

Schweizerische Ärztezeitung

1155 Editorial
von Yvonne Gilli
**Eine starke Gesundheits-
versorgung braucht
eine starke Pflege**

1163 Universitätsspital Zürich
**Clouddienste im
Gesundheitsalltag**

1184 «Zu guter Letzt»
von Anne-Françoise Allaz
**Eine gemeinsame
Entscheidung**

1156 FMH
**Auf bewährten Pfaden:
TARPSY 4.0**

Verlag

Dr. med. vet. Matthias Scholer, Chefredaktor;
Eva Mell, M.A., Managing Editor;
Julia Rippstein, Redaktorin Print und Online;
Rahel Gutmann, Junior Redaktorin

Externe Redaktion

Prof. Dr. med. Anne-Françoise Allaz, Mitglied FMH;
Dr. med. Werner Bauer, Mitglied FMH; Prof. Dr. oec. Urs Brügger;
Dr. med. Yvonne Gilli, Präsidentin FMH;
Prof. Dr. med. Samia Hurst; Dr. med. Jean Martin, Mitglied FMH;
Dr. med. Daniel Schröpfer, Mitglied FMH;
Charlotte Schweizer, Leitung Kommunikation der FMH;
Prof. Dr. med. Hans Stalder, Mitglied FMH

Redaktion Ethik

Prof. Dr. theol. Christina Aus der Au;
Prof. Dr. phil., Dipl. Biol. Rouven Porz

Redaktion Medizingeschichte

Prof. Dr. med. et lic. phil. Iris Ritzmann; Prof. Dr. rer. soc. Eberhard Wolff

Redaktion Public Health, Epidemiologie, Biostatistik

Prof. Dr. med. Milo Puhan

Redaktion Recht

Dr. iur. Ursina Pally, Leiterin Rechtsdienst FMH

FMH

EDITORIAL: Yvonne Gilli

1155 **Eine starke Gesundheitsversorgung braucht eine starke Pflege**

1156



AKTUELL: Bruno Trezzini

Auf bewährten Pfaden: TARPSY 4.0 Die vierte Version von TARPSY liegt dem Bundesrat zur Genehmigung vor. Der Leistungsbezug wurde erneut verbessert. Handlungsbedarf besteht weiterhin hinsichtlich einer genaueren Abbildung der Fallschwere. Die unsicheren Daten von 2020 haben die SwissDRG AG veranlasst, die Weiterentwicklung von TARPSY für ein Jahr zu sistieren. Infolgedessen wird TARPSY 4.0 in den Jahren 2022 und 2023 gültig sein.

AKTUELL: Robin Rieser

1159 **Sozialhilfe und Gesundheit**1162 **Personalien****Weitere Organisationen und Institutionen**

UNIVERSITÄTSSPITAL ZÜRICH: Erik Dinkel, Philip Gut

1163 **Clouddienste im Gesundheitsalltag****Briefe**1170 **Briefe an die SÄZ****FMH Services**1173 **Stellen und Praxen** (nicht online)

Tribüne

STANDPUNKT: Arnaud Chiolero

1180 **Pourquoi doute-t-on du progrès?**

Horizonte

SCHAUFENSTER: Max Stäubli

1183 **Der Triumph der ökonomischen Medizin**

Zu guter Letzt

Anne-Françoise Allaz

1184 **Eine gemeinsame Entscheidung**



ANNA

Impressum

Schweizerische Ärztezeitung

Offizielles Organ der FMH
und der FMH Services

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

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

Anzeigen:

Markus Will, Leiter Sales,
Tel. +41 (0)61 467 85 97
markus.will@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:
© Spotmatik | Dreamstime.com

Eine starke Gesundheitsversorgung braucht eine starke Pflege

Yvonne Gilli

Dr. med., Präsidentin der FMH



«Die Zukunft der Pflege ist eine qualifizierte, professionelle Pflege, oder es gibt keine Zukunft der Pflege», lautet ein bekannter Ausspruch der Ordensschwester und Pflegepionierin Liliane Juchli. Dieser Zukunft werden wir nun am 28. November etwas auf die Sprünge helfen müssen, denn mit der Volksinitiative «Für eine starke Pflege» hat der Pflegeverband diverse Probleme auf politische Tapet gebracht: *Qualifizierte* Pflege braucht ausreichend Fachpersonen – und damit genügend Ausbildung, aber auch verbesserte Arbeitsbedingungen, um die Pflegefachpersonen (länger) in ihrem Beruf zu halten. *Professionelle* Pflege kann auch in eigener Verantwortung arbeiten, was nicht nur den Beruf attraktiver macht, sondern auch unnötige ärztliche Anordnungen vermeidet. Und um Professionalität zu gewährleisten, braucht es einen angemessenen Personalschlüssel – nicht nur im Sinne der Pflegenden, sondern vor allem auch für die Patientensicherheit.

Ohne bessere Arbeitsbedingungen könnten die zusätzlich ausgebildeten Fachpersonen bald wieder weg sein.

Den meisten Menschen waren die Herausforderungen, denen sich die Pflege täglich stellt, schon vor dem kollektiven Applaus in Lockdown-Zeiten sehr bewusst. Und insbesondere wir Ärztinnen und Ärzte, die mit den Pflegenden vielfach den Arbeitsalltag verbringen, kennen die Situation gut. Insofern ist es wenig überraschend, dass der Beschluss der FMH, die Volksinitiative «Für eine starke Pflege» zu unterstützen, deutlich ausfiel – schon lange bevor diese am 7. November 2017 eingereicht wurde.

Die Türen der Politik standen hingegen weniger weit offen: Der Verfassungsartikel zur medizinischen Grundversorgung würde ausreichen, argumentierte der Bundesrat. Alain Berset warnte vor höheren Kosten und Prämien. Der letztlich von der SGK-N ausgearbeitete und im März 2021 vom Parlament verabschiedete Gegenvorschlag kommt den Pflegenden auf halbem Wege entgegen, indem er eine Ausbildungsoffensive und einen eigenverantwortlichen Bereich vorsieht. Nicht berücksichtigt wird im Gegenvorschlag hingegen die Forderung nach besseren

Arbeitsbedingungen – so dass die zusätzlich ausgebildeten Fachpersonen bald wieder weg sein könnten. Und auch die Forderung der Pflege nach einer angemessenen *nurse-to-patient ratio* wurde nicht aufgenommen.

Dass die Pflegenden unter diesen Bedingungen lieber die Initiative vors Volk bringen als sich auf den Gegenvorschlag einzulassen, ist verständlich. Wer das Ziel einer ausreichenden Pflege von hoher Qualität teilt, sollte konsequenterweise auch für *nurse-to-patient ratios* eintreten, die ebendies sicherstellen. Gerade die Pandemie hat uns gezeigt, wie wichtig eine ausreichende personelle Ausstattung sein kann und dass nicht die Zahl der Betten, sondern der Personalschlüssel entscheidend ist, wenn es darum geht, wie viele Covid-19-Patienten versorgt werden können. Und auch in einem weiteren Punkt enttäuscht der Gegenvorschlag: Obwohl für Patientensicherheit und Haftungsfragen zentral, bleiben die Kompetenzabgrenzungen zwischen Ärztinnen, Ärzten und Pflegefachpersonen unpräzise. «Gemeinsame Anordnungen» fordern neu zwei Unterschriften, wo zuvor eine reichte, und verweisen die Verantwortung. Dies hilft in der Versorgung sicher nicht weiter.

Die Ärzteschaft unterstützt die Pflege also voll und ganz darin, den Gegenvorschlag als ungenügend zurückzuweisen und ihre Initiative vors Volk zu bringen. So wie wir mit der Pflege gemeinsam vor unseren Patienten für ihre Versorgung Verantwortung übernehmen, müssen wir auch gemeinsam in der Politik für die Voraussetzungen eintreten, die eine gute Versorgung braucht. Eine gute medizinische Versorgung

Wer das Ziel einer ausreichenden Pflege von hoher Qualität teilt, sollte auch für *nurse-to-patient ratios* eintreten.

ist ohne eine gute pflegerische Versorgung nicht möglich und umgekehrt. Und eine allgemein zugängliche, qualitativ hochstehende Gesundheitsversorgung braucht ausreichend qualifizierte Fachpersonen, die Rahmenbedingungen vorfinden, in denen sie professionell arbeiten können. Nehmen wir die Zukunft in die Hand.



Die Tarifstruktur für die Behandlung von Menschen mit psychischen Erkrankungen wurde überarbeitet.

Neue Tarifversion für die Leistungsvergütung in der stationären Psychiatrie

Auf bewährten Pfaden: TARPSY 4.0

Bruno Trezzini

Dr. phil., Experte, Abteilung Stationäre Versorgung und Tarife, FMH

Die vierte Version von TARPSY liegt dem Bundesrat zur Genehmigung vor. Der Leistungsbezug wurde erneut verbessert. Handlungsbedarf besteht weiterhin hinsichtlich einer genaueren Abbildung der Fallschwere. Die unsicheren Daten von 2020 haben die SwissDRG AG veranlasst, die Weiterentwicklung von TARPSY für ein Jahr zu sistieren. Infolgedessen wird TARPSY 4.0 in den Jahren 2022 und 2023 gültig sein.

Basierend auf Kosten- und Leistungsdaten aus dem Jahr 2019 hat die SwissDRG AG TARPSY 4.0 entwickelt [1]. Die Genehmigung durch den Bundesrat vorausgesetzt, wird die neue Tarifversion per 1. Januar 2022 in Kraft treten. Der Verwaltungsrat der SwissDRG AG hat ferner am 11. Juni 2021 beschlossen, auf die Weiterentwicklung von TARPSY basierend auf den Daten 2020 zu verzichten [2]. Dies unter anderem deshalb, weil die Daten des Jahres 2020 infolge der Corona-Pandemie möglicher-

weise verzerrt sind und negative Effekte auf die zukünftige Abrechnung der Fälle in der stationären Psychiatrie nicht ausgeschlossen werden können. Die TARPSY-Version 5.0 wird damit auf den Daten 2021 kalkuliert und für die Einführung im Jahr 2024 vorbereitet. Somit wird TARPSY 4.0 auch im Jahr 2023 zur Anwendung kommen. Im Folgenden werden einige zentrale Aspekte im Zusammenhang mit TARPSY im Allgemeinen und TARPSY 4.0 im Speziellen dargestellt.

Gute Datenqualität als Voraussetzung für sachgerechte Vergütung

Der Anteil plausibler Fälle, welcher jeweils für die Tarifentwicklung verwendet werden konnte, hat sich in den Datenjahren 2016 bis 2019 auf um die 75% eingependelt. Als Gründe für die Streichung von Fällen sind insbesondere ungewöhnlich tiefe Kosten für Therapien und Pflege sowie eine fehlerhafte oder unvollständige Erfassung der Medikamente und der HoNOS/CA-Bogen zu nennen [3]. Dass nach mehreren Jahren Erfahrung mit TARPSY immer noch ein Viertel der Falldaten ausgeschieden werden muss, verweist auf einen weiterhin bestehenden Verbesserungsbedarf bei der Datenerfassung durch die Kliniken. Eine hohe Datenqualität stellt die Basis für eine sachgerechte Vergütung der erbrachten Leistungen dar. Es ist deshalb zu hoffen, dass die Kliniken noch vermehrt vom Angebot der Swiss-

FMH-CHOP-Dokumentationsmuster helfen bei der Erfassung medizinischer Leistungen und multimodaler Behandlungskonzepte.

DRG AG Gebrauch machen werden, ihre Daten einer unterjährigen Datenprüfung zu unterziehen [4]. Als Unterstützung bei der Erfassung komplexer medizinischer Leistungen und multimodaler Behandlungskonzepte stellt die FMH zudem CHOP-Dokumentationsmuster zur Verfügung [5]. Die FMH steht ihren Mitgliedern bei Fragen zu den CHOP-Kodes und den Kodierrichtlinien gerne zur Verfügung.

Publikation von Kodierresultaten wünschenswert

Bis anhin gibt es wenig veröffentlichte Informationen zur Kodierhäufigkeit [6] der psychiatriespezifischen CHOP-Kodes und zur Kodierqualität. Einige Kliniken publizieren ihre zusammenfassenden Beurteilungsergebnisse auf ihrer Website [7]. Es wäre begrüssenswert, wenn mehr Kliniken diesen positiven Beispielen folgen würden. Darüber hinaus könnte durch eine öffentlich zugängliche systematische Auswertung sämtlicher Kodierrevisionsberichte eines Jahres ein besseres Bild über die Fortschritte bei der Kodierqualität gewonnen werden.

Vier weitere psychiatriespezifische CHOP-Kodes tarifrelevant

Unter TARPSY 3.0 wurden erstmals psychiatriespezifische CHOP-Kodes tarifrelevant, entweder als Kostentrenner oder als Zusatzentgelt [8]. Diese Entwicklung

hat sich unter TARPSY 4.0 fortgesetzt, indem vier weitere psychiatriespezifische CHOP-Kodes als Kostentrenner eine Rolle spielen [9].

Patientinnen und Patienten mit einer schweren Krankheitsausprägung und einer allfälligen Multimorbidität beanspruchen in der Regel überdurchschnittlich viele Leistungen. Die Vergütung solcher Fälle sollte dementsprechend höher ausfallen als bei weniger komplexen Fällen. Dies kann zum einen in Form von spezifischen Zusatzentgelten erfolgen [10]. Zum anderen wird im Rahmen von TARPSY sowohl über die Erfassung der Symptomschwere (HoNOS/CA [11]) als auch von motorischen und kognitiven Funktionseinschränkungen (Diagnosekodes U50 und U51) ein Schweregradbezug hergestellt.

Leistungs- und Schweregradbezug weiter verbessern

Bei den betroffenen Fachgesellschaften bestehen jedoch Vorbehalte gegenüber der Verwendung der Diagnosecodes U50 und U51 in ihrer gegenwärtigen Ausgestaltung. Mehr den Anliegen der Fachgesellschaften entspricht es hingegen, dass es in Zukunft möglich sein wird, für die Erfassung kognitiver Funktionseinschränkungen neben dem erweiterten Barthel-Index, dem kognitiven FIM [12] und der MMSE [13] auch das MoCA [14] verwenden zu können. Dies wird durch eine Überleitung der MoCA-Werte auf die MMSE-Werte ermöglicht [15]. Demgegenüber fehlt es nach wie vor an einer Bestimmung der Fallschwere, welche auf dem Einbezug multipler Nebendiagnosen beruht. Erfreulicherweise plant die SwissDRG AG, die durch die Verschiebung von TARPSY 5.0 freigewordenen Ressourcen unter anderem in die Entwicklung einer verbesserten Schweregradlogik im Bereich der stationären Psychiatrie einzusetzen.

Lösung für interkurrente Leistungen in Arbeit

Hinsichtlich der Vergütung von interkurrenten Leistungen besteht nach wie vor eine Diskrepanz zwischen den diesbezüglichen Aussagen im «Tarifstrukturvertrag TARPSY» [16] und den «Regeln und Definitionen zur Fallabrechnung unter SwissDRG und TARPSY». Ursprünglich planten die Tarifpartner, bis Ende Juni 2021 eine nationale Vereinbarung zu erarbeiten, welche die separate und zusätzliche Verrechnung von medizinischen Leistungen während der stationären Behandlung sowohl unter TARPSY als auch ST Reha regelt [17]. Die Arbeiten haben sich etwas in die Länge gezogen. Es zeichnet sich jedoch

ab, dass die Tarifpartner sie demnächst abschliessen können.

Fazit: Das System lernt weiter

TARPSY 4.0 bewegt sich auf bewährten Pfaden. Insbesondere die verschiedenen Antragsverfahren [18] sind zentral für die stete Weiterentwicklung der Tarifstruktur hin zu einer immer leistungsgerechteren Vergütung.

Die Antragsverfahren sind zentral für die Weiterentwicklung der Tarifstruktur hin zu einer leistungsgerechten Vergütung.

tung. Die FMH hat zusammen mit den Fachgesellschaften zu diesem Zweck aktiv psychiatriespezifische CHOP-Kodes erarbeitet (Antragsverfahren des BFS) und Anregungen für Anpassungen bei TARPSY eingebracht (Antragsverfahren der SwissDRG AG). Die FMH unterstützt ihre Mitglieder auch weiterhin tatkräftig bei der Ausarbeitung von Anträgen. Zudem sind die von der SwissDRG AG durchgeführten Workshops für die Leistungserbringenden hilfreiche Anlässe, um das gegenseitige Verständnis zwischen den Partnern zu fördern und den Lernprozess in Gang zu halten [19].

Bildnachweis

Benjavisa Ruangvaree | Dreamstime.com

Literatur und Anmerkungen

- 1 www.swissdrg.ch → Psychiatrie → TARPSY System 4.0/2022.
- 2 www.swissdrg.ch → Über uns → Verwaltungsrat → Kommunikation.
- 3 SwissDRG AG. TARPSY 4.0: Bericht zur Entwicklung der Tarifstruktur. 2021: S. 3 (www.swissdrg.ch → Psychiatrie → TARPSY System 4.0/2022 → Ergänzende Dokumente).

- 4 www.swissdrg.org → Psychiatrie → Datenerhebung → Erhebung 2022 (Daten 2021).
- 5 www.fmh.ch → Dienstleistungen → Stationäre Tarife → CHOP Dokumentationsmuster.
- 6 Die SwissDRG AG veröffentlicht jeweils einen Datenspiegel, bei dem jedoch die Psychiatric Cost Groups (PCGs) im Vordergrund stehen und nur beschränkte Filtermöglichkeiten nach CHOP-Kodes bestehen (www.swissdrg.ch → Psychiatrie → TARPSY System 3.0/2021 → Datenspiegel).
- 7 Vgl. z.B. www.upk.ch → Über uns → Qualität → TARPSY. Das «Reglement für die Durchführung der Kodierrevision unter TARPSY» (www.swissdrg.ch → Psychiatrie → TARPSY System 4.0/2022 → Kodierrevision) sieht vor, dass solche zusammenfassenden Beurteilungen durch die Kliniken zugänglich gemacht werden.
- 8 Trezzini B, Meyer B. TARPSY 3.0 mit stärkerem Leistungsbezug. Schweiz Ärztztg. 2020;101(19–20):607–9.
- 9 Es sind dies: 94.3B «Komplexbehandlung des polymorbiden alterspsychiatrischen Akutpatienten»; 94.3C «Komplexbehandlung bei Demenz mit psychiatrischen und psychoorganischen Komplikationen»; 94.3G «Komplexbehandlung bei Anorexie in der Psychiatrie»; 94.4A «Mutter-Kind-Behandlung in der Erwachsenenpsychiatrie». Siehe SwissDRG AG. «Systempräsentation TARPSY 4.0» 2021 (www.swissdrg.ch → Psychiatrie → TARPSY System 4.0/2022 → Ergänzende Dokumente).
- 10 Neben den in der Akutsomatik gültigen Zusatzentgelten kommen unter TARPSY zusätzlich noch psychiatriespezifische Zusatzentgelte zur Anwendung (www.swissdrg.ch → Psychiatrie → TARPSY System 4.0/2022 → PCG Katalog).
- 11 Health of the Nation Outcomes Scales / Health of the Nation Outcomes Scales for Children and Adolescents.
- 12 Functional Independence Measure.
- 13 Minimal Mental State Examination.
- 14 Montreal Cognitive Assessment.
- 15 BFS. Rundschreiben für Kodierinnen und Kodierer 2021 Nr. 2. 2021: S. 13 (www.bfs.admin.ch → Statistiken finden → Kataloge und Datenbanken → Medizinische Kodierung und Klassifikationen).
- 16 www.swissdrg.ch → Psychiatrie → TARPSY → Tarifstrukturvertrag.
- 17 SwissDRG AG. Regeln und Definitionen zur Fallabrechnung unter SwissDRG und TARPSY. 2021: S. 16 (www.swissdrg.ch → Psychiatrie → TARPSY System 4.0/2022 → Regeln und Definitionen).
- 18 Rufer M. Mission Possible: aktive Tarifmitgestaltung dank Antragsverfahren. Schweiz Ärztztg. 2021;102(21):684–6.
- 19 So z.B. zuletzt der TARPSY Workshop zum Thema «Mechanismen der Weiterentwicklung, Genehmigung und Umsetzung» (www.swissdrg.org → Über uns → Veranstaltungen → TARPSY Workshop 2021).

FMH
Abteilung Stationäre
Versorgung und Tarife
Baslerstrasse 47
CH-4600 Olten
Tel. 031 359 11 11
Fax 031 359 11 12
[tarife.spital\[at\]fmh.ch](mailto:tarife.spital[at]fmh.ch)



Sozialhilfe und Gesundheit

Robin Rieser

Wissenschaftlicher Mitarbeiter Abteilung Public Health FMH; Geschäftsführer Allianz Gesundheitskompetenz a.i.

Personen, welche Sozialhilfe beziehen, weisen deutliche gesundheitliche Beeinträchtigungen und risikoreichere Gesundheitsverhaltensweisen auf, wie eine neue Studie der Berner Fachhochschule (BFH) und der Zürcher Hochschule für Angewandte Wissenschaften (ZHAW) aufzeigt.

Die im August 2021 publizierte Studie «Gesundheit von Sozialhilfebeziehenden» (siehe Infobox) bringt neue Erkenntnisse zum Gesundheitszustand, zur Gesundheitsversorgung und zur Bedeutung der Gesundheit für die Erwerbsreintegration von Sozialhilfebeziehenden. Die Forscher der BFH und der ZHAW stützen sich dabei auf eine einzigartige Datenbasis: eine Verknüpfung längsschnittlicher Gesamtbevölkerungsdaten aus der Sozialhilfeempfängerstatistik, den Individualkonten der AHV und dem IV-Rentenregister mit Befragungsdaten der Schweizerischen Gesundheitsbefragung, der Erhebung zu den Einkommen und Lebensbedingungen und der Schweizerischen Arbeitskräfteerhebung. Mit dieser Datenbasis stehen bis zu einer halben Million Beobachtungen über den Zeitraum von 2007 bis 2018 zur Verfügung. Dieser ausserordentliche Datensatz ermöglicht es, Aussagen über

die gesamtschweizerische Situation der Gesundheitsversorgung in der Sozialhilfe zu treffen.

Sozialhilfebeziehende weisen einen deutlich schlechteren Gesundheitszustand als die Restbevölkerung und auch als Personen in schwierigen finanziellen Verhältnissen auf. Dieser Unterschied macht sich nicht nur in objektiven Beobachtungen, sondern auch in der Selbsteinschätzung der Sozialhilfebeziehenden bemerkbar. Das individuelle Gesundheitsverhalten der Sozialhilfebeziehenden ist zudem deutlich risikoreicher als das der Restbevölkerung: sowohl beim Ernährungs- und Bewegungsverhalten als auch beim Rauchen zeigen sich deutliche Unterschiede. Der Gesundheitszustand von Sozialhilfebeziehenden verändert sich bei relevanten Übergängen, wie der Aussteuerung, dem Ein- und Austritt aus der Sozialhilfe, und im Verlauf der Sozialhilfebezugsperioden. Die grösste Verschlechterung des

Gesundheitszustandes wird in der Regel bei Beginn der Bezugsperiode erreicht. Um den Austritt aus der Sozialhilfe werden wiederum deutliche Verbesserungen des Gesundheitszustandes festgestellt.

Die Häufigkeit, mit welcher Sozialhilfebeziehende Gesundheitsleistungen beanspruchen, und ob Hinweise für eine Fehl- oder Unterversorgung vorhanden sind, unterscheidet sich ebenfalls von den Vergleichsgruppen. Einerseits suchen Sozialhilfebeziehende Allgemeinärztinnen und Allgemeinärzte rund doppelt, Spezialistinnen und Spezialisten etwa viermal so häufig auf wie die Restbevölkerung und wie Personen in schwieriger finanzieller Lage. Dazu kommt, dass sie etwa doppelt so häufig auf Notfallstationen oder stationär im Spital sind und fast fünfmal häufiger eine Behandlung aufgrund eines psychischen Problems beanspruchen. Andererseits werden Zahnarztleistungen oder gynäkologische Vorsorgeuntersuchungen von Sozialhilfebeziehenden signifikant weniger oft in Anspruch genommen. Ob finanzielle und formale oder nicht-finanzielle Hürden bei der Inanspruchnahme gesundheitlicher Dienstleistungen eine Rolle spielen, kann nicht beantwortet werden.

Es finden sich Hinweise darauf, dass ein schlechter Gesundheitszustand die Wahrscheinlichkeit einer Erwerbsreintegration empfindlich vermindert. Fünf Jahre nach Bezugsbeginn hat von den Personen ohne schlechten Gesundheitszustand ein deutlich höherer Anteil den Wiedereinstieg in die Erwerbstätigkeit geschafft. Nicht-erwerbstätige Sozialhilfebeziehende weisen in den Bereichen subjektives Wohlbefinden und

Depressionen erhöhte Belastungen auf, wobei nicht beurteilt werden kann, ob diese Ursache oder Folge der Nichterwerbstätigkeit sind.

Gesundheitswirksame Entscheidungen treffen zu können beeinflusst sowohl die wahrgenommene und objektive Gesundheit als auch das individuelle Risikoverhalten [1]. Viele der in der Studie beschriebenen Probleme lassen sich durch eine gesteigerte Gesundheitskompetenz positiv beeinflussen [2]. Eine Verbesserung der Gesundheitskompetenz lässt sich einerseits durch Interventionen bei den Sozialhilfebeziehenden selbst und andererseits durch Information der involvierten Fachpersonen erreichen. Handlungsempfehlungen und Beispiele von Projekten, welche die Stärkung der Gesundheitskompetenz anstreben, sind im Praxisleitfaden und Action Guide der Allianz Gesundheitskompetenz zusammengefasst (siehe Infobox).

Die Bedeutung der Sozialhilfebeziehenden als Zielgruppe gesundheitspolitischer Massnahmen wird durch die Studie deutlich aufgezeigt. Sowohl das individuelle Verhalten als auch formelle und informelle Hürden beeinträchtigen den Zugang zur Gesundheitsversorgung von Sozialhilfebeziehenden. Durch eine Aufklärung der betroffenen Personen, der Institutionen der Sozialversicherung und der behandelnden Ärzteschaft kann das Ausmass der Beeinträchtigung verringert werden. Die involvierten Parteien sollten die besonderen Eigenschaften der Sozialhilfebeziehenden als vulnerable Gruppe anerkennen und berücksichtigen. Der schlechtere Gesundheitszustand, das risikoreichere individuelle Gesundheitsverhalten und eine mögliche Unterversorgung tragen zur schwierigen Situation der Sozialhilfebeziehenden bei. Eine frühzeitige und adäquate Versorgung mit Gesundheitsleistungen, die Stärkung der Gesundheitskompetenz und individuelle Verhaltensanpassungen können die festgestellten Verschlechterungen des Gesundheitszustandes und die Abhängigkeit von Sozialhilfe möglicherweise abschwächen und dazu die Wiederaufnahme der Erwerbstätigkeit positiv unterstützen.

Bildnachweis

Fabian Blank / Unsplash

Literatur

- 1 Bundesamt für Gesundheit: Schlussbericht Bevölkerungsbefragung «Erhebung Gesundheitskompetenz 2015». gfs Bern 2016.
- 2 Weltgesundheitsorganisation WHO, Regionalbüro für Europa. Gesundheitskompetenz. Die Fakten. Zürich: Kompetenzzentrum Patientenbildung, Careum Stiftung; 2016.

FMH
Abteilung Public Health
Nussbaumstrasse 29
Postfach
CH-3000 Bern 16
public.health[at]fmh.ch

Studie Gesundheitliche Chancengleichheit BAG

STUDIE

Dorian Kessler, Marc Höglinger, Sarah Heiniger, Jodok Läser und Oliver Hümbelin (2021). Gesundheit von Sozialhilfebeziehenden – Analysen zu Gesundheitszustand, -verhalten, -leistungsinanspruchnahme und Erwerbsreintegration. Schlussbericht zuhanden Bundesamt für Gesundheit. Bern/Winterthur: Berner Fachhochschule und Zürcher Hochschule für Angewandte Wissenschaften.

LINKS

Gesundheitsversorgung für Armutsbetroffene (bag.admin.ch)
Publikationen – Allianz Gesundheitskompetenz (allianz-gesundheitskompetenz.ch)

KONTAKT

Bundesamt für Gesundheit BAG
Sektion Gesundheitliche Chancengleichheit
[healthequity\[at\]bag.admin.ch](mailto:healthequity[at]bag.admin.ch)
www.miges.admin.ch

Personalien

Todesfälle / Décès / Decessi

Eduard Eugen Mattmann (1933), † 10.4.2021,
Facharzt für Neurochirurgie, 6005 Luzern

Marek Wlodarczak (1929), † 27.6.2021,
Facharzt für Gynäkologie und Geburtshilfe,
4242 Laufen

Walter Regli (1941), † 22.7.2021,
Facharzt für Allgemeine Innere Medizin,
4800 Zofingen

Daniel Fritschy (1947), † 2.8.2021,
Spécialiste en chirurgie orthopédique et
traumatologie de l'appareil locomoteur,
1217 Meyrin

Ergys Gjika (1985), † 18.8.2021,
Spécialiste en chirurgie de la main,
1205 Genève

Ärztegesellschaft des Kantons Bern

Ärztlicher Bezirksverein Bern Regio

Zur Aufnahme als ordentliches Mitglied
haben sich angemeldet:

Chiara Carolina Abbas, Fachärztin für Kinder-
und Jugendmedizin, Ärztehaus Papiermühle,
Grauholzstrasse 1, 3063 Ittigen

Barbara Berger-Denzler, Fachärztin für
Pathologie, FMH, Pathologie Länggasse,
Worbentalstrasse 32 West, 3063 Ittigen

Rita Maria Keller, Fachärztin für Pathologie,
FMH, Pathologie Länggasse, Worbental-
strasse 32 West, 3063 Ittigen

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 allfällige
Einsprachen.

Ärztegesellschaft des Kantons Luzern

Zur Aufnahme in unsere Gesellschaft
Sektion Stadt haben sich gemeldet:

Christian Murer, Facharzt für Allgemeine
Innere Medizin und Facharzt für Pneumo-
logie, FMH, Luzerner Kantonsspital,
6000 Luzern 16

Faiz Mohammad Savez, Facharzt für
Psychiatrie und Psychotherapie, FMH,
AMEOS Stadtpraxis Luzern, Fluhmattweg 4,
6004 Luzern

Zur Aufnahme in unsere Gesellschaft Sek-
tion Gäu haben sich gemeldet:

Johanna Bayer, Fachärztin für Allgemeine
Innere Medizin, FMH, ab 1.10.2021:
Seewagpraxis Menznau, Unterdorfstrasse 3,
6122 Menznau

Tangkamma Koksie Sangma Amrhyn,
Fachärztin Allgemeine Innere Medizin, FMH,
ab 1.10.2021: Seewagpraxis Menznau,
Unterdorfstrasse 3, 6122 Menznau

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

Ärztegesellschaft des Kantons Schwyz

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

Hanni Bartels, Fachärztin für Allgemeine
Innere Medizin und Fachärztin für Infek-
tiologie, FMH, Ärztezentrum Kelmatt,
6403 Küssnacht

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\[at\]hin.ch](mailto:uta.kliesch[at]hin.ch)

Ärzte-Gesellschaft des Kantons Zug

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

Camil Walter Zahner, Facharzt für Anästhe-
siologie, FMH, Tageschirurgie Zug, AOZ AG,
Lindenstrasse 4, 6340 Baar

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.

Im 19. Jahrhundert ist die Entwicklung der physikalischen Diagnostik nicht ohne Widerstand und Ängste seitens der Ärztinnen und Ärzte voranschritten. Vielleicht stehen wir mit den Entwicklungen der Digitalisierung in der Medizin wie dem Einsatz von Cloud Computing an einer ähnlichen Schwelle. Nicht immer ist uns dabei bewusst, wo unsere Daten gespeichert werden und wer diese bearbeitet. Ärztinnen und Ärzte unterstehen auch in der digitalen Welt dem Berufsgeheimnis und sind damit für die Einhaltung des gesetzlichen Datenschutzes verantwortlich. Das im vorliegenden Artikel enthaltene Merkblatt und die Praxisbeispiele sind eine ausgezeichnete Hilfestellung für alle, die ihre Daten in die Cloud auslagern möchten. Als weiteres Hilfsmittel bietet Ihnen, liebe Kolleginnen und Kollegen, die FMH beispielsweise den Rahmenvertrag für Clouddienste, dessen Gebrauch ich Ihnen ans Herz legen möchte. Sie finden ihn auf unserer Website.

*Dr. med. Alexander Zimmer, Mitglied des FMH-Zentralvorstandes,
Departementsverantwortlicher Digitalisierung/eHealth*

Clouddienste im Gesundheitsalltag

Erik Dinkel^a, Philip Gut^b

Universitätsspital Zürich: ^a lic. phil. I / Master of Arts UZH, Chief Information Security Officer; ^b Rechtsanwalt, Stv. Leiter Rechtsdienst

Cloud Computing ist aus dem Alltag von Spitälern und Arztpraxen nicht mehr wegzudenken. Der Anwendungsbereich reicht vom elektronischen Patientendossier bis hin zur Überwachung von Implantaten. Dabei stellen sich schnell Fragen zur Informationssicherheit und zu den Nutzungsbedingungen.

Spitäler, Arztpraxen und weitere Einrichtungen im Gesundheitswesen sind mit Entscheidungen zur Auslagerung von Informatikdienstleistungen in die Cloud konfrontiert. Solche Clouddienste können einen grossen Nutzen für alle Involvierten haben. Gleichzeitig birgt die zunehmende technische Abhängigkeit auch Risiken für die Sicherheit der Patientendaten. In diesem Artikel wird ein Merkblatt vorgestellt, das eine erste Orientierung für die Umsetzung von Cloudvorhaben ermöglichen soll.

Ein wolkiger Begriff kurz erklärt

Hinter der *Cloud* steht eine bodenständige technische Infrastruktur: Der Speicherplatz (Hosting), das Betriebssystem und die Software eines externen Anbieters werden genutzt. Dazu müssen Daten über das Internet transferiert werden. Abhängig davon, was aus der Cloud bezogen wird, spricht man von Infrastruktur als Service (IaaS), Plattform als Service (PaaS) oder Software als Service (SaaS). Bei Letzterer wird die Informatikdienstleistung komplett ausgelagert. Die Software und die Daten, die darin verarbeitet werden, sind auf den Rechnern des Anbieters und damit vollständig in der Cloud. Die nachfolgenden Ausführungen fokussieren auf Software als Service, gelten aber auch für die anderen Formen der Cloudnutzung.

Orientierungshilfe in der Cloud

Viele Publikationen zeigen die rechtlichen Rahmenbedingungen auf, unter denen Clouddienste im medizinischen Alltag eingesetzt werden können. Allerdings bestehen noch unterschiedliche Anschauungen darüber, inwieweit das Berufsgeheimnis die Benutzung von Clouddiensten zulässt. Denn Cloud Computing stellt immer eine Bearbeitung von Daten durch einen externen Anbieter dar. Sie erfolgt im Auftrag der auslagernden Spitäler oder Arztpraxen, die für die Daten verantwortlich bleiben. Das kann zu Verunsicherung führen.

Das Cloudmerkblatt basiert auf dem Gesetz über die Information und den Datenschutz des Kantons Zürich vom 12. Februar 2007 samt Verordnungsrecht [1]. Die dortigen Grundsätze entsprechen der Regelung auf Bundesebene bzw. dem Bundesgesetz über den Datenschutz vom 19. Juni 1992 [2].

Das Merkblatt ist in die Spalten «Fragestellungen» und «zu erfüllende Anforderungen» aufgeteilt. Es liest sich von links nach rechts mit Fragen zu den datenschutzrechtlichen und den informationssicherheitstechnischen Anforderungen.

Fragestellungen

Als Erstes muss ganz links die Frage beantwortet werden, was für Daten bearbeitet werden und wie schutzwürdig diese sind. Bei Patientendaten sind nicht nur die datenschutzrechtlichen Bestimmungen, sondern

Nutzung von Cloud-Lösungen¹ - Datenschutz-Anforderungen (1/2)

Fragestellungen				Zu erfüllende Anforderungen		
Um welche Daten geht es?	Sind die Daten anonymisiert?	Sind es Personendaten?	bleiben die Daten in der CH?	rechtlich	technisch	
Geheime Daten ohne Personenbezug: Dürfen nur einzelnen definierten Personen zugänglich sein				5	4	A B C D
1) Patientendaten	Nein	Ja besondere Personendaten	Ja, in der Schweiz	1 2		A B C D
		Nein, nicht in Schweiz		1 2 3 4	A B C D	
	Nein, aber ausreichend pseudonymisiert ²	Ja aus Sicht Empfänger ohne Identifikationsschlüssel anonym	Ja, in der Schweiz	1 2		A B C D
		Nein, nicht in Schweiz		1 2	A B C D	
	Ja, anonymisiert ³	Nein	Ja, in der Schweiz	5		A B C D
			Nein, nicht in Schweiz	5		A B C D
Vertrauliche Daten	Nein	Ja Personendaten	Ja, in der Schweiz	1 2		A B C D
		Nein, nicht in Schweiz		1 2 4	A B C D	
	Nein, aber ausreichend pseudonymisiert ²	Ja aus Sicht Empfänger ohne Identifikationsschlüssel anonym	Ja, in der Schweiz	1 2		A B C D
		Nein, nicht in Schweiz		1 2	A B C D	
	Ja, anonymisiert ³	Nein	Ja, in der Schweiz	5		A B C D
			Nein, nicht in Schweiz	5		A B C D
Vertrauliche Daten ohne Personenbezug: Forschungsresultate, Strategische oder taktische Angaben, finanzrelevante Daten				5		A B C D
Interne Daten: Alle nicht klassifizierten Informationen, die nicht öffentlich sind.				5		C D
Öffentliche Daten				Keine Anforderungen		C D

1) Lösung, bei der Speicherplatz (Hosting), Betriebssystem, Runtime und Software eines Anbieters im Auftragsverhältnis genutzt und hierzu Daten über das Internet transferiert werden (Software as a Service) oder anderweitige Onlinedienste ohne End-to-End Verschlüsselung.
 2) Daten können nur noch mit unverhältnismässigem Aufwand durch Dritte einer bestimmten Person zugeordnet werden und der Identifikationsschlüssel muss in Besitz des Auftraggebers sein. Sofern dies gegeben ist, können die Daten gegenüber dem Empfänger/Auftragnehmer als anonymisiert betrachtet werden.

3) Im Unterschied zur Pseudonymisierung ist eine Anonymisierung irreversibel; d.h. der Rückschluss auf eine Person ist niemals möglich.

 Sofern Daten unter das Amtsgeheimnis fallen, ist eine Entbindung nötig.

Das Merkblatt «Nutzung von Cloud-Lösungen» kann als separates PDF heruntergeladen werden unter saez.ch → Ausgabe 36/2021 (© USZ).

auch das Berufsgeheimnis zu beachten. Als Zweites stellt sich die Frage, ob eine Person identifizierbar ist. Sofern das möglich ist, gelten die höchsten Schutzanforderungen.

Sind die Informationen anonymisiert, können die Daten ohne hohe Hürden ausgelagert werden. Dazwischen können die Daten aber auch pseudonymisiert sein. Das heisst, eine individuelle Person kann dann nur anhand eines Schlüssels oder aus den Umständen identifiziert werden. Sofern sich der Identifikationsschlüssel ausschliesslich im Besitz des Spitals oder der Arztpraxis befindet und eine Identifikation aus den Umständen nicht möglich ist, sind die Daten ausreichend pseudonymisiert und können aus Sicht des Anbieters als anonymisiert betrachtet und damit in der Cloud bearbeitet werden. Im Unterschied zur Pseudonymisierung ist die Anonymisierung irreversibel, weil z.B. niemand einen Schlüssel für die Re-Identifikation besitzt. Wenn personenbezogene Daten vollständig anonymisiert sind, gelten sie nicht mehr als Personendaten.

Praxisbeispiel 1: Rechnungsstellung und Inkasso mit Clouddienst in der Schweiz

- **Ausgangslage:** Ein Spital möchte für die Rechnungsstellung und das Inkasso einen Clouddienst in der Schweiz verwenden.
- **Merkblatt (von links nach rechts):** Die Rechnungsstellung an die Patientinnen und Patienten für die medizinische Behandlung und das Inkasso erfordert, dass mit dem Clouddienst Patientendaten in identifizierter Form bearbeitet werden können. Die Bearbeitung erfolgt in der Schweiz.
- **Spalte «zu erfüllende Anforderungen»:** Es zeigt sich, dass ein Vertrag zwischen Spital und Anbieter für die Auslagerung nötig ist. Der Vertrag muss sicherstellen, dass auch der Anbieter die datenschutzrechtlichen und informationssicherheitstechnischen Vorgaben an das Spital einhält. Der Anbieter muss insbesondere weisungsgebunden sein, die Patientendaten vertraulich behandeln und die Grundsätze des Datenschutzes wie die Zweckbindung sowie Verhältnismässigkeit einhalten. Klar ist, dass der Anbieter auch sorgfältig ausgesucht werden muss. Denn das Spital bleibt trotz Auslagerung stets verantwortlich für die ausgelagerten Daten. Eine Zustimmung der betroffenen Personen ist hingegen nicht erforderlich.

Nutzung von Cloud-Lösungen¹ - Datenschutz-Anforderungen (2/2)

Rechtliche Anforderungen (zwingend)	Technische Anforderungen (risikobasiert)
<p>1</p> <p>Eine vertragliche Grundlage für die Bearbeitung von personenbezogenen Daten muss vorhanden sein (Mindestinhalt AGB des Kt. ZH). Der Anbieter muss dabei sorgfältig ausgesucht (seriöser, verlässlicher Anbieter) werden und gegenüber dem Auftraggeber weisungsgebunden sein. Rechte und Pflichten des Anbieters müssen geregelt sein; Mitarbeitende des Anbieters müssen vertraglich auf die Geltung der ärztlichen Schweigepflicht hingewiesen werden. In hiervon abweichenden vertraglichen Grundlagen ist die nachweisbare explizite Einwilligung der betroffenen Person erforderlich. Zweckbindung muss erfüllt sein; d.h. die betroffene Person hat dem Auftraggeber die Daten zu diesem Zweck anvertraut und der Anbieter wird verpflichtet, die Daten ausschliesslich zu diesem Zweck zu bearbeiten.</p> <p>Verhältnismässigkeit muss gegeben sein: d.h. es dürfen nur Daten weitergegeben werden, welche auch effektiv für die Bearbeitung benötigt werden. Werden z.B. Vor- und Nachname für die Bearbeitung nicht benötigt, dürfen diese auch nicht weitergegeben werden.</p>	<p>A</p> <p>Transfer der Daten muss zwingend verschlüsselt erfolgen (minimal mittels Verschlüsselungsprotokoll wie aktuelle Version TLS, IPsec, VPN).</p>
<p>2</p> <p>Bei der Bearbeitung von Personendaten muss eine Datenschutz-Folgenabschätzung erstellt werden. Bei besonderen Risiken (z.B. bei einer grossen Menge von Personendaten oder bei der Nutzung neuer Technologien etc.) ist zudem eine Vorabkontrolle durch die kantonale Datenschutzbeauftragte erforderlich.</p>	<p>B</p> <p>Anbieter muss die Daten gemäss aktuellem Stand der Technik schützen. Dabei sind insbesondere folgende Punkte zu beachten:</p> <ul style="list-style-type: none"> Der Anbieter ist gemäss einem gängigen Standard (z.B. ISO 27001) zertifiziert. Prüfresultate (Zertifizierungen) müssen dem Auftraggeber bei Verlangen zur Verfügung gestellt werden. Der Anbieter muss über ein Informationssicherheitskonzept verfügen und den Auftraggeber bei Nachfrage über dessen Stand informieren. Daten sind vor Ort kryptographisch verschlüsselt. Der Anbieter verfügt über Prozesse, mit welchen sichergestellt wird, dass der Verlust von Daten und/oder der Missbrauch dem Auftraggeber zeitnah gemeldet wird. Der Anbieter verfügt über eine Liste aller Nutzer, welche auf Daten zugreifen können inkl. Administratoren. Zugriffe sind in Log nachvollziehbar. Zugriffe entsprechen dem Need-to-Know-Prinzip und wird regelmässig überprüft. Der Auftraggeber hat das Recht, bei Bedarf einen Audit des Anbieters durchzuführen.
<p>3</p> <p>Eine nachweisbare Information und explizite Einwilligung der betroffenen Person ist zwingend erforderlich. Gibt eine Patientin/ein Patient keine Einwilligung, muss nach Möglichkeit für die Behandlung eine alternative Lösung zur Verfügung stehen, sofern dies gemäss kantonalem Leistungsauftrag erforderlich ist. Alternativ zur schriftlichen Zustimmung des Patienten oder bei Amtsgeheimnissen kann über den Rechtsdienst eine Bewilligung durch die Gesundheitsdirektion des Kt. ZH eingeholt werden.</p>	<p>C</p> <p>Der für die Nutzung der Cloud verantwortliche Bereich, muss vor Nutzung der Cloud ein angemessenes Risk Assessment durchführen. Dabei geht es darum, Risiken zu identifizieren und diese anhand ihrer Eintretenswahrscheinlichkeit und ihrer Auswirkungen zu beurteilen sowie geeignete Massnahmen zur Minderung der Risiken zu definieren. Insbesondere stellen sich folgende Fragen:</p> <ul style="list-style-type: none"> Ist eine Strong Authentication bzw. 2 Faktor Authentisierung eingerichtet? Wie wird der Zugriff über private Geräte verhindert? Kann sich ein Nutzer auch über ein privates Gerät Zugriff auf die Cloud verschaffen? Kann Single-Sign-On eingerichtet werden? Wie ist der Zugriff von Extern durch Dritte auf die Cloud geregelt (z.B. externe Forscher, Ärzte anderer Spitäler etc.)? Wie wird verhindert, dass Mitarbeitende in einer neuen Funktion oder nach Austritt weiter Zugriff auf die Daten haben? Ist die Datenübertragung verschlüsselt (z.B. mittels https)? Was geschieht, wenn das System nicht zur Verfügung steht? Bestehen alternative Betriebsmöglichkeiten?
<p>4</p> <p>Der Schutz im Empfängerstaat muss mindestens jenem der Schweiz entsprechen (vgl. Liste EDÖB). Bei Anbietern in Empfängerstaaten, welche nicht auf der Liste des EDÖB geführt sind oder welche Sitz in den USA haben, muss eine Risikobeurteilung vorgenommen und vertragliche Äquivalenz mit dem schweizerischen Datenschutzniveau hergestellt werden.</p>	<p>D</p> <p>Sofern die Daten nicht weiter benötigt werden und keine gesetzliche Aufbewahrungspflicht besteht, sind diese nach Gebrauch zu vernichten.</p>
<p>5</p> <p>Auch bei nicht personenbezogenen Daten muss eine vertragliche Grundlage für die Bearbeitung der Daten vorhanden sein. Der Anbieter muss dabei sorgfältig ausgesucht werden. Zweckbindung und Verhältnismässigkeit muss auch hier gewahrt sein.</p>	

Als Letztes stellt sich die Frage, ob die Daten in der Schweiz oder im Ausland bearbeitet werden; mit anderen Worten, ob die Cloud in der Schweiz oder im Ausland betrieben wird. Bei Bearbeitungen in der Schweiz greift das Schweizer Recht inklusive Berufsgeheimnis, womit die Daten auch bei einer Auslagerung an einen externen Anbieter mit gleichem juristischem Niveau geschützt sind. Erfolgt ein Datentransfer ins Ausland, müssen allenfalls zusätzliche Vorkehrungen zur Gewährleistung eines äquivalenten Schutzes getroffen werden.

Anforderungen

Durch die Beantwortung der Fragen zur Datenbearbeitung ergeben sich unter «zu erfüllende Anforderungen» in der rechten Spalte des Merkblatts 16 verschiedene Lösungen. Sie zeigen in vereinfachter Form, welche rechtlichen und informationssicherheitstechnischen Anforderungen bei der Umsetzung berücksichtigt werden müssen. Auf der zweiten Seite des Merkblatts sind sie im Detail erläutert. Die Unterteilung der Antworten in datenschutzrechtliche und informationssicherheitstechnische Aspekte gibt zu-

Praxisbeispiel 2: Patientenbefragung mit einem Clouddienst im Ausland

- Ausgangslage:** Nach einem Spitalaufenthalt werden Patientinnen und Patienten zu ihrer Zufriedenheit befragt. Dazu erhalten sie über einen ausländischen Clouddienst eine E-Mail, die sie zu einer Online-Umfrage führt. Der Clouddienst wertet die Umfrage aus und informiert das Spital über die Ergebnisse.
- Merkblatt (von links nach rechts):** Der Clouddienst benötigt zur Kontaktierung der Personen deren Namen und die E-Mail-Adresse. Die Daten werden im Zusammenhang mit der Behandlung im Spital bearbeitet. Es handelt sich folglich um Patientendaten, welche die Identifikation einer Person ermöglichen. Die Daten werden im Ausland bearbeitet.
- Spalte «zu erfüllende Anforderungen»:** Es muss ein Vertrag vorliegen, mit dem das Spital seine Pflichten dem Clouddienst überbindet und mindestens ein äquivalentes Datenschutzniveau wie in der Schweiz gewährleistet. Hinzu kommt, dass die angeschriebenen Personen über die Bearbeitung ihrer Daten im Ausland informiert werden und ausdrücklich einwilligen müssen. Wichtig ist, dass die Einwilligung freiwillig erfolgt. Das bedeutet, dass eine Wahlfreiheit zwischen der Patientenumfrage mit dem Clouddienst im Ausland und einer Alternative wie z.B. der Abgabe von Fragebögen beim Austritt vorliegt. Neben den weiteren rechtlichen Voraussetzungen muss immer auch die Informationssicherheit gemäss der rechten Spalte «zu erfüllende Anforderungen/ technisch» gewährleistet sein.

Praxisbeispiel 3: Pseudonymisierte oder anonymisierte Patientenbefragung

- **Ausgangslage:** Die Patientenbefragung erfolgt direkt durch das Spital. Der Clouddienst unterstützt nur technisch. Die Patientinnen und Patienten werden nicht namentlich, sondern mit einer Laufnummer angeschrieben. Die Identifikation einzelner Personen ist nur über einen Identifikationsschlüssel möglich, den das Spital hält. Auch die E-Mail-Adressen der Personen bleiben im Spital.
- **Merkblatt (von links nach rechts):** Das Spital kann die Patientinnen und Patienten mit dem Schlüssel identifizieren. Es handelt sich somit um pseudonymisierte Patientendaten. Wird hingegen auch auf eine Laufnummer verzichtet, sind Umfrage und Daten anonym. Es handelt sich nicht mehr um personenbezogene Daten. Der Schutz durch das Berufsgeheimnis entfällt. Es ist in beiden Fällen unerheblich, ob die Daten in der Schweiz oder im Ausland bearbeitet werden. Die Einholung einer Patienteneinwilligung ist nicht erforderlich. Es reicht aus, in der E-Mail, welche durch das Spital verschickt wird, auf die externe Durchführung der Umfrage hinzuweisen. Auch hier müssen zusätzlich die informationssicherheitstechnischen Anforderungen beachtet werden.
- **Bei Registern/Überwachungssystemen:** Dasselbe gilt bei internationalen Registern und Überwachungssystemen von Vitaldaten (z.B. Herzschrittmacher, Blutzuckerspiegel, Augen- druck), in welchen die darin geführten Daten nur über einen vom Spital gehaltenen Schlüssel den Personen zugeordnet werden können. Bei einer solchen Pseudonymisierung von Personendaten stellt sich allerdings immer die Frage, ob diese ausreichend stark ist. Es empfiehlt sich deshalb, bei Datenbearbeitungen im Ausland im Zweifelsfall mindestens zusammen mit der Information die implizite Zustimmung der Patientinnen und Patienten einzuholen.

dem Anhaltspunkte dafür, welche Fachpersonen nötigenfalls beigezogen werden können.

Wenn Daten in einer Cloud bearbeitet werden, braucht es einen Vertrag. Das ergibt sich aus der Spalte «zu erfüllende Anforderungen / **rechtlich**». Darin müssen dem externen Anbieter dieselben Pflichten auferlegt werden, die das Spital oder die Arztpraxis hat. Denn sie bleiben gegenüber den Patientinnen und Patienten verantwortlich. Allem voran muss der Anbieter verpflichtet werden, die Sicherheitsvorkehrungen einzuhalten und die anvertrauten Daten nur zum vereinbarten Zweck zu bearbeiten.

Kommen neue Technologien zum Einsatz oder wird eine besonders grosse Menge von besonders schützenswerten Personendaten bearbeitet, braucht es nach dem Gesetz über die Information und den Datenschutz des Kantons Zürich zudem eine Datenschutz-Folgenabschätzung sowie eine Vorabkontrolle durch die kantonalen Datenschutzbeauftragten.

Findet die Bearbeitung in einer Cloud im Ausland statt, ist das nur zulässig, wenn das Datenschutzniveau im Empfängerstaat mindestens dem der Schweiz entspricht. Ist das nicht der Fall, muss eine Absicherung über Datenschutzvertragsklauseln erfolgen, die von

den Datenschutzbehörden genehmigt sind. Bei Datenbearbeitungen im Ausland kann die Rechtsdurchsetzung erschwert sein und es gelangt auch ausländisches Recht zur Anwendung. Es ist angesichts der Risiken ratsam, dass die Patientinnen und Patienten bei einer Bearbeitung ihrer identifizierbaren Daten im Ausland informiert werden und in eine solche Bearbeitung einwilligen.

Die bearbeiteten Daten müssen schliesslich gemäss der Spalte «zu erfüllende Anforderungen/**technisch**» nach dem aktuellen Stand der technischen Informationssicherheit geschützt sein. Dies bedeutet, dass die Daten bei der Übertragung und vor Ort z.B. durch Verschlüsselung und rollenbasierte Zugriffe angemessen geschützt werden.

Der hohe Nutzen von Clouddiensten ist unbestritten, denn sie ermöglichen eine Ressourcenoptimierung für Patientinnen und Patienten, Spitäler und Arztpraxen gleichermaßen. Clouddienste ziehen bei allen Vorteilen aber auch Risiken und rechtliche Fragen nach sich, denen mit Hilfe des Cloudmerkblatts begegnet werden kann. So bleiben Cloudprojekte nicht «wolkig» und können auf den Boden gebracht werden.

Literatur

- 1 IDG; LS 170.4.
- 2 DSG; SR 235.1.

Philip Gut
Universitätsspital Zürich
Stab Spitaldirektion
Rämistrasse 100
CH-8091 Zürich
philip.gut[at]usz.ch

Das Wichtigste in Kürze

- Immer mehr Spitäler und Arztpraxen lagern Informatikdienstleistungen an externe Clouddienste aus. Dabei stellen sich rechtliche Fragen zum Schutz der Patientendaten, für die das abgebildete Merkblatt eine Orientierungshilfe bietet.
- Das Merkblatt gibt Auskunft darüber, welche rechtlichen und technischen Anforderungen je nach Datenart und Verschlüsselungsform und bei der Datenverarbeitung im In- oder Ausland anfallen.

L'essentiel en bref

- De plus en plus d'hôpitaux et de cabinets médicaux externalisent leurs services informatiques à des services de cloud externes. Cela soulève des questions juridiques sur la protection des données des patients, pour lesquelles l'aide-mémoire présenté ici fournit des conseils.
- L'aide-mémoire informe sur les exigences juridiques et techniques qui s'appliquent selon le type de données et la forme de cryptage et selon si les données sont traitées dans le pays ou à l'étranger.

Briefe an die SÄZ

Anspruch an die integrale Ausbildung zum Humanmediziner

Brief zu: Steurer J. Die medizinische Aus- und Weiterbildung muss erneuert werden. Schweiz Ärztztg. 2021;102(34):1099–101.

Professor Steurer schlägt eine tiefgreifende Reform vor mit Spezialisierung bereits im Master-Studium. Dieser Vorschlag ist nicht neu und ich möchte erneut die Gelegenheit ergreifen, die zugrundeliegenden Annahmen zu hinterfragen [1, 2].

Argument 1: Die Aus- und Weiterbildung dauere zu lange.

Das Durchschnittsalter von Ärztinnen und Ärzten beim Erhalt des ersten Facharztstitels 2020 mit Erhalt des eidg. Diploms ≤ 26 Jahre und Weiterbildungsdauer ≤ 10 Jahre betrug 33,4 Jahre [3]. Warum dies, abgesehen von der erschwerten Familienplanung, ein Problem sei, bleibt für mich unbeantwortet, da der Vergleich mit anderen Berufen kein ausreichendes Argument darstellt.

Eine Schweizer Studie setzte sich mit Gründen einer längeren Weiterbildungsdauer auseinander [4]. Nebst der Elternzeit wurden häufig zusätzliche persönliche Gründe wie «Teilzeit aus privaten Gründen», «Forschung», «Wechsel des angestrebten Facharztstitels» und ferner «unbezahlter Urlaub und Reisen» angegeben. Als der zugrundeliegende Faktor wurde in der Studie mitunter der Wandel professioneller ärztlicher Leitbilder genannt. Sofern das Durchschnittsalter beim Titelerwerb als Problem thematisiert wird, muss berücksichtigt werden, welche Umstände die Dauer der Weiterbildung beeinflussen.

Argument 2: Es werde immer noch «die eine ärztliche Fachperson» ausgebildet (die es nicht mehr gebe).

Weshalb nebst der Zahnmedizin nicht auch weitere Disziplinen (bspw. Fusschirurgie in Analogie zum Doctor of Podiatric Medicine in den USA) die Möglichkeit haben sollten, eine eigenständigere Ausbildung zu bestimmen, lässt sich nicht kategorisch verneinen. Letztlich helfen uns aber solche Überlegungen nicht weiter, wenn es darum geht, was die Gesellschaft vom Ärzteberuf grundsätzlich erwartet.

Ich meine, dass auch zukünftig erwartet wird, dass der Ärztestand mit Erlangen des eidg. Diploms die Fähigkeit aufweist, sich in den gängigen Erkrankungen des Menschen und ihren biopsychosozialen Folgen zurechtzufinden, auch wenn er im beruflichen Alltag nicht mit all diesen Erkrankungen konfrontiert sein mag. Ob dies der «medizinischen Allgemeinbildung» gleichzusetzen ist, vermag ich an

dieser Stelle auch nicht abschliessend zu beantworten. Die vorgeschlagene Reform würde diesem Anspruch jedoch zuwiderlaufen.

Im Berufsalltag erlebe ich sehr wohl, wie Kenntnisse, die über den eigenen Fachbereich hinausgehen, Einfluss haben auf die Qualität der Patientenbehandlung und der multidisziplinären Zusammenarbeit. Deshalb störe ich mich daran, wenn für die spätere Berufsausübung nicht aktiv benötigtes Wissen (und Fertigkeiten) als «irrelevant» bezeichnet werden.

Das integrale Verständnis des Menschen als Organismus und seiner Erkrankungen sollte auch weiterhin Ziel der Ausbildung zum Humanmediziner sein. Wir sollten nicht damit beginnen, diesen Anspruch unter einzelnen ärztlichen Berufssparten aufzuteilen. Das Medizinstudium muss auch in Zukunft eine umfassende Grundausbildung für alle Ärzte fordern und garantieren.

Dr. med. et phil. Urs Fisch, Basel

- 1 Steurer J und Buchli A. Für eine zukunftsfähige Medizinausbildung, in: Neue Zürcher Zeitung, 22.3.2018, S. 12.
- 2 Fisch U. Medizinische Ausbildung, in: Neue Zürcher Zeitung, 4.4.2018, S. 9.
- 3 Schweizerisches Institut für ärztliche Weiter- und Fortbildung. Geschäftsbericht 2020, [https://www.siwf.ch/\(...\)](https://www.siwf.ch/(...),), (abgerufen am 28.8.2021).
- 4 Berchtold P, Schmitz C, Zwahlen M. Dauer der ärztlichen Weiterbildung, [https://www.bag.admin.ch/\(...\)](https://www.bag.admin.ch/(...),), (abgerufen am 28.8.2021).

Angedachte Reform macht Sinn

Brief zu: Steurer J. Die medizinische Aus- und Weiterbildung muss erneuert werden. Schweiz Ärztztg. 2021;102(34):1099–101.

Es ist unumgänglich, dass nach Jahren ein etabliertes System erneuert werden muss. Die von Herrn Steurer angedachte Reform macht Sinn und muss unbedingt umgesetzt werden. Traurig ist aber, dass eine der grössten Disziplinen im Text genau an einer Stelle erwähnt wird, in der Abbildung 2 keinen Platz erhält und damit eben genau das Schicksal erleidet, welches heute in erschreckendem Ausmass zu beobachten ist. Die Psychiatrie und Psychotherapie befindet sich nicht im Sturzflug, sondern im freien Fall. Diese Disziplin ist extrem unattraktiv geworden. Der Nachwuchs bleibt aus. Die angedachte Reform wird nicht umhinkommen, der Psychiatrie und Psychotherapie erhöhte Priorität zuzusprechen. Wird dies wohl gelingen?

Dr. med. Peter Buess, Basel

Verkürzung der medizinischen Bildungszeit

Brief zu: Steurer J. Die medizinische Aus- und Weiterbildung muss erneuert werden. Schweiz Ärztztg. 2021;102(34):1099–101.

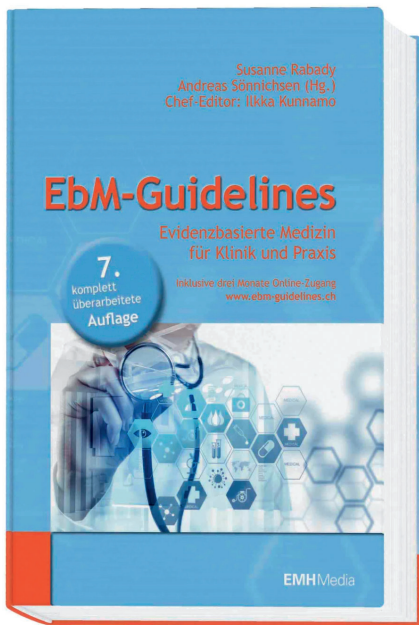
Prof. Johann Steurer macht Vorschläge zur Verkürzung der medizinischen Aus- und Weiterbildung. Wie auch immer man diese Phasen verkürzen möchte, ein wesentliches Bildungselement würde darunter leiden, die klinische Beobachtung. Dies geschah schon durch die amtliche Limitierung der Arbeitszeiten und der damit verbundenen Verkürzung und Vermehrung der Schichten und Stellen. Die Verkürzung der Aufenthaltsdauer bzw. Verlagerung von Behandlungen ins Ambulatorium im Zuge der medizinischen Marktwirtschaft führt zu weiteren Einschränkungen der Beobachtungsmöglichkeit. Wenn nun von akademischer Seite eine Verkürzung der Aus- und Weiterbildung gefordert wird, würde diese Zeit nochmals verkürzt; es bedeutete auch eine weitere Episode im Trauerspiel «Weg vom Krankenbett». Vielleicht sind es gerade die feinen und frühen Zeichen, die wir bei Kranken im Verlaufe des Spitalaufenthaltes visuell und im Gespräch wahrnehmen können, die mit Besserung, Verschlechterung, Hoffnung, Befürchtung, Resignation verbunden sind, welche einen wichtigen Teil von Prof. Steurers Punkt 4, der nicht näher definierten medizinischen Allgemeinbildung, ausmachen und die nur im Verlauf durch die eigene Anwesenheit wahrgenommen und angesprochen werden können, aber theoretisch schlecht vermittelbar sind. Wesen und Privileg einer medizinischen Allgemeinbildung ist meines Erachtens, dass sie unabhängig von der Fachrichtung zum Arzt-Sein im Allgemeinen gehört und deren unabdingbare Voraussetzung Zeit ist.

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

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.

EbM-Guidelines

Evidenzbasierte Medizin für Klinik und Praxis



Susanne Rabady, Andreas Sönnichse

EbM-Guidelines

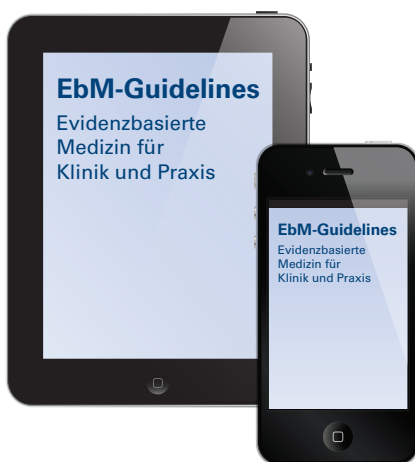
Evidenzbasierte Medizin für Klinik und Praxis

7., komplett überarbeitete Auflage, 2018. 1568 Seiten, mit zahlreichen, hauptsächlich schwarz-weißen Abbildungen und Tabellen. Gebunden.

CHF 171.–

ISBN 987-3-03754-115-9

EMH Schweizerischer Ärzteverlag AG



Über 30.000 Internisten und Allgemeinmediziner vertrauen im deutschsprachigen Raum auf das geballte Wissen der umfangreichsten Sammlung EbM-basierter Guidelines.

Jede Guideline bietet Ihnen einen kurz gefassten aber prägnanten Überblick mit praxisgerechten Empfehlungen zu Diagnostik und Therapie. Die Darstellung beschränkt sich dabei nicht auf einen krankheitsorientierten Ansatz, sondern erfolgt auch symptomorientiert und betreuungsorientiert. So erhalten Sie für praktisch alle Konsultationsanlässe massgeschneiderte Informationen für Ihre ärztliche Entscheidungsfindung. Mit dem beigelegten Gutschein für einen dreimonatigen Gratis-Online-Zugang profitieren Sie vom Zusatznutzen des Internetangebots (Aktualität, Umfang, Multimedia).

Das Buch

Das gesamte Fachwissen der allgemeinmedizinisch-internistischen Grundversorgung.

Das Standardwerk – über 1600 Seiten sicheres Wissen.

Die Online-Version

Fortlaufend aktualisiert, noch mehr Inhalte, Bilder, Videos und Audiobeispiele. Links zu den Cochrane-Library-Beiträgen, Evidence Summaries.

Jahresabonnement online CHF 158.–, mehr Info und Bestellung auf www.ebm-guidelines.ch

Die Mobile-Version

Die EbM-Guidelines sind für alle mobilen Endgeräte wie Tablets und Smartphones ohne Zusatzkosten nutzbar.

Verkauf der EbM-Guidelines durch EMH nur innerhalb der Schweiz.

Weitere Informationen finden Sie unter shop.emh.ch

Ihre Bestellmöglichkeiten: +41 (0)61 467 85 55 | auslieferung@emh.ch | shop.emh.ch

EMH Schweizerischer Ärzteverlag AG | Farnsburgerstrasse 8 | CH-4132 Muttenz



Einkauf

| Einfach Zeit und Geld sparen



bis 25%
Rabatt

Der Einkaufsort für Ärzte und Praxen
**Medikamente, medizinische Geräte,
medizinisches Verbrauchsmaterial etc.
zum Spezialtarif**

- Sonderkonditionen bei Vertragslieferanten
- Verlängerte Zahlungsfristen und Sammelrechnung
- Direktbestellung bei zahlreichen Vertragslieferanten

CONSULTING

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



Comment expliquer et contrer le catastrophisme sanitaire

Pourquoi doute-t-on du progrès?

Arnaud Chiolero

Prof., MD PhD, Laboratoire de santé des populations, #PopHealthLab, Université de Fribourg

L'époque est au doute et à la défiance face aux progrès scientifique, sanitaire et social, y compris parmi certains professionnels de la santé. Plusieurs facteurs peuvent expliquer ces doutes, allant de différentes formes d'obscurantisme à une sensibilité accrue aux problèmes sanitaires dans un monde où ceux-ci sont justement de mieux en mieux contrôlés.

*«Follow the trend lines, not the headlines»
(citation attribuée à Bill Clinton)*

Avec les millions de morts causés par le virus de la Covid-19, le bilan sanitaire de cette pandémie est sombre. On peut y ajouter les morts causés chaque année par le sida, l'augmentation du nombre de cas de cancer et de démences dans la population, ou encore l'épidémie de diabète. Tout va-t-il mal sur le plan sanitaire? La santé des populations se péjore-t-elle? A-t-on cessé tout progrès? Il faut prendre un peu de recul pour constater que cette vision est biaisée.

Ainsi, l'espérance de vie n'a jamais été aussi élevée et continue d'augmenter. En Suisse, depuis le milieu du XIX^e siècle, elle a plus que doublé. Alors que les écarts restent parfois très marqués entre pays, l'augmentation est universelle [1]. Certes, la pandémie de la Covid-19 provoque un recul marqué de l'espérance de vie dans certaines populations, mais ce recul n'est que de quelques mois dans la majorité des pays à haut revenu, notamment en Suisse (encadré 1) [2].

Quant au nombre de décès causé par le sida, après avoir atteint le terrifiant chiffre de 3 millions par année dans les années 90, il a fortement baissé et devrait encore baisser dans les années à venir.

Bonne nouvelle, la population vieillit!

Les populations vieillissent progressivement et c'est fondamentalement une bonne nouvelle. C'est le résultat de l'augmentation de l'espérance de vie, signifiant que la mortalité précoce a reculé, et de la baisse de la natalité, due notamment au meilleur niveau d'éducation des femmes et plus globalement au développement socio-économique.

Toutefois, cela se traduit par une hausse des problèmes de santé chroniques liés à l'âge. Par exemple, le nombre de cancers et de démences augmente fortement dans de nombreux pays, ce qui s'explique presque uniquement par le vieillissement des populations [3, 4]. Cette augmentation du fardeau des maladies chroniques est le lit des inquiétudes dans le champ de la planification socio-sanitaire. La gestion de la multimorbidité et la prévention de la fragilité sont dès lors devenues des enjeux majeurs des politiques de prévention et de pro-

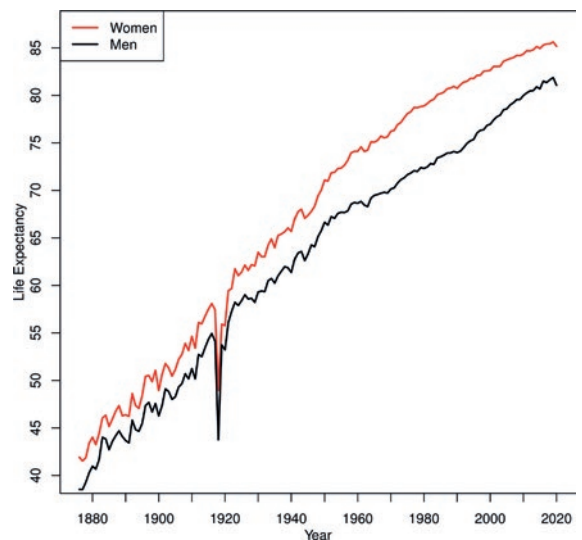


Figure 1: Espérance de vie en Suisse entre 1880 et 2020 [2].

Encadré 1:

Effet de la Covid-19 sur la mortalité et l'espérance de vie en Suisse

On ne mesure pas encore totalement l'impact sanitaire global de la Covid-19 mais on peut faire une estimation des vagues épidémiques sur la mortalité et l'espérance de vie. En Suisse, selon l'OFSP, la Covid-19 a été la cause de plus de 10000 décès. Rapporté à l'ensemble des décès en Suisse sur la même période, cela correspond à environ 1 décès sur 7. En 2020, le taux de mortalité standardisé a été supérieur à 8,6% par rapport à 2019. Cela s'est traduit par un recul de l'espérance de vie de 0,8 ans chez les hommes et 0,4 ans chez les femmes [2] (fig. 1), ramenant à l'espérance de vie de 2015. Par comparaison, le recul de l'espérance de vie entre 1917 et 1918 à cause de la grippe espagnole a été de plus de 10 ans chez les hommes et plus de 8 ans chez les femmes en Suisse.

Encadré 2: Perception de la sévérité d'un problème sanitaire

Les psychologues savent de longue date que la perception d'un phénomène dépend du contexte dans lequel ce phénomène se déroule, et cela s'applique notamment à la fréquence du phénomène. Par exemple, au travers d'une série d'expériences, des chercheurs ont montré que les personnes considèrent plus souvent des visages à l'expression neutre comme étant agressive si on les montre au milieu d'un faible nombre de visages dont l'expression est agressive. De même, ces personnes évaluaient plus durement des requêtes soumises à un comité d'éthique si elles étaient peu exposées à des requêtes inacceptables sur un plan éthique [6]. Il y a aussi la tendance à élargir la définition du problème lorsque celui-ci est de mieux en mieux contrôlé. Cela explique en partie le pessimisme quant au progrès sanitaire: toute diminution de problèmes sanitaires va pousser à y être plus attentif et plus réactif et donner le sentiment que la situation ne s'est pas améliorée.

motion de la santé. Ceux-ci visent à la fois une plus longue espérance de vie et un maintien en bonne santé par une compression de la morbidité [5].

Néanmoins, ces inquiétudes ne doivent pas faire oublier le recul massif de la mortalité par maladie cardiovasculaire ces 50 dernières années et plus récemment celui de la mortalité par cancer, notamment en Suisse. C'est le fruit des progrès dans le traitement et la prévention de ces maladies, appliqués à large échelle.

Perception du risque, déni du progrès

Mais pourquoi a-t-on l'impression diffuse que la situation sanitaire est pire qu'il y a quelques années? Un élément psychologique déterminant est notre perception du risque et des dangers sanitaires. Des travaux suggèrent que moins un problème est fréquent, car il est contrôlé, plus on y est sensible [6]. Le traitement de l'information par les médias et la diffusion de l'information de manière peu filtrée via les médias sociaux favorisent la dissémination à large échelle de nouvelles négatives, soulevant plus d'intérêt que les nouvelles positives. A cela s'ajoutent l'infodémie et la désinformation qui biaisent les décisions sanitaires [7].

L'obscurantisme sanitaire est un autre facteur qui nourrit ces doutes quant à l'évolution de la situation sanitaire et la négation du progrès. Cet obscurantisme a de multiples formes [6]: déni de l'expertise technique et scientifique, rejet des biotechnologies, relativisme quant à la méthode scientifique, méfiance face aux acteurs du système de santé qui profiteraient du système, complotisme affirmé ou romantisme écologique.

Les vaccinations sont de longue date victimes de cette obscurantisme et l'OMS a listé en 2019 l'hésitation vaccinale comme une des dix principales menaces sanitaires mondiales [8]; on observe ce problème de manière aiguë avec la vaccination contre le virus de la Covid-19. Cette perception négative de l'évolution sanitaire s'explique aussi par le fait que moins un problème est fréquent, plus on tend à le percevoir comme plus grave, à y être plus intolérant et à en élargir la définition. Cela donne l'impression que le problème n'est jamais réglé, voire se péjore. Ce phénomène (*prevalence-induced concept change*) a été prouvé expérimentalement (encadré 2) [6]. Il explique aussi en partie la peur que suscite la pandémie de la Covid-19, en particulier dans les pays qui ne connaissent plus d'épidémies sévères de maladies infectieuses.

Désinformation sanitaire et militantisme académique

Un autre élément qui accentue l'anxiété est la désinformation dans un contexte d'infodémie. Les professionnels de santé, les responsables de santé publique et les citoyens font face à une avalanche d'informations et de désinformations dans le domaine de la santé, phénomène mis au jour spectaculairement par la crise sanitaire de la Covid-19. En plus de mettre en danger directement la santé des populations, l'infodémie et la désinformation polluent la décision sanitaire [7].

Tableau 1: Mesures visant à réduire le catastrophisme sanitaire [7].

Principe	Exemple de mesures
Renforcer la culture et les moyens de la santé publique fondée sur les preuves et guidée par les données	<ul style="list-style-type: none"> • Renforcer le monitoring de la santé des populations • Renforcer les connaissances des responsables de santé publique, des journalistes et des citoyens dans le domaine de la santé et de la statistique
Mettre en perspective les problèmes de santé, en balançant risques et bénéfices et en tenant compte du contexte	<ul style="list-style-type: none"> • Mesurer l'impact de la Covid à l'aune d'autres problèmes de santé et en le comparant historiquement à d'autres pandémies • Evaluer l'impact du vieillissement de la population en tenant compte non seulement de la capacité de réponse du système socio-sanitaire mais aussi des progrès technologiques et médicaux
Contrer la désinformation	<ul style="list-style-type: none"> • Diffuser les informations sanitaires de sources fiables (OMS, Centers for Disease Control nationaux, Our World in Data, etc.) • Contrer les rumeurs par des informations crédibles (<i>see something, say something</i>) et modérer les contenus sur les réseaux sociaux (<i>fact checking</i>)
Améliorer les modes de communication des scientifiques	<ul style="list-style-type: none"> • Distinguer l'activité scientifique de l'activité politique et militante • Eviter la dramatisation dans la communication de résultats de recherche, reconnaître explicitement les limites et incertitudes et que la connaissance va évoluer

Contre les rumeurs, promouvoir l'information crédible et renforcer les connaissances générales en science de la santé des populations aident à lutter contre cette désinformation et prévenir le catastrophisme sanitaire (tab. 1).

Enfin, il faut aussi évoquer le militantisme académique comme moteur du catastrophisme sanitaire [9]. En effet, il est difficile pour certains experts d'étudier des sujets de santé publique tout en gardant la distance nécessaire; la tentation est grande de s'impliquer pour améliorer la situation. C'est même au cœur de l'éthos des médecins. Ce militantisme académique est problématique car il empêche de faire science: le débat devenant plus politique que scientifique, les enjeux sont dramatisés. C'est notamment dans les domaines d'études du genre, des inégalités sociales ou des effets sur la santé du réchauffement climatique que le problème est souvent rencontré. Les scientifiques peuvent s'impliquer politiquement, mais il faut séparer les activités de production et de diffusion du savoir (activité scientifique à proprement parler) de celles de l'activisme politique (activité citoyenne) [9, 10].

Faire face aux problèmes sociaux et environnementaux

Au vu de l'évolution sanitaire globale, et en faisant le pari que la vaccination permettra une sortie prochaine de la crise de la Covid-19, la négation du progrès et le catastrophisme sanitaire sont étonnamment prévalents. Pour faire face aux importants problèmes sanitaires contemporains, notamment sociaux et environnementaux, il est important de reconnaître les progrès

accomplis [11]. Des comparaisons objectives et historiques entre populations au moyen de données probantes permettent de mesurer véritablement les enjeux et d'adapter la réponse sanitaire en conséquence. Cela passe par le renforcement de la culture de la surveillance sanitaire et le monitoring de la santé des populations, pour aller vers une santé publique basée sur l'évidence et guidée par les données [5].

Crédit

Graphique: 2021 Locatelli, Rousson

Références

- 1 OurWorldinData. Life expectancy. <https://ourworldindata.org/life-expectancy>, accédé le 15.7.2021.
- 2 Locatelli I, Rousson V. A first analysis of excess mortality in Switzerland in 2020. PLOS ONE. 2021;16(6):e0253505.
- 3 Carioli G, et al. European cancer mortality predictions for the year 2021 with focus on pancreatic and female lung cancer. Ann Oncol. 2021;32(4):478–87.
- 4 Livingston G, et al. Dementia prevention, intervention, and care: 2020 report of the Lancet Commission. Lancet. 2020;396(10248):413–46.
- 5 Chiolero A, Rodondi N, Santschi V. High-value, data-informed, and team-based care for multimorbidity. Lancet Public Health. 2020;5(2):e84.
- 6 Levari DE, Gilbert DT, Wilson TD, Sievers B, Amodio DM, Wheatley T. Prevalence-induced concept change in human judgment. Science. 2018;360(6396):1465–7.
- 7 Chiolero A, Paradis G, Santschi V, Cullati S. Contre l'infodémie et la désinformation sanitaire. Rev Med Suisse. 2021;17(730):538–40.
- 8 Organisation mondiale de la Santé (OMS). Dix ennemis que l'OMS devra affronter cette année, 2019. <https://www.who.int/fr/news-room/spotlight/ten-threats-to-global-health-in-2019>, accédé le 15.7.2021.
- 9 Heinich N. Ce que le militantisme fait à la recherche. Paris: Tracts Gallimard; 2021, ISBN: 9782072955907.
- 10 Chiolero A. Is science ever enough? Dare to play politics. Lancet. 2021;397(10268):23.
- 11 Roser M. Why do we need to know about progress if we are concerned about the world's large problems? <https://ourworldindata.org/problems-and-progress>, accédé le 9.8.2021.

L'essentiel en bref

- Dans un contexte de pandémie, les doutes quant aux progrès scientifiques, sanitaires et sociaux sont fréquents.
- Alors que de nombreux indicateurs sanitaires indiquent que la santé des populations s'est améliorée ces dernières années, la négation du progrès et le catastrophisme sanitaire sont étonnamment prévalents.
- Reconnaître le progrès sanitaire et en tirer les leçons aide à répondre aux problèmes contemporains de santé publique, notamment sociaux et environnementaux.
- Pour contre le catastrophisme sanitaire, il faut renforcer la surveillance sanitaire et le monitoring de la santé des populations pour aller vers une santé publique basée sur l'évidence et guidée par les données.

Das Wichtigste in Kürze

- In Zeiten der Pandemie sind Zweifel am wissenschaftlichen, gesundheitlichen und gesellschaftlichen Fortschritt weit verbreitet.
- Während viele Gesundheitsindikatoren zeigen, dass sich der Gesundheitszustand der Bevölkerung in den letzten Jahren verbessert hat, sind das Verleugnen des Fortschritts und die Panikmache erstaunlich weitverbreitet.
- Die Anerkennung der Fortschritte im Bereich der Gesundheit sowie das Lernen aus ihnen tragen dazu bei, aktuelle Fragen der öffentlichen Gesundheit anzugehen, insbesondere im gesellschaftlichen Bereich und bei der Umwelt.
- Um der Panikmache entgegenzuwirken, müssen die Gesundheitsüberwachung und das Monitoring der Volksgesundheit verstärkt werden, um zu einer evidenzbasierten und datengestützten öffentlichen Gesundheit zu gelangen.

arnaud.chiolero[at]unifr.ch

Der Triumph der ökonomischen Medizin

Wo man hinhört, hört man Klagen drüber, was der muss ertragen, der bei seinen Leisten still und im Ernste bleiben will. Denn es wächst in ihm Empörung über seiner Arbeit Störung. Kürzlich hat der CEO dargelegt, er denke so: Weder sei es klug noch richtig, wenn man Ärzte hält für tüchtig, deren Leistung nicht gemessen täglich durch die Zählung dessen, was exakt sich zählen lasse, dass man ihren Wert erfasse. Sprach: «Drum legen wir Gewicht sehr auf Ihren Fachbericht für die Information unserer ganzen Region. Dies zeigt Ihre Presse-Kraft, welche PR-Punkte schafft. Schon für Sie im Sinn des Ganzen ist gebucht der Kurs BILANZEN. Unsere Physio-Abteilung braucht viel höhere Auslastung, dies, indem Sie Wege finden, auch Gesunde anzubinden. Sehr erwünscht ist, wenn noch Zeit für Beratungstätigkeit bleibt in unsern Führungsgremien, selbst wenn hier nicht winken Prämien. Dieses AUF VEREINTEN WEGEN kommt dem Wir-Gefühl entgegen. Jährlich steigt die Punktzahl zwar, die fürs gleiche Honorar nach betrieblichen Beschlüssen Sie zusammentragen müssen. Doch gelingt es so, Vertrauen

auf den Punkten aufzubauen, und es spukt nicht mehr herein der Gefühle schale Schein. Auch ersetzt der Punktepegel elegant die Standesregel, insbesondere handelt es sich um, was Hippokrates mit dem Eide einst gelobte und erfolgreich er erprobte, doch das stört, bei aller Achtung für die ethische Betrachtung, unsere Kosteneffizienz der Privatteil-Konkurrenz und es brächte Ihnen Frust durch enormen Punktverlust, wäre wider das Verhalten, Abklärung so zu gestalten, dass der Kunde nicht muss warten, bis wir neuste Technik starten, sondern rasch und wenn vonnöten nochmals wird hereingegeben, dass das Wohl-Tun er verspürt, welches man signalisiert, aber er bei diesen Dingen nicht vermeint, man möchte ihn zwingen, sondern schliesst, dass die Beschwerden endlich ernst genommen werden. Unsererseits wird immer alles abgerechnet, dass des Falles ökonomisches Gewicht unserem Optimum entspricht. Und das geht nur, wenn das Denken Algorithmen trefflich lenken, warnen, dass beim Kranken-Heilen man nicht redend soll verweilen, weil es unsern Cash-Flow stört, wenn zu lange zu man hört.

Dass nun diesen Kodex stützen Ärzte, Pflege und benützen und dadurch die Klinik prägen, ist für den Betrieb ein Segen. Sprache wird sogar durchdrungen, dadurch, was uns schon gelungen mit der ÖKOMEDIZIN, die nun immer mehr wird blüh'n. Dass nicht droh'n geldwerte Fehler, gibt's den KLINIK-KODEX-ZÄHLER, der berechnet instantan, welcher Teil des, was getan, als Gewinn für unser Haus stündlich, täglich springt heraus. Jedermann kann sein Verhalten dementsprechend jetzt gestalten und auch individuell seinen Bonus auf der Stell, was auch klar erfüllt den Sinn unseres Leitmotivs WIN-WIN.»

*Prof. em. Dr. med. Max Stäubli,
Ebmatigen*

Ein Gedicht in Anlehnung an die satirisch mahnende Komödie *Knock oder Der Triumph der Medizin* [1] von Jules Romains und zwei in der *Schweizerischen Ärztezeitung* erschienene Artikel zum Thema Gesundheitsökonomie [2, 3].

Bildnachweis

Grafphotogpahrer | Dreamstime.com

Literatur

- 1 Romains J. *Knock oder Der Triumph der Medizin*. Stuttgart: Philipp Reclam jun.; 1997.
- 2 Aujesky D, Capaul R. Gegen die zunehmende Ökonomisierung der Medizin. *Schweiz Ärztztg*. 2021;102(27-28):911-2.
- 3 Capaul R, Brack T, Aujesky D. *Medizin und Ökonomie*. *Schweiz Ärztztg*. 2020;101(44):1450.

maxstaeubli[at]bluewin.ch

Eine gemeinsame Entscheidung

Anne-Françoise Allaz

Prof. Dr. med., Mitglied der Redaktion



Ein Freund ruft mich an, sehr aufgewühlt. Seine Frau leidet an Krebs im fortgeschrittenen Stadium und ist gerade ins Spital eingeliefert worden. Sehr angenehme Aufnahme, kompetente Behandlung, vertrauenswürdige Team. «Aber warum schauen all diese Ärzte nacheinander vorbei und wollen von meiner Frau wissen, mit welchen medizinischen Massnahmen sie einverstanden ist? Das beunruhigt sie enorm.» Ich erläutere, dass die Spitäler (ebenso wie die Ärztinnen und Ärzte) heute verpflichtet sind, die Patientinnen und Patienten über deren Gesundheitszustand zu informieren, sich an deren Patientenverfügungen zu orientieren und deren Entscheidungen zu respektieren. Diese Entscheidungen müssen den an der Behandlung beteiligten Teams klar mitgeteilt werden.

Ich kenne diese Erklärung auswendig, die ich angesichts der überraschten oder gar bestürzten Reaktionen von Patientinnen und Patienten oder Angehörigen schon oft geben musste. Ich stehe zum Grundgedanken dieser Regelung, ihre Anwendung aber bringt mich ins Grübeln. In den letzten vier Jahrzehnten hat sich die Kommunikation mit den Patientinnen und Patienten tiefgreifend verändert – von einer eher paternalistischen Haltung hin zu einer umfassenden Informierung und gemeinsamen Entscheidungsfindung, dem *shared decision-making*. Diese gesellschaftliche Entwicklung, sich auf die «informierten Präferenzen» und Werte der Patientinnen und Patienten und nicht allein auf medizinische Aspekte zu stützen, ist eine Reaktion auf die Forderung nach der Einbindung von Patientinnen und Patienten in ihre Gesundheitsversorgung. Zusammenfassen lässt sich das im Slogan *nothing about me, without me, ever*. Heute scheinen der Zugang der Patientinnen und Patienten zu ihrer Krankengeschichte und eine gemeinsame Entscheidungsfindung in der medizinischen Ethik und Kultur unserer Breitengrade selbstverständlich. Dies geht einher mit steigenden medizinisch-rechtlichen Anforderungen an die Information der Patientinnen und Patienten, die Ermittlung der von ihnen bevorzugten medizinischen Massnahmen und die Dokumentation. Aber was sagen die betroffenen Patientinnen und Patienten dazu?

Die Frau meines Freundes bleibt aufgewühlt. Das Fachpersonal will unbedingt die gewünschten Massnahmen besprechen. So weit ist sie noch nicht. Sie befindet sich im luftleeren Raum: Sie weiss, was sie hat, ohne es

wirklich begriffen zu haben. Wie könnte man es besser ausdrücken? Ihr Wissen über ihren Zustand ist noch rein intellektuell, sie hat es weder verinnerlicht noch emotional akzeptiert. Eine Situation, der wir so oft begegnen! Manche sehen darin Verleugnung, andere Hoffnung. Man richtet sich in der Unentschlossenheit ein, die weniger beängstigend ist als eine klare Entscheidung, für die es noch viel zu früh zu sein scheint! «O Zeit, halt ein im Flug», deklamierte Alphonse de Lamartine. All dies erschwert den Ärztinnen und Ärzten, die gerne eine «Herangehensweise» festhalten würden, die Begleitung der Kranken; all dies macht der Patientin und ihren Angehörigen die Situation schwer erträglich, die hoffen, «Zeit gewinnen» zu können, indem sie eben noch keine «Entscheidung» treffen – auch keine gemeinsame.

Das in vielen Leitlinien festgelegte Eingehen auf die Bedürfnisse und Wünsche der Patientinnen und Patienten ist ein komplexes Thema. Ein individuelles Herangehen ist von grösster Bedeutung, schliesslich gilt: *one size doesn't fit all*. Die umfangreiche Literatur zur gemeinsamen Entscheidungsfindung zeigt, dass die Mehrheit der Patientinnen und Patienten zwar eine gemeinsame Entscheidung wünscht, andere sich von diesem medizinischen Ansatz jedoch überfordert fühlen. Aber auch diesen müssen wir gerecht werden.

Damit das hehre Ideal der gemeinsamen Entscheidungsfindung nicht unter die Räder einer strengen Normativität gerät, die Ziel und Nutzen untergraben könnte [1], weisen führende Köpfe darauf hin, dass die individuellen, kontextuellen und humanistischen Aspekte niemals hinten an gestellt werden dürfen [1, 2]. Es ist notwendig, die mit Krankheit und der Einlieferung ins Spital einhergehende Verletzlichkeit zu berücksichtigen; sich für den bisherigen Lebenslauf der Patientinnen und Patienten zu interessieren, der sie zu scheinbar irrationalen Entscheidungen führen kann; sich Zeit für ein «aktives Zuhören» zu nehmen, um der jeweiligen Person und ihren Werten Raum zu geben, ihr Respekt und Aufmerksamkeit zu schenken.

Kurz: Damit eine medizinische Entscheidung wirklich gemeinsam erfolgt, muss sie sich von einem standardisierten Modell lösen und das Risiko einer echten Begegnung eingehen. Dies erfordert Bereitschaft, die Fähigkeit zum Zuhören und Einfühlungsvermögen, wird aber bei den Beteiligten sicher für ein deutlich besseres Gefühl sorgen.

Literatur

- 1 Kunneman M, Gionfreddo MR, Toloza FJK, et al. Humanistic communication in the evaluation of shared decision making: a systematic review. *Patient Educ Couns.* 2019;102:452–66.
- 2 Elwyn G. Shared decision making: What is the work? *Patient Educ Couns.* 2021; 104:1591–5.

afallaz[at]bluewin.ch



www.annahartmann.net