

# Schweizerische Ärztezeitung

**373** Editorial  
von Christoph Bosshard  
**Der Tag hat 24 Stunden...**

**379** Ärztestatistik  
**Was gute medizinische  
Versorgung braucht**

**410** «Zu guter Letzt»  
von Rouven Porz  
**Ethik-Wissen für Angeber**

**374** Belastungen, Depression, Selbstzweifel  
**Wenn Ärztinnen und Ärzte Hilfe suchen**



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



EMH Media

SCHWEIZERISCHER ÄRZTEVERLAG  
EDITIONS MEDICALES SUISSES

**Verlag**

Eva Mell, M.A., stellvertretende Chefredaktorin;  
 Julia Rippstein, Redaktorin Print und Online;  
 Rahel Gutmann, Junior-Redaktorin;  
 Eveline Maegli, Redaktionsassistentin

**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: Christoph Bosshard

373 **Der Tag hat 24 Stunden...**

374

REMED: ReMed, Leitungsausschuss

**ReMed: Jahresbericht 2021** Im vergangenen Jahr wurde das Unterstützungsnetzwerk für Ärztinnen und Ärzte ReMed knapp 200 Mal kontaktiert. Dies bedeutet eine Zunahme der Kontaktaufnahmen gegenüber dem Vorjahr um 11%. Diese hohe Nachfrage zeigt die Notwendigkeit des Programms.

ÄRZTESTATISTIK: Charlotte Schweizer, Stefanie Hostettler, Esther Kraft

379 **Gute medizinische Versorgung braucht genügend qualifizierte Fachkräfte**382 **Personalien****Weitere Organisationen und Institutionen**

SGSPP: Malte Christian Claussen, Christian Imboden, Erich Seifritz, Ulrich Hemmeter, Carlos Gonzalez Hofmann

385 **SGSPP-Curriculum Sportpsychiatrie und -psychotherapie: Stufe 1****Briefe / Mitteilungen**388 **Briefe an die SÄZ**390 **Facharztprüfungen / Mitteilungen****FMH Services**392 **Stellen und Praxen** (nicht online)**Tribüne**

THEMA: Rahel Gutmann

397 **«Es reicht immer noch nicht»**

## Tribüne

GRÜEZI SCHWEIZ: Eva Mell

400 «Ich muss mich nicht entscheiden»

## Horizonte

STREIFLICHT: Dominik Heim

402 **W wie die Würde des Alterns**

SCHAUFENSTER: Hedi Meierhans

404 **Das Blatt**

REPORTAGE: Fabienne Hohl

407 **Die leise Welt der Frühchen**

## Zu guter Letzt

Rouven Porz

410 **Ethik-Wissen für Angeber**



EVE STOCKHAMMER

## Impressum

### Schweizerische Ärztezeitung

Offizielles Organ der FMH  
und der FMH Services

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

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

### Anzeigen:

Markus Will, Tel. +41 (0)61 467 85 97,  
markus.will@emh.ch  
Philipp Lutzer, Tel. +41 (0)61 467 85 05,  
philipp.lutzer@emh.ch

### Stellenmarkt und Rubrikanzeigen:

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

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

### Abonnemente FMH-Mitglieder:

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

### Anderer Abonnemente:

EMH Kundenservice, Postfach,  
4601 Olten, Tel. +41 (0)44 305 82 38,  
emh@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:  
© Dimitar Belchev / Unsplash



# Der Tag hat 24 Stunden...

**Christoph Bosshard**

Dr. med., Vizepräsident der FMH, Departementsverantwortlicher DDO



... und dann arbeiten wir noch die Nacht hindurch. Und wenn dies immer noch nicht reicht, so machen wir noch etwas Überzeit. So hat es früher des Öfteren geklungen. Heute zeigen uns die aktuellen Zahlen aus der FMH-Ärzttestatistik, dass wir bei einer durchschnittlichen Wochenarbeitszeit von 48 Stunden von einer Teilzeitarbeit von 8,7 Halbtagen sprechen. Und wo führt uns die Zukunft hin? Umfragen bei unseren jüngeren Mitgliedern geben eine klare Antwort: Es werden Arbeitszeiten gemäss dem gesamtschweizerischen Durchschnitt eingefordert. Wir stehen also vor einer Entwicklung, welche es absehbar macht, dass wir bei einem ärztlichen Vollzeit-Äquivalent nicht mehr von 55 Stunden, sondern von landesüblichen 41 Stunden auszugehen haben. Wir müssen also basierend auf diesem Effekt bei gleicher Kopfzahl mit der Reduktion der ärztlichen Arbeitskraft um gut ein Viertel rechnen. Dazu kommt das Anliegen nach Teilzeit-Arbeit, welches bei beiden Geschlechtern zunehmend im Raum steht. Es geht hier nicht darum, ob diese Entwicklungen für gut oder schlecht befunden werden, sie sind schlicht Tatsache. Und dieser Tatsache sollte auch Rechnung getragen werden, wenn nun die Kantone im Rahmen der Umsetzung der neuen gesetzlichen Vorgaben zur Zulassungssteuerung ihre Höchstzahlen festlegen. Wenn hier zu stark auf aktuelle Kopfzahlen abgestellt wird, droht morgen plötzlich ein böses Erwachen! Ganz abgesehen davon befinden wir uns, was ärztliche Fachkräfte anbelangt, in einer Ausland-Abhängigkeit, welche über die ver-

**Wir stehen also vor einer Entwicklung, in der wir bei einer ärztlichen Vollzeit-Arbeitszeit nicht mehr von 55 Stunden ausgehen können.**

gangenen Jahre stets zugenommen hat. An dieser Stelle danke ich allen Kolleginnen und Kollegen aus dem In- und Ausland, welche jeden Tag rund um die Uhr ihr Bestes geben für die Betreuung unserer Patientinnen und Patienten. Aber wie lange wird dies so noch möglich sein? Unsere Nachbarländer haben bereits attraktivitätssteigernde Schritte unternommen, um ihre Fachkräfte im eigenen Land zu behalten. Wie ethisch vertretbar ist es denn, wenn die Schweiz, eines der wohlhabendsten Länder weltweit, sich diese

Import-Strategie leistet? Sie führt für die betroffenen Länder letztlich dazu, dass ihre hoch qualifizierten Arbeitskräfte ins Ausland abwandern. Wir werden also nicht umhin kommen, eine Strategie zu entwickeln und umzusetzen, damit wir unser Gesundheitswesen mit eigenem Nachwuchs am Laufen halten können. Einerseits bedeutet dies, selbst genügend Fachkräfte auszubilden und im Beruf zu halten, andererseits aber auch, diese Fachkräfte sinnvoll einzusetzen. Und gerade hier eröffnet sich ein Gelegenheitsfenster, auf welches leider bereits zu lange ohne Erfolg hinge-

**Wir müssen erstens selbst genügend Fachkräfte ausbilden und im Beruf halten, zweitens diese Fachkräfte auch sinnvoll einsetzen.**

wiesen wird: Die Fachkräfte, nicht nur Ärztinnen und Ärzte, verlieren zu viel ihrer knappen Zeit mit administrativen Belangen. Diese Arbeitszeit fehlt dann eben bei unseren Patientinnen und Patienten! Vor 5 Jahren wurden zwei Studien publiziert, die noch heute Gültigkeit haben. Eine Studie im CHUV zeigte: Assistenzärzte verbringen dreimal mehr Zeit am Computer als mit den Patienten. Eine Folge-Studie in Baden zeigte auf: Assistenzärzte verbringen nur gerade 90 Minuten pro Tag am Patientenbett; ansonsten beschäftigen sie sich mit Administrativem. Hier liegt also ein grosser Teil der ärztlichen Arbeitskraft brach! Diese administrative Belastung wirkt sich nachweislich auch negativ auf die Arbeitszufriedenheit der Ärztinnen und Ärzte aus. Es ist allerhöchste Zeit, diese Problematik anzugehen: Die auf allen Ebenen zunehmenden Regulierungen trotzen einerseits allen WZW-Überlegungen und andererseits sind darin zu oft weder Kenntnis noch Verständnis für die konkreten und praktischen Alltags-Situationen in unserem Gesundheitswesen erkennbar. Allzu oft verhallen Vernehmlassungsantworten der FMH unberücksichtigt oder die FMH wird gar nicht erst einbezogen. Umso wichtiger ist es, dass wir jedes Jahr unermüdlich mit der FMH-Ärzttestatistik unseren Beitrag zu einer soliden Datenbasis leisten, um so die anstehenden Arbeiten auf eine belastbare Grundlage zu stellen. Ich danke allen Mitgliedern, welche uns jedes Jahr darin unterstützen!



[Beinahe 200 Kontaktaufnahmen 2021](#)

# ReMed: Jahresbericht 2021

ReMed, Leitungsausschuss

ReMed ist ein Unterstützungsnetzwerk für Ärztinnen und Ärzte. In persönlichen Krisensituationen unterstützt ReMed Ärztinnen und Ärzte mit einem breiten Angebot. Ziele sind die Erhaltung der Gesundheit und ärztlichen Funktionalität sowie die Gewährleistung der Patientensicherheit und der hohen Qualität in der medizinischen Versorgung. Es verbreitet weiter Wissen und Erfahrungen über Gesundheitsförderung und Prävention bei Ärztinnen und Ärzten und sensibilisiert diese für die eigene Gesundheit. Das Unterstützungsnetzwerk bietet verschiedene Angebote, die speziell auf die Bedürfnisse der Ärzteschaft ausgerichtet sind. Die Notwendigkeit von ReMed, dem Unterstützungsnetzwerk für Ärztinnen und Ärzte in Krisen, wurde auch im vergangenen Jahr bestätigt. Die Nachfrage nimmt stetig zu. Beinahe 200 Ärztinnen und Ärzte haben im Jahr 2021 das Unterstützungsnetzwerk kontaktiert. Die ratsuchende Ärztin, der ratsuchende Arzt genießt bei den erstberatenden Ärztinnen und Ärzten von ReMed ab Kontaktaufnahme die gleichen Rechte

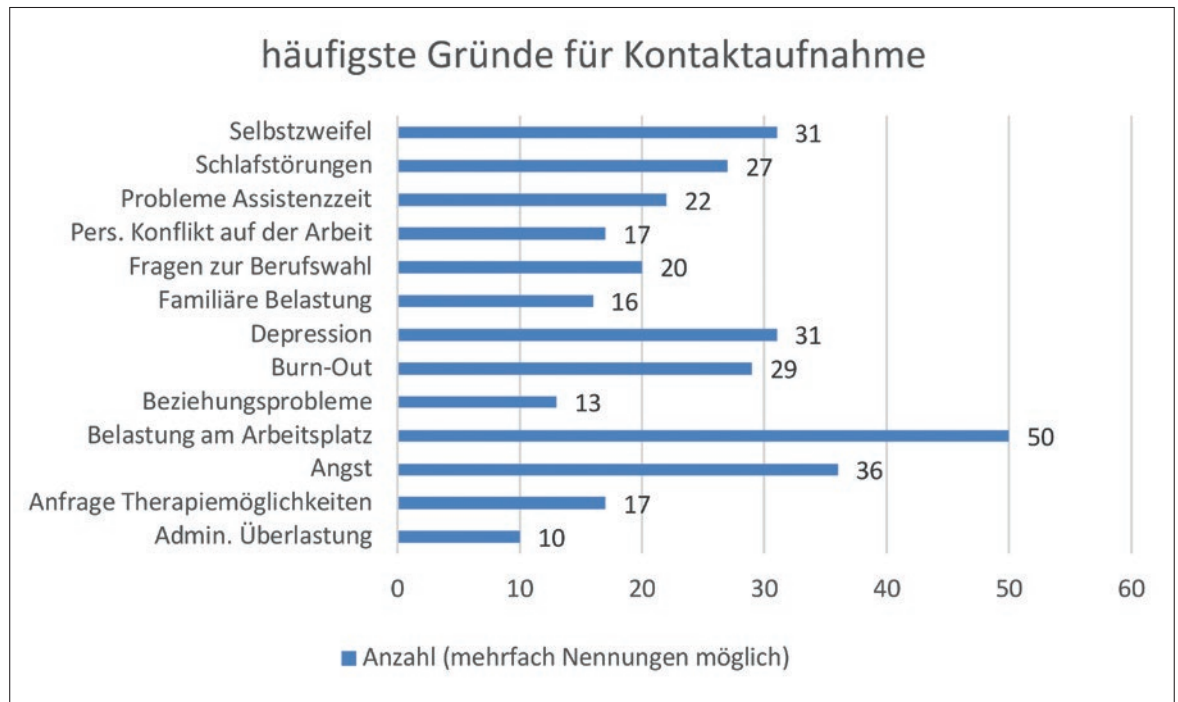
wie andere Patienten: Es gilt das Patientengeheimnis, und die Datenschutzbestimmungen werden eingehalten. Es gelten zudem dieselben gesetzlichen Ausnahmen vom ärztlichen Berufsgeheimnis.

## Kontaktaufnahmen um 11% gestiegen

Im vergangenen Jahr wurde ReMed 189 Mal kontaktiert. Dies bedeutet eine Zunahme der Kontaktaufnahmen gegenüber dem Vorjahr um 11%. Diese hohe Nachfrage zeigt die absolute Notwendigkeit des Re-

ReMed ist für Sie da. Brauchen Sie oder jemand aus Ihrem Umfeld professionelle Hilfe? Wenden Sie sich an ReMed: Das Unterstützungsnetzwerk für Ärztinnen und Ärzte respektiert das Arztgeheimnis und berät Sie kompetent. Auch bei anderen beruflichen und persönlichen Krisen kann Ihnen ReMed Lösungswege aufzeigen. Dieses Angebot gilt auch für Personen aus dem Umfeld von Ärztinnen und Ärzten, 24 Stunden am Tag. Die ärztlichen Beratenden melden sich innerhalb von 72 Stunden: [www.swiss-remed.ch](http://www.swiss-remed.ch), [remed\[at\]hin.ch](mailto:remed[at]hin.ch), Tel. 0800 07 36 33.





Med-Programms. Bei den Anfragen, welche gemäss definiertem Ablauf innert 72 Stunden von einem ärztlichen Mitglied des Leitungsausschusses beantwortet wurden, war die Problematik «Belastung am Arbeitsplatz» der meistgenannte Grund für die Kontaktaufnahme, dicht gefolgt die Probleme «Depression», «Angst» und «Selbstzweifel». Die ReMed-Dienstleistungen wurden zu 69% aus der Deutschschweiz, zu 26% aus der Romandie und zu 5% aus der italienischen Schweiz beansprucht. Wie bereits im Vorjahr waren die Kontaktsuchenden zu zwei Dritteln weiblich und zu einem Drittel männlich.

### ReMed-Programm – stetiger Austausch

Seit der Einführung werden im Rahmen des nationalen Programms von ReMed Interventionen durchgeführt. In der ersten Jahreshälfte des vergangenen Jahres 2021 fand der Austausch wegen der Coronapandemie online statt, im zweiten Halbjahr erfolgten dann wiederum Präsenztreffen. Damit die Interventionen in den Gesamtkontext von ReMed Schweiz eingebettet werden können, fanden ebenso drei Erfahrungsaustausche zwischen den Erstberatenden von ReMed statt. Dieser Austausch festigt das tragfähige Netzwerk von Kollegen und Kolleginnen, welche für ReMed tätig sind. Sowohl die Interventionen als auch die Erfahrungsaustausche werden im laufenden Jahr aufrechterhalten.

### Schnittstellen beobachten

Belastung am Arbeitsplatz, Burnout und die Doppelbelastung von Mutterschaft und Beruf gehören zu den meistgenannten Motiven der Kontaktaufnahmen. ReMed unterstützt nicht nur in Krisen, sondern engagiert sich in der Prävention zu Themen der Ärztegesundheit, insbesondere für verbesserte Arbeitsbedingungen in den Spitälern. Bereits 2018 hat sich ReMed mit dem Verband Schweizerischer Assistenz- und Oberärztinnen und -ärzte (VSAO) getroffen, der sich

ReMed-Interventionen für Erstberatende und Netzwerkmitglieder: Neben den Unterstützungsangeboten für ratsuchende Ärztinnen und Ärzte führt ReMed auch regionale Interventionen zum Erfahrungsaustausch für Kolleginnen und Kollegen durch, die Ärztinnen und Ärzte als Patienten betreuen. Diese ermöglichen Vernetzung und Bildung von Peer-Groups (jeweils 6–8 Teilnehmer, 2–3 Treffen pro Jahr), welche gemeinsam Fallfragen zu Mentoring, Coaching, Beratung, Therapie oder anderen Aspekten (juristisch, versicherungsrechtlich etc.) erarbeiten. Setzen Sie sich mit uns in Verbindung, nehmen Sie an einer Sitzung teil, und lernen Sie unsere Arbeit kennen.

Kontakt und Anmeldung: [info\[at\]swiss-remed.ch](mailto:info[at]swiss-remed.ch)

Mögliche nächste Daten 2022:

Donnerstag, 21. April 2022

Donnerstag, 5. Mai 2022

Donnerstag, 9. Juni 2022

Donnerstag, 15. September 2022

Donnerstag, 10. November 2022

dieser Problematik auch bewusst ist. ReMed und der VSAO vereinbarten 2018, gemeinsam solche Schnittstellen aufmerksam zu betrachten und nach möglichen Lösungsansätzen zu suchen. Mit dem Schweizerischen Institut für ärztliche Weiter- und Fortbildung (SIWF) erfolgte im vergangenen Jahr ein weiterer Austausch. Bereits in der anspruchsvollen Weiterbildung zur Fachärztin oder zum Facharzt soll darauf geachtet werden, dass solche Problemlagen gar nicht erst entstehen können. Ein regelmässiger Austausch zwischen ReMed, VSAO und SIWF soll helfen, entsprechende Lösungsangebote zu erarbeiten.

### ReMed – Präsenz in den Medien

Auch im Jahr 2021 konnte ReMed, bedingt durch die Covid-19-Pandemie, nur an wenigen Anlässen präsent sein. Umso wichtiger war die Präsenz in den Medien. Mit Artikeln in der Tagespresse, in der Fachliteratur, mit Testimonials in der *Schweizerischen Ärztezeitung* sowie Beiträgen in Social Media konnte ReMed den Bekanntheitsgrad ausbauen. Diese Beiträge finden jeweils grossen Anklang bei der Leserschaft und erfahren positive Rückmeldungen. Besuchen Sie die Homepage [www.swiss-remed.ch](http://www.swiss-remed.ch), und finden Sie interessante Erfahrungsberichte und Dokumentationen sowie alle wertvollen Informationen über das Unterstützungsnetzwerk.

### Interesse an der Mitarbeit bei ReMed?

ReMed freut sich auf die Zusammenarbeit mit Kolleginnen und Kollegen, die sich für das Thema der Ärztesundheit interessieren und sich in der kompetenten und speditiven Betreuung von betroffenen Ärztinnen und Ärzten engagieren möchten. Wir freuen uns auf Ihre Kontaktaufnahme mit Motivationsschreiben, CV und Referenz einer Kollegin oder eines Kollegen oder eines ReMed-Mitglieds. Kontaktadresse: [info\[at\]swiss-remed.ch](mailto:info[at]swiss-remed.ch)

### ReMed – Der Leitungsausschuss

Die Programmleitung und der Leitungsausschuss von ReMed setzen sich wie folgt zusammen.

#### Programmleitung:

- Dr. med. Peter Christen, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin FMH, ärztliche Programmleitung
- Esther Kraft, lic. rer. oec., Leiterin Abteilung Daten, Demographie und Qualität FMH, administrative Programmleitung

#### Leitungsausschuss:

- Dr. med. Franco Gusberti, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie FMH
- Dr. med. Mirjam Tanner, Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie FMH
- Dr. med. Carole Weil, Fachärztin für Gynäkologie und Geburtshilfe FMH
- Dr. med. Sabine Werner, Fachärztin für Dermatologie und Venerologie FMH
- Dr. med. Yvette Attinger Andreoli, Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie FMH

### ReMed ist für Sie da

Das nationale Programm ReMed mit dem Leitungsausschuss und den Netzwerkmitgliedern wird auch im Jahr 2022 für Ärztinnen und Ärzte in Krisensituationen da sein. Die betroffenen Ärztinnen und Ärzte können über die 24-Stunden-Hotline (0800 07 36 33) oder per [remed\[at\]hin.ch](mailto:remed[at]hin.ch) Beratung und Hilfe anfordern.

#### Bildnachweis

Dimitar Belchev / Unsplash

Die FMH-Ärztstatistik liefert jährlich Kennzahlen zur Ärzteschaft in der Schweiz. Die Daten ermöglichen zeitliche Vergleiche sowie die Erkennung und Darstellung von Trends. Standardtabellen, Indikatoren, ein Video sowie ein Poster zur FMH-Ärztstatistik finden Sie unter: [www.fmh.ch](http://www.fmh.ch) → Themen → FMH-Ärztstatistik. Ein weiterer detaillierter Artikel (inkl. der Datengrundlage) zur Ärztestatistik erscheint in der nächsten Ausgabe der SÄZ.

# Gute medizinische Versorgung braucht genügend qualifizierte Fachkräfte

Charlotte Schweizer<sup>a</sup>, Stefanie Hostettler<sup>b</sup>, Esther Kraft<sup>c</sup>

<sup>a</sup> lic. phil. I, MAS Business Communications, Leiterin Abteilung Kommunikation der FMH; <sup>b</sup> Dr. sc. ETH Zürich, Abteilung Daten, Demographie und Qualität DDQ FMH; <sup>c</sup> lic. rer. oec., Leiterin Abteilung Daten, Demographie und Qualität DDQ FMH

In der Schweiz waren im Jahr 2021 39 222 Ärztinnen und Ärzte berufstätig. Dies bedeutet eine Zunahme von 1,9 Prozent gegenüber dem Vorjahr. Die Zunahme an berufstätigen Ärztinnen und Ärzten verlangsamt sich, und die Abhängigkeit von Fachkräften aus dem Ausland nimmt weiter zu. Über ein Drittel der in der Schweiz berufstätigen Ärztinnen und Ärzte haben ihr Medizinstudium im Ausland absolviert und abgeschlossen. Um die qualitativ hochstehende Patientenversorgung in der Schweiz aufrechtzuerhalten, braucht es politische Massnahmen, um die Versorgung mit qualifizierten Fachkräften nicht zu gefährden.

Die Corona-Pandemie hat die zentrale Bedeutung einer guten medizinischen Versorgung für die gesamte Bevölkerung in den Fokus der öffentlichen Aufmerksamkeit gerückt und bewusst gemacht, welche zentrale Rolle das Gesundheitswesen einnimmt. Covid-19 hat auch den Wert einer guten Patientenversorgung aufgezeigt. So war die Bevölkerung bereit, grosse Einschränkungen und Kosten auf sich zu nehmen, um die Belastung der Intensivstationen kontrollierbar zu halten.

## Der Anteil der berufstätigen Ärztinnen nimmt kontinuierlich zu und beträgt inzwischen 44,9 Prozent.

Qualifizierte Ärztinnen und Ärzte haben dazu beigetragen, eine hochstehende Patientenversorgung auch im Krisenfall sicherzustellen.

Wir alle können jederzeit schwer erkranken und sind dann darauf angewiesen, dass die Gesundheitsversorgung funktioniert und qualifizierte Fachpersonen uns unterstützen. Dieses Bewusstsein führt den Blick von einem reinen Kostenfokus hin zu einem Fokus auf die Qualität der medizinischen Versorgung. Es gilt, diesen Ressourcen für ein gutes Gesundheitswesen Sorge zu

tragen und Versorgungssicherheit zu gewährleisten. Die FMH-Ärztstatistik leistet zur Analyse ebendieser Ressourcen alljährlich einen grossen Beitrag.

## Berufstätige Ärztinnen und Ärzte

Die jährlich erscheinende FMH-Ärztstatistik zählt für das Jahr 2021 17 599 berufstätige Ärztinnen und 21 623 Ärzte in der Schweiz. Total sind es 39 222 berufstätige Ärztinnen und Ärzte. Der Anteil der Frauen nimmt kontinuierlich zu, er beträgt inzwischen 44,9 Prozent (vgl. Tabelle 1). Im Vergleich zum Vorjahr hat die Gesamtzahl der Ärztinnen und Ärzte um 720 Personen zugenommen, das entspricht einem Pro-Kopf-Wachstum von 1,9 Prozent. Die Höhe des jährlichen Zuwachses ist in der Tendenz abnehmend. Relevant für den Patientenzugang zu den benötigten qualifizierten Ärztinnen und Ärzten sind unter anderem auch die Fachspezialisierung, die regionale Verteilung, die Anzahl geleisteter Arbeitsstunden pro Woche und die Altersstruktur.

Das Durchschnittsalter der Ärztinnen und Ärzte in der Schweiz liegt derzeit bei 50 Jahren. Ein Viertel aller berufstätigen Ärzte ist 60 Jahre oder älter. Die Ärztinnen sind im Schnitt mit 46,6 Jahren jünger als die Ärzte



**Tabelle 1:** Übersicht der berufstätigen Ärztinnen und Ärzte nach Geschlecht und Sektor (Hauptberufstätigkeit) 2021.

	Frauen		Männer		Total	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Praxissektor	8902	42,5	12028	57,5	20930	53,4
Spitalsektor	8471	47,9	9212	52,1	17683	45,1
Anderer Sektor	226	37,1	383	62,9	609	1,5
<b>Total</b>	<b>17599</b>	<b>44,9</b>	<b>21623</b>	<b>55,1</b>	<b>39222</b>	<b>100,0</b>

(52,8 Jahre), was mit dem steigenden Frauenanteil bei den Medizinabsolventen zusammenhängt. Generell ist das Durchschnittsalter der berufstätigen Ärzteschaft in den letzten Jahren gestiegen. Viele ältere Ärzte werden in den nächsten Jahren in Pension gehen, was die Verfügbarkeit von medizinischer Betreuung belasten wird.

### Arbeitspensen und regionale Verteilung

Das ehemals gängige Modell von Einzelpraxen, welche von praktizierenden Ärzten allein mit sehr hohen Wochenarbeitszeiten geführt wurden, wird zunehmend abgelöst. 46,8 Prozent der Ärztinnen und Ärzte im Praxissektor sind in Einzelpraxen tätig. Dieser Anteil hat seit 2009 um 16,5 Prozent abgenommen. Der Frauenanteil in Einzelpraxen beträgt 31,8 Prozent und liegt damit tiefer als in Doppel- und Gruppenpraxen mit 44,6 Prozent. In einer Gruppenpraxis arbeiten durchschnittlich 4,3 Ärztinnen und Ärzte.

Heute sind mehrheitlich beide Partner berufstätig, die Kinderbetreuung wird aufgeteilt. Für jene Partner, die nicht ärztlich tätig sind, kann Stadtnähe ein relevanter Faktor für die Standortattraktivität sein, um der beruflichen Tätigkeit nachzugehen. Umso wichtiger ist es, gute Rahmenbedingungen zu schaffen, um auch in ländlichen Gebieten eine gute medizinische Grundversorgung aufrechtzuerhalten. Dazu gehören zeitgemässe Arbeitsmodelle. Heute entspricht ein volles Arbeitspensum eines Arztes, einer Ärztin 55 Wochenstunden. Ein durchschnittliches Schweizer Arbeitspensum von 41,1 Wochenstunden ist also für Mediziner ein Teilzeitpensum (Quelle: Arbeitsvolumenstatistik [AVOL] 2018, BFS). Sogenannte ärztliche «Teilzeitpensen» sind heute keine Gender-, sondern eine Generationenfrage. In der Schweiz arbeiten Ärztinnen und Ärzte heute im Schnitt 48 Stunden pro Woche oder 8,7 Halbtage.

Junge Ärzte – insbesondere im Praxissektor – arbeiten seltener 60 Wochenstunden und mehr, wie dies vor dreissig Jahren eher üblich war. Es ist von zentraler Bedeutung, die Entwicklung der Arbeitspensen zu berücksichtigen, wenn es darum geht, kantonale Höchst-

zahlen für die ambulant tätigen Ärztinnen und Ärzte zu definieren, wie es das Zulassungsrecht vorsieht.

### Grundversorger seit Jahren rückläufig

Die Allgemeine Innere Medizin ist in der berufstätigen Ärzteschaft mit gut einem Fünftel das meistgewählte Fachgebiet (21,5 Prozent), gefolgt wird sie von der Psychiatrie und Psychotherapie mit 10,0 Prozent. Am dritthäufigsten wählen Medizinerinnen und Mediziner das Fachgebiet der Kinder- und Jugendmedizin mit 5,3 Prozent. In der Gynäkologie und Geburtshilfe arbeiten 5,1 Prozent der Ärztinnen und Ärzte. Ordnet man diese Fachrichtungen gemeinsam der Grundversorgung zu, so muss man feststellen, dass der Anteil dieser Fachrichtungen auf die gesamte Schweiz gesehen seit 2013 rückläufig ist. Insbesondere in ländlichen Gebieten fällt es schwer, Nachfolgeregelungen für Einzelpraxen zu finden. Dies ist problematisch für die Sicherstellung einer wohnortsnahen gut integrierten und kostenbewussten Patientenversorgung.

Als Rahmenbedingung für die ambulant praktizierenden Ärztinnen und Ärzte wäre ein zeitgemässer ausgewogener betriebswirtschaftlicher Tarif von zentraler Bedeutung. Dieser liegt mit dem TARDOC bereits vor. Er wertet die Hausarztmedizin auf und stellt auch die sprechende Medizin besser. Diese Stärkung der Grundversorgung ist wichtig, um eine qualitativ hochstehende Patientenversorgung zu gewährleisten. Der TARMED ist veraltet und nicht mehr sachgemäss. Er entspricht nicht den Gegebenheiten der modernen Medizin. Technische Leistungen sind tendenziell übertarifiert, während personalintensive Tätigkeiten eher untertarifiert sind.

### Abhängigkeit von ausländischen Ärzten

38,4 Prozent der in der Schweiz berufstätigen Ärztinnen und Ärzte haben ihr Medizinstudium im Ausland absolviert und abgeschlossen. Im Vergleich zum Vorjahr bedeutet dies eine Zunahme um 1 Prozent. Damit setzt sich der Trend der vergangenen Jahre weiter fort. Im Jahr 2014 waren es noch 31 Prozent. Im Praxissektor

ist der Anteil an Ärztinnen und Ärzten mit einem ausländischen Diplom mit 36,4 Prozent tiefer als im Spitalsektor, wo er 40,7 Prozent beträgt. Die meisten ausländischen Ärzte stammen aus Deutschland (51,8 Prozent), gefolgt von Italien (9,2 Prozent), Frankreich (7,2 Prozent) und Österreich (6,0 Prozent). Um den Bedarf an ärztlichen Fachkräften nachhaltig zu sichern und die Abhängigkeit vom Ausland zu reduzieren, muss die Schweiz dringend mehr Humanmedizinerinnen und -mediziner ausbilden. Es macht wenig Sinn, die Medizinstudienplätze in der Schweiz zu beschränken, um dann tausende von Mediziner aus dem Ausland zu rekrutieren. Letztlich ist es auch ethisch fragwürdig, dass sich die Schweiz die Ausbildung ihrer Ärztinnen und Ärzte von ausländischen Steuerzahlenden finanzieren lässt.

### Neben der Erhöhung der Studienplätze ist es auch wichtig, die berufstätigen Ärztinnen und Ärzte im Beruf zu halten.

Neben der Erhöhung der Studienplätze ist es auch wichtig, die bereits berufstätigen Ärztinnen und Ärzte im Beruf zu halten. Eine Grundlage dafür bilden gute Arbeitsbedingungen für Ärztinnen und Ärzte. Unsere Nachbarländer haben Massnahmen ergriffen, um ihre Fachkräfte möglichst im eigenen Land zu behalten. Zu guten Arbeitsbedingungen gehört, sich dafür einzusetzen, dass der administrative Aufwand für Ärztinnen und Ärzte abnimmt, ein Anliegen, welches die FMH mit grosser Vehemenz vertritt. Denn die steigenden administrativen Aufwände schmälern erstens die zur Verfügung stehende Arbeitszeit für die Patienten und wirken sich zweitens negativ auf die Arbeitszufriedenheit der Ärztinnen und Ärzte aus. Ärzte wollen ihre Zeit für und mit ihren Patientinnen und Patienten nutzen können, deswegen haben sie den Arztberuf gewählt.

### Von stationären zu ambulanten Leistungen

53,4 Prozent der Ärzte und Ärztinnen sind hauptberuflich im Praxissektor tätig, 45,1 Prozent im Spitalsektor. 1,5 Prozent sind in anderen Sektoren tätig, wie zum Beispiel in der Verwaltung, Versicherungen oder Verbänden. Der technische Fortschritt in der Medizin ermöglicht es, dass immer mehr medizinische Eingriffe und Behandlungen ohne Spitalübernachtung durchgeführt werden können. Der ambulante Bereich wächst somit, während der stationäre stagniert. Der spitalambulante Bereich nimmt zu, und seit 2013 wächst der Praxissektor stärker als der Spitalsektor. Umso wichtiger wäre in dieser Situation, dass die einheitliche Fi-

nanzierung von ambulanten und stationären Leistungen (EFAS) endlich eingeführt würde. Sie wird von der überwältigenden Mehrheit der Akteure im Gesundheitswesen unterstützt. Ohne EFAS geht die Verschiebung vom stationären in den ambulanten Bereich gänzlich zulasten der Prämienzahler, weil ambulante Leistungen zu 100%, stationäre aber nur zu 45% prämiert sind. Mit der Verschiebung ins Ambulante nehmen so die Krankenkassenprämien im Verhältnis zu den Gesundheitskosten überproportional zu. Die Prämien würden aufgrund der uneinheitlichen Finanzierung steigen, selbst wenn die Gesundheitskosten stagnieren würden.

### Spital: Funktionen und Hierarchiestufen

In den Spitälern bilden die Assistenzärztinnen und -ärzte in Weiterbildung mit rund 50,4 Prozent erwartungsgemäss die grösste Gruppe. Der Frauenanteil ist im Spitalsektor mit 47,9 Prozent deutlich höher als im ambulanten Sektor mit 42,5 Prozent, was mit der Altersstruktur zusammenhängt: Bei den jüngeren Assistierenden ist der Frauenanteil höher. 19,3 Prozent der Spitalärztinnen und -ärzte arbeiten als Oberärztinnen und Oberärzte, 13,3 Prozent als Leitende Ärzte und 9,1 Prozent als Chefärztinnen und -ärzte.

Während bei den Assistenzärztinnen und -ärzten der Frauenanteil mit 59,6 Prozent überwiegt, nimmt er laufend ab, wenn man die Hierarchiestufen hinaufsteigt: Auf Oberarztstufe liegt er bei 49,8 Prozent, bei der leitenden Ärzteschaft bei 29,5 Prozent und auf Chefarztenebene bei 15,3 Prozent. Mit dem steigenden Frauenanteil hat zwar die Vertretung von Frauen auch in leitenden Positionen in den letzten Jahren zugenommen, dennoch sind die Ärztinnen in leitenden und Chefarzt-Positionen noch deutlich untervertreten. Ein Grund dafür stellt sicher der tiefere Frauenanteil in den höheren Altersgruppen dar, die in den Kader- und Chefarztpositionen übervertreten sind. Um die Versorgung mit qualifizierten Fachkräften sicherzustellen, gilt es aber, darauf zu achten, dass zukünftig die Nachwuchsärztinnen auch in diesen Positionen stärker vertreten sein werden. Dafür braucht es unter anderem zeitgemässe flexiblere Arbeitsmodelle, Teilzeitarbeit und Kinderbetreuung.

#### Weitere Informationen

Videoclip zur FMH-Ärztestatistik 2021: [www.fmh.ch/themen/aerztestatistik/fmh-aerztestatistik.cfm#i145539](http://www.fmh.ch/themen/aerztestatistik/fmh-aerztestatistik.cfm#i145539)

# Personalien

## Todesfälle / Décès / Decessi

*Anna-Regula Lutz-Richner* (1942), † 3.2.2022, Fachärztin für Kinder- und Jugendmedizin, 7013 Domat/Ems

*Josef Vogt* (1943), † 7.2.2022, Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin, 6004 Luzern

*Dieter Wolfgang Steiner* (1926), † 24.2.2022, Facharzt für Chirurgie, 4227 Büsserach

## Praxiseröffnung / Nouveaux cabinets médicaux / Nuovi studi medici

GE

*Magdalini Patseadou*, Spécialiste en pédiatrie, FMH, Centre médico-chirurgical des Eaux-Vives, Rue du Nant 6, 1207 Genève

## Ärztegesellschaft des Kantons Bern

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

*Marija Macan*, Fachärztin für Pathologie, Pathologie Länggasse, Worblentalstrasse 32, 3063 Ittigen

*Bernd Olaf Vollnberg*, Facharzt für Nuklearmedizin und Facharzt für Radiologie, FMH, Schänzlistrasse 39, 3013 Bern

*Christophe Kurze*, Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, Universitätsklinik für Orthopädie, Inselspital, 3010 Bern

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

## Ärztegesellschaft des Kantons Luzern

Zur Aufnahme in unsere Gesellschaft Sektion Stadt hat sich gemeldet:

*Ben Spieler*, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, FMH, Luzerner Psychiatrie LUPS, Ambulatorium Stadt Luzern, Löwengraben 20, 6004 Luzern

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

## Ärztegesellschaft Thurgau

Die Ärztegesellschaft Thurgau informiert über folgende Neuanmeldungen:

*Aisha Scholtes*, Fachärztin für Chirurgie, FMH, Steinerweg 20, 8536 Hüttwilten

*Johannes Thurmaier*, Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin, Waldaustrasse 4, 9404 Rorschacherberg

## Aktuelle Themen auf unserer Website

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



Interview mit Prof. Giovanni Frisoni, Leiter Gedächtniszentrum, Universitätsspital Genf

### «Die Schweizer Alzheimer-Forschung ist sehr innovativ»

Ein neues nationales Register für Gehirngesundheit soll dazu beitragen, die Forschung im Bereich der Demenz voranzutreiben. Warum es wichtig ist, die stille Phase der Alzheimer-Krankheit besser zu erkennen, erklärt Prof. Giovanni Frisoni.



Interview mit Natalie Marty und Reto Krapf zum 20-Jahr-Jubiläum des SMF

### «Es hat nie an Ideen gefehlt»

Vor 20 Jahren haben Natalie Marty und Reto Krapf das *Swiss Medical Forum* mit viel Herzblut und Engagement mitgegründet. Wir blicken mit ihnen auf diese zwei Jahrzehnte zurück.







Schweizerische Gesellschaft für Sportpsychiatrie und -psychotherapie (SGSP)

# SGSP-Curriculum Sportpsychiatrie und -psychotherapie: Stufe 1

**Malte Christian Claussen<sup>a</sup>, Christian Imboden<sup>b</sup>, Erich Seifritz<sup>c</sup>, Ulrich Hemmeter<sup>d</sup>, Carlos Gonzalez Hofmann<sup>e</sup>**

<sup>a</sup> Dr. med., Co-Präsident, Schweizerische Gesellschaft für Sportpsychiatrie und -psychotherapie (SGSP), Ärztlicher Leiter Sportpsychiatrie und -psychotherapie, Klinik für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik, Psychiatrische Universitätsklinik Zürich und Privatklinik Wyss AG; <sup>b</sup> Dr. med., EMBA, Vorstandsmitglied und Kassier SGSP, Ärztlicher Direktor und Vorsitzender der Klinikleitung, Privatklinik Wyss AG; <sup>c</sup> Prof. Dr. med., Vorstandsmitglied und Ressortleiter Forschung und Lehre SGSP, Ordinarius für Psychiatrie, Universität Zürich, Chefarzt und Klinikdirektor, Klinik für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik, Psychiatrische Universitätsklinik Zürich; <sup>d</sup> PD Dr. med. Dr. phil., Co-Präsident und Ressortleiter Alterspsychiatrie und -psychotherapie SGSP, Chefarzt Psychiatrie St. Gallen Nord; <sup>e</sup> Dr. med., Vorstandsmitglied, Aktuar, Ressortleiter Erwachsenenpsychiatrie und -psychotherapie und Leiter Arbeitsgruppe Curriculum SGSP, Praxis für Psychiatrie und Psychotherapie Romanshorn

Psychisches Wohlbefinden und sportliche Leistung sind eng miteinander verbunden. In den Weiterbildungsprogrammen der Psychiatrie und Psychotherapie sowie der Sportmedizin werden vertiefende Kenntnisse dazu jedoch zu wenig vermittelt. Die Schweizerische Gesellschaft für Sportpsychiatrie und -psychotherapie (SGSP) bietet seit dem 1.4.2020 das Zertifikat «Sportpsychiatrische und -psychotherapeutische Basisversorgung» an [1, 2].

In unserer, von Bewegungsmangel geprägten Gesellschaft kommt dem richtigen Mass an Sport und körperlicher Aktivität über die gesamte Lebensspanne eine grosse Bedeutung zu. Dies gilt allgemein im Sinne einer gesunden Lebensführung, zum Beispiel für körperliches Wohlbefinden und innere Balance. Im Besonderen können Sport- und Bewegungstherapie unter

präventiven, therapeutischen und rehabilitativen Gesichtspunkten bei psychischen Erkrankungen und Störungen eine wertvolle Ergänzung zu anderen, z.B. pharmakologischen oder psychotherapeutischen Behandlungsansätzen sein [3]. Sie können sich aber auch bei manchen Beschwerdebildern als Alternative präsentieren. Die Anforderungen im Leistungssport set-

zen sichere Beurteilung und Umgang mit den Belastungen und Risiken für die psychische Gesundheit ebenso voraus wie in der Diagnostik und Behandlung bereits subklinischer psychischer Erkrankungen [4]. Im Leistungssport führen vor allem Jugendliche, Adoleszente und Erwachsene ihren Sport aktiv aus. Die Zeit nach Beendigung der Sportkarriere betrifft dann überwiegend Erwachsene und Ältere. Psychische Gesundheit im Leistungssport ist während der aktiven sportlichen Laufbahn und über die Lebenszeit, das heisst genauso auch nach Beendigung der Karriere, wichtig. Psychisches Wohlbefinden und (sportliche) Leistungsfähigkeit bedingen sich gegenseitig [5]: Psychische Belastungen und Erkrankungen im Sport können Einfluss auf Leistung und Verletzungsrisiken haben und die Rehabilitation verlängern, während Verletzungen wiederum Einfluss auf die Leistung nehmen und Belastungen und Risiken für die psychische Gesundheit sind. Die hierfür notwendigen, vertiefenden Kenntnisse und Fertigkeiten sind bisher nicht als Bestandteil der Weiterbildungsprogramme der Psychiatrie und Psychotherapie oder der Sportmedizin abgebildet. Die Basisanforderungen an eine spezialisierte Fachdisziplin Sportpsychiatrie und -psychotherapie und ihre Tätigkeitsfelder über die Lebenszeit ergeben sich aus den Notwendigkeiten und Gegebenheiten im Leistungssport und in der Allgemeinbevölkerung. Das Curriculum Sportpsychiatrie und -psychotherapie soll hierzu eine Vertiefung des bereits erworbenen psychiatrischen Wissens und der entwickelten Fertigkeiten ermöglichen.

### Vom Grundwissen zur Expertise

Die Teilnahme an der curricularen Weiterbildung der Stufe 1 richtet sich nicht nur an «Fachärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie» und «Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie», sondern steht auch den sich in psychiatrisch-psychotherapeutischer Weiterbildung befindlichen Ärzten ebenso offen wie Sportmediziner (mit interdisziplinärem

Schwerpunkt) und psychologischen Psychotherapeuten. Kenntnisse und Fertigkeiten der sportpsychiatrischen und -psychotherapeutischen Basisversorgung sind auch für Sportmediziner und psychologische Psychotherapeuten wichtig, und der Zugang der Sportmedizin zum Curriculum unterstreicht, dass die Sportpsychiatrie und -psychotherapie nicht nur Teilgebiet der psychiatrischen Fachgebiete und Disziplinen ist, sondern sich auch im Tätigkeitsbereich der Sportmedizin bewegt.

### Psychische Gesundheit im Leistungssport ist während der aktiven sportlichen Laufbahn und nach Beendigung der Karriere wichtig.

Die Teilnahme an der Stufe 1 des Curriculums dient dem Erwerb eines fundierten Grundwissens. Es sollen definierte Lernziele erreicht werden, die Absolventen des Curriculums in der sportpsychiatrischen und -psychotherapeutischen Basisversorgung befähigen.

### Stufe 1 – Fundiertes Grundwissen

Das Curriculum auf Stufe 1 hat einen Zeitumfang von 80 Unterrichtsstunden bzw. Credits. Der Schwerpunkt liegt in der Vermittlung eines fundierten Grundwissens, wobei neben dem Theorieteil auch praktische Erfahrungen und Inter- oder Supervision gefordert sind. Es sind Lernziele definiert zu erforderlichem Grundwissen und praktischen Erfahrungen. Das Curriculum sollte in 3 Jahren gut zu absolvieren sein und kann neben der klinischen Tätigkeit erfolgen. Für die Erlangung des Zertifikats wird der Nachweis folgender Mindestzahlen gefordert (Tab. 1). Alle geforderten Inhalte müssen eigenständig erworben werden und sind in einem Logbuch zu dokumentieren sowie durch Nachweise zu belegen. Es können bis zu 10 Credits durch anerkannte eLearning-Portale oder Zeitschriften mit CME-Lektionen angerechnet werden.

Für die Anerkennung von erworbenem Wissen (Vergabe von Credits) bedarf es des Nachweises der Teilnahme an weiteren Ausbildungsveranstaltungen, bei von der SGSP akkreditierten Aus-, Weiter- und Fortbildern und entsprechend qualifizierten Veranstaltungen. Dies kann sich auch auf Veranstaltungen anderer, von der SGSP anerkannten Fachgesellschaften, Institute, Kliniken etc. beziehen.

Anträge auf Anerkennung der erbrachten, curricularen Leistungen zur Erlangung des Zertifikats «Sportpsychiatrische und -psychotherapeutische Basisversorgung» werden von einer Kommission auf Richtigkeit und Vollständigkeit überprüft. Sind die Voraussetzungen zur Erlangung des Zertifikats erfüllt, bekommen

(A) Grundlagenwissen	12 Stunden
(B) Sport- und Bewegungstherapie bei psychischen Erkrankungen	18 Stunden
(C) Leistungssport	34 Stunden
(D) Sport- und bewegungstherapeutische Erfahrung	8 Stunden
(E) Intervention und Supervision	8 Stunden
<b>Gesamt:</b>	<b>80 Stunden</b>

**Tabelle 1:** Curriculum Sportpsychiatrie und -psychotherapie, Stufe 1, Themenfelder.

Curriculum	Zulassungsvoraussetzungen	Abschluss
<b>Stufe 1</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Fachärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie</li> <li>Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie</li> <li><sup>1</sup>Facharztkandidaten [3. Jahr]</li> <li><sup>2</sup>Sportmediziner</li> <li><sup>3</sup>Psychologische Psychotherapeuten</li> </ul>	«Sportpsychiatrische und -psychotherapeutische Basisversorgung»
<b>Stufe 2</b>	Stufe 1 «Sportpsychiatrische- und psychotherapeutische Basisversorgung» <ul style="list-style-type: none"> <li>Fachärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie</li> <li>Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie</li> <li><sup>3</sup>Psychologische Psychotherapeuten</li> </ul>	«Klinisch-praktische Sportpsychiatrie und -psychotherapie»
<b>Stufe 3</b>	Stufe 2 «Klinisch-praktische Sportpsychiatrie und -psychotherapie» <ul style="list-style-type: none"> <li>Fachärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie</li> <li>Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie</li> </ul>	«Tätigkeitsbereich Sportpsychiatrie und -psychotherapie»

**Abbildung 1: Curriculum Sportpsychiatrie und -psychotherapie, Stufe 1–3.** 1: Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie und/oder Psychiatrie und Psychotherapie. Voraussetzung für den Erwerb der «Sportpsychiatrischen und -psychotherapeutischen Grundversorgung» ist die Facharztanerkennung; 2: mit Facharztanerkennung in einem Fach der unmittelbaren Patientenversorgung; 3: mit abgeschlossener klinischer Weiterbildung.

Antragsteller das Zertifikat ausgestellt. Den Kriterien nicht entsprechende Anträge können komplett abgelehnt oder mit einer Auflage zu einer Nachqualifikation versehen werden. Die Rezertifizierung erfolgt nach 5 Jahren. Es sind 30 Unterrichtsstunden Fortbildung gemäss Curriculum nachzuweisen.

Das Curriculum für das Zertifikat «Sportpsychiatrische und -psychotherapeutische Basisversorgung SGSP» hat am 1.4.2020 begonnen. Eine befristete Übergangsregelung von drei Jahren, im Sinne einer Besitzstandswahrung bereits erbrachter Leistungen, wird eingerichtet (bis 31.3.2023). Dabei kann das Zertifikat durch Selbstdeklaration im vereinfachten Verfahren erlangt werden. Die erbrachten Nachweise bzw. die Selbstdeklaration wird mit den Logbuchinhalten des Curriculums abgeglichen. Ein erster Kurs in der Schweiz ist vom 26. bis 29.5. und vom 17. bis 19.6.2022 geplant.

### Ausblick: Die Stufen 2 und 3

Die Stufe 2 des Curriculums («Klinisch-praktische Sportpsychiatrie und -psychotherapie») baut auf den erworbenen Kenntnissen und Fertigkeiten der Stufe 1 auf und setzt diese voraus. Sie ist für die o.g. psychiatrisch-psychotherapeutischen Fachärzte sowie für psychologische Psychotherapeuten offen, wobei das Zertifikat nur von den Fachärzten erlangt werden kann (Abb. 1). Ein Schwerpunkt liegt in der Anwendung von Sport- und Bewegungstherapie zur Prävention und Therapie psychischer Störungen und Erkrankungen. Ein weiterer Schwerpunkt liegt auf dem Sammeln praktischer Erfahrungen in der Anwendung von Sport- und Bewegungstherapie. Die Stufe 2 umfasst 80 Unterrichtsstunden weitere Ausbildung, so dass insgesamt 160 Unterrichtsstunden absolviert werden.

Die Stufe 3 des Curriculums («Tätigkeitsbereich Sportpsychiatrie und -psychotherapie») baut auf Stufe 2 auf und setzt diese voraus. Sie ist nur für die eingangs erwähnten psychiatrisch-psychotherapeutischen Fachärzte offen. Hier sollen spezielle, praktische Kompetenzen und Fertigkeiten der Sportpsychiatrie und -psychotherapie, im Sinne der Diagnostik, Therapie und Rehabilitation von Leistungssportlern, unter Berücksichtigung interdisziplinärer Aspekte (v.a. bezüglich Sportmedizin und Sportpsychologie) vermittelt werden. Zudem sollen praktische, sportpsychiatrisch-psychotherapeutische Erfahrungen im Leistungssport gesammelt werden. Die Stufe 3 umfasst weitere 80 Unterrichtsstunden Ausbildung, so dass, mit den dazu obligatorischen Stufen 1 und 2, insgesamt 240 Unterrichtsstunden absolviert werden. Die Stufe 3 soll für «Fachärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie» und «Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie» zu dem Zertifikat «Tätigkeitsbereich Sportpsychiatrie und -psychotherapie» der Gesellschaft führen.

#### Bildnachweis

Fitsum Admasu / Unsplash

#### Literatur

- Claussen MC, Imboden C, Seifritz E, Hemmeter U, Gonzalez Hofmann C. SGSP-Curriculum Sportpsychiatrie und -psychotherapie: Stufe 1. Schweizerische Gesellschaft für Sportpsychiatrie und -psychotherapie (SGSP). *Swiss Arch Neurol Psychiatr Psychother.* 2020;171:w03111.
- Gonzalez Hofmann C, Claussen MC. Das dreistufige Curriculum Sportpsychiatrie und -psychotherapie. *Schw Z Psychiatr Neurol.* 2021;3:14–7.
- Imboden C, Claussen MC, Gerber M, Gonzalez Hofmann C, Hemmeter U, Seifritz S. Schweizerische Gesellschaft für Sportpsychiatrie und -psychotherapie: Positionspapier – Körperliche Aktivität und psychische Gesundheit. *Swiss Arch Neurol Psychiatr Psychother.* 2021;172:w03199.
- Claussen MC, Imboden C, Raas MI, Hemmeter U, Seifritz E, Gonzalez Hofmann C. Sportpsychiatrie und -psychotherapie im Leistungssport – Interdisziplinäre und interprofessionelle Versorgung und Zusammenarbeit. *Praxis.* 2022;111(4), in print.
- Reardon CL, Hainline B, Aron CM, Baron D, Baum AL, Bindra A, et al. Mental health in elite athletes: International Olympic Committee consensus statement (2019). *Br J Sports Med.* 2019;53(11):667–99.

### Das Wichtigste in Kürze

- Psychische Belastungen und Erkrankungen im Sport können Einfluss auf Leistung und Verletzungsrisiken haben und die Rehabilitation verlängern, während Verletzungen wiederum Einfluss auf die Leistung nehmen und Belastungen und Risiken für die psychische Gesundheit sind.
- Die Teilnahme an der curricularen Weiterbildung der Stufe 1 richtet sich nicht nur an «Fachärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie» und «Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie», sondern steht auch den sich in psychiatrisch-psychotherapeutischer Weiterbildung befindlichen Ärzten ebenso offen wie Sportmediziner und psychologischen Psychotherapeuten.



# Briefe an die SÄZ

## Heilen ist gut – Selbst(er)kenntnis ist tiefer

Brief zu: Kurt H. «Ich liebe mein Leben – so wie es ist». Schweiz Ärztezg. 2022;103(9):277–8.

Ärztinnen und Ärzte wendet sich den Kranken zu. Sie helfen ihnen, suchen sie zu heilen. Dies ist nach meiner Lektüre der Tenor am Schluss des Textes. Was mir hier wesentlich fehlt, ist auch bei Klaus Dörner zu vermissen, wenn er in seinem Buch «Der gute Arzt. Lehrbuch der ärztlichen Grundhaltung» [1] im Abschnitt «Verstehen» als «bewährte Faustregel» schreibt: «Als Arzt ist es nicht meine Aufgabe, den anderen besser zu verstehen, vielmehr ist es meine Aufgabe, meine Beziehung zum anderen so zu gestalten, dass er sich besser versteht.» Ob nun die «paternalistische Haltung (Subjekt-Objekt-Dimension)», die «partnerschaftliche bzw. gegnerschaftliche (Subjekt-Subjekt-Dimension)» oder die «Haltung vom Anspruch des anderen her (Objekt-Subjekt-Dimension)» – selbst die «Haltung vom Anspruch des anderen her» (E. Levinas) kann nur geleistet werden, wenn just jenes beachtet wird, was S. Kierkegaard (1813–1855) anhand seiner ersten von vier erbaulichen Reden von 1844 brillant veranschaulicht: die «tiefere Selbsterkenntnis» [2]. Denn nach Irvin D. Yalom gilt: «Je besser wir uns selber kennen, desto besser wird unser Leben» [3]. Davon ist in den ärztlichen «Reflexionen zum Tag der Kranken» leider nichts Näheres zu lesen. Es ist eine grosse Aufgabe, andere zu verstehen, gewiss besonders verantwortungsvoll in der Arzt-Patienten-Beziehung. Eine grössere ist es wohl, sich selber tiefer zu verstehen. Da dies die Grundlage für die Zuwendung zum anderen, hier: den Kranken, ist, ist zu fragen, warum sie, die tiefere Selbsterkenntnis, nicht vom Autor als Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie näher mit bedacht worden ist, sodass allen Ärzten dieses Fundamentale gewahrt werden kann? Wie sonst sollte ich, als Arzt oder als Kranker, selber getrost und mit Vertrauen sagen können – ob in Pandemie- oder in Kriegszeiten –: «Ich liebe mein Leben»? –

*Christian Präckel-Stein, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, Diessenhofen*

- 1 Dörner K. «Der gute Arzt. Lehrbuch der ärztlichen Grundhaltung» (Schattauer, Stuttgart: 2001) S. 67–77, Zitat S. 83; vgl. K. Dörner 20032, S. 68–80, Zitat S. 86.
- 2 Kierkegaard S. «4R44», in: GW (Eugen Diederich, Düsseldorf/Köln 1952), Bd. 5, S. 22
- 3 Dieses Zitat findet sich zur SRF-Sendung «Sternstunde Philosophie» vom 05.10.2014.

## Un bon médecin, certes, mais désenchanté? (avec réplique)

Lettre concernant: Albermann K, Frick S, Grünig P, Meienberg A. Suis-je un bon médecin? Bull Med Suisses. 2022;103(8):238–41.

Etre un «bon médecin», c'est ce que l'on espère devenir lorsqu'on est en formation, comme le suggèrent les auteurs de l'article sur le référentiel CanMEDS publié dans le Bulletin des médecins suisses. Selon ce référentiel, pour devenir «expert médical», un médecin doit acquérir des compétences d'érudit, de professionnel, de communicateur, de collaborateur, de leader/gestionnaire et de promoteur de la santé. Quel programme, c'est vertigineux... Mais comment arriver à exceller dans tous ces domaines? Comment ne pas avoir le sentiment d'être incompetent dans l'un ou l'autre? Comment ne pas s'épuiser? Et en plus le médecin devrait s'occuper du réchauffement climatique!

Etre un «bon médecin» est moralement satisfaisant et socialement désirable, mais n'est pas un objectif raisonnable pour la formation. Beaucoup de médecins, et c'est probablement de plus en plus fréquent, souffrent de burnout [1, 2], ont un sentiment d'impuissance et d'incompréhension face au «système» et sont perplexes quant au sens de leur activité professionnelle, voire regrettent même leur choix professionnel [3]. Les raisons de ce désenchantement sont multiples mais la frustration causée par l'écart, d'une part, avec le mythe un peu romantique du «bon médecin» aux compétences multiples, toujours disponible, inépuisable, désintéressé, au service de son patient et de la société et, d'autre part, avec la dureté de la pratique pourrait jouer un rôle.

Pour rester pragmatique, la formation du médecin pourrait se concentrer sur l'amélioration du processus de soins auquel il contribue, afin que ce processus soit pertinent en termes d'évidence (evidence-based practice), aligné dans la mesure du possible sur les attentes des patients (patient-centered care), en tenant compte des ressources limitées et des contraintes du système de santé. Pour ce faire, le médecin gagnerait à se former à une approche systémique centrée sur l'amélioration de la qualité des soins (quality improvement) [3]. Cela passe aussi par une compréhension des contraintes du système de santé (sur les plans administratif, financier, légal et politique) dans lequel le processus de soin se déroule. Dès lors, des compétences transversales essentielles à développer sont la capacité à négocier avec les nombreux partenaires impliqués dans le processus de soin et celle de gérer l'incertitude inhérente aux systèmes

complexes [4], tout en acceptant ses limites et son impuissance.

Ces éléments sont toutefois peu présents dans le système CanMEDS. Celui-ci gagnerait à donner plus d'importance à la question de la place du médecin dans un système de santé complexe et turbulent, et surtout à comment il peut y manœuvrer sans s'épuiser.

*Prof. Arnaud Chiolero, Laboratoire de santé des populations (#PopHealthLab), Université de Fribourg*

### Références

- 1 Sebo P, et al. A cross-sectional study of the health status of Swiss primary care physicians. Sci Rep. 2021;11(1):23459.
- 2 Zumbrunn B, et al. The well-being of Swiss general internal medicine residents. Swiss Med Wkly. 2020;150:w20255
- 3 Banerjee A, et al. What can quality improvement learn from evidence-based medicine? J R Soc Med. 2012;105(2):55–9.
- 4 Greenhalgh T, Papoutsis C. Studying complexity in health services research: desperately seeking an overdue paradigm shift. BMC Med. 2018;16(1):95.

## Replik auf «Un bon médecin, certes, mais désenchanté?»

Für die wertvollen Feedbacks bedanken wir uns sehr. Es freut uns, dass eine kritische Auseinandersetzung mit den ärztlichen Rollen angestossen werden konnte. Neben der Rückmeldung von Herrn Prof. Chiolero haben wir auch direkte Zuschriften erhalten – wir erlauben uns eine zusammenfassende Replik.

Zum einen wurden die hohen Ansprüche adressiert, die das CanMEDS-Modell suggeriert. Es ist nachvollziehbar, dass angesichts all der Kompetenzen die Sorge besteht, dass wir an den Erwartungen eingehen. Dies ist insbesondere vor dem Hintergrund wichtig, dass Ärztinnen und Ärzte doppelt so häufig von Burn-out betroffen sind wie nicht ärztliche Erwerbstätige [1].

Daher appellieren wir daran, trotz der vielfältigen Ansprüche an uns Ärztinnen und Ärzte, die das CanMEDS-Modell repräsentiert, die Erwartungen im Alltag nicht zu überladen, sondern die CanMEDS-Blüte individuell angepasst und mit Bedacht zu füllen.

Wie in unserem Artikel beschrieben, wurden weltweit verschiedene Modelle von ärztlichen Rollen entworfen. Prof. Chiolero weist auf vier wichtige Kernkompetenzen hin, wie «evidence based practice, patient centered care, quality improvement und managing comple-

xity». Des Weiteren ergab eine repräsentative systematische Analyse aus Österreich ähnlich dem CanMEDS-Modell 6 Kategorien: 1. general interpersonal qualities, 2. communication and patient involvement, 3. medical competence, 4. ethics, 5. medical management, 6. teaching, research, continuous education [2]. Drittens erinnert eine Zuschrift auf unseren Artikel daran, dass durchaus unterschiedliche Antworten zu erhalten sind, wenn Medizinstudierende, praktizierende Ärztinnen und Ärzte und Patientinnen und Patienten nach «der idealen Ärztin / dem idealen Arzt» gefragt werden [3].

Es ist lohnenswert, sich in solche Ansätze zu vertiefen und Vergleiche anzustellen. Allenfalls finden sich für den eigenen Arbeitsalltag passendere Konzepte. Das in der Schweiz für die Aus- und Weiterbildung gültige CanMEDS-Modell deckt unseres Erachtens gerade wegen seiner Breite die meisten Facetten unseres klinischen Alltags ab – mit den genannten Vor- und Nachteilen.

Zu guter Letzt kann man sagen, dass die Frage «bin ich eine gute Ärztin / ein guter Arzt» schon fast eine philosophisch-ethische ist. Bereits zu Zeiten des Hippokrates gab es Bestrebungen festzulegen, was Bestandteil ärztlicher Ethik sein sollte; manches davon hat bis heute seine Gültigkeit behalten. Allerdings steht die Berufsausübung von Ärztinnen und Ärzten unter einem zunehmenden ökonomischen Druck. Um diesem entgegenzuwirken, wurde für die Schweiz unlängst ein neuer Eid vorgeschlagen [4]. Und hier schliesst sich auch der Kreis zu den erhaltenen Zuschriften: Im Vorwort der verlorenen Kunst des Heilens erwähnt Bernard Lown, «dass Menschen [in den USA] das Recht nach anständiger und kompetenter Gesundheitsversorgung» einfordern. Er beschreibt das Bild eines profitorientierten Gesundheitswesens, einem «Oxymoron», das die Ansprüche an die Ärztin / den Arzt maximiert, in dem aber für «die Kunst der Anteilnahme am Patienten» zu wenig Zeit bleibt oder wertvolle Kompetenzen nicht in ausreichendem Masse vermittelt werden [5].

Es bleibt daher die Aufgabe der Zukunft, sich in der ärztlichen Aus- und Weiterbildung, mit dem nötigen Anspruch, gleichzeitig mit der gebotenen Bescheidenheit, auf erreichbare praktische Inhalte zu einigen und diese Ziele gemeinsam weiterzuentwickeln.

*Dr. med. Kurt Albermann  
KD Dr. med. Sonia Frick  
Dr. med. Priska Grünig  
Dr. med. Andrea Meienberg*

- Steiner-Hofbauer V, et al. What is a good doctor? Wien Med Wochenschr. 2018;168:398–405.
- [http://www.linus-geisler.de/vortraege/0403guter\\_arzt.html](http://www.linus-geisler.de/vortraege/0403guter_arzt.html)
- <https://www.dialog-ethik.ch/projekte/schweizer-eid>
- Bernard Lown. Die verlorene Kunst des Heilens. Suhrkamp Verlag 2004; ISBN 978-3-518-45574-6

### Zuerst TARDOC genehmigen, EPD, so nicht

Brief zu: Huber F. Das BAG soll keine weiteren Kompetenzen mehr erhalten. Schweiz Ärztztg. 2022;103(6):174–5.

Kollege Huber schreibt vom gesundheitspolitischen Reform-Furor. Das elektronische Patientendossier soll unbedingt noch in diesem Jahr erzwungen werden. Man versprach den praktizierenden Ärzten eine freiwillige Teilnahme, durch die Hintertüre wurde das EPD ganz geschickt aufgegleist. Im Nationalrat wurde das KVG ergänzt um folgenden Zusatz: Die Praxisbewilligung ist an die Führung der elektronischen KG gekoppelt. Ausnahmebewilligungen gibt es nur für Ärzte, welche in den nächsten 5 Jahren die Pensionierung erwägen. Ohne elektronische KG kann man natürlich auch das EPD nicht bewirtschaften. Das EPD ist nur sinnvoll, wenn folgende drei Rubriken ständig aktualisiert werden: Die wichtigsten fünf Diagnosen, die aktuelle Medikamentenliste und Allergien. Hierfür muss es ein einfach zu findendes und auszufüllendes Feld geben. Ob die Hausärzte überhaupt Zeit haben, um ständig die Dossiers zu aktualisieren, ist eine andere Frage. Und da wir jetzt schon zeitlich als Grundversorger eingeschränkt werden mit der Konsultationsdauer ist für die Bewirtschaftung des EPD eine separate Tarifposition einzuführen. Dies darf nicht über die Position «ärztliche Leistungen» erfolgen. Die ärztlichen Leistungen sind ja auch limitiert und öfters nicht ausreichend, wie wir alle wissen.

Bevor man mit der Forderung EPD auf uns zukommt, ist zuerst der TARDOC zu genehmigen. Hierfür wurde von den kantonalen Tarifexperten viel Geld und Zeit investiert. Der neue Arzttarif ist überfällig. Nachher kann das EPD überarbeitet werden, aber nur mit Abstimmung und Rücksichtnahme auf uns Hausärzte. Wir wollen nicht eine lose Dokumentensammlung ohne Übersicht. So erfüllt das EPD seine Funktion als orientierende Hilfe überhaupt nicht. Jeder kann in das EPD Akten reinstellen und reinfüllen. Zeit, um seitenweise Akten zu lesen und zu sortieren, hat niemand.

*Dr. med. Thomas Clerc, Aadorf*

### Initiative anti-tabac: un vote de la sagesse populaire

Le peuple et les cantons ont accepté l'initiative populaire pour la protection des enfants et des jeunes contre une publicité ayant pour but de les transformer en consommateurs du tabac, des produits scientifiquement reconnus comme nuisibles à la santé et addictifs, c'est-à-dire les rendant dépendants à la nicotine. Le oui est net et réjouit le monde médical et de la prévention.

En Suisse, l'acceptation d'une initiative est rare (25 sur 227). Et l'acceptation de deux initiatives en moins de six mois est exceptionnelle, surtout si l'on tient compte que les deux relèvent du domaine de la santé. La pandémie a-t-elle aiguë la sensibilité de la population en matière de santé? En novembre, le peuple a plébiscité l'initiative des soins, maintenant il a accepté celle de la prévention selon le proverbe «Mieux vaut prévenir que guérir».

Personne ne peut rester indifférent aux argumentaires utilisés par les partisans de et les opposants à cette restriction publicitaire du tabac. Les adversaires mettaient en avant le bien-être économique et la liberté d'une industrie et d'un commerce qui font des affaires lucratives avec un produit qui «tue». Les partisans se souciaient de la santé de la population de demain et plus généralement de la santé publique. Personne ne peut ignorer le fait que santé et tabac sont incompatibles ni celui que toute personne dépendante au tabac est un client précieux de cette industrie. Plus cette personne est jeune, plus intense et longue sera sa carrière de dépendante.

La Suisse détient l'un des taux de fumeurs parmi les plus élevés d'Europe. En adoptant une vraie politique de prévention, des pays comparables ont réussi à diminuer ce que la médecine qualifie d'épidémie anthropogène [1].

Hélas, ce oui remarquable ne corrige pas la Loi sur les produits du tabac, qui empêche la Suisse de ratifier la Convention cadre anti-tabac de l'ONU. Le Parlement et le gouvernement portent la responsabilité d'une nation qui se classe parmi les dernières pro-tabac au monde et qui préfère les affaires lucratives des multinationales du tabac, qu'elle n'a pas honte d'héberger, à la sagesse populaire et au savoir médical.

*Dr Roland Niedermann, spécialiste en médecine interne générale, Chêne-Bougeries*

#### Référence

- Progress with the global tobacco epidemic. [www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(15\)60498-6/fulltext](http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(15)60498-6/fulltext)

#### Literatur

- V. Känel R. Burnout und Resilienz bei Ärztinnen und Ärzten. Prim Hosp Care. 2017;17(3):51–6.

## Zur Pandemie und Verantwortung

Sars-CoV2-Viren verursachen die aktuelle Pandemie. Also liegt eine weltweite Epidemie vor. Daraus ergibt sich, dass diese Viren sich nicht an Landesgrenzen und ganz sicher nicht an kantonale halten. Massnahmen sind somit letztlich nur weltweit koordiniert effektiv. Die Pandemie ist keineswegs verschwunden, weder in einem Kanton, einer Altersgruppe noch weltweit, im Gegenteil. Keine Regierung kann eine «Pandemie» für beendet erklären, wie bei Pocken, weder der Bundesrat noch das Parlament. Bei Massnahmen zur Eindämmung einer Pandemie ist eindeutig der Bund für die Schweiz (Confoederatio Helvetica: CH) zuständig. Die Verantwortung kann er deshalb weder aufheben noch delegieren. Auch Politiker sollten ihre «eigene Verantwortung» wahrnehmen. Die «Eigenverantwortung» kann einen Gesunden nicht vor einer Erkrankung durch hochansteckende Krankheiten schützen, höchstens das Risiko für sich und andere reduzieren. Gesundheit ist keine Ware oder Dienstleistung, die man kaufen kann. Patienten wollen selten Kunden sein, sondern betreut werden. Dies geht nur mit Menschen, die sich gegenseitig vertrauen, helfen. Die Resilienz ist so viel wichtiger als die «Qualität» einzelner Produkte wie beispielsweise Masken oder digitale Zertifikate.

Impfen ist Bildung des Immunsystems. Die Immunität der Bevölkerung, der Schutz vor Infektionen ist wichtiger als ein Spitalbett oder die bessere Lebenserwartung des Geimpften.

Dies gilt nicht nur für Covid, auch für Masern, Hepatitis usw.! Experten, welche sich nur für partikuläre Kriterien der Impfungen einsetzen, sind entsprechend reduziert glaubwürdig. Studierende sollten das eigene Beobachten lernen, nicht nur Algorithmen, auch Fertigkeiten und Verantwortung. Auch Ärzte müssen lernen können, im Studium, Praktikum und später. In der Ethik gibt es keinen überregionalen Common consent. Der *Common consent* für die erste Operation eines Patienten ist im Notfall irrelevant. Die Zeit (Zeitpunkt und Zeitdauer) bleibt immer massgebend.

Auch alte Ärzte sollten arbeiten dürfen, solange sie können. Es gibt keinen interessanteren, abwechslungsreicheren Beruf als der des (Land-)Arztes. Wie eigentlich alle Menschen ist er deswegen nicht standardisierbar. Ein hilfreicher «MAS»-Statistiker behauptete, statistisch sei jeder ab 65 «pensioniert», sogar wer weiter selbstständig arbeitet.

Der Verlauf der Pandemie zeigt die Hybris der Digitalisierung. Das Areal des Gehirns für den Daumen ist bei Älteren statistisch kleiner. Junge lernen schneller. Die Fähigkeit, eigene Synapsen zu machen, ist aber prinzipiell altersunabhängig. Das ist die Grundlage jeder

Rehabilitation. Selbst wenn einem Menschen ein Teil des Gehirns fehlt, ist er deswegen nicht wertlos (invalid). Für eine gute und gerechte Betreuung multimorbider Menschen ist dies wichtig, auch bei Verhandlungen über «Tarife» der «Sozialversicherungen».

Gebt den Schulen und Altersheimen gute Textilien, dann machen sie schneller bessere Masken, die getragen werden. Nicht praktikable Empfehlungen wirken kontraproduktiv. Gebt den Ärzten Impfstoffe mit optimalen Bedingungen, dann impfen sie schneller und langfristig besser als Impfzentren, nicht nur gegen Coronaviren.

Vertrauen und Resilienz ist wichtig, nicht nur zum Schutz vor Coronaviren!

*Dr. med. Markus Gassner, Grabs*

Die Leserbriefes geben die Meinung des Verfassers oder der Verfasserin wieder. Der Inhalt eines Leserbriefes 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 Radio-Onkologie / Strahlentherapie

Ort: Radio-Onkologiezentrum Biel-Seeland-Berner Jura, Rebenweg 38, 2503 Biel

Datum: Donnerstag und Freitag, 10. und 11. November 2022

Anmeldefrist: 30. Juni 2022

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

## Schweizer Preis für Angiologie 2022

Die Schweizerische Gesellschaft für Angiologie schreibt jedes Jahr einen Preis in Höhe von CHF 10 000 für die beste wissenschaftliche Arbeit, die in einer «peer reviewed» Fachzeitschrift zur Publikation angenommen oder publiziert ist, aus. Schweizer Kandidatinnen und Kandidaten, die ihre Arbeiten im In- oder Ausland, und Ausländerinnen und Ausländer, die ihre Arbeiten in der Schweiz durchgeführt haben, sind eingeladen, sich für diesen Preis zu bewerben.

Hierfür sollen die Kandidatinnen und Kandidaten nebst dem Bewerbungsschreiben

ihr Curriculum Vitae und die Publikationen bis zum 23. September 2022 an

Herrn Prof. Dr. med. Marc Righini  
Hôpitaux Universitaires de Genève (HUG)  
4, rue Gabrielle-Perret-Gentil  
1211 Genf 14

oder per E-Mail an [marc.righini@hcuge.ch](mailto:marc.righini@hcuge.ch) schicken.

Der Preis wird anlässlich der 22. Unionstagung der Union Schweizerischer Gesellschaften für Gefässkrankheiten vom 2. bis 4. November 2022 in Zürich vergeben.





Juristische Beratung

| Einfach  
rechtlich  
abgeklärt

Rechts-  
beratung  
für die  
Ärzteschaft

Rechtsauskunft mit Spezialisierung  
Gesundheitswesen  
**Klare Einschätzung der Sachlage sowie  
einen entsprechenden Rat**

- Vertragsausarbeitung und -verhandlungen
- Beratung Rechtsform
- Arbeitsrecht und Bewilligungen

**CONSULTING**

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





© Kelly Sikkema / Unsplash

## Pandemie belastet Kinder und Jugendliche besonders

# «Es reicht immer noch nicht»

**Rahel Gutmann**

Junior-Redaktorin der *Schweizerischen Ärztezeitung*

Die Kinder- und Jugendpsychiatrischen Dienste in der Schweiz laufen am Anschlag. Durch die Pandemie hat sich das psychische Wohlbefinden der jüngeren Generation stark verschlechtert. Buben und Mädchen leiden nicht nur an den reduzierten Freizeitmöglichkeiten und fehlenden Zukunftsaussichten, sondern auch an der Überforderung der Erwachsenen.

Zwei Jahre lang war die Corona-Pandemie das dominante Thema: in den Medien, am Arbeitsplatz, im Bekanntenkreis und in der Familie. Ihre Auswirkungen betreffen alle, aber sie treffen nicht alle gleich. Nicht nur dann, wenn es um eine Covid-19-Erkrankung geht, sondern auch dann, wenn es um den Umgang mit der «neuen Normalität» geht.

Schon früh wurden Studien zur psychischen Belastung durch die Pandemie durchgeführt. Dabei kam heraus, dass nicht die gesundheitlichen Risikogruppen – ältere Menschen und solche mit Vorerkrankungen – am meisten unter den coronabedingten Restriktionen des täglichen Lebens leiden. Stattdessen schlägt die Pandemie besonders den Kindern und Jugendlichen auf die

Psyche [1]. In diesem Bereich sind sie es, die gemäss Bundesamt für Gesundheit als «Risikogruppe» gelten: Kinder, Jugendliche und junge Erwachsene sind «von den psychischen Folgen der Pandemie deutlich stärker betroffen als andere Altersgruppen» [2].

### **Tiefe Einschnitte ins soziale Leben**

Einige von ihnen haben im Verlauf der Pandemie Angstzustände und depressive Symptome entwickelt bis hin zu suizidalen Gedanken. Pro Juventute hält fest, dass viele Jugendliche wahrnehmen, «dass sich ihre Lebensqualität und ihr Wohlbefinden stark vermindert» hätten [3].



Prof. Kerstin von Plessen, Leiterin des Departements für Psychiatrie und des Service universitaire de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent (SUPEA) am CHUV in Lausanne erklärt: «Jugendliche konstruieren ihre Identität über den sozialen Kontakt. Deshalb sind sie stark abhängig vom sozialen Feedback von Gleichaltrigen und Erwachsenen.» Durch die Restriktionen sei dieser Austausch reduziert worden oder gar weggefallen. Ein schmerzhafter Einschnitt im Leben junger Menschen. Hinzu komme die Unsicherheit über Ausbildungs-, aber auch Reisemöglichkeiten, die in dieser Lebensphase, die geprägt ist von Projekten und einer Zukunftsperspektive, sehr wichtig seien.

Es zeichnet sich ausserdem ein geschlechterspezifischer Unterschied ab. Laut Pro Juventute nehmen vor allem Mädchen zunehmend Hilfe in Anspruch.

Sie reagieren sensibel auf die Belastungen durch die Pandemie und fühlen sich gestresst [3]. Doch auch unabhängig vom Geschlecht setzten die Isolation zu Hause und der Wegfall von Sportkursen und anderen sozialen Interaktionen den jungen Menschen zu. Gerade bei Kindern könne sich das in einem gesteigerten aggressiven Verhalten zeigen, erklärt Kerstin von Plessen.

Sie beobachte zudem eine Zunahme von schweren Essstörungen. Auch dies hänge mit der fehlenden Bewegung zusammen, da sich Essstörungen oft nach einer Phase einstellen würden, in der eine Person aus verschiedenen Gründen zugenommen hat.



Mädchen nehmen in der Pandemie häufiger als Knaben Hilfe in Anspruch (© Zika Radosavljevic / Unsplash).

Ebenfalls schädlich wirkt sich aus, dass die Pandemie den ohnehin schon steigenden Medienkonsum noch weiter gefördert hat. Die Kinder und Jugendlichen verbringen immer mehr Zeit im Internet. Das kann nicht nur zu einer pathologischen Mediennutzung führen, die jungen Menschen sind damit auch vermehrt Gefahren im Netz ausgesetzt, was sich laut Pro Juventute an der Zunahme gemeldeter Belästigungen zeigt [3].

Keine einfache Situation, was auch daran zu erkennen ist, dass es zu einer steigenden Anzahl von Anfragen bei Kinder- und Jugendpsychiatrischen Diensten

### Handelt es sich nicht um einen Notfall, kann es Monate dauern, bis ein Kind, eine Jugendliche oder ein Jugendlicher eine Behandlung erhält.

gekommen ist. Das wiederum verstärkt den bereits bestehenden Versorgungsengpass in der Kinder- und Jugendpsychiatrie.

### Kapazitäten wurden ausgebaut

So haben bei der Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie (KJPP) der Universität Zürich die Anfragen im Vergleich zu 2019 um über 50% zugenommen. Die Klinik sei immer voll ausgelastet, sagt Prof. Susanne Walitza, Leiterin des KJPP. Dies obwohl die Klinik ihre Kapazitäten seit Pandemiebeginn ausgebaut hat: Der Notfall und die Ambulatorien wurden aufgerüstet und die Zusammenarbeit mit der Erwachsenenpsychiatrie vertieft. Diese musste vermehrt Jugendliche aufnehmen, weil keine Betten mehr frei waren. Im Sommer soll zudem eine neue Kriseninterventionseinheit eröffnet werden. Noch konnten alle neu geschaffenen Stellen besetzt werden, doch bald dürfte auch der Personalmangel im Bereich der Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychologie das Problem verstärken, vermutet Susanne Walitza.

Auch an der Kinder- und Jugendpsychiatrie in Lausanne wurde ausgebaut. Wie Kerstin von Plessen erklärt, konnte das Supea im Dezember eine Krisenstation mit fünf Betten einweihen, und ein zu Beginn der Pandemie ad hoc geschaffenes Tageszentrum für Jugendliche in Krisen hat auch nach zwei Jahren noch Bestand. Zudem wurde auch hier die Zusammenarbeit mit Pädiatrie und Erwachsenenpsychiatrie noch enger gestaltet, um den Bedarf an Spitalaufenthalten abzudecken.

In Lausanne waren viele Projekte bereits vor der Pandemie in Planung. «Es entwickelte sich viel im richtigen Moment», sagt von Plessen. Mithilfe der Sofortmassnahmen des Kantons konnte darüber hinaus in die ambulante Betreuung investiert werden, um die



Zahl der stationären Aufnahmen möglichst tief zu halten.

Dennoch sind die Wartezeiten lang – oder wie Susanne Walitza es formuliert: «Es reicht immer noch nicht.» Handelt es sich nicht um einen Notfall, kann es mehrere Monate dauern, bis ein Kind, eine Jugendliche oder ein Jugendlicher eine Behandlung erhält. Und das ist nicht nur in Zürich so. Wie das Team von Walitza in

### Die Pandemie hat gezeigt, dass die psychische Belastung auch mit dem sozio-ökonomischen Status zusammenhängt.

einer vor Kurzem veröffentlichte, schweizweiten Umfrage bei Fachpersonen aus der Kinder und Jugendpsychiatrie und -psychologie festgestellt hat, sind die Wartezeiten überall erheblich gestiegen [4]. Dabei falle es niemandem leicht, die jungen Patientinnen und Patienten warten zu lassen, sagt Walitza.

### Ressourcen am richtigen Ort einsetzen

Häufig sind es Kinder- und Hausärztinnen und -ärzte, die bemerken, dass junge Menschen Hilfe benötigten und eine Überweisung an die psychiatrischen Dienste empfehlen. Ihnen komme bei der Früherkennung «mit die wichtigste Rolle» zu, erklärt Susanne Walitza. Die ärztlichen Überweisungen seien denn auch durchweg berechtigt. Doch ist Walitza überzeugt, dass im Rahmen der Prävention und Intervention noch stärker bei den Schulen investiert werden müsste, um problematische Fälle früh zu erkennen und aufzufangen.

In den Schulen könnte auffälliges Verhalten schnell registriert und auf Betroffene zugegangen werden, deshalb bräuchte es dort mehr Angebote und Ansprechpersonen. Wenn die Schulen Freizeit- und Nachhilfeangebote neben dem Unterricht anbieten könnten, an denen Kinder niederschwellig teilnehmen könnten, würde das Kindern und ihren Familien eine wertvolle Entlastung bringen.

Denn die Pandemie hat auch gezeigt, dass die psychische Belastung unter anderem mit dem sozio-ökonomischen Status zusammenhängt [3]. Wie Susanne Walitza erklärt, war es während der Schulschliessungen für schlechter gestellte Familien schwieriger, mehr Zeit und finanzielle Mittel für ihre Kinder einzusetzen, sodass sich diese häufiger alleine fühlten. Kommt hinzu, dass die Eltern selbst unter den erschwerten Verhältnissen litten und die Kinder und Jugendlichen dies spürten. Hier würden zusätzliche Angebote helfen. Allerdings nur, wenn die Familien sie auch ken-

nen. Walitza würde sich deshalb ein pro-aktiveres Vorgehen vonseiten der Schulen wünschen. «Viele Schule schreiben: Bei Fragen können Sie sich an uns wenden.» Dabei müsse man auf die Familien zugehen, um sie zu erreichen.

Noch etwas würde sich Walitza wünschen: Dass der Stress an den Schulen reduziert wird. Sie kritisiert, dass die schulischen Anforderungen und die Prüfungen nach einer ersten Phase, in der beispielsweise die Notengebung ausgesetzt wurde, nicht mehr ausreichend der Situation angepasst wurden: «Die Schülerinnen und Schüler haben durch die Pandemie-Erfahrung bereits viel gelernt. Sie sollten jetzt nicht auch noch gleich viel Stoff wie bisher bewältigen müssen.»

### Es gibt solche und solche Krisen

Bei der Frage nach den langfristigen Auswirkungen für die Kinder und Jugendlichen verweist auch Kerstin von Plessen auf den Lerneffekt der Krise: «Ich denke, dass die Kinder gelernt haben, mit Unsicherheit umzugehen. Und dass sie auch gelernt haben, dass man zwar Pläne machen kann, aber dass man auch bereit sein muss, sie wieder umzustellen.»

Noch auf einen weiteren Punkt weist sie hin, der inmitten der schlechten Nachrichten nicht vergessen werden darf: «Gewisse psychische Krisen sind auch Teil einer normalen Entwicklung.» In solchen Fällen könne es helfen, wenn die Betroffenen nicht gleich in die Warteschlange der psychiatrischen und psychologischen Dienste kämen, sondern wenn sie von ihrem Umfeld gezielt Unterstützung erhalten würden, die ihnen vermittelt: «Gemeinsam schaffen wir das.» Deshalb gilt gerade für hausärztliche Fachpersonen sowie Pädiaterinnen und Pädiater – ebenso wie für das gesamte Umfeld der Kinder und Jugendlichen –, gut hinzuhören und immer wieder das Gespräch zu suchen, um möglichst früh zu erkennen, wo pathologisches Verhalten vorliegt und wo nicht.

### Literatur

- 1 Stocker D, et al. Der Einfluss der Covid-19-Pandemie auf die psychische Gesundheit der Schweizer Bevölkerung und die psychiatrisch-psychotherapeutische Versorgung in der Schweiz. Erster Teilbericht. Bern: Bundesamt für Gesundheit; 2020.
- 2 [www.bag.admin.ch/bag/de/home/das-bag/aktuell/news/news-16-07-2021.html](http://www.bag.admin.ch/bag/de/home/das-bag/aktuell/news/news-16-07-2021.html)
- 3 Pro Juventute Schweiz. Pro Juventute Corona-Report. Update November 2021.
- 4 Werling AM, Walitza S, Eliez S, Drechsler R. The Impact of the COVID-19 Pandemic on Mental Health Care of Children and Adolescents in Switzerland. Results of a Survey among Mental Health Care Professionals after One Year of COVID-19. International Journal of Environmental Research and Public Health. 2022; 19(6):3252. doi.org/10.3390/ijerph19063252

# «Ich muss mich nicht entscheiden»

**Eva Mell**

Stellvertretende Chefredaktorin der *Schweizerischen Ärztezeitung*

Cesar Winnicki ist gebürtiger Pole und seit über 30 Jahren Arzt in der Schweiz, wo er Schul- und Komplementärmedizin in seiner Praxis für Integrative Medizin miteinander verbindet. Der gelungene Kompromiss ist sein Lebensziel geworden, privat wie beruflich.

«Meine polnischen Freunde fragen mich manchmal: Bist du jetzt Schweizer oder Pole?», erzählt Cesar Winnicki und schiebt die Antwort sogleich hinterher: «Ich bin Europäer!» Das aber löse in seiner alten Heimat Kopfschütteln aus. «Europäer? Nein, du musst dich entscheiden», sagen seine Freunde dann. Und erleichtert lächelnd berichtet er, was er über dieses Entweder-oder denkt: «Das Schöne ist: Ich muss mich nicht entscheiden.» Der gebürtige Pole, seit über 30 Jahren Arzt in der Schweiz und längst Schweizer Staatsbürger, will sich nicht in Schubladen stecken lassen. Weder bezüglich seiner Heimatgefühle noch bezüglich seiner medizinischen Präferenzen.

Im Regal hinter ihm in seinem Behandlungszimmer sind schul- und alternativmedizinische Bücher aufgereiht: Der Pschyrembel steht hier ebenso wie *Du bist das Placebo. Bewusstsein wird Materie*. Daneben ein Heiligenbildchen, historische Apotheker-Gefässe sowie Modelle von Organen und Knochen. In seiner Aeskulap Praxis für Integrative Medizin in Zug erzählt Cesar Winnicki davon, wie er als junger Arzt Polen verliess, um in der Schweiz die anthroposophische Medizin kennenzulernen und wie er seine Patientinnen und Patienten mittlerweile integrativ behandelt: Mit so viel Schulmedizin wie nötig und so viel Komplementärmedizin wie möglich. Aber der Reihe nach.

## Früher Blick ins deutschsprachige Ausland

Cesar Winnicki, gesprochen: Winnizki, wuchs in der polnischen Kleinstadt Stargard auf, 50 Kilometer entfernt von der deutschen Grenze. Auf dem Gymnasium habe er aus praktischen Gründen beschlossen, Deutsch zu lernen: «Bei der kurzen Entfernung zur DDR würde ich es sicher auch mal nutzen können», erklärt er seine einstige Motivation und fügt mit seinem weichen, polnischen Akzent hinzu: «Nie hätte ich gedacht, dass es mal meine zweite Muttersprache werden würde.»

Als sich der junge Mann Anfang der 80er Jahre für ein Studienfach festlegen musste, war seine Entscheidungskraft nicht ganz so eindeutig wie zuvor bei der

Wahl der Fremdsprache. Vielleicht Architektur? Oder lieber Sprachen? Psychologie? Am Ende dämmerte es ihm: So abwechslungsreich wie die Medizin ist kaum eine andere Studienrichtung. Zwar erschien ihm das Medizinstudium tatsächlich spannend, aber auch mechanisch und immer wieder zu einseitig.

«Ich wollte mehr!», sagt der heutige Komplementärmediziner. Mehr: Das waren für ihn Ansätze, die über die Schulmedizin hinausgingen. Cesar Winnicki fand Kon-

**«Wenn eine Patientin die rote Pille lobt, die ihr verschrieben wurde, weiss der Arzt oft gar nicht, welche sie meint.»**

takt zur anthroposophischen Szene in Polen, die sich vor allem im pädagogischen Bereich engagierte. «Man erzählte mir aber, dass es anderswo auch eine Verwirklichung der Anthroposophie in der Medizin gibt», erinnert er sich. Schliesslich fand er sein Ziel: Die Ita-Wegman-Klinik in der Schweiz, errichtet 1921 als erstes anthroposophisches Spital weltweit, heute bekannt als Klinik Arlesheim.

## Ein berufliches Schlüsselerebnis

Als Praktikant in der Medikamentenherstellung habe er dort zu Beginn der 80er Jahre ein Schlüsselerebnis gehabt, das ihn als Arzt bis heute geprägt habe. «Eine Woche, nachdem ich dort angefangen hatte, fragte man mich, ob ich mit nach Graubünden fahren könnte, um Aconitum zu pflücken», erzählt er. Ein Fahrer sei krank gewesen, man habe Ersatz gesucht. Und so stieg der junge Mann ins Auto, fuhr in die Berge, schnürte mit seinen Kollegen die Wanderschuhe, stieg noch einmal zwei Stunden lang den Wanderpfad hinauf, sammelte Blauen Eisenhut, stieg wieder hinab, fuhr das Auto zurück nach Arlesheim und legte die Pflanze für die weitere Verarbeitung zum Medikament in Alkohol ein. «Ich habe den gesamten Herstellungsprozess erlebt und bekam so eine ganz neue Beziehung zu Arzneimitteln», sagt der Mediziner und erklärt: «Im Be-



Cesar Winnicki in seiner Praxis in Zug.

rufsalltag heutzutage ist es manchmal peinlich. Wenn eine Patientin die rote Pille lobt, die ihr verschrieben wurde, weiss der Arzt oft gar nicht, welche sie meint.» Zwei Praktika absolvierte der angehende Mediziner in Arlesheim, arbeitete aber nach seinem Studium zunächst am Unispital in Warschau als Gastroenterologe. Beinahe hätte er ein Stipendium angenommen, um in den USA zu forschen, doch dann kam 1991 die Zusage der Ita-Wegman-Klinik für eine Stelle als Assistenzarzt. Bloss ein Jahr lang wollte er bleiben und danach weiter forschen, vertröstete er seinen Chef. Doch Cesar Winnicki ist nie zurückgekehrt. Und das, obwohl die anthroposophische Medizin ihm nach drei Jahren zu eng, zu einseitig wurde. Wieder suchte er nach mehr: «Ich wollte Homöopathie einsetzen, aber das war verpönt», sagt er. «Ich wollte Neuraltherapie anwenden, aber ich sollte die Werke von Rudolf Steiner lesen.» Mit der Wachsamkeit des Unzufriedenen stiess er auf die 1990 gegründete Aeskulap Klinik in Brunnen. Dort verband man Schulmedizin und alternativmedizinische Methoden. 2014 verliess er die Klinik nach 20 Berufsjahren, um mit seiner Frau, ebenfalls Ärztin, und zwei weiteren Komplementärmedizinerinnen die Aeskulap Praxis in Zug zu gründen, ein ambulantes Zentrum für integrative Medizin.

## Anfeindungen und Aufwind

Wenn Cesar Winnicki von seinem beruflichen Weg in der Schweiz erzählt, gerät er ins Schwärmen. Doch schliesslich räumt er ein, dass er es nicht immer leicht hatte. Zu Beginn seien die Ärztinnen und Ärzte der

ganzheitlichen Aeskulap Klinik von der Schweizer Ärzteschaft als «Aussteiger» betrachtet worden, erinnert er sich. «Uns wurden Wissen und Kenntnis abgesprochen», sagt er und ergänzt: «Glücklicherweise standen die zufriedenen Patienten und Patientinnen hinter uns.» Im Jahr 2009 hatte Cesar Winnicki wieder ein Schlüsselerlebnis in der Schweiz: «Zwei Drittel der Stimmbevölkerung haben Ja zur Komplementärmedizin gesagt. Seitdem steigt ihr Ansehen.»

Nach rund 30 Berufs- und Lebensjahren in der Schweiz ist der 61-jährige Arzt aus Polen hierzulande heimisch geworden. «Ich liebe das Land», sagt er, ohne zu zögern. «Wenn ich mit meiner Frau von unserem Haus in Brunnen auf den Vierwaldstättersee blicke oder mit dem Bike oder zu Fuss in der Umgebung unterwegs bin, denke ich immer wieder: Schöner kann man gar nicht wohnen.»

«Meine Frau ist auch Komplementärmedizinerin hier in der Aeskulap Praxis», erzählt Cesar Winnicki am Ende des Gesprächs. Kennengelernt haben sich beide während des Medizinstudiums in Stettin. Dass sie mit ihm in die Schweiz kam und jeweils dieselben Arbeitgeber hatte wie er, sei für sie – «eine angefressene Kardiologin» – zunächst ein Kompromiss gewesen. «Das Leben besteht eben aus Kompromissen», kommentiert Cesar Winnicki und fügt hinzu: «Meine Frau als Ärztin und Mutter von zwei Söhnen könnte einiges darüber erzählen!»

Während er in seiner Zuger Praxis für integrative Medizin sitzt und von seinem Weg in die Schweiz berichtet, klingt es zunächst nicht, als sei er selbst ein Mann der Kompromisse. Und doch: Als Mediziner, der jeden Tag schul- und komplementärmedizinisch arbeitet, muss er ständig mit sich und seinen Patientinnen und Patienten aushandeln, welcher Kompromiss geboten ist. Und in der Schweizer Politik liebt er vor allem eines: die Bereitschaft aller Beteiligten, Kompromisse einzugehen. Es mag auch heute nicht jeder Schweizer Berufskollege, nicht jede Kollegin seine Neigung zur Komplementärmedizin verstehen. Und nicht alle seine polnischen Freunde können seine Doppelspurigkeit in Heimatfragen nachempfinden. Er geht seinen Weg dennoch weiter. Da ist Cesar Winnicki kompromisslos.

### Bildnachweis

Eva Mell

Rund ein Drittel der Ärztinnen und Ärzte in der Schweiz kommt aus dem Ausland. Weshalb haben sie ihr Land verlassen? Und wie geht es ihnen hierzulande? Wir suchen ausländische Ärztinnen und Ärzte, die uns für unsere Rubrik «Grüezi Schweiz» einen Einblick in ihr Leben in der Schweiz gewähren. Wir freuen uns über eine Kontaktaufnahme: [rahel.gutmann\[at\]emh.ch](mailto:rahel.gutmann[at]emh.ch)



# W wie die Würde des Alterns

**Dominik Heim**

PD Dr. med., Facharzt für Chirurgie, Klinik Hohmad Thun/lexiatrik Luzern

Clint Eastwood ist unterdessen 91-jährig – an *Dirty Harry* und seine Western erinnern sich noch einige von uns. *Cry Macho* heisst sein neuer Film (2021). Macho ist nicht eine Anspielung auf seine Rollen in den alten Filmen, sondern der Name des Hahns des Jungen, den er im Auftrag eines alten Amerikaners von Mexiko in die USA bringen soll. Der 14-jährige Junge lebt mit seiner mexikanischen Mutter dort. Deren Leben ist das einer wohlhabenden, alkoholsüchtigen Frau mit Bodyguards, sein Leben ist auf der Gasse mit seinem Kampfhahn «Macho». Vielleicht ist es Clint Eastwoods letzter Film. Sein Umgang mit dem Altern berührt. Jüngere Frauen in gewissen Lebenssituationen finden auch den alten Mann immer noch interessant. Das werfen Kritikerinnen und Kritiker dem Film vor – man will das nicht richtig glauben. Wieso eigentlich nicht? Aber wortkarg, kauzig wie immer, führt er als bedächtiger, vorsichtig aus dem Auto aussteigender, alter Mann seinen Auftrag aus. «*I used to do a lot of things*», sagt er, «*take care, kid*», fügt er langsam an, und man glaubt es ihm.

Nicht immer geht das Altern mit einer solchen *dignity in age* einher, viele verdämmern vorher, werden aber trotzdem noch zum «Objekt der Begierde», weil sie Geld haben, und Altern kostet, und dieses Geld will man. Ein bisschen länger leben, davon zwar nichts mitbekommen, aber für das Hindämmern unbewusst noch ein paar Monate zahlen, das ist der Plot von John Grishams *Camino Winds* von 2020. Es geht da zwar um einen Sturm, der die Insel (in Florida) trifft, wo sich die Literaten in ihren verschiedenen Lebensumständen treffen (im ersten Buch *Camino Islands* werden Scott Fitzgeralds Originalbücher aus einer gesicherten Bibliothek gestohlen, darunter auch das Jahrhundertwerk *The Great Gatsby* – ein wahres Vergnügen, der Diebstahl, und natürlich auch Fitzgeralds Buch). Da verkommt die Würde des Alterns dank obskuren Pillen aus China, die dem Herz noch ein paar Monate des Aufbäumens verleihen, zu einem kriminellen Geschäft.

Das Altern geht auch nicht ganz so problemlos, wie es sich der einfache Schafzüchter Driant vorgestellt hat: Er soll bzw. will in ein feudales Altersheim, wo er eigentlich gar nicht hinpasst. Sein Erbe geht bei seinem Ableben an dieses Seniorenheim über, mittels der blauen Pillen und einer verführerischen Dame, endet sein Dasein nach Vertragsabschluss aber etwas frühzeitig. Seine Kinder kriegen nichts, die Schafherde verdurstet fast, wäre da nicht Bruno, *chief of police*, der dem Ganzen doch noch auf die Spur kommt. Mit J.J., *chief detective der police nationale*, mit Gérard Mangin,

Mayor von Saint-Denis, und mit seinen andern Freunden und Freundinnen (Isabelle, die er eigentlich will, geht leider in Paris ihrer Karriere nach) kommt alles im beschaulichen Périgord dann doch noch gut (*The Shooting at Chateau Rock*, 2020, von Martin Walker).

Jetzt landen wir im Schneesturm in Kloten, *Cry Macho* habe ich im Flugzeug von Dubai genossen (vWINter Kongress). Wegen Covid waren es statt 1200 Teilnehmenden nur 300 eingeladene Referierende, nicht wenige waren weisshaarig. «*You're wise*», sagte mir eine jüngere Dame, was ich mit *white* in Abrede stellte.

Altern kann also auch würdig sein, wie Clint Eastwood zeigt. Vielleicht etwas langsamer, etwas weniger agil. Allen ist das nicht vergönnt. Die andern werden zum Objekt von kriminellen Machenschaften, von unwürdigem Dahindämmern, von Erbschleicherei.

Es muss einmal gesagt sein: Älter werden wir nicht (nur) wegen gesunden Essens, Fitnessstudios und E-Bikes. Nein, wir werden es, weil man uns mit den vielen farbigen Pillen auch dazu verhilft. Altwerden ist längst nicht nur ein medizinisches Thema, es hat auch – zum Teil in unschöner Logik – in der Belletristik und im Film seinen Platz gefunden.

Alt werden wie Clint Eastwood? Nicht unbedingt!



**Bildnachweis**

2021 Warner Bros. Entertainment GmbH

redaktion.saez[at]emh.ch



# Das Blatt

Es war, als hätt der Himmel das Blatt still geküsst  
Frau Luna nun lächeln müsst  
Bin freudig auf der Spur  
Der kleinen Kunstwerke der Natur.

Wir laufen so viel daran vorbei  
In unserer alltäglichen Hetzerei  
Drum steh ich still und schaue  
Und träume gross ins Blaue.

*Dr. med. Hedi Meierhans*

**Bildnachweis**  
Hedi Meierhans

he.meierhans[at]bluewin.ch





# Die leise Welt der Frühchen

**Fabienne Hohl**

Journalistin

Während sechs Monaten haben das Universitätsspital Basel (USB) und das Universitäts-Kinderspital beider Basel (UKBB) die Neonatologie des UKBB saniert. Im Oktober sind die kleinen Patienten wieder eingezogen. Wie gestaltet sich seitdem der neue Alltag im technisch modernsten Perinatalzentrum der Schweiz?

Drei kniehohe weisse Elefanten stehen in Erwartung kleiner Reiterinnen und Reiter im lichterfüllten Entrée vor der Glaswand zur Neonatologie des UKBB. Dahinter führt ein heller Gang zu den drei Patientenzimmern – und in eine grosse Ruhe: Hier bewegen sich die Anwesenden leise und bedacht, die Stimmen sind gedämpft, die automatischen Schiebetüren öffnen und schliessen sich kaum hörbar. «Das war nach der Neueröffnung das Erste, das auffiel», erinnert sich Abteilungsleiter Prof. Sven Schulzke. Früher habe man auf der ganzen Station alles gehört, da die dicken, schweren Schiebetüren fast immer offenstanden. «Dass man plötzlich nur noch mitbekam, was unmittelbar im gleichen Raum vor sich ging, war zu Beginn ungewohnt für die Pflegenden und brauchte eine Umstellung.»

## Ruhig und diskret

Neben den leisen Schiebetüren sorgen schalldämmende Decken und Gipswände für einen niedrigen Geräuschpegel auf der Neonatologie. Dies kommt den Frühchen und kranken Termingeborenen zugute: Kaum eine Stimme, ein Alarm oder Telefonklingeln

## Die Mitarbeitenden profitieren von ergonomisch eingerichteten Pflegeplätzen.

von ausserhalb stört sie mehr in ihren Bettchen und Isoletten, die liebevoll mit bunt gemusterten Tüchern zugedeckt sind. «Wir merken, dass die Kinder insgesamt viel stabiler sind, es gibt weniger Herzfrequenz-



abfälle», stellt Pflegeleiterin Stefanie Niederschirp fest. Zudem seien nun alle Räume der Abteilung durch Türen verschliessbar. «In der jetzt separaten Apotheke können wir deshalb viel konzentrierter arbeiten.» Vor allem aber lasse sich heute bei vertraulichen Gesprächen Diskretion wahren, und die Ruhe helfe den Eltern, sich ihrem Kind intensiv zu widmen. Diese Er-

### Die Eltern schätzen den verlässlichen Sichtschutz enorm.

fahrung teilt Frau L., deren Sohn fünfzehn Wochen zu früh per Kaiserschnitt zur Welt gekommen ist. Er wird nun seit über einem Monat intensivmedizinisch betreut. «Die unaufgeregte Atmosphäre hier hat viel dazu beigetragen, dass die Neonatologie mittlerweile auch für mich zu einem Ort der Ruhe geworden ist.»

### Sicher und geborgen

Frau L. besucht ihr Kind täglich zum «Kanguruhen»: Dabei liegt es Haut auf Haut und warm zugedeckt in ihren Armen, was der dreifachen Mutter viel gibt: «Mit meinem Sohn auf der Brust habe ich das Gefühl: Jetzt, für diese Stunde, werde ich diesem Kind einmal so richtig gerecht.» Wobei ihr Rekord bei stolzen vier Stunden liegt. Das Kanguruhen fördere die Eltern-Kind-Bindung und verbessere nachweislich die Verläufe, sagt Sven Schulzke. Es ist dem Abteilungsleiter sehr wichtig, dass sich auch die Eltern der kleinen Patientinnen und Patienten wohlfühlen. «Sie sind für uns nicht Besucher, sondern Co-Therapeuten», betont er. «Wir wollen und brauchen Eltern, die auf der Station mitarbeiten.» Für Stefanie Niederschirp ist Privatsphäre zentral, um den Eltern das Gefühl von Sicherheit und Geborgenheit zu geben. Möglich wird diese durch Paravents, insbesondere aber dank der



Der intensive Hautkontakt beim «Kanguruhen» fördert Bindung und Entwicklung.

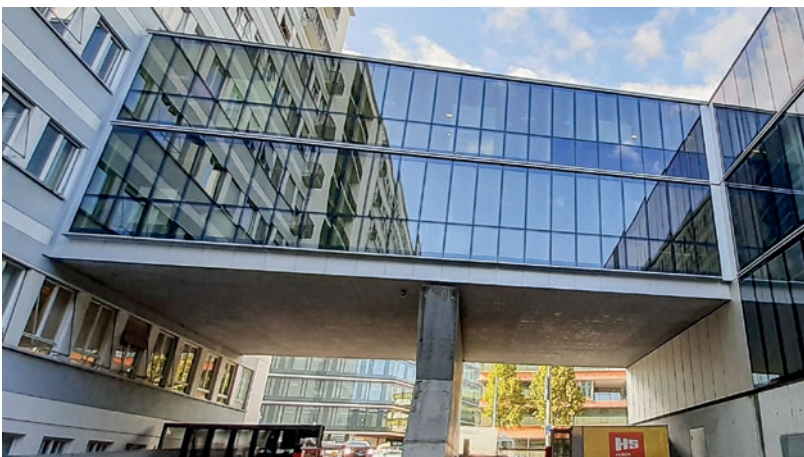
neuen elektrochromen Fenster: Sie lassen sich über das Verändern der elektrischen Spannung bis zu 60% verdunkeln, was den Einblick von aussen verhindert.

### «Eltern sind für uns nicht Besucher, sondern Co-Therapeuten.»

Der verantwortliche Architekt des Universitätsspitals Basel, Michael Müller Gygax, erklärt begeistert: «Stockdunkle Nacht und Vollbeleuchtung in der Neonatologie – Sie sehen höchstens Schemen.» Die Eltern schätzten diesen verlässlichen Sichtschutz enorm.

### Ein Stück Aussenwelt

Stefanie Niederschirp ist ebenfalls glücklich über die elektrochromen Fenster: Trotz Verdunkelung sehe man, welche Tageszeit herrsche und was draussen passiere – und dies ganz ohne hygienisch ungünstige Vorhänge. «Vor dem Umbau haben wir hier im Sommer im Dunkeln gelebt.» Die optische Verbindung zur Aussenwelt sei für alle auf der Station wichtig, für die Eltern, die zu jeder Tages- und Nachtzeit zu Besuch sind, genau wie für die im Drei-Schicht-Betrieb arbeitenden Pflegenden. Deshalb erwies es sich als Glücksfall, dass die Fensterscheiben nicht in Zimmerhöhe lieferbar waren, erzählt Michael Müller Gygax. Also habe man sie beim



Je ruhiger die Atmosphäre, desto stabiler sind die Babys.

untersten Drittel durch einen Riegel unterbrochen. «Dieser untere Fensterteil wird nun oft separat verdunkelt, was die nötige Intimität beim Kanguruhen und gleichzeitig die freie Sicht nach draussen möglich macht.» Vor allem aber schützt das elektrochrome Glas vor der Sommerhitze, unter der die Babys vor dem Umbau litten – die optimale Temperatur von 20 °C wurde häufig schon morgens überschritten. «Die Isoletten am Fenster mussten wir oft herunterkühlen», berichtet die Pflegeleiterin. Entsprechend gespannt erwartet man auf der Neonatologie die warme Jahreszeit.

### Mehr Raum und kluge Infrastruktur

Was unterscheidet die Arbeit auf der renovierten Abteilung sonst noch im Vergleich zu früher? Die Patientenzimmer seien grösser, das fühle sich luftiger und entspannter an, sagt Stefanie Niederschirp. Ferner könnten heute sogar zwei nicht gehfähige Mütter gleichzeitig im Krankenbett ihre Kinder besuchen kommen. «Vorher passte knapp ein Mama-Bett ins Zimmer.» Um mehr Platz zu schaffen, wurden die Wände der Patientenzimmer Richtung Gang versetzt und die grossen, mit Waschbecken ausgerüsteten Mit-

telinseln entfernt, um wasserkeimbedingte Infektionen zu verhindern. Mehr Raum gibt es auch dank der neuen Mediensäulen, die den Betrieb aller für die Intensivpflege benötigten Geräte ermöglichen und sich an Deckenschienen flexibel verschieben lassen. «Man könnte auch zwei Mediensäulen an einen Platz anschliessen – je nachdem, was das Kind braucht», erklärt

### «Die optische Verbindung zur Aussenwelt ist für alle auf der Station wichtig.»

Sven Schulzke. «Es selber muss also nicht bewegt werden.» Die Mitarbeitenden profitieren ebenfalls von den vollständig und ergonomisch eingerichteten Pflegeplätzen: Stehen Sie an einem Bett, sehen und erreichen sie alle Geräte, ohne dass sie sich vom Kind vor sich abwenden müssen. «Früher musste man sich immer wieder nach hinten drehen, um etwas zu bedienen. Nun haben wir wirklich ideale Bedingungen», freut sich die Pflegeleiterin.

### Liebe zum Detail

Gleichermassen angenehm für Eltern und Pflegeteam ist die indirekte Beleuchtung, die sich je nach Stimmung in verschiedenen Farben einstellen lässt. Gerade nachts seien die Farben eine willkommene Abwechslung zum unpersönlichen weissen Licht, weiss Sven Schulzke. Bei aller modernsten technischen Infrastruktur, höchsten Gerätesicherheit und Hygiene soll die Neonatologie für Stefanie Niederschirp heimelig sein. «Die Kinder und ihre Eltern sind ja meistens drei bis vier Monate bei uns – eine lange Zeit.» Gerne macht sie auf die Jahreszeitenbilder im Gang aufmerksam, die jeweils saisongerecht ausgewechselt werden. Sie zeigen, dass das Leben draussen zuverlässig stattfindet und die Tage voranschreiten. Ihre Pendants sollen bald dimmbar hinterleuchtet auch in den Patientenzimmern hängen – sobald die passenden dünnen Vitrinen dafür gefunden sind. Überdies sind ein Elternpostboard sowie ein Mitarbeitenden-Poster in Planung. «Ich bin sehr stolz, dass wir Kindern und Eltern nun ein optimales Umfeld bieten können», zieht Stefanie Niederschirp Fazit über die gut 100 ersten Tagen in der renovierten Neonatologie. Und hofft auf ein baldiges Ende der Pandemie ohne Personalausfälle und Testen, dafür mit Besuchsmöglichkeiten für beide Elternteile gemeinsam, Geschwisterkinder und Freunde. «Dann wird es wieder familiärer bei uns.» Und kurzweiliger für die Reit-Elefanten im Entrée.



Pink, orange, blau oder grün? Das jeweils passende indirekte Licht schafft eine angenehme Atmosphäre.

### Bildnachweis

Fotos mit Baby: zVg

Blick in den Raum: Fabienne Hohl; Blick von aussen: zVg/USB



# Ethik-Wissen für Angeber

**Rouven Porz**

Prof. Dr., Medizinethik und ärztliche Weiterbildung, Insel Gruppe, Inselspital Bern



Der Frühling kommt, die Masken fallen. Aller Wahrscheinlichkeit nach werden wir bald wieder zu Firmenfeiern, medizinischen Fachtagungen, Kongressen, aber auch zu anderen sozialen Events wie Geburtstagsfeiern, Apéros, Vernissagen etc. eingeladen. Aber nach zwei Jahren Pandemie sind wir das ja gar nicht mehr gewöhnt. Kommunikation machen, Menschen direkt ins Gesicht sehen – sehr ungewohnt. Small Talk – wie ging das eigentlich nochmal? Zur Erleichterung möchte ich Ihnen ein paar tolle und ungewöhnliche Ethik-Begriffe vorstellen. Die lassen sich gut im Small Talk verwenden, vielleicht um zu zeigen, wie schlaue man ist, vielleicht aber auch um ein ungutes Gespräch schnell zu beenden, denn fast kaum jemand wird mit diesen Begrifflichkeiten wirklich etwas anfangen können. Legen wir los: Ethik-Wissen für Angeber, zur eigenen Anwendung und Austestung in sozialen Kontexten:

1. Implizite Normativität: Eine super Begriffsbildung, wie ich finde. Versteht tendenziell niemand, hat aber einen starken Hauch von Intellektualität und vermeintlicher Selbstreflexion. Kurz zur Erklärung: *Normativ* bedeutet, dass man eine sehr starke Regel vorgibt, z.B.: «Du musst heute Abend um 18 Uhr beim Konferenzdinner dabei sein.» Das *implizit* bedeutet, dass man die starke Regel in ein anderes neutraleres Gewand kleidet, sozusagen vordergründig abschwächt, z.B.: «Das Konferenzdinner beginnt um 18 Uhr.» Auch bei diesem Satz will man (vielleicht) sagen, dass das Gegenüber um 18 Uhr gefälligst da zu sein hat, aber man sagt es halt im Gewand der impliziten Normativität. Diese wunderbare Begriffsbildung lässt sich im Small Talk auch gut auf die Coronapandemie anwenden, z.B.: «Die Corona-Massnahmen waren ja durchtränkt von impliziter Normativität.» Oder: «Die implizite Normativität der Impfdebatte hat mich gestört.» Einen starken selbstreflektori-schen Touch kann man zustande bringen, wenn man die Begriffsbildung direkt auf sich selbst oder Aspekte des eigenen Lebens bezieht, als Arzt z.B.: «Die implizite Normativität meines weissen Arztkittels scheint meine Patienten zu verunsichern.»
2. Epistemologie, epistemologisch: Dieses Wort ist sicherlich mein Lieblingswort. Es ist der Philosophie entliehen und bedeutet, dass man sich auf die Grenzen und Chancen unseres menschlichen Wissens bezieht. Man kann es auch mit *erkenntnistheoretisch*

übersetzen. Man denkt also darüber nach, wie verlässlich unsere Erkenntnis ist. Dieses Nachdenken kann sich auf biologische Faktoren beziehen, z.B. können wir ja im Gegensatz zu Fledermäusen Ultraschallwellen weder sehen noch hören. Das Nachdenken über Erkenntnis kann sich aber auch auf unsere soziale Lebenswelt beziehen. Wenn ich z.B. so privilegiert aufgewachsen bin, dass ich noch niemals in meinem ganzen Leben eine Toilette selber putzen musste, dann entziehen sich Toilettenreiniger im Supermarkt ganz sicherlich meiner Erkenntnis. Sie merken schon, es ist ein tolles Wort. Im Small Talk –

## Im akademischen Small Talk ist das Wort «epistemologisch» eigentlich in jedem Satz als Verstärkung der eigenen Meinung einsetzbar.

insbesondere im akademischen Small Talk – ist es eigentlich in jedem Satz als Verstärkung der eigenen Meinung einsetzbar, z.B.: «Das Thema Ihres Vortrages hat mich epistemologisch immer schon fasziniert.» Vorsicht nur, das Wort ist ein echter Zungenbrecher. Bevor mal es verwendet, sollte man es ein paar Mal für sich selbst laut aufsagen, sonst verhaspelt man sich vielleicht in der Erstanwendung.

3. Tugendethik, tugendethisch: In der Verwendung des Wortes zeigt sich jetzt das ganz grosse Ethik-Wissen. Die Tugendethik ist die Ethik-Lehre des Aristoteles. Ihm ging es darum – und das ist nicht in einem Satz leicht zu erklären –, dass Menschen nur glücklich werden können, wenn sie ein tugendhaftes Leben führen. *Tugendethik* ist meiner Meinung nach deshalb so ein schöner Begriff, weil eine gewisse Roman-tik im Wortteil der *Tugend* mitschwingt, z.B.: «Aus tugendethischer Sicht würden wir auf das Fleisch bei unserer Firmenfeier heute besser verzichten.»

Alles in allem sind das ja nur Vorschläge für Sie, dabei augenzwinkernd die Geisteswissenschaften auf den Arm nehmend. Aber die ganz Verwegenen unter Ihnen können je nach Anlass und Stimmung ja sogar die drei Begrifflichkeiten auch mal ganz frech kombinieren, z.B.: «Epistemologisch steckt in der Tugendethik viel implizite Normativität.» Viel Erfolg dabei.

Der vorliegende ironische Text wurde geschrieben, als noch nicht klar war, dass sich jede aktuelle Unterhaltung im Moment wahrscheinlich am ehesten auf die schwierige Situation in der Ukraine beziehen wird.



