

Schweizerische Ärztezeitung

413 Editorial
von Yvonne Gilli
**Pseudowissenschaft
ins Krankenversicherungsgesetz?**

426 Genetic Counsellors
in der Schweiz
**Genetische Beratung braucht
Zeit und Expertise**

458 «Zu guter Letzt»
von Daniel Schröpfer
Was bleibt?

13 30.3.2022



443 Arzneimittel-Engpässe
**Warum immer mehr Medikamente
fehlen**



Offizielles Organ der FMH und der FMH Services www.saez.ch
Organe officiel de la FMH et de FMH Services www.bullmed.ch
Bollettino ufficiale della FMH e del FMH Services
Organ uffical da la FMH e da la FMH Services



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: Yvonne Gilli

413 **Pseudowissenschaft ins Krankenversicherungsgesetz?**

ÄRZTESTATISTIK: Stefanie Hostettler, Esther Kraft

414 **Jeder vierte Arzt ist 60 Jahre alt oder älter**

SIWF: Andrea Lörwald, Eva Hannel, Severin Pinilla, Sören Huwendiek

420 **Mini-CEX und DOPS zur Unterstützung der ärztlichen Weiterbildung**423 **Personalien****Weitere Organisationen und Institutionen**

GUMEK: Hermann Amstad, Cristina Benedetti, Sabina Gallati

426 **Genetische Beratung braucht Zeit und Expertise**

GUMEK: Kelly Ormond

431 **Ein neuer Beruf, der Fragen aufwirft****Briefe / Mitteilungen**433 **Briefe an die SÄZ**435 **Facharztprüfungen / Mitteilungen****FMH Services**436 **Stellen und Praxen** (nicht online)

Tribüne



443

THEMA: Susanne Wenger

Wenn Medikamente in der Schweiz zur Mangelware werden Bei der Versorgung mit Medikamenten treten immer wieder Engpässe auf, auch im Pharmedland Schweiz. Mit der Corona-Pandemie wächst der Druck auf die Behörden, mehr dagegen zu unternehmen. Wie verbreitet die Versorgungsprobleme seit Jahren sind, zeigt eine neue Studie der Universität Basel.

RECHT: Philippe Seiler, Markus Wang, Carlo Hunter, Elisabeth Rinderknecht

448 **Nachfolgeplanung für Ärztinnen und Ärzte**

452 **Spectrum**

Horizonte

REPORTAGE: Astrid Tomczak-Plewka

453 **Neue Ideen für die Medizin**

456 **Buchbesprechungen**

Zu guter Letzt

Daniel Schröpfer

458 **Was bleibt?**



ANNA

Impressum

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

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

Anzeigen:
 Markus Will, 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@asmq.ch

Abonnementspreise: Jahresabonne-
 ment CHF 320.– zzgl. Porto.

ISSN: Printversion: 0036-7486 /
 elektronische Ausgabe: 1424-4004
 Erscheint jeden Mittwoch

© **FMH**
 Die Schweizerische Ärztezeitung ist
 aktuell eine Open-Access-Publikation.
 FMH hat daher EMH bis auf Widerruf
 ermächtigt, allen Nutzern auf der Basis
 der Creative-Commons-Lizenz
 «Namensnennung – Nicht kommer-
 zial – 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:
 © Anshu A / Unsplash

Pseudowissenschaft ins Krankenversicherungsgesetz?

Yvonne Gilli

Dr. med., Präsidentin FMH



Auch wenn uns die politischen Diskussionen rund um den geplanten Artikel 47c KVG bereits endlos vorkommen mögen [1], könnten diese erst der Auftakt eines Paradigmenwechsels in der Geschichte des Krankenversicherungsgesetzes sein. Denn sollte das Parlament den Artikel in den nächsten Monaten so verabschieden, würde sich diese Fehlkonstruktion als Fehlversorgung für die Bevölkerung manifestieren.

Obwohl der Nationalrat zwischenzeitlich im Artikel 47c Anpassungen vorgenommen hat, bleibt das Kernproblem dieses Gesetzesentwurfs unverändert: Es sollen Faktoren definiert werden, die die Kosten- und Mengenentwicklung im Gesundheitswesen erklären können – was darüber hinausgeht, gilt als «ungerechtfertigt» und soll Tarifkorrekturen nach sich ziehen. Als Argument zugunsten von Artikel 47c wird angeführt, er könne auf wissenschaftlicher Basis umgesetzt werden. Er richte sich ja nur auf Kosten und Mengen, die «nicht erklärbar» und damit «nicht gerechtfertigt» seien. Was zunächst überzeugend klingt, ist jedoch praktisch leider weder umsetzbar noch sinnvoll.

Erstens liess sich die Kostenentwicklung noch nie zu 100% durch bekannte Faktoren erklären. Gemäss Bundesamt für Statistik liegen 56% des Kostenanstiegs «verschiedene, einzeln nicht identifizierbare Einflussfaktoren zu Grunde», und selbst das BAG war einmal der

Die Kostenentwicklung liess sich noch nie vollständig durch bekannte Faktoren erklären.

Auffassung, für 65% des Kostenwachstums könnten «keine klaren Ursachen isoliert werden» [2]. Entsprechend sind statistische Erklärungen der Kostenentwicklung mit grosser Unsicherheit verbunden. So prognostizierte z.B. die KOF für den Kanton Bern im Jahr 2019 ein Kostenwachstum zwischen –1,1% und +7,8% [3]. Möchten wir auf einer solchen Zahlenbasis die Angemessenheit der Gesundheitsversorgung beurteilen? Dies wäre nicht Wissenschaft, sondern Pseudowissenschaft – und öffnet der Willkür Tür und Tor.

Zweitens wären selbst im Fall echter Überbehandlungen Tarifreduktionen nicht zielführend: Man würde so *allen* Ärzten und Ärztinnen eine Leistung, die von

einzelnen zu viel erbracht wurde, schlechter bezahlen – völlig unabhängig davon, ob sie diese Leistung zu Recht erbringen oder nicht. Ein als sachgerecht und betriebswirtschaftlich korrekt vom Bundesrat genehmigter Tarif würde reduziert. Der damit verursachten Unterfinanzierung würde die Unterversorgung folgen.

Artikel 47c verhindert keine Überbehandlung – provoziert aber Unterversorgung.

Artikel 47c zielt somit am Problem überflüssiger Behandlungen völlig vorbei. Diese sollten ja nicht einfach schlechter bezahlt werden – sondern müssen individuell geahndet und verhindert werden. Dies gewährleisten heute WZW-Verfahren, denen ein deutlich sinnvolles Prinzip zugrunde liegt: Man ermittelt in einem statistischen Screening auffällige Leistungserbringer und prüft diese individuell. So verbindet man eine breite Kontrolle mit individueller Gerechtigkeit. Denn was statistisch auffällt, muss noch lange nicht unbegründet sein – z.B. bei spezialisierten Praxen, deren Patienten spezifische Leistungen häufiger brauchen. Auch das vom Artikel 47c geforderte Kostenmonitoring (mit Sanktionen) gibt es längst. Es könnte bereits angewendet werden, würde das EDI den TARDOC nicht seit 2019 blockieren.

Artikel 47c löst also keinerlei Probleme – schafft aber neue: Die Tarifpartnerschaft würde wohl an der unlösbaren Aufgabe scheitern, und ein Staatstarif würde etabliert. In der Gesundheitsversorgung würden Fehlanreize und Unterversorgung zum Regelfall. Der Bundesrat argumentiert zwar, die «Kostensteuerung» nach Artikel 47c bewirke keine Rationierung [4]. Er verkennet, dass planwirtschaftliche Massnahmen die Mangelversorgung noch nie zum Ziel, aber immer zur Folge hatten. Das könnten auch die Tarifpartner nicht verhindern, die gemäss Artikel 47c «Planungs- und Steuerungsentscheide der zuständigen Behörden» berücksichtigen müssten. Kein Land hat eine schlechtere Versorgung als wir, weil es das so gewollt hätte. Manche haben einfach nur gedacht, die Pseudowissenschaft würde funktionieren.

Literatur
Vollständige Literaturliste
unter www.saez.ch oder via
QR-Code



Jeder vierte Arzt ist 60 Jahre alt oder älter

Stefanie Hostettler^a, Esther Kraft^b

^a Dr. sc. ETH Zürich, Abteilung Daten, Demographie und Qualität DDQ FMH; ^b lic. rer. oec., Leiterin Abteilung Daten, Demographie und Qualität DDQ FMH

Die FMH-Ärzttestatistik 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-Ärzttestatistik finden Sie unter: www.fmh.ch → Themen → FMH-Ärzttestatistik. Für spezifische Auswertungen steht Ihnen die Abteilung Daten, Demographie und Qualität zur Verfügung: [ddq\[at\]fmh.ch](mailto:ddq[at]fmh.ch).

Im Jahr 2021 waren in der Schweiz 39 222 Ärztinnen und Ärzte berufstätig. Gegenüber dem Vorjahr sind das 720 Ärztinnen und Ärzte mehr (plus 1,9 Prozent). Mit 55,1 Prozent Ärzten und 44,9 Prozent Ärztinnen sind die männlichen Mediziner weiterhin in der Mehrheit. Das Durchschnittsalter der Ärztinnen und Ärzte lag 2021 bei 50,0 Jahren. Ein Viertel der Ärztinnen und Ärzte ist 60 Jahre alt oder älter. 53,4 Prozent der Ärztinnen und Ärzte arbeiten in einer Praxis und 45,1 Prozent im Spital. Der Anteil Ärztinnen und Ärzte mit einem ausländischen Diplom liegt bei über einem Drittel der Gesamtärzteschaft (38,4 Prozent) und hat gegenüber dem Vorjahr um 1,0 Prozent zugenommen. Die Ärztinnen und Ärzte mit einem ausländischen Diplom stammen vorwiegend aus Deutschland (51,8 Prozent), gefolgt von Italien (9,2 Prozent), Frankreich (7,2 Prozent) und Österreich (6,0 Prozent). Die Wochenarbeitszeit bei einem Vollzeitäquivalent entspricht rund 55 Wochenstunden. Das durchschnittliche Arbeitspensum beträgt 8,7 Halbtage, was einer Wochenarbeitszeit von rund 48 Stunden entspricht. Das häufigste Fachgebiet ist die Allgemeine Innere Medizin (21,5 Prozent), gefolgt an zweiter Stelle von der Psychiatrie und Psychotherapie (10,0 Prozent) und der Kinder- und Jugendmedizin (5,3 Prozent).

Frauenanteil steigt kontinuierlich

Im Jahr 2021 waren 39 222 Ärzte und Ärztinnen in der Schweiz berufstätig. Das entspricht einer Ärztedichte von 4,5 Ärzten und Ärztinnen pro 1000 Einwohner und Einwohnerinnen. Gemessen in Vollzeitäquivalenten (34 142) ergibt sich eine Ärztedichte von 3,9 Ärzten und Ärztinnen in Vollzeitarbeit pro 1000 Einwohner und

Einwohnerinnen. Der Anteil der berufstätigen Ärztinnen ist im Vergleich zum Vorjahr um 1,9 Prozent gestiegen. Allerdings scheint der jährliche Zuwachs der Anzahl berufstätiger Ärzte und Ärztinnen im Trend eher abzunehmen. 2013 betrug die Zunahme 1384 Ärzte und Ärztinnen (plus 4,3 Prozent), 2021 hingegen nur noch 720 Ärzte und Ärztinnen.

Deutlich erkennbar ist, dass der Frauenanteil kontinuierlich zunimmt. Er beträgt zwar noch nicht 50 Prozent, ist aber innerhalb der letzten zehn Jahre von 36,7 Prozent (2011) auf aktuell 44,9 Prozent (2021) gestiegen (Abb. 1).

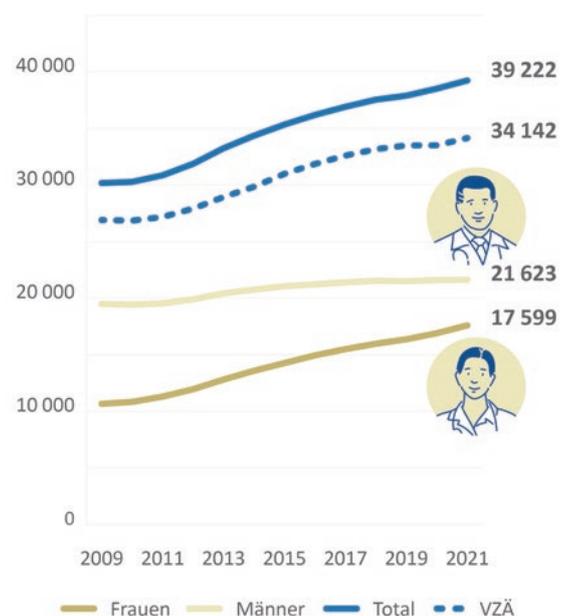


Abbildung 1: Entwicklung der Anzahl Ärzte und Ärztinnen 2009–2021 (VZÄ: Vollzeitäquivalent).

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

	Frauen		Männer		Total		VZÄ
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%	
Praxissektor	8902	42,5	12028	57,5	20930	53,4	16734
Spitalsektor	8471	47,9	9212	52,1	17683	45,1	16622
Anderer Sektor	226	37,1	383	62,9	609	1,5	500
Total	17599	44,9	21623	55,1	39222	100,0	34142

VZÄ: Vollzeitäquivalent.

Mehr im Praxis- als im Spitalsektor

53,4 Prozent der Ärzte und Ärztinnen sind hauptberuflich im Praxissektor tätig, 45,1 Prozent im Spitalsektor und 1,5 Prozent in einem anderen Sektor (Verwaltung, Versicherungen, Verbände etc.). Der Frauenanteil ist im Spitalsektor (47,9 Prozent) höher als im ambulanten Sektor (42,5 Prozent) (Tab. 1).

Die Entwicklung der beiden Sektoren (Abb. 2) zeigt, dass die Anzahl der Ärzte und Ärztinnen in beiden Sektoren in den letzten Jahren zugenommen hat – die Anzahl Ärzte und Ärztinnen im Spitalsektor jedoch im Gegensatz zum Praxissektor seit 2017 stagniert.

Ein Viertel ist 60 Jahre und älter

Jeder zweite berufstätige Arzt beziehungsweise jede zweite berufstätige Ärztin in der Schweiz ist 50 Jahre alt und älter und jede beziehungsweise jeder Vierte 60 Jahre alt und älter (Abb. 3).

Das Durchschnittsalter der Ärztinnen (46,6 Jahre) und Ärzte (52,8 Jahre) liegt 2021 bei 50,0 Jahren. Im Praxis-

sektor sind die Ärztinnen und Ärzte durchschnittlich zehn Jahre älter als ihr Kollegium im Spitalsektor (54,6 Jahre gegenüber 44,3 Jahren). Der Altersunterschied zwischen den Sektoren ist hauptsächlich durch die Weiterbildung der Assistenzärztinnen und Assistenzärzte bedingt, welche vorwiegend in Spitälern absolviert wird. Ein Rückblick auf 2005 zeigt, dass das Durchschnittsalter in beiden Sektoren in nur relativ kurzer Zeit beträchtlich gestiegen ist (Praxissektor 2005: 52 Jahre vs. 2021: 55 Jahre; Spitalsektor 2005: 40 Jahre vs. 2021: 44 Jahre).

Das Durchschnittsalter der ambulant tätigen Grundversorgerinnen und Grundversorger ist mit 53,9 Jahren (Frauen: 50,0 Jahre; Männer: 57,2 Jahre) leicht tiefer als das Durchschnittsalter der ambulant tätigen Spezialistinnen und Spezialisten (Durchschnitt: 55,3 Jahre; Frauen: 52,7 Jahre; Männer: 57,0 Jahre).

Im Spitalsektor sind die Assistenzärztinnen und Assistenzärzte durchschnittlich 35,9 Jahre alt, Oberärztinnen und Oberärzte 46,6 Jahre, Leitende Ärztinnen und Ärzte 52,3 Jahre und Chefärztinnen und Chefärzte 55,9 Jahre.

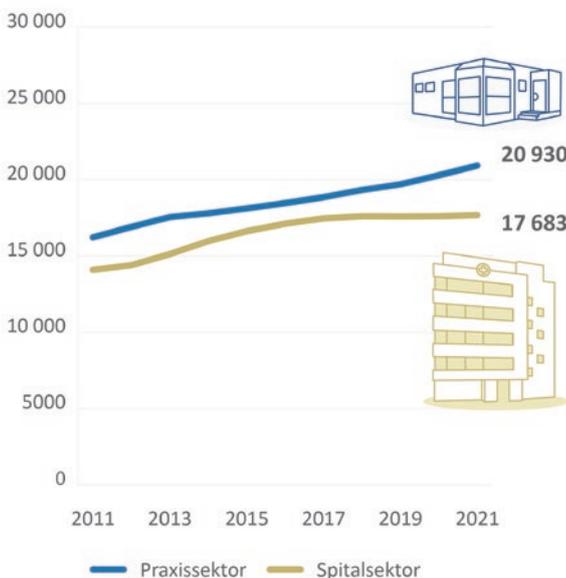


Abbildung 2: Entwicklung der berufstätigen Ärztinnen und Ärzte im Praxis- und Spitalsektor (Hauptberufstätigkeit) 2011–2021.

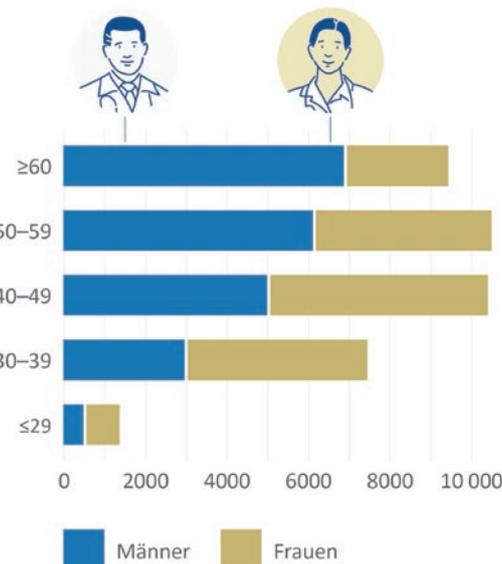


Abbildung 3: Verteilung der berufstätigen Ärztinnen und Ärzte nach Altersgruppe und Geschlecht 2021.

Ausländisches Diplom

15077 (38,4 Prozent) der berufstätigen Ärztinnen und Ärzte in der Schweiz stammen aus dem Ausland (bzw. besitzen ein ausländisches Diplom). Im Vergleich zum Vorjahr ist ihr Anteil um 1,0 Prozent von 37,4 auf 38,4 Prozent angestiegen (Abb. 4). Im Praxissektor beträgt der Anteil der Ärztinnen und Ärzte aus dem Ausland 36,4 Prozent (plus 1,9 Prozent), im Spitalsektor 40,7 Prozent (plus 0,2 Prozent). Mit 47,0 im Praxis- bzw. 48,2 Prozent im Spitalsektor ist der Anteil an Frauen mit ausländischem Arztdiplom in beiden Sektoren tiefer als der Männeranteil (53,0 im Praxis- bzw. 51,8 Prozent im Spitalsektor). Der Grossteil der ärztlichen Fachkräfte mit einem ausländischen Diplom stammt aus Deutschland (51,8 Prozent), gefolgt von Italien (9,2 Prozent), Frankreich (7,2 Prozent) und Österreich (6,0 Prozent) (Abb. 4).

Aus- und Weiterbildung

Im Studienjahr 2020/21 waren im Bereich Humanmedizin im Bachelorstudiengang 5649 Studierende (1997 Männer, 3652 Frauen) eingeschrieben, im Masterstudiengang waren es 3656 Studierende (1451 Männer, 2205 Frauen) [1].
 1118 Ärztinnen und Ärzte haben 2021 das eidgenössische Diplom in Humanmedizin erhalten (Frauen 666; Männer 452). Im gleichen Jahr hat die Medizinalberufskommission (MEBEKO) 2736 ausländische Arztdiplome anerkannt [2].

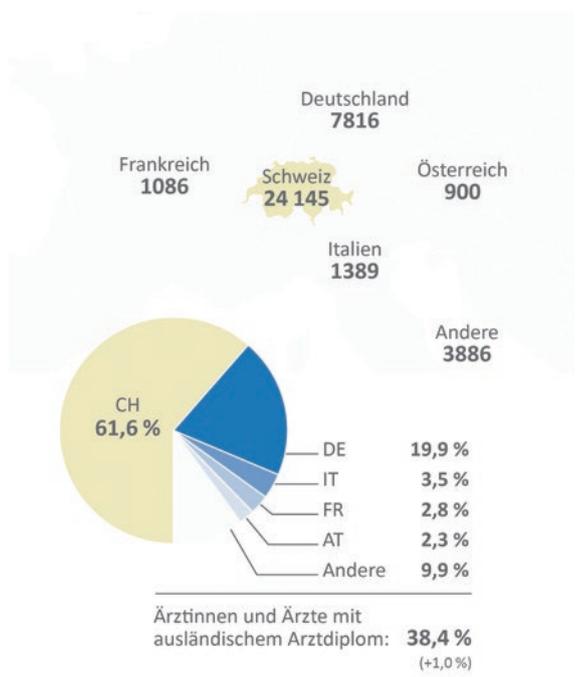


Abbildung 4: In der Schweiz berufstätige Ärztinnen und Ärzte mit ausländischem Arztdiplom 2021.

1666 Ärztinnen und Ärzte haben 2021 einen eidgenössischen Facharzttitel erworben (Frauenanteil 57,4 Prozent). 2021 hat die MEBEKO 1316 ausländische Facharzttitel anerkannt [2]. Bei Abschluss der Weiterbildung bzw. bei Erwerb des ersten eidgenössischen Facharzttitels sind die Ärztinnen und Ärzte im Durchschnitt 35,7 Jahre alt (Frauen 35,5 Jahre; Männer 35,8 Jahre). Der Anteil Titelerteilungen in den generalistischen Fachgebieten der Allgemeinen Inneren Medizin, der Kinder- und Jugendmedizin und des Praktischen Arztes bzw. der Praktischen Ärztin beträgt 44,3 Prozent. 47,4 Prozent der Ärztinnen und Ärzte, die 2021 einen eidgenössischen Facharzttitel erworben haben, weisen ein ausländisches Arztdiplom aus. Sie haben folgende Herkunftsländer: Deutschland 45,2 Prozent, Italien 11,9 Prozent, Österreich 11,2 Prozent, Frankreich 6,2 Prozent, Griechenland 5,1 Prozent (weitere Länder: 20,4 Prozent).

Medizinische Fachrichtungen

Die Allgemeine Innere Medizin ist in der berufstätigen Ärzteschaft das am häufigsten vertretene Fachgebiet (21,5 Prozent). An zweiter Stelle liegt die Psychiatrie und Psychotherapie (10,0 Prozent), gefolgt von der Kinder- und Jugendmedizin (5,3 Prozent), der Gynäkologie und Geburtshilfe (5,1 Prozent) sowie dem Praktischen Arzt bzw. der Praktischen Ärztin (4,2 Prozent) (Tab. 2). Den höchsten Frauenanteil verzeichnen die Fachrichtungen Kinder- und Jugendmedizin (66,8 Prozent), Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie (66,4 Prozent) und Gynäkologie und Geburtshilfe (65,8 Prozent). Die Männer sind im Vergleich zu den Frauen in den chirurgischen Fachgebieten in der Mehrheit (Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie 92,3 Prozent, Thoraxchirurgie 90,9 Prozent, Orthopädische Chirurgie 86,6 Prozent).
 3793 Ärzte und 1843 Ärztinnen sind Mehrfachtiteltragende. Der am häufigsten vertretene Facharzttitel unter ihnen ist die Allgemeine Innere Medizin (3986). Mehrfachtiteltragende sind vorwiegend in der Intensivmedizin (682), Kardiologie (663) und in der Allgemeinen Inneren Medizin (383) tätig.

Arbeitspensum

Das Arbeitspensum der Ärztinnen und Ärzte betrug 2021 durchschnittlich 8,7 Halbtage pro Woche (1 Halbtage = 4–6 Std.), was einer Wochenarbeitszeit von 48 Stunden¹ entspricht. Im Praxissektor liegt das durchschnittliche Arbeitspensum mit 8,0 Halbtagen 1,4 Halbtage tiefer als im Spitalsektor (9,4 Halbtage). Das durchschnittliche Arbeitspensum der Frauen (Praxis: 6,9; Spital: 8,9 Halbtage) liegt tiefer als jenes ihrer

¹ Die MAS 2017-Erhebung (<https://www.bfs.admin.ch/bfs/de/home/statistiken/gesundheits/erhebungen/sdapaz.html>) zeigte, dass ein Vollzeitäquivalent rund 55 Wochenstunden entspricht.

Tabelle 2: Übersicht der Ärztinnen und Ärzte nach Fachrichtung (Hauptberufstätigkeit) 2021.

	Frauen	Männer	Total
Allgemeine Innere Medizin	3828	4595	8423
Psychiatrie und Psychotherapie	1755	2175	3930
Kinder- und Jugendmedizin	1375	714	2089
Gynäkologie und Geburtshilfe	1318	668	1986
Praktische/r Ärztin/Arzt	786	876	1662
Anästhesiologie	730	861	1591
Orthopädische Chirurgie	142	1101	1243
Chirurgie	309	894	1203
Ophthalmologie	477	627	1104
Radiologie	324	673	997
Kardiologie	202	692	894
Intensivmedizin	275	469	744
Kinder- und Jugendpsychiatrie	483	240	723
Neurologie	257	427	684
Dermatologie und Venerologie	329	305	634
ORL	161	356	517
Rheumatologie	146	308	454
Gastroenterologie	101	342	443
Urologie	64	343	407
Med. Onkologie	177	214	391
Pneumologie	99	243	342
Pathologie	134	132	266
Nephrologie	110	151	261
Endokrinologie/Diabetologie	125	128	253
Phys. Medizin und Rehabilitation	89	163	252
Neurochirurgie	41	199	240
Infektiologie	102	135	237
Plastische Chirurgie	69	164	233
Hämatologie	94	130	224
Handchirurgie	59	148	207
Angiologie	55	149	204
Allergologie/Immunologie	69	99	168
Radio-Onkologie/Strahlentherapie	60	80	140
Arbeitsmedizin	51	84	135
Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie	8	96	104
Kinderchirurgie	39	57	96
Gefässchirurgie	21	65	86
Nuklearmedizin	17	68	85
Herz- und thorak. Gefässchirurgie	13	70	83
Prävention und Public Health	31	34	65
Rechtsmedizin	35	25	60
Klin. Pharmakologie und Toxikologie	21	24	45
Thoraxchirurgie	4	40	44
Pharmazeutische Medizin	17	26	43
Medizinische Genetik	20	11	31
Tropen- und Reisemedizin	8	22	30
Kein Hauptfachgebiet	2969	2200	5169
Total	17599	21623	39222

Tabelle 3: Arbeitspensum in Halbtagen und Stunden pro Woche nach Sektor 2010 und 2021.

Sektor	2010		2021	
	Halbtage	Stunden	Halbtage	Stunden
Praxissektor	8,5	47	8,0	44
Spitalsektor	9,6	53	9,4	52
Anderer	8,3	46	8,2	45
Total	9,1	50	8,7	48

Kollegen (Praxis: 8,7; Spital: 10,0 Halbtage). Das Arbeitspensum hat seit 2010 in allen Sektoren abgenommen (Tab. 3).

Funktion und Praxisstruktur

Von den 20 930 Ärztinnen und Ärzten im Praxissektor sind 76,7 Prozent Praxisinhabende oder -teilhabende. 11,1 Prozent sind als Praxisassistenten oder als Fachärztin bzw. Facharzt angestellt. Die restlichen 12,2 Prozent sind in anderen Funktionen tätig (z.B. Geschäftsleiter, Praxisstellvertreter etc.). Im Spitalsektor bilden die Assistenzärztinnen und Assistenzärzte in Weiterbildung mit rund 50,4 Prozent die grösste Gruppe. Erwartungsgemäss reduziert sich die Anzahl Ärztinnen und Ärzte mit steigender Hierarchiestufe. So sind im Spitalsektor 19,3 Prozent als Oberärztin oder Oberarzt tätig, 13,3 Prozent als Leitende Ärztin oder Leitender Arzt und 9,1 Prozent als Chefärztin oder Chefarzt. Einzig bei den Assistenzärztinnen und -ärzten überwiegt der Frauenanteil (59,5 Prozent), danach nimmt er laufend ab: Auf Oberarztstufe liegt er bei 49,8 Prozent, bei der leitenden Ärzteschaft bei 29,5 Prozent und auf Chefarztebene bei 15,3 Prozent. Der Frauenanteil in leitenden Positionen hat aufgrund des steigenden Frauenanteils auf Assistenzarztstufe in den letzten Jahren zugenommen.

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 Gruppepraxen mit 44,6 Prozent. In einer Gruppenpraxis arbeiten durchschnittlich 4,3 Ärztinnen und Ärzte.

Wo liegt Verbesserungspotenzial?

Die Altersstruktur der Ärzteschaft zeigt auf, wie dringend in der Schweiz medizinischer Nachwuchs benötigt wird. Aufgrund der geburtenstarken Jahrgänge in den 1950er und 1960er Jahren sind viele Ärztinnen und Ärzte zwischen 50 und 60 Jahre alt. Sie werden wahrscheinlich zeitgleich mit vielen Gleichaltrigen in anderen Berufen in den Ruhestand gehen.

Um eine mögliche Versorgungslücke beurteilen zu können, ist nebst der Anzahl Köpfe (oder besser den Vollzeitäquivalenten mit Angabe der Wochenarbeitszeit) auch die Organisation und das Angebot der Gesundheitsversorgung entscheidend.

In Befragungen und Analysen zur Gesundheitsversorgung in der Schweiz und in zehn weiteren Ländern (International Health Policy Surveys des Common Wealth Fund) erreicht die Schweiz in der Regel die vordersten



FMH-ÄRZTESTATISTIK 2021

Zahlen | Fakten

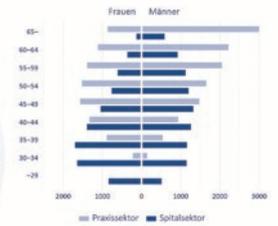
FACHRICHTUNGEN

Die Allgemeine Innere Medizin (22 %) ist in der berufstätigen Ärztschaft das am häufigsten vertretene Fachgebiet. An zweiter Stelle liegt die Psychiatrie und Psychotherapie (12 %), gefolgt von der Kinder- und Jugendmedizin (5 %) und der Gynäkologie und Geburtshilfe (5 %). Den höchsten Frauenanteil verzeichnen die Fachrichtungen Kinder- und Jugendmedizin (87 %), Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie (86 %) und Gynäkologie und Geburtshilfe (86 %). Die Männer sind im Vergleich zu den Frauen in den chirurgischen Fachgebieten in der Urologie (84 %), Kiefer- und Gesichtschirurgie (92 %), Thoraxchirurgie (91 %), Orthopädische Chirurgie (87 %).



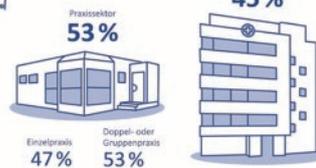
ALTERSSTRUKTUR

Das Durchschnittsalter der Ärztinnen und Ärzte in der Schweiz liegt 2021 bei 50,9 Jahren (Frauen: 46,6 Jahre, Männer: 52,8 Jahre). Ärztinnen und Ärzte im Praxissektor sind durchschnittlich zehn Jahre älter als ihr Kollegium im Spitalsektor (54,6 Jahre gegenüber 44,3 Jahren).



SEKTOREN

20 990 Ärztinnen und Ärzte sind hauptberuflich im Praxissektor tätig. Im Spitalsektor sind es 17 683, 900 Ärztinnen und Ärzte sind zu einem anderen Sektor tätig (Versicherungen, öffentlichen Verwaltung, Industrie usw.). Der Frauenanteil im Spitalsektor ist mit 48 % höher als im Praxissektor mit 43 %. Ärztinnen und Ärzte im Praxissektor arbeiten zur Hälfte (47 %) in Einzelpraxen (Einzel- und Gruppenpraxen: 53 %).



AUSLÄNDISCHE DIPLOME

15 077 (38,4 %) der berufstätigen Ärztinnen und Ärzte in der Schweiz stammen aus dem Ausland. Im Vergleich zum Vorjahreswert ist der Anteil um 1,0 % angestiegen.



KONTAKT

Halten Sie Fragen zur FMH-Ärztstatistik oder benötigen Sie spezifische Auswertungen? Gerne steht Ihnen die Abteilung Daten-, Demographie und Qualität (DQD) der FMH zur Verfügung: ddq@fmh.ch oder Tel. 031 359 11 11 www.fmh.ch

Poster – kompakt und übersichtlich: Wenn Sie die Auswertungen kompakt und übersichtlich erhalten möchten, bestellen Sie das praktische illustrierte FMH-Ärztstatistik-Poster über www.fmh.ch oder über [ddq\[at\]fmh.ch](mailto:ddq[at]fmh.ch)

Plätze [3]. Die Bevölkerung beurteilt die Schweizer Gesundheitsversorgung in diesem Survey als sehr gut. Im Gegensatz dazu zeigt der kürzlich publizierte Bericht «Mirror, Mirror 2021 Reflecting Poorly: Health Care in the U.S. Compared to Other High-Income Countries» [4] ein anderes Bild vom Schweizer Gesundheitswesen und weist auf Schwachstellen hin. Von den elf untersuchten Ländern belegt die Schweiz den neunten Rang. Norwegen, die Niederlande und Australien führen 2021 die Rangliste an, auf dem hintersten Platz befinden sich die USA. Analysiert wurden der Zugang zur Gesundheitsversorgung, Betreuungsprozesse, die Verwaltungseffizienz, der gleichberechtigte Zugang zu Leistungen und die Outcomes (Mortalität). Beim Zugang zu Leistungen (Equity) ist die Schweiz gut platziert und bietet allen, unabhängig von ihrem sozioökonomischen Status, einen gleichberechtigten Zugang zu Gesundheitsleistungen. Bei folgenden Kriterien schneidet die Schweiz in diesem Bericht hingegen eher mässig ab: bei den selbst bezahlten Gesundheitskosten (*Out-of-Pocket health spending*) sowie beim Kriterium «kostenbezogene Schwierigkeiten ärztliche oder zahnärztliche Behandlung in Anspruch zu nehmen» (*Had any Cost-related ac-*

cess problem to medical care in the past year, Skipped dental care or check-up because of cost). Auch die administrative Belastung (*related to reporting clinical or quality data to government or other agencies; spend a lot of time on paperwork or disputes related to medical bills*), die geringe Nutzung digitaler Kommunikation (Apps, Videokonsultation, Online-Portale etc.) sowie eine vergleichsweise hohe Mortalität bei Herzversagen führen dazu, dass die Schweiz im Vergleich zu den anderen Ländern in diesem Bericht eher die hinteren Ränge belegt. Das mässige Abschneiden der Schweiz ist ein Weckruf und bietet die Chance, zielgerichtete Verbesserungsmaßnahmen aktiv anzugehen. Es braucht in der Schweiz Lösungsansätze und vereinfachte Prozesse, um die administrative Belastung zu reduzieren. Eine repräsentative Befragung der Ärzteschaft durch gfs.bern 2021 zeigt, dass die Zufriedenheit mit der Work-Life-Balance in der Akutsomatik im Spitalsektor auf 45 Prozent gesunken ist. Wenn aber die Arbeitsbelastung und der Zeitdruck beginnen, die Patientenversorgung negativ zu beeinflussen, wird es problematisch. Ein immer grösserer Anteil an Spitalärzten – vor allem in der Psychiatrie, aber auch in der Akutsomatik – hat meistens oder häufig den Eindruck,

Datengrundlage

Die FMH-Ärztstatistik wird jeweils zum Jahresende (Stichtag 31. Dezember) neu erstellt. Die FMH-Datenbank (n = 39222) enthält die wichtigsten ärztedemographischen Merkmale wie Alter, Geschlecht, Nationalität und Ort der Berufsausübung der berufstätigen Ärztinnen und Ärzte in der Schweiz. Die Angaben zur Berufstätigkeit (Arbeitspensum, Praxisstruktur etc.) werden mittels Fragebogen auf dem Mitgliederportal myFMH erhoben und beruhen auf Selbstdeklaration (myFMH-Stichprobe). Die Erhebung wurde 2008 erstmals durchgeführt, daran haben 2564 Ärztinnen und Ärzte teilgenommen. Seit 2008 wächst die Teilnehmerzahl um durchschnittlich rund 1300 Ärztinnen und Ärzte pro Jahr. Die myFMH-Stichprobe 2021 enthält aktuell Angaben von über 19442 Ärztinnen und Ärzten und wird mit der Grundgesamtheit der Ärzteschaft hinsichtlich des Geschlechts und des Sektors verglichen. Der Spitalsektor und Frauen im Spitalsektor sind in der Stichprobe untervertreten (Differenz zur Grundgesamtheit >10%). Um diese Verzerrung aufzuheben, wurden die Auswertungen nach Sektor und Geschlecht getrennt vorgenommen oder entsprechend gewichtet.

dass die Qualität der Patientenversorgung durch die hohe Arbeitsbelastung oder den Zeitdruck beeinträchtigt ist [5].

Aufgrund der kommenden Pensionierungen der Ärzte und Ärztinnen aus den geburtenstarken Jahren könnte

die lokale und zeitliche Erreichbarkeit medizinischer Betreuung und Grundversorgung abnehmen. Aus diesem Grund ist die Förderung und Weiterentwicklung der Grundversorgung weiterhin zentral. Mit gezielten Massnahmen können die Versorgungssicherheit und die qualitativ hochstehende Patientenversorgung gesichert werden.

Literatur

- 1 Bundesamt für Gesundheit, Statistik, BFS: <https://www.bfs.admin.ch/bfs/de/home/statistiken/bildung-wissenschaft/personen-ausbildung/tertiaerstufo-hochschulen/universitaere.assetdetail.16344892.html>
- 2 Bundesamt für Gesundheit, BAG: <https://www.bag.admin.ch/bag/de/home/zahlen-und-statistiken/statistiken-berufe-im-gesundheitswesen/statistiken-medizinalberufel/statistiken-aller-medizinalberufe.html>
- 3 Bundesamt für Gesundheit, BAG: <https://www.bag.admin.ch/bag/de/home/das-bag/publikationen/forschungsberichte/forschungsberichte-international-health-policy-survey-ihp-des-commonwealth-fund-laendervergleiche.html>
- 4 The Commonwealth Fund, «Mirror, Mirror 2021 Reflecting Poorly: Health Care in the U.S. Compared to Other High-Income Countries»: <https://www.commonwealthfund.org/publications/fund-reports/2021/aug/mirror-mirror-2021-reflecting-poorly>
- 5 Hohe Impfbereitschaft bei Ärztinnen und Ärzten. Schweiz Ärztztg. 2021;102(44):1432-5.

FMH/Abteilung DDQ
Elfenstrasse 18
CH-3000 Bern 1
Tel. 031 359 11 11
www.fmh.ch

Glossar (alphabetische Reihenfolge)

Anderer Sektor	Zum anderen Sektor gehören die Tätigkeiten jener Ärztinnen und Ärzte, die weder zum Praxis- noch zum Spitalsektor gehören, zum Beispiel im Rahmen einer Anstellung bei Versicherungen, in der öffentlichen Verwaltung (eidgenössisch/kantonal) oder in der Industrie.
Arbeitspensum	Das Arbeitspensum wird in Halbtagen angegeben. Ein Halbtage entspricht einem Arbeitsvolumen von 4 bis 6 Stunden. Ein Vollzeitäquivalent entspricht rund 55 Wochenstunden.
Ärzte im Praxissektor / im Spitalsektor / in anderem Sektor	Die Ärztin, die ihre/der Arzt, der seine Hauptberufstätigkeit im Praxissektor, im Spitalsektor oder in einem anderen Sektor hat.
Berufstätige Ärztinnen und Ärzte	Als berufstätige Ärztinnen und Ärzte gelten Personen, die ein Universitätsstudium der Medizin erfolgreich abgeschlossen haben (mit oder ohne Weiterbildung) und im Praxissektor, Spitalsektor (einschliesslich Assistenzärzte und Assistenzärztinnen) oder in einem anderen Sektor (z.B. Verwaltung, Versicherungen) tätig sind (Quelle: BFS).
Doppel- oder Gruppenpraxis	Nutzung von Apparaten, Einrichtungen oder Räumlichkeiten durch zwei oder mehr ärztliche Fachpersonen.
Einzelpraxis	Nutzung von Apparaten, Einrichtungen oder Räumlichkeiten durch einen einzigen Arzt, eine einzige Ärztin.
Hauptberufstätigkeit	Als Hauptberufstätigkeit gilt der Sektor (Praxissektor, Spitalsektor, anderer), in welchem die Ärztin/der Arzt mehrheitlich tätig ist.
Hauptfachgebiet	Das Hauptfachgebiet eines Arztes, einer Ärztin entspricht dem Facharztstitel, in welchem er seinen/sie ihren grössten Anteil der medizinischen Tätigkeit ausführt (gemäss Selbstdeklaration und vordefinierten Regeln).
Kanton	Es gilt derjenige Kanton, in welchem der Arzt seine/die Ärztin ihre Hauptberufstätigkeit ausübt. Wenn keine Angaben vorhanden sind, gilt der Kanton der Kontaktadresse.
Praxissektor	Zum Praxissektor gehören «Konsultations- und Behandlungstätigkeiten von Ärztinnen und Ärzten in Einzel- oder Gruppenpraxen. Die Patientinnen und Patienten werden in der Regel ambulant oder zu Hause behandelt (Hausbesuche). Inbegriffen sind auch Konsultations-tätigkeiten von Privatärzten, welche Krankenhäusern angeschlossen sind, sowie Tätigkeiten in Kliniken, Unternehmen, Schulen, Altersheimen, Gewerkschaften und Wohltätigkeitsvereinen» (Quelle: BFS). Dies gilt zum Beispiel für Praxisärztinnen und -ärzte.
Spitalsektor	Zum Spitalsektor zählen «ärztliche Behandlungen, Diagnosen, Pflege, chirurgische Eingriffe, Analysen, Notfalldienst sowie Tätigkeit in der Aus-, Weiter- und Fortbildung usw. in Krankenhäusern. Zum Spitalsektor gehören auch Wohnheime mit einer sozialen Betreuung rund um die Uhr von Kindern, Betagten und Personengruppen, die auf fremde Hilfe angewiesen sind» (Quelle: BFS).

Mini-CEX und DOPS zur Unterstützung der ärztlichen Weiterbildung

Andrea Lörwald^a, Eva Hennel^a, Severin Pinilla^b, Sören Huwendiek^a

^a Institut für Medizinische Lehre (IML), Abteilung für Assessment und Evaluation, Universität Bern, Schweiz; ^b Universitätsklinik für Alterspsychiatrie und Psychotherapie, Universität Bern, Schweiz

Der dritte Artikel der Themenserie des SIWF zur kompetenzbasierten ärztlichen Bildung befasst sich mit den Arbeitsplatz-basierten Assessments Mini-CEX und DOPS und zwar insbesondere wie diese gewinnbringend für die Beteiligten eingesetzt werden können. Es werden dabei praxisnahe Empfehlungen auf Basis existierender Literatur gegeben und auch der Bezug zur Kompetenz-basierten Weiterbildung unter Einbezug von Entrustable Professional Activities hergestellt.

Kompetenz-basierte Weiterbildung (CBME) legt den Fokus auf die tatsächlich zu erwerbenden Kompetenzen von weiterzubildenden Ärztinnen und Ärzten. Das Ziel ist, dass die für das jeweilige Fachgebiet relevanten klinischen Tätigkeiten am Ende der Weiterbildung ohne Supervision sicher ausgeführt werden können. Diese Tätigkeiten werden Deutsch als Anvertraubare Professionelle Tätigkeiten (APTs) oder Englisch als Entrustable Professional Activities (EPAs) bezeichnet. Um diese zu bewerten und insbesondere den Weiterzubildenden rechtzeitig fokussiertes und unterstützendes Feedback zu geben, sind hochwertige arbeitsplatz-basierte Assessments notwendig.

Mini-CEX und DOPS bewerten Kompetenzen

Mini-CEX (Mini Clinical Evaluation Exercise) und DOPS (Direct Observation of Procedural Skills) sind zwei gut untersuchte Arbeitsplatz-basierte-Assessment-Formate, die aktuell in der ärztlichen Weiterbildung in der Schweiz eingesetzt werden. Das Schweizerische Institut für ärztliche Weiter- und Fortbildung (SIWF) empfiehlt mindestens vier dokumentierte Mini-CEX oder DOPS pro Jahr [1]. In einer alltäglichen klinischen Situation beobachtet eine Supervisionsperson die oder den Weiterzubildenden bei einer ärztlichen Tätigkeit und beurteilt hierbei verschiedene ärztliche Kompetenzen. Bei Mini-CEX werden eher Patienten-nahe Handlungen wie z.B. die Anamnese, die klinische Untersuchung, sowie die Aufklärung und Beratung beurteilt, bei DOPS eher manuelle (prozedurale) Fähigkeiten inklusive deren Vorbereitung, Nachsorge, Asepsis und Sicherheit. Bei beiden Instrumenten werden zusätzlich

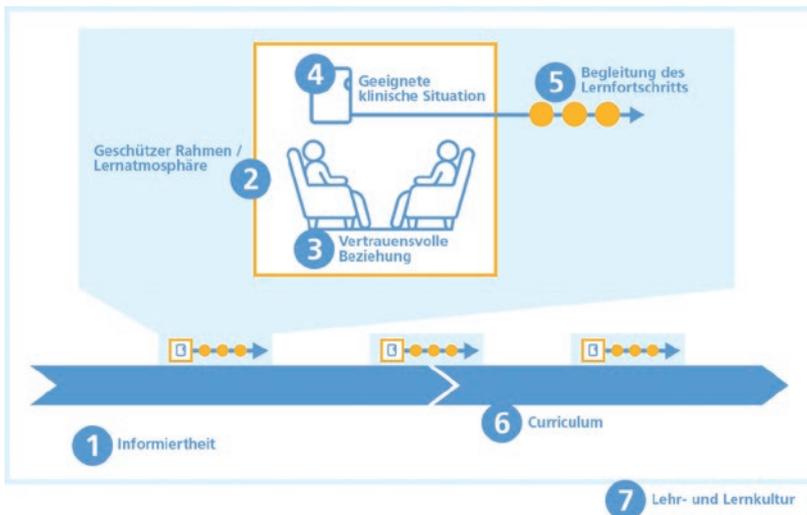
die klinische Urteilsfähigkeit, Organisation, Effizienz und das professionelle Verhalten bewertet. Nach der Beobachtung soll sich der oder die Weiterzubildende zunächst selbst einschätzen. Diese Selbstwahrnehmung wird dann mit der Einschätzung der Supervisionsperson abgeglichen. Basierend auf den Einschätzungen werden anschliessend gemeinsam Lernziele erstellt.

Stärken von Mini-CEX und DOPS

Eine Stärke von Mini-CEX und DOPS liegt in der direkten Beobachtung der täglichen Arbeit. Die Supervisionspersonen können sich so ein möglichst realistisches Bild von den Kompetenzen der bzw. des Weiterzubildenden machen. Im anschliessenden Feedbackgespräch erhalten die Weiterzubildenden Rückmeldung zu ihren Stärken und Schwächen und haben die Möglichkeit Lernziele zu formulieren. Durch die Beobachtung am Arbeitsplatz können Mini-CEX und DOPS in die tägliche Routine integriert werden.

Evidenz zu positiven Effekten

Mini-CEX und DOPS kommen in leicht variierender Form weltweit zum Einsatz. Die Zufriedenheit mit den Instrumenten fällt dabei unterschiedlich aus. Einige Studien zeigen einen positiven Effekt von Mini-CEX und DOPS auf die Performanz [2–5]. In den Studien wurden jeweils die Leistungen von Studierenden zweier Gruppen mit und ohne Intervention (Mini-CEX oder DOPS) verglichen. Dabei schnitten die Gruppen mit Mini-CEX oder DOPS besser ab als die Gruppen



Der Nutzen von Mini-CEX und DOPS kann durch sieben Bedingungen verbessert werden.

ohne Mini-CEX oder DOPS [6]. Mini-CEX und DOPS können also – wie intendiert – die Kompetenz-basierte ärztliche Weiterbildung unterstützen.

Empfehlungen zur optimalen Nutzung

Mini-CEX und DOPS für die ärztliche Weiterbildung werden von zahlreichen Faktoren beeinflusst [7, 8]. Sieben Bedingungen, die den Nutzen von Mini-CEX und DOPS erhöhen können, fassen wir im Folgenden auf Basis existierender Literatur [7, 8] zusammen:

1. Informiertheit

Als Grundbedingung für die effektive Verwendung von Mini-CEX und DOPS müssen alle Beteiligten die Funktionsweise von Mini-CEX und DOPS kennen und sich der (meist) formativen Funktion bewusst sein. Hierfür sind entsprechende Weiterbildungsangebote zentral. Auch die Motivation von Weiterzubildenden und deren Supervisionspersonen spielt eine Rolle. Wollen die Supervisionspersonen die Einzelnen in ihrer Weiterbildung unterstützen oder werden Mini-CEX und DOPS als unangenehme Pflichtübung gesehen? Wünschen sich die Weiterzubildenden Feedback zu ihrer Arbeit oder haben sie eigentlich Angst, bewertet zu werden?

Da die Verwendung von Mini-CEX und DOPS immer auch von lokalen Gegebenheiten abhängt, sollte im Vorhinein geklärt werden, wie Mini-CEX und DOPS ablaufen: Wer hat welche Verantwortlichkeiten? Wer sucht eine geeignete klinische Situation aus? Wann werden Mini-CEX und DOPS durchgeführt? Gibt es einen festen Zeitraum / eine geschützte Zeit? Kann die

Supervisionsperson sich auf die Beobachtung und das Feedback konzentrieren und sich zum Beispiel für einen festgelegten Zeitraum von den klinischen Verantwortlichkeiten befreien?

2. Geschützter Rahmen/ Lernatmosphäre

Damit sich die Weiterzubildenden «sicher» fühlen und das Feedback gut annehmen können, sollten Mini-CEX und DOPS in einem geschützten Rahmen stattfinden. Bestehen bei den Weiterzubildenden Zweifel darüber, dass Mini-CEX und DOPS rein zu Lernzwecken verwendet werden, kann dies ihre Wahl der zu beobachtenden Situation und der Wahl der Supervisionsperson deutlich beeinflussen.

3. Vertrauensvolle Beziehung

Je besser die Beziehung zwischen Weiterzubildenden und ihren Supervisionspersonen, desto wirkungsvoller sind Mini-CEX und DOPS. Weiss die Supervisionsperson, wo der/die Weiterzubildende in ihrem Weiterbildungsprozess steht, kann sie oder er die beobachtete Leistung einordnen und geeignete Verbesserungsvorschläge machen. Dies ist sehr stark abhängig vom individuellen Erfahrungsstand der Weiterzubildenden. Für die Weiterzubildenden ist die Beziehung zu den Supervisionspersonen wichtig, da sie sich von einer verletzlichen Seite zeigen und allenfalls Schwächen eingestehen müssen. Um die Beziehung zu fördern, können Weiterzubildenden zum Beispiel festen Supervisionspersonen zugeteilt werden.

4. Geeignete klinische Situation

Damit Mini-CEX und DOPS möglichst wirkungsvoll sind, sollte eine geeignete klinische Situation ausgewählt werden, die der individuellen Erfahrung und dem Kompetenzniveau der/des Weiterzubildenden angemessen und klinisch relevant ist.

5. Begleitung des Lernfortschritts

Entsprechend der beobachteten Performanz formulieren die Weiterzubildenden und Supervisionspersonen im Feedbackgespräch ein oder mehrere individuelle Lernziele. Das Erreichen der Lernziele sollte von den Supervisionspersonen begleitet werden. Mini-CEX und DOPS sind besonders gewinnbringend, wenn sie longitudinal eingesetzt werden.

6. Integration in das Curriculum

Die Relevanz von Mini-CEX und DOPS steigt, wenn sie in ein Curriculum eingebettet sind. Die klinischen Situationen könnten dann entsprechend der wichtigsten Lernziele ausgewählt werden. Idealerweise sollte es klare Standards geben, was in den verschiedenen Berei-

chen und Weiterbildungsstadien von den Weiterzubildenden erwartet wird und gelernt werden und dementsprechend auch die Mini-CEX und DOPS eingeplant werden kann. Die Weiterzubildenden würden von der Struktur und den klaren Erwartungen profitieren.

7. Lehr- und Lernkultur

Förderlich für die Verwendung von Mini-CEX und DOPS ist auch eine Organisationskultur, in der Engagement für die Weiterbildung wertgeschätzt wird. Diese Wertschätzung kann sich zum Beispiel darin widerspiegeln, dass lehrinteressierte Weiterbildnerinnen und Weiterbildner in geeigneten Karrierewegen gefördert werden und dass für Weiterbildnerinnen und Weiterbildner explizit Freiräume hierfür geschaffen werden.

Mini-CEX/DOPS und EPAs

Mini-CEX und DOPS können in Zukunft stärker am Konzept der EPAs ausgerichtet werden. Sobald EPAs in der Weiterbildung verwendet werden, werden die Weiterzubildenden kontinuierlich darin beurteilt, wie eigenständig sie bestimmte Tätigkeiten übernehmen können: Level 1: «Beobachtet eine Tätigkeit»; Level 2: «Arbeitet unter direkter proaktiver Supervision» (Supervisionsperson im Raum); Level 3: «Arbeitet unter indirekter Supervision» (Supervisionsperson jederzeit abrufbar); Level 4: «Arbeitet unter entfernter supervision» (Supervisionsperson nicht vor Ort); Level 5: «Kann andere Kolleginnen und Kollegen supervidieren». Anstelle des aktuellen Gesamteindrucks am Ende von Mini-CEX/DOPS («über den Erwartungen»; «entsprechend der Erwartungen»; «unter den Erwartungen») erfolgt die Einschätzung dann anhand des Levels an benötigter Supervision («Entrustment-Skala»). Mini-CEX und DOPS können durch andere Arbeitsplatz-basierte Assessmentformate ergänzt werden. Im internationalen Kontext wurden beispielsweise «Case-based Discussions» und «Entrustment-based Discussions» entwickelt [9]. Im Zentrum steht bei beiden Formaten eine strukturierte didaktische Interaktion mit Beschreibung der ausgeführten Tätigkeit (einer EPA entsprechend) durch die Weiterzubildenden und gezielten Fragen der Supervisionsperson zu klinischem Verständnis, Risikoeinschätzung und Vorgehen bei unterschiedlichen Patientinnen und Patienten oder Kontext (z.B. «was würdest du tun, wenn diese Patientin oder dieser Patient plötzlich aufhören würde zu at-

men?»). Am Ende werden eine Empfehlung für das zukünftig notwendige Supervisionslevel und vereinbarte Lernziele dokumentiert.

Ausblick

Arbeitsplatz-basierte Assessments wie Mini-CEX und DOPS sind wichtige Elemente für die Weiterbildung, auch für ein EPA-basiertes Curriculum. Zur optimalen Entfaltung ihres Potentials sollten Lehrende und Lernende darauf vorbereitet werden, wie man diese gewinnbringend einsetzt. Die Beachtung der oben beschriebenen sieben Bedingungen für das gute Gelingen von Mini-CEX und DOPS können dabei helfen.

Die Autorinnen und Autoren: Andrea Lörwald, PhD ist wissenschaftliche Mitarbeiterin am Institut für Medizinische Lehre der Universität Bern. In ihrem PhD untersuchte sie, wie Mini-CEX und DOPS verwendet werden können, um das Lernen am Arbeitsplatz optimal zu unterstützen.

Dr. med. Eva Hennel, PhD, MME arbeitet als wissenschaftliche Mitarbeiterin am Institut für Medizinische Lehre der Universität Bern und forscht zu Feedback in der ärztlichen Weiterbildung.

PD Dr. med. Severin Pinilla PhD, M.Ed. ist Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, Praktischer Arzt und wissenschaftlicher Mitarbeiter an der Universitätsklinik für Alterspsychiatrie und Psychotherapie Bern.

Prof. Dr. Dr. med. et MME Sören Huwendiek ist Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin und Abteilungsleiter am Institut für Medizinische Lehre Bern.



Andrea Lörwald



Severin Pinilla



Eva Hennel



Sören Huwendiek

Literatur
Vollständige Literaturliste
unter www.saez.ch oder via
QR-Code



[andrea.loerwald\[at\]
iml.unibe.ch](mailto:andrea.loerwald[at]iml.unibe.ch)

Personalien

Todesfälle / Décès / Decessi

Ayesha E. Trachsler (1936), † 24.2.2022,
8044 Zürich

Hans Rudolf Baumann (1930), † 7.3.2022,
Facharzt für Pneumologie und Facharzt für
Allgemeine Innere Medizin, 3063 Ittigen

Praxiseröffnung / Nouveaux cabinets médicaux / Nuovi studi medici

VD

Charles-Arnaud Serex,
Spécialiste en oto-rhino-laryngologie, FMH,
Rue Bellefontaine 2, 1003 Lausanne

Ärztegesellschaft des Kantons Bern

Ärztlicher Bezirksverein Bern Regio

Zur Aufnahme als ordentliches Mitglied
hat sich angemeldet:

Annette Scorrano, Fachärztin für Psychiatrie
und Psychotherapie, FMH, Ambulatorium
Privatklinik Wyss, Schläflistrasse 17,
3013 Bern

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

Ärztegesellschaft des Kantons Luzern

Zur Aufnahme in unsere Gesellschaft Sektion
Gäu hat sich gemeldet:

Dominique Zumbühl, Fachärztin für
Allgemeine Innere Medizin, Arztpraxis
Dr. Zumbühl AG, Hohenrainstrasse 6,
6280 Hochdorf

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 Neuanmeldung:

Gisela Santl, Fachärztin für Psychiatrie
und Psychotherapie, Kirchbühl 2,
8596 Scherzingen

Aktuelle Themen auf unserer Website

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.





Bericht der GUM EK über Genetic Counsellors in der Schweiz

Genetische Beratung braucht Zeit und Expertise

Hermann Amstad^a, Cristina Benedetti^b, Sabina Gallati^c

^a Dr. med., MPH, amstad-kor, Basel; ^b Pharm. dipl. fed., MPH, Wissenschaftliche Sekretärin GUM EK, Bern; ^c Prof. em. Dr. phil., Präsidentin GUM EK, Bern

In der Schweiz nimmt die Zahl der genetischen Untersuchungen seit Jahren zu. Die Eidgenössische Kommission für genetische Untersuchungen beim Menschen (GUM EK) befürchtet, dass die genetische Beratung mit den vorhandenen Ressourcen nicht mehr in der erforderlichen Qualität erbracht werden kann. Sie empfiehlt, dass vermehrt «Genetic Counsellors» mit dieser Aufgabe betraut werden.

Die Relevanz der Medizinischen Genetik im klinischen Alltag hat in den letzten Jahren ständig zugenommen, und sie wird weiterwachsen. Grund dafür sind einerseits die Erweiterung der diagnostischen Möglichkeiten und andererseits die Erweiterung des Spektrums der untersuchten Pathologien sowie der prophylaktischen und therapeutischen Interventionsmöglichkeiten.

Beratung ist wichtig und vorgeschrieben

Genetische Untersuchungen können weitreichende Konsequenzen bezüglich der körperlichen und psychischen Gesundheit und der Lebensplanung haben. Es

ist daher wichtig, dass eine ratsuchende Person durch eine genetische Untersuchung nicht in eine Situation gerät, in die sie eigentlich gar nicht geraten wollte oder die sie nicht verkraften kann. Um diesem Umstand Rechnung zu tragen, hat der Gesetzgeber in der Schweiz festgehalten, dass präsymptomatische und pränatale Untersuchungen sowie Untersuchungen zur Familienplanung zwingend von einer genetischen Beratung begleitet sein müssen.

Neben den Spezialistinnen und Spezialisten in Medizinischer Genetik sind es auch Fachärztinnen und Fachärzte anderer Fachbereiche, die sich mit genetischen Fragestellungen auseinandersetzen, genetische

Lesen Sie auch den
Kommentar «Ein neuer
Beruf, der Fragen aufwirft»
auf Seite 431.

Untersuchungen veranlassen und somit auch für die genetische Beratung zuständig sind. Im breiten Tätigkeitsspektrum der Nicht-Genetik-Spezialistinnen und -Spezialisten bleiben genetische Fragestellungen aber weiterhin zweitrangig, und eine genetische Beratung werden sie deshalb auch in Zukunft nur gelegentlich vornehmen. Gleichzeitig stagniert die Zahl der Fachärztinnen und -ärzte für Medizinische Genetik.

Qualitätsprobleme befürchtet

Die Eidgenössische Kommission für genetische Untersuchungen beim Menschen (GUMEK) sieht diese Situation mit Sorge. Die GUMEK ist eine ausserparlamentarische Kommission mit dem Auftrag, die wissenschaftliche und praktische Entwicklung im Bereich der genetischen Untersuchungen aufmerksam zu verfolgen, Empfehlungen dazu abzugeben und rechtzeitig auf Probleme und Lücken in der Gesetzgebung aufmerksam zu machen.

In anderen, namentlich in angelsächsischen Ländern wurden als Reaktion auf die beschriebene Entwicklung Fachleute eingestellt, die explizit für die genetische Beratung zuständig sind, sogenannte «Genetic Counsellors»; dieser Begriff wird häufig auch im Deutschen verwendet, um die entsprechende Tätigkeit klar als eigenständigen Beruf zu bezeichnen. In der Schweiz gibt es bisher nur wenige, im Ausland ausgebildete Genetic Counsellors. Dies vor allem in der Westschweiz.

Aus Sicht der GUMEK besteht ein grosses Potenzial in der Übernahme eines Teils der genetischen Beratung durch Genetic Counsellors. Diese Fachpersonen könnten rasch und zielgerichtet die verfügbaren Beratungskapazitäten erhöhen und die wachsende Nachfrage

In der Schweiz gibt es bisher nur wenige, im Ausland ausgebildete Genetic Counsellors. Dies vor allem in der Westschweiz.

auffangen. Vor diesem Hintergrund hat die GUMEK einen Bericht in Auftrag gegeben, der eine Standortbestimmung vorgenommen, das Berufsbild und die Ausbildung der Genetic Counsellors beschrieben und eine Roadmap skizziert hat. Der Bericht ist vor kurzem veröffentlicht worden [1].

Anzahl der genetischen Beratungen

Laboratorien, die genetische Untersuchungen durchführen, müssen seit 2008 aufgrund der Verordnung über genetische Untersuchungen am Menschen (GUMV) dem Bundesamt für Gesundheit (BAG) jährlich die An-

zahl durchgeführter Tests melden. Betrug diese Zahl 2008 (d.h. im ersten meldepflichtigen Jahr) noch 48 161, so stieg sie bis 2019 auf 148 452 an; die Zunahme im Zeitraum von 2008 bis 2019 betrug also rund 200%.

Aus den Daten des BAG ist nicht ersichtlich, wie hoch der Anteil an Untersuchungen ist, bei denen eine gesetzliche Beratung vorgeschrieben ist. Aus den strukturierten Interviews mit Fachleuten aus Genetik-Instituten, Laboratorien und Kliniken lässt sich jedoch ableiten, dass mindestens ein Drittel bis maximal die Hälfte der genetischen Untersuchungen von einer genetischen Beratung begleitet sein müsste.

Die genetische Beratung verfügt im TARMED-System seit langem über eine eigene Tarifposition (00.0530: «Genetische u/o pränatale Beratung durch den Facharzt bei Personen über 6 Jahren und unter 75 Jahren,

Genetic Counsellors können rasch die verfügbaren Beratungskapazitäten erhöhen und die wachsende Nachfrage auffangen.

pro 5 Min.»). Allerdings gibt es eine Mengenbeschränkung: Die Position kann maximal 9 Mal pro Jahr abrechnet werden. Weil die damit möglichen 45 Minuten genetischer Beratung namentlich bei komplexen Fällen sowie bei Patientinnen und Patienten unter 6 Jahren oder über 75 Jahre häufig nicht ausreichen, gibt es dafür seit 2018 zwei weitere Positionen (00.0535; 00.0536), bei denen die abrechenbare Zeit auf 90 Minuten ausgedehnt ist.

Im Datenpool der SASIS AG sind die Abrechnungen, die über TARMED laufen, fast vollständig erfasst. Demnach wurden 2019 rund 47 000 genetische Beratungen in Rechnung gestellt. Wenn, wie oben geschätzt, mindestens ein Drittel der genetischen Untersuchungen zwingend von einer genetischen Beratung begleitet sein müsste, so würde diese Zahl diese Vorgabe knapp erfüllen.

Geschätzter Bedarf an Fachleuten

Zumindest in der Deutschschweiz scheint im Moment praktisch niemand der befragten Fachleute Genetic Counsellors zu vermissen; die «einfache» genetische Beratung wird offensichtlich von der Mehrheit der Ärzteschaft als Teil der ärztlichen Tätigkeit wahrgenommen, und für komplexe Fälle werden die Fachärztinnen und -ärzte für Medizinische Genetik beigezogen.

In der Schweiz sind zurzeit elf Genetic Counsellors tätig, und zwar alle in der Westschweiz. Die meisten befragten Fachleute sind jedoch überzeugt, dass angesichts der teilweise grossen Wartezeiten der Bedarf nach zusätzlichen Beratungskapazitäten bereits heute



Genetic Counsellors sind in Genetik und in psychosozialer Kommunikation ausgebildet.

gegeben ist und dieser für die Routinefälle am ehesten durch Genetic Counsellors zu decken wäre.

Dabei besteht Einigkeit darin, dass die Anzahl der Genetic Counsellors an jene der Fachärztinnen und -ärzte für Medizinische Genetik zu koppeln wäre; es brauche den fachlichen Austausch bzw. die Arbeit im «Tandem».

Basierend auf Angaben der European Society of Human Genetics und auf den Einschätzungen der befragten Fachleute lässt sich für die Schweiz ein Bedarf von mindestens 50 Genetic Counsellors berechnen; dies entspricht in etwa auch dem Hinweis auf das notwendige «Tandem», insofern es gemäss FMH-Statistik in der Schweiz aktuell 43 Fachärztinnen und -ärzte für Medizinische Genetik gibt.

Da absehbar ist, dass die Zahl der genetischen Untersuchungen weiter steigen wird, ist der Bedarf an Genetic Counsellors eher noch höher anzusetzen; ohne Genetic Counsellors besteht die Gefahr, dass die Qualität der «einfachen» genetischen Beratung unter einen kritischen Wert sinkt und dass die Wartezeit für die Beratung von komplexen Fällen über einen kritischen Wert hinaus zunimmt.

Genetic Counsellor: Ein attraktiver Beruf

Den Beruf des Genetic Counsellors gibt es grundsätzlich weltweit, wobei sich die einzelnen Länder in unterschiedlichen Entwicklungsstadien befinden. In einigen Ländern wie z.B. den USA oder Kanada existiert der Beruf bereits seit Jahrzehnten (s. Artikel von Kelly Ormond auf S. 431) und ist als wichtiger Anbieter von Gesundheitsdienstleistungen anerkannt, während er in anderen Ländern (in Asien und Afrika) erst ganz am Anfang steht. Die Kernaufgaben des Genetic Counsellors sind in allen Ländern ähnlich; zu diesen zählen namentlich die folgenden:

- die Durchsicht der medizinischen Unterlagen der Patientin resp. des Patienten (und der Familie);
- das Analysieren von Stammbäumen;
- die Integration von medizinischen, Labor- und genetischen Informationen;
- die Identifikation von Familienmitgliedern mit erhöhtem Erkrankungsrisiko;
- das Aufklären von Betroffenen und die Vermittlung von Informationen über grundlegende genetische Konzepte;
- das Erklären möglicher Testoptionen;
- das Erleichtern einer fundierten Entscheidungsfindung;
- die Diskussion möglicher Kosten, Risiken, Vorteile, Einschränkungen und Alternativen zum Testen;
- das Erkennen von Faktoren, die die Beratungsinteraktion beeinflussen können (psychosoziale Beurteilung).

In Europa ist der European Board of Medical Genetics (EBMG) jene Institution, die für die Definition des Genetic Counsellings zuständig ist. Der EBMG wurde 2012 mit dem Ziel gegründet, in der Human- und Medizinischen Genetik sowie der genetischen Beratung Standards in der Aus- und Weiterbildung sowie der Praxis zu schaffen und zu fördern, und zwar durch Entwicklung und Verwaltung von Zertifizierungssystemen und/oder Re-Zertifizierungen für Berufstätige, die als Spezialistinnen und Spezialisten in der genetischen Gesundheitsversorgung in Europa tätig sind; dazu gehört auch die Bezeichnung von anerkannten Lehrgängen.

Genetic Counsellor ist offensichtlich ein attraktiver Beruf: Er ist inhaltlich und akademisch anspruchsvoll und interessant; zudem ermöglicht er Kontakte mit Patientinnen resp. Patienten und ihren Angehörigen, und er bietet geregelte Arbeitszeiten sowie die Möglichkeit zur Teilzeitanstellung. Er eignet sich damit für Personen mit Interesse an Naturwissenschaften sowie für Menschen mit kommunikativen Fähigkeiten; am

ehesten infrage dafür kommen Absolventinnen und Absolventen von Bachelorstudiengängen in Pflege, Psychologie, Biologie oder Pharmazie.

Massnahmen zur Bedarfsdeckung

Die Standortbestimmung hat gezeigt, dass das grösste Manko in der (Deutsch-)Schweiz offensichtlich in einem Informationsdefizit besteht: Der Beruf des Genetic Counsellors ist nicht bekannt, und deshalb besteht in weiten Kreisen auch keine Vorstellung darüber, welchen substantiellen Beitrag er zu einer qualitativ hochstehenden genetischen Beratung leisten könnte. Diese Feststellung gilt sowohl für Institutionen als auch für potenziell an diesem Beruf Interessierte.

In einem ersten Schritt braucht es also eine *Informationskampagne*; diese könnte unter anderem die folgenden Punkte ansprechen:

- Die Häufigkeit und die Komplexität der genetischen Untersuchungen nimmt seit Jahren kontinuierlich zu und mit ihr auch die Häufigkeit und die Komplexität der gesetzlich vorgeschriebenen genetischen Beratungen.
- Angesichts der beschränkten Zahl von Fachärztinnen und -ärzten für Medizinische Genetik ist absehbar, dass aufgrund dieser Entwicklung die Qualität der Beratungen mittelfristig nicht mehr gewährleistet werden kann.
- Genetic Counsellors verfügen über eine kombinierte Ausbildung in Genetik und psychosozialen Kommunikationskompetenzen; sie sind damit bestens qualifizierte Gesundheitsfachleute, die (in der Regel unter Supervision einer Fachärztin, eines Facharztes für Medizinische Genetik) wesentliche, jedoch nicht alle Teile der genetischen Beratung übernehmen und damit deren Qualität sicherstellen können.

Zusätzlich ist aber auch Überzeugungsarbeit notwendig; diese sollte die folgende Hauptbotschaft vermitteln: «Genetische Beratung braucht Zeit und Expertise – und Genetic Counsellors haben beides.»

Da es in der Schweiz zu wenig Fachärztinnen und -ärzte für Medizinische Genetik gibt, verfügen diese

häufig nicht über die notwendige Zeit, und gleichzeitig verfügen die übrigen Fachärztinnen und -ärzte nicht immer über die notwendige Expertise. Genetic Counsellors ergänzen also die Patientenversorgung in Bereichen, die angesichts des steigenden Beratungsbedarfs in der Genetik schon bald unterversorgt sein könnten – oder es jetzt schon sind.

Folgende Hauptbotschaft sollte vermittelt werden: «Genetische Beratung braucht Zeit und Expertise – Genetic Counsellors haben beides.»

Damit der Bedarf an Genetic Counsellors langfristig gedeckt werden kann, skizziert der Bericht in einer «Roadmap» zahlreiche Massnahmen auf unterschiedlichen Ebenen. Angesprochen sind neben der GUMÉK auch Fach- und Berufsverbände, Spitäler, Hochschulen, Patientenorganisationen und die Politik bzw. die Behörden. Die GUMÉK wird in nächster Zeit das Gespräch mit den zuständigen Akteuren suchen und selbst auch aktiv werden. Mit der Veröffentlichung des Berichts hat sie einen ersten Schritt getan.

Bildnachweis

Milosdrn | Dreamstime.com
Ian Allenden | Dreamstime.com

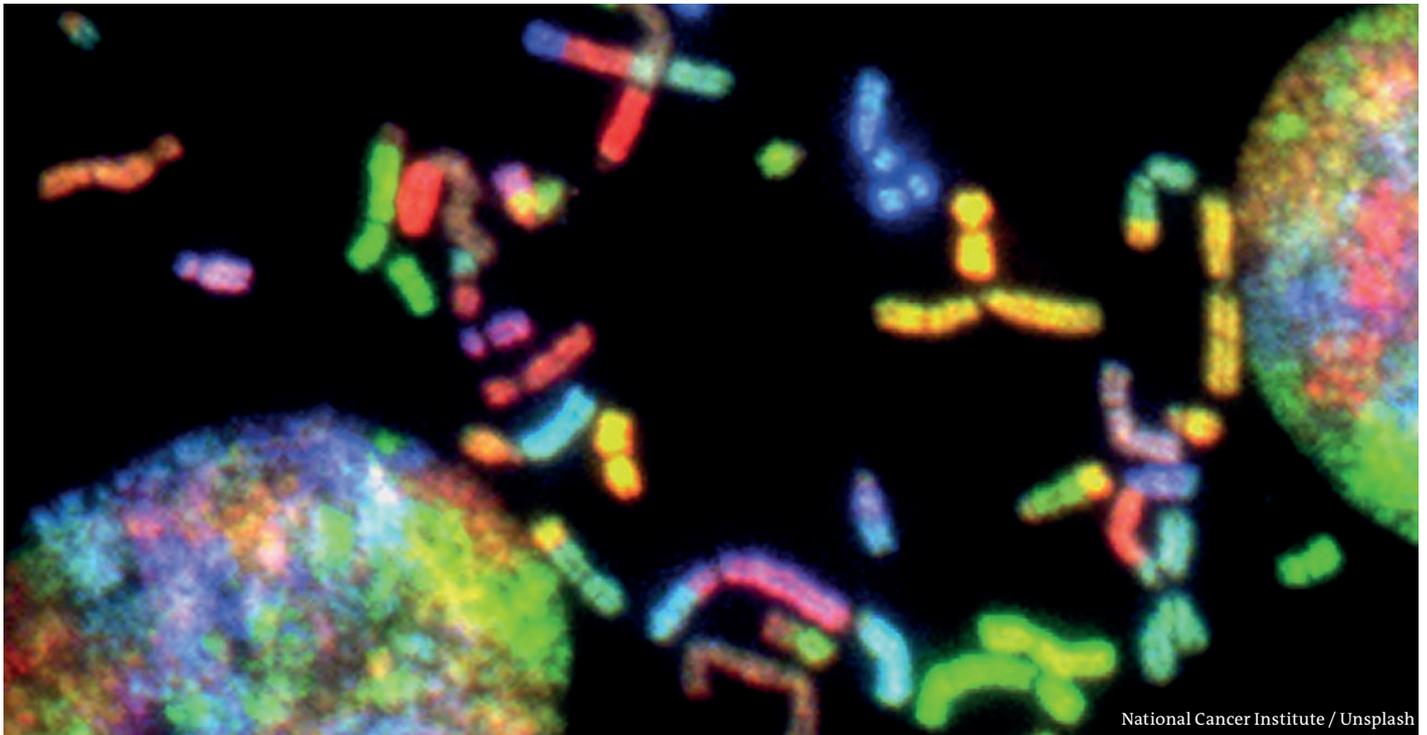
Literatur

- 1 Amstad H. Genetic Counsellors in der Schweiz, Bericht zuhanden der Eidg. Kommission für genetische Untersuchungen beim Menschen. 2021, www.bag.admin.ch/gumek Rubrik Aufgaben und Tätigkeiten der Kommission

Das Wichtigste in Kürze

- Während in der Schweiz die Anzahl an genetischen Untersuchungen zunimmt, stagniert die Zahl der Fachärztinnen und Fachärzte für Medizinische Genetik.
- Es besteht die Gefahr, dass die Qualität der «einfachen» genetischen Beratung sinkt und die Wartezeiten zunehmen.
- Die Eidgenössische Kommission für genetische Untersuchungen beim Menschen (GUMÉK) sieht deshalb grosses Potenzial in der Einführung und Etablierung des Berufs des «Genetic Counsellors».
- Sie hat einen Bericht in Auftrag gegeben, in dem das Berufsbild, die Ausbildung sowie eine «Roadmap» für die Einführung skizziert werden.

[cristina.benedetti\[at\]
bag.admin.ch](mailto:cristina.benedetti[at]bag.admin.ch)



National Cancer Institute / Unsplash

Kommentar zum Beitrag «Genetische Beratung braucht Zeit und Expertise»

Ein neuer Beruf, der Fragen aufwirft

Kelly Ormond

MS, CGC, Forschungswissenschaftlerin, Labor für Bioethik, Departement Gesundheitswissenschaften und Technologie, ETH Zürich, und Department of Genetics and Stanford Center for Biomedical Genetics, Stanford School of Medicine, Stanford, USA

Der noch wenig bekannte Beruf des genetischen Beraters bzw. der Beraterin in der Schweiz kann laut dem Bericht der Eidgenössischen Kommission für genetische Untersuchungen beim Menschen dazu beitragen, die Betreuung von Patientinnen und Patienten bei genetischen Untersuchungen zu verbessern. Er wirft jedoch auch wichtige Fragen auf. Der vorliegende Kommentar will auf diese Punkte eingehen.

Auch wenn Genetic Counsellors und deren Einsatzmöglichkeiten in der Schweiz noch wenig bekannt sind, gibt es weltweit über 7000 Genetic Counsellors – nachdem der Beruf 1969 in den USA eingeführt wurde. In Europa kamen sie erstmals vor fast 30 Jahren im Vereinigten Königreich zum Einsatz, und heute sind sie bereits in über zehn europäischen Ländern tätig. In den USA gibt es inzwischen mehr als 5000 zertifizierte Genetic Counsellors. Als genetische Beraterin mit über 27 Jahren klinischer Forschungs- und Lehrerfahrung in den USA, als ehemalige Präsidentin der *National Society of Genetic Counselors* (NSGC) und als Ausbildungsleiterin von zwei US-amerikanischen Masterstudiengängen für Genetic Counsellors hoffe ich, zu den im Bericht angesprochenen Punkten etwas beitragen zu können.

Bessere Gesundheitsversorgung

Erfahrungen im Ausland und die Diskussion in der Fachliteratur zeigen, dass Genetic Counsellors einen wichtigen Beitrag leisten, damit Patientinnen und Patienten positive Erfahrungen mit Gentests und deren Umgang machen. Ihr Einbezug verkürzt die Wartezeiten, bringt in Kliniken, die nicht auf Genetik spezialisiert sind (z.B. Onkologie, Neurologie, Geburtshilfe), genetisches Fachwissen ein und unterstützt Patientinnen und Patienten sowie deren Familienmitglieder psychologisch. Der Beizug von Genetic Counsellors erhöht auch die Wahrscheinlichkeit, dass der richtige Test angeordnet wird, die Ergebnisse angemessen interpretiert werden und insgesamt Geld gespart werden kann.

Lesen Sie auch den Artikel
«Genetische Beratung
braucht Zeit und Expertise»
auf Seite 426.

Bedenken gegenüber Genetic Counsellors

Verständlicherweise gibt es bei jedem neuen Beruf in jedem Land Bedenken, wie der Prozess der Qualifikation und Anerkennung ablaufen wird. Dabei können wir aus den gesammelten Erfahrungen, insbesondere unserer französischen und österreichischen Nachbarn, lernen. Eine Sorge, die im Amstad-Bericht zum Ausdruck kommt, ist die Frage, welche Rolle Genetic Counsellors spielen sollen und inwiefern sie sich mit den Fachärztinnen und -ärzten, die Gentests veranlassen, überschneidet. Diese Sorge ist nicht neu und besteht in vielen Ländern. Es ist wichtig, die Rolle und den Tätigkeitsbereich von Genetic Counsellors klar und proaktiv zu definieren. Die *berufliche Rolle* der Genetic Counsellors ist dabei von der *Dienstleistung der genetischen Beratung* (Genetic Counselling) zu trennen. Die genetische Beratung kann Teil des Tätigkeitsbereichs vieler medizinischer Leistungserbringer sein oder ist es bereits. In den meisten Ländern hat sich die

Die berufliche Rolle der Genetic Counsellors ist dabei von der Dienstleistung der genetischen Beratung (Genetic Counselling) zu trennen.

Rolle der Genetic Counsellors in partnerschaftlicher Zusammenarbeit mit den Ärztinnen und Ärzten entwickelt. Die Aufgaben von Genetic Counsellors und Ärztinnen und Ärzten überschneiden sich teilweise – beide spielen eine Rolle bei der Aufklärung der Patientinnen und Patienten über genetische Tests und Krankheiten sowie bei der Einholung der Einwilligung vor dem Test. Genetic Counsellors stellen jedoch weder Diagnosen, noch behandeln sie genetisch bedingte Krankheiten. Allerdings verfügen sie über eine umfassende Ausbildung in den Bereichen Beratungspsychologie, Gesundheitsverhalten und Ethik, die es ihnen ermöglicht, Patientinnen und Patienten bei der komplexen Entscheidungsfindung für Gentests zu unterstützen und die Familie nach einem Gentest oder einer neuen Diagnose optimal zu unterstützen.

Die Verrechnung der Leistungen

Weitere Bedenken im Bericht betrafen die Frage, wie die genetische Beratung abgerechnet werden kann und wie die Leistung der Genetic Counsellors finanziert wird. Dies ist in den USA seit vielen Jahren ein wichtiges Thema, da Genetic Counsellors von den *Centers for Medicare and Medicaid Services* noch immer nicht als Leistungserbringer anerkannt werden. Bis zur Anerkennung müssen Genetic Counsellors in den USA eine Kombination aus verschiedenen Voraussetzun-

gen erfüllen, um ihre Leistungen verrechnen zu können. Es hat sich auch gezeigt, dass die zunehmende Verfügbarkeit von Genetic Counsellors nachweislich zu mehr Überweisungen und nachgelagerten Einnahmen in US-amerikanischen Spitälern und Kliniken geführt hat.

Sicherstellung hoher Qualifikationen

In dem Masse, in dem sich der Beruf der Genetic Counsellors in der Schweiz entwickelt, ist es von entscheidender Bedeutung, dass für Personen, die sich selbst als Genetic Counsellors bezeichnen wollen, hohe Standards bezüglich Ausbildung und Qualifikation festgelegt werden. So hat in Frankreich die staatliche Anerkennung der Berufsbezeichnung «conseiller/conseillère en génétique» dazu beigetragen, von Anfang an eine solide Grundlage hinsichtlich den Qualifikationsstandards zu schaffen. Des Weiteren hat das *European Board of Medical Genetics* (EBMG) Leitlinien für die Akkreditierung von Ausbildungsprogrammen auf Masterniveau und die Zertifizierung von Genetic Counsellors in ganz Europa erstellt. Die Schweiz könnte die EBMG-Leitlinien nutzen und/oder eigene Akkreditierungsverfahren entwickeln, wie es viele Länder getan haben. Durch die Akkreditierung und Zertifizierung wird sichergestellt, dass jede Person, die eine Ausbildung in genetischer Beratung absolviert hat und als Genetic Counsellor tätig ist, über hohe Kompetenzen verfügt. Wenn in der Schweiz die genetische Beratung ausgeweitet wird, können die *Association Suisse des Conseillères en Génétique*, die Schweizerische Gesellschaft für Medizinische Genetik, das EBMG und bestehende europäische Ausbildungsprogramme ausgezeichnete Grundlagen bieten.

Das Wichtigste in Kürze

- Der Bericht der Eidgenössischen Kommission für genetische Untersuchungen beim Menschen zeigt, dass der Beruf des genetischen Beraters in der Schweiz ein grosses Potenzial hat. Es wurden jedoch auch Bedenken geäussert.
- Eine davon betrifft die Rolle der Beraterinnen und Berater, die sich mit der Rolle der Ärztinnen und Ärzte, die Gentests anbieten, überschneiden könnte. Erstere stellen weder Diagnosen, noch verwalten oder behandeln sie genetische Krankheiten.
- Eine weitere Sorge betrifft die Abrechnung von genetischen Beratungsdiensten. In den USA, wo genetische Berater noch nicht als Gesundheitsdienstleister anerkannt sind, hängen diese von mehreren Elementen ab, um ihre Leistungen in Rechnung zu stellen.
- Es müssen unbedingt hohe Standards festgelegt werden, um sicherzustellen, dass die Personen, die diesen Beruf für sich beanspruchen, über die entsprechende Ausbildung und Qualifikation verfügen.

Briefe an die SÄZ

Um das EPD herum

Brief zu: Zimmer A. «Digitalisierung mit retardierender Wirkung». Schweiz Ärztztg. 2022;103(11):340.

Eigentlich trifft mich als Arzt die Einführung des EPDs (Elektronischen Patientendossiers) nicht mehr. Aber ich erinnere mich, wie Kollege Franz Marty, Mitglied der Forschungsgruppe der damaligen SGAM (Schweizerischen Gesellschaft für Allgemeinmedizin), sich bereits in den 90er Jahren begeistert der Entwicklung und Einführung des EPDs gewidmet hat. Uns war klar, dass das EPD für alle Beteiligten, Patienten, Ärzte, Spitäler und Krankenkassen langfristig grosse Vorteile, Erleichterungen und Einsparungen bringt. Vereinzelt Pioniere setzten die Entwicklung fort. Nicht nur für sie ist enttäuschend, dass das EPD in der Schweiz, im Unterschied zu

manchen anderen europäischen Ländern, noch immer nicht flächendeckend eingeführt wurde.

Kollege Zimmer erwähnt in seinem Editorial kritische Stimmen zum EPD. Ich kenne das Argument, dass die Vielzahl der Krankenkassen in der Schweiz das EPD unmöglich machen würde. Offensichtlich ist es falsch. Wenn einzelne Patienten ihrem EPD zustimmen müssen, können die Krankenkassen durch finanzielle Anreize sie dazu stimulieren. Die Ärzte sollten auch für die Einführung des EPDs belohnt werden.

Dr. med. Peter Marko, St. Gallen

Das Verständnis der Arzt-Patienten-Beziehungen trainieren

Brief zu: Allaz AF. Zu den unspezifischen Effekten von Behandlungen. Schweiz Ärztztg. 2022;103(11):368.

Ich danke Prof. Dr. med. Anne-Françoise Allaz für ihre Verteidigung der grossen Bedeutung der Arzt-Patienten-Beziehung. Damit wir dieses wichtige «Behandlungstool» respektive die «Droge Arzt», wie sie Michael Balint nennt, gut einsetzen können, lohnt sich ein Training im Verständnis von Arzt-Patienten-Beziehungen, wie es in Balint-Gruppen angeboten wird, sei es in Gruppen, die sich regelmässig treffen, oder an Tagungen. In diesen Gruppen besprechen Ärzte aller Fachgebiete, aber auch alle anderen Personen mit Patientenkontakt schwierige, belastende oder unbefriedigende Beziehungen mit ihren Klienten. Sie lernen

Wir veröffentlichen Ihre Inhalte

Die Schweizerische Ärztezeitung veröffentlicht die Anliegen von Organisationen der Ärzteschaft und weiteren Organisationen. Denn hier erreichen Sie Ihre Zielgruppe.

Mögliche Themen:

- Ärztliche Berufspolitik und Gesundheitspolitik.
- Fragen des Public Health.
- Ökonomische, juristische, ethische, kulturelle oder andere Themen, die Ärztinnen und Ärzte betreffen.

Unsere Redaktion prüft gern jeden Beitrag, der noch nicht in anderen Medien veröffentlicht wurde.



Weitere Informationen
finden Sie unter
saez.ch → Autorenrichtlinien



dabei auch, auf ihre Fantasien, Gefühle oder Körpersensationen im Kontakt mit Patienten zu achten und diese Wahrnehmungen ebenso für ihre Arbeit zu nutzen wie Ergebnisse einer körperlichen Untersuchung, einen Röntgenbefund etc. So wird eine «Gesamtdiagnose» möglich, die dem Patienten als Menschen und nicht nur als Symptomträger gerecht wird. Ausserdem dienen Balint-Gruppen der Psychohygiene der Teilnehmer und beugen damit Burn-outs vor.

*Dr. med. Monika Diethelm-Knoepfel,
Fachärztin für Kinder- und Jugendpsychiatrie
und -psychotherapie, Uzwil*

Aktuelles Covid-Infekt-Management

Ich leide derzeit an einem typischen Covid-Infekt. Die PCR im Nasenabstrich wurde zeitgleich mit dem Symptombeginn als positiv gemeldet. Am Folgetag um 0.17 Uhr (als ich bereits den tiefen Genesungsschlummer pflegte) stellte mir die GD meines Wohnkantons eine Botschaft zu, ich hätte umgehend ein e-Formular auszufüllen. Die strenge Mahnung des Amtes, ich hätte das e-Formular sträflicherweise noch nicht eingereicht, folgte bereits 8 Stunden später, nämlich um 8.08 Uhr. Ich füllte es, beeindruckt durch den amtlichen Druck, gefügig aus und wurde per

elektronische Order während zweier Tage in Isolationshaft versetzt mit sofortiger Gültigkeit. Verlängert wurde sie wegen meiner Angabe von Symptom-Persistenz. Je nach meiner Eigendeklaration der Symptome kann ich mich wohl nächstens weiterhin von der Welt abschotten, oder den Husten herunterspielen und mir damit selbst eine obrigkeitliche Bewilligung verschaffen, mich wieder unter die Leute zu mischen.

Dieses elektronische Detail-Management durch die kantonale Verwaltung mit strengen Verfügungen kontrastiert eigenartig mit der generellen Laissez-aller-laissez-faire-Covid-Strategie, die der Bundesrat am 16.2.2022 verfügte. Es ist ja denkbar, dass die verbleibenden Covid-Massnahmen (beispielsweise Maskenpflicht in den öffentlichen Verkehrsmitteln) bald auch noch aufgehoben werden. Weshalb denn Meldungen und behördliche Anweisungen an die Covid-Patienten (weniger als die Hälfte der echten Fallzahl?), die wegen Meldung von PCR-Laborresultaten auf den kantonalen Computer-Bildschirmen landen? Leute wie mich transient einzusperren, scheint die massiven Neufallzahlen derzeit in keiner Art und Weise zu bändigen. Zur Registerführung ist diese Datenbank unnützlich; denn sie ist incomplett und Auswertungen daraus kaum verallgemeinerbar.

Man vermutet, dass die Behörden einmal mehr Aktivität mit wirksamen Massnahmen verwechseln. Wesentlich wäre meiner Ansicht nach vielmehr, der Bevölkerung bald eine vierte Impfung (zweiter «boost») anzubieten, idealerweise angepasst an die Omikron-Varianten. Davon ist weit und breit gar nichts zu hören, obwohl die täglich erfassten Neufallzahlen momentan durch die Decke gehen. Auch wenn es wohl grundsätzlich richtig ist, einer Covid-Durchseuchung der Bevölkerung ihren Lauf zu lassen, führen die vielen Infekte doch zu vielen Arbeitsausfällen. So habe auch ich mich aus meiner klinischen Sprechstunde verabschieden müssen; wirtschaftlich nichts Sinnvolles für das Spital. Nachbesserung des Impfschutzes («injections de rappel») ist eine wirksame Gegenmass-

nahme, auch wenn sie Trychler und Verschwörungstheoretiker nicht erreicht. Es ist meines Erachtens nicht mehr sinnvoll, Patienten wie mich mit computer-generierten behördlichen Massnahmen zuzudeckeln, sie an die elektronische Fussfessel zu nehmen und abgesehen davon das Thema Covid völlig beiseitezuschieben. Wann kommt welche 4. Impfung für diejenigen in der Bevölkerung, die sie sinnvollerweise gerne haben möchten?

Prof. em. Martin Fey, Zollikofen

Plastikfreies Experiment

Brief zu: Mell E. Vier Wochen plastikfrei: So war es. Schweiz Ärztezg. 2022;103(10):336.

Das Experiment von Eva Mell ist interessant. Plastik ganz vermeiden kann man kaum in unserer Gesellschaft. Nur schon den Gebrauch reduzieren, dauerhafte Taschen, Verpackungsmaterial bei sich haben beim Einkaufen etc: ein Schritt in diese Richtung. Manchmal ist eine Plastikverpackung vielleicht besser, als Wälder abzuholzen, um Papier zu produzieren. Gegenstände (Lampenschirm u.ä.) aus Plastik: dauerhafter Plastik ist gebundenes CO₂. Erst wenn er verbrannt wird oder sich in der Natur zersetzt, gibt es negative Auswirkungen auf die Umwelt.

Dr. med. Daniela Steiger Neining, Zürich

Briefe

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

www.saez.ch/de/publizieren/leserbrief-einreichen/

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

Mitteilungen

Facharztprüfungen

Facharztprüfung zur Erlangung des Facharztstitels für Prävention und Public Health

Datum: Donnerstag, 8. Dezember 2022

Ort: Geschäftsstelle SPHD, c/o polsan, Effingerstrasse 2, Bern

Anmeldefrist: 21. Oktober 2022

Weitere Informationen finden Sie auf der Website des SIWF unter www.siwf.ch → Weiterbildung → Facharzttitel und Schwerpunkte → Prävention und Public Health

Facharztprüfung zur Erlangung des Facharztstitels Tropen- und Reisemedizin

Ort: Basel, Schweizerisches Tropen- und Public Health-Institut (Swiss TPH)

Datum: Donnerstag, 24. November 2022

Anmeldefrist: 31. Juli 2022

Weitere Informationen finden Sie auf der Website des SIWF unter www.siwf.ch → Weiterbildung → Facharzttitel und Schwerpunkte → Tropen- und Reisemedizin

Förderungspreis USGG 2022

Die Union Schweizerischer Gesellschaften für Gefässkrankheiten (USGG) vergibt auch 2022 einen **Förderungspreis Forschung** im Betrag von CHF 10 000. Es soll dadurch die Forschung im Bereich der Gefässerkrankungen unterstützt werden. Berücksichtigt werden Projekte, welche bereits begonnen wurden und in der Schweiz durchgeführt werden. Ein und dasselbe Protokoll darf im gleichen Jahr nur an eine der in den Gesellschaften der USGG ausgeschriebenen Preisausschreiben eingereicht werden. Ausgeschlossen sind Projekte, die bereits ausgezeichnet wurden oder durch den Schweizerischen Nationalfonds (SNF) unterstützt werden.

- Teilnahmeberechtigt sind Forscherinnen und Forscher bis max. 45-jährig, die in der Schweiz tätig sind. Die Wahl der Preisträgerin oder des Preisträgers erfolgt durch den wissenschaftlichen Ausschuss der USGG und wird anlässlich der USGG-Jahrestagung vom 2. bis 4. November 2022 in Zürich vergeben.
- Der Preis wird nur einmal an dieselbe Person vergeben.
- Der Preisträger resp. die Preisträgerin verpflichtet sich, das Projekt an der Jahrestagung der USGG vorzustellen.

Bewerbung

Bewerbungen in Deutsch, Französisch oder Englisch sind einzureichen bis spätestens am **26. August 2022 per E-Mail** mit folgenden Unterlagen:

1. Projektbeschreibung und erste Ergebnisse (maximal 5 Seiten)
2. Literaturverzeichnis
3. Curriculum Vitae (max. 1 Seite A4)
4. Unterschriebener Begleitbrief der Antragstellerin oder des Antragstellers

Die Bewerbung ist per Mail zu senden an:
USGG-Geschäftsstelle
[USGG\[at\]meister-concept.ch](mailto:USGG[at]meister-concept.ch)

Preise der Epilepsie-Liga

Der **Forschungs-Förderungspreis** der Schweizerischen Epilepsie-Liga wird jährlich in der Schweiz tätigen Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftler für Forschungsvorhaben vergeben, meist als Anschubfinanzierung. Er ist mit CHF 25 000 dotiert. Insbesondere soll die Erforschung von Ursachen und Behandlungen der Epilepsie gefördert werden.

In den neuen Richtlinien zum Preis betont die Liga, dass mehrere Projekte pro Jahr unterstützt werden können. Sie ermutigt deshalb Bewerbungen auch für kleinere Projekte und von Nachwuchsforscherinnen und Nachwuchsforschern.

Der Preis wird im Rahmen des European Epilepsy Congress offiziell verliehen, der vom 9. bis 13. Juli 2022 in Genf stattfindet.

Den Promotionspreis in Höhe von CHF 1000 erhält die beste Doktor- oder neu auch Masterarbeit an einer Schweizer Hochschule auf dem Gebiet der Epileptologie. Bewerbungen sind aus allen Fachbereichen möglich, die Arbeiten sollten aus den Jahren 2020 bis 2022 stammen. So können sich neben Studierenden der Medizin beispielsweise auch solche aus Psychologie oder Pharmazie bewerben, die sich mit dem Thema Epilepsie befassen.

Weitere Informationen: Epilepsie-Liga, Seefeldstrasse 84, 8008 Zürich, www.epi.ch

Kontakt: Julia Franke, [franke\[at\]epi.ch](mailto:franke[at]epi.ch), Tel. +41 43 477 07 06



Engpässe bei Arzneimitteln

Wenn Medikamente in der Schweiz zur Mangelware werden

Susanne Wenger

Freie Journalistin

Bei der Versorgung mit Medikamenten treten immer wieder Engpässe auf, auch im Pharmaland Schweiz. Mit der Corona-Pandemie wächst der Druck auf die Behörden, mehr dagegen zu unternehmen. Wie verbreitet die Versorgungsprobleme seit Jahren sind, zeigt eine neue Studie der Universität Basel.

Bei gewissen starken Schmerzmitteln lebt die Schweiz momentan von den Reserven. Es seien nicht genügend orale Opioide verfügbar, meldete das Bundesamt für wirtschaftliche Landesversorgung (BWL) kürzlich. Weder das Ausweichen auf verwandte Wirkstoffe noch der limitierte Zugriff auf Lagerbestände habe die Situation entspannen können, sagt BWL-Sprecher Thomas Grünwald. Deshalb gab der Bund per Mitte März die Pflichtlager ganz frei. Sie sollten für drei Monate reichen. Wann die Hersteller wieder die erforderlichen Mengen liefern können, ist laut Grünwald offen: «Wir treffen unsere Massnahmen in der Hoffnung und Erwartung, dass der Schweizer Markt bald wieder stabil versorgt werden kann.»

Medikamenten-Engpässe wie diese nehmen in der Schweiz seit zehn Jahren zu. Am stärksten bei Arzneimitteln, die auf das Nervensystem wirken, neben Analgetika auch Antidepressiva und Antiepileptika, hält das Bundesamt für Gesundheit (BAG) in einem im Februar publizierten Bericht fest [1]. Aber auch an Antibiotika, Impfstoffen und Herz-Kreislauf-Mitteln mangelt es zeitweise. Gegenmassnahmen treffen die Behörden vor allem für Arzneimittel, die sie als lebensnotwendig einstufen. Für rund 50 Warengruppen existiert eine Lagerpflicht. Seit 2015 führen BWL und Swissmedic eine Meldestelle, um Engpässe früh genug zu erkennen.

Abhängigkeit von Fernost

Die Schweiz ist Standort leistungsfähiger Pharma- und Chemieindustrie. Wie konnte es so weit kommen, dass hier Medikamente knapp werden? Dafür gebe es verschiedene komplexe Gründe, vor allem ökonomische. Das sagt Enea Martinelli, Chefapotheker der Spitäler fmi AG im Berner Oberland und langjähriger Beobachter des Medikamentenmarkts. Eine der Hauptursachen ist die Globalisierung und Zentralisierung der Produktion. Wie viele hierzulande wohl wissen, dass heute China und Indien die Apotheken der Welt sind? Schätzungen zufolge stammen 80 bis 90 Prozent der Wirkstoffe und Ausgangsmaterialien von Medikamenten von Herstellern in den beiden Ländern. Dort können grosse Mengen günstig produziert werden – ein Vorteil für Pharmaunternehmen im Preiskampf.

«Wir treffen unsere Massnahmen in der Hoffnung und Erwartung, dass der Schweizer Markt bald wieder stabil versorgt werden kann.»

Die Herstellungsprozesse sind über Kontinente hinweg segmentiert, vom Grundstoff über die Abfüllung bis zur Etikettierung. «Überall auf diesem Weg kann etwas passieren», sagt Martinelli. Ein Naturereignis, politische Spannungen, eine Verunreinigung in der Fabrik, der Corona-Lockdown in Wuhan – und schon kommt der Warenfluss ins Stocken. Die Pandemie rückte ins Bewusstsein, wie anfällig die Lieferketten geworden sind, gerade wenn die Nachfrage plötzlich stark steigt. Die Abhängigkeit von wenigen Herstellern sei aber auch zu normalen Zeiten «ein Klumpenrisiko», betont der Pharmazeut. Auf raschen Nachschub kann man sich kaum verlassen, weil Lagerbestände in der ganzen Vertriebskette schlank gehalten werden («Just-in-Time»-Produktion). Zudem können Rückzüge älterer, nicht mehr patentgeschützter Produkte vom Schweizer Markt für Lücken sorgen.

Acht Monate Ausfall

Der freie Markt schaut also, wo und wie sich alles rechnet, und das Gesundheitswesen bekommt das zu spüren. Eine neue Studie der Universität Basel hat erstmals systematisch die Engpässe bei kassenpflichtigen Arzneimitteln in der Schweiz erhoben [2]. Der Gesundheitsökonom Stefan Felder und die Gesundheitsökonomin Katharina Blankart untersuchten rund 4100 Märkte in der Zeit zwischen 2015 und Mitte 2020, inklusive erster Corona-Welle. Unter einem Markt ist jeweils ein Medikament und seine Alternativen mit

gleichem Wirkstoff, gleicher Dosis und gleicher Darreichungsform zu verstehen. Resultat: Etwa die Hälfte der Märkte war im Untersuchungszeitraum von Verknappungen oder gar einem Ausfall des Angebots betroffen.

Zeiträume, in denen vorübergehend kein Zugang zu allen infrage kommenden Medikamenten bestand, dauerten im Schnitt acht Monate. Das waren wirkliche Versorgungsengpässe, die wesentlich länger währten als Lieferengpässe, bei denen der Zugang zur Arznei nur teilweise eingeschränkt war. Konkret habe dies beispielsweise bei Blutdrucksenkern bedeutet, dass immer wieder neue Medikamente verschrieben werden mussten, erklärt Felder. Die Therapien anzupassen führte mal zu einer teureren, mal zu einer günstigeren Arznei. Im Jahr 2018 löste dies unter dem Strich Medikamentenmehrkosten von insgesamt 17 Millionen Franken aus.

«Beträchtliches Risiko»

Die Situation in der Schweiz sei nicht besser als in vergleichbaren Ländern, bilanziert der Forscher: «Das Risiko von Engpässen ist beträchtlich.» Und es beschränkt sich nicht auf die Arzneien, für die eine Meldepflicht besteht. Diese machten weniger als zwanzig Prozent der analysierten Märkte aus. «Für alle von Engpässen tangierten Mittel Pflichtlager zu organisieren, dürfte teuer werden», sagt Felder. Fest steht: Die Versorgungslücken beschäftigen die Praxis. Die Spitalapothek, die Enea Martinelli leitet, versorgt rund tausend Betten in drei Spitälern, in Pflegeheimen und Reha-Kliniken der Region. Er sagt: «Wir investieren etwa eine halbe Stelle nur in den Aufwand, die Medikation so zu organisieren, dass die Patientinnen und Patienten möglichst wenig von den Unterbrüchen merken.» Der Berner engagiert sich seit Längerem dafür, dass die

Die Pandemie rückt ins Bewusstsein, wie anfällig die Lieferketten geworden sind, gerade wenn die Nachfrage plötzlich stark steigt.

Problematik stärker wahrgenommen wird. In Eigeninitiative betreibt er die Website *drugshortage.ch*, die breiter über Lieferengpässe informiert als jene des Bundes. Marktteilnehmern sei zunehmend klar, dass es Transparenz brauche, sagt der Chefapotheker: «Denn gerade auch Ärztinnen und Ärzte müssen wissen, ob ein Produkt verfügbar ist, bevor sie eine Therapie verordnen.» Zwar fehlen für die Schweiz bisher Studien zu den Folgen von Heilmittel-Engpässen für die Gesundheit der Patientinnen und Patienten. Doch auch wenn es jeweils therapeutische Alternativen gibt:

Der Wechsel zu einem anderen Medikament bedinge Arztkonsultationen und neue Einstellungsphasen, sagt Martinelli. Das verunsichere besonders ältere Menschen.

Chronisch Kranke nicht vergessen

Es genügt laut dem Pharmazeuten nicht, für Akuttherapien und sogenannten lebenswichtige Arzneien Sicherungen wie Pflichtlager und Importerleichterungen einzubauen. Auch die chronischen Erkrankungen

«Gerade auch Ärztinnen und Ärzte müssen wissen, ob ein Produkt verfügbar ist, bevor sie eine Therapie verordnen.»

müssten einbezogen werden: «Wenn Blutdrucksenker, Psychiatriemedikamente und Epilepsie-Präparate fehlen, hat das ebenfalls Konsequenzen für die Patientinnen und Patienten.» Laut Martinelli sollte der Versorgungsbedarf der Schweiz bei den Heilmitteln neu von der medizinischen Notwendigkeit her definiert werden. Handlungsbedarf ist da, und inzwischen ist die Politik in Bewegung geraten. Dutzende Vorstösse im Parlament verlangen vom Bundesrat, die Versorgung mit Medikamenten zu gewährleisten und das Land in diesem Bereich krisenresistenter zu machen. Die Spannbreite der Vorschläge ist gross. Mehrheitsfähig war eine von beiden Räten überwiesene Motion der ständerätlichen Gesundheitskommission. Sie fordert, die Lagerbestände auszuweiten und die Arzneimittel-Produktion vermehrt ins Land zurückzuholen. Internationale Abnahmeverträge könnten Unternehmen dazu bringen, trotz des kleinen Schweizer Markts hier tätig zu werden. Zu prüfen ist gemäss Parlament auch ein Mandat für die Armeeapotheke, bei akuten Versorgungslücken subsidiär zur Bundesapotheke zu werden. Das BAG listet in seinem Bericht vom Februar zwanzig mögliche Massnahmen auf, darunter auch vereinfachte Zulassungsverfahren und die staatliche Beschaffung wichtiger Arzneimittel. Bis Ende Jahr sollen dem Bundesrat Vorschläge unterbreitet werden.

Wieder mehr Schweizer Medikamente?

Die Schweizer Pharmazeutin Helena Jenzer befasste sich im Rahmen einer 2020 publizierten, europäisch unterstützten Studie an der Berner Fachhochschule mit der Frage, was gegen Arzneimittel-Engpässe vorzukehren sei [3]. Sie erachtet die Rückverlagerung der Produktion in die Schweiz zumindest teilweise als nötig. Wenn die Herstellung bestimmter Medikamente im öffentlichen Interesse sei, brauche es finanzielle Anreize, etwa Steuernachlässe oder Investitionspritzen. Die Eigenherstellung durch den Bund in Notlagen sieht sie «nicht als Priorität», zumal mit den Spitalapotheken eine bestehende Möglichkeit bisher kaum genutzt werde. Diese könnten selber eine gewisse Anzahl Heilmittel fertigtstellen. Voraussetzung sei allerdings, dass die nötigen Rohstoffe in der Schweiz gelagert würden.

Werden unsere Arzneimittel künftig wieder in der Schweiz produziert? Gesundheitsökonom Stefan Felder ist skeptisch: «Das Rad lässt sich nicht zurückdrehen.» Er warnt die Politik vor Aktivismus unter

Das Parlament fordert, die Lagerbestände auszuweiten und die Arzneimittel-Produktion vermehrt ins Land zurückzuholen.

dem Eindruck der Pandemie. Jetzt viel Geld auszugeben, um Produktionen zurückzuholen, bringe nicht den gewünschten Effekt. Am Schluss werde die Schweiz am ehesten von europäischen Anstrengungen für mehr Versorgungssicherheit bei Medikamenten profitieren.

Bildnachweis

Blurf | Dreamstime.com

Literatur

- 1 www.admin.ch/gov/de/start/dokumentation/medienmitteilungen.msg-id-87195.html
- 2 [www.valueinhealthjournal.com/article/S1098-3015\(22\)00053-5/fulltext](http://www.valueinhealthjournal.com/article/S1098-3015(22)00053-5/fulltext)
- 3 www.gsasa.ch/de/News/?oid=20312&lang=de&news_eintragId=116



Auswirkungen der neuen Zulassungsbeschränkung

Nachfolgeplanung für Ärztinnen und Ärzte

Philippe Seiler^a, Markus Wang^b, Carlo Hunter^c, Elisabeth Rinderknecht^d

^a Partner, Rechtsanwalt bei Bär & Karrer AG im Bereich Unternehmenskäufe (mit besonderem Schwerpunkt auf Transaktionen im Bereich Life Science und Health Care); ^b Partner, Rechtsanwalt bei Bär & Karrer AG (Co-Leiter der Life Sciences Praxisgruppe); ^c Rechtsanwalt bei Bär & Karrer AG im Bereich Unternehmenskäufe; ^d Rechtsanwältin bei Bär & Karrer AG im Bereich Unternehmenskäufe

Seit dem 1. Juli 2021 gelten neue Zulassungsbeschränkungen für angestellte Ärztinnen und Ärzte. Die Kantone haben bis 2023 Zeit für die Umsetzung. Der Kanton Basel-Stadt hat bereits eine Verordnung ausgearbeitet, die beispielhaft zeigt, wie die Zulassung zukünftig funktionieren könnte und wie sie sich auf die Nachfolgeplanung auswirkt.

Am 1. Juli 2021 trat der revidierte Art. 55a des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung (KVG) [1] in Kraft, welcher nun von den Kantonen umgesetzt wird. Die Kantone haben bis zum 1. Juli 2023 Zeit, ihre Regelungen anzupassen. Im revidierten Artikel wird unter anderem eine Zulassungsbeschränkung zur Tätigkeit zulasten der Obligatorischen Kranken- und Pflegeversicherung (OKP) vorgesehen, indem Höchstzahlen eingeführt werden. Die Festlegung der Höchstzahlen liegt in den Händen der Kantone, wobei der Bundesrat die

Kriterien und methodischen Vorgaben erlässt [2]. Ferner traten am 1. Januar 2022 die Änderungen der Zulassungsvoraussetzungen gem. Art. 35 ff. KVG sowie Art. 38 ff. der Verordnung über die Krankenversicherung (KVV) [3] in Kraft.

Was sich ändert

Im Gegensatz zum alten Art. 55a aKVG entfällt die Ausnahme der Zulassungsbeschränkung für Ärztinnen

und Ärzte, welche während drei Jahren an einer anerkannten schweizerischen Weiterbildungsstätte tätig waren: Neu sind alle ärztlichen Fachpersonen, die im ambulanten Bereich tätig sind, von der Zulassungsbeschränkung erfasst. Allerdings gilt gemäss Art. 55a Abs. 5 KVG ein sogenannter Besitzstand zugunsten derjenigen Fachpersonen, die im Zeitpunkt der Gesetzesänderung bereits zur Tätigkeit zulasten der OKP zugelassen waren. Das Gesetz unterscheidet zwischen selbstständigen Ärztinnen und Ärzten [4] und solchen, die bei einer Einrichtung gem. Art. 35 Abs. 2 lit. N KVG angestellt sind. Im zweiten Falle ist nicht die Ärztin resp. der Arzt, sondern vielmehr die Einrichtung als Leistungserbringer zu betrachten. Diese kann auch als juristische Person organisiert sein [5]. Das bedeutet, dass selbstständige Ärztinnen und Ärzte, welche bereits über eine Zulassung zur Tätigkeit zulasten der OKP verfügen, trotz allfälliger Zulassungsbeschränkungen (bzw. Überschreitung von Höchstzahlen) weiterhin selbstständig zulasten der OKP tätig bleiben dürfen [6]. Sodann sind solche in Anstellung, die in einer Einrichtung gem. Art. 35 Abs. 2 lit. a KVG tätig sind, in ihrer Tätigkeit zulasten der OPK geschützt [7]. Dieser Schutz gilt aber nur begrenzt: Sobald die angestellte Ärztin oder der angestellte Arzt aus der bestehenden Einrichtung (d.h. Arbeitgeberin) ausscheidet, verliert sie oder er die persönliche Zulassung. Die Gründe für das Ausscheiden spielen hierbei keine Rolle.

Kantonale Umsetzung Basel-Stadt

Die Verordnung über die Zulassung von Leistungserbringern im ambulanten Bereich Basel-Stadt (BS) soll am 1. April 2022 in Kraft treten. Künftig wird ein formelles Zulassungsverfahren vorgesehen. Gesuche um Zulassung müssen beim Gesundheitsdepartement des Kantons eingereicht werden. Gesuchsteller ist der jeweilige Leistungserbringer, welcher je nach Organisation der Arztpraxis die Ärztin oder der Arzt selbst oder die Einrichtung sein kann [2].

Für die Zulassung müssen einerseits die Voraussetzungen von Art. 35 ff. KVG erfüllt sein, welche die Ausbildung, sprachliche Kenntnis sowie die Führung eines elektronischen Patientendossiers umfassen. Andererseits bedarf es in Fachgebieten mit einer Obergrenze freier Kapazität [8]. Die Bearbeitung der Gesuche erfolgt chronologisch. § 4 Abs. 1 Zulassungs-Verordnung sieht eine Ausnahmeregelung für «Praxisübernahmen» vor, wonach eine Übernahme innerhalb von drei Monaten seit Aufgabe der Praxistätigkeit innerhalb derselben Gemeinde vom ordentlichen Zulassungsverfahren ausgenommen wird.

In § 4 Abs. 4 des Entwurfs der Zulassungs-Verordnung BS wird der Besitzstand von Art. 55a Abs. 5 KVG im kantonalen Recht aufgegriffen. Aus der Erläuterung zum Entwurf der Zulassungs-Verordnung BS geht hervor, dass die Zulassung entweder an die ambulante Einrichtung, an das Spital oder an die selbstständig tätige (nicht angestellte) ärztliche Fachperson gebunden werden soll. Dadurch soll bei einem Wechsel der angestellten Ärztinnen und Ärzte von einer zur anderen Einrichtung die Versorgung der Patientinnen und Patienten bei ersterer gewährleistet bleiben, indem

Sobald angestellte Ärztinnen und Ärzte aus der bestehenden Einrichtung ausscheiden, verlieren sie die persönliche Zulassung.

diese die freigewordene Arbeitsstelle wieder neu besetzen kann (die Zulassung bleibt vereinfacht gesprochen bei der Einrichtung und geht nicht mit der angestellten Person mit) [9]. Der Begriff «Einrichtung» ist deckungsgleich mit demjenigen gemäss Art. 35 Abs. 2 lit. n KVG. Das Gleiche gilt beim Spital bzw. der selbstständigen Ärztin, dem selbstständigen Arzt.

Vorbereitung der Nachfolge

Entschliesst sich eine Ärztin resp. ein Arzt oder eine Arztpraxis, das Geschäft zusammen mit dem gewonnenen Kundenstamm auf einen oder mehrere Ärztinnen und Ärzte zu übertragen, so wird die Übergabe üblicherweise mit einer Einarbeitungszeit von mehreren Monaten bis zu Jahren verbunden. Einerseits gewährleistet dies eine nahtlose Übergabe der Patientinnen und Patienten an die behandelnde Fachperson (wobei die Übertragung der Patientendossiers ohnehin nur mit der Zustimmung der Betroffenen erfolgen kann) und andererseits haben dadurch beide Parteien eine gewisse «Probezeit».

Diese Vorgehensweise wird in Zukunft nur beschränkt möglich sein. Potentielle Nachfolgerinnen und Nachfolger ohne formelle Zulassung (diese ist ja im Falle eines Wechsels bei der Einrichtung geblieben) können erst zulasten der OKP tätig werden, nachdem ihnen die Praxis bzw. deren entsprechende Zulassung überlassen wurde, wie bereits in Bezug auf die Ausnahme bei «Praxisübernahme» erwähnt wurde.

Jedoch sollte unseres Erachtens die Aufteilung einer bestehenden Zulassung auf mehrere angestellte Personen möglich sein, womit diesem Problem entgegen gewirkt werden könnte: Das würde bedeuten, dass die ausscheidende Person die potentielle Nachfolgerin oder den potentiellen Nachfolger bereits anstellen und von der eigenen Zulassung profitieren lassen kann,



Zukünftig kann es sinnvoll sein, auf Mandatsbasis für die eigene Arztpraxis zu arbeiten, um die Zulassung bei einem Stellenwechsel nicht zu verlieren.

wobei die beiden Personen gemeinsam ein 100%-Pensum nicht überschreiten dürfen (das 100%-Pensum der Zulassung wird sozusagen auf zwei oder mehrere Ärztinnen und Ärzte aufgeteilt).

Gleichzeitig verliert eine selbstständige Ärztin, ein selbstständiger Arzt die bereits bestehende Zulassung an die Arztpraxis, sobald sie oder er sich bei dieser anstellen lässt: Die ärztliche Fachperson, die aufgrund ihrer selbstständigen Erwerbstätigkeit bereits eine Zulassung hat, sollte demnach während einer Übergangszeit bloss auf Mandatsbasis für die ausscheidende Person tätig sein, ansonsten sie ihre Zulassung an die Arztpraxis verliert; falls die Übergabe – aus welchen Gründen auch immer – nicht klappen sollte, wäre dies für die Ärztin resp. den Arzt fatal.

Änderung der Eigentumsverhältnisse

Vermögensübertragung: «Asset Deal»

Bei einer Vermögensübertragung, einem sogenannten *Asset Deal*, überträgt ein Unternehmen – sei es eine juristische Person oder ein Einzelunternehmen – Teile oder die Gesamtheit des Vermögens auf eine andere Person. Dadurch können unter anderem Arbeitsverhältnisse übertragen werden, wodurch der Arbeitnehmer die Einrichtung gem. Art. 35 Abs. 2 lit. n KVG wechselt und somit nicht mehr durch den Besitzstand gem. Art. 55a Abs. 5 KVG geschützt ist (die Zulassung bleibt wie erwähnt bei der Einrichtung). In der Folge ist davon auszugehen, dass durch die Übertragung die Zulassungen der angestellten ärztlichen Fachpersonen grundsätzlich untergehen, unabhängig davon, ob die

übertragende Partei eine Ärztin resp. ein Arzt als Einzelunternehmen oder eine Arztpraxis AG war.

Vor diesem Hintergrund dürfte der Basler Gesetzgeber § 4 Abs. 1 Zulassungs-Verordnung vorgesehen haben, der eine Ausnahme für «Praxisübernahmen» innert drei Monaten seit Aufgabe der Praxistätigkeit innerhalb derselben Gemeinde vorsieht. Diese Ausnahmeregelung ermöglicht den Verkauf bzw. die Übertragung einer Arztpraxis samt gleichzeitiger Übertragung der Zulassung von der bestehenden auf die übernehmende ärztliche Fachperson (die Zulassung geht diesfalls also nicht unter und es muss keine neue Zulassung von der übernehmenden Person beantragt werden).

Der Begriff der «Praxisübernahme» ist in juristischer Hinsicht untechnisch. Legt man ihn weit aus, könnten dadurch sämtliche Formen von Unternehmenstransaktionen erfasst sein (*Share Deals*, *Asset Deals* und *Fusionen*). Der Wortlaut und die Logik der Bestimmung scheint in erster Linie auf die Übernahme eines Einzelunternehmens nach Beendigung der Tätigkeit einer selbstständigen Person abzielen. In den Erläuterungen zur Zulassungs-Verordnung BS wird jedoch festgehalten, dass die Regelung «grundsätzlich nicht an eine Rechtsform gebunden» ist. Unserer Meinung nach muss diese Regelung auch für den Verkauf von Vermögenswerten einer Arztpraxis AG gelten.

Potentielle Nachfolgerinnen und Nachfolger können erst zulasten der OKP tätig werden, nachdem ihnen die Praxis überlassen wurde.

Unter Einhaltung von § 4 Abs. 1 Zulassungs-Verordnung geht somit die Zulassung der Ärztin resp. des Arztes auf die übernehmende Partei über. Unklar ist, ob nach § 4 Abs. 1 Zulassungs-Verordnung auch blosser Praxisteile und somit bloss einzelne Arbeitsverhältnisse auf eine andere Einrichtung übertragen werden können. Nach unserem Dafürhalten sollte das möglich sein (z.B. falls die freiwerdende Zulassung nicht weitergegeben werden kann).

Aktienkauf: «Share Deal»

Bei einem Verkauf der Aktien (sog. *Share Deal*) wird das Unternehmen als solches unberührt gelassen. Änderungen betreffen lediglich die Eigentümerstruktur. Das Verhältnis zwischen Arztpraxis AG und Ärztin oder Arzt als Arbeitnehmende bleibt unverändert. Folglich ist die angestellte Person bzw. die juristische Person aufgrund von § 4 Abs. 4 Zulassungs-Verordnung bzw. Art. 55a Abs. 5 lit. b KVG vor einem Entzug der Zulassung geschützt. Der Verkauf von Aktien in einer Arztpraxis AG muss somit auch nach Inkrafttreten der Zulassungs-

Verordnung BS ohne Verlust der Zulassung möglich sein. Die Arztpraxis AG hat dadurch bei der Nachfolgeplanung gegenüber dem Einzelunternehmen aus unternehmerischer Sicht deutliche Vorteile. Dies dürfte sich in Zukunft auch bei der Bewertung zeigen.

Aus Sicht der Ärztin resp. des Arztes ist jedoch Folgendes zu beachten: Es kann grundsätzlich aus steuerrechtlichen oder auch unternehmerischen Gründen sinnvoll sein, eine Arztpraxis zu gründen und sich selbst bei dieser anzustellen. Aufgrund des neuen Regimes geht dadurch jedoch, wie bereits erwähnt, die Zulassung auf die Arztpraxis über. Die angestellte ärztliche Fachperson wird somit die eigene Praxis AG als Arbeitnehmende nicht mehr verlassen können, ohne gleichzeitig die Zulassung zu verlieren (die Zulassung bleibt bei der Einrichtung). Dies ist insbesondere für Personen relevant, die nach einem Verkauf der eigenen Arztpraxis AG zumindest noch teilweise selbstständig tätig sein wollen.

Zulassung behalten

Um die Zulassung nicht zu verlieren, bieten sich in Zukunft wohl zwei Möglichkeiten: Erstens kann die betroffene Person versuchen, eine zweite Zulassung als selbstständige Ärztin resp. selbstständiger Arzt zu erlangen. Ob dies in Zukunft noch möglich sein wird bzw. zu welchem Pensum eine solche Zulassung (die möglicherweise nur sehr beschränkt verwendet wird) zur Tätigkeit zulasten der OPK berechtigen würde, ist jedoch offen. Zweitens könnte die Person lediglich auf Mandatsbasis für die eigene Arztpraxis AG tätig sein. Dadurch verbleibt die Zulassung bei der Ärztin resp. dem Arzt. Diese oder dieser kann somit auch nach Verkauf der Aktien der Arztpraxis AG diese verlassen, ohne die Zulassung zu verlieren. Problematisch an dieser Lösung ist, dass die Aktien der Arztpraxis AG po-

tentiell nicht mehr als im Privatvermögen, sondern im Geschäftsvermögen gelten (aufgrund selbstständiger Erwerbstätigkeit) und diesfalls kein steuerfreier Kapitalgewinn beim Verkauf der Arztpraxis AG mehr möglich wäre.

Fazit und Ausblick

Mit den neuen KVG-Bestimmungen werden die Kantone verpflichtet, eine Zulassungsbeschränkung einzuführen, welche schwerwiegende Folgen für die davon betroffenen Leistungserbringer nach sich ziehen kann. Die optimale Lösung ist im Einzelfall zu prüfen.

Basel-Stadt ist einer der ersten Kantone, welcher die neuen KVG-Bestimmungen bereits im kantonalen Recht umgesetzt hat. Wann die Umsetzung in anderen Kantonen erfolgen wird, lässt sich aktuell nur schwer abschätzen. Zu erwarten ist aber, dass die Vollzugsverordnungen – wie im Kanton Basel-Stadt – ohne Vorankündigung und womöglich rückwirkend in Kraft treten werden.

Bildnachweis

Suljo | Dreamstime.com
Mike Petrucci / Unsplash

Literatur

- 1 Bundesgesetz über die Krankenversicherung (SR 832.10).
- 2 Verordnung über die Festlegung der Höchstzahlen für Ärztinnen und Ärzte im ambulanten Bereich vom 23. Juni 2021 (SR 832.107).
- 3 Verordnung über die Krankenversicherung (SR 832.102).
- 4 Art. 35 Abs. 2 lit. a KVG.
- 5 BGE 135 V 237 E. 4.4f
- 6 Art. 55a Abs. 5 lit. a KVG.
- 7 BBL 2018, S. 2158 f.; Art. 55a Abs. 5 lit. b KVG.
- 8 Erläuterungen zum Entwurf der Verordnung über die Zulassung von Leistungserbringern im ambulanten Bereich, Liestal / Basel, 15. Dezember 2021, S. 5.
- 9 Erläuterungen zum Entwurf der Verordnung über die Zulassung von Leistungserbringern im ambulanten Bereich, Liestal / Basel, 15. Dezember 2021, S. 15.

Das Wichtigste in Kürze

- Am 1. Juli 2021 trat der revidierte Art. 55a des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung (KVG) in Kraft. Die Kantone müssen diesen nun umsetzen.
- Neu entfällt die Ausnahme der Zulassungsbeschränkung für ärztliche Fachpersonen, welche während drei Jahren an einer anerkannten schweizerischen Weiterbildungsstätte tätig waren.
- Als zentrale Änderung sollen angestellte Ärztinnen und Ärzte ihre Zulassung verlieren, wenn sie nicht länger angestellt sind; die Zulassung verbleibt beim Arbeitgeber.
- Die neuen Regelungen haben Folgen für die Nachfolgeplanung: Aus Sicht der Autorinnen und Autoren ist die Gründung einer Praxis AG die bevorzugte Lösung. Schwierigkeiten stellen sich, wenn die ärztliche Fachperson nach Verkauf der Praxis AG weiterhin selbstständig tätig sein möchte.

L'essentiel en bref

- Le 1^{er} juillet 2021, l'article 55a révisé de la Loi fédérale sur l'assurance-maladie (LAMal) est entré en vigueur. Les cantons doivent maintenant le mettre en œuvre.
- Il n'y a plus d'exception à la limitation d'admission pour les médecins qui ont travaillé pendant trois ans dans un établissement de formation postgraduée suisse reconnu.
- Un changement central est que les médecins perdent leur droit d'admission lorsqu'ils ne sont plus employés; l'admission revient à l'institution de soins.
- Les nouvelles réglementations se répercutent sur la planification de la succession : d'après les auteurs, la création d'un cabinet médical sous forme de société anonyme (SA) est la solution privilégiée. Des difficultés surgissent lorsque le médecin souhaite continuer à exercer en tant qu'indépendant après la vente du cabinet SA.

Milliers de seniors suivis depuis 16 ans: résultats saillants

Les résultats de l'étude «Lausanne cohorte 65+ (Lc65+)» qui a suivi depuis 2004 le parcours de 4731 personnes nées avant, pendant et à la fin de la Seconde Guerre mondiale ont été publiés. Au fil des trois cohortes, on constate de moins en moins de restrictions alimentaires, de difficultés économiques ou de travail régulier avant l'âge de 16 ans. En revanche, les données balaient l'idée selon laquelle les baby-boomers restent en meilleure santé que leurs aînés. Au sujet des soins de longue durée, les personnes sondées privilégient l'environnement à domicile. Il y a par ailleurs un intérêt croissant pour les logements protégés. L'objectif de cette étude menée par Unisanté et financée par le Canton de Vaud, la Loterie Romande et la Fondation Esther Locher-Gurtner, est de faire avancer la recherche sur le vieillissement et d'aider à orienter l'action des autorités. Une nouvelle cohorte sera recrutée en 2024 afin d'assurer la continuité de l'étude.



© Matt Bennett / Unsplash

(Unisanté)

Wie die Darmflora den Babyschlaf beeinflusst

In einer Langzeitstudie mit 162 Säuglingen konnten Forschende von den Universitäten Freiburg und Zürich zeigen, dass die Darmflora Einfluss auf das Schlafverhalten von Säuglingen hat. Säuglinge mit einer weniger vielfältigen Darmflora schlafen tagsüber häufiger, und auch nachts korrelieren Schlaf- und Hirnaktivitäten mit der Zusammensetzung der Darmbakterien. Das Dreigestirn Schlaf, Hirnaktivität und Darmflora hat also einen Einfluss auf die frühkindliche Entwicklung. Da sich die Darmflora non-invasiv durch Ernährungsumstellung und das Schlafverhalten durch Coaching beeinflussen lässt, denken die Forschenden, dass sich mit dem neugewonnenen Wissen allfällige Auffälligkeiten in der frühkindlichen Entwicklung therapieren lassen.

(Progress in Neurobiology)



© Peter Oslanec / Unsplash

Le cerveau «vieillit» après une infection au Covid-19

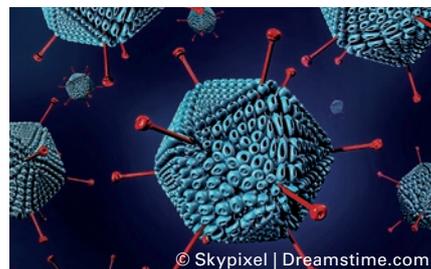
Une infection au SARS-CoV-2 équivaldrait en moyenne à une année de vieillissement du cerveau, y compris en cas de formes légères, selon une étude parue dans *Nature*. L'idée que le virus puisse avoir des effets à long terme sur le cerveau a été évoquée dès 2020. L'étude a analysé l'état du cerveau de 785 personnes de 51 à 81 ans selon qu'elles ont été atteintes ou non par le Covid-19, incluant 401 personnes testées positives (dont 15 hospitalisées) et un groupe contrôle de 384 personnes saines. L'équipe disposait d'une imagerie cérébrale de chaque cas datant d'avant la pandémie. Les personnes infectées ont globalement vu leur cerveau se réduire. En moyenne, la contraction de la maladie entraîne, plusieurs mois après, une perte ou lésion de 0,2% à 2% des tissus cérébraux par rapport au groupe contrôle. Ces résultats clairs sont «relativement surprenants après une infection bénigne», dit Gwenaëlle Douaud, neuroscientifique à l'Université d'Oxford à l'origine de l'étude.

(RTSinfo)

Neue Erkenntnisse über Adenoviren

Für eine erfolgreiche Infektion stellen Adenoviren sicher, dass das virale Erbmateriale unbeschädigt in den Zellkern gelangt. Forschende der Universität Zürich haben jetzt ein Protein identifiziert, das eine schützende Hülle um das Erbmateriale formt. Diese wird erst abgestreift, wenn der Zellkern erreicht ist. So stabilisiert und schützt das Protein V die virale DNA. Interessant ist dieses Resultat vor dem Hintergrund der Covid-Impfstoffe von AstraZeneca und Johnson & Johnson. Genetisch veränderte Adenoviren werden nämlich häufig als Vektor-Impfstoffe eingesetzt. Darüber hinaus kommen veränderte Adenoviren bei Gentherapien und in der Krebstherapie zum Einsatz. Die Erkenntnisse zu den molekularen Mechanismen dieses viralen Shuttle-dienstes sind also auch für diese Therapien von Interesse.

(Science Advances)



© Skypixel | Dreamstime.com



Immer mehr Start-ups im Gesundheitswesen

Neue Ideen für die Medizin

Astrid Tomczak-Plewka

Freie Wissenschaftsjournalistin

Die Start-up-Szene in der Medizin boomt: Jährlich werden in der Schweiz mehr als 2000 Firmen im Gesundheitswesen gegründet, ein grosser Teil davon in der Biotechnologie und der Medizintechnik. Exemplarisch dafür steht der Sitem StartUp Club, der im November 2021 auf dem Areal des Inselspitals Bern einen «MedTech Hub» eröffnet hat.

Es ist ein unscheinbares Plastikplättchen – und könnte dennoch den Weg zur personalisierten Medizin ebnet: Der Lungenchip des Berner Start-ups AlveoliX – abgeleitet von den Lungenbläschen, den Alveolen. Im Innern des Chips wird die Mikroumgebung der Lunge inklusive Atembewegung simuliert. Auf dem Chip werden Zellen gezüchtet, die sich wie im menschlichen Körper verhalten.

Dadurch können Forschende beispielsweise Wirkungen und Nebenwirkungen von Medikamenten und Aerosolen auf das Lungengewebe testen. Bis jetzt braucht es dafür Tierversuche oder In-vitro-Zellkulturen. Auch in den kommenden Jahren sind Tierversuche wohl unverzichtbar, insbesondere in der letzten

Phase einer Medikamentenentwicklung. «Aber wir können sicher dazu beitragen, Tierversuche drastisch zu reduzieren», betont Ko-Gründer Jannick Stucki. Er hat Maschinenbau studiert und am ARTORG for Biomedical Engineering der Universität Bern doktoriert.

Laut Bundesamt für Statistik überlebt jede zweite Neugründung keine fünf Jahre. Die Konkurrenz ist gross.

Gemeinsam mit der Molekularbiologin Nina Hobi, die nach ihrer Dissertation in Lungenphysiologie als Gastforscherin am ARTORG wirkte, publizierte Stucki 2018 ein Paper zu atmenden Lungenbläschen auf einem

Chip. 2019 wurde AlveoliX gegründet, heute besteht das schnell wachsende Team aus dreizehn jungen Mitarbeitenden, unterstützt durch Prof. Thomas Geiser (Universitätsklinik für Pneumologie, Inselspital) und Prof. Olivier Guenat (Organs-on-a-Chip, ARTORG, Universität Bern).

In den kühnsten Zukunftsvisionen des AlveoliX-Gründerteams könnten dereinst verschiedene menschliche Organe auf einem Chip zusammengeführt werden – der «Human-on-chip» oder auch «Patient-on-chip» – und so die personalisierte Medizin zu neuen Höhen führen.

Start-up-Boom in der Pandemie

Allerdings hat AlveoliX bereits jetzt Grund zum Stolz. Dass sie innert kurzer Zeit zu einem KMU gewachsen ist, ist nicht selbstverständlich: Laut Bundesamt für Statistik überlebt jede zweite Neugründung keine fünf Jahre. Die Konkurrenz ist gross: Im Pandemiejahr 2021 gab es in der Schweiz 2500 Neugründungen im Gesundheitswesen und damit zwölf Prozent mehr als im Vorjahr, wie das Institut für Jungunternehmen vermeldet.

Wobei «Gesundheitswesen» ein weites Feld ist: Viele dieser Neugründungen fallen auf Medizinaltechnik, informiert Heiko Visarius, Gründer und Geschäftsführer der VISARTIS Healthcare GmbH, die Start-ups in der

Medizintechnik coacht. In diesen Bereich gehören etwa Roboter für minimalinvasive Eingriffe, Diagnostik wie zum Beispiel ein smartes Armband, das Lymphödemem vorbeugen kann, und Pharma – also etwa neue Therapieansätze.

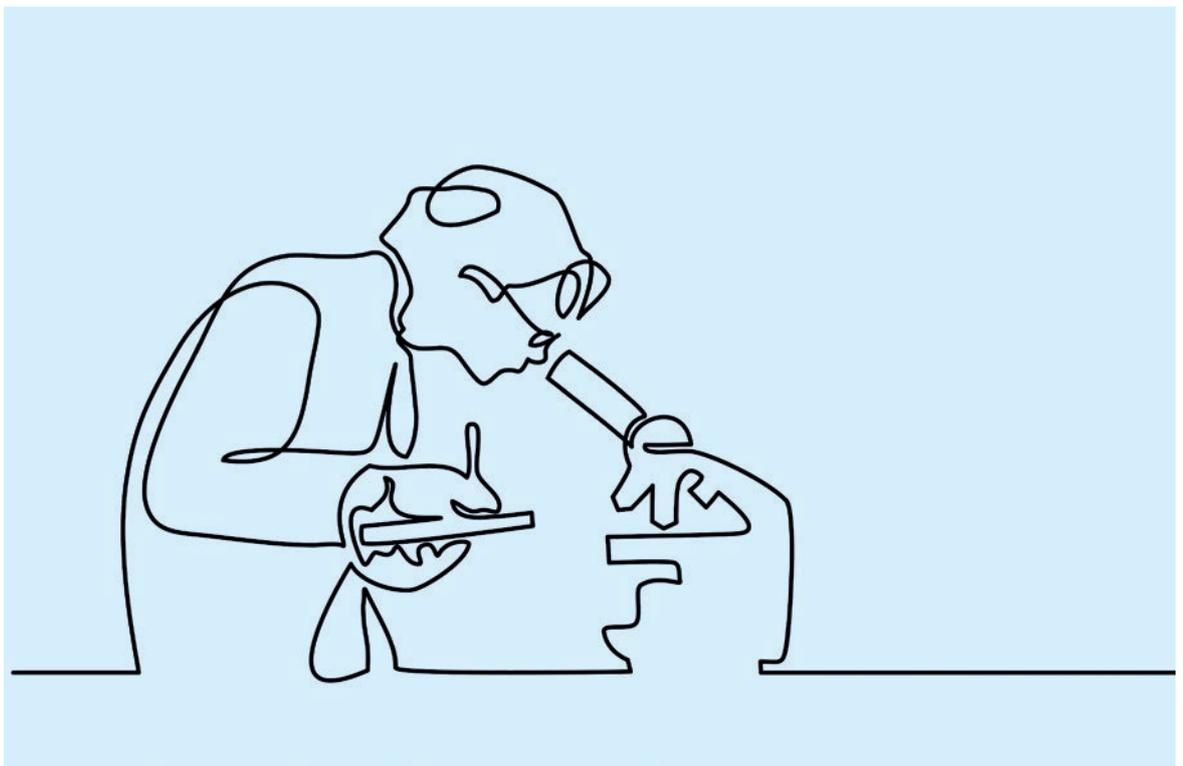
Nach seinem Ingenieurstudium doktorierte Heiko Visarius in Biomedizintechnik und war danach in leitenden (Gründer-)Positionen bei verschiedenen Unternehmen in der Medizinalbranche tätig. Auch er bestätigt, dass sich nur wenige Start-ups langfristig behaupten können.

Das braucht es für den Erfolg

Was sind aus seiner Sicht die Erfolgsfaktoren, damit es eine Idee aus dem Labor oder vom Computer auf den Markt schafft? Zunächst mal das Gründerteam. «Es braucht einen Tüftler, einen Rechner und einen, der quatscht», sagt Visarius.

«Es braucht einen Tüftler, einen Rechner und einen, der quatscht.»

Weitere Voraussetzungen bringt Visarius auf die Formel «3 I». Damit meint er Investoren, Industrialisierung und Internationalisierung. Für die Anschubfinanzierung sind es Freunde oder Familien («der reiche



Allein im Jahr 2021 wurden im Gesundheitswesen 2500 Start-ups neu gegründet.

Onkel») und Fonds, also auch Bundesmittel und Stiftungen. Auf der nächsten Stufe geht es darum, wohlhabende Private – «Business Angels» – zu gewinnen. «Die finden Sie beispielsweise in Investorenclubs.» Auf der letzten Stufe ist dann das grosse Geld, das sogenannte Risikokapital, gefragt. Im Jahr 2020 wurden in der Schweiz mehr als CHF 2,1 Milliarden in Start-ups investiert, davon 1,1 Milliarden in die «life sciences» – also Biotech (mehr als 800 Millionen), Medizintechnik und Gesundheitsinformatik, wobei die Medizintechnik einen hundertprozentigen Zuwachs verzeichnete. Neugründerinnen und Neugründer sollten aber nicht nur die Finanzierung im Kopf haben, wie Visarius

Im Jahr 2020 wurden in der Schweiz mehr als 2,1 Milliarden in Start-ups investiert, davon 1,1 Milliarden in die «life sciences».

betont: «Viele machen sich keine Gedanken darüber, wie ihr 3D-Prototyp industriell produziert werden kann.» Das zweite «I». Und schliesslich die Internationalisierung: «In der Schweiz denken viele sehr kleinräumig, im Stil von: 'Ich bleib mal hier in Bern, dann kann ich mit dem Velo zu den Kundinnen und Kunden fahren', sagt Visarius kopfschüttelnd. AlveoliX-Mitgründerin Nina Hobi hingegen denkt international: «Wir möchten, dass unser Chip zum Standard in Forschungslaboren weltweit wird», sagt sie.

Wichtiges Coaching

Solche Sätze hört Daniel Buser gerne. Der emeritierte Professor und ehemalige Direktor der Zahnmedizinischen Klinik in Bern ist Präsident des Sitem StartUp Club (SSC), einer Vermittlungsplattform zwischen Start-ups und Investorinnen und Investoren. Dabei werden Ideen zunächst auf Herz und Nieren geprüft. Sehen die Expertinnen und Experten Potenzial, werden die Anwärterinnen und Anwärter für die weiteren Schritte «fit» gemacht, also fachlich, betriebswirtschaftlich und juristisch gecoacht. Denn, wie Buser betont: «Manche Medizinerinnen und Mediziner haben wenig Ahnung von Finanzen, Ingenieurinnen und Ingenieure wissen zu wenig aus der medizinischen Praxis.» Anschliessend werden die Kandidatinnen und Kandidaten den Clubmitgliedern vorgestellt, mit dem Ziel, einen Partner oder eine Partnerin für die Finanzierung

zu finden. Apropos: Finanziert wird der SSC übrigens durch seine Mitglieder, darunter finanzkräftige «Leading Partner».

«Think big»

Dass gerade Bern in der Entwicklung von Start-ups eine wichtige Rolle spielt, ist kein Zufall. Man denke etwa an den Pionier der orthopädischen Chirurgie Maurice E. Müller oder den Zahnmediziner André Schroeder, der dazu beitrug, die Entwicklung der Zahnimplantologie auszulösen. Beide waren Berner Universitätsprofessoren in den 1970er Jahren. «Bern hatte schon immer einen sehr guten Medizinalstandort mit vielen einzelnen Topgruppen», betont denn auch Buser. «Aber man hat ihn nicht richtig verkauft und die Zusammenarbeit unter den Gruppen war nicht gut.»

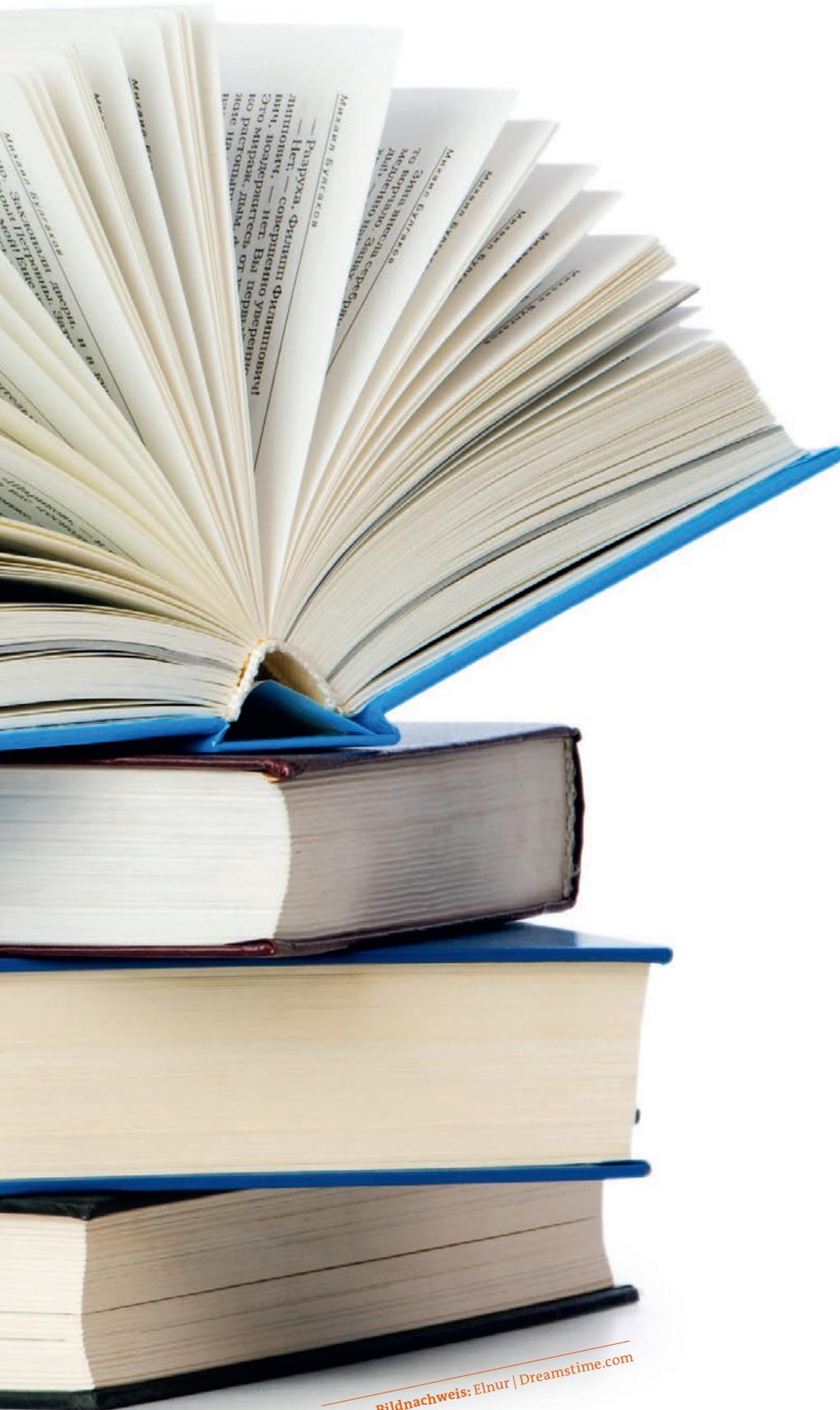
Angestossen durch den Regierungsrat des Kantons Bern wurde 2008 der Medizinalstandort Bern als strategisches Ziel definiert und seither systematisch aufgebaut. Dabei kam es zu einem Schulterschluss des Inselhospitals, der Universität Bern mit ihren zahlreichen Forschungs- und Lehrinstituten sowie der Industrie. Symbol dieses Schulterschlusses ist die sitem-insel AG, die im August 2019 eingeweiht wurde und gezielt die Umsetzung von Forschung in die Praxis fördert. Dazu wurde 2020 der Sitem StartUp Club als Investorenclub gegründet, der im vergangenen November den «Sitem MedTech Hub» für Start-ups eröffnete. Die beiden Institutionen sind auf dem Insel Campus Bern angesiedelt, einem in der Schweiz einzigartigen Medizin-Campus.

Damit will Bern laut Daniel Buser zum «führenden nationalen Medizinalstandort der Schweiz mit internationaler Ausstrahlung» aufsteigen – auch wenn die eidgenössische Konkurrenz beispielsweise mit der EPF Lausanne im Bereich Biotech gross ist und Basel im Bereich Pharmazie weiterhin der Platzhirsch ist. Doch Heiko Visarius plädiert dafür, von diesem recht eidgenössischen, regionalen Denken wegzukommen. Denn: «Es geht nicht um einen regionalen Wettbewerb, sondern um einen internationalen.»

Bildnachweis

chris robert / Unsplash
Flynt | Dreamstime.com

redaktion.saez[at]emh.ch



Ouvrage
spécialisé



Vivre avec nos morts
Delphine Horvilleur

Paris: Grasset; 2021

Traduction allemande:
Mit den Toten leben.
Berlin: Hanser; 2022

Delphine Horvilleur (1974) a commencé des études de médecine puis est devenue une rabbinne libérale. Elle publie un livre sur l'accompagnement des personnes en fin de vie et de leurs proches. L'écrivaine française y conte une douzaine d'histoires, décrivant son expérience tout en y ajoutant des réflexions de penseurs juifs: «Mon rôle est d'accompagner les endeuillés, non pas pour leur apprendre quelque chose qu'ils ne savaient déjà mais pour leur traduire ce qu'ils vous ont dit.»

Elle évoque la question des enfants et petits-enfants de personnes disparues durant la Shoah: «Ces enfants 'nés après' sont devenus les parents de leurs parents. Souvent, ils cherchent à les réparer [...] Ce syndrome de l'enfant-messie est décuplé dans les familles traumatisées.»

Même en étant quotidiennement confrontée à la mort, la rabbinne soutient qu'il n'est pas possible de s'y habituer: «Accompagner la mort des autres ne m'a pas immunisée contre l'appréhension de la croiser. Je me méfie de tous ceux qui disent qu'il existerait une méthode imparable pour l'accepter.» La mort d'un enfant, un événement particulièrement tragique: «Elle vous condamne à l'exil sur une terre que personne ne peut visiter, à part ceux à qui il est arrivé la même chose.»

J'ai été particulièrement touché par les deux derniers chapitres. L'un, poignant, sur sa participation à la grande manifestation, en novembre 1995, où le premier ministre Itshak Rabin a lancé des appels forts à la paix, quelques minutes avant d'être assassiné par un fanatique. Et celui où elle se rend dans le village alsacien d'origine de sa famille, Westhoffen, après que son cimetière a été profané en 2019.

*Dr méd. Jean Martin,
membre de la rédaction*

Bildnachweis: Elnur | Dreamstime.com

Sachbuch



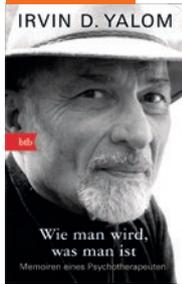
Aussergewöhnliche Facetten der Sexualität
 Psychologische, gesellschaftliche und kulturelle Phänomene
 Thomas Haenel

Berlin: Frank & Timme; 2021

Viele reden über Sex, wenige über Sexualität. Diese Spracharmut im Unerregten, die selbst Fachleute befällt, sobald es «ernst» wird, scheint besonders ausgeprägt, wenn es um «aussergewöhnliche Facetten der Sexualität» geht. Das neuste Buch von Thomas Haenel setzt hier ein gelungenes Gegenbeispiel! Das 157 Seiten umfassende Werk spannt einen weiten Bogen. Haenel schreibt u.a. über aktuelle Themen, wie z.B. «häusliche Gewalt» oder «Kirchen und Sexualität». Er beschreibt transkulturelle Phänomene wie z.B. «Koro», das Syndrom der genitalen Retraktion, oder das «Couvade-Syndrom», die symptomatische «Schwangerschaft» des Vaters. Er erläutert den Einfluss von Antidepressiva auf die Sexualität und macht auch keinen Bogen um so heikle Themen wie «sexuelle Übergriffe von Therapeuten» oder «moderne Sklaverei» in der Prostitution. Dabei ist sein Blick stets sachverständig, nie voyeuristisch. Seine Wortwahl besticht durch Eloquenz und Behutsamkeit. Diese Neuerscheinung ist kein Nachschlagewerk. Es ist ein fachlich anspruchsvolles Lesebuch. Dem Autor gelingt es, unterschiedliche «psychologische, gesellschaftliche und kulturelle Phänomene» der Sexualität zu einem leseleichten Ganzen zu vereinen. Er verbindet thematische Breite mit inhaltlicher Tiefe, wobei nicht alle Facetten der Sexualität thematisiert werden. Diejenigen jedoch, die der Autor auswählt, werden sachkundig und detailliert dargestellt. Die richtigen Worte zu finden, das ist die Kunst von Thomas Haenel.

Prof. Dr. med. Gerhard Wiesbeck, Basel

Autobiographie



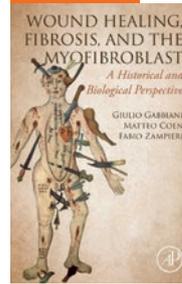
Wie man wird, was man ist
 Memoiren eines Psychotherapeuten
 Irvin D. Yalom

München: btb; 2020

Das laut eigener Aussage letzte, überwiegend autobiographische Werk – ein Taschenbuch im Miniformat – des wohl bekanntesten Romanautors der psychotherapeutischen Szene und Herausgebers des Standardwerkes zur Gruppentherapie seit 40 Jahren resümiert seinen Werdegang als Einwanderer einer jüdisch-russischen Familie nach Amerika. Irvin D. Yalom blickt jenseits der 85 auf seinen Lebensstrang zurück (eine von ihm oft angewandte Technik), lässt an der Entstehungsgeschichte seiner Romane teilhaben, nimmt auf seine Reisen während mehrerer Sabbaticals mit und beschreibt seine philosophische Anbindung vor allem in Griechenland, wo er vor vollen Sälen spricht. Seine besten Freunde und einige Berühmtheiten aus dem Kollegenkreis kommen zu Wort. Die Kämpfe der 60er Jahre mit Studentenrevolten, Menschenrechts- und Frauenfragen bilden den Hintergrund sowie seine lebenslange Beziehung zu seiner ebenfalls akademisch erfolgreichen Ehefrau. Darüber berichtet auch der Dokumentarfilm *Yalom's Cure* (deutsch: *Yaloms Anleitung zum Glücklichein*) von 2014, für den Menschen vieler Länder bis auf die Strasse anstanden. Nicht zu kurz kommt im Buch seine Arbeit mit Krebspatientinnen und -patienten, Reflexionen über den Tod und die eigene Betroffenheit am Ende des Lebens, die ihn selbst am meisten überrascht. Die Freude, das Innenleben dieses Mannes anhand vieler nicht zuletzt privater Fotos und grosser Offenheit noch besser kennenzulernen, begleitet das Lesevergnügen.

Dr. med. Dipl.-Psych. Veronika Breitler-Voigt, St. Gallen

Sachbuch



Wound Healing, Fibrosis, and the Myofibroblast
 A Historical and Biological Perspective
 Giulio Gabbiani, Matteo Coen, Fabio Zampieri

San Diego: Elsevier; 2021

Die kleine Fibel umfasst gerade mal 100 Seiten und stellt damit ein ebenso kompaktes wie gelungenes Resultat der Zusammenarbeit eines Historikers, eines Mediziners und eines Forschers dar. In insgesamt fünf Kapiteln spannen sie den Bogen vom historischen Verlauf der Wissensentwicklung bis hin zu neusten Forschungsergebnissen. Die Kapitel geben Einblick in die Themen Fibrose und zelluläre Grundlage von fibrotischem Gewebe, Wundheilung, klinisch relevante Pathologien mit Fibroseentwicklung, Zellbiologie der Myofibroblasten und schliesslich eine wissenschaftliche Zusammenfassung des Forschungsschwerpunkts der Pathologie an der Universität Genf. Fachkundig eingearbeitete historische Abbildungen aus wissenschaftlichen und künstlerischen Werken machen dieses Buch auch graphisch äusserst ansprechend. Persönlich faszinieren mich medizinhistorische Rückblicke, speziell wenn sie in Bezug gesetzt werden zur modernen Medizin. Während die wissenschaftlichen Grundlagen schon Jahrzehnte oder sogar Jahrhunderte bekannt sind – und teilweise auch wieder vergessen gehen –, werden unter der akademischen Lupe immer wieder neue Aspekte dazu sichtbar. Dabei ist interessant festzustellen, dass wir auch im Zeitalter des exponentiellen Datenwachstums häufig auf einen alten stabilen Wissenskern zurückgreifen können. Diese Fibel stellt in dieser Hinsicht eine attraktive Übersicht zur Wundheilung und Fibrose dar und lässt sich durchaus für verschiedene Fachrichtungen sehr zur Lektüre empfehlen.

Prof. Dr. med. Jan Plock, Kantonsspital Aarau

Teilen Sie Ihre literarischen Entdeckungen mit uns!

Sie haben ein interessantes Buch gelesen und möchten es einem weiteren Leserkreis vorstellen? Schicken Sie uns Ihre Buchbesprechung (max. 1500 Zeichen inkl. Leerzeichen) an: [redaktion.saez\[at\]emh.ch](mailto:redaktion.saez[at]emh.ch)

Partagez vos découvertes littéraires!

Vous avez lu un ouvrage intéressant et souhaitez en faire profiter d'autres lecteurs? Envoyez-nous votre critique littéraire (max. 1500 signes, espaces compris) à: [redaction.bms\[at\]emh.ch](mailto:redaction.bms[at]emh.ch)

Was bleibt?

Daniel Schröpfer

Dr. med., Stadtarzt Zürich, Vorstand Verein der Leitenden Spitalärzte der Schweiz (VLSS), Redaktionsmitglied



Aktuell dürfte die überwiegende Anzahl der Lesenden von den deutlich gelockerten Massnahmen (nach?) Covid-19 profitieren. Natürlich weiss ich nicht, wie sich das Geschehen entwickeln wird und wo wir in vier Wochen stehen mit einer eventuell neuen Variante, wenn dieser Artikel veröffentlicht wird ... Dank der ansteigenden Temperaturen und der Abnahme der feucht-kalten Witterung haben wir gute Chancen, das Frühjahr geniessen zu dürfen.

Die aktuelle Situation habe auch ich genutzt für eine Auszeit Anfang März – einige Begegnungen möchte ich mit Ihnen teilen. Für Pandemie-Müde würde ich nun zum Cartoon wechseln ...

Nach knapp zwei Jahren Pandemie ist es für mich noch immer verwunderlich, wie unterschiedlich Masken getragen werden. Von einer Mund-Nasen-Bedeckung kann in diversen Fällen nicht gesprochen werden, wenn ich meine tägliche Fahrt zur Arbeit rekapitulieren lasse.

Natürlich ist es unangenehm, mit einer Mund-Nasen-Bedeckung, doch eine freie Nase ist im Hinblick auf die Virusverbreitung wohl wenig hilfreich. Kürzlich habe ich erleben dürfen, dass Personen während des Gesprächs im ÖV ihre Masken abgezogen haben.

Nach knapp zwei Jahren Pandemie ist es für mich noch immer verwunderlich, wie unterschiedlich Masken getragen werden.

Die getragene Maske dient aber auch wieder dazu, dass die «Abstände verkürzt» werden. Das Einsteigen in die Verkehrsmittel hat sich für mich verändert, die Nähe ist wieder gegeben. So gelingt es mir häufiger, das Duftwasser meiner Nachbarin oder meines Nachbarn wahrzunehmen. Beim Aussteigen fehlen wieder die Ruhe und Distanz – auch hier kommt man sich wieder nahe.

Das Versorgen der Masken – eine interessante Angelegenheit. Wie klein und beweglich die Fasern sind und welche Formen diese annehmen können. Leider gibt es auch hier wenig schmeichelhafte Vorbilder, die auf den einschlägigen Kanälen millionenfach geteilt wurden.

Ist es uns als Gesellschaft (noch immer) zu wenig bewusst geworden, dass diese Masken nicht nur einen Selbstschutz, sondern auch einen Schutz anderen gegenüber leisten? Die Einschnitte der letzten zwei Jahre waren für meine Patientinnen und Patienten, mein Umfeld und mich gross – doch was bleibt?

Ist es uns als Gesellschaft zu wenig bewusst, dass die Masken auch einen Schutz anderen gegenüber leisten?

Es scheint, dass die «neue Freiheit» in Sorglosigkeit münden kann und ich sehe hier potentielle Gefahren. Wir dürfen uns glücklich schätzen, dass uns Ereignisse wie in Bergamo (Italien) nicht in diesem Ausmass ereilten. Kolleginnen und Kollegen aus dem Tessin konnten mir letztes Jahr einen Eindruck davon vermitteln, wie herausfordernd die Situation war.

Es sind so viele kleine Puzzleteile, die wir mehr oder weniger beeinflussen können. Doch was wir beeinflussen können – dies sollten wir nutzen und für eine bestmögliche Umsetzung sorgen.

Das betrifft nicht nur das Tragen von Masken, sondern auch, dass wir uns bei Krankheitssymptomen nicht auf der Arbeit zeigen – zum Schutz unserer Patientinnen und Patienten, Mitarbeitenden und uns selbst. Jeder und jede von uns kann hierzu beitragen.

Ihnen wünsche ich in den nächsten Tagen und Wochen viele gesellige Stunden im Kreise Ihrer Familie und Freunde.

daniel.schroepfer[at]
zuerich.ch



www.annahartmann.net