

# Schweizerische Ärztezeitung

**1554** Editorial  
von Yvonne Gilli  
**Globalbudget: Mit der  
Tarnkappe durchs Parlament**

**1578** Schwerpunktserie  
Interprofessionalität  
**Förderprogramm des Bundes:  
Bilanz und Ausblick**

**1594** «Zu guter Letzt»  
von Monika Brodmann Maeder  
**«Helping hands are better  
than talking mouths»**

**1556** Impfblogatorium:  
Der rechtliche Rahmen  
**Wann eine Impfpflicht in  
der Schweiz möglich ist**



**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 Puhon

**Redaktion Recht**

Lic. iur. Gabriela Lang, Rechtsanwältin, Leiterin Abteilung  
Rechtsdienst FMH a.i.

**FMH**

EDITORIAL: Yvonne Gilli

1554 **Globalbudget: Mit der Tarnkappe durchs Parlament**

AKTUELL: Yvonne Gilli

1555 **Privilegien und Freiheit oder Solidarität und Verständnis?**

1556



AKTUELL: Iris Herzog-Zwitter

**Impfobligatorium: Der rechtliche Rahmen**

Ist ein Impfobligatorium rechtlich zulässig, und wenn ja, unter welchen Umständen? Diesen Fragen geht der folgende Artikel nach. Die Autorin berichtet, wie der Europäische Gerichtshof für Menschenrechte dieses Thema beurteilt, legt die Grundlagen der Schweizer Gesetzgebung dazu dar und beleuchtet das Impfobligatorium aus arbeitsrechtlicher Sicht.

AKTUELL: Charlotte Schweizer, Ulrike Berger

1560 **«Alle Fragen zur Impfung sind legitim und ernst zu nehmen»**

1564 **Personalien**

**Organisationen der Ärzteschaft**

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

1565 **Qualitätsindikatoren im ambulanten Bereich**

**Briefe / Mitteilungen**

1570 **Briefe an die SÄZ**

1570 **Facharztprüfungen / Mitteilungen**

**FMH Services**

1571 **Stellen und Praxen** (nicht online)

## Tribüne

THEMA: Cinzia Zeltner

1578 **Erfolgreicher Beginn für eine gemeinsame Zukunft**

THEMA: Sébastien Jotterand

1583 **Medizinische Versorgung in peripheren Regionen**

## Horizonte

DU FINDEST DEINEN WEG! Fabienne Hohl

1588 **In guten Händen**

1591 **Preise und Auszeichnungen**

1592 **Persönlich**

SCHAUFENSTER: André Simon

1593 **Persuasion**

## Zu guter Letzt

Monika Brodmann Maeder

1594 **«Helping hands are better than talking mouths»**



ANNA

## Impressum

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

**Verlag:** EMH Schweizerischer Ärzte-  
verlag AG, Farnsbürgerstrasse 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@asmiq.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 Fachinformationen der  
verwendeten Medikamente verglichen  
werden.

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

printed in  
switzerland



Titelbild:  
© Ronstik | Dreamstime.com

# Globalbudget: Mit der Tarnkappe durchs Parlament

**Yvonne Gilli**

Dr. med., Präsidentin der FMH



Wenn es um die Kostendämpfung im Gesundheitswesen geht, finden derzeit vor allem zwei Vorhaben Aufmerksamkeit: Die im März 2020 eingereichte Kostenbremse-Initiative der Mitte-Partei sowie die sogenannte «Zielvorgabe», die der Bundesrat am 10. November als indirekten Gegenvorschlag dazu vorgelegt hat. Beide Vorhaben fordern einen Kostendeckel für die Gesundheitsversorgung, gehen dessen Ausgestaltung jedoch sehr verschieden an.

Die Kostenbremse-Initiative fordert «wirksame Anreize», damit sich die Gesundheitskosten «entsprechend der schweizerischen Gesamtwirtschaft und den durchschnittlichen Löhnen» entwickeln [1]. Sollten zwei Jahre nach einer Annahme der Initiative keine verbindlichen Massnahmen festgelegt sein, die Kosten aber 20% stärker als die Löhne wachsen, müsste «der Bund in Zusammenarbeit mit den Kantonen Massnahmen zur Kostensenkung» ergreifen [1]. Welche Massnahmen dies genau wären, bleibt völlig offen. Mehr Raum für die Ausgestaltung hätte die Mitte-Initiative gar nicht lassen können.

Insofern erstaunt die Begründung des Bundesrats für seinen Gegenvorschlag: «Der von der Initiative vorgeschlagene Mechanismus [sei] zu starr», so dass «je nach Umsetzung eine Rationierung der Leistungen» drohe [2]. Gerade der Gegenvorschlag sieht jedoch eine extrem engmaschige Regulierung vor: Mit der «Vorgabe von Zielen für die maximale Kostenentwicklung» sollen zukünftig staatlich definierte Kostenobergrenzen – differenziert nach «Kostenblöcken» und Kantonen – die Gesundheitsversorgung beschränken. Prämienzahlende dürften nicht mehr über die politischen «Kostenziele» hinaus behandelt werden, wenn Leistungserbringer staatliche Tarifeingriffe oder andere Sanktionen vermeiden möchten. Damit wäre aus Sicht der FMH erst recht eine «Rationierung von Leistungen» [3] zu befürchten. Zudem würden mit «aufwändiger und detaillierter Planwirtschaft» des Bundes im Gesundheitswesen keine «echten Lösungen» gefunden, wie die Mitte-Partei kritisiert [4].

Bei allen Unterschieden bleibt beiden Vorlagen gemeinsam, dass sie unserem Gesundheitswesen ein Globalbudget auferlegen möchten und damit einen gesundheitspolitischen Grundsatzentscheid erfordern. Aktuell

deutet jedoch vieles darauf hin, dass eine solche Grundsatzdiskussion gar nicht geführt werden soll: Der Systemwechsel hin zu einer Budgetierung mit einschneidenden Folgen für unsere Patientenversorgung könnte bereits in dieser Wintersession vorweggenommen werden. Denn während «Kostenbremse» und «Zielvorgaben» die Aufmerksamkeit auf sich ziehen, steht der dem Parlament vom EDI vorgelegte neue Artikel 47c KVG kurz vor der Verabschiedung im Ständerat. Auch dieser Artikel fordert eine Kostenobergrenze im Sinne der bundesrätlichen «Zielvorgabe»: Die Tarifpartner sollen künftig gemäss politischen Vorgaben die «gerechtfertigten» Kosten eines Kalenderjahres festlegen. Überschreiten sie dieses vorab fixierte Globalbudget, drohen finanzielle Sanktionen. Auch hier würde also der Versicherungsanspruch der Patientinnen und Patienten durch ein Budget beschränkt – und Ärztinnen und Ärzte dazu angehalten, im Zweifelsfall Leistungen vorzuenthalten, wenn sie finanzielle Sanktionen vermeiden möchten. Der Bundesrat hielt sogar explizit zum Artikel 47c fest, dieser solle «dazu dienen, diese Zielvorgabe zu erreichen» [5]. Bevor also der bundesrätliche Gegenvorschlag überhaupt abgestimmt wird, würden hier bereits Umsetzungsdetails vorweggenommen.

## Während «Kostenbremse» und «Zielvorgaben» die Aufmerksamkeit auf sich ziehen, steht der Artikel 47c KVG kurz vor der Verabschiedung.

Es bleibt zu hoffen, dass die kleine Kammer der Tragweite des Artikels 47c Rechnung trägt – und entscheidet, ihn erst gemeinsam mit der Kostenbremse-Initiative und dem bundesrätlichen Gegenvorschlag zu beraten. Andernfalls wäre die Einführung eines Kostendeckels in der Gesundheitsversorgung bereits beschlossen, bevor die grossen Vorlagen dazu überhaupt diskutiert worden sind. Ein solch folgenreicher Eingriff in ein so erfolgreiches und geschätztes Gesundheitswesen verdient jedoch mehr Aufmerksamkeit.

Es bleibt zu hoffen, dass die kleine Kammer der Tragweite des Artikels 47c Rechnung trägt – und entscheidet, ihn erst gemeinsam mit der Kostenbremse-Initiative und dem bundesrätlichen Gegenvorschlag zu beraten. Andernfalls wäre die Einführung eines Kostendeckels in der Gesundheitsversorgung bereits beschlossen, bevor die grossen Vorlagen dazu überhaupt diskutiert worden sind. Ein solch folgenreicher Eingriff in ein so erfolgreiches und geschätztes Gesundheitswesen verdient jedoch mehr Aufmerksamkeit.

### Literatur

Die vollständige Literaturliste finden Sie in der Online-Version des Artikels unter [www.saez.ch](http://www.saez.ch)

## Kurzreihe zum Hintergrund eines Impfblogatoriums

# Privilegien und Freiheit oder Solidarität und Verständnis?

**Yvonne Gilli**

Dr. med., Präsidentin der FMH

Eines ist den Beiträgen zum Thema Impfblogatorium meistens gemeinsam – sie polarisieren. In der aktuell aufgeladenen emotionalen Stimmung, vor der auch wir Ärztinnen und Ärzte nicht geschützt sind, sind sogar sogenannte «hochkarätige» Artikel von Expertinnen und Experten mit Aussagen versehen, die einem Faktencheck nicht standhalten würden. Eines ist

sicher: In einer demokratischen Gesellschaft braucht es die Meinungsvielfalt, und es braucht die beobachtende und reflektierte Analyse, um die polemisierende Informationsflut in Wissen zu übersetzen. Erst Wissen befähigt die Menschen, die für sie richtige Entscheidung zu treffen.

Wie gross ist der Spielraum für die freie Entscheidung für oder gegen eine Covid-Impfung? Wie und zu welchem Ausmass rechtfertigen sich gesetzliche Rahmenbedingungen für ein Impfblogatorium? Ist es möglich, geimpft zu sein und sich verantwortungslos zu verhalten gegen-

über gefährdeten Mitmenschen? Ist es möglich, nicht geimpft zu sein und verantwortungsvoll zu handeln? Diesen Fragen möchten wir in drei Artikeln nachgehen. Die ersten zwei, welche in diesem Heft sowie nächste Woche erscheinen, beleuchten fachspezifisch die juristische Ausgangslage und den juristischen Spielraum. In einer der nächsten Ausgaben der *Schwei-*

*zerischen Ärztezeitung* folgt ein Interview mit einer Ärztin, einem Juristen und einer Ethikerin. Damit möchten wir einen Beitrag leisten zur Reflexion der eigenen Haltung und zur Differenzierung des öffentlichen Diskurses.

Wissen wird über die Sprache vermittelt, und verschiedene Fachdisziplinen, beispielsweise Natur-

und Sozialwissenschaften, kommunizieren unterschiedlich. Mit wem wir uns identifizieren, ist tief – und oft unbewusst – in uns verankert. Konkret heisst dies, dass Worte wie Privilegien, Eigenverantwortung oder Impfblogatorium unterschiedlich gelesen und verstanden werden. Die Information, die ankommt, muss dabei nicht dem entsprechen, was im Text vermittelt wird. Wir lesen «zwischen den Zeilen», genauso wie wir im direkten Gespräch unser Gegenüber aufgrund seiner nonverbalen Äusserungen bewerten. Im Kontext dieser Komplexität und ihres Gegenspielers,

der politischen Polarisierung, möchten wir mit diesen drei Artikeln einen Beitrag leisten zur Differenzierung, und damit einladen zum Dialog.



**Bildnachweis**

Mika Baumeister / Unsplash

[yvonne.gilli\[at\]fmh.ch](mailto:yvonne.gilli[at]fmh.ch)



## Juristische Grundlagen zum Impfblogatorium – Teil 1

# Impfblogatorium: Der rechtliche Rahmen

**Iris Herzog-Zwitter**

Dr. iur., Abteilung Rechtsdienst FMH

Ist ein Impfblogatorium rechtlich zulässig, und wenn ja, unter welchen Umständen? Diesen Fragen geht der folgende Artikel nach. Die Autorin berichtet, wie der Europäische Gerichtshof für Menschenrechte dieses Thema beurteilt, legt die Grundlagen der Schweizer Gesetzgebung dazu dar und beleuchtet das Impfblogatorium aus arbeitsrechtlicher Sicht.

Die Pandemie und das Thema «Impfblogatorium» beschäftigen nicht nur die Politik, die Medizin und die juristische Lehre, sondern zunehmend auch die Gerichte. Aktuell hat sich der Europäische Gerichtshof für Menschenrechte (EGMR) zum Impfblogatorium im Zusammenhang mit Art. 8 EMRK «Recht auf Achtung des Privat- und Familienlebens» geäußert. Am 8. April 2021 hat der Europäische Gerichtshof für Menschenrechte im Fall «VAVŘIČKA und Andere/Tschechien» mit der Mehrheit von 16:1 entschieden, dass ein Impfblogatorium zum Schutz vor gefährlichen Krankheiten menschenrechtskonform sei. Im Zentrum des vorliegenden Verfahrens stand die tschechische

Impfverordnung. Diese sieht unter anderem ein Impfblogatorium von Kindern vor. Wer gegen dieses Impfblogatorium verstösst, wird gebüßt, und ein Betreuungsplatz im Kindergarten kann in der Folge verwehrt werden [1].

Aus dem fast 100-seitigen Urteil werden nachfolgend zwei Direktzitate wiedergegeben, aus welchen grundlegende Überlegungen des EGMR hervorgehen.

«As for the effectiveness of vaccination, the Court refers once again to the general consensus over the vital importance of this means of protecting populations against diseases that may have severe effects on individual health, and that, in the case of serious

outbreaks, may cause disruption to society [...] The Court accepts that the exclusion of the applicants from preschool meant the loss of an important opportunity for these young children to develop their personalities and to begin to acquire important social and learning skills in a formative pedagogical environment. However, that was the direct consequence of the choice made by their respective parents to decline to comply with a legal duty, the purpose of which is to protect health, in particular in that age group. Moreover, the possibility of attendance at preschool of children who cannot be vaccinated for medical reasons depends on a very high rate of vaccination among other children against contagious diseases. The Court considers that it cannot be regarded as disproportionate for a State to require those for whom vaccination represents a remote risk to health to accept this universally practised protective measure, as a matter of legal duty and in the name of social solidarity, for the sake of the small number of vulnerable children who are unable to benefit from vaccination. In the view of the Court, it was validly and legitimately open to the Czech legislature to make this choice, which is fully consistent with the rationale of protecting the health of the population. The notional availability of less intrusive means to achieve this purpose, as suggested by the applicants, does not detract from this finding.»

Es ist davon auszugehen, dass das Urteil VAVŘIČKA Auswirkungen auf die aktuelle gesellschaftspolitische und juristische Auseinandersetzung zum Thema Impfblogatorium auch in der Schweiz zeigen wird. Zu verweisen ist auf ein Leiturteil des Bundesgerichts vom 8. Juli 2021, welches das Urteil VAVŘIČKA zitiert im Zusammenhang mit der Verhältnismässigkeit von Massnahmen, um die Verbreitung übertragbarer Krankheiten in der Bevölkerung oder in bestimmten Personengruppen zu verhindern [2].

## Bundesverfassung

Ausgehend von Art. 118 BV ist der Bund verpflichtet, Vorschriften bzgl. der Bekämpfung übertragbarer, stark verbreiteter Krankheiten zu erlassen.

Der Wortlaut von Art. 118 BV ist wie folgt:

<sup>1</sup> Der Bund trifft im Rahmen seiner Zuständigkeiten Massnahmen zum Schutz der Gesundheit.

<sup>2</sup> Er erlässt Vorschriften über:

- a. den Umgang mit Lebensmitteln sowie mit Heilmitteln, Betäubungsmitteln, Organismen, Chemikalien

- und Gegenständen, welche die Gesundheit gefährden können;
- b. die Bekämpfung übertragbarer, stark verbreiteter oder bösartiger Krankheiten von Menschen und Tieren;
- c. den Schutz vor ionisierenden Strahlen.

## Epidemiengesetz (EpG)

Gestützt auf Art. 118 Abs. 2 BV erfolgte der Erlass des Bundesgesetzes über die Bekämpfung übertragbarer Krankheiten des Menschen (Epidemiengesetz). Dieses Gesetz bezweckt, den Ausbruch und die Verbreitung übertragbarer Krankheiten zu verhüten und zu bekämpfen [3]. Das EpG sieht als Grundprinzip die Arbeitsteilung von Bund und Kantonen vor. Der Bund hat die Oberaufsicht des Vollzugs des EpG und koordiniert falls nötig die kantonalen Massnahmen.

Das EpG wurde vom Bundesrat durch die Verordnung (VO) über die Bekämpfung übertragbarer Krankheiten des Menschen (Epidemienverordnung, EpV) [4] sowie die VO über mikrobiologische Laboratorien ergänzt. Dazu existiert eine EDI-VO über die meldepflichtigen Beobachtungen übertragbarer Krankheiten des Menschen.

## Covid-19-Gesetz

Dieses Gesetz regelt besondere Befugnisse des Bundesrates zur Bekämpfung der Covid-19-Epidemie und zur Bewältigung der Auswirkungen der Bekämpfungsmassnahmen auf Gesellschaft, Wirtschaft und Behörden.

«Die Gesetzesvorlage fasst Massnahmen aus zahlreichen Sachgebieten zusammen. Zwischen diesen Massnahmen besteht ein enger sachlicher Zusammenhang, womit der Grundsatz der Einheit der Materie respektiert wird: Die Vorlage ist als homogenes Massnahmenpaket konzipiert, das alle zur Bewältigung der Covid-19-Epidemie bereits ergriffenen und noch erforderlichen Regelungen zusammenfasst. Diese Primär- und Sekundärmassnahmen dienen dem gleichen Zweck und regeln in vergleichbarer Weise, wie der Bundesrat zur Bewältigung der Epidemie und ihrer Auswirkungen für eine befristete Zeit von den regulären gesetzlichen Bestimmungen abweichen darf» [5].

## Kantonale Kompetenz

Die Kompetenz der Kantone ist gemäss Art. 22 «Obligatorische Impfungen» EpG insofern gegeben, als Kantone Impfungen von gefährdeten Bevölkerungsgruppen, von besonders exponierten Personen und



von Personen, die bestimmte Tätigkeiten ausüben, für obligatorisch erklären können, sofern *eine erhebliche Gefahr* besteht.

Anhand von Art. 38 «Obligatorische Impfungen» Epidemienverordnung ist die Prüfung durch die zuständigen kantonalen Behörden vorzunehmen, ob eine erhebliche Gefahr gemäss Art. 22 EpG besteht. Eine wichtige Rolle spielen dabei namentlich

- der Schweregrad einer möglichen Erkrankung sowie das Risiko einer Weiterverbreitung der Krankheit,
- die Gefährdung besonders vulnerabler Personen,
- die epidemiologische Situation auf kantonaler, nationaler und internationaler Ebene unter Einbezug des BAG,
- die zu erwartende Wirksamkeit eines allfälligen Impfblogatoriums und
- die Eignung und Wirksamkeit anderer Massnahmen zur Eindämmung der Gesundheitsgefahr.

In Art. 38 Abs. 2 Epidemienverordnung heisst es weiter: «Ein Impfblogatorium für Personen, die bestimmte Tätigkeiten ausüben, insbesondere in Gesundheitseinrichtungen, ist auf diejenigen Bereiche zu beschränken, in welchen das Risiko einer Weiterverbreitung der Krankheit erhöht ist oder in welchen besonders verletzbar Personen gefährdet sind.»

In zeitlicher Hinsicht ist dieses Obligatorium zu befristen, des Weiteren darf eine Impfung nicht mittels physischen Zwangs erfolgen.

## Bundeskompetenz

Eine wichtige Bestimmung ist der nachfolgend zitierte Art. 6 Abs. 2 lit. d Epidemiengesetz (EpG). Demnach kann der Bundesrat bei Vorliegen *einer besonderen Lage* nach Anhörung der Kantone für vulnerable Personengruppen, besonders exponierte Personen oder Personen, die bestimmte Tätigkeiten ausüben, ein Impfblogatorium vorsehen.

### Art. 6 Abs. 2 EpG

<sup>2</sup> Der Bundesrat kann nach Anhörung der Kantone folgende Massnahmen anordnen:

- a. Massnahmen gegenüber einzelnen Personen;
- b. *Massnahmen gegenüber der Bevölkerung;*
- c. Ärztinnen, Ärzte und weitere Gesundheitsfachpersonen verpflichten, bei der Bekämpfung übertragbarer Krankheiten mitzuwirken;
- d. *Impfungen bei gefährdeten Bevölkerungsgruppen, bei besonders exponierten Personen und bei Personen, die bestimmte Tätigkeiten ausüben, für obligatorisch erklären.*

Das Covid-19-Gesetz bietet für den Bundesrat hingegen *keinerlei Grundlage*, in der gegenwärtigen besonderen Lage direkt oder indirekt über Art. 6 Abs. 2 lit. d EpG *hinausgehende* Impfblogatorien anzuordnen [6].

Des Weiteren kann der Bundesrat gemäss Art. 7 *Ausserordentliche Lage* EpG für das ganze Land oder für einzelne Landesteile die notwendigen Massnahmen anordnen, wenn es eine *ausserordentliche Lage* erfordert. Dies ist dann relevant, wenn eine übertragbare Krankheit, die eine schwere Bedrohung der öffentlichen Gesundheit darstellt, plötzlich und unvorhersehbar auftritt.

## Verhältnismässigkeitsprinzip

Einschränkungen von Grundrechten bedürfen einer gesetzlichen Grundlage [7]. Sie müssen durch ein öffentliches Interesse oder durch den Schutz von Grundrechten Dritter gerechtfertigt und verhältnismässig sein [8]. Ob öffentliche Interessen eine Grundrechtseinschränkung rechtfertigen, lässt sich im Zusammenhang mit einem Impfblogatorium nur basierend auf medizinisch-epidemiologischem Fachwissen beantworten. Eine gesetzliche Unbestimmtheit sei gemäss Bundesgericht durch das Verhältnismässigkeitsprinzip zu kompensieren. Demnach, so das Bundesgericht, kommt dem Verhältnismässigkeitsgrundsatz «besondere Bedeutung zu für die harmonisierende Konkretisierung konfligierender Verfassungsprinzipien, wie zum Beispiel dem Schutz von Leben und Gesundheit einerseits und den zu diesem Zweck verhängten Grundrechtseinschränkungen andererseits» [9]. Und die Verhältnismässigkeit

müsse gemäss der Bundesrichter umso strenger geprüft werden, «wo die Unbestimmtheit von Rechtssätzen zu einem Verlust von Rechtssicherheit führt».

## Impfobligatorium und Impfwang

In der juristischen Lehre wird der Unterschied zwischen Impfobligatorium und Impfwang beleuchtet [10]. Für ein Impfobligatorium bestehen bei besonderer und ausserordentlicher Lage unter dem Vorbehalt des Verhältnismässigkeitsprinzips Rechtsgrundlagen. Hingegen gibt es im Epidemien-gesetz für einen Impfwang keine gesetzliche Grundlage. Dies lässt sich aus Art. 32 EpG ableiten, welcher die Massnahmen abschliessend aufzählt, die zwangsweise durchgesetzt werden können.

## Das Impfobligatorium aus arbeitsrechtlicher Sicht [11]

Ein Impfobligatorium des Arbeitgebers müsse gemäss den Autoren Sturny und Zendeli «durch die betriebliche Tätigkeit begründet sein und es darf keine mildereren Schutzmassnahmen (zum Beispiel Anzüge, Masken etc.) geben, die zum selben Ergebnis führen würden» [12]. Laut Hug und Pärli fehlt für eine abschliessende Beurteilung sowohl eine Klärung als auch eine wissenschaftliche Analyse dieser Vertrags-einschränkung im Hinblick auf eine privatrechtliche Impfpflicht im Arbeitsvertrag [13]. Unter dem Aspekt der Verhältnismässigkeit sei eine Abwägung zwischen Schutz des Patienten und dem Eingriff in die körperliche Unversehrtheit zum Beispiel des Gesundheitspersonals vorzunehmen.

Der Arbeitsvertrag würde somit grundsätzlich die Möglichkeit bieten, in privatrechtlichen Gesundheitsbetrieben ein Covid-19-Impfobligatorium mit den Arbeitnehmenden zu vereinbaren. Bei einem vertraglich vereinbarten Impfobligatorium würde eine Nichtimpfung eine Vertragsverletzung darstellen, was

Arbeitgebende mit Massnahmen bis einschliesslich der Kündigung sanktionieren könnten.

### Bildnachweis

Ivan Diaz / Unsplash  
Spencer Davis / Unsplash

### Literatur

- 1 Die Impfpflicht ist menschenrechtskonform, NZZ Nr. 89, 19.4.2021, S. 19; Richter billigen Impfobligatorium in Tschechien (aerztezeitung.de); VAVŘIČKA AND OTHERS v. THE CZECH REPUBLIC (coe.int) (letzter Zugriff am 6.10.2021).
- 2 Urteil (des Bundesgerichts) 2C\_941/2020 vom 8. Juli 2021 E. 3.2.3, zur Publikation vorgesehen.
- 3 Art. 2 Abs. 1 EpG.
- 4 Die Verordnung über die Bekämpfung übertragbarer Krankheiten des Menschen (Epidemienverordnung, EpV) regelt insbesondere die Überwachung, Verhütung und Bekämpfung von übertragbaren Krankheiten.
- 5 Botschaft zum Bundesgesetz über die gesetzlichen Grundlagen für Verordnungen des Bundesrates zur Bewältigung der Covid-19-Epidemie (Covid-19-Gesetz), BBl 2020 6563 6621; <https://www.fedlex.admin.ch/eli/fga/2020/1669/de>
- 6 «Die Möglichkeit, ein Impfobligatorium anzuordnen bei gefährdeten Bevölkerungsgruppen, bei besonders exponierten Personen und bei Personen, die bestimmte Tätigkeiten ausüben (z.B. Arbeit auf bestimmten Abteilungen in Spitälern oder in Heimen), ergibt sich aus dem geltenden Epidemien-gesetz (Art. 6 Abs. 2 Bst. d EpG). Das vorgesehene Covid-19-Gesetz enthält keine diesbezügliche Grundlage. Ein Impfobligatorium bedeutet nicht das Gleiche wie ein Impfwang. Weder besteht eine gesetzliche Grundlage, gestützt auf die jemand unter Zwang geimpft werden könnte, noch ist eine solche im Covid-19-Gesetz oder in einem anderen Erlass vorgesehen.» (Botschaft zum Bundesgesetz über die gesetzlichen Grundlagen für Verordnungen des Bundesrates zur Bewältigung der Covid-19-Epidemie [Covid-19-Gesetz]) BBl 2020 6563 6581 [<https://www.fedlex.admin.ch/eli/fga/2020/1669/de>]; Kaspar Gerber, Drei Leiturteile des Bundesgerichts zu kantonalen Coronamassnahmen, in: Jusletter 16. August 2021, N 96, mit weiteren Nachweisen.
- 7 Art. 36 Abs. 1 BV.
- 8 Art. 36 Abs. 2 und 3 BV.
- 9 Urteil (des Bundesgerichts) 2C\_941/2020 vom 8. Juli 2021 E. 3.2.3, zur Publikation vorgesehen.
- 10 Vokinger KN, Rohner N. Impfobligatorium und Impfwang – eine staatsrechtliche Würdigung. recht 2020, S. 257ff.
- 11 Szucs TD, Drack SF. Covid-19-Impfobligatorium, Möglichkeiten und Haftung von privatrechtlichen Arbeitgebern von Gesundheitspersonal, in Jusletter 14. Juni 2021.
- 12 Sturny T, Zendeli D. Gesetzgebung und Rechtsprechung, RR-VR 2/2021, S. II.
- 13 Hug J, Pärli K. Impfwang in Gesundheitsbetrieben des Privatrechts. Pflgerecht. 2013;3:165–73.

FMH  
Rechtsdienst  
Nussbaumstrasse 29  
CH-3000 Bern 15  
Tel. 031 359 11 11  
Fax 031 359 11 12  
[iris.herzog\[at\]fmh.ch](mailto:iris.herzog[at]fmh.ch)

# «Alle Fragen zur Impfung sind legitim und ernst zu nehmen»

Charlotte Schweizer<sup>a</sup>, Ulrike Berger<sup>b</sup>

<sup>a</sup> Leiterin Abteilung Kommunikation der FMH; <sup>b</sup> Kommunikationsspezialistin der FMH

Noch längst ist in der Schweiz der aufgrund von Modellrechnungen angestrebte Impf-Richtwert von 80% der 18- bis 64-Jährigen und 93% der über 65-Jährigen nicht erreicht. Anlässlich der nationalen Impfwoche fragen wir Virginie Masserey als Leiterin der Sektion Infektionskontrolle und Impfprogramm des Bundesamts für Gesundheit (BAG) nach den Gründen – und nach Möglichkeiten, wie sich die Impfbereitschaft in der Schweiz gezielt fördern lässt.

## *Frau Masserey, warum steigt die Impfquote in der Schweiz nicht, wie sie sollte?*

Es gibt eine Reihe von Gründen, warum wir keine so hohe Impfquote erreichen, wie wir es uns wünschen. Dabei gilt es auch anzumerken, dass wir nie eine Zielgrösse festgelegt haben. Ziel der Impfstrategie ist es in erster Linie, schwere Krankheitsverläufe, Hospitalisierungen und Todesfälle zu verhindern. Zu Beginn der Impfkampagne war kaum Impfstoff verfügbar. Es ging vor allem darum, die vulnerablen Menschen zu impfen. Zu diesem Zeitpunkt war die Nachfrage grösser als das Angebot. Laut Umfragen hat die Impfbereitschaft mit der Zeit weiter zugenommen. Im Juni haben wir dann richtig viele Impfdosen erhalten. Zu diesem Zeitpunkt, zu Beginn der Sommerferien und während sich die Epidemie günstig entwickelte, machte der Trend eine Kehrtwende: Das Angebot überstieg nun die Nachfrage. Man konnte davon ausgehen, dass die Zahl der Impfungen nach den Ferien erneut steigen würde. Just zu diesem Zeitpunkt begann die Delta-Variante sich durchzusetzen. Sie ist wesentlich ansteckender und erfordert eine sehr hohe Impfquote. Deshalb müssen wir jetzt alles dafür tun, noch mehr Menschen zur Impfung zu motivieren, auch wenn von den über 12-Jährigen bereits drei Viertel geimpft sind.

***Eine aktuelle Umfrage der FMH zeigt, dass Patientinnen und Patienten ihren Hausärztinnen und Hausärzten vertrauen. Warum trauen die Menschen dem Aufruf des BAG zur Impfung bislang noch nicht genügend? Was sagen Sie Menschen, die den Impfstoff für noch zu wenig ausgereift halten?***

In der Tat, die Patientinnen und Patienten vertrauen ihren Ärztinnen und Ärzten. Wir zählen deshalb dar-

## Zur Person



Virginie Masserey ist Fachärztin für pädiatrische Infektionskrankheiten und Spezialistin für Impfungen. Sie leitet die Sektion «Infektionskontrolle und Impfprogramm» beim Bundesamt für Gesundheit BAG.

auf, dass die Ärztinnen und Ärzte ihnen alle Informationen und Antworten zur Hand geben, die sie benötigen, um sich für eine Impfung zu entscheiden. Aus Umfragen geht hervor, dass das Vertrauen in das BAG ebenfalls hoch ist. Diejenigen, die sich nicht impfen lassen möchten, nennen als wichtigsten Grund, dass die Impfstoffe zu schnell entwickelt wurden. Die mRNA-Impfstofftechnologie wird jedoch schon seit über zehn Jahren erforscht. Es war eine Chance, diese Technologie gegen das Coronavirus nutzen zu können.

Wir hatten auch das Glück, dass das Schlüsselprotein für einen Immunschutz gegen dieses Virus, das Spike-Protein, sehr schnell identifiziert wurde. Aufgrund der Dringlichkeit, die die Pandemie schuf, stand für die Durchführung der erforderlichen Studien viel Geld zur Verfügung. Alle Studien wurden so schnell wie möglich, aber eben nach allen wissenschaftlichen Standards durchgeführt. Und die für die Arzneimittelzulassung zuständigen Behörden analysierten sämtliche Daten, sobald diese vorlagen. Auch das sparte Zeit.

Das Prinzip des mRNA-Impfstoffs ist sehr einfach und basiert auf dem natürlichen Prinzip der Proteinproduktion. Heute haben wir bereits viel Erfahrung damit: Millionen von Menschen sind mit diesen Vakzinen geimpft worden, und da die Aufmerksamkeit für mögliche Nebenwirkungen sehr hoch ist, wissen wir, dass die Risiken in Zusammenhang mit der Impfung sehr gering sind – viel geringer als die Risiken in Zusammenhang mit einer Infektion durch das Virus.

***Könnte die Impfunwilligkeit an der bisherigen Kommunikationsstrategie des BAG liegen? Immerhin haben verschiedene Informationen im Laufe der Pandemie durchaus Anpassungen erfahren.***

Es ist richtig, dass sich im Verlauf der Pandemie Anpassungen in den Informationen ergeben und ergeben haben, aufgrund sich verändernder Datenlagen. Die Kommunikation des BAG zu den Impfstoffen ist präzise, umfassend und konsistent. Eine grosse Herausforderung stellen soziale Netzwerke und die dort kursierenden Falschinformationen dar. Diejenigen, die Impfstoffen misstrauisch gegenüberstehen, finden unweigerlich Informationen, die ihre Befürchtungen zu bestätigen scheinen. Aufgrund der von den sozialen Netzwerken verwendeten Algorithmen, die eine gezielte Ausrichtung der angezeigten Nachrichten auf das Profil der Nutzerinnen und Nutzer ermöglichen, erhalten diese umso mehr Informationen, die sie in ihren Annahmen bestärken. Daher ist es besonders wichtig, diese Personen direkt über kompetente, geschulte und vertrauenswürdige Personen wie Ärztinnen und Ärzte oder andere Angehörige der Gesundheitsberufe erreichen zu können.

***Nun hat das BAG eine Ziel-Impfquote formuliert. Welche epidemiologischen Daten liegen dieser Zielgrösse zugrunde?***

Die angegebenen Werte für die Impfquote sind keine Zielvorgabe, sondern Richtwerte, eine Grössenordnung, an der man sich orientieren kann. Diese Werte (80% der 18- bis 64-Jährigen und 93% der über 65-Jähri-

gen) stammen aus Schätzungen, in die Beobachtungen aus Ländern, in denen sämtliche Massnahmen weggefallen sind, und Modellierungsdaten eingeflossen sind. Sie beinhalten zudem Schätzungen über den Anteil an Menschen, die infolge einer überstandenen Infektion immun sind. Das Hauptziel besteht darin, den Anteil vulnerabler Personen so weit wie möglich zu verringern, insbesondere in Gruppen, bei denen ein hohes Risiko besteht, im Falle einer Infektion ins Spital eingeliefert zu werden. Bei einem so ansteckenden Virus wie der Delta-Variante ist eine sehr hohe Impfquote erforderlich, um eine übermässige Belegung der Spitalbetten und eine Überlastung der Intensivstationen zu vermeiden.

***Was bedeutet das Erreichen der Ziel-Impfquote für die Bevölkerung in der Schweiz?***

Sobald das Immunitätsniveau in der Bevölkerung ausreichend ist, braucht man weniger ergänzende Massnahmen zur Vermeidung einer Übertragung. Man kann das Virus dann zirkulieren lassen, weil die Zahl

**Die Kommunikation des BAG zu den Impfstoffen ist präzise. Eine Herausforderung stellen Falschinformationen in sozialen Netzwerken dar.**

der Erkrankten nicht mehr zu hoch ist und weil vor allem kein Risiko mehr besteht, dass die Intensivstationen überlastet werden könnten. Allerdings sollte man auf das Auftreten von Varianten achten, die die erworbene Immunität aushebeln könnten, sowie auf die mögliche Abnahme der Immunität im Laufe der Zeit. Zumindest für bestimmte Bevölkerungsgruppen können Auffrischungsimpfungen mit den bekannten oder angepassten Impfstoffen erforderlich sein.

***Was bedeutet das Nicht-Erreichen der Ziel-Impfquote für die Bevölkerung in der Schweiz?***

Dann müsste der Zugang zu bestimmten Orten oder Aktivitäten mit einem hohen Übertragungsrisiko eingeschränkt bleiben und Hygienemassnahmen wie das Tragen von Masken, Abstand halten und regelmässiges Händewaschen müssten beibehalten werden. Dies wäre erforderlich, um eine Überlastung der Spitäler zu vermeiden – eine Überlastung, die sich nicht nur auf die Behandlung von Menschen mit Covid, sondern auch auf Menschen mit anderen Gesundheitsproblemen auswirken würde.

***Lassen sich Bevölkerungsgruppen ausmachen, die nicht erreicht werden?***

Erhebungen zufolge entscheiden sich etwa 10–15% der erwachsenen Befragten gegen eine Impfung. Da das



**Ich lasse mich impfen**

Virus so ansteckend ist, werden diese Menschen sich mit sehr hoher Wahrscheinlichkeit irgendwann anstecken, falls dies nicht schon geschehen ist (was auch einer der genannten Gründe ist, warum Menschen sich nicht impfen lassen wollen). Ein Teil dieser Menschen wird einen schweren Krankheitsverlauf haben. Wir müssen verhindern, dass sich zu viele dieser Menschen in kurzer Zeit infizieren, die Spitäler überlastet werden und manche der Infizierten, aber auch Menschen mit anderen Gesundheitsproblemen, nicht angemessen behandelt werden können.

**Lange hiess es, die grosse Mehrheit der Covid-19-Fälle verlief mild. Stimmt diese Aussage heute nicht mehr?**

Diese Aussage trifft weiterhin zu. Das Problem der Pandemie besteht vor allem darin, dass es in der Bevölkerung zuvor keine entsprechende Immunität gab, dass das Virus hochgradig ansteckend ist und dass wir daher mit vielen Infektionen in kurzer Zeit konfrontiert werden. Selbst wenn der Anteil der schweren Fälle gering ist (1–2% der Infizierten müssen ins Spital eingeliefert werden), reicht dies aus, um eine erhebliche Überlastung der Gesundheitsversorgung zu verursachen, insbesondere der Intensivpflege, da es in kurzer Zeit viele Infizierte geben kann. Der Anteil der schweren Fälle nimmt mit dem Alter stark zu (bei Infizierten über 70 Jahre beträgt die Hospitalisierungsquote 15–20%). Schwere Verläufe können jedoch in jedem Alter auftreten. Der wichtigste Aspekt ist, dass etwa 15–20% der ins Spital Eingewiesenen intensivmedizinisch betreut werden müssen, was lange dauern kann (im Durchschnitt 10 Tage), gefolgt von ebenfalls langwierigen Rehabilitationsmassnahmen.

**Gerade Jugendliche und Menschen unter 65 Jahren könnten sich aber in falscher Sicherheit wiegen?**

Sobald die Impfquote bei den über 65-Jährigen ein hohes

Niveau erreicht hatte, kam es bei den nicht geimpften unter 65-Jährigen zu einem Anstieg der Fälle und der Spitalaufenthalte. Auf dem Höhepunkt der letzten Epidemiewelle waren mehr als 90% der ins Spital eingelieferten Personen ungeimpft, die Hälfte von ihnen war jünger als 53 Jahre. Knapp 16% der auf der Intensivstation Behandelten waren zwischen 20 und 39 Jahren alt.

**Derzeit berichten die Medien davon, dass die beiden bislang mehrheitlich in der Schweiz im Einsatz stehenden Impfstoffe unterschiedlich wirksam bzw. allenfalls auch unterschiedlich lange wirksam sind. Wie ist hier derzeit der Stand der Wissenschaft?**

Die beiden in der Schweiz erhältlichen mRNA-Impfstoffe schützen in allen Altersgruppen hochwirksam vor einer Hospitalisierung aufgrund von SARS-CoV-2 (mehr als 90%). Das ist letztlich der wichtigste Aspekt. Die verfügbaren Daten aus verschiedenen Ländern deuten darauf hin, dass der Schutz vor einer Infektion im Laufe der Zeit abnimmt, dass der Schutz gegen die Delta-Variante stärker abnimmt und die Abnahme bei einem der beiden Impfstoffe etwas stärker ausgeprägt ist als bei dem anderen. Aber das ist eben nicht der wichtigste Aspekt: Was wir durch die Impfung ja vor allem vermeiden wollen, sind schwerwiegende Verläufe.

**«Covid-Ausbruch in einem Pflegezentrum nach mRNA-Impfung», so der Titel eines Berichts in der «Schweizerischen Ärztezeitung» vom Oktober 2021. Was sagen Sie dazu?**

Impfstoffe bieten keinen 100-prozentigen Schutz. Wenn in einer Einrichtung wie einem Pflegezentrum eine Infektion auftritt, ist es nicht verwunderlich, dass sich viele Menschen infizieren, auch vollständig geimpfte Personen. Wichtig ist, dass die Krankheit dort dank des Impfstoffs viel weniger schwerwiegend verläuft und dass der Ausbruch schnell endet, was in diesen Fällen im Allgemeinen zu beobachten ist.

**Gibt es Personengruppen, die trotz Impfung nur schlecht geschützt werden können?**

Personen, deren Immunsystem stark geschwächt ist (zum Beispiel aufgrund einer immunsuppressiven Therapie), sind möglicherweise nicht ausreichend geschützt. Es wird empfohlen, vier Wochen nach der Impfung die Antikörperreaktion zu überprüfen und im Fall, dass Antikörper nicht eindeutig nachweisbar sind, eine dritte Dosis zu verabreichen.

**Bei welchen Patientinnen und Patienten soll von einer Impfung abgesehen werden?**

Es gibt kaum Kontraindikationen für die Impfung. Wenn, dann handelt es sich um Personen mit einer

schweren Allergie gegen einen der Bestandteile des Impfstoffs. Für unter 12-Jährige liegen derzeit keine ausreichenden Daten vor. Für Schwangere wird die Impfung mit mRNA-Impfstoffen ab dem zweiten Schwangerschaftsdrittel empfohlen, aber auch eine Impfung im ersten Drittel ist möglich.

**Wie lässt sich das Gerücht um den Einfluss aufs Erbgut wirksam entkräften?**

Die mRNA bleibt ausserhalb des Zellkerns und somit ausserhalb desjenigen Teils der Zelle, der die genetischen Informationen (die DNA) enthält. Und die mRNA kann sich nicht in DNA verwandeln und in das Genom der Zelle eindringen.

**Steht der Bevölkerung künftig eine jährliche oder zwei Mal jährliche Impfung gegen das Coronavirus bevor?**

Das wissen wir noch nicht. Um dies beurteilen zu können, benötigen wir einen längeren Beobachtungszeitraum. Die Antwort auf diese Frage wird sicherlich auch von den Risikofaktoren für einen schweren Krankheitsverlauf sowie von der Entwicklung von Varianten abhängen.

**Vielleicht würden sich die Menschen lieber bei ihrem Hausarzt oder bei ihrer Hausärztin impfen lassen?**

Das ist nachvollziehbar. Die Verabreichung der derzeit verfügbaren Impfstoffe in der Arztpraxis ist mit

logistischen Schwierigkeiten verbunden (Lagerung im Gefrierschrank bei sehr niedrigen Temperaturen und in Fläschchen mit mehreren Dosen, die nach dem Öffnen nur wenige Stunden aufbewahrt werden können). Wir stehen mit den Herstellern in regelmässigem Kontakt, aber eine Vermarktung in Form von Einzeldosierspritzen ist für die nahe Zukunft noch nicht geplant.

**Gibt es etwas anderes, was Sie unseren Leserinnen und Lesern mitteilen möchten?**

Impfungen sind ein bewährtes Mittel, Krankheiten zu verhindern. Dank der Fortschritte in Wissenschaft und Technik konnten in Rekordzeit sehr sichere und hochwirksame Impfstoffe gegen Covid-19 entwickelt werden. Die Impfkampagnen werden sehr genau überwacht, wobei sich die sehr gute Wirkung dieser Impfstoffe bestätigt. Wir Ärztinnen und Ärzte sollten bestens informiert sein und uns die Zeit nehmen, die Fragen unserer Patientinnen und Patienten in Ruhe zu beantworten. Alle Fragen sind legitim und ernst zu nehmen.

**Vielen Dank für das Gespräch.**

**Bildmaterial**

Aus Impfkampagne des BAG

Infoline Coronavirus für Gesundheitsfachpersonen  
+41 58 462 21 00,  
täglich 7–20 Uhr

## Informationskampagnen des BAG

Das BAG realisiert eine landesweite Informationskampagne zur Covid-19-Impfung. Auf [www.bag-coronavirus.ch](http://www.bag-coronavirus.ch) kann das gesamte Kampagnenmaterial für den individuellen Einsatz heruntergeladen werden. Dort befinden sich auch viele weitere Informationen, die bei der Patientenberatung hilfreich sind.

Unter anderem werden Mythen zur Covid-19-Impfung durch Expertenvideos aufgelöst. Zudem gibt es einen übersichtlichen Faktencheck mit wissenschaftlichen Erläuterungen zu verbreiteten Impfmythen. Im Videoformat erklären ausserdem eine Ärztin und andere Gesundheitsfachpersonen, weshalb sie sich impfen liessen. Das Bundesamt für Gesundheit erklärt auf der Website auch die Prozesse von der Entwicklung, Herstellung und Zulassung von Impfstoffen.

Auch häufig gestellte Fragen werden thematisiert. Dazu gehören unter anderem Fragen rund um die Impfung bei Kindern und Jugendlichen oder während der Schwangerschaft und Stillzeit. Auch Fragen zur Auffrischungsimpfung, zu Nebenwirkungen und Haftung oder zur Änderung der Massnahmen für geimpfte Personen werden beantwortet.

Darüber hinaus bietet die Website Informationen zu den Themen Testen, Zertifikat und SwissCovidApp.

Coronavirus  
**SO SCHÜTZEN WIR UNS.**

**EIN HERZ FÜR UNS ALLE**

Jetzt nach Impfterminen erkundigen

Durch das Impfen helfen wir mit, die Pandemie einzudämmen. Damit wir alle irgendwann wieder unser Leben ohne Einschränkungen geniessen können.

**bag-coronavirus.ch/impfung**  
Infoline Covid-19-Impfung: 0800 88 66 44

# Personalien

## Todesfälle / Décès / Decessi

*Leonardo Fulgosi* (1935), † 27.9.2021,  
1162 Saint-Prex

*Hana Sajdl Zeller* (1959), † 27.9.2021,  
Fachärztin für Physikalische Medizin und  
Rehabilitation und Praktische Ärztin,  
8006 Zürich

*Werner Wüst* (1940), † 26.10.2021,  
Facharzt für Pathologie, 5454 Bellikon

*Mark Gubser* (1942), † 29.10.2021,  
Facharzt für Neurologie, 3400 Burgdorf

*Daniel Roulet* (1958), † 1.11.2021,  
Spécialiste en chirurgie, 1800 Vevey

## Ärztegesellschaft des Kantons Bern

### Ärztlicher Bezirksverein Bern Regio

Zur Aufnahme als ordentliches Mitglied  
haben sich angemeldet:

*Marc-Alain Portmann*, Facharzt für  
Allgemeine Innere Medizin, FMH,  
Richigenstrasse 4, 3076 Worb

*Seyran Yüksel-Hatz*, Fachärztin für Radiologie,  
FMH, Bahnhofplatz 1, 3011 Bern

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

## Ärztegesellschaft des Kantons Luzern

Zur Aufnahme in unsere Gesellschaft  
Sektion Stadt haben sich gemeldet:

*Pascal Euthum*, Facharzt für Allgemeine  
Innere Medizin, FMH, Rontalpraxis, Bahn-  
hofstrasse 2, 6030 Ebikon

*Agnieszka Jurga-Karwacka*, Fachärztin für  
Gynäkologie und Geburtshilfe, gyn-zentrum,  
Zentralstrasse 1, 6003 Luzern, und Halden-  
strasse 11, 6006 Luzern

*Peter Prömmel*, Facharzt für Neurochirurgie,  
FMH, Klinik für Neuro- und Wirbelsäulenchi-  
rurgie Zentralschweiz AG, St. Anna-Strasse 32,  
6006 Luzern

Zur Aufnahme in unsere Gesellschaft  
Sektion Gäu hat sich gemeldet:

*Maria Teresa Sousa Teixeira da Silva*, Fach-  
ärztin für Gynäkologie und Geburtshilfe,  
Kantonsspital Sursee, Spitalstrasse 16a,  
6210 Sursee, und Praxis Vessela und David  
Nikolaidis AG, Bahnhofstrasse 19a,  
6203 Sempach Station

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

## Ärztegesellschaft des Kantons Schwyz

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

*Mehmet Vedat Eronat*, Praktischer Arzt, seit  
1.11.2021 in Praxis Dr. Kiepeke, Arth, tätig

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

## Ärztegesellschaft Thurgau

Die Ärztegesellschaft Thurgau informiert  
über folgende Neuanmeldungen:

*Karin Gassmann*, Fachärztin für Ophthal-  
mologie, FMH, Mühlebrückestrasse 6,  
8400 Winterthur

*Matthias Gottfried Groh*, Facharzt für Psych-  
iatrie und Psychotherapie und Facharzt für  
Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psycho-  
therapie, Schulstrasse 8, 8598 Bottighofen

*Johannes Alexander Schwab*, Praktischer Arzt,  
FMH, Hansjakobweg 31, DE-78467 Konstanz

*Kirsten Stadler*, Fachärztin für Orthopädische  
Chirurgie und Traumatologie des Bewe-  
gungsapparates, FMH, Wildensteinstrasse 14,  
9404 Rorschacherberg

*Katja Stenger*, Fachärztin für Psychiatrie  
und Psychotherapie, Ringstrasse 8,  
8274 Tägerwilten

## Ärztegesellschaft Uri

Zur Aufnahme in die Ärztegesellschaft Uri als  
ordentliches Mitglied per 1.1.2022 haben sich  
angemeldet:

*Wiebke Gulden-Sala*, Fachärztin für Allge-  
meine Innere Medizin und Fachärztin für  
Medizinische Onkologie, FMH, tätig seit  
1.3.2021 in der Bristenpraxis, 6460 Altdorf

*Annalena Schott*, Fachärztin für Anästhesiolo-  
gie, FMH, tätig als Leitende Ärztin Anästhesie  
am Kantonsspital Uri, 6460 Altdorf

Einsprachen gegen diese Kandidaturen  
müssen innerhalb von 20 Tagen seit dieser  
Veröffentlichung schriftlich begründet an  
den Vorstand der Ärztegesellschaft Uri  
eingereicht werden. Nach Ablauf der  
Einsprachefrist entscheidet der Vorstand  
über Gesuche und allfällige Einsprachen.

## Ärzte-Gesellschaft des Kantons Zug

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

*Sylvana Ingold*, Fachärztin für Chirurgie,  
InGold Aesthetics GmbH, Bahnhofstrasse 28,  
6300 Zug

Einsprachen gegen diese Kandidatur müssen  
innerhalb 14 Tagen seit dieser Veröffent-  
lichung 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.

## Sechs Empfehlungen für die ambulante Medizin

# Qualitätsindikatoren im ambulanten Bereich

**Maria Wertli<sup>a</sup>, Sima Nuschin Djalali<sup>b</sup>, Brigitte Zirbs Savigny<sup>c</sup>, Adrian Rohrbasser<sup>d</sup>, Joël Lehmann<sup>e</sup>, Marc Michael Jungi<sup>c</sup>, Mirjam Rodella Sapia<sup>c</sup>, Omar Kherad<sup>f</sup>, Markus Schneemann<sup>b</sup>, Silvana K. Rampini<sup>b</sup>, Lars Clarfeld<sup>g</sup>, Jacques Donzéf, Regula Capaul<sup>h</sup>**

<sup>a</sup> Prof. Dr. med., Präsidentin Qualitätskommission Schweizerische Gesellschaft für Allgemeine Innere Medizin SGAIM; <sup>b</sup> PD Dr. med., Mitglied Qualitätskommission Schweizerische Gesellschaft für Allgemeine Innere Medizin SGAIM; <sup>c</sup> Dr. med., Mitglied Qualitätskommission Schweizerische Gesellschaft für Allgemeine Innere Medizin SGAIM; <sup>d</sup> Dr. phil., Mitglied Qualitätskommission Schweizerische Gesellschaft für Allgemeine Innere Medizin SGAIM; <sup>e</sup> M.A., Mitglied Qualitätskommission Schweizerische Gesellschaft für Allgemeine Innere Medizin SGAIM; <sup>f</sup> Prof. Dr. med., Mitglied Qualitätskommission Schweizerische Gesellschaft für Allgemeine Innere Medizin SGAIM; <sup>g</sup> Dr. med., Generalsekretär Schweizerische Gesellschaft für Allgemeine Innere Medizin SGAIM; <sup>h</sup> Dr. med., Co-Präsidentin Schweizerische Gesellschaft für Allgemeine Innere Medizin SGAIM, Mitglied Qualitätskommission SGAIM

Die Qualitätskommission der Schweizerischen Gesellschaft für Allgemeine Innere Medizin (SGAIM) publiziert erstmalig eine Liste mit sechs Empfehlungen für die ambulante Medizin. Die erarbeiteten Indikatoren können in Qualitätsverbesserungsprozessen eingesetzt werden, die dazu beitragen, die Qualität in der ambulanten Medizin langfristig zu verbessern.

In den letzten Jahren wird zunehmend gefordert, Qualität in der medizinischen Behandlung zu messen und sichtbar zu machen [1]. Seit vielen Jahren engagiert sich die Schweizerische Gesellschaft für Allgemeine Innere Medizin (SGAIM) für eine qualitativ hochstehende Be-

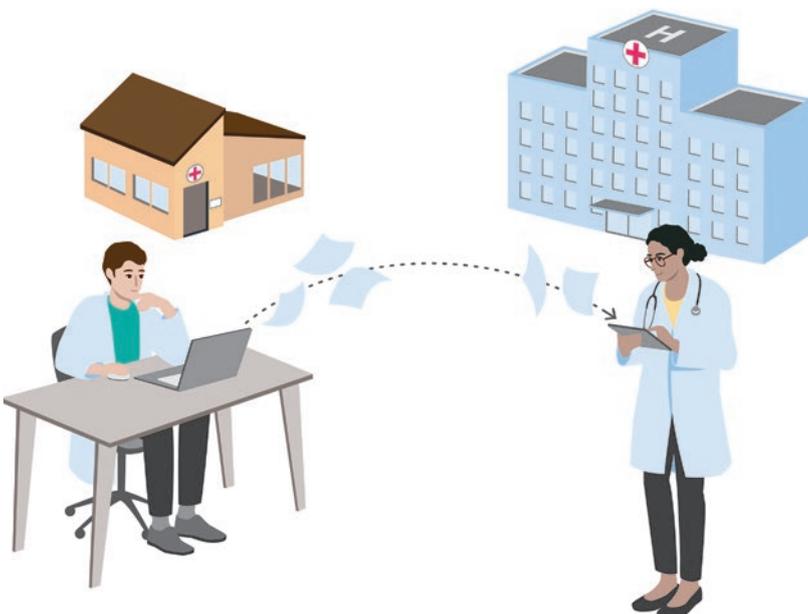
treuung und Behandlung der zunehmend multimorbiden Patientinnen und Patienten – ein Kernanliegen der Allgemeinen Inneren Medizin (AIM) [2].

Die SGAIM-Qualitätskommission hat sich vertieft mit dem Thema der Qualitätsmessung auseinandergesetzt und publizierte erstmalig im Juni 2021 sechs Qualitätsindikatoren für die stationäre Medizin, die in der klinischen Praxis hilfreich sein können [3]. Neu veröffentlicht die SGAIM auch sechs Empfehlungen für die ambulante Medizin. Wichtig ist, dass Indikatoren dazu eingesetzt werden, einen Qualitätsverbesserungszyklus im Rahmen eines geordneten Qualitätsverbesserungsprozesses durch die Messung zu unterstützen [4].

## Die sechs Indikatoren

Die medizinische Qualität wird häufig in drei Dimensionen beschrieben [5]: Strukturqualität, Prozessqualität und Outcomequalität. Die von der SGAIM empfohlenen Indikatoren bilden Prozesse in der patientenzentrierten Versorgungsqualität ab. Dabei greifen drei Indikatoren die Themen der Über- und Fehlbehandlung von «*smarter medicine*» auf, die im Praxisalltag gut umsetzbar sind und die Patientensicherheit erhöhen.

1. Der Anteil der Patientinnen und Patienten, bei denen die Hausärztin oder der Hausarzt ein Überweisungsschreiben bei einer Hospitalisation oder Konsultation bei Spezialistinnen oder Spezialisten



Übermittlung der medizinischen Information zwischen Hausarztpraxis und (Spital-)Spezialistinnen und Spezialisten.



Erfassen von Patientenpräferenzen in einer Patientenverfügung.

mitschickt. Das Ziel des Indikators ist es, die **Übermittlung der medizinischen Information** zwischen Hausärztin oder Hausarzt und (Spital-)Spezialistinnen und Spezialisten **zu verbessern**. Eine effektive Informationsübermittlung mit der Fragestellung und den wichtigsten medizinischen Befunden soll die Qualität der Patienten-Beurteilung und die Behandlungskontinuität verbessern. Dabei soll die Qualität der Behandlung verbessert werden, indem insbesondere Doppelspurigkeiten bei technischen Untersuchungen und Laborkontrollen reduziert werden.

2. Anteil der Patientinnen und Patienten, die in ihrem medizinischen Dossier eine **Patientenverfügung** hinterlegen. Das Ziel des Indikators ist es zu fördern, dass Hausärztinnen und Hausärzte in einem proaktiven Gespräch die individuellen Bedürfnisse und Ansichten der Patientinnen und Patienten für die Behandlung am Lebensende erfahren und dokumentieren.
3. Anteil an Patientinnen und Patienten, die 65 Jahre oder älter sind und mindestens fünf Dauermedikamente einnehmen, bei denen in den letzten zwölf Monaten ein Medikamentenreview mit Interaktionscheck erfolgte. Der Indikator hat zum Ziel, **potenzielle Medikamenteninteraktionen und Nebenwirkungen zu erfassen und zu verhindern**.
4. Anteil der Patientinnen und Patienten, die 65 Jahre oder älter sind und danach gefragt wurden, ob und wenn ja, wie oft (Anzahl) und auf welche Weise (Sturzhergang) sie in den letzten zwölf Monaten ge-

stürzt sind. Der Indikator hat zum Ziel, Patientinnen und Patienten mit einem **erhöhten Sturzrisiko**, bei denen eine präventive Intervention sinnvoll ist, **zu identifizieren**.

5. Anteil der Patientinnen und Patienten, bei denen das Suchtverhalten (Konsum von Nikotin, Alkohol, Drogen, Medikamenten) durch die Hausärztin oder den Hausarzt thematisiert wurde. Der Indikator hat zum Ziel, Patientinnen und Patienten mit einem potenziell **problematischen Suchtverhalten zu identifizieren** und **geeignete Behandlungsstrategien** einzuleiten.
6. Anteil der Patientinnen und Patienten, bei denen Prävention und Lebensstilfaktoren (z.B. körperliche Inaktivität, Ernährung, Adipositas, altersgerechte Präventionsmassnahmen) durch die Hausärztin oder den Hausarzt thematisiert wurden. Der Indikator hat zum Ziel, **Patientinnen und Patienten mit einem Potenzial zu Lebensstiländerungen**, die zu einer Verbesserung der gesundheitlichen Prognose führen, zu identifizieren.

### Die Qualitätskommission der SGAIM hat sich vertieft mit dem Thema der Qualitätsmessung auseinandergesetzt.

Eine ausführliche Beschreibung der Indikatoren, die Literatur und weitere Informationen finden sich auf der Website der SGAIM ([www.sgaim.ch/de/qualitaet/qualitaet-in-der-praxis.html](http://www.sgaim.ch/de/qualitaet/qualitaet-in-der-praxis.html)). Die SGAIM-Qualitätskommission wird in einem nächsten Schritt zu den Indikatoren Materialien, die Qualitätsverbesserungspro-

**Tabelle 1:** Einschätzung der Indikatoren gemäss ACP-Kriterien. Die Indikatoren wurden als geeignet beurteilt, wenn sie in mindestens vier Bereichen im Median mit  $\geq 7.0$  eingeschätzt wurden.

Indikator	Klin. Wichtigkeit	Angemessenheit	Evidenzbasiert	Klarheit	Anwendbarkeit
1. Anteil Überweisungsschreiben	8.5	8.0	8.5	8.0	7.0
2. Anteil Patientenverfügung	8.0	8.0	7.0	8.0	7.0
3. Anteil Medikamentenreview	9.0	9.0	8.0	8.0	7.0
4. Anteil Sturzrisiko	8.0	8.0	8.0	8.0	7.0
5. Anteil Suchtverhalten	8.0	7.0	7.0	7.0	7.0
6. Anteil Prävention	7.0	7.0	7.5	7.0	6.0

zesse unterstützen und anleiten können, erarbeiten und sie den Mitgliedern der SGAIM kostenlos zur Verfügung stellen.

### Prozess zur Entstehung der Liste

In einer Literaturanalyse wurden insgesamt 36 potenziell geeignete Prozess-, 15 Outcome- und 4 Strukturqualitäts-Indikatoren identifiziert. Die Strukturqualität beinhaltet z.B. Anzahl Personal und Qualifikation sowie adäquate Wartung technischer Geräte. Die Prozessqualität beinhaltet z.B. die Behandlung einer Krankheit nach dem derzeitigen Wissensstand. Bei der Outcomequalität werden z.B. Heilungsraten, ungeplante Rehospitalisationen, Patientenzufriedenheit und Mortalität gemessen.

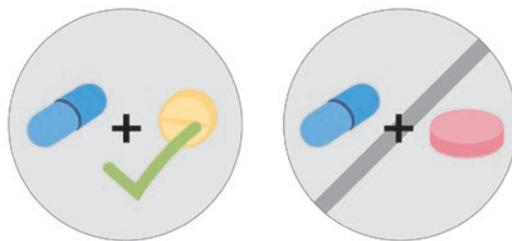
Während einer Retraite im Februar 2020 wurden in Workshops die Indikatoren analysiert und sechs stationäre und sechs ambulante Indikatoren als geeignet befunden. Wichtig war für die Kommission, dass die Indikatoren im Alltag eingesetzt werden können, um in der Allgemeinen Inneren Medizin einen Qualitätsverbesserungszyklus zu unterstützen und zu stimulieren. Dazu wurden in erster Linie Prozessindikatoren identifiziert. Die Kommission hat sich gegen Outcome-Indikatoren entschieden, da deren Erfassung sehr aufwendig ist und sie meist nur in Kombination mit Prozessindikatoren aussagekräftig sind.

### Als Nächstes werden Materialien erarbeitet, die die Qualitätsverbesserungsprozesse unterstützen und anleiten können.

Die ausgewählten Indikatoren wurden ausformuliert und hinsichtlich Anwendbarkeit und Messbarkeit optimiert. Alle Indikatoren wurden gemäss den Kriterien, die auch das *American College of Physicians* (ACP) anwendet, überprüft [6]:

- Wichtigkeit:** Der Einsatz des Indikators wird zu einer messbaren und bedeutsamen Verbesserung klinischer Endpunkte führen (grosser *Impact*, *Performance Gap*).
- Angemessene Behandlung:** Vermeiden von Über- und Fehlgebrauch medizinischer Leistungen.
- Qualitativ hochstehende klinische Evidenz:** Studien haben gezeigt, dass eine Qualitätsverbesserung auch zu einer Verbesserung der Behandlung führt.
- Validität und Reliabilität:** Der Indikator ist geeignet, um das gewünschte Ereignis zu detektieren und reproduzierbar zu messen.
- Anwendbarkeit:** Kann von Ärztinnen und Ärzten beeinflusst werden, ist anwendbar (Klarheit, Aufwand).

Die ACP-Einschätzung ist in Tabelle 1 dargestellt. Wo notwendig, wurden die Indikatoren nach einem internen Review nochmals optimiert. Im Anschluss erfolgte ein externes Review durch verschiedene Fachpersonen.



Medikamenteninteraktionen erkennen und Nebenwirkungen verhindern.



Erkennen von Sturzrisiken und Prävention.

## Herausforderung für die Umsetzung

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

Prof. Dr. med. et phil.  
Maria Wertli  
Präsidentin der Qualitätskommission der SGAIM  
Universitätsklinik für Allgemeine Innere Medizin  
Inselspital Bern  
Freiburgstrasse 16p  
CH-3010 Bern

### Danksagung

Wir danken allen Kolleginnen und Kollegen sowie Expertinnen und Experten für die kritische Durchsicht und ihren Input: Dr. med. Philippe Luchsinger (Präsident mfe), Prof. Dr. med. Stefan Neuner-Jehle (Vertreter Institut für Hausarztmedizin der Universität Zürich) und Prof. Dr. med. Sven Streit (Institut für Hausarztmedizin der Universität Bern, BIHAM, sowie Mitglied der nationalen Qualitätskommission). Wir danken zudem Ursula Käser (Verantwortliche Bereich Qualität, Weiter- und Fortbildung der SGAIM) für ihre grosse Arbeit und Unterstützung.

### Bildnachweis

SGAIM (Illustration: Hahn+Zimmermann)

### Literatur

- 1 Nationaler Qualitätsbericht zeigt grosses Verbesserungspotenzial im Gesundheitswesen, BAG, 8.11.2019.
- 2 smarter medicine. Weitere Top-5-Liste für die ambulante Allgemeine Innere Medizin. Schweiz Ärztztg. 2021;102(17):572–3.
- 3 Wertli M. Qualitätsindikatoren im stationären Bereich. Schweiz Ärztztg. 2021;102(26):877–80.
- 4 SAMW. Empfehlungen der Schweizerischen Akademie der Medizinischen Wissenschaften. Schweiz Ärztztg. 2009;90(26):1044–54.
- 5 Donabedian A. Evaluating the Quality of Medical Care. The Milbank Quarterly. 2005;83(4):691–729.
- 6 MacLean CH. Time Out – Charting a Path for Improving Performance Measurement. NEJM. 2018;378:1757–61.

Lesen Sie auch das Interview mit Frau Dr. med. Regula Capaul, Co-Präsidentin und Mitglied Qualitätskommission SGAIM, auf der Website der *Schweizerischen Ärztezeitung* [www.saez.ch](http://www.saez.ch) → tour d'horizon.



## Das Wichtigste in Kürze

- Die SGAIM hat sechs Qualitätsindikatoren für die ambulante Medizin formuliert.
- Die empfohlenen Indikatoren sind darauf ausgerichtet, die Prozesse in der patientenzentrierten Versorgungsqualität zu verbessern.
- Die ausgewählten Indikatoren wurden gemäss den Kriterien Wichtigkeit, angemessene Behandlung, qualitativ hochstehende klinische Evidenz, Validität und Reliabilität sowie Anwendbarkeit überprüft.

# Briefe an die SÄZ

## Irrungen und Wirrungen der Corona-Forschung und -Politik

Sehr geehrter Herr Professor Tanner

Als Sie am Anfang der Corona-Epidemie Zeit fanden, mit mir zu korrespondieren, habe ich es sehr geschätzt. Ich begriff, dass als Folge Ihrer steigenden Belastung auf meine kritischen Bemerkungen und Vorschläge, oft in Form von Leserbriefkopien, Ihrerseits kein Echo mehr kam.

In meiner Verzweiflung über die gegenwärtige Corona-Politik im Allgemeinen und die epidemiologische Forschung im Besonderen wende ich mich wieder an Sie.

Die verantwortlichen Instanzen und Institutionen, samt Bundesrat, lassen sich zu wenig beraten. Ziehen sie Psychosozialisten bei, wenn sie entscheiden, wie die Impfquote zu erhöhen sei? Dazu braucht man kein grosses

Gremium (s. Task Force), sondern 2–3 Fachleute, die sich kurz, bündig und schnell äussern.

Leider kam die nächste Corona-Welle, und wieder nützen wir sie nicht dazu, mehr über die Gründe und Einflüsse auf ihre Verbreitung zu erfahren und somit auch die erfolgreichen Massnahmen zu ergreifen und nicht mit undifferenzierten und schädlichen Lockdowns zu drohen. Eine Zeitung, die NZZ (und nicht die Fachleute), lieferte überzeugend Zahlen über den Zusammenhang zwischen der Impfquote und der Zahl der Corona-Fälle. Machen wir uns die Mühe und analysieren wir, warum die Infektionszahlen zwischen zwei vergleichbaren Kantonen, Städten, Regionen so stark differenzieren? Schauen wir, warum die Corona-Zahlen wieder in anderen Ländern steigen? Zum Beispiel Dänemark und Island haben zuverlässige Tracing-Systeme.

Wie wollen wir ohne solche Unterlagen die Menschen überzeugen und Vertrauen in die Institutionen und Massnahmen bringen, damit auch ihre Wirksamkeit steigt?

Mit besten Grüssen

*Dr. med. Peter Marko, St. Gallen*

**Die Leserbriefe geben die Meinung des Verfassers oder der Verfasserin wieder. Der Inhalt eines Leserbriefs muss nicht die Meinung der Redaktion widerspiegeln. Die Redaktion übernimmt keine Verantwortung für Inhalt und Richtigkeit der getätigten Behauptungen. Jede Verfasserin und jeder Verfasser ist persönlich für ihre/seine Aussagen verantwortlich.**

# Mitteilungen

## Facharztprüfungen

### Facharztprüfung zur Erlangung des Facharztstitels Allgemeine Innere Medizin

*Datum:* Donnerstag, 23. Juni 2022  
von 9.45 bis 15.00 Uhr

*Ort:* MCH Messe Schweiz (Basel) AG,  
Messeplatz, 4058 Basel

*Anmeldefrist:* 13. April 2022

Weitere Informationen finden Sie auf der Website des SIWF unter [www.siwf.ch](http://www.siwf.ch)  
→ Weiterbildung → Facharzttitel und Schwerpunkte → Allgemeine Innere Medizin

### Facharztprüfung zur Erlangung des Facharztstitels für Nephrologie

*Datum:* 12. und 13. Mai 2022

*Ort:* Bern

*Anmeldefrist:* 27. März 2022

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

## Forschungspreis 2022 der Schweizerischen Herzstiftung

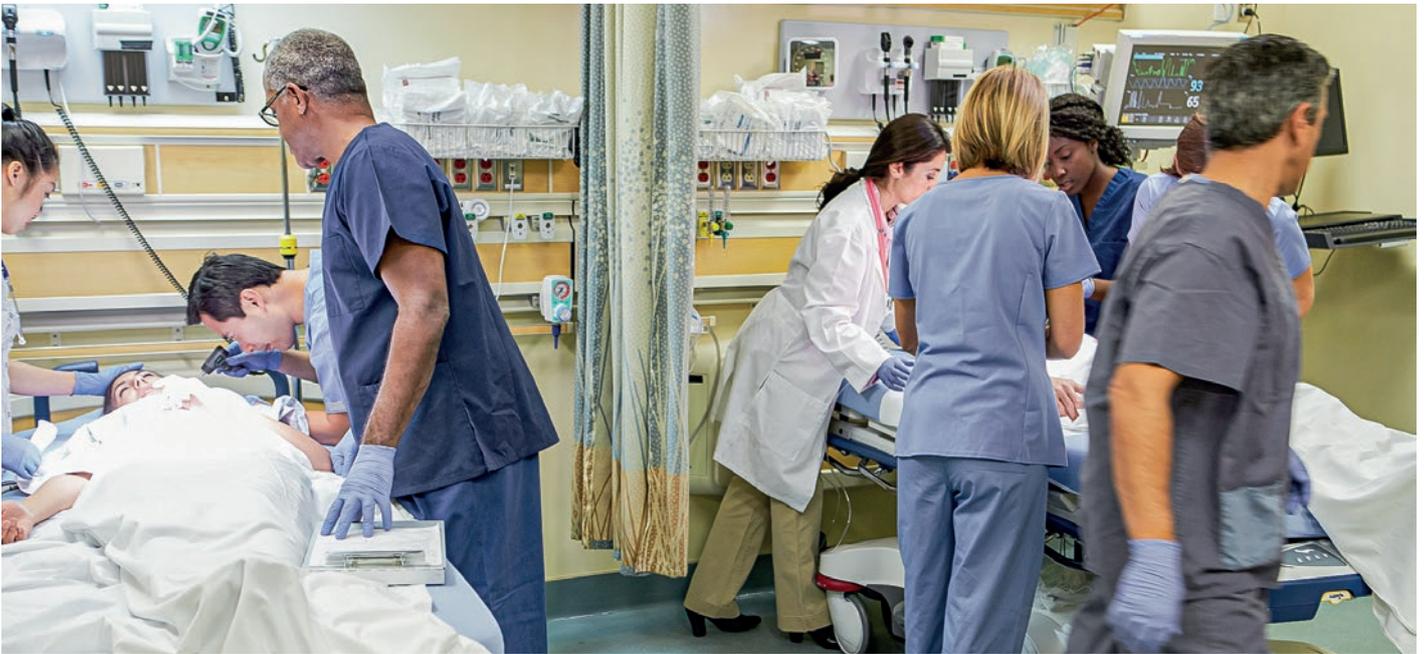
Die Schweizerische Herzstiftung verleiht jährlich eine mit CHF 20 000 dotierte Auszeichnung für eine oder mehrere hervorragende wissenschaftliche Forschungsarbeiten auf dem Gebiet der Prävention, Diagnose und Behandlung der Herz-Kreislauf-Krankheiten.

Teilnahmeberechtigt sind Schweizer Forscherinnen und Forscher oder Forschungsteams, die im In- oder Ausland tätig sind, sowie in der Schweiz arbeitende Ausländerinnen und Ausländer. Die Bewerberin resp. der Bewerber darf zum Zeitpunkt der Bewerbung **nicht älter als 45-jährig** sein. Ehemalige Preisträgerinnen und Preisträger und Arbeiten, die bereits ausgezeichnet wurden, können nicht berücksichtigt werden. Die Auswahl erfolgt durch die Kommission Forschung der Schweizerischen Herzstiftung. Weitere Informationen und das detaillierte Reglement finden Sie unter [www.swissheart.ch/forschungspreis](http://www.swissheart.ch/forschungspreis)

Bewerberinnen und Bewerber reichen bis am **31. Dezember 2021 elektronisch folgende Unterlagen in englischer Sprache** ein:

- unterschriebenes Begleitschreiben
- die zur Beurteilung vorgesehene(n) Arbeit(en)/Publikationen
- Literaturverzeichnis
- kurzes Curriculum Vitae (max. 1 Seite)
- kurze Zusammenfassung des Lebenswerkes (2 Seiten)

Adresse:  
Schweizerische Herzstiftung  
Sekretariat Forschung  
Dufourstrasse 30, Postfach,  
3000 Bern 14, Tel. 031 388 80 80  
E-Mail: [research\[at\]swissheart.ch](mailto:research[at]swissheart.ch)  
[www.swissheart.ch/researchprize](http://www.swissheart.ch/researchprize)



## Förderprogramm Interprofessionalität 2017–2020

# Erfolgreicher Beginn für eine gemeinsame Zukunft

**Cinzia Zeltner**

Wissenschaftliche Mitarbeiterin, Stv. Leiterin Sektion Weiterentwicklung Gesundheitsberufe, Bundesamt für Gesundheit (BAG)

Der Abschluss des Förderprogramms Interprofessionalität jährt sich dieser Tage zum ersten Mal. Was haben wir daraus gelernt? Wie hat das Bundesamt für Gesundheit (BAG) die Thematik weiterverfolgt? Und vor allem: Welche Schritte stehen als Nächstes an?

Ein zentrales Ziel des Förderprogramms Interprofessionalität war die Praxisrelevanz seiner Produkte. Die Resultate der Forschungsprojekte sollten nicht nur wissenschaftliche Grundlagen liefern, sondern auch Einzug in den Berufs- und Bildungsalltag finden. Dieses Ziel wurde im Grossen und Ganzen erreicht. Die Toolbox «Take Care» zum Thema psychische Gesundheit, die von der Zürcher Hochschule für angewandte Wissenschaften (ZHAW) erarbeitet wurde und Informationen für Fachpersonen, eine Broschüre für Jugendliche sowie einen Flyer für Kinder und deren Erziehungsberechtigte umfasst, erfreut sich zum Beispiel solch grosser Beliebtheit, dass die ursprüngliche Auflage bereits nachgedruckt werden musste.

Auch das vom Institut für Medizinische Lehre (IML) Bern und der Berner Fachhochschule (BFH) entwi-

ckelte und validierte Schweizerische Interprofessionalitäts-Evaluationsinstrument (SIPEI) fand bereits Anwendung in der Praxis. Mit dem SIPEI können Institutionen erfassen, wie stark ihr Arbeitsumfeld auf Interprofessionalität ausgerichtet ist. Es beinhaltet Fragebögen für Mitarbeitende, Leitungspersonen sowie Patientinnen und Patienten.

## Modelle guter Praxis sichtbar machen

Nebst den Forschungsprojekten wurde im Förderprogramm auch ein Verzeichnis mit Modellen guter Praxis finanziert. Die Idee dahinter war simpel: In der Schweiz wird Interprofessionalität bereits an vielen Orten gelebt. Oft sind diese Modelle aber nur regional bekannt. Mit dem Verzeichnis sollten sie gebündelt, schweizweit

sichtbar gemacht und der Austausch zwischen interessierten Personen gefördert werden. Einige der Modelle wurden in zwei Broschüren im Detail porträtiert, um Interessierten einen vertieften Einblick in ihre Funktionsweise zu geben.

Ein Blick in das Verzeichnis lohnt sich, denn es deckt eine grosse Spannweite an Themen, Settings und Berufsgruppen ab. Viele der erfassten Modelle haben zum Ziel, die Zusammenarbeit zwischen den Fachpersonen zu optimieren, damit sich diese stärker auf ihre Kerntätigkeiten konzentrieren und die Versorgungsqualität erhöhen können. Ein Beispiel ist das Projekt zum Einsatz von Advanced Practice Nurses in der Hausarztpraxis Bürglen, das vom Kanton Uri unterstützt und durch das Institut für Hausarztmedizin und Community Care Luzern wissenschaftlich evaluiert wurde. Auch das Modell des psychiatrischen Dienstes

**Modelle guter Praxis sind oft nur regional bekannt. Ein Verzeichnis soll sie bündeln, sichtbar machen und den Austausch fördern.**

Emmental zeigt, wie durch interprofessionelle Fallführung die Prozesse und die Versorgung optimiert werden können.

Andere Einträge sind in der Bildung und Lehre angesiedelt, beispielsweise die Module zur interprofessionellen Fallbesprechung des Universitätsspitals Zürich, welche Studierende der Medizin, Pflege, Geburtshilfe, Physiotherapie, Ergotherapie, Ernährungsberatung und Soziale Arbeit absolvieren. Es sind aber auch Einträge zu Instrumenten vorhanden, wie das Tool «SisCare», das Hausärztinnen und Hausärzte, Pflege-

fachpersonen sowie Apothekerinnen und Apotheker nutzen können, um die Behandlung von chronisch kranken Menschen zu optimieren.

Das Verzeichnis ist ein langfristiges Engagement des BAG. Es wird laufend mit weiteren Einträgen ergänzt und Mitte 2022 in eine eigenständige Website migriert, welche gute Beispiele aus verschiedenen Bereichen des Gesundheitswesens umfassen und interessierten Personen Hilfestellungen zur Umsetzung eigener Projekte bieten wird.

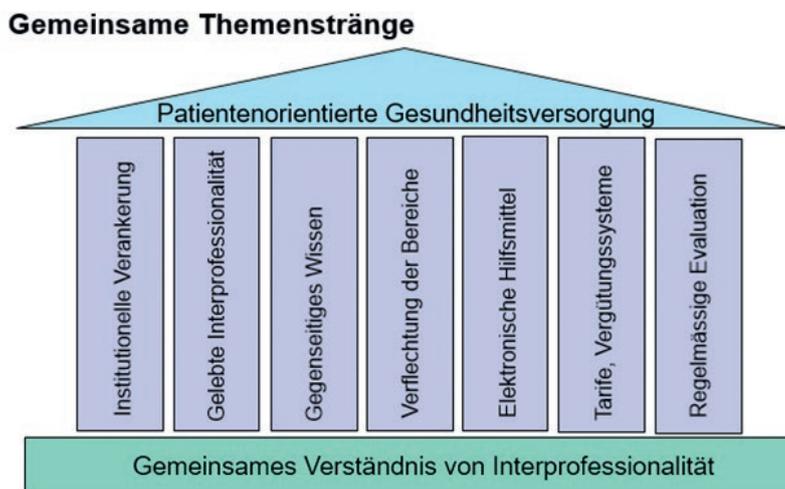
**Weiterer Handlungsbedarf**

Obwohl das Förderprogramm bereits viele Forschungslücken schliessen konnte und der Praxistransfer insgesamt gelungen ist, so stellten die Arbeiten dennoch weiteren Handlungsbedarf fest. Dieser wurde in den vier Policy Briefs «Ambulante Versorgung», «Stationäre Versorgung», «Psychisch-somatische Nahtstelle» sowie «Bildung und Lehre» zusammengetragen. Er kann in sieben Themenstränge eingeteilt werden (vgl. Grafik). Künftige Massnahmen sollten demnach die institutionelle Verankerung von Interprofessionalität, das aktive Vorleben durch Führungspersonen, das gegenseitige Wissen über Rollen und Kompetenzen sowie die aktive Verflechtung der Akteure in den verschiedenen Bereichen des Gesundheitswesens fördern. Sie sollten aber auch die Rahmenbedingungen wie die als ungenügend bewertete Funktionsweise elektronischer Hilfsmittel oder die tarifliche Abgeltung optimieren. Zudem wurde die regelmässige Evaluation der Umsetzung von Interprofessionalität, also die Anwendung von Tools wie dem SIPEI, als Handlungsfeld identifiziert.

**Einheitliches Verständnis schaffen**

Alle Themenfelder verfolgen als gemeinsames Ziel die bessere Versorgung von Patientinnen und Patienten. Damit dies erreicht werden kann, müssen künftige Massnahmen auf demselben Fundament aufbauen, konkret auf einem einheitlichen Verständnis von Interprofessionalität. Im Verlauf des Förderprogramms wurde klar, dass dies in der Schweiz noch nicht vorhanden ist. Aus diesem Grund liess das BAG Anfang 2021 durch das Büro Vatter eine Auslegeordnung erstellen, welche aufzeigte, wie die Interprofessionalität in der Literatur definiert ist und wie der Begriff in der Schweiz verwendet wird.

Dabei zeigte sich eine Diskrepanz zwischen Theorie und Praxis: Während die Interprofessionalität in der Theorie relativ klar von anderen Konzepten wie dem Task Shifting abgegrenzt ist, so wird der Begriff in der



Künftige Handlungsfelder anhand von sieben Themensträngen. Quelle: BAG 2020.

Praxis häufig synonym mit anderen verwendet. Dies ist im Hinblick auf das weitere Vorgehen relevant, denn für das BAG stellt sich die Frage, ob bei einer Förderung weiterer Projekte die wissenschaftliche Definition von Interprofessionalität zur Anwendung kommen soll oder ob der Begriff eher umgangssprachlich definiert bleiben müsste. Das BAG wird im Rahmen seines Strategieprozesses eine für die Schweiz gültige Definition von Interprofessionalität formulieren und Massnahmen daraus ableiten.

### Vernetzung fördern

Ein weiterer Auftrag an das BAG, der aus den Policy Briefs hervorging, war die Bildung eines Netzwerks zur Stärkung der Koordination zwischen den Akteuren. Um zu klären, wie ein solches Netzwerk gestaltet werden könnte, führte das BAG im Frühjahr 2021 diverse Gespräche mit Stakeholdern. Dabei bestätigte sich, dass gerade im Bereich Bildung erst sehr lose Gefässe existieren und dass diese eher regional organisiert

### Die Vernetzung zwischen Akteuren soll gestärkt werden. Das BAG ist bereit, im Bildungsbereich den Lead zu übernehmen.

sind. Aus den Gesprächen mit den Akteuren ging hervor, dass diese die Idee klar ablehnten, ein zusätzliches, übergeordnetes Netzwerk zu gründen. Vielmehr sahen sie es als zielführend, die bestehenden Strukturen besser miteinander zu vernetzen. Dabei äusserten sie mehrheitlich den Wunsch, der Bund solle diese Vernetzungsarbeit leisten. Das BAG ist bereit, den Lead in dieser Sache zu übernehmen und die Koordination zwischen bestehenden Netzwerken für interprofessionelle Bildung zu fördern. Gegen Mitte des Jahres wurden daher mögliche Massnahmen ausgearbeitet. Die konkrete Planung der weiteren Schritte verzögert sich jedoch, denn der Entscheid für viele dieser Massnahmen hängt davon ab, ob dem BAG in den nächsten Jahren weitere Gelder für die Unterstützung von Interprofessionalität in Form eines zweiten Förderprogramms zur Verfügung stehen werden oder nicht.

### Das Thema muss zentral bleiben

Die Antwort auf diese Frage wird sich nicht zuletzt im Rahmen der Abstimmung zur Pflegeinitiative am 28. November 2021 ergeben. Wird die Initiative abgelehnt und tritt der indirekte Gegenvorschlag in Kraft, könnte das BAG ein zweites Förderprogramm lancieren. Denn mit dem indirekten Gegenvorschlag würden

sowohl die gesetzlichen Grundlagen geschaffen, als auch finanzielle Mittel von bis zu fünf Millionen Franken zur Verfügung gestellt, um entsprechende Projekte zu unterstützen. Wird hingegen die Initiative angenommen, dann ist dies nicht der Fall. Projekte in der Grössenordnung eines Förderprogramms könnten in dem Szenario nicht umgesetzt werden, und auch die angedachten Massnahmen zur Förderung des Netzwerks Interprofessionalität müssten reduziert werden. Das BAG würde es sich zwar weiterhin zur Aufgabe machen, die Koordinationsarbeiten im Netzwerk zu übernehmen. Darüber hinaus gehende Investitionen wären jedoch nicht realistisch.

Unabhängig vom Ausgang der Abstimmung wird das Thema Interprofessionalität im Kontext der Strategie Gesundheit2030 zentral bleiben. Die erwähnten Koordinationsarbeiten im Netzwerk sowie die Integration der Modelle guter Praxis in eine externe Website sind zwei Beispiele dafür. Ausserdem könnte die Interprofessionalität bei einer allfälligen Revision der allgemeinen Lernziele und der Akkreditierung von ärztlichen Weiterbildungsgängen in den kommenden Jahren immer wieder aufgegriffen werden. Im Kontext der Plattform Zukunft ärztliche Bildung, die sich im nächsten Jahr intensiv mit der Frage des Arztbilds der Zukunft auseinandersetzen wird, will das BAG ebenfalls Wert darauf legen, die Interprofessionalität zu einem zentralen Thema zu machen. Zudem wird die interprofessionelle Versorgung im Rahmen der Massnahmen zur Kostendämpfung unterstützt, indem angedacht ist, Netzwerke zur koordinierten Versorgung als eigene Leistungserbringer zu definieren, was die Umsetzung von neuen Versorgungsmodellen erleichtern sollte. Ob darüber hinaus aber auch interprofessionelle Projekte und Vorhaben finanziert werden können, wird sich in wenigen Tagen zeigen.

#### Weiterführende Informationen

- Förderprogramm Interprofessionalität: [www.bag.admin.ch/fpinterprof](http://www.bag.admin.ch/fpinterprof)
- Evaluationsinstrument SIPEI (IML Bern, BFH): [evaluation\[at\]iml.unibe.ch](mailto:evaluation[at]iml.unibe.ch) (Kontakt via E-mail)
- Toolbox Take Care (ZHAW): [www.zhaw.ch/takecare](http://www.zhaw.ch/takecare)
- Modelle guter Praxis (BAG): [www.bag.admin.ch/modelle-interprof](http://www.bag.admin.ch/modelle-interprof)

#### Bildnachweis

Monkey Business Images | Dreamstime.com

### Schwerpunktserie Interprofessionalität

Die interprofessionelle Zusammenarbeit von Fachpersonen aus verschiedenen Gesundheitsberufen gilt als wichtiges Mittel, um den Herausforderungen im Gesundheitswesen zu begegnen. Aber wie weit ist die Schweiz in diesem Bereich tatsächlich? Welche Hürden und welche Chancen gibt es? In unserer Schwerpunktserie betrachten wir das Thema aus unterschiedlichen Perspektiven.

[cinzia.zeltner\[at\]bag.admin.ch](mailto:cinzia.zeltner[at]bag.admin.ch)



Das Center da sandà im Val Müstair, Kanton Graubünden.

## Interprofessionelle Zusammenarbeit in der ambulanten Medizin

# Medizinische Versorgung in peripheren Regionen

**Sébastien Jotterand**

Präsident der Plattform Interprofessionalität in der medizinischen Grundversorgung, Vizepräsident Haus- und Kinderärzte Schweiz (mfe)

Im Kampf gegen den Pflegenotstand kommt den Gemeinden eine wichtige Rolle zu, vor allem in den Rand- und Bergregionen. Zu dieser Feststellung kam ein jüngst von der Plattform Interprofessionalität organisiertes Symposium mit dem Titel «Interprofessionelle Zusammenarbeit als Garant für den Zugang zur medizinischen Grundversorgung in peripheren Regionen?».

Wenn wir von Interprofessionalität sprechen, denken wir zunächst vor allem an den Meinungs-austausch innerhalb eines Pflorgeteams über und mit der jeweiligen Patientin resp. dem jeweiligen Patienten, um so das Gesundheitsproblem besser und umfassender zu verstehen. Wir wissen, dass eine möglichst genaue Darstellung der gesundheitlichen Problematik einer Patientin bzw. eines Patienten wesentlich zur Lösungsfindung beiträgt.

Interprofessionalität bringt auch quantitative Vorteile. Im Bereich der Grundversorgung zeigt sich beispielsweise ein erheblicher Mangel an Gesundheitsfachpersonen, insbesondere ein Mangel an Hausärztinnen und Hausärzten. Gemäss einer von Prof. Andreas Zel-

ler von der Universität Basel durchgeführten Studie wird sich erst nach 2030 – nach dem Wegfall der Baby-Boomer – messen lassen, wie sich die grössere Zahl von Medizinstudierenden auf die Nachfolge auswirkt [1]. Daher gilt es, ab sofort gemeinsam darüber nachzudenken, wie eine neue Rollenverteilung zwischen den

### Schwerpunktserie Interprofessionalität

Die interprofessionelle Zusammenarbeit von Fachpersonen aus verschiedenen Gesundheitsberufen gilt als wichtiges Mittel, um den Herausforderungen im Gesundheitswesen zu begegnen. Aber wie weit ist die Schweiz in diesem Bereich tatsächlich? Welche Hürden und Chancen gibt es? In unserer Schwerpunktserie betrachten wir das Thema aus unterschiedlichen Perspektiven.

in der Grundversorgung tätigen Akteurinnen und Akteuren diesen Mangel beheben könnte.

Zwar sieht unsere Verfassung vor, dass die Kantone und der Bund den Zugang zur Grundversorgung zu gewährleisten haben, doch im Kampf gegen den Pflege- notstand kommt aus unserer Sicht auch den Gemeinden eine wichtige Rolle zu, vor allem in den peripheren Regionen und Bergregionen.

### Rettung des Regionalspitals

Das beste Beispiel dafür in der Schweiz ist das Müns- tertal in Graubünden. Der Zugang zum Tal ist sehr schwierig. Bei schlechtem Wetter ist er gesperrt. Im Tal wohnen 1500 Menschen, was kaum die Anwesenheit einer Ärztin oder eines Arztes rechtfertigt. Und dennoch ist es dank einer regionalen Mobilisierung der

### Wie könnte eine neue Rollenverteilung zwischen den in der Grundversorgung tätigen Akteuren den Fachkräftemangel beheben?

zuständigen Behörden und örtlichen Akteure aus dem Gesundheitsbereich gelungen, nicht nur das regionale Spital und die damit verknüpften medizinischen und paramedizinischen Dienste zu retten, es konnte sogar noch ein Gesundheitszentrum mit spezieller Pflege für alte Menschen vor Ort und zu Hause ins Leben gerufen werden. Die dort bereits seit mehr als einem Viertel- jahrhundert beschäftigten Mitarbeitenden zeigten sich begeistert und zufrieden, dass es ihnen gelungen ist, die Kontinuität der Pflege für die Bewohnerinnen und Bewohner ihrer Region zu gewährleisten.

### Wie geht das?

Angesichts der saisonal variierenden Nachfrage wurden der Spitaldienst und die ambulanten Dienste des Gesundheitszentrums entsprechend reguliert. Im Krisenfall verteilen sich die Einsatzkräfte nach dem Prinzip der kommunizierenden Röhren. Die Überbe- lastungsphasen sind dieselben, die wir auch im Pra- xisalltag erleben und die uns eine andere Aufgaben- verteilung abverlangen. Dies geht von der Bewertung der Kompetenzen in der medizinischen Assistenz und in der Koordination der ambulanten Medizin über den Einbezug von Pflegeteams für die Pflege zu

Hause zur Erstevaluierung oder die feinjustierte tele- fonische Therapie unter Einbezug der jeweiligen Apo- theke vor Ort.

### Umstrukturierung der Aufgabenstellung

Diese neue Aufgabenverteilung erlebten wir doch alle bereits in der Covid-19-Krise, unter anderem auch in unseren zentralisierten und urbanen Regionen. So packten beispielsweise in meiner Region um Aubonne betroffene Geriaterinnen und Geriater von geschlosse- nen Memory Clinics mit an und stellten sich in den Dienst von Covid-19-Teams in unserem Akutspital in Morges. Kolleginnen und Kollegen von Gesund- heitszentren in der Stadt halfen in Reha-Einrichtungen aus, als ein Corona-Cluster die Hälfte eines Pflege- teams in die häusliche Quarantäne verbannt hatte. Die Arbeitskräfte wandern dahin, wo sich der Bedarf zeigt. Gleiche Muster zeichnen sich ab, wenn Patientinnen oder Patienten aufgrund einer Polymorbidität oder be- dingt durch soziale, psychische oder medizinische Vulnerabilitäten multiple Bedürfnisse zeigen. Für uns alle – ob Akteure im Gesundheitswesen oder pflegende Angehörige – gilt es daher, einen gemeinsamen Weg zu finden, um die Patientinnen und Patienten dabei zu unterstützen, Kompetenzen, die sie für ein Leben mit der Krankheit benötigen, zu erhalten oder zurückzu- gewinnen.

#### Bildnachweis

CSVM

#### Literatur

- 1 Zeller A, Giezendanner S. Resultate der 4. Workforce Studie. Prim Hosp Care Allg Inn Med. 2020;20(11):325–8. primary-hospital-care. ch/article/doi/phc-d.2020.10311

### Plattform Interprofessionalität

Die Plattform Interprofessionalität wurde im Jahr 2018 gegrün- det. Sie ist das Ergebnis eines langen Arbeitsweges, der im Jahr 2013 als Initiative des Verbandes der Haus- und Kinderärzte Schweiz (mfe) seinen Anfang nahm und in dessen Verlauf es ge- lang, alle wichtigen Berufsverbände der medizinischen Grund- versorgung in der Schweiz zu vereinen. Die erste Aufgabe der Plattform lag in der Sicherung der Qualität der interprofessionel- len Zusammenarbeit, insbesondere durch die Auflistung entspre- chender Qualitätskriterien. Gleichzeitig gilt es auch, die Arbeit der letzten Jahre gezielt fortzusetzen und sich vermehrt in die politi- sche Diskussion einzubringen.

Plattform  
Interprofessionalität  
Effingerstrasse 2  
CH-3011 Bern  
Tel. +41 31 508 36 07  
info[at]  
interprofessionnalite.ch

Best-Practice-Beispiele

Center da sandà Val Müstair



Um die Gesundheitsversorgung in einer Bergregion zu erhalten und möglichst effektiv und umfassend zu gestalten, müssen die verschiedenen Akteure eng zusammenrücken. Das ist im Val Müstair gelungen. Die Bereiche Arztpraxis, Spital, Pflegeheim, Spitex und Rettungsdienst sind unter einem Dach, dazu noch weitere Dienstleister. Die interprofessionelle Zusammenarbeit hat sich damit vereinfacht und vertieft. Alle Disziplinen bemühen sich gemeinsam um eine bestmögliche Notfall- und Grundversorgung, aber auch um ein gutes Leben zu Hause oder im Heim für die Patientinnen und Patienten. Unser Ziel ist eine optimale zeitnahe Betreuung im ambulanten und stationären Bereich vom Kleinkind bis zu den letzten Lebenstagen.

**Was wird damit erreicht?**

Die Patientinnen und Patienten stehen mit ihrer Gesundheit, aber auch ihren Bedürfnissen im Mittelpunkt. Mit dem Center da sandà haben sie einen primären Ansprechpartner für alle medizinischen Belange. Ein besonderer Vorteil sind die ärztliche Kontinuität als Hausärztinnen und Hausärzte, Spitalärztinnen und Spitalärzte sowie Heimärztinnen und Heimärzte sowie die Dokumentation in einem System. Ein weiterer Pluspunkt sind die kurzen Informationswege. Zentral für eine Behandlung ohne Unterbrüche ist unser einheitliches Qualitätsmanagement über alle Bereiche. Belegungs- und Auslastungsschwankungen können wir rasch und unkompliziert begegnen. Einige Mitarbeitende, allen voran die Ärztinnen und Ärzte, aber auch der Rettungsdienst und einige Pflegende arbeiten in zwei oder mehreren Bereichen mit. Sie sind Brückenbauende für die Kontinuität und den Inflofluss.

**Erste Resultate**

Das Austrittsmanagement vom Spital wird in der interdisziplinären Visite besprochen. Aufgaben des Case Managements werden dem bestgeeigneten Versorgungsbereich zur Klärung und Initiierung der Nachsorge zugeteilt. Ein gutes Beispiel dafür, dass die Beziehung und die Kontinuität eine wichtige Rolle spielen. Darüber hinaus werden Palliativsituationen zu Hause ermöglicht. Neben der Hausärztin resp. dem Hausarzt und der Pflege sowie den freiwilligen Personen, die in Krisensituationen begleiten, werden auch Fachpersonen mit Zusatzausbildung in Palliative Care beigezogen. Pflegebett und Mahlzeiten können geliefert, der Rotkreuz-Fahrdienst kann organisiert und die Wäsche kann im Center da sandà besorgt werden. Damit soll eine qualitativ hochstehende Rundumversorgung der Betroffenen gewährleistet werden.

*Judith Fasser, Direktorin/CEO Center da sandà, Val Müstair  
judith.fasser[at]csvm.ch*

**Bildnachweis**  
CSVM

**Projekt PRiMA der Berner Fachhochschule**

Die Zunahme chronischer Erkrankungen, Multimorbidität sowie Fachkräftemangel machen eine Anpassung der Primärversorgung unabdingbar. Neue Versorgungsmodelle sind nötig, die sich an den Patientenbedürfnissen orientieren und somit umfassende Betreuung von chronisch Kranken sicherstellen. Die Ziele des Projekts PRiMA unter der Leitung von Prof. Dr. Maya Zumstein-Shaha sind es, das Potenzial von Advanced Practice Nurses (APN) bei der Versorgung von chronisch Kranken zu untersuchen, die interprofessionelle Zusammenarbeit darzustellen und Schnittstellen zu identifizieren. Zudem sollen Hinweise auf finanzielle Gegebenheiten

abgeleitet werden, so dass die interprofessionelle Zusammenarbeit besser gestaltet werden kann. Das Projekt läuft von Januar 2020 bis März 2022.

**Projektaufbau**

Mittels eines Case-Study-Designs wurden zwei APN-Rollen, angesiedelt in zwei Hausarztpraxen im Kanton Bern (Mittelland und Bergregion), untersucht. Dabei kamen qualitative und quantitative Methoden zur Anwendung. Mittels Within-Case-Analyse wurden die Daten induktiv zu Fallgeschichten zusammengeführt.

### Erste Ergebnisse

Erste Ergebnisse zeigen, dass APN einen Mehrwert in den Bereichen Unterstützung des Selbstmanagements, Prävention und Gesundheitsförderung bei komplexen, stabilen und instabilen Patientensituationen leisten, die bis jetzt durch andere Gesundheitsberufe in den Hausarztpraxen nur unzureichend abgedeckt wurden.

Gerade bei Hausbesuchen stärken APN die Verbindung zwischen Patientinnen und Patienten, Angehörigen, Hausarztpraxis, Spitex oder anderen Leistungserbringern. Dabei ermöglichen sie transparente Kommunikation und bessere Koordination. Mit zunehmender Erfahrung der APN steigt ihr Selbstvertrauen sowie das Vertrauen der Ärzteschaft. Entsprechend ist das Niveau an Selbstständigkeit im Wandel und wächst im Laufe einer Arbeitsbeziehung.

Diese Beziehung beeinflusst auch die Vergütung: APN sind im heutigen System nicht als Leistungserbringende vorgesehen. Daher fehlen eigene Tarife. Es bestehen Möglichkeiten, mittels bestehender Tarife im TARMED (nicht-ärztliche Fachpersonen) gewisse Leistungen innerhalb der Hausarztpraxis teilweise abzurechnen. Um den Einsatz von APN in Hausarztpraxen zu stärken, müssen deren Kompetenzen geklärt und eine generische Stellenbeschreibung erarbeitet werden.

*Margarithe Charlotte Schlunegger, Wissenschaftliche Mitarbeiterin am Departement Gesundheit der Berner Fachhochschule, PhD Candidate an der Universität Witten/Herdecke  
margarithe.schlunegger[at]bfh.ch*

## Projekt INSPIRE der Universität Basel

Das Forschungsprojekt INSPIRE unter der Leitung von Prof. Dr. Sabina M. De Geest wurde dazu eingeladen, mit dem Kanton Basel-Landschaft bei der Entwicklung eines Versorgungsmodells zusammenzuarbeiten, das auf vorhandener Evidenz basiert und mit dem aktuellen gesetzlichen Rahmen übereinstimmt. Im Jahr 2018 hat der Kanton Basel-Landschaft mit dem «Altersbetreuungs- und Pflegegesetz» (SGS 941) einen gesetzlichen Rahmen zur Förderung des «Aging in Place» geschaffen. Dieser schreibt die Neuorganisation des Kantons in Versorgungsregionen vor sowie die Einrichtung einer Informations- und Beratungsstelle (IBS) in den neu gebildeten Versorgungsregionen [1].

### Entwicklung eines Versorgungsmodells

In diesem Zusammenhang entwickelte INSPIRE ein integriertes Versorgungsmodell für zu Hause lebende ältere Personen, das in zwei Versorgungsregionen des Kantons umgesetzt und evaluiert werden soll: in der Region ABS (Allschwil, Binningen, Schönenbuch) und im Leimental (Biel-Benken, Bottmingen, Burg im Leimental, Ettingen, Oberwil und Therwil). Ein Novum von INSPIRE ist die Anwendung eines implementierungswissenschaftlichen Ansatzes, um die Umsetzung in der Praxis zu unterstützen.

Dieser Ansatz baut auf den Methoden der klinischen Forschung auf, fügt jedoch die folgenden methodischen Elemente hinzu: wissenschaftliche Evidenz [2], Einbeziehung von Stakeholdern, Kontextanalyse [3], Implementierungsstrategien, doppelter Fokus auf Implementierungs- und Effektivitätsergebnisse und die Verwendung von Hybriddesigns. Zu den Stakeholdern gehören das Gesundheitsdepartement des Kantons Basel-Landschaft, Vertreterinnen und Vertreter von Leistungserbringern (z.B. Spitex), von Hausärztinnen und Hausärzten, von Pflegefachpersonen und Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeitern. Als Ergebnis wurde ein Versorgungsmodell mit vier Komponenten erstellt:

1. Screening auf Gebrechlichkeit
2. Durchführung eines umfassenden geriatrischen Assessments zur Ermittlung von Bedürfnissen, Präferenzen und Pflegezielen
3. Entwicklung eines individuellen Versorgungsplans, der mit allen an der Pflege und Betreuung der Person beteiligten Leistungserbringern koordiniert wird
4. Erarbeitung einer bedarfsgerechten Nachsorge

3. Entwicklung eines individuellen Versorgungsplans, der mit allen an der Pflege und Betreuung der Person beteiligten Leistungserbringern koordiniert wird
4. Erarbeitung einer bedarfsgerechten Nachsorge

### Begleitete Umsetzung in der Praxis

Das Versorgungsmodell wird von einer Pflegefachperson in Zusammenarbeit mit einer Sozialarbeiterin oder einem Sozialarbeiter in den IBS der teilnehmenden Versorgungsregionen umgesetzt. Zur Evaluierung wird eine Machbarkeitsstudie durchgeführt. Daran schliesst sich eine hybride Implementierungs-Effektivitäts-Studie des Typs 1 an, um das Versorgungsmodell im Hinblick auf das Niveau der personenzentrierten und koordinierten Pflege sowie auf die Wirksamkeitsergebnisse (z.B. funktionaler Status, gesundheitsbezogene Lebensqualität und Pflegeheimweisungen) zu bewerten. Zusätzlich werden mit der Evidenz und dem Input der Stakeholder Prozesse konzipiert und evaluiert, um Förderfaktoren und Barrieren des implementierten Versorgungsmodells zu identifizieren. Die Zusammenarbeit mit den Stakeholdern soll die Akzeptanz und den Erfolg des Projekts sicherstellen.

*Dr. med. Maria José Mendieta, PhD Candidate am Institut für Pflegewissenschaft der Universität Basel für das INSPIRE-Konsortium  
mariajose.mendietajara[at]unibas.ch*

### Literatur

- 1 Kanton Basel-Landschaft. 941 Altersbetreuungs- und Pflegegesetz (APG). 2018. [http://bl.clex.ch/app/de/texts\\_of\\_law/941/versions/2126](http://bl.clex.ch/app/de/texts_of_law/941/versions/2126)
- 2 Deschodt M, Laurent G, Cornelissen L, Yip O, Zúñiga F, Denhaerynck K, et al. Core components and impact of nurse-led integrated care models for home-dwelling older people: A systematic review and meta-analysis. *Int J Nurs Stud*. 2020;105:103552.
- 3 Yip O, Huber E, Stenz S, Zullig LL, Zeller A, De Geest SM, et al. A Contextual Analysis and Logic Model for Integrated Care for Frail Older Adults Living at Home: The INSPIRE Project. *Int J Integr Care*. 2021;21:9.

Interview mit Joel Forster, Chiropraktor, Oerlikon

# In guten Händen

Fabienne Hohl

Texterin

In dieser Serie werden Medizinerinnen und Mediziner vorgestellt, die aussergewöhnliche Berufsrichtungen eingeschlagen haben. Im folgenden Interview berichtet Joel Forster über seinen Werdegang zum Chiropraktor – eine Ausbildung, die in der Schweiz erst seit 2008 existiert.

## **Wie nehmen Sie jemandem in der chiropraktischen Behandlung die Angst vor dem «Knacks»?**

In der Chiropraktischen Medizin geht es nicht primär ums «Knacken» (lacht). Im Vordergrund steht zuerst immer eine sorgfältige Anamnese, Untersuchung und – falls nötig – weitere Diagnostik. Wenn eine manuelle Behandlung indiziert ist, gibt es diverse Behandlungsmöglichkeiten. Die Impuls- oder Manipulationsbehandlung, welche häufig mit einem Kavitationsgeräusch einhergeht, wird sicherlich oft angewendet. Vor einer Impulsbehandlung erkläre ich immer, wie das Knacken zustande kommt, was den meisten Patientinnen und Patienten bereits die Angst nimmt: Durch die kurzzeitige Trennung der synovialen Gelenkflächen lösen sich Gasbläschen aus der Gelenkflüssigkeit, was ein schmerzfreier Vorgang ist. Zudem ist die chiropraktische Behandlung nachgewiesenermassen effektiv und risikoarm. Bei wissenschaftsaffinen Personen

**«Für unsere Patientinnen und Patienten ist das Manuelle oft das Wesentliche. Für mich hingegen ist es nur ein kleiner Teil der Behandlung.»**

verweise ich manchmal auf Studien, welche die Behandlungssicherheit belegen. Wenn dann jemand immer noch lieber keine Impulsbehandlung möchte, so ist das überhaupt kein Problem. Zur Manipulationsbehandlung gibt es meist gute Alternativen.

## **Chiropraktik ist also weit mehr als manuelle Therapie?**

Für unsere Patientinnen und Patienten ist das Manuelle natürlich oft das Wesentliche. Für mich hingegen ist es nur ein kleiner Teil der Behandlung. Es ist entscheidend, nach der richtigen Diagnose gut aufzuklären und richtig zu beraten. Dies kann manchmal schon einen Grossteil der Symptome bessern. Sicher gibt es Beschwerden, wie ein akuter Hexenschuss oder eine Nackenstarre, bei denen eine manuelle Behandlung sehr effektiv ist, doch ich manipulierte längst nicht in

## Zur Person

**Name:** Joel Forster

**Alter:** 32

**Als Chiropraktor tätig seit:**  
2018

**Als Hausarzt tätig seit:**  
2020

**Ausbildung:**  
Master Humanmedizin,  
Master in Chiropraktischer Medizin



jedem Fall. Wie in vielen anderen Fachrichtungen sehen wir in der Chiropraktik nicht immer nur «klassische» chiropraktische Fälle. Manchmal steckt eine rheumatologische Grunderkrankung hinter den Beschwerden, manchmal ein primär orthopädisches oder internistisches Problem. Deshalb ist die interdisziplinäre Zusammenarbeit sehr wichtig. Aber auch psychosomatische Beschwerden sind nicht selten. Da hilft es, gut zuzuhören, den Menschen ins Zentrum zu stellen und praktische Tipps zu geben.

## **Eine Situation, die auch andere medizinische Disziplinen kennen. Was ist besonders an der Chiropraktik?**

Die Berührung ist schon ein wichtiger Faktor. In der Hausarztpraxis wird bei diffusen Rückenschmerzen mit gezielten Fragen, manchmal auch mit orthopädischen oder neurologischen Untersuchungen und allenfalls weiterer Diagnostik eine gefährliche Ursache der Beschwerden ausgeschlossen, und häufig erfolgt eine Behandlung mit Analgetika und bzw. oder eine Überweisung zur Chiropraktik oder Physiotherapie. Einige Patientinnen und Patienten haben bis dahin dennoch das Gefühl, sie seien «gar nicht richtig untersucht worden». Wenn sie nun jemand auch dort berührt und genauer untersucht, wo es schmerzt, fühlen sie sich ernst genommen und in guten Händen. Dies allein kann schon viel Positives bewirken.



Joel Forster behandelt Gelenkstörungen mit dosierten, manuellen Impulsen; der dabei entstehende «Knacks» ist schmerzfrei.

**Wie kamen Sie dazu, einen in der Schweiz noch eher unbekanntem Beruf wie die Chiropraktik zu ergreifen?**

Ich habe die Wirkung der Chiropraktik schon in meiner Kindheit erlebt: Eines Morgens erwachte ich und konnte meinen Nacken nicht mehr bewegen – sehr unangenehm und schmerzhaft. Nach einer Behandlung beim Chiropraktor war ich schon fast wieder beschwerdefrei, was für mich damals einem kleinen Wunder gleichkam. Dann habe ich besonders als Jugendlicher sehr viel und auch kompetitiv getanzt und kam wegen Verletzungen noch das eine oder andere Mal in den Genuss einer chiropraktischen Behandlung. Bei der Berufswahl war klar für mich: Ich wollte mit Menschen arbeiten, ihnen helfen und gleichzeitig intellektuell gefordert sein. Zudem war es mir als körperbewusster Bewegungsmensch wichtig, auch physisch zu arbeiten und meine Hände einzusetzen. Die Chiropraktik war der perfekte Mix, der all diesen Bedürfnissen und Erwartungen entsprach.

**Haben Sie in Ihrem Studium der Chiropraktischen Medizin alles erhalten, was Sie im Berufsleben benötigen?**

Ja, das kann ich auf jeden Fall so sagen. Während dem Bachelor- und Masterstudium wird man von sehr kompetenten Dozierenden verschiedenster Fachrichtungen unterrichtet. Und gerade im Wahlstudienjahr, von dem man nebst der Unterassistenten in verschiedenen chiropraktikrelevanten Fachrichtungen auch die Hälfte in der Chiropraktischen Poliklinik an der Universitätsklinik Balgrist verbringt, wird man sehr gut

betreut. Als Student arbeitete ich dort unter der Supervision von Fachchiropraktikerinnen und Fachchiropraktoren, die mir sämtliche Aspekte der Berufsausübung vermittelten. Das heisst, neben Anamnese, Diagnostik, Therapie und Management auch «mühsamere» Aspekte des Arbeitsalltags wie Berichte schreiben, Leistungen verrechnen, Rezepte oder Arbeitsunfähigkeitszeugnisse ausstellen. So ist man nach dem Staatsexamen sehr gut auf die darauffolgende Assistenzzeit und die reale Arbeitswelt vorbereitet.

**Und doch haben Sie neben dem Chiropraktik-Studium noch den Medizinmaster abgeschlossen?**

Während der ersten vier Jahre besucht man in der Chiropraktik zusammen mit allen anderen Medizinstudierenden dieselben Lehrveranstaltungen, ergänzt durch ein intensives Mantelstudium mit chiropraktischen Fächern. Für mich war schon bald klar, dass ich aufgrund der vielen spannenden Fachgebiete sowohl in Chiropraktik als auch in Medizin abschliessen wollte. So habe ich nach den ersten vier Jahren zuerst die letzten beiden Jahre Medizin und danach die beiden letzten Jahre Chiropraktik studiert und jeweils mit dem Staatsexamen abgeschlossen. Dies hat mir zum Beispiel ermöglicht, im vergangenen Jahr zu 50% in

**«Für mich war bald klar, dass ich aufgrund der vielen spannenden Fachgebiete in Chiropraktik und in Medizin abschliessen wollte.»**

einer Hausarztpraxis als Assistenzarzt und daneben weiter als Chiropraktor in einer Chiropraktik-Gemeinschaftspraxis zu arbeiten. Welchen Berufsweg ich langfristig einschlagen werde, ist für mich momentan noch offen. Was ich mir aber sicher wünsche, ist die Tätigkeit in einer Gemeinschaftspraxis, wo der fachliche Austausch auch auf unkomplizierte Weise in der Kaffeepause stattfinden kann.

**Was sind für Sie besonders positive Momente Ihrer chiropraktischen Tätigkeit?**

Sehr zufriedenstellend sind natürlich hoch akute Fälle, bei denen jemand schmerzgeplagt in der Praxis erscheint und sich direkt nach der Behandlung «wie neugeboren» fühlt. Aber auch bei chronischen Beschwerden sind teilweise erstaunliche Besserungen möglich, und ich erfahre viel Dankbarkeit vonseiten der Patientinnen und Patienten. Gerade bei chronischen Problemen ist eine komplette Beschwerdefreiheit nicht immer zu erreichen und wird meistens auch nicht erwartet. Aber auch wenn eine Patientin nach langem ihren Enkel wieder zum ersten Mal hochheben und herumtragen kann, wenn jemand die Analgetika absetzen

oder ein geliebtes Hobby wieder aufgreifen kann, trotz weiterhin bestehender leichter Schmerzen, so macht dies meist eine riesige Verbesserung der Lebensqualität für die Betroffenen aus. Solche Rückmeldungen zu bekommen bedeutet mir viel.

#### **Welchen Herausforderungen begegnen Sie im Berufsalltag als Chiropraktor?**

Es gibt in der Schweiz aktuell zu wenige Chiropraktik-Fachleute für die Anzahl Personen, welche chiropraktisch behandelt werden sollten. Somit gibt es viel zu tun, und das Zeitmanagement ist nicht immer ganz

### **«Man kennt unseren Beruf in der Schweiz leider noch zu wenig – Chiropraktik wurde erst 1964 offiziell anerkannt.»**

einfach. Um möglichst alle betreuen zu können, wird die geplante Behandlungszeit bei bereits bekannten Patientinnen und Patienten eher kurz gewählt. Wenn nun aber bei diesen plötzlich ein völlig neues Problem auftritt, beispielsweise ein Unfall mit Untersuchungsbefunden, welche sofort ein Röntgenbild erfordern, so kann dies zu Wartezeiten führen. Natürlich gibt es in vielen Arztpraxen manchmal unerwartete Verzögerungen, aber dort scheint das Verständnis erfahrungsgemäss grösser zu sein.

#### **Hat die Chiropraktik denn hierzulande ein Imageproblem?**

Es gibt gerade auch bei der älteren Ärzteschaft Kolleginnen und Kollegen, welche über den Beruf und die Ausbildung der Chiropraktischen Medizin zu wenig Bescheid wissen und manchmal unbegründete Vorurteile haben. Auch in den Apotheken ist bisweilen nicht bekannt, dass Chiropraktorinnen und Chiropraktoren beispielsweise Analgetika verschreiben dürfen, was schon zu ärgerlichen Situationen geführt hat. Dass chiropraktische Leistungen in der Schweiz von der obliga-



Chiropraktik ist gefragt, denn immer mehr Menschen leiden an Beschwerden des Bewegungsapparates.

torischen Grundversicherung der Krankenkassen, der Unfall-, Militär- und Invalidenversicherung übernommen werden, ist ebenfalls vielen nicht bewusst. Man kennt unseren Beruf in der Schweiz leider einfach noch zu wenig – Chiropraktik wurde hier erst 1964 offiziell anerkannt. Vor der Gründung der Ausbildungsstätte für Chiropraktische Medizin 2008 in Zürich musste man fürs Studium ins Ausland ziehen, deshalb liessen sich damals die meisten in den USA oder in Kanada ausbilden. Heute haben wir in der Schweiz eine der besten Chiropraktik-Ausbildungen weltweit, worauf wir stolz sein können.

#### **Was wünschen Sie sich für die Zukunft der Chiropraktik in der Schweiz?**

Dass mehr Chiropraktorinnen und Chiropraktoren in der Schweiz ausgebildet und Chiropraktik-Studiengänge auch in anderen Landesregionen aufgebaut werden. Seit kurzem kann man das Wahlstudienjahr nicht nur an der Universitätsklinik Balgrist in Zürich, sondern auch am Lausanner Universitätsspital Centre Hospitalier Universitaire Vaudois (CHUV) absolvieren. Es geht in die richtige Richtung! Zudem wünsche ich mir mehr Aufklärung über die Ausbildung und Kompetenzen der chiropraktisch tätigen Fachleute.

**Bildnachweis**  
Joel Forster

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

[fabienne.hohl\[at\]wirktext.ch](mailto:fabienne.hohl[at]wirktext.ch)

## Das Studium der Chiropraktik

Die medizinische Fakultät der Universität Zürich bietet seit 2008 das Studium der Chiropraktischen Medizin an. Während der ersten vier Jahre ist dieses mit jenem der Humanmedizin identisch. Jedoch wird zusätzlich das Mantelstudium Chiropraktik besucht, wo unter anderem manuelle Fertigkeiten, Biomechanik des Bewegungsapparates und Radiologie unterrichtet werden. Ab dem fünften Studienjahr ist das Studium auf den Bewegungsapparat fokussiert. Die Hälfte des Wahlstudienjahres verbringen die Studierenden an einer Poliklinik für Chiropraktische Medizin in der Universitätsklinik Balgrist oder am Centre Hospitalier Universitaire Vaudois (CHUV). Auf die eidgenössische Prüfung der Chiropraktik folgen drei Jahre Assistenzzeit bei Fachchiropraktorinnen oder Fachchiropraktoren, wobei mindestens vier Monate Unterassistenz in Rheumatologie oder Orthopädie und berufsbegleitende Weiterbildungen an der Swiss Chiropractic Academy in Bern erforderlich sind.

Danach kann die eidgenössische Fachchiropraktikprüfung absolviert werden, die zur selbständigen Berufsausübung berechtigt. Weitere Informationen: [www.chirosuisse.ch](http://www.chirosuisse.ch)



Denise Mitrano  
(© SNF / Cornelia Vinzens)

### Marie Heim-Vögtlin-Preis 2021

Denise Mitrano, Geochemikerin an der ETH Zürich, erhält vom Schweizerischen Nationalfonds (SNF) den Marie Heim-Vögtlin-Preis 2021 (mit CHF 25 000 dotiert). Die gebürtige US-Amerikanerin entwickelte ein Verfahren, mit dem sich Mikro- und Nanoplastik in Gewässern, Böden und sogar Organismen nachverfolgen lässt. Bisher war es kaum möglich, den Verbreitungswegen dieser bis zu wenigen Millionstel Millimeter kleinen Partikel auf die Spur zu kommen. Finanziert wurde diese Arbeit durch einen Ambizione-Beitrag im Rahmen der Nachwuchsförderung des SNF. Seit 2020 leitet Denise Mitrano als Assistenzprofessorin mit einem Eccellenza Fellowship des SNF ihre eigene Forschungsgruppe an der ETH Zürich.



Prof. Dr. Dr. Victor Valderrabano  
(© Birsforum Medien / Mimmo Muscio)

### Kenneth Johnson Award 2021

Prof. Victor Valderrabano wurde in Charlotte, North Carolina, USA, für seine langjährige Forschung, Lehre und Innovation im Bereich der Arthrose des Sprunggelenks und Sprunggelenksprothese mit dem «Kenneth A. Johnson International Speaker Award» der American Orthopedic Foot and Ankle Society (AOFAS) ausgezeichnet. Der Chefarzt des SWISS ORTHO CENTER bei Swiss Medical Network und Professor für Orthopädische Chirurgie an der Universität Basel ist ein international anerkannter Chirurg und Forscher.

### Prix FORESO 2021

Emil Scolari, maître d'enseignement HES, a obtenu le Prix FORESO 2021 qui récompense son travail de Master en Sciences Infirmières de la Faculté de biologie et de médecine de Lausanne. Réalisée au CHUV, où il occupait le poste d'infirmier clinicien spécialisé aux soins intensifs, cette étude s'intitule «Utilisation du SCAR par les infirmiers de soins intensifs lors des appels téléphoniques au médecin: Une étude observationnelle». Elle vise à décrire la qualité de l'utilisation de l'outil de communication SCAR et l'influence des différentes formations et de l'expérience professionnelle des infirmiers et infirmières sur la qualité de son utilisation.

La Fondation pour la recherche en soins (FORESO) a pour but de promouvoir la recherche dans les différentes professions non médicales de la santé, en particulier les soins infirmiers.



Emil Scolari (© HESAV)

### Gesundheitsnetz 2025 zeichnet zwei innovative Projekte aus

Das Gesundheitsnetz 2025 hat zum zehnten Mal innovative Projekte in der Zürcher Gesundheitsversorgung ausgezeichnet: zum einen das Projekt «Visit – Spital Zollikerberg Zuhause», zum anderen den digitalen «NoA Coach» der Suchtfachstelle Zürich. Das Preisgeld von je CHF 10 000 stiftet die Gesundheitsdirektion des Kantons Zürich. «Visit – Spital Zollikerberg Zuhause» bietet Menschen ab Spätherbst 2021 mit bestimmten hospitalisationsbedürftigen Erkrankungen eine Behandlung und Betreuung im häuslichen Umfeld, die aus qualitativer Sicht einem stationären Spitalaufenthalt entspricht. Das Projekt wurde von einem interprofessionellen Team des Spitals Zollikerberg und des Instituts Neumünster entwickelt. «NoA Coach» erzielt eine optimierte Behandlung von Alkoholproblemen durch digital unterstütztes Selbstmanagement.



PD Dr. med. Andrea Kopp Lugli (© KSB)

### KSB: Andrea Kopp Lugli wird Leiterin des Departementes Anästhesie & Intensivmedizin

PD Dr. med. Andrea Kopp Lugli wird als Direktorin das neu geschaffene Departement Anästhesie & Intensivmedizin am Kantonsspital Baden (KSB) leiten. Die 46-Jährige verfügt über den Facharzttitel sowohl für Intensivmedizin als auch für Anästhesie.

Sie startete ihre medizinische Karriere als Assistenzärztin auf der Inneren Medizin am KSB. Seit gut zehn Jahren ist sie am Universitätsspital Basel tätig, wo sie in der Klinik für Anästhesiologie im Sommer 2018 zur Leitenden Ärztin ernannt wurde. Als medizinische Leiterin war sie dort die treibende Kraft hinter dem Ausbau der interdisziplinären Intermediate Care Unit von acht auf zwanzig Betten.

In der Forschung und Lehre ist Andrea Kopp Lugli in verschiedenen Bereichen tätig: Zum einen verfügt sie als Privatdozentin über die Lehrbefugnis für Anästhesie an der Universität Basel, zum anderen leitet sie an der Universität Bern den Zertifikatskurs «Klinische Ernährung». Zudem ist sie Forschungsgruppenleiterin im Gebiet «Perioperativer Metabolismus und klinische Ernährung».

### HUG: Laurent Kaiser prend la tête du Département de médecine

Le Prof. Laurent Kaiser a été nommé médecin-chef du Département de médecine aux Hôpitaux universitaires de Genève (HUG). Il succède ainsi à Prof. Pierre-Yves Martin, qui part à la retraite. Prof. Laurent Kaiser était jusqu'à présent médecin-chef du Service des maladies infectieuses, responsable du Laboratoire de virologie et directeur du Centre des maladies virales émergentes des HUG, centre national de référence de l'OMS et pour la Suisse, et Professeur ordinaire au Département de médecine de la Faculté de médecine de l'Université de Genève.



Prof. Laurent Kaiser (© HUG)

### Inselspital: Neuer Chefarzt innerhalb der Universitätsklinik für Kinderheilkunde im Medizinbereich Kinder und Jugendliche

PD Dr. med. Thomas Riedel wurde zum Chefarzt innerhalb der Universitätsklinik für Kinderheilkunde im Medizinbereich Kinder und Jugendliche des Inselspitals ernannt. Er wird per 1. Dezember 2021 die Leitung der pädiatrischen Intensivstation übernehmen. Thomas Riedel schloss 1993 sein Medizinstudium an der Universität Bern ab und erlangte 2002 die beiden Facharzttitel für Kinder- und Jugendmedizin sowie Intensivmedizin. Er promovierte im darauffolgenden Jahr an der Universität Zürich und habilitierte sich 2015 an der Universität Bern. Im Jahr 2002 und von 2005 bis 2016

arbeitete er bereits am Inselspital, zuletzt als stellvertretender Leiter der pädiatrischen Intensivstation. Während der letzten knapp fünf Jahre war er Chefarzt und Departementsleiter der Kinder- und Jugendmedizin sowie Mitglied der Geschäftsleitung am Kantonsspital Graubünden. Thomas Riedel ist seit 2019 Co-Präsident der IG Pädiatrische Kliniken Schweiz und Mitglied in diversen schweizerischen und europäischen Fachgesellschaften.



PD Dr. med. Thomas Riedel (© Insel Gruppe)

### Kantonales Gesundheitszentrum Appenzell: Claudia Loher wird «Leiterin Pflegedienst»

Claudia Loher wurde zur Leiterin Pflegedienst des Kantonalen Gesundheitszentrums Appenzell gewählt. Sie tritt die neu geschaffene Stelle per 1. November 2021 in einem 30%-Pensum an und erhöht das Pensum per 1. Januar 2022 auf 80%. Frau Loher, die über einen Master of Science in Nursing (MScN) verfügt, ist aktuell als Pflegeexpertin Advanced Practice Nurse (APN) bei der Spitex Waldkirch-Bernhardzell und bei der Spitex Region Uzwil angestellt. Sie führt und coacht das Pflegefachpersonal in komplexen Pflegesituationen. Weiter stellt sie die Qualitätssicherung der professionellen Pflege auf der Basis «Evidence-based practice» sicher und arbeitet in Praxisprojekten und

in der direkten Pflege der Spitex-Klienten mit. Davor war Frau Loher für längere Zeit als Pflegeexpertin APN/MScN in der zentralen Notfallaufnahme des Kantonsspitals St. Gallen tätig. Sie arbeitete als Study Nurse Neurologie am Kantonsspital St. Gallen, an der Geriatrischen Klinik St. Gallen und als Pflegefachfrau FH/NDS Notfall- und Intensivpflege an weiteren Spitälern und Kliniken im Raum Zürich wie auch für längere Zeit in Vancouver, Kanada.



Claudia Loher (zVg)



# Persuasion

**André Simon**

Dr. med., Facharzt für Allgemeine Innere Medizin, Mitglied FMH, Zürich

In those remote times, in the great forest, the animals declared an elderly lion to be a judge. In the quarrels the Lion gives the judgment and passes the sentence. The sentence is always the same. The loser receives twenty hits on his butt, from the Lion himself.

Once, one donkey sighted a lawn and started to eat the grass. One wolf passing, approached to the donkey and said: "Why do you eat this dried grass?" The donkey replied, that the grass was greenish and continued to eat. The wolf continued to repeat, that the grass was dry. The donkey didn't change his opinion. So, they came to an argument.

Consequently, they decided to ask the Judge Lion for his ruling. The verdict was: "This grass is partly dry and partly yellowish, and the donkey is the loser." However, the Lion started to strike the wolf. Between two strikes the wolf asked: "Why me?" And the Lion gave of the teaching of the Judge.

Never, ever try to persuade a donkey.

**Picture credits**

Mkouwenhoven | Dreamstime.com

---

Dr. med. André Simon  
Allgemeine Innere Medizin  
Dörflistrasse 14  
CH-8057 Zürich  
andre.simon[at]hin.ch

# «Helping hands are better than talking mouths»

**Monika Brodmann Maeder**

PD Dr. med. et MME, Präsidentin des SIWF



Der Ausspruch «Helfende Hände sind besser als sprechende Münder» stammt von Pasang Lhamu Sherpa, der Direktorin des Pasang-Lhamu-Nicole-Niquille-Spitals in Lukla in Nepal. Das Spital konnte dank der Unterstützung der Schweizer Stiftung *Fondation Nicole Niquille* gebaut werden und wird nun von Einheimischen betrieben. Es liegt auf 2800 Metern Höhe im Khumbutal, das den höchsten Berg der Welt von Süden erschliesst. Das Zitat von Pasang Lhamu Sherpa hat auch dem Buch über das Personal des «Bergspitals» den Titel gegeben [1]. Sie wollte damit zu verstehen geben, dass sie konkrete, praktische Hilfe – mit den Händen – viel wichtiger findet als schönes Reden ohne Folgen.

Als Ärztin habe ich im direkten Patientenkontakt tausende Male «Hand angelegt»: Meine Hände haben Bäuche abgetastet, Gelenke untersucht, Ödeme oder Hautemphyseme diagnostiziert und Wunden genäht. Meine Hände sind immer noch ein feines Diagnostikum beim ersten Kontakt mit einem Menschen: Der Händedruck sagt mir schon viel über mein Gegenüber: Hat diese kalte oder warme Hände, sind die Hände feucht oder rau, ist der Händedruck kräftig und bestimmt oder eher leicht und zurückhaltend?

Die Hände erzählen uns aber auch Geschichten: Wie sehr unterscheiden sich doch die Hände einer Bergbäuerin aus dem Kandertal von den filigranen Händen einer Konzertpianistin. Die Hände können aber auch von Schicksalen erzählen wie beispielsweise die Hand eines Tetraplegikers, der nur mit Trickbewegungen sein Trinkglas selber halten kann, oder auch die Hand eines Schreiners mit mehreren amputierten Fingern, die von einem schweren Unfall bei der Arbeit erzählt.

Die *helping hands* sind für mich aber auch Symbol der Hilfe für einen Menschen, für Mitgefühl und Nähe. Handauflegen wird von Seelsorgerinnen und Seelsorgern verwendet, um jemandem Trost zu spenden. Heilerinnen versuchen, durch Handauflegen Menschen von ihren Krankheiten zu befreien. Die Hand bleibt dabei mehrere Minuten auf einem Körperbereich.

Seit dem Auftreten von Covid-19 haben wir uns das Händeschütteln und den direkten Körperkontakt abgewöhnen müssen. Für einige unserer Freunde war das eine Entlastung, weil sie die engen Begrüssungen mit ein, zwei oder drei Küsschen schon immer als zu grosse

Nähe empfunden hatten und dies nie ausdrücken durften. Für andere war es vor allem am Anfang schwierig, nicht einmal die Hand auszustrecken bei der Begrüssung.

Fast eineinhalb Jahre nach Beginn von «Corona» sind wir körperkontaktscheue Individuen geworden. Die Begrüssung wurde abgelöst durch eine Diskussion, ob wir nun die Ellbogen oder die Fäuste sich berühren lassen, ob wir das *Namasté*, den respektvollen Gruss der Nepali, verwenden, die ihre Hände vor der Brust zum Gruss zusammenhalten, oder ob wir einfach direkt in *medias res* gehen sollen. Wir haben uns angewöhnt, am Anfang und am Ende einer virtuellen Sitzung die Hand zu heben, um uns von unseren virtuellen Kolleginnen und Kollegen zu verabschieden.

## Die *helping hands* sind für mich auch Symbol der Hilfe für einen Menschen, für Mitgefühl und für Nähe.

Nun sollen wir wieder zurück zu einer «neuen Normalität» und diskutieren erneut, ob wir jemandem die Hand geben wollen, dürfen oder sollen. Wir schrecken zurück, wenn unser Gegenüber uns seine Hand geben will oder – noch schlimmer – die Maske entfernt und wir in ein «nacktes» Gesicht sehen.

Und mit dem nackten Gesicht wieder zurück zu den *talking mouths*: Wenn meine Freundin Pasang Lhamu Sherpa von *talking mouths* redet, meint sie lange Reden mit Phrasen und leeren Worten. Diese bringen uns nicht weiter. Wenn wir aber Gespräche im Sinne von Austausch, gemeinsamen Besprechungen, Absprachen und *brain stormings* denken, sieht das anders aus: Ohne diese können selten kreative Projekte entstehen oder sich weiterentwickeln.

Die Gespräche sollten wenn immer möglich von konkreten Umsetzungen gefolgt werden und damit den uns bestens bekannten Satz «von der Hand in den Mund» umkehren: Die *helping hands* brauchen kreative *talking mouths* – aber vor allem auch «*thinking and wise heads*», damit neue Ideen verwirklicht und in die Tat umgesetzt werden können.

### Literatur

- 1 Lewis R, Loepfe R. Helping hands are better than talking mouths. The dedicated staff at the hospital Lukla. 2011.

monikamaria.  
brodmannmaeder[at]siwf.ch



[www.annahartmann.net](http://www.annahartmann.net)