pierre Antaki* (1946), † 2.2.2021,  
1012 Lausanne

*Alessandro Haeni* (1948), † 4.2.2021,  
Spécialiste en gynécologie et obstétrique,  
6500 Bellinzona

*Bernard Thiévent* (1955), † 5.6.2021,  
Spécialiste en pneumologie et Spécialiste en  
médecine interne générale, 2900 Porrentruy

*Barbara Ferrini Hilfiker* (1964), † 9.6.2021,  
8132 Hinteregg

*Flavio Papa* (1933), † 13.6.2021,  
Spécialiste en chirurgie, 6600 Locarno

*Etienne Joss* (1931), † 16.6.2021,  
Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin,  
3049 Säriswil

*François Thévenoz* (1923), † 17.6.2021,  
Spécialiste en rhumatologie et Spécialiste en  
médecine interne générale, 1205 Genève

*Jean-Pierre Barras* (1937), † 19.6.2021,  
1700 Fribourg

*François van der Linde* (1941), † 21.6.2021,  
Facharzt für Prävention und Public Health,  
8132 Egg b. Zürich

*Nicolas Bergier* (1939), † 23.6.2021,  
Spécialiste en hématologie et Spécialiste en  
médecine interne générale, 1162 Saint-Prex

*Peter Jakob Keel* (1948), † 25.6.2021,  
Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie,  
4102 Binningen

*Alain Grandchamp* (1936), † 26.6.2021,  
Spécialiste en néphrologie et Spécialiste en  
médecine interne générale, 1208 Genève

## Praxiseröffnungen / Nouveaux cabinets médicaux / Nuovi studi medici

VD

*Mylena Frikart*, Médecin praticien, FMH,  
Av. du Tribunal-Fédéral 2, 1005 Lausanne

*Muriel Kracher*, Spécialiste en psychiatrie et  
psychothérapie, FMH, Avenue de la Gare 10,  
1003 Lausanne

ZH

*Markus Maximilian Deutschmann*, Facharzt  
für Psychiatrie und Psychotherapie, FMH,  
Badgasse 3, 8400 Winterthur

## Aargauischer Ärzteverband

Zur Aufnahme in den Aargauischen Ärzte-  
verband haben sich angemeldet:

Als ordentlich praktizierende Mitglieder:

*Christian Benden*, Facharzt für Kinder- und  
Jugendmedizin, FMH, 8006 Zürich, Praxis-  
eröffnung in Praxisgemeinschaft in Wettin-  
gen seit 1.1.2021

*Denise Bernhard*, Fachärztin für Allgemeine  
Innere Medizin, FMH, D-79618 Rheinfelden,  
angestellt in Praxis in Möhlin seit 1.1.2021

*Tanja Eichenberger-Gautschi*, Fachärztin  
für Gynäkologie und Geburtshilfe, FMH,  
5000 Aarau, Praxiseröffnung in Praxis-  
gemeinschaft in Aarau per 1.9.2021

*Marialuigia Giovannini-Spinelli*, Fachärztin  
für Gynäkologie und Geburtshilfe, FMH,  
3007 Bern, Praxiseröffnung in Praxisgemein-  
schaft in Aarau per 1.9.2021

*Simon Huber*, Facharzt für Allgemeine Innere  
Medizin, 5000 Aarau, angestellt in Praxis in  
Aarau per 1.7.2021

*Mathilde Müller-Greutter*, Fachärztin für Kin-  
der- und Jugendmedizin, FMH, 8048 Zürich,  
angestellt in Praxis in Baden seit 1.9.2007

*Jevgenijs Prohorenko*, Facharzt für Anästhesi-  
ologie, 9500 Wil, Praxiseröffnung in Praxis-  
gemeinschaft in Brugg per 1.7.2021

*Matthias Zingg*, Facharzt für Rheumatologie,  
FMH, 8142 Uitikon Waldegg, Praxiseröffnung  
in Praxisgemeinschaft in Baden per 1.1.2022

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

## Ärztegesellschaft des Kantons Bern

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

*Marco Fortunat Enderlin*, Facharzt für Anäs-  
thesiologie, FMH, Universitätsklinik für  
Anästhesiologie und Schmerztherapie, Insel-  
spital Bern, Freiburgstrasse, 3010 Bern

Einsprachen gegen dieses 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 allfällige  
Einsprachen.

## Die ärztliche Beurteilung der Arbeitsfähigkeit

# Das Arztzeugnis – Teil 3

Andreas Klipstein<sup>a</sup>, Iris Herzog-Zwitter<sup>b</sup>, Bruno Soltermann<sup>c</sup>, Gerhard Ebner<sup>d</sup>

<sup>a</sup> PD Dr. med. MSc, Leiter Medizin AEH AG, Fachleiter ZAFAS Kurse SIM; <sup>b</sup> Dr. iur., Juristin, FMH Rechtsdienst, Bildungsbeauftragte Swiss Insurance Medicine (SIM); <sup>c</sup> Dr. med., MAS Versicherungsmedizin, Vorsitzender Weiter- und Fortbildungskommission der SIM; Chefarzt Schweizerischer Versicherungsverband; <sup>d</sup> Dr. med. M.H.A., Präsident SIM, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, Praxisinhaber, Zürich

Im Anschluss an die beiden in der SAEZ erschienen Publikationen Arztzeugnis Teil 1 und Arztzeugnis Teil 2 zu den Grundlagen, die bei der Erstellung eines Arztzeugnisses berücksichtigt werden müssen, folgt nun der dritte und letzte Teil. In diesem werden einige Aspekte bei der praktischen Erstellung des Arztzeugnisses aus einem mehr medizinischen Fokus beleuchtet.

Der behandelnden Ärztin oder dem Arzt kommt bei krankheitsbedingten Arbeitsausfällen die Aufgabe zu, den Zusammenhang zwischen einer Arbeitsabsenz (oder allenfalls einer reduzierten Leistung) und einer Gesundheitsstörung (Krankheit oder Unfall) zu bestätigen und in der Folge ein Arbeitsunfähigkeitszeugnis auszustellen. Der Ärztin oder dem Arzt obliegt zu beurteilen, ob der Patient arbeitsunfähig oder nicht, beziehungsweise in welchem Ausmass die Arbeitsfähigkeit noch gegeben ist.

Die Einschätzung bei kurz dauernden und bei akuten gesundheitlichen Problemen stellt in aller Regel kein Problem dar. Hingegen ist die Beurteilung bei wieder-

holten oder lang dauernden Ausfällen, beim parallelen Auftreten von Gesundheitsstörungen oder bei dominierenden Arbeitsplatzkonflikten schwierig, insbesondere dann, wenn eine gesundheitliche Verschlechterung zu einer zunehmend anhaltenden vollen Arbeitsunfähigkeit führt.

Im richtigen Zeitpunkt die richtigen Massnahmen zu ergreifen, hat im Einzelfall grosse Auswirkungen auf die zukünftigen gesundheitlichen Entwicklungen.

## Die Rolle der ICF

Die «Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit», ICF, liefert einen Rahmen, aus dem einerseits ein Codierungssystem, andererseits verschiedene Instrumente hervorgegangen sind, welche vor allem in der vergleichenden Forschung, in der Rehabilitationsmedizin, in der Beurteilung komplexer Auswirkungen medizinischer Gesundheitsprobleme (Stroke, Schädelhirntrauma und Ähnliches) und in der Förderplanung bei Jugendlichen mit Behinderungen zur Anwendung kommen [1].

Die ICF wurde 2015 in einem bundesgerichtlichen Grundsatzentscheid BGE 141 V 281 [2] explizit als Basis für die Beurteilung von Arbeitsfähigkeiten bei anhaltenden somatoformen Schmerzstörungen verankert und in der Folge durch die Rechtsprechung auf die Beurteilung sämtlicher psychischer Erkrankungen ausgedehnt [3, 4]. Obwohl vom Bundesgericht nicht zwingend gefordert, gibt es keine Gründe, weshalb die ICF nicht auch bei (überwiegend) somatischen Störungen zur Anwendung kommen sollte [5].

Drei wesentliche Elemente zur Beurteilung der Arbeitsunfähigkeit sind der ICF zu entnehmen:

- die Ebene der Aktivität (Wie ist die Leistungsfähigkeit/ Belastbarkeit?)



Die ärztliche Beurteilung der Arbeitsfähigkeit erfolgt oft in einer Beurteilung der Arbeitsfähigkeit zu 0 Prozent oder zu 100 Prozent. Doch es gibt auch Zwischentöne, die beachtet werden sollten.

- die Ebene der Umweltfaktoren (Wie sind die Arbeitsanforderungen?)
- die Ebene der Partizipation (Vergleich der Anforderungen mit der Belastbarkeit: Was passt, was passt nicht?)

Diese werden durch die Beschwerden und die Funktionsfähigkeit (Strukturen und Funktionen) sowie durch die personenbezogenen Faktoren beeinflusst. Dies erscheint grundsätzlich einfach. Worin liegen dann die Schwierigkeiten?

### Stolpersteine bei der Arbeitsfähigkeits-einschätzung

Als Stolpersteine der beruflichen Eingliederung und der Arbeitsfähigkeitsbescheinigung haben sich unter anderem folgende Kriterien herauskristallisiert:

- Rollenkonflikte
- fehlende Kenntnisse oder Bewertungen der Arbeitsanforderungen
- Unsicherheiten in der Einschätzung der Belastbarkeit
- «Zeugnis unter der Tür» (nach eigentlich beendeter Konsultation wird noch eine Verlängerung des Arbeitsunfähigkeitszeugnisses verlangt)
- unklare Kommunikation, fehlende Abmachungen mit der Patientin oder dem Patienten sowie fehlende vereinbarte Ziele
- medizinischer Verlauf / verzögerte Abklärungen / Fokus rein auf Diagnosen
- Verpassen der Zeitfenster für eine Wiedereingliederung

### Im richtigen Zeitpunkt die richtigen Massnahmen zu ergreifen, hat im Einzelfall grosse Auswirkungen auf die zukünftigen gesundheitlichen Entwicklungen.

Drei der zitierten Kriterien im Kontext mit der AUF-Einschätzung werden nachfolgend aufgegriffen und vertieft erörtert:

#### 1. Rollenkonflikte

Das Arzt-Patienten-Verhältnis basiert auf einem Vertrauensverhältnis. Wenn der behandelnde Arzt eine Beurteilung der Arbeitsfähigkeit mangels genügender oder nur einseitiger Informationen seines Patienten auf eine rein subjektive Einschätzung hin vornimmt, liegt ein klassischer Rollenkonflikt vor. Klares Bewusstsein über die eigene Rolle im Arzt-Patienten-Verhältnis sowie klare Abmachungen mit der Patientin (Mitwirkung, Unterstützung bei der Informationsbeschaffung, zeitlicher Rahmen) sind dabei wichtige Instrumente.

#### 2. Fehlende Kenntnisse oder Bewertungen der Arbeitsanforderungen

Die ärztliche Beurteilung der Arbeitsfähigkeit erfolgt oft in einer Beurteilung der Arbeitsfähigkeit entweder zu 0 Prozent oder zu 100 Prozent.

Massgebend für die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit sind die genauen Anforderungen und Rahmenbedingungen am Arbeitsplatz der Patientin. Für eine erfolgreiche Reintegration sind auch Grautöne unabdingbar. Das ressourcenorientierte Eingliederungsprofil REP ([rep.compasso.ch](http://rep.compasso.ch)) ermöglicht eine ärztliche Beurteilung der Ressourcen von Patienten, die längere Zeit nicht vollständig arbeitsfähig sind und über einen Arbeitsplatz verfügen [6].

Die Anwendung des REP erfolgt nach einem klar definierten Ablauf: Der (an einer Rückkehr des Mitarbeiters interessierte) Arbeitgeber erstellt mithilfe des

### Die Einschätzung der physischen und psychischen Belastbarkeit stellt zum Beispiel bei chronischen Verläufen eine Herausforderung dar.

Online-Tools REP ([rep.compasso.ch](http://rep.compasso.ch)) ein berufliches Anforderungsprofil, welches der Patient oder die Patientin zur behandelnden Ärztin mitnimmt. Diese füllt für jede angeführte Anforderung aus, ob diese unter Berücksichtigung der vorliegenden Gesundheitsstörung ausführbar («möglich»), nur unter bestimmten Voraussetzungen («teilweise möglich», Bedingungen können ergänzt werden) oder nicht ausführbar («nicht möglich») sind. Dieses Profil wird vom Arzt unterzeichnet und geht dann zurück an den Arbeitgeber, der prüft, wie und in welchem Umfang er die Person einsetzen kann. Wichtig ist, dass das REP nicht ein AUF-Zeugnis ersetzt. Ziel des REP ist die Förderung der Teilarbeitsfähigkeit und der arbeitsplatzgerechten beruflichen Eingliederung sowie der Kommunikation zwischen Arbeitgeber, Arbeitnehmer und Arzt. Auftraggeber zum Vervollständigen eines REP durch den Arzt ist der Arbeitgeber. Bei vollständigem Ausfüllen wird der Arzt oder die Ärztin durch den Arbeitgeber mit 100 Franken entschädigt.

Falls kein REP (oder kein bestehendes Anforderungsprofil des Arbeitgebers) zur Verfügung steht, sollten einerseits von der erkrankten Person eine stichwortartige Beschreibung ihrer Berufsbezeichnung und der wichtigsten vier Arbeitsaufgaben sowie basierend darauf eine kurze Arbeitsanamnese erhoben werden, welche zumindest folgende Informationen enthält:

- Vollzeit- oder Teilzeitanstellung (Anzahl Stunden pro Woche, Verteilung über die Woche)
- Festanstellung oder Stundenlohn

- Sicht der Patientin auf die in Bezug auf das Gesundheitsproblem schwierigsten Aufgaben beziehungsweise Umstände.

In speziellen Fällen kann auch auf das aufwendigere Befragungstool WOCADO (Work Capacity estimation support for Doctors; [www.wocado.ch](http://www.wocado.ch)) zurückgegriffen werden [7].

### 3. Unsicherheiten in der Einschätzung der Belastbarkeit

Die Einschätzung sowohl der physischen als auch der psychischen Belastbarkeit stellt insbesondere bei wenig umschriebenen Krankheitsbildern, Multimorbidität und chronischen Verläufen eine Herausforderung dar.

Nur bei umschriebenen Gesundheitsproblemen (zum Beispiel starke Beweglichkeitseinschränkung und Endschmerzen im Knie durch eine Kapselarthrose) besteht ein direkter Bezug zwischen Funktionsfähigkeit (Flexion im betroffenen Knie aktiv nur bis 60° möglich) und Aktivität (Arbeiten in kauender oder kniender Position nicht möglich, Treppensteigen und Gehen stark eingeschränkt).

In den meisten Fällen muss die Belastbarkeit durch Vergleiche zu Alltagsaktivitäten (Schilderung des Tagesablaufs, arbeitsbezogenes Beschwerdebild, Beschrei-

### Massgebend für die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit sind die genauen Anforderungen und Rahmenbedingungen am Arbeitsplatz der Patientin.

zung sozialer Interaktionen, Beobachtung im Wartezimmer usw.) und objektiver Befunde («Schweregrad») abgeschätzt werden. Bei zweifelhaften Beurteilungen können Zusatzabklärungen wie eine EFL (Evaluation der arbeitsbezogenen funktionellen Leistungsfähigkeit) oder neuropsychologische Tests weiterhelfen.

Während die neuropsychologischen Abklärungen im KVG und UVG vorgesehen sind, müssen EFL-Abklärungen nach einem festen Tarif bei anderen Kostenträgern (KTG-Versicherer, IV oder Unfallversicherer) beantragt oder diesen empfohlen werden.

Am Beispiel von chronischen Rückenschmerzen wurden erhebliche Abweichungen zwischen der bei der EFL erhobenen Leistungsfähigkeit beim Hantieren von Lasten, der empirischen ärztlichen Einschätzung und der Selbsteinschätzung gefunden [8]. Die Abklärung mittels EFL ermöglicht nebst der Beurteilung der Leistungsfähigkeit eine Einschätzung der Konsistenz und Leistungsbereitschaft [9]. Die neuropsychologischen Abklärungen erlauben insbesondere die Einschätzung der Abklärungsqualität.

### Neues Arbeitsfähigkeitszeugnis der SIM

2019 hat die Swiss Insurance Medicine ein speziell auf die berufliche Eingliederung und für die Teilarbeitsfähigkeit ausgerichtetes Arbeitsfähigkeitszeugnis publiziert.

Ein Arbeitsfähigkeitszeugnis wird infolge Krankheit oder Unfall ausgestellt. Nebst einer mehr ressourcenorientierten Sichtweise (Arbeitsfähigkeit versus Arbeitsunfähigkeit), einer genaueren Bezeichnung der beruflichen Situation (insbesondere Teilzeittätigkeiten) und der Deklaration der Art der zur Verfügung stehenden Arbeitsbeschreibung (REP, andere Quellen) wird eine klare Trennung von Präsenzzeit und Leistungsfähigkeit (in der Regel bezogen auf die angestammte Tätigkeit) verlangt.

Das SIM-Arbeitsfähigkeitszeugnis [10] ist auf der SIM-Homepage abrufbar und ebenso auf [www.compasso.ch](http://www.compasso.ch) verfügbar [11].

### Fallbeispiel

Vorstellung wurde ein 52-jähriger ungelerner Lagermitarbeiter (Lagerbewirtschaftung, Warenkontrolle, Staplerfahren, vollzeitlich angestellt seit 20 Jahren). Nach früheren Kurzabsenzen infolge lumbaler Rückenschmerzen litt er nun seit sechs Wochen unter akuten lumbalen Rückenschmerzen mit einseitigen Ausstrahlungen nicht über das Knie. Eine Behandlung wurde vom Hausarzt eingeleitet (Physiotherapie, Analgetika). Ein Arbeitsversuch scheiterte nach einem halben Tag (normale Arbeit). Die Abklärungen zeigten lediglich unspezifische degenerative Veränderungen der untersten Lendenwirbelsäulensegmente. Der Patient kam mit einem REP vom Arbeitgeber, der den Mitarbeiter gerne behalten wollte. Es bestanden aber Zweifel, ob der Mitarbeiter seine Tätigkeit wieder aufnehmen könne. Aufgrund des erhaltenen REP bestand die Arbeit zur Hälfte aus stehend-gehenden Aufgaben bei der manuellen Bereitstellung des Materials und der im Stehen ausgeführten Datenerfassung, zur anderen Hälfte aus Staplerfahren. Es wurden regelmässig Lasten von ca. 15 Kilogramm hantiert, selten etwas höher, zum Teil mussten die Kisten in verdrehter Position hantiert werden. Der Patient hatte zum Teil Kundenkontakt und Bestellungen mussten teilweise sehr schnell umgesetzt werden. Der behandelnde Arzt komplettierte das REP mit den für jede Tätigkeit zu beachtenden Einschränkungen gemeinsam mit dem Patienten in dem dafür einmalig reservierten Sprechstundentermin. Zum Ausfüllen benötigte er rund zehn Minuten.

Zusätzlich und begleitend zum REP verwendete der behandelnde Arzt das SIM-Arbeitsfähigkeitszeugnis



mit den erforderlichen Eintragungen. Er bestätigte eine Arbeitsfähigkeit von 0% bis zum aktuellen Zeitpunkt, dann eine Präsenz von vier Stunden mit Leistungsreduktion gemäss den Angaben im REP für 2 Wochen (AF von 25%), dann von sechs Stunden (AF von 37,5% für zwei Wochen) und danach, bei normalem Verlauf, eine rasche Wiederaufnahme der angestammten Tätigkeitsdauer. Mit dem REP und dem Arztzeugnis schickte der Arzt eine Rechnung von 100 Franken an den Arbeitgeber.

Nach Ablauf des Attestes meldete sich der Arbeitgeber nochmals: Die Ganztagespräsenz sei erreicht worden, beim häufigen Hantieren von mittelschweren Kisten von Hand habe er noch häufigere Pausen eingelegt. Man einigte sich auf eine vorübergehende Arbeitsfähigkeit von 70% für weitere drei Wochen und in der Folge auf eine volle Arbeitsfähigkeit.

## Besondere Situationen

### 1. Arbeitsplatzbezogene Arbeitsunfähigkeiten

Eine «Arbeitsplatzbezogene Arbeitsunfähigkeit» liegt dann vor, wenn beispielsweise infolge eines Arbeitsplatzkonflikts eine Rückkehr an den bisherigen Arbeitsplatz nicht vertretbar, an jedem anderen Arbeitsplatz aber eine Arbeitsfähigkeit gegeben ist. Beachtet werden sollte, dass im Falle einer rein arbeitsplatzbezogenen Problematik der Arbeitnehmer keine Tagelöhner beanspruchen kann.

### 2. Arbeitsunfähigkeit in der Schwangerschaft

Schwangerschaft ist grundsätzlich keine Krankheit, sondern berechtigt die Schwangere zu einem Mutterschaftsurlaub und zur Wahrnehmung der Fürsorgepflicht durch den Arbeitgeber nach Mutterschaftsverordnung. Die FMH hat einen Leitfadens zur Umsetzung der Mutterschaftsverordnung in Arztpraxen publiziert [12]. Bei zusätzlicher Krankheit kann selbstverständlich trotzdem eine AUF entstehen und attestiert werden. Vorsichtig sollte allerdings bei unspezifischen Beschwerdebildern, wie zum Beispiel Rückenbeschwerden, verfahren werden.

#### Bildnachweis

David Guenther / Unsplash

## Vertiefung

Nebst den unten erwähnten Links bietet die Swiss Insurance Medicine (SIM) verschiedene Vertiefungsmöglichkeiten im Rahmen von Ausbildungsmodulen an und hat zu diesem Thema zahlreiche Publikationen und Arbeitsinstrumente veröffentlicht [13].

## EUMASS Kongress

Im September 2021 organisiert die SIM zusammen mit der EUMASS (European Union of Medicine in Assurance and Social Security, Mitglied der Europäischen Ärztesvereinigung EACCME) den zweijährlichen EUMASS Kongress (covidbedingt wird der EUMASS Kongress online vom 16.–17.9.2021 durchgeführt), bei dem der Schwerpunkt auf die praktische Umsetzung und Resultate der Anwendungsforschung breiter versicherungsmedizinischer Themen gelegt wird. Information und Registrierung: [eumass-2021.eu](http://eumass-2021.eu).

#### Literatur

- 1 ICF WHO (2001). [www.who.int/classifications/icf/en/](http://www.who.int/classifications/icf/en/) (Stand: 15.06.2021)
- 2 [www.bger.ch/ext/eurospider/live/de/php/clir/http/index.php?highlight\\_docid=atf%3A%2F%2F141-V-281%3Ade&lang=de&zoom=&type=show\\_document](http://www.bger.ch/ext/eurospider/live/de/php/clir/http/index.php?highlight_docid=atf%3A%2F%2F141-V-281%3Ade&lang=de&zoom=&type=show_document)
- 3 BGE 141 V 281 (2015) [www.bger.ch](http://www.bger.ch) (Stand: 15.06.2021).
- 4 Herzog-Zwittler I. Die präzisierende Rechtsprechung des BGE 141 V 281 und die ICF. 2018 ([www.svv.ch](http://www.svv.ch))
- 5 Jeger J. Die Verwendung der International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF) in der somatischen Begutachtung. *Medinfo 2017/2 (Teil 1) / Medinfo 2018/1 (Teil 2)*
- 6 Kaiser M, et al. Ressourcenorientierte Wiedereingliederung in den Arbeitsmarkt. 2019. [doi.org/10.4414/saez.2019.17942](https://doi.org/10.4414/saez.2019.17942) (Stand: 15.06.2021).
- 7 [www.swiss-insurance-medicine.ch/de/fachwissen-und-tools/arbeitsanforderung](http://www.swiss-insurance-medicine.ch/de/fachwissen-und-tools/arbeitsanforderung) Stand: 15.06.2021).
- 8 Oesch P, et al. Functional capacity evaluation: performance of patients with chronic non-specific low back pain without waddell signs. *J Occup Rehabil* 2015;26:257–66.
- 9 Meyer K, et al. Development and validation of a pain behavior assessment in patients with chronic low back pain. *J Occup Rehabil* 2016;26:103–13.
- 10 [www.swiss-insurance-medicine.ch/de/fachwissen-und-tools/arbeitsunfahigkeit/sim-arbeitsfahigkeitszeugnis](http://www.swiss-insurance-medicine.ch/de/fachwissen-und-tools/arbeitsunfahigkeit/sim-arbeitsfahigkeitszeugnis)
- 11 [www.swiss-insurance-medicine.ch/de/fachwissen-und-tools/arbeitsanforderung](http://www.swiss-insurance-medicine.ch/de/fachwissen-und-tools/arbeitsanforderung) Stand: 15.06.2021).
- 12 FMH [www.fmh.ch/files/pdf21/Dossier\\_Mutterschutz\\_def.pdf](http://www.fmh.ch/files/pdf21/Dossier_Mutterschutz_def.pdf) (Stand: 15.06.2021).
- 13 Klipstein A. Die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit in der Praxis. In: *Leading Opinions: Innere Medizin* 5/2019; 6–10; [www.swiss-insurance-medicine.ch/de/fachwissen-und-tools/arbeitsanforderung](http://www.swiss-insurance-medicine.ch/de/fachwissen-und-tools/arbeitsanforderung) Stand: 15.06.2021).

## Das Wichtigste in Kürze

- Die richtigen Massnahmen zu ergreifen, kann im Einzelfall grosse Auswirkungen auf die gesundheitlichen Entwicklungen der Patientin oder des Patienten haben.
- Bei der Arbeitsfähigkeitseinschätzung gibt es Stolpersteine wie zum Beispiel fehlende Kenntnisse oder Bewertungen der Arbeitsanforderungen.
- 2019 hat die Swiss Insurance Medicine ein speziell auf die berufliche Eingliederung und für die Teilarbeitsfähigkeit ausgerichtetes Arbeitsfähigkeitszeugnis publiziert.



# Briefe an die SÄZ

## Gesundheitswesen und Klimawandel

Brief zu: Gilli Y. «Health in all policies», but not «All policies in health». Schweiz Ärztztg. 2021;102(26):868.

Der Klimawandel wird für das Gesundheitswesen nicht nur zu einer gesellschaftlichen oder ökonomischen, sondern mehr und mehr auch zu einer ärztlichen Herausforderung. Hitzewellen, Hurricans, Hochwasser, Erdbeben führen zu einer zunehmenden Morbidität und Mortalität. Durch den stetigen Biodiversitätsverlust steigt zudem die Inzidenz von entzündlichen, nicht übertragbaren Krankheiten umgekehrt proportional an. So ist bereits 2015 im «Helsinki alert of biodiversity and health» in *Annals of Medicine* ein Aufruf zum Handeln erschienen. Der FMH obliegt neben der Standespolitik ein Engagement für Gesundheitsprävention im Rahmen von Public Health, wohlverstanden aus dem Blickwinkel der medizinischen Expertise, nicht als Umweltorganisation. Immerhin, Hoffnung bleibt mit Francis Picabia: «Der Kopf ist rund, damit das Denken die Richtung wechseln kann.»

*Dr. med. Markus Weissert, St. Gallen*

## Unterschied zwischen Aktivismus und Wissenschaftlichkeit

Brief zu: Porz R. Macht und Verantwortung. Schweiz Ärztztg. 2021;102(26):902.

Ich möchte dem Medizin-Ethiker Prof. Dr. Rouven Porz zu seinem Beitrag gratulieren. Wir Ärzt\*innen verstehen uns als Helfende, sind uns aber unserer Machtposition viel zu wenig bewusst.

Es ist wohl kaum Zufall, dass dieser Beitrag in der Corona-Zeit gedruckt wurde, in welcher die medizin-ethischen Prinzipien Respekt, Fürsorge, Nicht-Schaden und Gerechtigkeit

## Briefe

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

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

allseits so ausgelegt werden, wie sie gerade passend scheinen.

Ich empfehle allen Kolleg\*innen, einmal die Begriffe «Talk Spezial – die grosse Corona-Abrechnung – Prof. Ioannidis» in eine Suchmaschine einzugeben und sich das 22-minütige Gespräch anzuhören.

Falls Sie sich noch nicht mit dem Thema auseinandergesetzt haben sollten, werden Sie dort auf den Unterschied zwischen Aktivismus und Wissenschaftlichkeit hingewiesen und ebenso auf die Tatsache, dass die meisten von uns den Pfad bzw. das Funktionsprinzip der Wissenschaftlichkeit leider verlassen haben oder sich zu wenig dafür einsetzen.

Von dieser Erkenntnis ist es dann nur noch ein kurzer Weg zur Frage nach Macht und Verantwortung.

Denn wenn wir nicht mehr respektvoll auf alle Wissenschaftler\*innen hören und keinen Diskurs mehr führen über divergierende wissenschaftliche Positionen, dann bleibt nur die Erkenntnis, dass dies nicht mehr gewünscht und nicht mehr möglich ist und dass die Machtstrukturen, die das verhindern, sehr mächtig sein müssen.

Ein gesundes Mass an Misstrauen gegenüber Machtstrukturen ist heute mehr denn je mehr als angebracht. Sonst drohen uns der Verlust medizin-ethischer Prinzipien und ein wissenschaftliches Mittelalter.

*Dr. med. Paul Steinmann, Worb*

## Faszination beim Schuhkauf

Brief zu: Ritzmann I. Risiko in Kinderschuhen. Schweiz Ärztztg. 2021;102(26):899.

Dieser Artikel beschreibt das Pedoskop, den Röntgenapparat, der das Fuss skelett innerhalb von Schuhen sichtbar macht und uns als Kinder beim Schuhkauf faszinierte. Mein zeitweiliger Pulsnachbar im Gymer, später in Bern Ordinarius für ein chirurgisches Fach am Inselspital und mein Fakultätskollege, tauschten gestern am Telefon unsere Jugenderfahrungen mit diesem Apparat aus. Er schilderte, wie ihn das Bild seiner Schuhe mit seinen Fussknochen dermassen beeindruckte, dass er diese Schuhe sofort wählte. Erst beim Tragen zuhause bemerkte er, dass die Schuhe viel zu eng waren. Diese Erfahrung wiederholte sich ein weiteres Mal.

Aus unserer späteren Einsicht hatte Ueli das Subjektive, nämlich die Gefühle aus seinen

Füssen, ausgeblendet. Wir wussten damals noch nicht, dass die Natur des Menschen nicht einfach physikalisch-chemisch zu verstehen ist, sondern, dass die Natur des Menschen eine biopsychosoziale ist.

Die Entwicklung der Medizin seit René Descartes ab dem 17. Jahrhundert ist betont physikalisch-chemisch gerichtet. Dass dabei der Mensch verloren geht, hat der grosse Kliniker William Osler (1849–1919) mit seinen Worten erfasst: «The good physician treats the disease, the great physician treats the patient who has the disease.»

«Das Gefahrenpotenzial», schreibt Iris Ritzmann, «schien nicht zum Bild einer hochmodernen Medizin zu passen», obwohl die Gefahren von Röntgenstrahlen zur Zeit unserer Jugend wohlbekannt waren.

*Prof. em., Dr. med. Rolf H. Adler,  
Kehrsatz*

## Qualität ist ein Ereignis

Brief zu: Piet van Spijk. Ich und mein Körper – Welch ein Paar! Schweiz Ärztztg. 2021;102(24):830.

«Die Weisen aus dem Osten» weisen darauf hin, dass es bei einer Polarität auch etwas Drittes gibt. Es gibt also nicht nur Körper und Psyche, es gibt auch das dritte Element: die Beziehung der beiden zueinander. Der entstandene Raum in der Polarität von Seele und Körper wird durch die Beziehung der beiden zueinander bestimmt. Es ist diese Beziehung, die gut oder schlecht ist, die gelingt oder dysfunktional ist. Die Qualität dieser Beziehung ist ein Ereignis, in einem Zeitverlauf. In diesem Zeitverlauf können wir die Beziehungsfähigkeit lernen, pflegen und verändern. Dazu brauchen wir manchmal Hilfe und immer Geduld.

*Dr. med. Marc Melchert,  
Wallisellen*

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.

## Deontologie und Markt mit Verschmutzungsrechten

Der Markt mit Luftverschmutzungsrechten [1] ist unvereinbar mit dem Menschenrecht auf Leben und Gesundheit. Denn die Wissenschaft beweist die Evidenz: Leben und Gesundheit hängen ab von Luft. Wer sie verschmutzt, verwandelt sie in ungesunde Materie und verantwortet daraus entstehende Schäden an Leib und Leben.

Die ärztliche Standesordnung verpflichtet die Nachfolger des Hippokrates, menschliches Leben zu schützen und Gesundheit zu bewahren (Art. 2). Ihr höchstes Gebot aber besteht darin, sich gegenläufigen Anordnungen oder Gesetzen zu widersetzen [2]. Niemand kann sich seiner biologischen Bedingung entzie-

hen, saubere Luft zu atmen; wird er Opfer von Luftverschmutzern, so gehört der Arzt an seine Seite gegen die Übeltäter und die sie schützende Institution und Politik.

Ich begrüsse die Besinnung der FMH auf ihre Deontologie mit dem Anspruch, deren Grundwerte in das Gesundheitswesen zu tragen [3]. Das CO<sub>2</sub>-Gesetz der Schweiz und deren Integration in den europäischen Markt mit Verschmutzungsrechten ist unvereinbar mit der ärztlichen Deontologie. Demgemäss erwarte ich von den Ärztinnen und Ärzten sowie ihren Organisationen, dass sie sich einsetzen gegen die Ungeheuerlichkeit [4] eines solchen Marktes.

*Dr. med. Roland Niedermann,  
Allgemeinarzt FMH, Mitglied AefU, Genf*

## Referenzen

- 1 Siehe z. B.: *Marché des droits à polluer: définition de Marché des droits à polluer et synonymes de Marché des droits à polluer (français)* (leparisien.fr) oder NZZ 4.3.21 «Der Emissionshandel boomt trotz Wirtschaftslaute – Der Preis für Verschmutzungsrechte schießt in die Höhe»
- 2 Vgl. Anfang der Genfer Eides und seine Geschichte
- 3 «Im Gesundheitswesen ist es wichtig, sich auf die Grundwerte und Verhaltensnormen der Standesordnung zu besinnen.» Editorial des Vize-Präsidenten der FMH, Christoph Bosshard, BMS 2021;102(24):798.
- 4 Vgl. Sophokles «Antigone», Chor zu Ende des ersten Auftritts, in der Übersetzung von Hölderlin.

# Mitteilungen

## Verein MEDENS (Ärzte in der Schweiz)

Der Verein MEDENS (Ärzte in der Schweiz) wurde 2018 gegründet. Seine 200 Mitglieder sind Ärztinnen und Ärzte, die ihr Arzt-diplom ausserhalb der Schweiz und der EU/EFTA erworben haben und seit mehreren Jahren in der Schweiz tätig sind. Nach den zahlreichen Schritten und Interventionen, die bei dem SIWF und MEBEKO unternommen wurden, wurde der Artikel 69 der Weiterbildungsordnung (WBO) geändert.

Zur Facharztprüfung kann zugelassen werden, wer bereits vor dem 1. Januar 2010 in der Schweiz in Weiterbildung war und sämtliche Bedingungen des angestrebten Facharztstitels erfüllt. Vor der Anmeldung ist jedoch zwingend ein Ausbildungsplan beim SIWF-Sekretariat anzufordern, der bescheinigt, dass sämtliche Bedingungen des angestrebten Facharztstitels erfüllt sind.

Unser Verein bemüht sich weiterhin um eine bessere Anerkennung unserer beruflichen Fähigkeiten und freut sich über neue Mitglieder. Bei Interesse können Sie unsere Website <http://www.medens.ch> besuchen und/oder uns per E-Mail unter [association.medens@gmail.com](mailto:association.medens@gmail.com) kontaktieren.

## Hilfskasse für Schweizer Aerzte – Eingegangene Spenden

Vom 1. April bis 30. Juni 2021 sind 7 Spenden im Gesamtbetrag von CHF 1450 eingegangen.

Der Stiftungsrat der Hilfskasse für Schweizer Aerzte freut sich sehr, diese Gaben bekanntgeben zu dürfen, und dankt allen Spendern recht herzlich.

Damit die Spenden in voller Höhe den Destinatären zukommen, haben wir uns entschlossen, für Spenden unter CHF 500 auf den Versand von persönlichen Dank-schreiben zu verzichten. Wir hoffen sehr, dass diese Massnahme bei allen Spendern auf Verständnis stösst.

Für die Hilfskasse für Schweizer Aerzte  
Der Kassier des Stiftungsrates



## Ärztinnen, Ärzte und Pflegekräfte

# Als Helden der Pandemie beklatscht – dann im Stich gelassen

**Marcus M. Maassen**

Prof. Dr. med., Präsident PULSUS

Pflegekräfte und Ärzteschaft unterstützen den Staat und die Gesellschaft bei der Bewältigung der Corona-Pandemie massiv. Andererseits werden die Ärzte mit einem Gesundheitswesen konfrontiert, das durchdrungen ist vom Geist der Planwirtschaft und des Interventionismus. Die Strategie «Gesundheit 2030» des Bundesrats visiert ein Globalbudget an und fördert Rationierungen. Das ist nicht fair.

Wer sich mit den Auswirkungen der Pandemie auf unsere Gesellschaft beschäftigt, erlebt die Bedeutung der Ärzte und Pflegekräfte hautnah und beobachtet einen bis zur körperlichen und psychischen Erschöpfung gehenden Einsatz auf den Intensivpflegestationen. Ebenso verdient das Engagement der Hausärzte und Fachärzte Respekt, die trotz Mangel an Desinfektionsmittel und Schutzkleidung sowie einem Behandlungsverbot aller nicht dringend angezeigten Behandlungen und Eingriffe ihre Praxen im März und April 2020 offenhielten. Dieses Behandlungsverbot führte zusammen mit den verschärften Hygieneregeln sowie der Notwendigkeit von social distancing im

vergangenen Jahr zu einem Umsatzrückgang von mindestens 5%. Gemäss FMH verursacht ein Umsatzrückgang von 5% einen Erwerbsausfall von 13 bis 17%.

**Die Pandemie hat gezeigt, dass eine gute Gesundheitsversorgung für die Bevölkerung Priorität hat.**

Sehr wichtig ist die Bedeutung der Spitalärzte und Pflegekräfte, die auf den Notfallstationen und im Rettungswesen viele Menschenleben gerettet haben. Das unermüdliche Engagement der Ärzte und Pflegekräfte, sich auch nach einer anstrengenden Arbeitswoche

zusätzlich am Wochenende für den Dienst in einem kantonalen Impfzentrum einteilen zu lassen, hat die schnelle Umsetzung der Impfstrategie der Kantone wesentlich unterstützt. Jetzt, nachdem die dritte Welle gebrochen ist und die Inzidenzen im Wochenvergleich rückgängig sind, sei das Zwischenresümee erlaubt,

### **Das Behandlungsverbot während der Pandemie, die verschärften Hygieneregeln und die Notwendigkeit von *social distancing* führten im vergangenen Jahr zu einem Umsatzrückgang von 5%.**

dass Pflegekräfte und Ärzteschaft den Staat und die Gesellschaft bei der Bewältigung dieser historischen Aufgabe in der Pandemie massiv unterstützen. Die Pandemie hat gezeigt, dass eine gute Gesundheitsversorgung für die Bevölkerung Priorität hat. Eine aktuelle Umfrage des Forschungsinstitutes gfs.bern (Gesellschaft für Sozialforschung) ergab, dass die Mehrheit der Befragten für die Deckung sämtlicher Leistungen plädiert. Die Mehrheit will Zugang zu Medikamenten, freie Arztwahl und mehr Leistungen auch im hohen Alter. Für die Bevölkerungsmehrheit ergibt dies eine Verschiebung der Prioritäten: weg von den Kosten und hin zu einer umfassenderen Versorgung, mit Zugang zu den Medikamenten und einer weiterhin freien Arztwahl.

### **Planwirtschaft und Interventionismus im Gesundheitswesen**

Hat der Staat die Ärzteschaft unterstützt? Einerseits hat die Bereitstellung der COVID-19-Darlehen viele Unternehmen und Praxen vor dem drohenden Ruin gerettet. Andererseits werden die Ärzte mit einem Gesundheitswesen konfrontiert und von diesem behindert, das durchdrungen ist vom Geist der Planwirtschaft und des Interventionismus, statt auf ärztliche Eigenverantwortung zu setzen. Ein zukunftsfähiges Gesundheitssystem kann nur dann einen attraktiven Mehrwert für die Bevölkerung leisten, wenn dezentrale Strukturen, die sich über Jahrzehnte bewährt haben, weitergeführt werden. Heute ist es aber für viele Ärzte faktisch nicht mehr möglich, einen Nachfolger für ihre Praxen zu finden. Ursache sind auch die Ertragsaussichten einer Praxistätigkeit, die nach den seit 2014 durchgeführten zwei Kürzungen in der Gebührenordnung TARMED eingebrochen sind. Weitere Einschnitte der Vergütung sind bei der Einführung von Pauschalen geplant. Unverständlich und nicht nachvollziehbar ist der Entscheid des Bundesrates, die Genehmigung des TARDOC zu verschieben.

Ebenso umstritten wie die Einführung von sanktionierbaren Mengenbegrenzungen im Rahmen einer KVG-Revision ist die auf der politischen Agenda stehende Einführung eines Globalbudgets. Dieses wird zu einem Abbau von Kapazitäten und zweifelsfrei zu längeren Wartezeiten auf medizinische Behandlungen führen. Warum sollten diese Auswirkungen eines Globalbudgets gerade in der Schweiz nicht eintreten, wenn doch die Erfahrungen in allen anderen Ländern (zum Beispiel Deutschland, Grossbritannien, Spanien, Italien) mit einem Globalbudget zu viel längeren Wartezeiten auf medizinische Leistungen und einer Zwei-Klassen-Medizin geführt haben.

### **Strategie Gesundheit 2030 visiert Globalbudget an**

Man darf sich keinen Illusionen hingeben: Auch in der Zukunft werden wir in der Schweiz einen Mangel an qualifizierten Gesundheitsfachpersonen haben. Der Zugang zum Gesundheitssystem muss auch für Menschen mit bescheidenem sozioökonomischem Status gewährleistet sein. Diese Probleme lassen sich nicht mit einem ausufernden Staatsinterventionismus lösen. Die von Herrn Bundesrat Berset vorgeschlagenen «Zielvorgaben» zielen auf ein Globalbudget hin. Zielvorgaben verfehlen aber hier das Ziel. Darauf weist Urs Stoffel mit Recht in der Schweizerischen Ärztezeitung 2021; 102(22):73 hin. Mit politischem Kalkül wurden die Massnahmen «Zielvorgaben» mittlerweile aus dem Kostendämpfungspaket 2 herausgelöst und zum indirekten Gegenvorschlag der Kostenbremse-Initiative erklärt. Definitiv wird durch diese Massnahmen das neue Zeitalter des Globalbudgets eingeläutet.

Zwar wird in der Agenda 2030 vollmundig behauptet, dass die Strategie internationale gesundheitspolitische Entwicklungen und Best Practices nutzt, doch

### **Ein Globalbudget wird zu einem Abbau von Kapazitäten und zweifelsfrei zu längeren Wartezeiten auf medizinische Behandlungen führen.**

werden die negativen internationalen Erfahrungen mit dem Globalbudget ausgeblendet. Im internationalen Vergleich führt ein Globalbudget zu Rationierungen.

So werden beispielsweise Knie- und Hüftprothesenoperationen in Grossbritannien erst dann durchgeführt, wenn der Patient so starke Schmerzen hat, dass er nachts nicht mehr schlafen kann (dailymail.co.uk vom 27.1.2017). Dies ist eine implizite Auswirkung eines Globalbudgets, was zu Rationierungen medizinischer Leistungen geführt hat.



Die Folge ist, dass ein medizinischer Tourismus besteht und die wohlhabenden Patienten aus Grossbritannien sich in anderen Ländern operieren lassen. Es besteht die Gefahr, dass die Schweiz die Fehler wiederholt, die in anderen Ländern nachweislich zu einer Verschlechterung der medizinischen Versorgung geführt haben. Mit dem Weg zur Planwirtschaft und zum Interventionismus wird der Schweizer Bevölkerung der Zugang zu einer qualitativ hochstehenden Gesundheitsversorgung in den kommenden Jahren erschwert.

### Globalbudget fördert Rationierungen

Die von Gesundheitsminister Alain Berset vorgeschlagenen Sparmassnahmen mit Einführung degressiver Tarife werden jedoch zu einem Globalbudget mit Rationierungen führen. Würden die Vergütungen für medizinische Leistungen mengenabhängig sinken und hätten Ärzte und Therapeuten nachträglich finanzielle Sanktionen für notwendige Leistungen zu erwarten, so würden medizinisch notwendige Leistungen nicht mehr erbracht werden. Dieses ist eine nicht verfassungskonforme Verletzung des Versicherungsprinzips,

wonach jeder Bürger die notwendige medizinische Leistung erhalten muss.

Es entbehrt nicht einer gewissen Pikanterie, dass ausgerechnet die in der Pandemie oft am Limit arbeitenden, systemrelevanten Ärzte und Pflegekräfte im

### Es besteht die Gefahr, dass die Schweiz die Fehler wiederholt, die in anderen Ländern nachweislich zu einer Verschlechterung der medizinischen Versorgung geführt haben.

ambulanten und stationären Sektor zuerst als Helden der Pandemie gefeiert werden, gleichzeitig durch die geplante Einführung eines Globalbudgets vom Bundesrat bestraft werden.

PULSUS hat erhebliche, auch rechtliche Bedenken gegen Globalbudgets und lehnt die Einführung eines Globalbudgets vehement ab. Nach Abflachen der dritten Welle der Pandemie fühlen sich Ärzte und Pflegekräfte von der Politik im Stich gelassen.

#### Bildnachweis

Bermix Studio / Unsplash

### Das Wichtigste in Kürze

- Die Mehrheit der Bevölkerung will Zugang zu Medikamenten, freie Arztwahl und mehr Leistungen auch im hohen Alter. Dies ergibt eine Verschiebung der Prioritäten weg von den Kosten, hin zu einer umfassenderen Versorgung.
- Schweizer Ärztinnen und Ärzte werden allerdings mit einem Gesundheitswesen konfrontiert und von diesem behindert, das durchdrungen ist vom Geist der Planwirtschaft und des Interventionismus. Die negativen internationalen Erfahrungen mit dem Globalbudget werden von der Politik ausgeblendet. Im internationalen Vergleich führt ein Globalbudget zu Rationierungen.
- Hätten Ärzte und Therapeuten nachträglich finanzielle Sanktionen für notwendige Leistungen zu erwarten, so würden medizinisch notwendige Leistungen nicht mehr erbracht werden. Dieses ist eine nicht verfassungskonforme Verletzung des Versicherungsprinzips, wonach jeder Bürger die notwendige medizinische Leistung erhalten muss.

### L'essentiel en bref

- La majorité de la population souhaite avoir accès aux médicaments, au libre choix du médecin et à davantage de prestations, même à un âge avancé. Il en résulte un déplacement des priorités des coûts vers des soins plus complets.
- Cependant, les médecins suisses sont gênés par un système de santé sous l'influence de l'économie libérale et de l'interventionnisme. A l'international, les expériences négatives des budgets globaux sont ignorées par les politiciennes et politiciens. En comparaison internationale, un budget global conduit au rationnement.
- Si les médecins et les thérapeutes devaient être frappés de sanctions financières ultérieures pour des prestations nécessaires, les prestations indispensables sur le plan médical ne pourraient plus être garanties. Cela viole le principe d'assurance, inscrit dans la Constitution, selon lequel chaque citoyenne et citoyen doit recevoir les prestations médicales nécessaires.



## Wenn Kinder und Jugendliche Angehörige betreuen

# «Oft wissen nicht einmal ihre besten Freunde um die Situation»

**Adrian Ritter**

Freier Journalist

Sie sind jung und betreuen ihre Angehörigen: «Young Carers». Damit ihre unbeschwertere Jugend nicht vorzeitig endet, brauchen sie ebenfalls Unterstützung. Ein Hochschulprogramm erforscht und verbessert die Situation von jungen Betreuernden. Ein Interview mit Programmleiterin Prof. Agnes Leu.

**Sie starteten 2014 an der Careum Hochschule Gesundheit ein Programm zum Thema «Young Carers».**

**Wo steht das Programm heute?**

Zu Beginn war uns die Situation von Young Carers in der Schweiz gänzlich unbekannt. Inzwischen konnten wir mehr als 20 Studien durchführen und wissen mittlerweile viel mehr darüber, wer Young Carers sind und wie es ihnen geht. Und wir haben erste Massnahmen umgesetzt, um die Situation dieser Kinder und Jugendlichen zu verbessern.

**Wann ist jemand ein Young Carer, wie definieren Sie das?**

Wir bezeichnen damit junge Menschen, die über eine längere Zeitspanne regelmässig gegenüber ihren Angehörigen Aufgaben übernehmen, die normalerweise Erwachsene innehaben. Das geht also klar über ein «Ämtli» hinaus, wie regelmässig zu staubsaugen oder den Abfall zu entsorgen.

**Was tun denn Young Carers?**

Sie pflegen und betreuen die Mutter, den Vater, einen Grosselternanteil, Geschwister oder andere Verwandte

im Haushalt. Die Bandbreite ist dabei sehr gross. Das reicht von emotionaler Unterstützung über Einkaufen und Haushaltarbeiten bis zur Intimpflege und sogar dem Verabreichen von Spritzen. Oft kümmern sich Young Carers zusätzlich um ihre jüngeren Geschwister.

**Was zeigen Ihre Studien, wie viele Young Carers gibt es in der Schweiz?**

Es sind rund acht Prozent der 9- bis 15-Jährigen, im Alter von 16 bis 24 Jahren ist ihr Anteil noch leicht höher. Es gibt auch Kinder, die bereits im Alter von fünf Jahren eine solche Rolle übernehmen. Insgesamt sind es in der Schweiz rund 51000 junge Menschen. Vielleicht ist diese Zahl noch zu tief, denn es ist nicht einfach, Young Carers zu identifizieren. Ihre Eltern oder sonstigen Angehörigen wollen nicht unbedingt, dass die Situation bekannt wird.

**Sind Young Carers eher in Haushalten mit tiefem Einkommen zu finden?**

In gewissen Ländern ist das der Fall, in der Schweiz allerdings nicht. Hier gibt es Young Carers in allen sozialen Schichten. Es geht nur selten darum, dass sich eine betreute Person die professionelle Unterstützung nicht leisten kann.

**Dass es überhaupt Young Carers gibt, bedeutet das, dass das professionelle System der Pflege und Betreuung versagt?**

Das kann man so nicht sagen, denn die Betroffenen wollen die Hilfe des professionellen Systems manchmal gar nicht in Anspruch nehmen. Die Hilfsbedürftigkeit ist sowohl bei den betreuten Familienangehörigen selber wie auch den Young Carers oft mit Scham besetzt. So erfährt gar niemand davon, denn Young

### Zur Person

Prof. Agnes Leu ist Prorektorin Forschung der Careum Hochschule Gesundheit innerhalb der Kalaidos Fachhochschule Schweiz. Sie doktorierte in Rechtswissenschaften und habilitierte in Medizinethik an der Universität Basel. Seit 2014 ist sie Direktorin des Programms «Young Carers» der Careum Hochschule Gesundheit. Daneben engagiert sie sich im Vorstand des Spitex Verbands Kanton Zürich.





Manche Young Carers empfinden Scham oder Schuld aufgrund ihrer Betreuungsrolle.

Carers sind im Alltag unauffällig. Oft wissen nicht einmal ihre besten Freunde um die Situation und in der Schule fallen sie erst auf, wenn sie unter Konzentrationsschwierigkeiten oder Schlafmangel leiden oder ihre Schulleistungen abnehmen.

#### **Wie geht es den Young Carers in der Schweiz?**

Wenn wir sie nach ihrem Wohlbefinden fragen, ist dieses geringer ausgeprägt als bei Gleichaltrigen ohne Betreuungsaufgaben. Als belastend erleben Young Carers insbesondere pflegerische Tätigkeiten – und wenn ihre Mithilfe zeitlich sehr aufwendig ist und ihnen Zeit für Schule und Freizeit fehlt.

Ich will nicht ein zu düsteres Bild zeichnen. Ein Grossteil der befragten Young Carers schätzt ihren Gesundheitszustand als gut bis sehr gut ein. Ihre Aufgabe wirkt sich auch positiv aus, diese jungen Menschen haben zum Beispiel meist eine hohe Sozialkompetenz. Trotzdem besteht die Gefahr, dass die Betreuungsrolle das Ende einer unbeschwerten Kindheit bedeutet. Es geben doch rund 40 Prozent der Young Carers körperliche und rund ein Drittel psychische Probleme auf-

grund der Betreuungsrolle an. Insbesondere psychisch geht es den Young Carers deutlich schlechter als Gleichaltrigen ohne Betreuungsaufgaben.

#### **Welche Probleme stehen dabei im Vordergrund?**

Die Betroffenen mit Problemen leiden beispielsweise an Müdigkeit oder Rückenschmerzen und sind wegen der Betreuungsrolle traurig, besorgt, empfinden Scham oder Schuld. Ausserdem sind sie sozial öfter isoliert, weil sie keine Freunde mit nach Hause bringen wollen oder dürfen. Und sie haben weniger Zeit, ihren Hobbys und Aktivitäten mit Freundinnen und Freunden nachzugehen. Es kommt bei Young Carers auch häufiger zu Schulabsenzen und Ausbildungsabbrüchen. Dies kann ihre Zukunftsaussichten nachhaltig verschlechtern und damit die Chancengleichheit gefährden. Wie eine vergleichende europäische Studie gezeigt hat, ist die Situation der jungen Betreuenden in der Schweiz insgesamt schlechter als in anderen Ländern. Darüber bin ich schon erschrocken.

#### **Wie lässt sich das erklären?**

Es passt zum Bild, dass Jugendliche in der Schweiz allgemein ein schlechteres Befinden angeben als in anderen Ländern. Die Schweiz hat bekanntlich auch eine der höchsten Suizidraten bei Jugendlichen weltweit. Offensichtlich gelingt es uns zu wenig, Kinder und Jugendliche zu schützen. Das hängt sicher auch mit dem Leistungsdruck zusammen, etwa in der Schule.

#### **Wo ist denn die Schwelle, ab der Young Caring ungesund wird? Wenn die Kinder und Jugendlichen selber sagen, sie seien überfordert?**

Das Problem ist, dass insbesondere die jüngeren Carers das gar nicht erkennen. Für sie ist ihre unterstützende Rolle normal, sie kennen nichts anderes. Erst, wenn sie ab einem gewissen Alter mehr Einblick in andere Familien erhalten, sehen sie andere Modelle und beginnen, ihre Rolle zu reflektieren. Bis zu einem gewissen Alter können Young Carers somit nicht «Stopp» sagen. Zu merken, dass etwas nicht stimmt, liegt deshalb an ihrem Umfeld – sei es ein Freund der Familie, eine Lehrerin oder die Spitex-Pflegefachpersonen.

#### **Im Rahmen des Programms «Young Carers» werden auch Massnahmen zur Verbesserung der Situation umgesetzt. Worum geht es dabei?**

Es braucht zweierlei. Einerseits eine Sensibilisierung von Fachpersonen und Organisationen, damit sie belastete Kinder und Jugendliche erkennen und die Situation ansprechen. Hier konnten wir mit Schulungen

und Information in den letzten Jahren viel erreichen. Andererseits braucht es Angebote für die Young Carers selbst.

#### **Welche Bedürfnisse haben diese?**

In unseren Befragungen wünschen sie sich am häufigsten konkrete Hilfe im Zusammenhang mit ihrer Betreuungsaufgabe: Sie möchten beispielsweise Informationen darüber, wo sie im Notfall Hilfe holen können. Ausserdem wünschen sie sich mehr Zeit, ihren Hobbys nachzugehen. Und sie äusserten den Wunsch nach Austauschmöglichkeiten mit anderen Kindern und Jugendlichen in einer ähnlichen Situation. Solche Treffen haben wir denn auch initiiert – derzeit finden sie wegen Corona online statt. Diese Gruppen helfen Young Carers auch, aus der sozialen Isolation herauszukommen, in der sie sich manchmal befinden.

#### **Stichwort Corona: Inwiefern hat die Pandemie die Situation von jungen Betreuenden verändert?**

Die Pandemie trägt dazu bei, dass mehr Menschen krank sind und somit auch zu Hause Betreuung benötigen. Gleichzeitig waren oder sind Kinder und Jugendliche wegen dem Lockdown mehr zu Hause, weil etwa die Schule online stattfindet oder Freizeitaktivitäten wegfallen. Das hat die Situation insgesamt verschärft: Es besteht ein grösserer Bedarf an Unterstützung durch Angehörige und potenzielle Young Carers sind zu Hause verfügbarer als sonst. Die Auswirkungen davon werden wir vermutlich noch lange in ansteigenden Zahlen von jungen Betreuenden sehen.

#### **Wie wird sich das Phänomen Young Carers wohl in Zukunft entwickeln?**

Es fällt auf, dass sich in vielen Ländern ein hoher Anteil der Young Carers um ihre Grosseltern kümmert. Die demografische Alterung und die Zunahme an dementiellen Erkrankungen könnte das Phänomen deshalb in Zukunft noch verstärken.

#### **Sie haben die Sensibilisierung von Fachpersonen angesprochen. Was können Ärztinnen und Ärzte tun?**

Sie können erwachsene Patientinnen und Patienten mit Betreuungsbedarf fragen, inwiefern Kinder und Jugendliche zu Hause entsprechende Aufgaben übernehmen und wie es diesen Young Carers damit geht. Oft sind die betreuten Erwachsenen schlicht nicht sensibilisiert für eine mögliche Überlastung der jungen Pflegenden. Hier können Ärztinnen und Ärzte auf entlastende professionelle Dienste hinweisen.

#### **Wie geht es mit dem Programm «Young Carers» nun weiter?**

Solange wir finanzielle Mittel finden, wollen wir die Forschung weiterführen, denn es gibt noch viele offene Fragen – etwa, wie es Young Carers später im Leben ergeht. Zudem wollen wir die Situation von Young Carers bei bestimmten Krankheiten besser verstehen. So haben wir eine Studie zu jungen Betreuenden in palliativen Situationen gestartet. Erfreulich ist insgesamt, dass wir dank dem Programm in der Schweiz heute viel besser Bescheid wissen als noch vor wenigen Jahren. So wie ich zu Beginn nach Grossbritannien blickte, um mich zu informieren, werden mein Team und ich heute von Ländern wie Frankreich und Finnland um Erfahrungen und wirksame Massnahmen angefragt, um die Situation von Young Carers zu verbessern.

#### **Bildnachweise:**

Bild 1: zVg

Bild 2: Annie Spratt / Unsplash

## Veranstaltung

Am 16. Mai 2022 findet in Lugano die dritte Konferenz zum Thema «Young Carers» statt, organisiert durch die Careum Hochschule Gesundheit. Nähere Informationen: [www.kalaidos-fh.ch/de-CH/Veranstaltungen/Young-Carers-Konferenz/2022-05-16](http://www.kalaidos-fh.ch/de-CH/Veranstaltungen/Young-Carers-Konferenz/2022-05-16) und [www.kalaidos-fh.ch/de-CH/Forschung/Fachbereich-Gesundheit/Young-Carers](http://www.kalaidos-fh.ch/de-CH/Forschung/Fachbereich-Gesundheit/Young-Carers).

[adrianritter\[at\]gm.ch](mailto:adrianritter[at]gm.ch)





Bessere Stimmung dank längerem Lichteinfluss (© Julian Hochgesang | unsplash.com).

### Frühaufsteher leiden seltener an Depressionen

Der frühe Vogel fängt nicht nur den Wurm, er ist auch glücklicher: Forschende der Universität von Colorado in Boulder, des Broad Institute des MIT sowie der Universität Harvard haben Daten von rund 840000 Personen ausgewertet und herausgefunden, dass Frühaufsteher ein geringeres Depressionsrisiko haben. Jede Stunde zählt: Probanden, die

für gewöhnlich um 1 Uhr nachts ins Bett gingen, verringerten ihr Depressionsrisiko um 23 Prozent, wenn sie um Mitternacht ins Bett gingen und die gleiche Dauer schliefen. Die Forschenden vermuten, dass der längere Lichteinfluss, dem Frühaufsteher ausgesetzt sind, hormonelle Prozesse auslöst, die die Stimmung beeinflussen.

(Jama Psychiatry)

### Prédire le code génétique grâce à l'intelligence artificielle

L'intelligence artificielle est capable de prédire les réarrangements chromosomiques spontanés lors de la reproduction d'un organisme. A l'Université de Neuchâtel, un programme informatique a été «entraîné» (*machine learning*) à prédire l'emplacement de modifications de l'ADN dans la progéniture d'un champignon pathogène. C'est la première fois que cette méthode est utilisée en génétique. L'étude est parue dans



Un logiciel a été entraîné à prédire les modifications de l'ADN (© Rostislav Zatonkiy | Dreamstime.com).

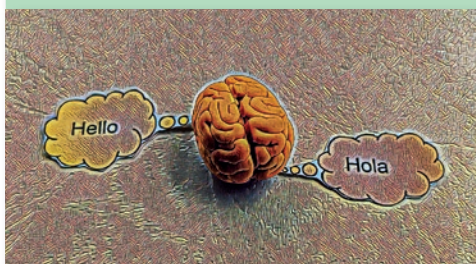
*Nature Communications*. Concrètement, les biologistes ont soumis au logiciel une trentaine de caractéristiques chromosomiques recueillies sur plusieurs individus du champignon. Celles-ci sont susceptibles d'être à l'origine de réarrangements chromosomiques qui surviendraient dans les générations futures. Après le processus d'apprentissage, le programme pouvait, en voyant un génome donné, prédire avec précision où se trouveraient des changements dans l'ADN de la progéniture du champignon. Pour une application en médecine humaine, il faut connaître entièrement et dans le moindre détail le génome de l'organisme étudié pour une prédiction fiable. Ce qui n'est pas encore pour l'être humain.

(Université de Neuchâtel)

### Le bilinguisme aide les enfants autistes

Parler deux langues permet aux enfants autistes de compenser certains déficits fondamentaux, selon une étude internationale menée par l'Université de Genève, parue dans *Autism Research*. Le trouble du spectre autistique impacte notamment les capacités communicatives de l'enfant, qui a des difficultés à se mettre à la place de l'interlocuteur et à se focaliser sur le point de vue de celui-ci. Les études sur le bilinguisme ont démontré que les enfants sans autisme utilisant plusieurs langues avaient des aptitudes liées à la théorie de l'esprit et aux fonctions exécutives augmentées par rapport aux enfants monolingues. Le bilinguisme semble donc apporter des bénéfices là où l'enfant autiste connaît des difficultés. Pour vérifier cette hypothèse, les scientifiques ont demandé à 103 enfants autistes de 6 à 15 ans, dont 43 bilingues, d'effectuer différentes tâches permettant d'évaluer leurs aptitudes au niveau de la théorie de l'esprit et des fonctions exécutives. Les bilingues ont obtenu des scores plus élevés que leurs pairs monolingues. En fait, le bilinguisme est semblable à une gymnastique du cerveau, qui agit justement sur les déficits liés au trouble autistique.

(Université de Genève)



Le bilinguisme, une sorte de gymnastique cérébrale (© Thanushkakotalaw | Dreamstime.com).



Ein Viertel der Studierenden wünscht sich psychosoziale Hilfe (© Info723783 | Dreamstime.com).

### Auswirkungen der Pandemie auf Studierende

Eine Umfrage zeigt, dass Studierende stark unter den Auswirkungen der Covid-19-Pandemie zu leiden haben: Ein Viertel der Befragten wünscht sich psychosoziale Hilfe. Verglichen mit den Ergebnissen der Umfrage aus dem Jahr 2019 geben 10% mehr Studierende an, unter depressiven Symptomen wie Niedergeschlagenheit, Schlafstörungen und Verlust von Interessen und Freunden zu leiden. Die Projektgruppe «Healthy Campus Mainz – gesund studieren» hat im Juni 2020 eine entsprechende Onlineumfrage durchgeführt, an der 3066

Studierende teilgenommen haben. Deren Auswertung zeigt verschiedene Gründe für die Not der Studierenden auf, darunter finanzielle Ängste, Sorge um die berufliche Zukunft und soziale Isolation bzw. Vereinsamung. Die Deutsche Gesellschaft für Psychosomatische Medizin und Ärztliche Psychotherapie (DGPM) sagt zu diesen beunruhigenden Ergebnissen, dass Massnahmen notwendig seien, beispielsweise in Form von finanzieller Unterstützung, dem Angebot von Vorlesungen zu fixen Zeiten oder dem Zugang zu Angeboten der Prävention und Behandlung psychischer Probleme.

(Pressestelle DGPM e.V., Stuttgart)

### Biomarker zeigen früh schwere COVID-19-Verläufe an

Forschende der Universität Zürich haben den ersten Biomarker identifiziert, der zuverlässige Voraussagen bezüglich der Schwere des Verlaufs einer COVID-19-Erkrankung ermöglicht. Anhand der Anzahl der natürlichen Killer-T-Zellen, einer Klasse der weissen Blutzellen (Leukozyten), kann entschieden werden, welche Therapiemassnahmen bei einer erkrankten Person ergriffen werden müssen. Stefanie Kreutmair, Erstautorin der Studie, betont, wie wichtig diese prädiktiven Biomarker sind. Dank einem Vergleich mit Blutproben von Patienten, deren Lungenentzündung nicht durch das neue Coronavirus ausgelöst wurde, erlauben es die Marker ausserdem, die für SARS-CoV-2 spezifische Immunantwort zu entschlüsseln.

(Universität Zürich)



Christian Etter  
(© Spital Zollikerberg)

### Christian Etter neuer Direktor des Spitals Zollikerberg

Christian Etter wurde zum neuen Direktor des Spitals Zollikerberg gewählt. Die Wahl erfolgte durch den leitenden Ausschuss der Stiftung Diakoniewerk Neumünster – Schweizerische Pflegerinnenschule, welcher das Spital angehört. Der derzeitige Leiter Finanzen und stellvertretende Direktor des Spitals Zollikerberg tritt im Frühjahr 2022 die

Nachfolge von Dr. Orsola Vettori an, die nach 20-jähriger erfolgreicher Tätigkeit in den Ruhestand treten wird. Der 53-jährige Betriebsökonom Christian Etter verfügt über langjährige Führungserfahrungen auf Stufe Geschäftsleitung, ist als derzeitiger Leiter Finanzen des Spitals ein Experte im Finanz- und Rechnungswesen sowie Controlling und kennt das Gesundheits- und Spitalwesen der Schweiz ausgezeichnet.

### Nouveau directeur de la Centrale d'achats et d'ingénierie biomédicale des HUG et du CHUV

Le Centre Hospitalier Universitaire Vaudois (CHUV) et les Hôpitaux universitaires de Genève (HUG) ont désigné Elvis Fontaine directeur de la Centrale d'achats et d'ingénierie biomédicale (CAIB) des HUG et du CHUV. Il prendra ses fonctions le 1<sup>er</sup> septembre 2021, succédant à Ricardo Avvenenti qui partira en retraite après 35 ans à ce poste. En 2007, Elvis Fontaine entre dans le domaine des achats médicaux auprès de Carestream Health. En 2011, il rejoint le Groupe Unilabs, puis l'École polytechnique fédérale de Lausanne (EPFL) en 2015, en tant que directeur des achats. Elvis Fontaine est au bénéfice d'un Master en Sciences politiques de l'Université de Rennes, ainsi que d'un EMBA à l'IMD de Lausanne.



Elvis Fontaine  
(© HUG)

### Spital Herisau: Neue Leitende Ärztin Viszeralchirurgie

Dr. med. Jennifer Celeiro wurde von der Geschäftsleitung des Spitalverbunds AR (SVAR) zur Leitenden Ärztin Viszeralchirurgie am Spital Herisau gewählt. Dr. Celeiro hat per 1. Juni vom Stadtspital Waid und Triemli ins Spital Herisau gewechselt. Im Stadtspital Triemli war sie seit 2014 als Oberärztin tätig. Die Winterthurerin kennt die Ostschweiz zudem aus einem mehrjährigen Einsatz am Kantonsspital St. Gallen. Als Viszeralchirurgin führt Dr. Celeiro nebst Sprechstunden auch operative Eingriffe an den Bauchorganen durch. Sie ist zudem auf die Endokrine Chirurgie spezialisiert.



Dr. med. Jennifer Celeiro  
(© Spitalverbund AR)

### HEdS-Genève: Prof. Sebastian Probst nommé Adjunct Professor

Après de nombreuses collaborations avec la Faculty of Medicine Nursing and Health Sciences de l'Université Monash à Melbourne, le professeur Sebastian Probst vient d'y être nommé Adjunct Professor. Une première pour un enseignant de la Haute école de santé de Genève (HEdS-Genève). Ce titre est décerné à un professeur que l'université reconnaît formellement comme partenaire pour l'enseignement et la recherche. En plus de ses activités de professeur à la HEdS-Genève, Sebastian Probst dispensera des cours aux étudiantes et étudiants australiens et continuera à collaborer activement sur des publications et des projets de recherche internationaux.



Prof. Sebastian Probst  
(© D.R.)



Corina Müller-Rohr  
(© zur Verfügung gestellt von Swiss Medical Network)

### Swiss Medical Network: Corina Müller-Rohr übernimmt Regionaldirektion Zürich/Ostschweiz

Nach langjähriger Tätigkeit für Swiss Medical Network hat Corina Müller-Rohr per 1. Juli 2021 die Regionaldirektion Zürich/Ostschweiz übernommen. Nebst ihrer bisherigen Verantwortung als Direktorin der Privatklinik Belair wird sie neu auch die Direktion der Privatklinik Lindberg führen und somit die regionale Organisation und Zusammenarbeit der sieben Kliniken und Zentren vorantreiben. Frau Müller-Rohr wird ebenfalls Mitglied der erweiterten Geschäftsleitung von Swiss Medical Network. Nach dem Master of Science ETH in Pharmazie in Zürich und einem Abschluss als eidgenössisch diplomierte Apothekerin leitete sie eine Apotheke in Zürich, bevor sie in die Pharma-Branche wechselte. 2013 übernahm sie die Leitung Klinikentwicklung Deutschschweiz bei Swiss Medical Network.



# Müssen wir in der medizinischen Praxis stets die Neutralität wahren?

**Jean Martin**

Dr. med., Mitglied der Redaktion



In unserer Ausbildung (die in meinem Fall bereits ein halbes Jahrhundert zurückliegt) haben wir gelernt, dass das Verhältnis der Ärztinnen und Ärzte zu ihren Patientinnen und Patienten grundsätzlich von – wohlwollender – Neutralität und einer gewissen Distanz bestimmt sein soll.

Ich möchte hier nicht die generelle Gültigkeit dieser Regel in Abrede stellen. Vielmehr möchte ich Situationen beschreiben, in denen es um Gesundheit im weiteren Sinne (körperlich, psychisch, sozial) geht und sich die Frage stellt, ob es indiziert ist, diese Neutralität vorübergehend aufzugeben.

Diese Frage hat sich mir beispielsweise bei der Aufsicht der Methadonbehandlung von Drogenabhängigen gestellt. Als Kantonsarzt habe ich Bewilligungen ausgestellt. Vielleicht bin ich damals, um das Jahr 1980 herum, zu streng vorgegangen. Ich musste einsehen, dass die Kolleginnen und Kollegen, die sich für diese Kranken einsetzten und dabei ihre Neutralität aufzugeben schienen, häufig recht hatten. Wie so viele andere benachteiligte Menschen werden Suchtkranke von neutral eingestellten Ärztinnen und Ärzten oft «sich selbst überlassen».

Ich habe auch erkannt, dass sich die Ärzteschaft für kürzlich angekommene Migrantinnen und Migranten, Asylsuchende und Geflüchtete einsetzen muss. Wenn die Behörden von diesen Menschen Beweise verlangt, dass sie verfolgt, misshandelt oder gefoltert wurden, sie diese aber nicht vorlegen können – haben Ärztinnen und Ärzte, die im Innersten davon überzeugt sind, dass die Person die Wahrheit sagt, dann nicht die moralische Pflicht, dies zum Ausdruck zu bringen? Ein solches Zeugnis scheint auch in Situationen gerechtfertigt, in denen eine Ärztin, ein Arzt Mobbing am Arbeitsplatz oder eine Belästigung feststellt, dies von der Gegenseite aber vehement abgestritten wird.

Nun lässt sich argumentieren, dass man sich hier auf dünnem Eis bewegt. Sinn und Zweck der ärztlichen Tätigkeit ist es jedoch, dem Hilfesuchenden zur Seite zu stehen. Wenn man sich einer Sache sicher ist, kann und sollte man sich entsprechend einsetzen, auch wenn dies zulasten der Neutralität geht. Es kann nicht darum gehen zu lügen. In entsprechenden Diskussionen im Kollegenkreis habe ich oft klargestellt, dass ich davon abrate.

Nachdem ich nun unsere Neutralität in Fragen der persönlichen Gesundheit hinterfragt habe – wie steht es eigentlich um die öffentliche Gesundheit? Auf gesellschaftlicher Ebene können wir angesichts der Entwicklungen, die unser aller Gesundheit ernsthaft bedrohen, noch weniger neutral bleiben. Im Laufe der Jahre ist das Ausmass der Verschmutzung – insbesondere durch die Industrie – deutlich geworden. In direktem Zusammenhang mit unserer Tätigkeit stehen beispielsweise die Auswirkungen des Pestizideinsatzes auf die Gesundheit. In diesen Fragen ist der Verein Ärztinnen und Ärzte für Umweltschutz aktiv; darüber hinaus kann man sich individuell engagieren.

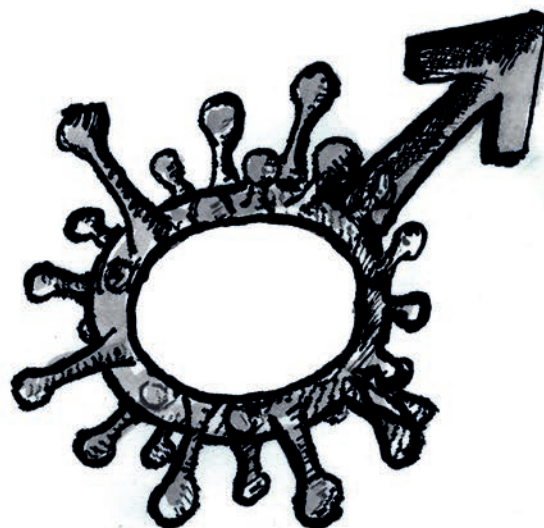
Ein weiteres aktuelles Thema: die Bewusstseinsbildung für und der Kampf gegen den Klimawandel und den Verlust der Artenvielfalt. Viele Ärzte und Ärztinnen sind entsprechend aktiv – manche gehen zum ersten Mal auf die Strasse zum Demonstrieren! Wenn man weiss, dass klimabedingte Erkrankungen und Todesfälle die Zahl der Covid-19-Opfer bei Weitem übersteigen werden, dann ist es gerechtfertigt, für die Zukunft der eigenen Patienten ebenso wie für die unseres Planeten eine dogmatische Neutralität aufzugeben. Im Gegensatz zu Covid-19 scheinen die Klimaschäden langsamer einzutreten, was aber nicht stimmt.

Die Angehörigen des Gesundheitswesens sollten diese Entwicklungen nicht – aus Neutralitätsgründen – von der Seitenlinie aus beobachten. Das Leben zeigt, dass eine solche Haltung zu kurz greift und zu einfach ist, wenn es um – aktuell oder potenziell – gefährdete Gruppen geht, denen es schwerfällt, ihre Rechte und Interessen zu verteidigen. Für den Neuenburger Psychiater Marco Vannotti ist «Empathie einer der wichtigsten Aspekte des postmodernen Arztberufs».

Der grosse Virchow wiederum sagte: «Die Medizin ist eine soziale Wissenschaft, und die Politik ist weiter nichts als Medizin im Grossen.» Dies beschreibt die Aufgabe des Gesundheitswesens und seine Rolle als Garant und Förderer der öffentlichen Gesundheit sehr treffend. Es gilt aber mutatis mutandis auch für die Ärzteschaft und das Pflegepersonal am Krankenbett jeder einzelnen Patientin, jedes einzelnen Patienten.

jean.martin[at]saez.ch

LEIDER GIBT ES NOCH  
KEINEN IMPFSTOFF GEGEN  
DIESE EPIDEMIE!



NÉJMEDDINE.F  
6/5/21