

Schweizerische Ärztezeitung

533 Editorial
von Christoph Bosshard
**Spielregeln in letzter
Minute geändert**

537 FMH
**Beschlussprotokoll
der ausserordentlichen
Ärztékammer 2022**

578 «Zu guter Letzt»
von Julia Rippstein
**Die Wunden des Krieges
versorgen**

565 Zwei Jahre Pandemie – eine Zwischenbilanz
«Der Fachkräftemangel ist das Long Covid der Spitäler»



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: Christoph Bosshard

533 **Spielregeln in letzter Minute geändert**

QUALITÄT: Michelle Gerber, Esther Kraft, Christoph Bosshard

534 **Langjähriges Engagement zur Qualitätssicherung und -entwicklung**

ÄRZTEKAMMER: Claudia Marthaler

537 **Beschlussprotokoll der ausserordentlichen Ärztekammer 2022**

CAMERA MEDICA: Claudia Marthaler

540 **Verbale delle decisioni della Camera medica straordinaria 2022**

545 **Personalien**

Weitere Organisationen und Institutionen

UNIVERSITÄT BERN: Christof Schmitz, Peter Berchtold

546 **Qualität im Spannungsfeld von Management und Medizin**

Briefe / Mitteilungen

552 **Briefe an die SÄZ**

554 **Facharztprüfungen / Mitteilungen**

Wichtige Sicherheitsinformationen

555 **Anagrelid: Thromboserisiko einschliesslich Hirninfarkt nach abruptem Absetzen der Behandlung**

556 **Chargenrückruf von Atenolol-Mepha® 25 mg Lactab® OP 100, Charge X15124F (Zulassungsnummer 50075)**


FMH Services

557 **Seminare / Séminaires / Seminari**

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

Tribüne

THEMA: Redaktionsteam *Schweizerische Ärztezeitung*

- 565  **Hausärzteschaft, Psychiatrie, Chirurgie: ihre Bilanz der Pandemie** Die Corona-Pandemie hat das Schweizer Gesundheitssystem erschüttert. Zwei Jahre nach Beginn der Krise normalisiert sich die Situation allmählich: Zeit, Bilanz zu ziehen. Wie haben die verschiedenen medizinischen Fachrichtungen die Pandemie erlebt und bewältigt? Welchen Herausforderungen sind sie begegnet? Welche Lehren konnten sie daraus ziehen? Wir haben fünf Ärztinnen und Ärzte befragt.

STANDPUNKT: Carmelo-Domenico Liberati, Caroline Mengin

- 569 **Gestion du COVID-19 vécue par un service de la santé au travail**

STANDPUNKT: René Jaccard, Cristian Martucci, Matthias Steinemann, Jean-Luc Gérard

- 573 **Wo ein Wille, da ein Weg**

Horizonte

BUCHBESPRECHUNGEN: Jean Martin

- 575 **Les femmes ne sont pas malades comme les hommes**

AUSSTELLUNG: Rahel Gutmann

- 576 **Gebrechlich und faszinierend: Der menschliche Körper**

Zu guter Letzt

Julia Rippstein

- 578 **Die Wunden des Krieges versorgen**



EVE STOCKHAMMER

Impressum

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

Verlag: EMH Schweizerischer Ärzte-
verlag AG, Farnsburgerstrasse 8,
4132 Muttentz, 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-
ziell – Keine Bearbeitung 4.0 inter-
national» das zeitlich unbeschränkte
Recht zu gewähren, das Werk zu ver-
vielfältigen und zu verbreiten und
öffentlich zugänglich zu machen.
Der Name des Verfassers ist in jedem
Fall klar und transparent auszuweisen.
Die kommerzielle Nutzung ist nur mit
ausdrücklicher vorgängiger Erlaubnis
von EMH und auf der Basis einer
schriftlichen Vereinbarung zulässig.

Hinweis: Alle in dieser Zeitschrift pub-
lizierten Angaben wurden mit der
grössten Sorgfalt überprüft. Die ange-
gebenen Dosierungen, Indikationen
und Applikationsformen, vor allem
von Neuzulassungen, sollten in jedem

Fall mit den Fachinformationen der
verwendeten Medikamente verglichen
werden.

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

printed in
switzerland



Titelbild:
© Isaac Quesada / Unsplash

Q-Verträge und Inventarerhebung

Spielregeln in letzter Minute geändert

Christoph Bosshard

Dr. med., Vizepräsident der FMH, Departementsverantwortlicher Daten, Demographie und Qualität



Vor vier Jahren hat die Schweizer Nationalmannschaft das Finalspiel der Eishockey-WM äusserst knapp verloren. Dementsprechend gross war die Enttäuschung, aber etwas später auch der Stolz auf das Erreichte.

Bezüglich der Verhandlungen des Qualitätsvertrags gemäss Art. 58a KVG müssen wir nach Ablauf der vom Gesetzgeber definierten Frist nun feststellen, dass wir das Ziel einer fristgerechten gemeinsamen Einreichung des Qualitätsvertrags zusammen mit unseren Vertragspartnern der Versichererverbände nicht erreichen können. Nach intensiven Verhandlungen, in welchen die Verhandlungsdelegationen Lösungen gefunden haben, die mit einer deutlichen Annahme der FMH-Delegiertenversammlung bestätigt wurden, wurde das Resultat dann leider von den Versichererverbänden abgelehnt. Dieser Schiffbruch in letzter Minute unterscheidet sich in einem wesentlichen Punkt vom eingangs genannten Beispiel: In letzter Minute wurden nämlich vom Bundesrat die Spielregeln geändert! Nachdem die Ressourcenfrage wiederholte Male auch gegenüber dem BAG als ungelöste Herausforderung thematisiert wurde, konnten in den Verhandlungen mit den Versichererverbänden Lösungen aufgezeigt werden. Mit grosser Befremdung mussten wir allerdings am 11. März 2022 zur Kenntnis nehmen, dass sich die durch die Qualitätsstrategie vorgegebenen Spielregeln, durch das BAG initiiert und durch den Bundesrat verabschiedet, rund zwei Wochen vor Ablauf der Frist zur Eingabe dermassen geändert haben, dass dadurch ein Abschluss der Vertragsverhandlungen bzw. eine fristgerechte Einreichung des Vertrags beim Bundesrat verunmöglicht respektive massgeblich verzögert wurde. Dies betrifft primär die Formulierung in Kapitel 4 auf Seite 19 der bundesrätlichen Qualitätsstrategie (www.bag.admin.ch/bag/de/home/strategie-und-politik/nationale-gesundheitsstrategien/qualitaetsstrategie-krankenversicherung.html), welche wie folgt lautet und aus Sicht der FMH wie auch zahlreicher weiterer Leistungserbringerverbände ersatzlos gestrichen werden soll: *«Damit Leistungen von der OKP vergütet werden, wird vom Gesetzgeber vorausgesetzt, dass diese die notwendige Qualität aufweisen. Die notwendige Qualität schliesst auch die Qualitätsentwicklung ein. Die Qualitätsentwicklung ist somit bereits Teil der durch die OKP vergüteten Leistungen. Eine zusätzliche Finanzierung von Qualitätsmassnahmen auf der Meso- und Mikroebene ist*

damit nicht vorgesehen.» Diese Passage war so in den bisherigen Versionen der Qualitätsstrategie nicht enthalten und verändert die Rahmenbedingungen erheblich. Und dies in einer inhaltlichen Art und Weise, die für die FMH schlicht nicht nachvollziehbar ist. Wenn behauptet wird, dass die Qualitätsentwicklung bereits Teil der durch die OKP vergüteten Leistungen ist, und damit die Finanzierung von entsprechenden Qualitätsmassnahmen nicht vorgesehen wird, so ist dies nicht korrekt, ausser der Gesetzgeber hätte ohne Notwendigkeit und Inhalt legiferiert. Auf Seite 18 des Kapitels 4 wird festgehalten: *«Die Leistungserbringer tragen auf der Mikroebene die Verantwortung für die Durchführung einer qualitativ hochstehenden Leistung. Gleichzeitig werden sie durch die neuen Bestimmungen zur Qualitätsentwicklung ebenfalls stärker in die Pflicht genommen.»* Neu geforderte Massnahmen und Verpflichtungen auf

Die Spielregeln haben sich zwei Wochen vor Ablauf der Frist dermassen geändert, dass ein Abschluss der Vertragsverhandlungen verunmöglicht wird.

Basis eines neuen gesetzlichen Artikels können unmöglich im bereits seit Jahren bestehenden Tarif (bzw. in den Krankenpflege-Leistungsverordnung[KLIV]-Beiträgen) abgebildet und eingepreist sein. Die Leistungserbringerverbände bestreiten in keiner Art und Weise, dass die Qualität der erbrachten Leistungen geschuldet ist. Die Umsetzung der Qualitätsverträge generiert jedoch bei den einzelnen Leistungserbringern (Mikroebene) wie auch bei deren Verbänden (Mesoebene) erhebliche Mehraufwände, sowohl inhaltlich wie auch administrativ, welche zusätzlich vergütet werden müssen, wenn die Ziele des Bundesrates erreicht werden sollen.

Die reichhaltigen Qualitätsaktivitäten der Organisationen der FMH finden Sie, sehr verehrte Leserinnen und Leser, in dieser Ausgabe der *Schweizerischen Ärztezeitung* ausgewiesen. Die FMH setzt sich damit für sinnbildende Lösungen ein und zählt auf den Realitätsinn der Politik, diese mit tragbaren Rahmenbedingungen auch für eine Umsetzung möglich zu machen. Damit wir wieder im Spiel sind und irgendwann einmal auch hier über das schliesslich gemeinsam Erreichte stolz sein können!

Langjähriges Engagement zur Qualitätssicherung und -entwicklung

Michelle Gerber^a, Esther Kraft^b, Christoph Bosshard^c

^a lic. phil. hum., wissenschaftliche Mitarbeiterin DDQ/SAQM; ^b lic. rer. oec., Leiterin Abteilung DDQ; ^c Dr. med., Vizepräsident der FMH, Departementsverantwortlicher DDQ/SAQM

Seit neun Jahren erhebt die SAQM jährlich die aktuellen und geplanten Qualitätsaktivitäten der schweizerischen Ärzteorganisationen. Die Daten der Inventarerhebung von Anfang 2022 zeigen ein vielfältiges Engagement der Ärzteorganisationen zur Qualitätssicherung und -entwicklung sowie einen anhaltenden Trend zur organisationalen Verankerung der Qualitätsarbeit und Förderung der Transparenz.

Die Schweizerische Akademie für Qualität in der Medizin SAQM (www.saqm.ch) der FMH fördert seit 2012 die medizinische Qualitätsarbeit und vernetzt und koordiniert die Qualitätsaktivitäten der schweizerischen Ärzteorganisationen. Für die SAQM ist es deshalb zentral zu wissen, welche Ärzteorganisationen sich mit welchen Qualitätsaktivitäten beschäftigen. Seit 2013 erhebt die SAQM mit der Inventarerhebung jährlich die entwickelten, empfohlenen und geplanten standardisierten Qualitätsaktivitäten der schweizerischen Ärzteorganisationen mit einem vergleichbaren Onlinefragebogen. Ziel ist, innerhalb der Ärzteschaft Synergien und vorhandenes Know-how optimal zu nutzen.

Bei den neuen gesetzlichen Vorgaben zur Qualitätssicherung (Art. 58g KVV¹) und Qualitätsentwicklung (Art. 58a KVG²) ist es zentral, dass bestehende Qualitätsaktivitäten einbezogen und auf diesen aufgebaut wird. Die Inventarerhebung liefert eine wichtige datenbasierte Grundlage dafür.

Qualitätsaktivitäten Anfang 2022

Die Inventarerhebung 2022 fand vom 18. Januar bis 13. März 2022 statt und wurde von 60 der 85 angeschriebenen Ärzteorganisationen beantwortet. Dies entspricht einer Rücklaufquote von 71%. Teilgenommen haben 34 Fachgesellschaften (79% der Angeschriebenen) sowie 15 (68%) kantonale Ärzteorganisationen und 11 (55%) weitere Ärzteorganisationen, wie z.B. Dachorganisationen.

Die Ärzteorganisationen hatten in allen erfragten Bereichen Qualitätsaktivitäten entwickelt oder Empfehlungen dazu erarbeitet (siehe Abb. 1). Bei 57% wurde das Engagement in Form einer eigenen Qualitätskommission und bei 67% in Form einer Qualitätsstrategie in den Strukturen der Ärzteorganisationen verankert. Besonders häufig engagierten sich die Ärzteorganisationen in den Bereichen Guidelines, kollegiale Aktivitäten (z.B. Qualitätszirkel), Betriebs- und Patientensicherheit, medizinische Register, standardisierte Qualitätsinstrumente im Bereich Fortbildung (z.B. Anwendung eines standardisierten Wissenstests). Eigene Qualitätsaktivitäten entwickelt hatten die Ärzteorganisationen am häufigsten in den Bereichen Guidelines, medizinische Register, smartere Medicine und Betriebs- und Patientensicherheit.

79% der Fachgesellschaften hatten eine Qualitätskommission und 73% hatten eine Qualitätsstrategie entwickelt. Sie setzten am häufigsten Qualitätsaktivitäten

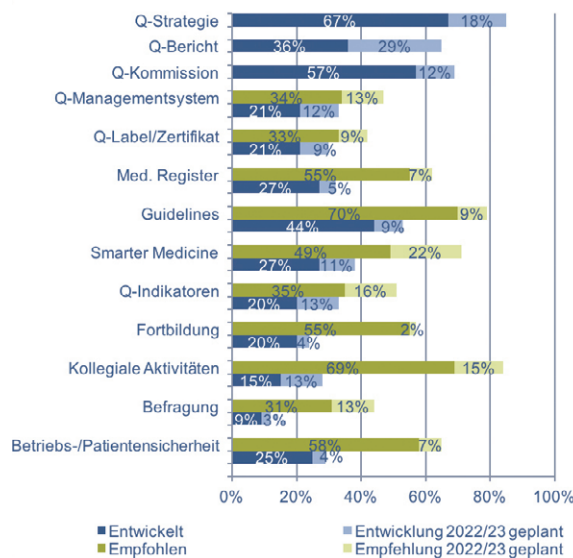


Abbildung 1: Anzahl Ärzteorganisationen mit entwickelten, empfohlenen und geplanten standardisierten Qualitätsaktivitäten 2022 (N = 60).

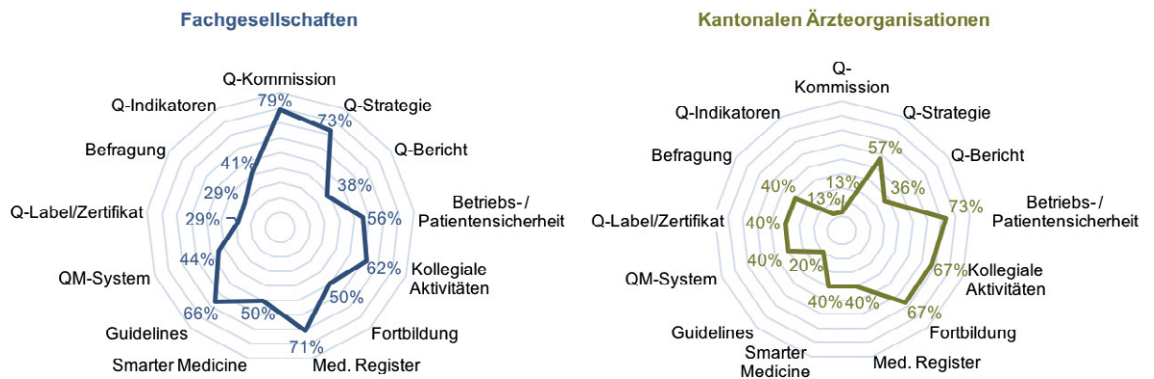


Abbildung 2: Qualitätsaktivitäten von Fachgesellschaften (N = 34) und kantonalen Ärzteorganisationen, KÄO (N = 15).

in den Bereichen Register, Guidelines und kollegiale Aktivitäten um (siehe Abb. 2). Die kantonalen Ärzteorganisationen engagierten sich am häufigsten in den Bereichen Betriebs- und Patientensicherheit, kollegiale Aktivitäten und Fortbildung.

Ärzterschaft setzt sich für Transparenz ein

Neben einer Übersicht über den aktuellen Stand der Qualitätsaktivitäten der schweizerischen Ärzteorganisationen erlaubt die Inventarerhebung aufgrund der langjährigen Durchführung auch eine Analyse der Entwicklung der Qualitätsaktivitäten. Dazu wurde ein Längsschnittdatensatz aus denjenigen 30 Ärzteorganisationen (19 Fachgesellschaften, 6 kantonale Ärzteorganisationen und 5 weitere Ärzteorganisationen) erstellt, welche an allen der vier letzten Erhebungen (2019–2022) teilgenommen hatten.

Ein Überblick in Abbildung 3 zeigt, dass in den letzten Jahren bei den Ärzteorganisationen der Schwerpunkt

insbesondere bei der organisationalen Verankerung der Qualitätsarbeit und der Herstellung von Transparenz gegen aussen lag. Dies zeigt der steigende Anteil von Ärzteorganisationen mit einer Qualitätskommission und einer Verdoppelung der Anzahl Ärzteorganisationen mit einer Qualitätsstrategie und einem Qualitätsbericht innerhalb der letzten vier Jahre.

Vorangetrieben wurde diese Entwicklung durch die 2016 verabschiedete Qualitäts-Charta der SAQM. Sie ist eine Willensbekundung zur Kooperation und Vernetzung in Qualitätsfragen in der Schweiz und hält Grundsätze für Qualität in der Medizin schriftlich fest. Zentrale Elemente sind Transparenz, Verbindlichkeit sowie Nachhaltigkeit. Die 76 unterzeichnenden Ärzteorganisationen (Stand 1. April 2022) verpflichten sich, mit einer Qualitätsstrategie festzuhalten, wie sie ihre Qualitätsarbeit weiterentwickeln wollen, und mit einem Qualitätsbericht ihre Fortschritte darzulegen. Die Qualitätsstrategien und -berichte werden von der SAQM transparent veröffentlicht: www.saqm.ch → Qualitäts-Charta.

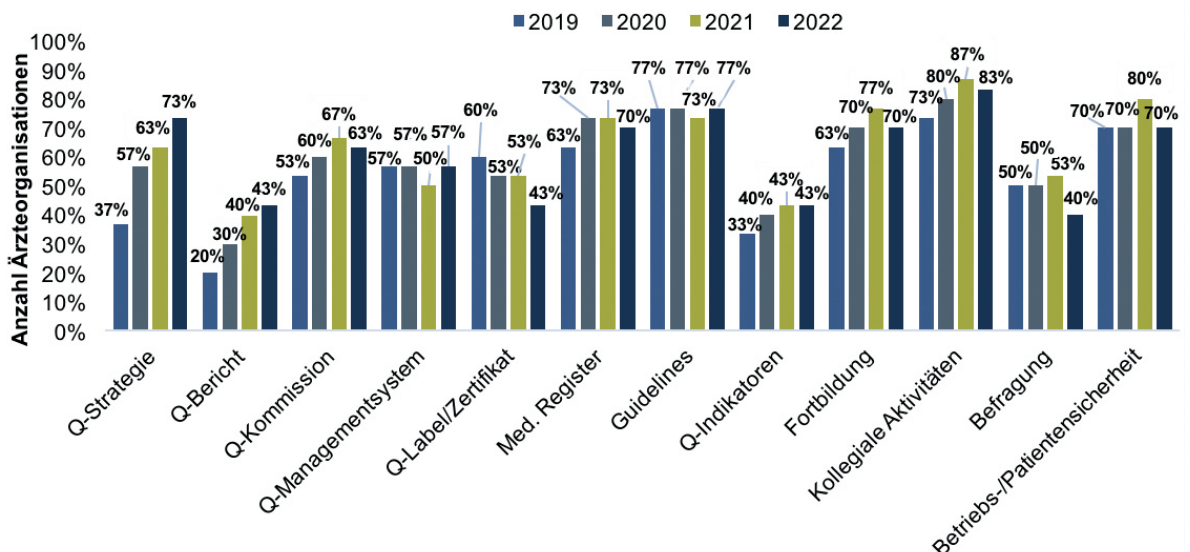


Abbildung 3: Prozentanteil Ärzteorganisationen mit empfohlenen oder entwickelten standardisierten Qualitätsaktivitäten 2019–2022 (N = 30).

Über die letzten vier Jahre hatten zunehmend mehr Ärzteorganisationen entwickelte oder empfohlene standardisierte Qualitätsaktivitäten in den Bereichen Qualitätsindikatoren, kollegiale Aktivitäten, medizinische Register und standardisierte Qualitätsinstrumente im Bereich Fortbildung. In den Bereichen Qualitätsmanagementsysteme, Guidelines und Betriebs- und Patientensicherheit blieb das Engagement der Ärzteorganisationen über die Zeit konstant. Qualitätslabels/-zertifikate – und in der Tendenz auch Befragungen – scheinen hingegen eher an Bedeutung zu verlieren.

Ausblick auf geplante Qualitätsaktivitäten

Mit der Inventarerhebung befragt die SAQM die Ärzteorganisationen nicht nur zu den aktuellen Qualitätsaktivitäten, sondern auch zu den Qualitätsaktivitäten, welche im jeweils aktuellen und kommenden Jahr geplant sind. Abbildung 4 zeigt die Schwerpunktsetzung der Ärzteorganisationen für ihre zukünftige Qualitätsentwicklung im Jahr 2022/23. Auch die geplanten Qualitätsaktivitäten zeigen, dass sich der Trend zur Förderung der Transparenz und zur organisationalen Verankerung der Qualitätsarbeit der Ärzteorganisationen unvermindert fortsetzt.

Im Rahmen der 2014 in der Schweiz von der Schweizerischen Gesellschaft für Allgemeine Innere Medizin (SGAIM) lancierten und inzwischen interprofessionell ausgerichteten Initiative smarter medicine (www.smartermedicine.ch) veröffentlichten Fachgesellschaften sogenannte Top-5-Listen. Mit diesen werden fünf medizinische Massnahmen festgelegt und veröffentlicht, welche in der Regel Patientinnen und Patienten mehr schaden als nützen. Smarter medicine wurde von den Fachgesellschaften am zweithäufigsten als geplante Qualitätsaktivität genannt. Bei den kantonalen Ärzteorganisationen waren Empfehlungen zu

smarter Medicine die am häufigsten geplante Qualitätsaktivität.

In den vergangenen Jahren ist die Erwartung gestiegen, über mehr Daten zur Gesundheitsversorgung zu verfügen. Unter anderem auch in Form von Qualitätsindikatoren [1, 2]. So werden im revidierten Art. 58a KVG die Leistungserbringer und Versicherer verpflichtet, in den Qualitätsverträgen die Qualitätsmessungen zu regeln. Die Ärzteorganisationen haben diese Erwartung aufgenommen und setzten sich deshalb zunehmend mit Qualitätsindikatoren auseinander. Zum Beispiel hat die SGAIM jeweils sechs Qualitätsindikatoren für den ambulanten und stationären Bereich publiziert [3, 4].

Diskussion

Mit der Erhebung der Qualitätsaktivitäten der schweizerischen Ärzteorganisationen verfügt die SAQM über eine wichtige Datengrundlage für ihre vernetzende und koordinierende Arbeit unter den Ärzteorganisationen. Die Inventarerhebung erlaubt es durch ihre langjährige Durchführung in einzigartiger Weise, vergangene und zukünftige Trends in der Entwicklung der Qualitätsaktivitäten der Ärzteorganisationen aufzuzeigen. Durch die Publikation der Ergebnisse der Inventarerhebung stellt die SAQM der Eidgenössischen Qualitätskommission und den Partnerorganisationen des Gesundheitswesens diese zentrale Grundlage transparent zur Verfügung. Denn für die Umsetzung der neuen gesetzlichen Vorgaben zur Qualitätssicherung (Art. 58g KVV) und Qualitätsentwicklung (Art. 58 KVG) ist es zentral, dass auf den bestehenden Aktivitäten und der Erfahrung der Ärzteorganisationen mit deren praktischen Umsetzung aufgebaut wird.

Das Qualitätsengagement der Ärzteorganisationen ist eine essenzielle Grundlage für die alltägliche Arbeit der Ärztinnen und Ärzte zu einer bestmöglichen Versorgung der Patientinnen und Patienten. Die Resultate der Inventarerhebung zeigen, dass sich zahlreiche Ärzteorganisationen deshalb seit langem in vielen verschiedenen Bereichen für die Qualitätssicherung und Qualitätsentwicklung engagieren. Deutlich sichtbar wird dabei der Impuls durch die 2016 lancierte Qualitäts-Charta der SAQM zu mehr Transparenz, Verbindlichkeit und Nachhaltigkeit der Qualitätsentwicklung. Die Daten zeigen ausserdem, dass die Ärzteorganisationen aktuelle politische Anliegen – wie z.B. eine Verminderung von unnötigen Leistungen oder einer Forderung nach Erhebung von Qualitätsindikatoren – aufnehmen, sich damit auseinandersetzen und praktische Umsetzungsmöglichkeiten suchen.

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



FMH/SAQM, Elfenstrasse 18
CH-3000 Bern 16
Tel. 031 359 11 11
[saqm\[at\]fmh.ch](mailto:saqm[at]fmh.ch)

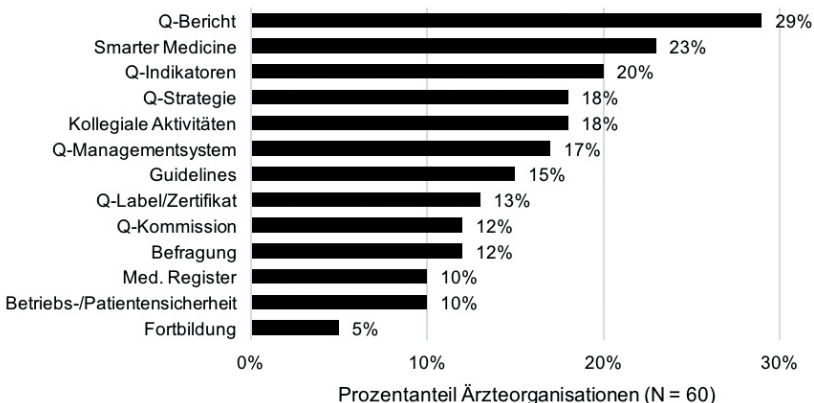


Abbildung 4: Anteil der Ärzteorganisationen mit geplanten Qualitätsaktivitäten für 2022/23 zum Erhebungszeitpunkt Anfang 2022.

Virtuell aus Bern, 3. März 2022

Beschlussprotokoll der ausserordentlichen Ärztekammer 2022

Claudia Marthaler

Abteilung Gremienverwaltung und Stab (GVS)



Der Zentralvorstand der FMH (v.l.n.r.): Alexander Zimmer, Jana Siroka, Carlos B. Quinto, Yvonne Gilli, Christoph Bosshard. Es fehlt auf dem Bild: Urs Stoffel.

Donnerstag, 3. März 2022

1. Begrüssung und Mitteilungen

Nach Erreichen des Quorums eröffnet *Dr. med. Yvonne Gilli / Präsidentin FMH* die virtuelle, ausserordentliche Ärztekammer 2022, die aus der Elfenstrasse in Bern übertragen wird. Sie heisst alle Delegierten herzlich willkommen. Die Sitzung beginnt mit einer Schweigeminute in Gedenken an die leidenden Menschen in der Ukraine.

Nicole Furgler / Generalsekretärin ad interim FMH und Leiterin Abteilung Gremienverwaltung und Stab informiert, dass am Mittwoch, 2. Februar 2022, die Einladung zur ausserordentlichen Ärztekammersitzung verschickt wurde. Die Präsenzliste ist via myFMH zu finden. Die antrags- und mitspracheberechtigten Delegierten sowie die Sitzungsteilnehmenden ohne Stimm- und Wahlrecht sind per Live-Stream der Sitzung zugeschaltet. Wortmeldungen können diese via E-Mail machen, welche dann verlesen werden. Sie weist auf die verschiedenen Hotlines hin.

Nicole Furgler / Generalsekretärin ad interim und Leiterin Abteilung Gremienverwaltung und Stab FMH macht die weiteren üblichen organisatorischen Mitteilungen.

Die Sitzung beginnt mit einer Probeabstimmung und anschliessend wird das Büro bestellt. Dieses besteht aus der Präsidentin, dem Vizepräsidenten und der Generalsekretärin. *Julien Duruz / Rechtsdienst FMH* und *Dominik Kreuter / Abteilungsleiter ICT* bilden die Co-Leitung des Wahlbüros; *Ciro Papini / Rechtsdienst* unterstützt diese als Stellvertreter.

Gäste

Als ausschliessliche Gäste begrüsst die Präsidentin die Kandidierenden, die nicht Mitglied der Ärztekammer sind. Dies sind Frau Dr. med. Murielle Mormont, die vor Ort anwesend ist, und Herr Dr. med. Philipp Spring, der virtuell an der Sitzung teilnimmt.

Stimmzählende

Als Stimmzählende schlägt *Yvonne Gilli / Präsidentin FMH* Frau Esther Hilfiker, Präsidentin Berner Ärztegesellschaft, und *Caroline Hartmann, Rechtsdienst FMH* vor.

Antrag

Genehmigung der Stimmzählenden

Beschluss

Die Stimmzählenden werden mit grosser Mehrheit gewählt.



Nicole Furgler, Generalsekretärin a.i. FMH und Leiterin Abteilung Gremienverwaltung und Stab.

Traktandenliste

Yvonne Gilli / Präsidentin FMH schlägt vor, das durch den Rücktritt von Michel Matter frei gewordene Vizepräsidentium erst an der Ärztekammer im Herbst 2022 neu zu besetzen, damit die Zeit zur Einarbeitung und zur Konsolidierung des neu zusammengesetzten Zentralvorstands genutzt werden kann.

Sie informiert über einen zusätzlich eingegangenen Antrag zur aktuellen Entwicklung in der Ukraine. Über die Annahme dieses Diskussions-Traktandums wird nach der Wahl entschieden.

Antrag

Genehmigung der Traktandenliste

Beschluss

Die Traktandenliste wird mit grosser Mehrheit angenommen.

Festlegung Tagungsende

Gemäss Art. 11 Abs. 3 GO legt die ÄK zu Beginn jeder Sitzung den Zeitpunkt fest, nach dessen Ablauf weder Beschlüsse gefasst noch Wahlen vollzogen werden dürfen. Die Präsidentin schlägt als Tagungsende 17.20 Uhr vor.

Antrag

Als Tagungsende wird 17.20 Uhr festgelegt. Nach 17.20 Uhr dürfen weder Beschlüsse gefasst noch Wahlen vollzogen werden.

Beschluss

Der Antrag wird mit grosser Mehrheit angenommen.

Ordnungsantrag – Redezeitbeschränkung

Für die Behandlung der Traktanden der heutigen ÄK gilt eine Redezeitbeschränkung von zwei Minuten für Einzelredner. Keine Beschränkung gilt für die Präsidentin, den von ihr bezeichneten Vertreter der jeweiligen stimm- oder antragsberechtigten Ärzteorganisation, für den Sprecher des ZV.

Beschluss

Der Antrag wird mit grossem Mehr angenommen.

Yvonne Gilli / Präsidentin FMH weist darauf hin, dass für die Vorstellung der Kandidierenden eine Redezeit von fünf Minuten gilt.

1.1 Einführung der Präsidentin

Yvonne Gilli / Präsidentin FMH informiert über die Aufgaben des Zentralvorstands. Mit seinen sieben Abteilungen fungiert der Zentralvorstand als Exekutivbehörde und arbeitet nach dem Prinzip der Kollegialität und der Seniorität. Sie weist auf die Rolle des neuen Mitgliedes im Zentralvorstand als Bindeglied zwischen der Strategie und der internen und externen Umsetzung hin. Die Arbeit im Zentralvorstand erfordert Zeit, Flexibilität, politische Kenntnisse und Erfahrung.



Die FMH-Präsidentin, Yvonne Gilli, führt durch die Ärztekammer.

Sie fordert die Delegierten der Ärztekammer auf, die Aktivitäten der FMH in der Ärzteschaft bekanntzumachen und die Kolleginnen und Kollegen für aktuelle politische Entwicklungen zu sensibilisieren. Dafür stehen verschiedene Informationskanäle der FMH zur Verfügung.

Sie präsentiert die aktuellen politischen Herausforderungen der FMH. Der Nationalrat hat den Artikel 47c, welcher verlangt, dass sich die Tarifpartner auf eine Kostenobergrenze einigen, erneut in das Kostendämpfungspaket aufgenommen. In der aktuell vorliegenden Form ist der Artikel 47c für die FMH inakzeptabel, da er zu einer Fehlversorgung und Zweiklassenmedizin für die Patienten und Patientinnen führen würde. Die FMH bereitet sich deshalb auf ein mögliches Referendum vor, arbeitet aber im Parlament weiterhin auf eine tragbare Kompromisslösung hin.

Eine weitere Herausforderung ist die Initiative für eine Kostenbremse und mit ihr das Kostenziel als indirekter Gegenvorschlag. Die FMH hatte die Möglichkeit, ihre Position darzulegen. Die FMH empfahl, die Volksinitiative abzulehnen und auf die Zielvorgabe für das Kostenwachstum in der OKP nicht einzutreten. Der Gegenvorschlag befindet sich zurzeit in der Beratung in der Gesundheitskommission des Nationalrates.

Weiter berichtet *Yvonne Gilli / Präsidentin FMH* über den aktuellen Stand der Tarifstruktur TARDOC und den Art. 58 KVG.

2. Ersatzwahl in den FMH-Zentralvorstand

Infolge des Rücktritts von Michel Matter aus dem Zentralvorstand ist eine Ersatzwahl für die laufende Legislatur 2020–2024 erforderlich.

Die Ärztekammer hat gemäss Art. 30 Abs. 2 Bst. n der Statuten insbesondere die Aufgabe, die Mitglieder des Zentralvorstands der FMH zu wählen. Nach Art. 48 der Statuten werden die Mitglieder des ZV von der Ärztekammer für die Dauer von vier Jahren gewählt. Wiederwahl ist zweimal möglich. Angebrochene Amtsperioden zählen ab dem zweiten Amtsjahr als ganze. Die Ärztekammerdelegierten haben das Recht, Wahlvorschläge einzureichen.

Zur Wahl stellen sich folgende Kandidierenden

(in alphabetischer Reihenfolge)

- Eggimann Philippe, 1960, Sullens VD
- Mormont Murielle, 1982, Brent VD
- Scacchi Filippo, 1973, Locarno TI
- Spring Philipp, 1979, Lutry VD

Wahlresultat 1. Wahlgang

Gültige Stimmzettel 137; absolutes Mehr 69

Gewählt als ZV-Mitglied ist

- Eggimann Philippe 90

Zusätzlich haben Stimmen erhalten

- Mormont Murielle 17
- Scacchi Filippo 19
- Spring Philipp 8
- Lehky Hagen Monique 1
- Spechbach Hervé 1
- Becker Dagmar 1



Christoph Bosshard, Vizepräsident der FMH und Departementsverantwortlicher Daten, Demographie und Qualität.

3. Varia

3.1 Zusätzlicher Diskussions-Antrag

Die Schweizerische Gesellschaft für Allgemeine Innere Medizin (SGAIM) reicht einen Antrag bezüglich einer Diskussion zu einer koordinierten Aktion der Schweizer Ärzteschaft für die humanitäre Unterstützung der Ukraine ein.

Antrag

Die Delegierten der Ärztekammer treten nachträglich auf dieses zusätzliche Traktandum – Diskussion Situation Ukraine – ein.

Beschluss

Der Antrag wird mit grosser Mehrheit angenommen.

Die Diskussion wird eröffnet. *Yvonne Gilli / Präsidentin FMH* nimmt die Voten entgegen und informiert, dass das Generalsekretariat die verschiedenen Möglichkeiten der Unterstützung für die Ukraine prüfen wird.

3.2 Vernehmlassung «künstliche Intelligenz»

Dr. med. Alexander Zimmer / Mitglied Zentralvorstand und Departementsverantwortlicher Digitalisierung / eHealth macht auf die FMH-interne Vernehmlassung aufmerksam. In einer Arbeitsgruppe mit Vertreterinnen und Vertretern der Ärzteschaft, SAMW und dem Rechtsdienst wurde eine Broschüre zum Thema «künstliche Intelligenz» erarbeitet und an die Präsidenten und Sekretariate der Ärztesellschaften verschickt. Er macht die Delegierten darauf aufmerksam, dass Rückmeldungen zu dieser Broschüre erwünscht sind. Die Veröffentlichung der Broschüre ist im Herbst 2022 geplant.

Bildnachweis
Tobias Schmid



Philippe Eggimann, neu gewähltes Mitglied des FMH-Zentralvorstands, nimmt die Glückwünsche von der FMH-Präsidentin, Yvonne Gilli, entgegen.

Riunione virtuale da Berna, 3 marzo 2022

Verbale delle decisioni della Camera medica straordinaria 2022

Claudia Marthaler

Divisione Coordinamento organi e Stato Maggiore



Il Comitato centrale della FMH. Da sin. a destra: Alexander Zimmer, Jana Siroka, Carlos B. Quinto, Yvonne Gilli, Christoph Bosshard. Nella foto manca: Urs Stoffel.

Giovedì, 3 marzo 2022

1. Saluti e comunicazioni

Dopo il raggiungimento del quorum, la *Dott.ssa Yvonne Gilli/Presidentessa FMH* dichiara aperta la riunione straordinaria 2022 della Camera medica, che viene trasmessa dalla Elfenstrasse di Berna. La *Dott.ssa Yvonne Gilli/Presidentessa FMH* dà un caloroso benvenuto a tutti i delegati. La riunione inizia con un minuto di silenzio per le vittime della guerra in Ucraina. *Nicole Furgler/Segretaria generale ad interim FMH e Responsabile della divisione Coordinamento organi e Stato Maggiore* informa riguardo al fatto che l'invito alla riunione straordinaria della Camera medica è stato inviato mercoledì 2 febbraio 2022. La lista delle presenze è disponibile tramite myFMH. I delegati aventi diritto di proposta e di partecipazione, nonché i partecipanti alla riunione senza diritto di voto e di elezione sono collegati alla riunione in live stream. I delegati possono inviare per e-mail i loro interventi che verranno poi letti ad alta voce. La *Dott.ssa Yvonne Gilli/Presidentessa FMH* fa riferimento alle varie hotline. *Nicole Furgler/Segretaria generale ad interim FMH e Responsabile della divisione Coordinamento organi e Stato Maggiore* effettua le altre consuete comunicazioni di carattere organizzativo.

La riunione inizia con un voto di prova e successivamente viene indicata la composizione dell'ufficio, il quale è composto dalla presidentessa, dal vicepresidente e dalla segretaria generale. *Julien Duruz/Servizio giuridico FMH* e *Dominik Kreuter/Responsabile della divisione ICT* sono i co-direttori dell'ufficio elettorale; *Ciro Papini/Servizio giuridico FMH* li supporta come sostituto.

Ospiti

Come unici ospiti la presidentessa dà il benvenuto ai candidati che non sono membri della Camera medica. Si tratta della *Dott.ssa Murielle Mormont*, presente sul posto e del *Dott. Philipp Spring* che partecipa alla riunione in modalità virtuale.

Scrutatori

Come scrutatori *Yvonne Gilli/Presidentessa FMH* propone la signora *Esther Hilfiker*, presidentessa della società medica bernese e *Caroline Hartmann*, Servizio giuridico della FMH.

Proposta

Approvazione degli scrutatori

Decisione

Gli scrutatori vengono eletti a larga maggioranza.



Nicole Furgler, Segretaria generale ad interim FMH e Responsabile della divisione Coordinamento organi e Stato Maggiore.

Ordine del giorno

Yvonne Gilli/Presidentessa FMH propone che il posto di vicepresidente che si è liberato a seguito delle dimissioni di Michel Matter venga assegnato solo durante la Camera medica dell'autunno 2022, affinché il Comitato centrale, nella sua nuova composizione, abbia il tempo per conoscersi e iniziare ad affrontare le varie tematiche. *Yvonne Gilli/Presidentessa FMH* informa riguardo a un'ulteriore proposta pervenuta sugli attuali sviluppi in Ucraina. In merito all'accoglimento dell'argomento da discutere verrà presa una decisione dopo l'elezione.

Proposta

Approvazione dell'ordine del giorno

Decisione

L'ordine del giorno viene approvato a larga maggioranza.

Definizione dell'orario di fine riunione

Secondo l'art. 11 cpv. 3 del Regolamento d'esecuzione, la Camera medica, all'inizio di ogni riunione, stabilisce l'orario trascorso il quale non è più consentito prendere decisioni o svolgere elezioni. La presidentessa propone come termine della riunione le ore 17.20.

Proposta

Viene stabilito che la riunione termini alle ore 17.20.

Dopo le ore 17.20 non è più consentito prendere decisioni o svolgere elezioni.

Decisione

La proposta viene approvata a grande maggioranza.

Mozione d'ordine – Limitazione del tempo a disposizione per ogni intervento

Per la discussione dei punti dell'ordine del giorno dell'odierna Camera medica si applica un limite di due minuti del tempo a disposizione di ogni persona che prende la parola. La limitazione non vale per

- la presidentessa;
- il rappresentante della rispettiva organizzazione medica avente diritto di voto o di proposta da essa indicato;
- il portavoce del Comitato centrale.

Decisione

La mozione d'ordine viene approvata a larga maggioranza.

Yvonne Gilli/Presidentessa FMH fa notare che il tempo a disposizione per la presentazione dei candidati è di cinque minuti.

1.1 Introduzione della presidentessa

Yvonne Gilli/Presidentessa FMH informa in merito ai compiti del Comitato centrale. Con le sue sette divisioni, il Comitato centrale funge da autorità esecutiva e opera secondo i principi di collegialità e anzianità. La presidentessa fa riferimento al ruolo del nuovo membro del Comitato



Yvonne Gilli, presidentessa della FMH, dirige la Camera medica.

centrale come elemento di collegamento tra la strategia e la sua attuazione a livello interno ed esterno. Il lavoro nel Comitato centrale richiede tempo, flessibilità, conoscenza della politica ed esperienza. Inoltre invita i delegati alla Camera medica a far conoscere le attività della FMH all'interno del corpo medico, sensibilizzando i colleghi e le colleghe sugli sviluppi attuali in ambito politico. A tale scopo sono disponibili diversi canali di informazione della FMH. Poi la presidentessa presenta le questioni politiche di cui la FMH si sta attualmente occupando. Il Consiglio nazionale ha inserito nuovamente nel pacchetto di misure per il contenimento dei costi l'articolo 47c, il quale chiede che i partner tariffali si accordino su un limite massimo per i costi. Nella sua forma attuale, l'articolo 47c è inaccettabile per la FMH, in quanto causerebbe un deficit di assistenza ai pazienti e una medicina a due velocità. Per questo, la FMH si sta preparando a un eventuale referendum, pur continuando a lavorare in Parlamento per arrivare a una soluzione di compromesso sostenibile.

Un'ulteriore problematica è rappresentata dall'iniziativa per un freno ai costi e dal relativo obiettivo come controproposta indiretta. La FMH ha avuto modo di esporre la propria posizione. La FMH ha raccomandato di respingere l'iniziativa popolare e di non entrare in materia riguardo all'obiettivo concernente l'aumento dei costi nell'AOMS. Attualmente la controproposta è oggetto di discussione presso la commissione sanitaria del Consiglio nazionale. *Yvonne Gilli/Presidentessa FMH* riferisce inoltre riguardo allo stato attuale della struttura tariffaria TAR-DOC e all'art. 58 LAMal.

2. Elezione suppletoria al Comitato centrale della FMH

A seguito delle dimissioni di Michel Matter dal Comitato centrale, è necessaria un'elezione suppletoria per la legislatura 2020–2024 in corso.

Secondo l'art. 30 cpv. 2 lett. n dello statuto, la Camera medica ha in particolare il compito di eleggere i membri del Comitato centrale della FMH. Secondo l'art. 48 dello statuto, i membri del Comitato centrale vengono eletti dalla Camera medica per un periodo di quattro anni. La rielezione è possibile per due volte. A partire dal secondo anno in carica, le frazioni di mandato contano come mandato intero. I delegati alla Camera medica hanno il diritto di presentare dei candidati.

Per l'elezione si candidano le seguenti persone (in ordine alfabetico)

- Eggimann Philippe, 1960, Sullens VD
- Mormont Murielle, 1982, Brent VD
- Scacchi Filippo, 1973, Locarno TI
- Spring Philipp, 1979, Lutry VD

Risultato del 1° turno di votazione

Schede valide 137; maggioranza assoluta 69

È eletto membro del Comitato centrale

- Eggimann Philippe 90

Hanno ricevuto voti

- Mormont Murielle 17
- Scacchi Filippo 19
- Spring Philipp 8
- Lehky Hagen Monique 1
- Spechbach Hervé 1
- Becker Dagmar 1



Christoph Bosshard, Vicepresidente della FMH e Responsabile del Dipartimento Dati, Demografia e Qualità.

3. Varie

3.1 Proposta di un ulteriore argomento da discutere

La Società Svizzera di Medicina Interna Generale (SSMIG) presenta una proposta riguardo alla discussione su un'azione coordinata del corpo medico svizzero per un sostegno umanitario all'Ucraina.

Proposta

I delegati alla Camera medica entrano in materia su questo argomento da discutere aggiuntosi successivamente e concernente la situazione in Ucraina.

Decisione

La proposta viene approvata a grande maggioranza.

Si apre la discussione. *Yvonne Gilli/Presidentessa FMH* prende atto delle opinioni espresse e informa che il Segretariato generale valuterà le varie opzioni disponibili per fornire un sostegno all'Ucraina.

3.2 Procedura di consultazione «intelligenza artificiale»

Il Dott. Alexander Zimmer/Membro del Comitato centrale e Responsabile del Dipartimento Digitalizzazione/eHealth richiama l'attenzione sulla procedura di consultazione interna alla FMH. In un gruppo di lavoro composto da rappresentanti del corpo medico, dell'ASSM e del servizio giuridico è stato elaborato un opuscolo sull'argomento «intelligenza artificiale», che è stato poi spedito ai presidenti e alle segreterie delle società mediche. *Il Dott. Alexander Zimmer* invita a fornire feedback riguardo a tale opuscolo. La pubblicazione dell'opuscolo è prevista nell'autunno 2022.

Crediti fotografici

Tobias Schmid



Philippe Eggimann, nuovo membro eletto del Comitato centrale della FMH, riceve le congratulazioni di Yvonne Gilli, presidentessa della FMH.

Personalien

Todesfälle / Décès / Decessi

Elias Shoufani (1945), † 22.12.2021,
Spécialiste en anesthésiologie,
6500 Bellinzona

Giorgio Rezzonico (1922), † 2.1.2022,
Spécialiste en médecine physique et réadaptation et Spécialiste en rhumatologie,
6900 Lugano

Jan Wurm (1951), † 6.1.2022,
Facharzt für Radiologie, 6340 Baar

Hans Raffaele Bernbach (1944), † 14.2.2022,
6900 Lugano

Silvia Huggler (1939), † 8.3.2022,
Fachärztin für Physikalische Medizin und
Rehabilitation und Fachärztin für Rheumatologie, 7304 Maienfeld

Narjisse Gama (1980), † 24.3.2022,
Spécialiste en ophtalmologie, 1820 Montreux

Ärztegesellschaft des Kantons Bern

Ärztlicher Bezirksverein Bern Regio

Zur Aufnahme als ordentliches Mitglied
haben sich angemeldet:

Julia Ilka Zimmermann, Fachärztin für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, Orthopädie Sonnenhof, Salvisbergstrasse 4, 3006 Bern

Dana Joana Wetzel, Fachärztin für Allgemeine Innere Medizin, FMH, Solothurnstrasse 43, 3322 Urtenen-Schönbühl

Philipp Hanneschläger, Praktischer Arzt, FMH, UPD Ambulatorium Bern, Hallerstrasse 10, 3012 Bern

Kerstin Busch, Fachärztin für Allgemeine Innere Medizin, FMH, Stapfenstrasse 7, 3098 Köniz

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

Ärztegesellschaft des Kantons Luzern

Zur Aufnahme in unsere Gesellschaft
Sektion Stadt hat sich gemeldet:

Manon Janach, Fachärztin für Kinder- und Jugendmedizin, FMH, Medicum Wesemlin AG, Landschaustrasse 2, 6006 Luzern

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

Ärztegesellschaft Thurgau

Die Ärztegesellschaft Thurgau informiert über folgende Neuanmeldung:

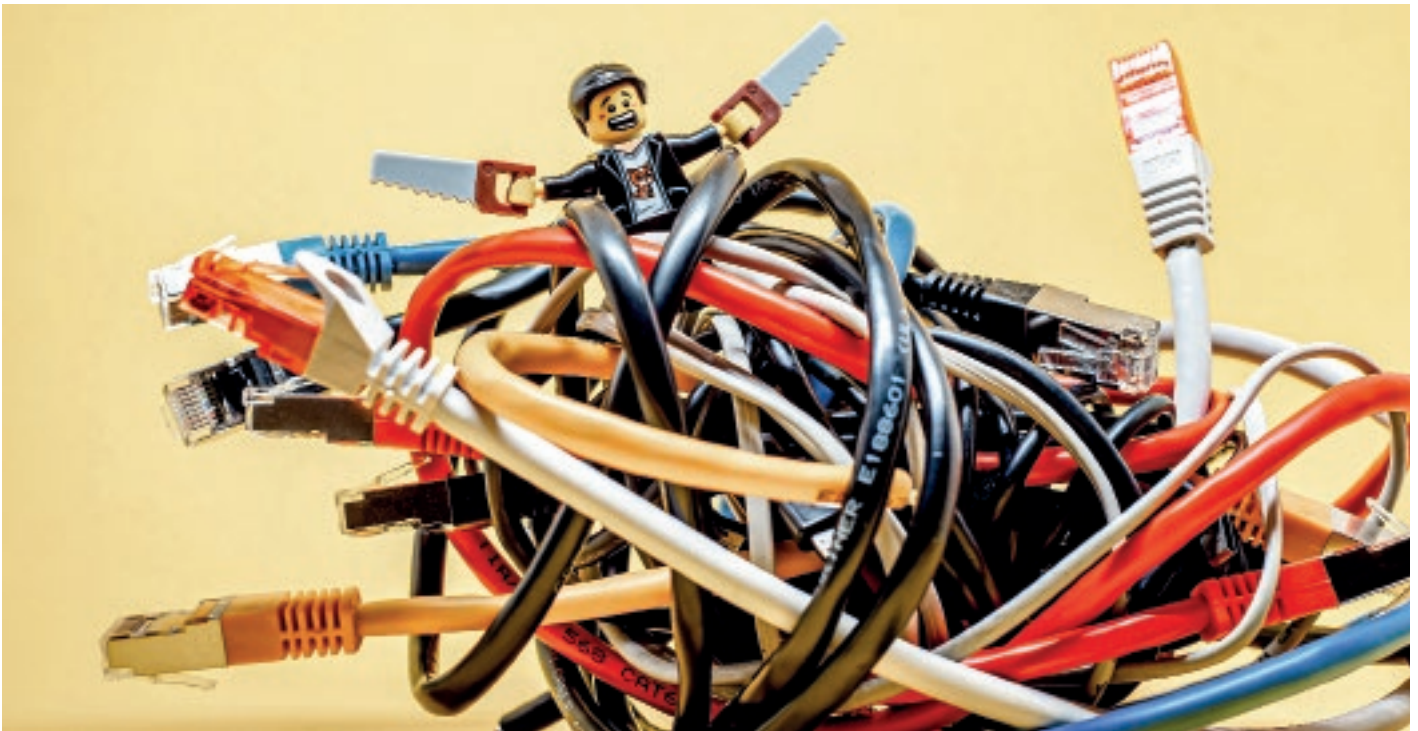
Steffi Hoffmann, Fachärztin für Allgemeine Innere Medizin, Alte Litzelstetterstrasse 65, DE-78467 Konstanz

Ärzte-Gesellschaft des Kantons Zug

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

Theo Solinger, Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, FMH, Praxis Ortho Cham Zug, Rigistrasse 1, 6330 Cham

Einsprachen gegen diese Kandidatur müssen innerhalb 14 Tagen seit dieser Veröffentlichung schriftlich und begründet beim Sekretariat der Ärzte-Gesellschaft des Kantons Zug eingereicht werden. Nach Ablauf der Einsprachefrist entscheidet der Vorstand über Gesuch und allfällige Einsprachen.



Spitalorganisation

Qualität im Spannungsfeld von Management und Medizin

Christof Schmitz^a, Peter Berchtold^b

^a Dr. rer. soc. oec., Mitglied der Geschäftsleitung, college M, Bern; ^b PD Dr. med., Mitglied der Geschäftsleitung college M, Bern, und Mitarbeiter am Institute of Social and Preventive Medicine, Universität Bern

Starke Anreize für Effizienzsteigerungen können sich negativ auf die Qualität auswirken. Das hat Folgen für das Management von Spitälern. Denn Management bedeutet im Kern das Balancieren von Spannungsfeldern, also Themen zu bearbeiten, deren Inhalt nicht vertraglich festgelegt werden kann. Das betrifft den Kern der Medizin.

Florence Nightingale, die Begründerin der modernen Pflege, hielt in ihren *Notes on Hospitals* 1859 fest, dass sie kein Spital kennen würde, das nicht von einem *struggle*, einem Ringen, zwischen ärztlichen Fachpersonen, Pflegenden und administrativem Personal gekennzeichnet wäre. Und, schrieb sie, es sei gut, dass es diese Auseinandersetzung geben würde – und zwar für die Patientinnen und Patienten. Denn sie war überzeugt, würde man einer Berufsgruppe allein das Feld überlassen, wären suboptimale Lösungen der Fall. Erst in der Reibung der verschiedenen Funktionen entstünde Qualität. Das war eine weitsichtige Bemerkung, die auch heute noch ihre Berechtigung hat.

Die vier Welten des Spitals

So sehr sich die Art und Weise der Medizin, ihr Wissen, ihre Technologien geändert haben, so sehr bleiben Grundspannungen dieses Systems bestehen. Immer wieder aufs Neue ringen die verschiedenen Welten Behandlung (Ärztenschaft), Betreuung (Pflege) und Management miteinander. In Ergänzung zu Nightingale rechnen wir heute gemäss Sholom Glouberman und Henry Mintzberg eine vierte Welt, nämlich die der Trägerschaft bzw. der Anbindung an die Gesellschaft – die Welt der «Gemeinschaft» –, hinzu (s. Abb. 1). Natürlich variieren die je aktuellen Reibungspunkte zwischen diesen Welten über die Zeit. War

etliche Jahrzehnte die Durchsetzung eines eigenständigen pflegerischen Wissens und die Professionalisierung der Betreuungswelt das grosse Thema, beanspruchte die letzten zwanzig Jahre vor allem die Spannung zwischen Qualität und Wirtschaftlichkeit die Aufmerksamkeit, die wesentlich zwischen den Welten der Behandlung und des Managements verhandelt wird.

Im Spital sind ärztliche, pflegerische, wirtschaftliche und gesellschaftliche Aspekte miteinander abzuwägen und ineinander zu übersetzen.

Spitäler unterscheiden sich von anderen Organisationen nicht nur, weil sie die vielgerühmten (geschmähten?) Expertenorganisationen sind, sondern insbesondere, weil sie eine grössere Bandbreite an gesellschaftlich relevanten Perspektiven und Funktionen zu vernetzen haben. Genau darauf kommt es an. In welcher Art und Weise ein Industrieunternehmen Entwicklung, Produktion und Verkauf integriert, mag erfolgsrelevant sein, seine Kunden sind jedenfalls nicht an Leib und Leben bedroht. Im Zweifelsfall kaufen sie nicht mehr. Im Spital ist das anders. Hier erleiden die Patientinnen und Patienten im Zweifelsfall Schaden. Spitäler sind deshalb Orte der Integration divergenter Perspektiven. Fortwährend sind ärztlich professionelle, pflegerisch relevante, wirtschaftlich opportune und gesellschaftlich wünschenswerte Aspekte miteinander abzuwägen und ineinander zu übersetzen. Das formuliert sich leicht, erfordert im Alltag aber anspruchsvolle Translationsleistungen und fordert die Beteiligten auf allen Seiten enorm heraus.

Wenn die Qualität sinkt

Faszinierende Einblicke in die Spannung von Qualität und Wirtschaftlichkeit bietet eine aktuell publizierte, schwedische Studie über die Folgen der Auslagerung von Rettungsdiensten an private Unternehmen in Stockholm [1]. In der Studie wurde die quasi-zufällige Zuweisung von Patientinnen und Patienten an private wie öffentliche Ambulanzen genutzt, um unterschiedliche Auswirkungen auf Effizienz und Qualität bei privaten wie öffentlichen Trägerschaften zu ermitteln. Die Zufälligkeit der Zuweisung ermöglicht eine präzise Beobachtung der Wirkungen bzgl. Wirtschaftlichkeit und Qualität.

Die Studienergebnisse haben es in sich: Private Krankenwagen sind bei vertraglich vereinbarten Qualitätsergebnissen zwar kostengünstiger, die transportierten Personen weisen jedoch eine erheblich höhere Sterblichkeit auf. Als Ursache dafür zeigt sich, dass Ambulanzen privater und profitorientierter Trägerschaften ihre Patientinnen und Patienten tendenziell als weniger schwer verletzt oder krank einstufen. Gegenüber

Vor allem die Spannung zwischen Qualität und Wirtschaftlichkeit steht im Fokus, die zwischen Behandlung und Management verhandelt wird.

den öffentlichen Ambulanzen lassen sie die erstaunliche Anzahl von 30% mehr Personen zu Hause. Die Folge davon sind Verzögerungen von Behandlungen mit entsprechend problematischen Ergebnissen bis hin zu höherer Sterblichkeit.

Was macht diesen bemerkenswerten Unterschied aus? Die Studienautoren fanden heraus, dass private Ambulanzbetreiber schlechtere Arbeitsbedingungen anbieten, niedrigere Stundenlöhne zahlen und mehr Überstunden abverlangen. Die Folge ist, dass sie weniger qualifiziertes Personal einstellen, eine höhere Personalfuktuation haben und dass dieses Personal schlussendlich die Betroffenen weniger professionell beurteilt. Zusammenfassend kommt die Studie zum Schluss, dass der öffentliche Sektor bei der Auslagerung von Dienstleistungen, bei denen die Qualität in Verträgen nur unvollständig festgelegt werden kann, vorsichtig sein sollte. Wenn die Qualität der Dienstleistung nicht angemessen vertraglich geregelt werden kann – nicht-kontrahierbar ist –, haben insbesondere profitorientierte Unternehmen starke Anreize, die Kosten zulasten der Qualität zu senken. Und exakt solche Fehlanreize kennzeichnen den sogenannten «Moral Hazard», bedeuten also ein moralisches Risiko.



Abbildung 1: Die vier Welten des Spitals (eigene Darstellung adaptiert nach Glouberman/Mintzberg 2001 [2]).

Qualität vertraglich festlegen

Diese Studie ist vor dem Hintergrund der viel diskutierten bundesrätlichen Strategie zur Stärkung von Qualität und Wirtschaftlichkeit in der schweizerischen Gesundheitsversorgung interessant. Bis 1. April dieses Jahres müssen die Verbände der Leistungserbringer

Qualität in der Gesundheitsversorgung ist eine brisante Sache. Es gibt in der Medizin kein umfassendes Qualitätssystem.

und jene der Versicherer gesamtschweizerisch geltende Verträge zur Qualitätsentwicklung in der Gesundheitsversorgung – sogenannte Qualitätsverträge – abschliessen. Diese Verträge regeln unter anderem, welche Qualitätsaspekte wie gemessen und optimiert, welche Massnahmen ergriffen und überprüft sowie welche Sanktionen bei Vertragsverletzungen ergriffen werden. Mit anderen Worten: Qualität soll vertraglich definiert werden. Und damit ist die Frage nach der Kontrahierbarkeit, d.h. der Vertragsfähigkeit medizinischer Qualität, aufgeworfen.

Qualität und Qualitätsmessungen in der Gesundheitsversorgung sind eine brisante Sache, unter anderem da Versorgungsqualität stark von der Variabilität der Patientinnen und Patienten beeinflusst ist und es in der Medizin kein alles umfassendes Qualitätssystem gibt, das diese Variabilität auffangen könnte. Diese Problematik ist gewiss nicht neu und führt regelmässig zu heftigen Diskussionen. Etwa dann, wenn politische Entscheidungsträger Dienstleistungen der Gesundheitsversorgung privatisieren bzw. *outsourcen* wollen, wie beispielsweise der Kanton Bern

CAS Managing Medicine in Health Care Organisations

In Organisationen des Gesundheitssystems steht die Behandlung und Betreuung der Patientinnen und Patienten im Vordergrund. Gleichzeitig müssen ökonomische, betriebswirtschaftliche, wissenschaftliche, personelle und politische Perspektiven beachtet werden. All diese Aspekte sind in der Steuerung dieser Organisationen zu beobachten und zu bewerten.

Im CAS Managing Medicine setzen Sie sich mit dieser zentralen Herausforderung auseinander: Sie lernen mit dieser Perspektivenvielfalt konstruktiv und zielgerichtet umzugehen. So sichern Sie nicht nur den nachhaltigen Erfolg Ihrer Organisation, sondern auch eine gesunde Entwicklung Ihrer Organisation für die Patientin resp. den Patienten und für alle anderen Stakeholder. Der Zertifikatskurs wendet sich an Personen aus dem medizinischen Kerngeschäft und vermittelt Wissen, Fähigkeiten und Haltungen, die es für erfolgreiches Gestalten von Gesundheitsorganisationen und ihren Bereichen heute braucht. Dies geschieht in einer inspirierenden und kollaborativen Lernumgebung.

Detaillierte Informationen unter www.cas-managingmedicine.ch

mit dem Aktienverkauf eines öffentlichen Regionalspitals an eine Privatklinikgruppe. Die politischen Stellen verweisen dann gerne auf die vertraglichen Vereinbarungen, die alle Qualitätsaspekte garantieren sollen. Sie drohen dabei aber das oben beschriebene Moral-Hazard-Problem zu unterschätzen.

Management im Wandel

Zurück zum Spital. Hinreichend klar ist, dass die Spitäler mehr denn je unter enormen betriebswirtschaftlichen Druck stehen. Nachdem es in den ersten zehn Jahren Diagnosis-Related Groups (DRG) wesentlich um Ausweitung (Wachstum an Patientenzahlen bzw. Steigerungen der Case-Mix-Indizes) ging, stellt sich heute verschärft die Frage nach Effizienzgewinnen. Das umso mehr, als fast überall Bauten zu finanzieren sind. Mit diesem Druck ist im Feld der Verhandlungen über eingesetzte Ressourcen und die dahinterliegenden (professionellen) Qualitäts- und Sicherheitsannahmen eine neue Runde eröffnet.

Entscheidend sind hier Management-Praktiken und Steuerungsregime. Die Aufgabe des Managements be-

Die Aufgabe lautet, Lösungen zu finden, die Ungewissheit einrechnen.

steht darin, die Aussen- und Innenspannungen einer Organisation so zu balancieren, dass führbare Situationen entstehen. Die Frage ist jeweils, welche Managementpraktiken implementiert werden, um die relevanten Spannungen, z.B. die zwischen Qualität und Wirtschaftlichkeit, produktiv bearbeiten zu können. Klassische Praktiken in diesem Zusammenhang sind Zielvereinbarungen, Budgetprozesse, Reportings u.Ä., also vor allem Praktiken, die Soll-Ist-Abweichungen ins Spiel bringen. Über die Differenz von Soll und Ist kann Steuerbarkeit entstehen – das ist der erste Ausgangspunkt der Betriebswirtschaft. Und in dieser strukturellen Spannung kann die Unruhe des Managements Fuss fassen, aber auch die Perspektive der Medizin eingebracht werden.

Der Umgang mit dieser Spannung prägt das jeweilige Steuerungsregime, also die Art und Weise der Verhandlungen über Budgets, Ressourcen und Ziele einer Organisation. Diese Verhandlungen werden im Regelfall zwischen Klinik und Finanz- bzw. Geschäftsleitung geführt, also zwischen der Welt der Behandlung und der des Managements (Abb. 1). Letztlich wird in diesen Verhandlungen die Frage der «nicht-kontrahierbaren Qualität» entschieden.

Denn hier wird ausgehandelt, wie viele Ressourcen zur Verfügung stehen, aber auch deutlich, welcher Druck

(Anreize/Sanktionen) existiert. All das, ohne hinreichend spezifizieren zu können, was genau an Qualität erzielt werden soll (es sei denn als inhaltsleerer Appell: «Uns ist Qualität wichtig!»). Und weil es nicht hinreichend spezifizierbar ist, bleibt es nicht-kontrahierbar. Andersherum ausgedrückt: Die Aufgabe lautet, Lösungen zu finden, die Ungewissheit einrechnen. Was nicht kontrahierbar ist, bleibt ungewiss, bleibt eine *Black Box*. Die Medizin bleibt über weite Strecken eine solche *Black Box* für das Management – aber auch das Umgekehrte ist der Fall.

Neue Rolle für ärztliche Fachpersonen

In den letzten Jahren schien eine Grenze im *Handling* dieser *Black Boxes* erreicht zu sein. Dem Steuerungsbedarf wurde offensichtlich nicht Genüge getan, und in den letzten beiden Jahren wurden auffällig viele Spitäler reorganisiert. Das Interessante dieser in ihrem Grundsatz verblüffend ähnlichen Reorganisationen ist, dass die Schnittstelle zwischen Management und Behandlung neugestaltet wurde. Ärztinnen und Ärzte übernehmen Steuerungsfunktionen in den neuen Medizinbereichen. Das bedeutet u.a., dass die Spannung zwischen Qualität und Wirtschaft nun verstärkt zwischen medizinischen Fachpersonen ausgehandelt

wird. Man kann das als den Versuch lesen, die Perspektivendifferenz zwischen Medizin und Management neu zu justieren und ein neues Steuerungsregime zu etablieren. Und man darf gespannt sein, wie mit der Spannung zwischen Qualität und Wirtschaftlichkeit an dieser Stelle umgegangen wird und welche neuen Praktiken sich herausbilden werden.

Mit einer Anleihe an der auch in der Organisationsforschung relevanten Evolutionstheorie können wir notieren, dass hier eine interessante Variation entstanden ist. Wir werden in Echtzeit beobachten können, wie die Systeme diese Variation allenfalls selektieren (oder ignorieren ...) und eventuell auch stabilisieren werden. Und wir werden beobachten können, wie die Nicht-Kontrahierbarkeit von Qualität spannungsvoll bleibt.

Bildnachweis

Kirill Makarov | Dreamstime.com

Literatur

- 1 Knutsson D, Tyrefors B. The quality and efficiency of public and private firms: evidence from ambulance services. *The Quarterly Journal of Economics*. 25 February 2022 [Zugriff: 19.3.2022]. <https://doi.org/10.1093/qje/qjac014>
- 2 Glouberman S, Mintzberg H. Managing the Care of Health and the Cure of Disease—Part I: Differentiation. *Health Care Management Review* 26(1):58-71.

Das Wichtigste in Kürze

- Im Spital reiben sich «vier Welten»: Behandlung (Ärztenschaft), Betreuung (Pflege), Management und Trägerschaft bzw. «Gemeinschaft».
- In den letzten zwanzig Jahren stand die Spannung zwischen Qualität und Wirtschaftlichkeit (Welt der Behandlung und des Managements) im Fokus.
- Die Qualität von medizinischen Dienstleistungen ist kaum vertraglich regelbar und folglich nicht-kontrahierbar. Das erschwert ihre betriebswirtschaftliche Berechnung.
- Diese Spannung muss zwischen Management und Behandlung ausgehandelt werden. Anhand von Budgets, Ressourcen und Organisationszielen entscheidet sich letztlich der Inhalt der Qualität.
- Auffällig ist, dass bei Spitalreorganisationen vermehrt Ärztinnen und Ärzte Steuerungsfunktionen übernehmen. Die Spannung wird folglich immer häufiger zwischen ärztlichen Fachpersonen ausgehandelt.

L'essentiel en bref

- A l'hôpital, «quatre mondes» se côtoient: celui du traitement (corps médical), de la prise en charge (soins), de la gestion et de l'entité responsable ou «communauté».
- Au cours des vingt dernières années, l'accent a été mis sur le champ de tension entre qualité et rentabilité (traitement vs gestion).
- La qualité des prestations médicales est difficile à régler par contrat et, par conséquent, non contractualisable. Il est donc difficile de l'intégrer dans les calculs de gestion.
- Cette tension doit être négociée entre les mondes de la gestion et du traitement. Le contenu de la qualité se décide finalement sur la base des budgets, des ressources et des objectifs organisationnels.
- Il est frappant de constater que les médecins assument de plus en plus de fonctions de pilotage lors des réorganisations hospitalières. Aussi, cette tension est de plus en plus souvent négociée entre les professionnels de la santé.

Briefe an die SÄZ

Relève et qualité des soins: problème accru dans les domaines chirurgicaux

Lettre concernant: Schweizer C, Hostettler S, Kraft E. La qualité des soins dépend d'une relève suffisante et qualifiée. Bull Med Suisses. 2022;103(12):379–81.

La division Communication de la FMH vient de publier les principaux chiffres concernant les médecins en exercice en Suisse pour 2021. La FMCH suit attentivement cette évolution depuis des années.

En tant que spécialistes des disciplines chirurgicales et invasives, nous en constatons aussi les effets. Nous ne mettons aucunement en cause les changements sociétaux qui apparaissent de plus en plus clairement au fil des années: vieillissement de la population médicale, féminisation de la profession, diminution du temps de travail, dépendance accrue envers les médecins étrangers, changements dans les modes d'installation privilégiant les cabinets de groupe. Ni de questionner l'importance fondamentale de la médecine de premier recours, en recul régulier, en particulier en milieu rural; que ce manque d'attrait soit d'abord de nature tarifaire, comme le laisse entendre l'article cité, et que le TARDOC en constitue la seule réponse, nous paraît moins sûr. Pourquoi les prestations techniques seraient surtarifiées et quelles en seraient les justifications, et s'opposeraient-elles à des «prestations mobilisant d'importantes ressources en personnel», alors que ce sont bien souvent justement ces prestations techniques qui les nécessitent. De telles vérités assénées sans en donner la moindre validation sont discutables.

Le problème de la relève et de la qualité des soins dans les domaines chirurgicaux nous préoccupe particulièrement et se manifeste de manière très concrète dans les spécialités dites invasives. En effet, les programmes de formation en chirurgie tendent à raccourcir les années de formation. Couplée à la volonté des nouvelles générations de travailler moins et à la féminisation (jusqu'à 70–80% dans certaines spécialités), cette tendance n'améliore pas la qualité de la formation mais bien plutôt à mettre sur le marché, *in fine*, des spécialistes dont l'expérience pratique, pourtant cruciale quand on parle de qualité en chirurgie (on ne fait bien que ce que l'on fait – ou a pu faire – régulièrement), s'en trouve réduite. A cela s'ajoute l'augmentation de la charge administrative, qui pèse encore plus sur le temps consacré effectivement à soigner soit, en chirurgie, à voir, comprendre, informer et finalement opérer (ou pas) des patients. Quadrature du cercle en somme.

Considérons également que ce ne sont pas les années de formation effectives mais les années reconnues par l'ISFM pour une formation donnée qui définissent la «valeur intrinsèque quantitative» du spécialiste: dix ans pour acquérir l'expérience nécessaire à une pratique indépendante et sûre, soit à fournir des prestations chirurgicales efficaces, économiques et appropriées (LAMal, art. 32), mais six seulement, correspondant au programme de formation concerné, seront validées du point de vue tarifaire. Relève, qualité et tarifs sont liés.

Est-ce bien comme cela que l'on pense former plus et mieux dans les disciplines chirurgicales et invasives? Ces contradictions intrinsèques dans le système de formation, et au-delà, doivent être repensées par tous ses acteurs. Le financement uniforme des prestations ambulatoires et stationnaires (EFAS) est sans aucun doute une partie de la solution à l'augmentation des coûts de la santé, pour autant qu'elle ne dévalorise pas les prestations chirurgicales au passage du stationnaire à l'ambulatoire. Pour le chirurgien, la prestation est la même. Seuls les risques changent.

*Dr méd. Michaël Papaloïzos,
vice-président FMCH, Genève*

Jusqu'à où va la politique professionnelle, où commence la «politique»? (avec réplique)

Au Pays de Vaud, entre deux tours d'élection, la Société médicale cantonale a décidé de publier l'appel à une manifestation de la rue contre la politique sanitaire de l'Etat et de censurer la communication d'une association constituée de membres de la SVM, les Engagés pour la santé, jugée trop «politique». Cela ne risque-t-il pas d'appauvrir les débats?

Les mises en garde permanentes sur les velléités de l'Etat de vouloir prendre le contrôle de notre système de santé au détriment du principe de la concurrence n'ont-elles pas comme effet secondaire de tuer les initiatives ou efforts de co-construction dans l'œuf? De l'autre côté, la gaffe monumentale, qu'a constitué l'annonce de la volonté du Grand Conseil Vaudois de baisser le point tarifaire médical cantonal, fut la goutte qui permit à la manifestation des cartons jaunes d'éclore sur les pavés de Lausanne, sous l'égide de la SVM, comme tant de jonquilles éphémères... qui trouvent juste la place pour s'épanouir entre les pre-

miers rayons de soleil de mars et le retour du gel du premier avril, soit entre le premier et le deuxième tour des élections... et dire que la SVM a cru bon de disqualifier la position des Engagés pour la santé qui remettait en question cet appel à la rue, la jugeant «politique»! Un système de santé solide et durable doit être basé sur des soins de santé primaires forts, dont la médecine de famille est une composante essentielle. Le carton jaune dénonce des délais de prise en charge chirurgicale ou radiologique, difficulté à obtenir un deuxième avis, ou encore la perte du libre choix du médecin qui serait liée au modèle d'assurance dit «médecin de famille». Nous ne partageons pas ces constats dont nous craignons qu'ils constituent un écran de fumée face au problème vraiment prioritaire aujourd'hui: la difficulté de trouver un médecin de premiers recours disponible pour prendre de nouveaux patients. Le blocage des installations voulu par le nouvel article de la LAMal, qui rend obligatoire l'exercice de sa discipline au moins trois ans dans un établissement suisse de formation reconnu, exclut de facto l'admission d'un médecin formé à l'étranger. Or, sans les médecins formés à l'étranger, comment faire face aux besoins de la population qui croît en nombre et en âge? L'effet de l'augmentation des étudiants de 800 à 1300 viendra en 2030, comment tenir d'ici là?

88% des votants ont adopté l'article 117a sur les soins médicaux de base: «La Confédération et les cantons veillent à ce que chacun ait accès à des soins médicaux de base suffisants et de qualité.» Nos autorités doivent traiter la relève en médecine de famille de manière urgente et prioritaire.

Pour faire face aux besoins accrus en santé de notre population, renforçons les mesures structurelles qui peuvent nous sortir de l'épuisement de nos ressources: tempérons la liberté de commerce (initiative enfants sans tabac), consommons local, utilisons la mobilité douce et diminuons les protéines animales dans notre alimentation! L'effort individuel et commun, bon pour sa santé et pour la planète, peut renforcer la durabilité de notre système de santé. Croire que la concurrence est le moteur de la qualité et de la maîtrise des coûts de santé est digne d'un conte de fée!

Nous, Engagés pour la santé, ne partageons avec le mouvement des cartons jaunes que... le carton, substance durable, pour la couleur nous choisissons le vert!

*Dr Sébastien Jotterand,
médecin de famille, Aubonne*

Réplique à «Jusqu'ou va la politique professionnelle, où commence la 'politique'?»

La Société vaudoise de médecine (SVM) ne fait pas de politique partisane et travaille avec toutes les autorités que la population vaudoise se donne, toujours avec l'intérêt global du corps médical et des patients comme perspective principale. En l'occurrence, le Comité de la SVM a simplement accepté de relayer auprès de ses membres via newsletter un appel à manifester le 29 mars 2022 du collectif «Opération CARTON JAUNE». Formé pour l'occasion, ce collectif comptait exclusivement des médecins membres de la SVM dûment identifiés et voulait alerter à sa façon sur des dérives et des menaces que la SVM a malheureusement aussi pu constater lors de la législature écoulée (2017–2022). Raison pour laquelle la SVM a exprimé qu'elle partageait les préoccupations de ce collectif, avant et après cette manifestation. La SVM n'en était cependant pas l'instigatrice ou l'organisatrice.

L'association des «Engagés pour la santé», aussi respectable qu'elle soit, n'est statutairement pas une association de médecins. Le fait que quelques médecins membres de la SVM en fassent partie, y compris au sein du comité, ne constitue pas une raison suffisante pour invoquer un droit à faire diffuser de l'information par la SVM à ses quelque 4000 membres (en l'occurrence une incitation à ne

pas manifester le 29 mars, pour des raisons apparemment plutôt de sensibilité partisane). Sinon, chaque association comptant au moins un médecin dans ses rangs pourrait faire de même, comme par exemple tous les partis politiques du canton... Suivant cette analyse, le Comité de la SVM a choisi à l'unanimité de refuser de diffuser via newsletter le texte proposé par l'association. Ce qui ne constitue d'aucune manière une prise de position sur les buts qu'elle poursuit.

*Pour le Comité de la SVM,
Dr Philippe Eggimann, président de la SVM*

Opération «carton jaune»: visée triple

Le 29 mars 2022 s'est déroulée à Lausanne l'opération «carton jaune». Cette intervention apolitique a été conçue par un collectif de 17 médecins vaudois toutes spécialités confondues et membres de la Société vaudoise de médecine (SVM), inquiets pour l'avenir de la santé de la population vaudoise. Sa visée était triple:

- susciter un débat concernant la santé, cette thématique complexe étant insuffisamment discutée au sein de la population et dans les milieux politiques,

- informer le monde politique vaudois des vives inquiétudes de nombreux médecins face à l'importante augmentation des besoins médicaux de la population, alors que la profession est vieillissante et manque grandement de relève,
- renouer le dialogue entre le département de la santé et les médecins installés, et permettre que l'équilibre ténu entre médecine publique et médecine de cabinet soit préservé.

Cette manifestation a regroupé plus de 150 participants et s'est déroulée de manière enthousiaste devant le Parlement vaudois. A l'issue de cet événement, un carton jaune géant, sur lequel étaient placardés différents constats de collègues installés, a été remis à la Première citoyenne du canton, Mme Laurence Cretegnny. Des interpellations politiques ont depuis été déposées.

Un grand merci à nos collègues de la SVM, à nos assistantes médicales, à nos patients, à l'ARAM et à l'AEML pour leur participation à cet événement important.

Marc-Antoine Antille, Vincent Bettschart, José Blanco, Pierre Bohanes, Philippe Bracher, Henri-Kim de Heller, Alexandre Delessert, Sandy Estermann, Marie-Christine Gailloud-Matthieu, Lucia Gonzo, Antoine Pasche, Vincianne Rey Bataillard, Patrick Ruchat, Vera Sattelmeyer, François Schwed, Nam Tran Thang, Laurent Thierrin

Aktuelle Themen auf unserer Website

www.saez.ch → Tour d'horizon



Rudolf Hauri, Dr. med., Kantonsarzt, Amtsleiter Amt für Gesundheit Zug, Präsident Vereinigung der Kantonsärztinnen und Kantonsärzte der Schweiz

Zeit für eine kantonale und überkantonale Corona-Strategie

Am 31. März 2022 endete in der Schweiz die besondere Lage. Damit wird sich die Gesundheitspolitik wieder auf ihre Regelstrukturen abstützen. Ein Perspektivenwechsel wird möglich, weg vom Krisenmodus und hin zu den Chancen einer umfassenden Gesundheitspolitik.



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.



Mitteilungen

Korrigendum

Im Artikel «Wie Impfdetektive ermitteln» (Schweiz Ärzteztg. 2022;103(14):482–3) ist der Redaktorin folgender Fehler unterlaufen:

InfoVac meldet selber keine potenziellen Nebenwirkungen, sondern weist den Fragesteller resp. die Fragestellerin darauf hin, dass die erwähnten Symptome gegebenenfalls gemeldet werden sollten. InfoVac leitet die zwecks Beratung zugestellten (meist anonymisierten) Informationen nicht an Dritte weiter.

Facharztprüfungen

Schwerpunktprüfung zur Erlangung des Schwerpunktes Forensische Psychiatrie und Psychotherapie zum Facharzttitle Psychiatrie und Psychotherapie

Datum: Freitag, 18. November 2022

Ort: Universitäre Psychiatrische Kliniken (UPK), Wilhelm Klein-Strasse 27, 4012 Basel

Anmeldefrist: 30. September 2022

Weitere Informationen finden Sie auf der Website des SIWF unter www.siwf.ch → Weiterbildung → Facharzttitle und Schwerpunkte → Psychiatrie und Psychotherapie

Schwerpunktprüfung zur Erlangung des Schwerpunktes Forensische Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie zum Facharzttitle Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie

Datum: Dienstag, 15. November 2022

Ort: Praxis Dr. med. Michael Renk, Faubourg du Lac 31, 2000 Neuenburg

Anmeldefrist: 31. August 2022

Weitere Informationen finden Sie auf der Website des SIWF unter www.siwf.ch → Weiterbildung → Facharzttitle und Schwerpunkte → Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie

Facharztprüfung zur Erlangung des Facharzttitle für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates

Zwischenprüfungen 2022

Kinderorthopädie und Tumore des Bewegungsapparates

Datum: Verfügbarkeit online: von Mitte Mai bis 30. September 2022

Ort: Online via www.swissorthopaedics.ch

Anmeldefrist: 30. Juni 2022 (die Prüfung bleibt bis am 30. September 2022 online zugänglich)

Weitere Informationen finden Sie auf der Website des SIWF unter www.siwf.ch → Weiterbildung → Facharzttitle und Schwerpunkte → Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates

Schwerpunktprüfung zur Erlangung des Schwerpunktes pädiatrische Gastroenterologie und Hepatologie zum Facharzttitle Kinder- und Jugendmedizin

Datum: Freitag, 2.12.2022

Ort: Der Prüfungsort wird nach Eingang der Anmeldungen und abhängig von der gewünschten Prüfungssprache festgelegt.

Anmeldefrist: 30.9.2022

Weitere Informationen finden Sie auf der Website des SIWF unter www.siwf.ch → Weiterbildung → Facharzttitle und Schwerpunkte → Kinder- und Jugendmedizin

Facharztprüfung zur Erlangung des Facharzttitle Gefässchirurgie

Datum: 9.5.2022 / 4.7.2022 / 26.9.2022 / 7.12.2022

(Der Prüfungstermin wird individuell vereinbart.)

Ort: Klinik des Kandidaten / Klinik der Kandidatin

Weitere Informationen finden Sie auf der Website des SIWF unter www.siwf.ch → Weiterbildung → Facharzttitle und Schwerpunkte → Gefässchirurgie

Facharztprüfung zur Erlangung des Facharzttitle für Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie

Datum: Freitag, 28. Oktober 2022, 15–17 Uhr

Ort: Institut für Medizinische Lehre (IML), Bern

Anmeldefrist: 31. Juli 2022

Weitere Informationen finden Sie auf der Website des SIWF unter www.siwf.ch → Weiterbildung → Facharzttitle und Schwerpunkte → Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie

Prüfung zur Erlangung der Fähigkeitsausweise Elektroenzephalographie (SGKN), Elektroneuromyographie (SGKN) und Zerebrovaskuläre Sonographie (SGKN)

Zur Erlangung der Fähigkeitsausweise Elektroenzephalographie (SGKN), Elektroneuromyographie (SGKN) und Zerebrovaskuläre Sonographie (SGKN) ist neben den übrigen Voraussetzungen, welche im Internet unter www.fmh.ch abrufbar sind, eine abschliessende bestandene theoretische und praktische Prüfung obligatorisch. Die gesamte Ausbildungszeit und die geforderten Untersuchungszahlen müssen bis zur Prüfungsanmeldefrist gemäss Fähigkeitsprogramm erreicht und dokumentiert sein.

Prüfungsdatum:

Donnerstag und Freitag, 10./11. November 2022

Ort: Universitätsspital Zürich, Neurologische Klinik, 8091 Zürich

Gebühr:

Mitglieder der SGKN: CHF 600

Nichtmitglieder der SGKN: CHF 1200

Anmeldung: online unter www.sgkn.ch (Rubrik Weiterbildung, Prüfungen)

Auskünfte:

Geschäftsstelle SGKN

Frau Christa Kubat

Blumenweg 13

5036 Oberentfelden

E-Mail: [info\[at\]sgkn.ch](mailto:info[at]sgkn.ch)

Anmeldefrist: 14. Oktober 2022

Opfikon, Mai 2022

Anagrelid: Thromboserisiko einschliesslich Hirninfarkt nach abruptem Absetzen der Behandlung

Die Zulassungsinhaberinnen der in der Schweiz zugelassenen Anagrelid-haltigen Arzneimittel Takeda Pharma AG, OrPha Swiss GmbH sowie Nordic Pharma GmbH möchten Sie, in Absprache mit Swissmedic, über Folgendes informieren:

Betroffene Arzneimittel: Xagrid, Hartkapseln zu 0,5 mg Anagrelid (Takeda Pharma AG, 8152 Opfikon); Thromboreductin, Kapseln zu 0,5 mg und 1 mg Anagrelid (OrPha Swiss GmbH, 8700 Küsnacht); Anagrelid Nordic, Tabletten zu 0,5 mg, 0,75 mg und 1 mg Anagrelid (Nordic Pharma GmbH, 8050 Zürich)

Zusammenfassung

- Bei abruptem Absetzen von Anagrelid besteht ein erhöhtes Risiko für thrombotische Komplikationen, einschliesslich Hirninfarkt.
- Ein abruptes Absetzen der Behandlung muss aufgrund des Risikos eines plötzlichen Anstiegs der Thrombozytenzahl und potenziell tödlicher thrombotischer Komplikationen, wie z.B. eines Hirninfarkts, vermieden werden.
- Im Falle einer Dosisunterbrechung oder eines Behandlungsabbruchs ist die Thrombozytenzahl regelmässig (mindestens einmal wöchentlich) zu kontrollieren (siehe Fachinformation, Abschnitte «Dosierung/Anwendung» und «Warnhinweise und Vorsichtsmassnahmen»).
- Weisen Sie die Patienten darauf hin, wie sie frühzeitig Anzeichen und Symptome erkennen können, die auf thrombotische Komplikationen hindeuten, wie z.B. einen Hirninfarkt, und dass sie beim Auftreten dieser Symptome sofort einen Arzt aufsuchen sollten.

Hintergrundinformationen

Anagrelid ist indiziert bei essentieller Thrombozythämie (Xagrid®, www.swissmedicinfo.ch) bzw. zur Behandlung der essentiellen Thrombozythämie bei Risikopatienten (Anagrelid Nordic® und Thromboreductin®, www.swissmedicinfo.ch). Ein Risikopatient mit essentieller Thrombozythämie ist ein Patient, der eines oder mehrere der folgenden Merkmale aufweist:

- Alter ≥ 60 Jahre
- Thrombozytenzahl $\geq 1000000/\mu\text{l}$
- Anstieg der Thrombozytenzahl um mehr als $300000/\mu\text{l}$ innerhalb von 3 Monaten
- schwerwiegende thrombohämorrhagische oder ischämische Symptome in der Anamnese
- vaskuläre Risikofaktoren

Eine kumulative Analyse der Sicherheitsdatenbank einer Zulassungsinhaberinnen von Anagrelid bis zum 6. August 2021 zeigte 15 Fälle mit thrombotischen Komplikationen, einschliesslich Hirninfarkt, nach einem kürzlichen Absetzen von Anagrelid. Daraus wurde gefolgert, dass ein Hirninfarkt zusammen mit anderen thrombotischen Komplikationen zwar Teil der Vorerkrankung/Indikation ist, aber auch nach abruptem Absetzen von Anagrelid, bei unzureichender Dosierung oder bei fehlender Wirkung auftreten kann.

Der Mechanismus des Hirninfarkts nach abruptem Absetzen der Behandlung hängt mit dem Wiederanstieg der Thrombozytenzahl zusammen. Die Thrombozytenzahl beginnt in der Regel innerhalb von 4 Tagen nach Absetzen der Behandlung anzusteigen und kehrt

innerhalb von ein bis zwei Wochen zu den Ausgangswerten zurück, wobei sie möglicherweise wieder über die Ausgangswerte ansteigt.

Empfehlung für Fachpersonen

Die Rubrik «Warnhinweise und Vorsichtsmassnahmen» der Schweizer Fachinformation wird aktualisiert.

- Bei abruptem Absetzen von Anagrelid besteht ein erhöhtes Risiko für thrombotische Komplikationen, einschliesslich Hirninfarkt, wegen des Risikos eines plötzlichen Anstiegs der Thrombozytenzahl.
- Im Falle einer Dosisunterbrechung oder eines Behandlungsabbruchs ist die Thrombozytenzahl regelmässig (mindestens einmal wöchentlich) zu kontrollieren.

Die aktualisierte Arzneimittelinformation wird unter www.swissmedicinfo.ch publiziert.

Meldung unerwünschter Arzneimittelwirkungen (UAW)

Für Meldungen über UAW empfiehlt Swissmedic, das dafür entwickelte Meldeportal Electronic Vigilance System (ELViS) zu verwenden. Alle erforderlichen Informationen hierzu sind unter www.swissmedic.ch zu finden.

Takeda Pharma AG, Thurgauerstrasse 130,
CH-8152 Opfikon, Tel. +41 (0)41 288 40 96
OrPha Swiss GmbH, Untere Heselbachstrasse 41a,
CH-8700 Küsnacht ZH, Tel. +41 (0)44 910 33 33
Nordic Pharma GmbH, Binzmühlestrasse 80,
CH-8050 Zürich, Tel. +41 (0)43 444 92 91

Basel, April 2022

Chargenrückruf von Atenolol-Mepha[®] 25 mg Lactab[®] OP 100, Charge X15124F (Zulassungsnummer 50075)

In Absprache mit Swissmedic möchten wir Sie über den Rückruf von Atenolol-Mepha[®] 25 mg Lactab[®] OP 100, Charge X15124F bis auf **Stufe Patienten** in der Schweiz und im Fürstentum Liechtenstein informieren.

Grund für den vorsorglichen Rückruf

Anhand von Routinestabilitätsuntersuchungen wurde festgestellt, dass der Gehalt an Atenolol geringfügig unter der genehmigten Spezifikation liegt.

Vom Rückruf betroffen ist **ausschliesslich** die in der folgenden Tabelle erwähnte Charge und Packungsgrösse.

Bisher liegen uns keine Meldungen von unerwünschten Arzneimittelwirkungen vor, die im Zusammenhang mit der Abweichung stehen könnten.

Bitte überprüfen Sie Ihre Bestände und senden Sie uns die betroffenen Packungen von

Atenolol-Mepha[®] 25 mg Lactab[®] OP 100, Charge X15124F auf dem **umgekehrten Lieferweg** mit dem ausgefüllten Arzneimittelformular zurück.

Falls Sie die Ware beim Grossisten bestellt haben, bitten wir Sie, diese an den Grossisten zurückzusenden.

Bitte informieren Sie die von Ihnen belieferten Apotheken, Ärzte, Spitäler und den Grosshandel. Die belieferten Apotheken, Ärzte und Spitäler müssen ihrerseits die jeweils betroffenen Patienten über den Rückruf in Kenntnis setzen.

Um Ihnen die Kommunikation mit Ihren Patienten zu erleichtern, können Patienteninformationsblätter (d/f/i) von unserer Webseite <https://www.mepha.ch/de-ch/sortiment/rueckrufe> oder durch Scannen dieses QR-Codes heruntergeladen werden.



Selbstverständlich werden Sie für die retournierte Ware eine Gutschrift erhalten.

Meldungen unerwünschter Arzneimittelwirkungen (UAW)

Für Meldungen über unerwünschte Arzneimittelwirkungen (UAW) empfiehlt Swissmedic, das dafür entwickelte Meldeportal zu verwenden. Mit dem sogenannten Electronic Vigilance System (EIViS) können UAW direkt oder durch Hochladen einer XML-Datei erfasst werden. Alle erforderlichen Informationen sind zu finden unter www.swissmedic.ch. Wir bedauern die Unannehmlichkeiten, die Ihnen der Rückruf verursacht, und danken für Ihr Verständnis und Ihre Mithilfe.

Bei Fragen stehen Ihnen unser Kundendienst sowie unser Medical-Team gerne zur Verfügung.

Kundendienst:

- Per E-Mail: kundendienst@mepha.ch
- Per Telefon: 0800 00 33 88 / 061 705 43 43

Medical-Team, für medizinische Fragen:

- Per E-Mail: medizinschweiz@mepha.ch
- Per Telefon: 0800 00 55 88 / 061 705 44 77

Präparat	Chargen-Nr.	Verfalldatum	Pharmacode
Atenolol-Mepha [®] 25 mg Lactab [®] OP 100	X15124F	07.2026	1668450

Seminare / Séminaires / Seminari

Praxiseröffnung/-übernahme

Zielgruppe: Ärztinnen und Ärzte, die vor einer Praxiseröffnung (Einzel-/Gruppenpraxis), dem Einstieg in eine Gruppenpraxis oder vor einer Praxisübernahme stehen.

Themen

- **Bewilligungen/Berufspflichten** (Praxisbewilligung, Zulassung zur Sozialversicherung)
- **Gesellschaftsformen/Ehe- und Erbrecht** (Vertragswesen, Privat-/Geschäftsvermögen, Güterstand, Erbschaftsplanung)
- **Finanzierung der Arztpraxis** (Businessplan, Kredite, Absicherungsmöglichkeiten)
- **Versicherungen/Vorsorge/Vermögen** (Personen- und Sachversicherungen, Vorsorgeplanung)
- **Praxisadministration** (Leistungserfassungs- und Abrechnungssysteme)
- **Bewertung einer Arztpraxis** (Inventarwert und Goodwill als Verhandlungsbasis)
- **Praxiseinrichtung** (Inneneinrichtung, Kostenberechnung)

Daten

K02	Donnerstag, 12. Mai 2022 16.00–20.30 Uhr	St. Gallen Hotel Einstein
K03	Donnerstag, 9. Juni 2022 9.00–16.30 Uhr	Bern Schmiedstube
K04	Donnerstag, 8. September 2022 9.00–16.30 Uhr	Zürich Volkshaus

Praxisübergabe/-aufgabe

Zielgruppe: Ärztinnen und Ärzte, die ihre Praxis an einen Partner oder Nachfolger übergeben oder liquidieren wollen. Idealtermin: **5–10 Jahre vor geplanter Übergabe oder allfälliger Liquidation** (aus steuerrechtlichen und vorsorgeplanerischen Gründen).

Themen

- **Praxispartner- oder Nachfolgesuche** (projektorientiertes Vorgehen in der Nachfolgeplanung)
- **Juristische Aspekte** (Praxisübergabevertrag, allg. Vertragswesen, Übergabe der Krankengeschichten)
- **Bewertung einer Arztpraxis** (Inventarwert und Goodwill als Verhandlungsbasis)
- **Versicherungen/Vorsorge/Vermögen** (Übergabe/Auflösung von Versicherungsverträgen, Pensions- und Finanzplanung)
- **Steuern** (Steueraspekte bei der Praxisübergabe oder Liquidation: Optimierung der steuerlichen Auswirkungen, Liquidations- und Grundstücksgewinnsteuer)

Daten

K07	Donnerstag, 5. Mai 2022 16.00–20.30 Uhr	St. Gallen Hotel Einstein
K08	Donnerstag, 23. Juni 2022 13.30–18.00 Uhr	Bern Schmiedstube
K09	Donnerstag, 15. September 2022 13.30–18.00 Uhr	Zürich Volkshaus

Praxiscomputer-Workshop

Zielgruppe: Ärztinnen und Ärzte, die vor einer Praxiseröffnung oder Praxisübernahme stehen oder bereits praxistätig sind.

Themen

- **Anforderungen** an ein Praxisinformationssystem (Einführung)
- **Evaluationsprozess** (projektorientiertes Vorgehen in der Evaluation eines Praxisinformationssystems)
- Präsentation von **sieben führenden Praxisinformationssystemen** (Leistungserfassung, Abrechnen, Agenda, Statistik, Geräteeinbindung, Krankengeschichte, Finanzbuchhaltung usw.)

Daten

K14	Donnerstag, 30. Juni 2022 13.15–17.45 Uhr	Bern Stadion Wankdorf
K15	Donnerstag, 17. November 2022 13.15–17.45 Uhr	Olten Stadttheater Olten

Ouverture et reprise d'un cabinet médical

Groupe cible: Médecins sur le point d'ouvrir un cabinet médical (individuel ou de groupe), de joindre un cabinet de groupe ou de reprendre un cabinet existant.

Contenu

- **Aspects juridiques** (contrats en général, autorisations, admission à pratiquer à la charge de l'assurance sociale, dossier patients, droit du travail, formes juridiques, droit matrimonial et le droit successoral)
- **Business plan / passage du statut de salarié à celui d'indépendant** (préparation du plan de financement, les financements, comptabilité, fiscalité, TVA)
- **Lieu d'implantation et aménagement** (implantation, projet et concept d'aménagement, choix du mobilier et des matériaux)
- **Estimation d'un cabinet** (processus d'une estimation, inventaire et goodwill, recommandations)
- **Administration d'un cabinet médical** (facturation)
- **Assurances** (questions d'assurances et de prévoyance)

Daten

K21	Jeudi 9 juin 2022 9h–17h	Genève Hôtel Royal
K22	Jeudi 1 ^{er} septembre 2022 9h–17h	Lausanne Hôtel Alpha-Palmiers

Remise et cessation d'un cabinet médical

Groupe cible: Médecins désirant remettre un cabinet médical à un associé ou à un successeur ou qui doivent fermer leur cabinet médical. Idéalement **5–10 ans avant la remise prévue** (pour des questions de taxation et prévoyance).

Contenu

- **Aspects juridiques** (contrats en général, dossiers patients, autorisations)

- **Estimation d'un cabinet et remise du cabinet** (calcul de l'inventaire et du goodwill comme base de négociation, recherche de succession, recommandations)
- **Assurances/prévoyance/patrimoine** (remise/résiliation des contrats d'assurances, formes de prévoyance, planification de la retraite et des finances)
- **Conséquences fiscales d'une remise ou d'une cessation** (optimisation de l'impact fiscale lors d'une remise/cessation, impôt sur les bénéfices et gains immobiliers, détermination de la date optimale pour la remise/cessation)

Dates

K24	Jeudi 19 mai 2022 13h30–18h30	Lausanne Hôtel Aquatis
K25	Jeudi 10 novembre 2022 13h30–18h30	Genève Crowne Plaza

Atelier consacré au logiciel de gestion du cabinet médical

Groupe cible: Médecins sur le point d'ouvrir un cabinet médical et médecins déjà établis qui veulent changer leur logiciel.

Contenu

- **Evaluation d'un système de gestion de cabinet**
- Présentation en live de **logiciels pour la gestion du cabinet** (gestion des données des patients, gestion de la facturation et de l'encaissement, statistiques, gestion de l'agenda, connexion des appareils médicaux au dossier patient, etc.)

Date

K28	Mercredi 22 juin 2022 13h30–18h	Lausanne Hôtel Aquatis
------------	---------------------------------------	---

Apertura e rilevamento di uno studio medico

Gruppo destinatario: Medici in procinto di aprire o di rilevare uno studio medico.

Contenuto

- **Business plan** (preparazione del piano di finanziamento e del credito d'esercizio, prestito bancario)
- **Pianificazione** (insediamento, progetto e pianificazione, mobili, budget)
- **Valutazione di uno studio medico** (inventario e goodwill)
- **Amministrazione di uno studio medico** (interna allo studio, rapporti con la banca)
- **Assicurazioni** (tutte le assicurazioni necessarie interne ed esterne allo studio)
- Passaggio dallo stato di dipendente a quello di indipendente
- Fiscalità

Data

K51	Mercoledì 12 ottobre 2022 dalle 16.00 alle 18.00	Chiasso FMH Services (Consulting)
------------	--	--

Anmeldung/
Inscription/
Registrazione

www.fmhservices.ch





Ashkan Forouzani / Unsplash

Hausärzteschaft, Psychiatrie, Chirurgie: ihre Bilanz der Pandemie

Redaktionsteam *Schweizerische Ärztezeitung*

Die Corona-Pandemie hat das Schweizer Gesundheitssystem erschüttert. Zwei Jahre nach Beginn der Krise normalisiert sich die Situation allmählich: Zeit, Bilanz zu ziehen. Wie haben die verschiedenen medizinischen Fachrichtungen die Pandemie erlebt und bewältigt? Welchen Herausforderungen sind sie begegnet? Welche Lehren konnten sie daraus ziehen? Wir haben fünf Ärztinnen und Ärzte befragt.

Am 16. März 2020 ruft der Bundesrat in der Schweiz die «ausserordentliche Lage» aus: Versammlungen von mehr als fünf Personen sind verboten, Restaurants, Geschäfte und Schulen schliessen. Ein bis dahin unbekanntes Virus zwingt zum Lockdown. Die Zahl der Fälle steigt auf über 1000 pro Tag, die Situation führt zu Fragen und Ängsten. In der Ferne ertönen die Sirenen der Krankenwagen; das Pflegepersonal ist Tag und Nacht an der Front.

Zwei Jahre lang waren die Beschäftigten im Gesundheitswesen täglich Corona ausgesetzt, sie wurden schlagartig damit konfrontiert. Sie hatten keine Zeit, sich darauf vorzubereiten, denn das Virus war plötzlich überall. Wie kann man Patientinnen und Patienten wirksam schützen? Wie isoliert man infizierte Personen, wenn der Gang in der Notaufnahme voll ist? Wo werden symptomatische Personen getestet? Welche Symptome sind ty-

pisch? Wie kann man den Patientenfluss steuern und genügend Betten zur Verfügung stellen?

Für die verschiedenen medizinischen Fachrichtungen gab es viele Herausforderungen, vor allem zu Beginn der Krise, als selbst Expertinnen und Experten Schwierigkeiten hatten, das neue Virus zu verstehen, es noch keine Impfstoffe gab und sich die Anweisungen des Bundes ständig änderten. Die Hausärztinnen und Hausärzte fühlten sich beispielsweise vom Krisenmanagement ausgeschlossen, während die Arbeit der psychiatrischen Fachpersonen an Bedeutung gewann. Zum Zeitpunkt der Bilanz sprechen ein Allgemeinmediziner, ein Pneumologe, eine Notaufnahme-Leiterin, eine Psychiaterin und ein Chirurg darüber, was für ihr Fachgebiet gut und weniger gut funktioniert hat und welche Lehren daraus für die nächste Pandemie gezogen werden können.

[redaktion.saez\[at\]emh.ch](mailto:redaktion.saez[at]emh.ch)



«Wir Hausärztinnen und -ärzte waren eine zu wenig genutzte Ressource»

«Als Hausarzt höre ich von Patientinnen und Patienten viel Dankbarkeit, dass sie jederzeit in die Praxis kommen durften. Bei Notfällen, zum Testen, zum Beraten, zum Impfen. Und sie sind dankbar, dass wir auch am Telefon erreichbar waren.

Wir sollten uns auch alle bewusst sein, dass unser Gesundheitssystem sowohl ambulant wie stationär eines der international

besten ist und dass wir glücklich sein können, dass es so viele gut ausgebildete und engagierte Gesundheitsfachpersonen gibt.

Auf der anderen Seite waren wir Hausärztinnen und Hausärzte während der Pandemie eine zu wenig genutzte Ressource. Im Kanton Bern mussten wir zum Beispiel richtig dafür kämpfen, die Impfstoffe zuerst überhaupt, und dann in ausreichender Menge zu erhalten. Obwohl Impfen zu unserem Alltag gehört.

Ausserdem mussten wir oft als Übersetzerinnen und Navigatoren Unterstützung leisten. Die immer wieder angepasste Risikoliste oder die Anweisungen zu den Tests waren für viele Patientinnen und Patienten schlicht nicht verständlich. Diese Dokumente wären durch den Input von Hausärztinnen und -ärzten verständlicher geworden.

Oder beim Thema Long Covid: Diese Krankheit hat viele Facetten und Ausprägungen, da braucht es eine gute Koordination zwischen verschiedenen Spezialisten. Das ist eine unserer Kernaufgaben. Die Hausarztmedizin könnte künftig helfen, Wissen in diesem Bereich zu generieren.

Für eine nächste Pandemie sind wir gut gerüstet, wenn unsere Schulen kritisches Denken noch stärker vermitteln, damit alle Menschen Informationen und Daten selbstsicherer interpretieren können. Im Gesundheitswesen sollten wir Ressourcen auf- und nicht abbauen: Wenn jemand am Morgen mit Atemnot erwacht, dann die Hausärztin aufsucht und am Abend intubiert beatmet werden muss, braucht es in allen Bereichen genügend medizinisches Personal. Diese Gesundheitsfachpersonen absolvieren eine lange Aus- und Weiterbildung. Der Nachwuchs muss daher auch mit Blick auf solche Ausnahmesituationen stetig gefördert werden.»

*Prof. Dr. med. Dr. phil. Sven Streit,
Hausarzt in Konolfingen*

Wortprotokoll: Sandra Ziegler

Bildnachweis
zVg



«Die zweite Welle war die stressigste Zeit»

«Im Spitalzentrum Biel wurde bereits im Februar 2020 eine Task Force eingeführt: So konnten wir auf der Notfallstation schnell und unbürokratisch auf die erste Covid-Welle reagieren. Die Erfahrungen der anderen Länder und Kantone, die vor uns betroffen waren, halfen uns zu antizipieren. Meiner Meinung nach hätten wir noch früher im Krisenmodus sein

müssen. Es ist immer eine Gratwanderung zwischen Übervorsicht und sinnvoller Vorbereitung.

Eine der grössten Herausforderungen war der Umgang mit dem Informationsbedürfnis der Bevölkerung. Wegen der grossen Unsicherheit wollten alle Auskunft per Telefon, unsere Notfallstation wurde von Anrufen überschwemmt. Im achtstündigen Telefondienst bekam ich mal 80 Anrufe. Das Informationsbedürfnis war auch intern gross. Wir mussten das Personal sehr kurzfristig schulen, beispielsweise wie es sich und die Patienten schützen soll. Die Umsetzung der Isolationsmassnahmen stellte eine Challenge dar, vor allem in der zweiten Welle, als wir ein Overcrowding erlebten.

In den zwei Krisenjahren war die zweite Welle die stressigste Zeit: Im Alltag kehrte man wieder zur Normalität zurück, doch

wir mussten eine starke Corona-Welle verkraften. Die Kostenübernahme war nicht ganz geklärt, obwohl wir finanziell unter Druck standen. Mit der Impfung und dem besseren Wissen ging es ab 2021 wieder bergauf.

In der ersten Welle erlebten wir das weltweite Phänomen der 'fehlenden Patienten': Im Notfall waren chronische Krankheiten seltener vertreten. Es gab auch weniger Sportunfälle, da Freizeitmöglichkeiten eingeschränkt wurden. Auch Verkehrsunfälle nahmen aufgrund der geringeren Mobilität der Bevölkerung ab. Nach der ersten Welle im Sommer 2020 erlitten wir eine Abgangswelle bei den Pflegenden. Obwohl die Spitäler als Gesamtorganisation während der Pandemie viel Resilienz zeigten, litten daran Sektoren wie Notfall, IPS und Pflege. Schwachstellen wie Burnout-Gefahr, Prekarität bei der Pflege und wenig Investition in die Telemedizin waren schon zuvor da, haben sich aber mit der Krise verschärft.»

*Dr. med. Sabine Thomke,
Chefärztin Notfallmedizin, Spitalzentrum Biel*

Wortprotokoll: Julia Rippstein

Bildnachweis
Marco Zanoni / Spitalzentrum Biel



«Die Pandemie hat den Schleier über der Psychiatrie gelüftet»

«Dank oder wegen der Pandemie wird mehr über die psychische Gesundheit gesprochen. Die Medien haben das Thema aufgegriffen, da viele Menschen unter der Krise gelitten haben. Das hat den Schleier über der Psychiatrie und der Arbeit von psychiatrischen Fachpersonen gelüftet. Die Bevölkerung hat das Angebot wahrgenommen und es wird

mehr genutzt. Manche brauchen es, andere kommen mit weniger akuten Problemen. Das ist eine positive Entwicklung, kann aber bei den Angehörigen ein Gefühl der Hilflosigkeit hervorgerufen. Der Lockdown hat bestehende familiäre Spannungen verschärft. Einige Personen fürchteten um ihren Arbeitsplatz, was zu Ängsten, Stimmungsschwankungen und depressiven Verstimmungen führte. Bei jungen Menschen stellten wir einen Anstieg von suizidalen Gedanken fest.

Die Psychiatrieabteilung des CHUV durchlief verschiedene Phasen: Während des Lockdowns mussten wir die Notfälle einschränken. Um mit den Betroffenen in Kontakt zu bleiben, griffen wir auf die Video-Konsultation zurück. Dieses Instrument hat sich als sehr nützlich erwiesen und wir setzen es manchmal immer noch ein. Die Nachfrage nach Spitaleinweisungen war

lange Zeit rückläufig, was fälschlicherweise den Eindruck erweckte, dass es der Bevölkerung gut gehe. Entsprechend gross waren die Auswirkungen. Im Herbst 2021 wurden wir von Einweisungsanträgen überschwemmt, es fehlten Betten, und diese Situation dauert an. Die Pandemie hat uns gelehrt, flexibel und kreativ zu sein, und diesen Geist müssen wir beibehalten. Es gab Fälle, in denen Psychiatriepersonal in der Notaufnahme eingesetzt wurde, und ungenutzte Tageszentren wurden zur Aufnahme von Akutpatientinnen und -patienten genutzt.

Die Ressourcen in der Psychiatrie sind nach wie vor knapp. Wir müssen mehr vernetzt denken und die Zusammenarbeit mit unseren Sozialpartnern, zum Beispiel den Sozialdiensten, den Asylheimen, aber auch den Hochschulen, verstärken. Die Mitarbeitenden dieser Einrichtungen sollten besser in psychischen Krankheiten geschult werden, damit sie uns helfen können, Personen mit einer psychiatrischen Störung zu identifizieren.»

Prof. Kerstin von Plessen, Leiterin der Abteilung für Psychiatrie, Centre hospitalier universitaire vaudois (CHUV)

Wortprotokoll: Julia Rippstein

Bildnachweis
Eric Déroze / CHUV



«Das Wissensmanagement stellte eine grosse Herausforderung dar»

«Es war speziell, dass mit Corona erstmals seit längerem eine völlig unbekannte Infektionskrankheit auftrat. Es gab keine Informationen in Lehrbüchern, keine erprobten Behandlungsmethoden.

Der Isolationsaufwand war auch neu. Wir kannten zwar von Krankheiten wie beispielsweise dem Norovirus Isolationsanforderungen, aber nicht in dieser

grossen Anzahl. Dem vermehrten Personalaufwand stand der Personalausfall gegenüber. Wir mussten überlegen, wie wir damit umgehen. Hinzu kam, dass in unserem Einzugsgebiet in der Nordwestschweiz gerade bei der Isolationspflicht vieles kantonal unterschiedlich geregelt wurde.

Das Wissensmanagement stellte insgesamt eine grosse Herausforderung dar. Im Spital konnten wir uns mit Hygiene- und Infektions-Fachleuten beraten. Für Niedergelassene war das schwieriger. Hier haben die Fachgesellschaften bei einer nächsten Pandemie eine wichtige Aufgabe. Sie sollten Informationen zur Verfügung stellen und den interdisziplinären Austausch fördern. Doch wie kommt ein guter Austausch mit anderen Fachgesellschaften, dem Bund und den Kantonen zustande?

Wir können stolz darauf sein, dass in der Schweiz die Versorgung der Patientinnen und Patienten immer aufrechterhalten

werden konnte. Wir konnten sie vor Ansteckungen schützen und die Behandlungsqualität sichern. Das Gesundheitspersonal hatte eine enorme Einsatzbereitschaft.

Die Pandemie hat gezeigt, dass die Hygiene-Massnahmen nützen. Dank der Maskenpflicht gab es zum Beispiel weniger Hospitalisationen von Personen mit COPD. Das wird unser Verhalten auch bei anderen Krankheiten beeinflussen. Corona wird zu einer 'neuen Normalität' werden. Auch Long Covid wird bleiben. Allerdings wird sich das Krankheitsbild noch schärfen.

Es kann festgehalten werden, dass aus Patientenperspektive, der Perspektive einer Gesundheitsinstitution, der Fachgesellschaften und des Staates seit Pandemiebeginn sehr viel evidenzbasiertes Wissen und Erfahrungswissen den Alltag in einer noch nie dagewesenen Geschwindigkeit ändern und prägen.»

Dr. med. Thomas Sigrist, Leiter Departement Innere Medizin und Chefarzt Pneumologie an der Klinik Barmelweid, Präsident Schweizerische Gesellschaft für Pneumologie

Wortprotokoll: Rahel Gutmann

Bildnachweis
zVg



«Den Fachkräftemangel kann man als Long Covid der Spitäler bezeichnen»

«Während der Pandemie musste der Operationsbetrieb mehrfach reduziert werden. Der Koordinationsaufwand ist dadurch massiv gestiegen. Es war sehr anspruchsvoll, die Termine zu koordinieren und Kriterien für die Dringlichkeitsstufen zu erarbeiten, nach denen die Patientinnen und Patienten eingeplant wurden, denn die Nachfrage war ja vorhanden.

Wir haben nicht erlebt, dass Operationen durch zeitliche Verschiebungen plötzlich nicht mehr nötig waren. Die Indikationsstellungen waren auch vor der Pandemie korrekt. Hingegen hat sich dadurch die Leidensphase der Patientinnen und Patienten klar verstärkt – und zwar physisch, etwa aufgrund von Schmerzen, aber auch psychisch. Denn für die meisten Menschen ist die Zeit vor einem Eingriff eine belastende Zeit.

Die Massnahmen waren trotzdem sinnvoll und nötig, denn wir wollten und konnten dadurch in der Schweiz die Qualität der medizinischen Versorgung aufrechterhalten. Das ist uns durch die Selektion von Patientinnen und Patienten nach Dringlichkeit gelungen. Es gab zwar längere Wartezeiten, aber wer eine Behandlung benötigte, hat sie bekommen – und zwar qualitativ gut. Das war in anderen Ländern zeitweise nicht so.

In den ersten Wellen war das Verständnis der Mitarbeitenden für betriebliche Anpassungen und fachübergreifende Unterstützung hoch. Jetzt ist dieses Verständnis deutlich kleiner ge-

worden. Viele Mitarbeitende fühlen sich ausgelaugt und müde. Sie machen Pause, nehmen unbezahlten Urlaub oder orientieren sich beruflich neu. Daraus ergibt sich ein Fachkräftemangel, den man symbolisch auch als 'Long Covid der Spitäler' bezeichnen kann. In vielen Spitälern ist aktuell aus personaltechnischen Gründen kein voller Operationsbetrieb möglich.

Wir müssen alles tun, um die Attraktivität der Gesundheitsberufe, und insbesondere auch der Pflege, zu stärken. Allfällige Lohnanpassungen werden nicht ausreichen. Die Fachkräfte, welche in übergreifenden und interdisziplinären Teams funktionieren müssen, brauchen insbesondere gute Entwicklungsperspektiven und ein motivierendes Arbeitsumfeld. Je attraktiver wir die Berufe im Gesundheitswesen gestalten, desto mehr Fachkräfte werden bleiben, zurückkehren oder sich überhaupt für diese Tätigkeiten entscheiden.»

*Prof. Dr. med. Stefan Breitenstein,
Chefarzt Klinik für Viszeral- und Thoraxchirurgie
am Kantonsspital Winterthur und Präsident
der Schweizerischen Gesellschaft für Chirurgie*

Wortprotokoll: Eva Mell

Bildnachweis
zVg



Crédits: Hôpital Riviera-Chablais

L'Hôpital Riviera-Chablais sous la neige, janvier 2021.

Gestion du COVID-19 vécue par un service de la santé au travail

Carmelo-Domenico Liberati^a, Caroline Mengin^b

^a Dr, médecin-chef de service, Service santé et sécurité au travail, Hôpital Riviera-Chablais, Vaud-Valais, Rennaz; ^b Dr, médecin responsable de la santé au travail, Service santé et sécurité au travail, Hôpital Riviera-Chablais, Vaud-Valais, Rennaz

Comme nombre d'autres établissements de santé, l'Hôpital Riviera-Chablais a été frappé de plein fouet par la pandémie de COVID-19. Dans ce contexte, notre Service de la santé et sécurité au travail a été rapidement au premier rang pour prendre en charge le personnel de l'hôpital, voire celui des institutions partenaires.

Dès février 2020, dans notre hôpital, les hospitalisations et les consultations pour des syndromes grippaux atypiques augmentent. Les autorités de santé internationales et nationales commencent à alerter les hôpitaux du monde entier. Le COVID-19 devient vite la priorité. Fin février 2020, notre service est activé pour prendre en charge le personnel. Le 26 février, la Direction de l'hôpital crée une cellule de crise, dont notre service fait partie. Plusieurs fois par jour, cette cellule se réunit pour mettre en place un plan d'actions. Durant les premiers mois, les informations officielles sont floues, souvent changeantes. Notre service n'était

ni organisé, ni préparé, ni équipé pour une activité de ce genre: il nous a fallu tout inventer et créer. A noter que notre hôpital venait de déménager en novembre 2019, regroupant six sites hospitaliers vers un seul nouveau site à Rennaz (VD). Le personnel de l'hôpital, y compris celui en première ligne ou qui travaille dans notre service, peine à assimiler tous ces changements, a parfois peur. Nous devons faire face aux questionnements sans toujours parvenir à donner une réponse satisfaisante. Nous devons nous adapter aux directives, qui changent rapidement. Les cas ne cessent d'augmenter. Le 16 mars 2020, les autorités fédérales dé-

Tableau 1: Défis rencontrés par le Service de santé et sécurité au travail, Hôpital Riviera-Chablais.

- Connaître et maîtriser la nouvelle pandémie, gérer les imprévus
- Informer et rassurer du personnel face aux nombreuses incertitudes
- Identifier les personnes vulnérables
- Participer aux séances de l’Etat-major COVID-19 de l’hôpital et à celles de la cellule de coordination cantonale COVID-19
- Dépister par frottis le personnel sur la base des paramètres qui changent rapidement
- Conseiller la direction dans son rôle de décideur final
- Imposer les mesures adéquates afin de limiter le risque de contagion
- Coordonner l’équipe médicale et infirmière du Service de la santé et sécurité au travail
- S’adapter aux changements rapides des directives fédérales et cantonales
- Organiser la vaccination du personnel
- Organiser le dépistage collectif du personnel non vacciné
- Réaliser les statistiques pour les autorités sanitaires et pour l’hôpital
- Réduire le risque d’une contamination du personnel avec des conséquences graves sur l’activité de prévention et de prise en charge des collaborateurs et collaboratrices
- Participer à la rédaction du plan de prévention des risques
- Tolérer et relativiser les insatisfactions

cident le semi-confinement. Les hôpitaux doivent garantir l’accueil des malades, en particulier des personnes atteintes du COVID-19. La priorité de notre institution est de garantir la continuité des soins, mais également de protéger son personnel, particulièrement exposé au risque d’infection. Le 30 mars, notre service doit suspendre toutes ses activités habituelles pour se concentrer exclusivement sur l’accompagnement et le dépistage des cas de COVID-19 chez le personnel. Les directives de la cellule cantonale HPCi (hygiène, prévention et contrôle de l’infection) servent de cadre. Nous apprenons à composer avec l’Ordonnance fédérale 2 COVID-19 et ses multiples versions. Les marches à suivre émanent de l’Office fédéral de la santé publique (OFSP), mais également du canton, de Swissnoso, du SECO et des sociétés faitières. L’avalanche d’informations des médias et des experts de l’OMS ajoute de la confusion. Notre personnel, comme la population, se perd dans la masse d’informations. En raison de notre proximité avec la France, beaucoup de nos collaboratrices et collaborateurs frontaliers sont soumis à d’autres informations et dispositions légales, ce qui complique encore plus la gestion de la crise.

Peu d’infections, mais pénurie de matériel

Durant les premiers mois, grâce au semi-confinement qui réduit la présence sur les sites hospitaliers et aux mesures barrières, le nombre connu d’infections parmi notre personnel est très limité. A cette époque, le dépistage par PCR était recommandé pour un nombre de symptômes limités par rapport aux recommandations ultérieures. Dès le mois de mars, l’intra-

net est développé et devient la base d’information pour tout le personnel. Une campagne d’affichage et de balisage des lieux communs est réalisée, certains présentant un risque accru (restaurant d’entreprise, cafétéria, salle de détente, salle de réunion, auditoire). Il est par exemple décidé de réduire le nombre de places à disposition à la cafétéria, d’alterner les chaises, d’augmenter les plages horaires de distribution du repas de midi et de suspendre tout rassemblement, y compris les formations en présentiel. Le premier trimestre 2020 est également marqué par le risque de pénuries de masques, de surblouses, de gants et de solution hydroalcoolique. L’approvisionnement est très compliqué. La fermeture des frontières rend la démarche titanesque. Il faut rationaliser l’utilisation des équipements. Si l’on ne manquera jamais de rien, on est obligé d’être très vigilant sur le gaspillage. En avril 2020, la vague commence à faiblir. Dès mai 2020, nous déployons, en collaboration avec la Direction des ressources humaines (DRH), une politique de pédagogie dans les services. Nous nous rendons dans les services pour informer, rassurer et répondre aux questions. En parallèle, notre service poursuit son travail sur plusieurs fronts: dépistage, déclarations au médecin cantonal et à l’OFSP, informations au personnel et aux institutions partenaires, pédagogie dans les services, conseils et propositions au DRH et à la Direction Générale, suivi de l’évolution de l’ordonnance COVID-19, participation à la cellule cantonale de crise, copilotage avec l’HPCi pour les EPI (équipements de protection

Le premier trimestre 2020 est marqué par le risque de pénuries de masques, de surblouses, de gants et de solution hydroalcoolique.

individuelle), hotline COVID-19, suivi des statistiques et des absences, participation à la rédaction et mise à jour du plan de protection, identification des membres du personnel «vulnérables» pour mieux les protéger, les éloigner des risques majeurs, le cas échéant.

Après le calme, la tempête

Dès juin 2020, la vague épidémique est à son plus bas niveau. S’ensuit une période de calme apparent jusqu’en octobre où les cas positifs augmentent à nouveau dans la population et le personnel de l’hôpital. Le nombre de cas positifs dépasse les 7000 cas en moyenne par jour, un record à l’époque. Le nombre de décès est, en Suisse, de 100 cas par jour en moyenne. Nous voulons éviter que la vague touche fortement le personnel, en particulier de soin (médecins et soignants), ce qui entraînerait des conséquences graves

sur l'activité, les absences et la prise en charge des malades. La décision est prise d'arrêter ou limiter les activités non urgentes. Un autre aspect difficile est l'impossibilité pour les familles de rendre visite à un proche hospitalisé.

En décembre 2020, la courbe épidémique commence à fléchir. Janvier 2021 marque le début de la vaccination avec les nouveaux vaccins à ARNm. Le canton de Vaud fait initialement le choix de vacciner la population fragile et non le personnel de soin, estimant que celui-ci maîtrise les gestes barrières. Cette décision crée une tension et un fort sentiment d'injustice au sein du personnel de santé. Le canton révisé en partie sa déci-

Le choix initial du canton de vacciner la population fragile avant le personnel de soin a créé un sentiment d'injustice parmi nos équipes.

sion. Il faut identifier les services hospitaliers majoritairement à risque. Cependant, ce compromis ne satisfait pas les soignants exclus. La vaccination fait partie des missions de notre service. Quelques membres du personnel, convaincus de ne pas être protégés correctement, nous font part de leurs doutes et angoisses. Entretemps, nous poursuivons le dépistage du personnel et entamons la vaccination. Redevenant des apothicaires, les pharmaciens préparent les doses suffisantes à partir de flacons multidoses. Les vaccins font espérer la fin de la crise sanitaire. Quant à nous, nous découvrons que l'année 2020 s'est achevée sur un nombre record de consultations pour notre service qui compte 1,6 équivalent plein temps de médecins: 14 000 consultations, tout genre confondu, contre une moyenne de 3000 les années précédentes.

Equipes médico-soignantes épuisées

A la mi-août 2021, la courbe des cas positifs remonte. Cette nouvelle vague atteint son sommet en décembre avec plus de 35 000 cas en moyenne par jour en Suisse. Heureusement, le nombre de décès directement liés au COVID-19 n'explose pas. La vaccination s'avère efficace pour limiter les cas graves et les décès. Cependant, les équipes médico-soignantes sont épuisées. Les services ont de moins en moins de ressources à disposition. Les cas positifs augmentent fortement, y compris chez le personnel de l'hôpital. Les arrêts maladie, y compris pour épuisement, augmentent. Les ressources humaines, les différents services et nous-mêmes essayons de trouver des solutions au nombre grandissant de personnes en isolement ou en quarantaine. Il y a de plus en plus de demandes de dérogation pour que les professionnels positifs au COVID-19 reviennent au travail. L'HPCI, la DRH et nous-mêmes sommes très prudents vis-à-vis de ces dérogations, accordées uniquement dans des cas exceptionnels. Nous craignons que cela ne favorise la diffusion de l'épidémie au sein de l'hôpital. Seul un nombre minime de personnes positives sera autorisé à revenir au travail avant la fin de leur isolement. Fin janvier 2022, la Suisse atteint le pic du nombre de contaminations. Bien qu'exceptionnelle, la situation est heureusement beaucoup moins dramatique que lors des précédentes vagues.

Mission de la médecine du travail

Malgré tous les défis engendrés par la pandémie (voir tableau 1), notre service, comme le reste de l'hôpital, a fait face aux incertitudes et aux changements pour maîtriser et limiter l'impact néfaste de cette crise majeure. Les services de santé au travail ont pour mission d'éviter ou limiter toute atteinte à la santé des salariés du fait de leur travail. Leurs missions sont pour la plupart assurées par des équipes pluridisciplinaires comprenant notamment des médecins du travail, des infirmières et infirmiers et des spécialistes MSST. Le médecin surveille l'état de santé de chaque membre du personnel en fonction de son âge, des risques concernant la sécurité, sa santé et la pénibilité au travail (voir tableau 2). Avec l'équipe pluridisciplinaire, le médecin réalise des fiches de prévention, des études ergonomiques des postes de travail et participe à l'élaboration du document d'analyse de risque. L'évaluation des risques individuels et collectifs porte sur l'ensemble des risques physiques, chimiques, biologiques, psychosociaux et organisationnels. Cette connaissance du singulier (personne salariée) et du pluriel (groupe de salariés, entreprise) permet au

Tableau 2: Le médecin du travail conseille l'employeur, le personnel, voire leurs représentants, sur les mesures nécessaires portant sur les points suivants.

- Risques professionnels
- Amélioration des conditions de travail
- Prévention du harcèlement moral ou sexuel
- Pénibilité au travail et désinsertion professionnelle
- Maintien dans l'emploi des collaborateurs et collaboratrices
- Amélioration des conditions de vie et de travail dans l'entreprise
- Adaptation des postes, des techniques et des rythmes de travail à la physiologie humaine
- Protection du personnel contre l'ensemble des nuisances
- Prévention des accidents et des maladies professionnels
- Education sanitaire en rapport avec l'activité professionnelle
- Prévention de la consommation d'alcool et de drogue sur le lieu de travail
- Construction ou aménagements nouveaux des locaux
- Modifications apportées aux équipements, y compris de protection individuelle
- Mise en place ou modification de l'organisation du travail de nuit

médecin du travail d'informer l'employeur (dans le respect de l'anonymat et du secret médical) sur les altérations de la santé physique et/ou mentale du personnel en les reliant aux différents risques de l'entreprise. En cas de danger grave et imminent pour une ou plusieurs personnes, le médecin du travail est habilité à alerter l'employeur ou les salariés pour éviter l'apparition de pathologie ou toute aggravation, quitte à soustraire temporairement la personne de l'exposition au risque par une inaptitude temporaire.

En deux ans de pandémie, notre Service de santé et sécurité au travail a contribué à protéger la santé du per-

sonnel. Une médecine du travail valorisée et renforcée est une force puissante de développement et de croissance de l'entreprise dans le respect et la protection de la santé des travailleurs.

Références

- www.bag.admin.ch/bag/fr/home/krankheiten/ausbrueche-epidemien-pandemien/aktuelle-ausbrueche-epidemien/novel-cov/situation-schweiz-und-international.html
- travail-emploi.gouv.fr/
- COVID-19 Data Repository by the Center for Systems Science and Engineering (CSSE) at Johns Hopkins University.

L'essentiel en bref

- Comme d'autres établissements de soins en Suisse et à l'étranger, l'Hôpital Riviera-Chablais a été frappé de plein fouet par la pandémie de COVID-19.
- Les défis étaient nombreux: informer le personnel, le protéger, le dépister puis le vacciner, tout en continuant de garantir la qualité des soins. Ces tâches incombent au service de santé et sécurité au travail qui a pour mission d'éviter ou limiter toute atteinte à la santé des salariés du fait de leur travail.
- Les compétences d'un tel service permettent de faire face à des défis majeurs et de limiter l'impact néfaste d'une crise majeure.
- En deux ans de pandémie, le Service de santé et sécurité au travail de l'Hôpital Riviera-Chablais a contribué à protéger la santé du personnel. Une médecine du travail valorisée et renforcée est une force puissante de développement et de croissance de l'entreprise.

Das Wichtigste in Kürze

- Wie andere Gesundheitseinrichtungen in der Schweiz und im Ausland wurde das Hôpital Riviera-Chablais von der COVID-19-Pandemie stark getroffen.
- Das Personal musste informiert, geschützt, getestet und geimpft und gleichzeitig die Pflegequalität gewährleistet werden. Dafür ist die Abteilung für Gesundheit und Sicherheit am Arbeitsplatz zuständig. Es ist ihre Aufgabe zu verhindern oder einzuschränken, dass die Gesundheit der Mitarbeitenden durch die Arbeit beeinträchtigt wird.
- Die Kompetenzen einer solchen Abteilung ermöglichen es, grosse Herausforderungen zu bewältigen und die negativen Auswirkungen einer Krise zu begrenzen.
- In den zwei Jahren Pandemie hat die Abteilung für Gesundheit und Sicherheit am Arbeitsplatz des Hôpital Riviera-Chablais dazu beigetragen, die Gesundheit der Mitarbeitenden zu schützen. Eine aufgewertete und gestärkte Arbeitsmedizin ist eine starke Kraft für die Entwicklung und das Wachstum des Unternehmens.

[redaktion.saez\[at\]emh.ch](mailto:redaktion.saez[at]emh.ch)



Endlich ein aktives Klima-Engagement der Ärzteschaft

Wo ein Wille, da ein Weg

René Jaccard^a, Cristian Martucci^b, Matthias Steinemann^c, Jean-Luc Gérard^d

^a Dr. med., Wissenschaftskommission Klima-Grosseltern Schweiz; ^b Cand. med., HealthForFuture Basel; ^c Dr. med., Verein unabhängiger Ärztinnen und Ärzte (VUA) Zürich; ^d Dr. med., Wissenschaftskommission Klima-Grosseltern Schweiz

Nach der Corona-Pandemie könnte mit der Klimakrise die nächste, noch grössere medizinische Herausforderung bevorstehen. Neben politischen Beschlüssen und wissenschaftlichen Untersuchungen sind jetzt praktische Massnahmen gefragt. Auch vonseiten der Ärzteschaft.

Der letzte IPCC-Bericht von August 2021 [1] und die Welt-Klimakonferenz in Glasgow (COP26) von November 2021 erlauben keine Zweifel an Ernst und Dringlichkeit der Lage: Wenn wir nach der Corona-Pandemie nicht in eine ungleich schlimmere Klimakatastrophe schlittern wollen, müssen auf allen Ebenen effiziente Klimaschutzmassnahmen in Gang gesetzt werden. Der Generaldirektor der WHO, Dr. Tedros, und UNO-Generalsekretär António Guterres haben vor Beginn der Glasgow-Konferenz übereinstimmend und unmissverständlich die auf uns zukommenden Gesundheitsfolgen des Klimawandels als grösste medizinische Herausforderung des 21. Jahrhunderts [2] bezeichnet.

In zahlreichen Ländern sind ärztliche Berufsorganisationen, wissenschaftliche Kooperationsprojekte und

staatliche Gesundheitswesen an der praktischen Umsetzung von Adaptations- und Mitigationsmassnahmen zum Schutze aller beteiligt (siehe z.B. Lancet Countdown 2021, [3]).

Auch in unserem mit finanziellen und intellektuellen Ressourcen reich bedachten Land machen sich wichtige Player aus Industrie, Baugewerbe, Verkehr, Finanz- und

Wenn wir nach der Corona-Pandemie nicht in eine Klimakatastrophe schlittern wollen, braucht es effiziente Klimaschutzmassnahmen.

Landwirtschaft auf den beschwerlichen Weg der Transition zu einer kohlenstofffreien Gesellschaft; Klimapläne mit Netto-Null-Strategien werden allenthalben aufgegleist. Da ist es auch für die Schweizer Ärzteschaft

höchste Zeit, das endlose Stadium von Vernehmlassungen und Strategiepapier-Entwicklung zu überwinden und umgehend zu echten Taten zu schreiten.

Es genügt einfach nicht, wenn an der FMH-Delegiertenversammlung im Oktober 2021 festgestellt wird: «Konkrete Projekte sind bisher nicht initiiert worden» [4].

An Möglichkeiten für die FMH und uns Ärztinnen und Ärzte, rasch und gezielt zu handeln, mangelt es nicht; wir Autoren regen Engagements in folgenden Bereichen an:

- *Politische Aktion:* Die FMH verlangt, dass im BAG die «Sektion Umwelt und Gesundheit» wieder in Betrieb genommen und mit Belangen von Klima, Biodiversität, Medizin und Gesundheit beauftragt wird.
- *Spitäler handeln:* Die FMH stellt CO₂-Footprint-Messsysteme und Kataloge von gezielten CO₂-Spar- und Klimaanpassungsmassnahmen für Spitäler zur Verfügung (Ziel: «Klima-Zertifikat» für Spitäler).
- *Niedergelassene handeln:* Die FMH stellt CO₂-Footprint-Messsysteme und Kataloge von gezielten CO₂-Spar- und Klimaanpassungsmassnahmen für Praxen und ambulante Versorgungsstätten zur Verfügung (Ziel: «Klima-Zertifikat» für Niedergelassene).
- *Aktion im universitären Bereich:* Die FMH setzt sich dafür ein, dass «Planetary Health» ab sofort in der medizinischen Aus- und Weiterbildung fest verankert wird.
- *Aktion im Finanzbereich:* Die FMH unterstützt selektiv Pensionskassen, deren Anlagepolitik einer 1,5-Grad-Celsius-Strategie gemäss Pariser Klimaabkommen entspricht und lässt im Inserateteil ihres Publikationsorgans *Schweizerische Ärztezeitung* nur Pensionskassen mit klaren Angaben zur Klimarelevanz ihrer Anlagen zu.

Dazu einige Kommentare:

- Die Aufhebung der «Sektion Umwelt und Gesundheit» des BAG 2006 durch Bundesrat Pascal Couchepin hat sich mittlerweile als Fehlgriff entpuppt: Sie gilt mit als Grund für Hitzetote in den Jahren 2015 und 2018 [5]; ohne diese Stelle ist die Treibhausgasbilanz des Schweizer Gesundheitswesens nach wie vor unbekannt (trotz erster Teilresultate, [6]) und die rationale Planung eines Absenkungspfades unmöglich.
- Systeme zur Messung und Steuerung von Spital- und Praxis-Ökobilanzen wurden im Ausland bereits entwickelt und haben sich dort bewährt – warum soll das nicht auch in der Schweiz funktionieren [7, 8]?
- Weder an den medizinischen Fakultäten noch bei der ärztlichen Weiterbildung wird dem Klima gegenwärtig ein ernst zu nehmender Platz eingeräumt – die FMH ist gut positioniert, dies ab sofort zu verbessern.

– Verdienende im Medizinalsektor speisen ihre Pensionskassen mit mehreren Milliarden Schweizerfranken, die nach wie vor klimaschädigend angelegt sind [9]. Die FMH setzt sich *per sofort* für eine klimaschonende Investitionspolitik aller mit der Ärzteschaft kooperierenden Pensionskassen ein, dies unter Anwendung publizierter Klassierungskriterien (Klima-Allianz, [10]; BAFU, [11]).

Sicher kommen noch weitere als die aufgeführten Vorschläge infrage und sicher stimmt, was Kafka geschrieben hat: «Wege entstehen dadurch, dass man sie geht» [12]. Wie aber steht es mit dem Willen, sich endlich auf den Weg zu machen?

Bildnachweis

Markus Spiske / Unsplash

Literatur

- 1 Climate change widespread, rapid and intensifying, IPCC August 2021. www.ipcc.ch/2021/08/09/ar6-wg1-20210809-pr/
- 2 Global health workforce urges action to avert health catastrophe, WHO Oktober 2021. www.who.int/news/item/11-10-2021-who-s-10-calls-for-climate-action-to-assure-sustained-recovery-from-covid-19
- 3 Romanello M et al. The 2021 report of the *Lancet* Countdown on health and climate change: code red for a healthy future; *Lancet* 2021; 398: 1619–62
- 4 Meister K. Beschlussprotokoll der zweiten Ärztekammer 2021; *Schweiz Ärzteztg.* 2022;103(0102):5–19
- 5 Ragettli MS, Rössli M. Hitzesommer 2018. Auswirkungen auf die Sterblichkeit und kantonale Präventionsmassnahmen *Swiss TPH* 2019. www.swisstph.ch/de/swiss-tph-news/heatwaves-increase-emergency-admissions-to-swiss-hospitals/
- 6 Rippstein J. «50% der Spitäler könnten ihren Umwelt-Fussabdruck halbieren»; *Schweiz Ärzteztg.* 2021;102(45):1490–2.
- 7 Royal College of General Practitioners. www.greenpractice.co.uk/new-page-4
- 8 Dzau VJ et al. Decarbonizing the U.S. Health Sector — A Call to Action. *N Engl J Med* 2021; 385:217–9.
- 9 Jaccard R, Hagnauer U. Die Klimakatastrophe und unsere Pensionskassen *Schweiz Ärzteztg.* 2021;102(07):262–263.
- 10 Klima-Rating, Klima-Allianz Januar 2022. www.klima-allianz.ch/klima-rating/
- 11 Bundesamt für Umwelt. Schweizer Finanzmarkt auf dem Prüfstand, Bundesamt für Umwelt November 2020. www.bafu.admin.ch/bafu/de/home/dokumentation/medienmitteilungen/anzeige-nsb-unter-medienmitteilungen.msg-id-81034.html
- 12 Rieser R, Quinto C, Weil B. Wege entstehen dadurch, dass man sie geht. *Schweiz Ärzteztg.* 2021;102(43):1394–6.

Das Wichtigste in Kürze

- Organisationen wie die WHO und die UNO befürchten, dass der Klimawandel weitreichende gesundheitliche Schäden hervorrufen und zu einer medizinischen Krise führen könnte.
- Die Autoren fordern deshalb, dass die FMH praktische Massnahmen veranlasst, um die Reduktion der CO₂-Produktion zu fördern.
- Sie empfehlen u.a. die Wiedereinführung der «Sektion Umwelt und Gesundheit» des Bundesamts für Gesundheit, CO₂-Footprint-Messsysteme für Spitäler und Arztpraxen, die Integration von «Planetary Health» in die Aus- und Weiterbildung sowie die selektive Unterstützung von Pensionskassen mit klimaschonender Anlagepolitik.

Les femmes ne sont pas malades comme les hommes

Jean Martin

Dr méd., membre de la rédaction



Alyson McGregor
Le sexe de la santé

Toulouse: Editions
ères; 2021, 255 pages.
Titre original:
Sex Matters. Hachette
Book Group, 2020.

Ce livre vise à informer les femmes, à les «capaciter» (*empowerment*), à les rendre plus actives et plus partenaires dans leurs rapports avec les médecins et le personnel soignant – grâce à un constant dialogue virtuel avec les lectrices. D'où le léger malaise du médecin senior qui rédige cette recension: suis-je légitimé à en parler? On m'a demandé de le commenter, le sujet est important et m'intéresse.

Alyson McGregor affirme que «le modèle androcentré est tellement ancré dans nos systèmes de santé et notre conception de la médecine que nous n'avons souvent même pas conscience de son existence». Son constat est sans appel: «Les maladies des femmes ne sont pas étudiées comme celles des hommes.» Récemment, les données se sont accumulées quant au fait que, comme une réalité d'ensemble, les femmes sont moins bien écoutées par les thérapeutes et reçoivent en moyenne des soins de pertinence moins bonne que les hommes. De multiples stéréotypes sont en cause. Par exemple parce que «nos protocoles ignorent la façon dont les cardiopathies se présentent chez les femmes». Est discuté aussi le fait que les femmes sont rarement impliquées dans l'évaluation des médicaments. Le sous-titre du livre ne cache pas son drapeau: «Notre médecine centrée sur les hommes met en danger la santé des femmes.» L'auteure est urgentiste à la Brown University (Rhode Island). Tout en soignant, enseignant et faisant des recherches dans son domaine, elle a été amenée à se pen-

Nous n'avons pas conscience que le modèle androcentré domine la médecine, dit l'auteure.

cher particulièrement sur les inadéquations, voire erreurs, dans les réponses que le système de santé donne aux situations pathologiques des femmes. Que ce soit en urgence ou sur un mode chronique, en milieu hospitalier ou ambulatoire. Dans chaque section, on trouve la description de cas de patientes qu'elle a rencontrés. La communication est, on le sait bien, au centre de la relation soigné-soignant. Dans mon travail, dit l'auteure, «le plus difficile – et le plus gratifiant – n'est pas de faire des recherches sur les différences de sexe,

c'est d'avoir des conversations fructueuses avec mes patientes et leurs proches».

Divisé en trois parties, l'ouvrage présente d'abord un tableau d'ensemble de la médecine «masculine» prédominante: comment elle fonctionne en pratique et méconnaît les différences physiologiques des femmes. La deuxième partie examine les particularités et divergences dans six grands domaines: les affections cardio-

Alyson McGregor a été amenée à se pencher sur les inadéquations dans les réponses que le système de santé donne aux pathologies des femmes.

vasculaires, la prise et les effets des médicaments, ce que les soignants pensent de la psychologie, voire de l'intuition féminine, la douleur, les aspects biologiques, en particulier hormonaux, les dimensions culturelles et identitaires, y compris raciales. Est présenté le «syndrome de Yentl», nom donné aux biais entraînant des inégalités de prise en charge, de traitement et de suivi entre les hommes et les femmes. Dans la troisième partie, l'auteure formule des recommandations aux patientes, proposant une série de questions en vue «d'obtenir des soignants les réponses dont vous avez besoin». Cet ouvrage bénéficie d'une préface de l'historienne française Muriel Salle, qui présente l'évolution dans laquelle se place le travail de McGregor. Rappelant le mouvement féministe étatsunien des années 1960, avec l'ouvrage précurseur qu'est *Our Bodies Ourselves*, issu du *The Boston Women's Health Collective*. Elle relève que, comme toujours, les facteurs influençant une situation donnée sont multiples et qu'il faut donc se garder de tout ramener à une seule cause: «Il convient d'être attentif aux différences, pas seulement à celles entre les sexes, et ne pas les imputer de manière systématique à la biologie et au sexe. [Il faut] s'interroger sur leurs origines et leurs conséquences et penser leur dimension culturelle et construite.» Néanmoins, il reste que les différences objectives, entre les sexes, des problèmes de santé et des soins reçus n'ont pas du tout retenu suffisamment l'attention pendant longtemps. Il importe de faire plus et mieux, dans le contexte large des violences et abus faits aux femmes, grand sujet social et civilisationnel au début du XXI^e siècle.

redaktion.saez[at]emh.ch

Gebrechlich und faszinierend: Der menschliche Körper

Rahel Gutmann

Junior-Redaktorin der *Schweizerischen Ärztezeitung*

Krankheit kennen wir alle. Als Betroffene, Angehörige oder aus dem beruflichen Alltag. Der Körper ist nicht immer gesund und kräftig. Manchmal ist er «gezeichnet», weicht von der Norm ab und muss behandelt werden. Eine Ausstellung im Kunsthaus Zürich reflektiert die Entwicklungen in der Medizin seit dem Mittelalter und fragt danach, ob körperliche Normalität als Konzept überhaupt noch zeitgemäss ist.

Bereits beim Eintreten fesselt ein nackter, sich vom Boden abstemmender Unterkörper den Blick. Reduziert auf beschriftete Büsten und anatomische Lehrmodelle oder gebannt auf ein Poster und gleichgesetzt mit industriellen Produktionsabläufen – so findet sich der menschliche Körper in der Ausstellung «Take Care: Kunst und Medizin» wieder. Die rund 300 Exponate faszinieren, ekeln an oder machen perplex. Emotionen, die Krankheit und Körperlichkeit immer wieder hervorrufen. Doch nicht nur der Körper, sondern auch die Ideen und Theorien, die über die Jahrhunderte mit ihm verbunden wurden, stehen im Vordergrund der Ausstellung im Kunsthaus Zürich, die am 8. April eröffnet wurde.



Duane Hanson, *Medical Doctor*, 1992–1994
(Foto: Robert McKeever, © 2022, ProLitteris, Zurich).

Von Durchbrüchen und Irrwegen

Die Kunstwerke reichen vom Mittelalter bis heute, von der Pest bis zur Coronapandemie. Sie geben Einblicke in die Medizingeschichte und zeichnen beispielsweise die grossen Entdeckungen des 19. Jahrhunderts, des «goldenen Zeitalters der Medizin», nach, als Wilhelm Conrad Röntgen die Röntgenstrahlen entdeckte oder sich die vom ungarischen Arzt Ignaz Semmelweis propagierten Hygieneregeln verbreiteten. Gleichzeitig erinnert eine Studienbüste mit den Einteilungen der phrenologischen Schädellehre nach Carl Huter an die Irrwege, die die Medizin immer wieder beschritten hat. Dabei wirkt dieser Blick in die Geschichte nie ausufernd oder langweilig. Das liegt auch daran, dass sich Zeichnungen, Gemälde und Skulpturen ebenso wie Video, Rauminstallation und Performance-Stücke abwechseln.

Die Ausstellung ist nicht streng chronologisch aufgebaut, obwohl im Eingangsbereich prominent eine Büste von Hippokrates steht und so daran erinnert wird, wie weit die westliche Beschäftigung mit dem Körper und die Deutung von Krankheit und ebenso die Behandlung der Kranken zurückreichen. Stattdessen bewegt sie sich anhand von sechs «Kapiteln» assoziativ durch die Jahrhunderte. Nach dem Streifzug durch die Medizingeschichte werden im Kapitel «Seuchen und Pandemien» der Kampf gegen Aids in den 1980er Jahren ebenso wie die aktuelle Pandemiesituation thematisiert.

«Der Arzt» im Blick

Im Themenbereich «Der diagnostische Blick und das System Spital» geraten diejenigen in den Fokus, die sich um die gebrechlichen Körper kümmern: die Ärzteschaft und die Pflegenden. Versinnbildlicht wird das im Werk «Medical Doctor» von Duane Hanson, einer



Georges Chicotot, *Premiers essais du traitement du cancer par rayons X*, 1908 (Foto: AP-HP/musée – F. Marin).

täuschend echt wirkenden Figur, die einen aufmerksam zuhörenden Arzt darstellt. Beim Gang durch die Ausstellung fällt immer wieder auf, dass es eine Person gibt, die anders dargestellt wird: mit ganzem Körper und voll bekleidet. Am deutlichsten tritt das vermutlich in einem Werk von Georges Chicotot hervor, in dem ein Arzt neben einer Krebspatientin mit entblößter Brust steht. Was voyeuristisch klingen mag, stellt einen der ersten Versuche der Krebsbehandlung mittels Bestrahlung dar. «Der Arzt» forscht, analysiert und kategorisiert, ist Wissensvermittler und Ratgeber.

Schmerz berührt

Auch der Pharmaindustrie wird ein Kapitel gewidmet, wobei es bei der «Medikation und Spitzenforschung» nicht nur um die Suche nach dem Medikament gegen alles oder den spezifischen Pharmastil in der Werbung

Die Künstlerinnen und Künstler hinterfragen humorvoll, ob Kranksein wirklich immer auch Anderssein bedeuten muss.

geht. Auch der heimische Arzneischrank wird zum Kunstwerk, in dem abgelaufene Medikamente neben Restbeständen von verschriebenen Medikamenten und vor allem verschiedensten Schmerzmitteln aufgereiht sind. Auf dem Schild daneben wird denn auch erklärt: «Interessanterweise identifiziert man sich [...]

stark mit den Medikamenten und fühlt sich emotional angesprochen, denn wie kein anderes Gefühl ist Schmerz von individueller Natur.»

Selbst betroffen sein

In der zweiten Hälfte der Ausstellung rücken die Betroffenen stärker in den Mittelpunkt. Es sind Künstler wie Paul Klee, der an der Hautkrankheit Sklerodermie litt und sich dadurch inspirieren liess. Oder es geht um das Mitleiden von Angehörigen, das sich ergreifend in Zeichnungen von Ferdinand Hodler zeigt, mit denen er die fortschreitende Krebserkrankung seiner Geliebten, Valentine Godé-Darel, festhielt.

Im letzten Kapitel «Betroffene am Scheideweg vom genormten zum singulären Körper» werden vor allem Werke von zeitgenössischen Künstlerinnen und Künstlern gezeigt, die sich mit ihrer Erkrankung auseinandersetzen. Wer krank ist, ist «anders». Das kann hilflos machen, die Abhängigkeit von der Medizin und den medizinischen Fachpersonen wächst. Die betroffenen Künstlerinnen und Künstler begegnen diesem Zustand mit humorvoller Kritik. Sie hinterfragen, ob Kranksein wirklich

immer auch Anderssein bedeuten muss. Darauf verweist unter anderem der pointierte Titel «Shopping with family» eines Videos, in dem die Protagonistin nach dem therapiebedingten Haarausfall verschiedene Perücken anprobiert.

Die Ausstellung im Kunsthaus zeigt, wie bedeutungsvoll der menschliche Körper ist. Er fasziniert, inspiriert und limitiert. Seine Gebrechlichkeit macht verletzlich und ist herausfordernd. Nicht zuletzt zeigt der Gang durch die sechs Themenbereiche, dass die medizinischen Gerätschaften und Techniken, die wir zur Erhaltung der Gesundheit einsetzen, eine ganz eigentümliche Ästhetik haben und den Blick ebenfalls fesseln.



Christoph Hänslü, *Die Festung 4*, 2017 (© 2022, ProLitteris, Zurich).

Die Wunden des Krieges versorgen

Julia Rippstein

Redaktorin *Schweizerische Ärztezeitung*



Unsere Spitäler kommen nicht zur Ruhe. Während die Coronapandemie uns noch immer im Griff hat, müssen nun die ukrainischen Geflüchteten versorgt werden, die seit Beginn der russischen Invasion in grosser Zahl in die Schweiz strömen. Im gesamten Jahr 2021 beantragten knapp 15 000 Menschen in der Schweiz Asyl [1]. Laut den Zahlen des Staatssekretariats für Migration (Stand 18. April) haben nun binnen zweier Monate bereits über 36 000 Personen aus der Ukraine einen Antrag auf den Schutzstatus S gestellt. Solche Zahlen haben wir seit dem Zweiten Weltkrieg nicht mehr erlebt. Die Schweizer Bevölkerung zeigt viel Mitgefühl und Grosszügigkeit gegenüber diesen Menschen, die verzweifelt vor dem Krieg fliehen. Nicht wenige der Geflüchteten benötigen aber – mitunter dringend – medizinische Versorgung. Dies stellt für unsere Spitäler eine enorme Herausforderung dar, wie das Westschweizer Radio und Fernsehen RTS berichtete [2]. Einige Einrichtungen, wie das Universitätsspital Genf (HUG), haben eine entsprechende Task Force eingerichtet. So gross die Solidarität seitens der Behörden und der Bevölkerung auch ist, es bleibt dennoch viel zu tun, unter anderem im Bereich der medizinischen Versorgung. Das HUG verfügt seit dreissig Jahren über ein spezielles Programm und eine eigene Abteilung für gesundheitliche Belange von Migrantinnen und Migranten, ist somit relativ gut auf die Aufnahme von Opfern des Ukrainekriegs vorbereitet. Wie bei der zweiten Coronawelle könnten jedoch die Betten knapp werden, warnt der Kanton Genf [2]. Denn neben den Geflüchteten aus der Ukraine muss auch die restliche Bevölkerung weiter versorgt werden, zumal uns die Grippe und andere saisonale Viren noch beschäftigen. Zur logistischen Bewältigung dieses Zustroms kommen Kommunikationsprobleme hinzu. Sprachbarrieren sind beim Zugang zur Gesundheitsversorgung eines der grössten Hindernisse. Einige Spitäler verfügen über Tools, die einfache Fragen an die Patientinnen und Patienten in verschiedene Sprachen, darunter Ukrainisch, übersetzen können. Diese sind für eine Erstuntersuchung nützlich, reichen aber für eine umfassende und zuverlässige Anamnese nicht aus. Die Dolmetschernetzwerke, die Gesundheitseinrichtungen unterstützen, müssen nun rasch ausreichend viele Personen finden, die zwischen unseren Landessprachen

und dem Ukrainischen übersetzen können. Sie bilden eine entscheidende Brücke zwischen der Patientin oder dem Patienten und den Ärztinnen und Ärzten, damit diese die richtige Diagnose stellen und die geeignetste Behandlung vorschlagen können. In einer der nächsten Ausgaben werden wir einen Artikel dem Dolmetschen im medizinischen Bereich widmen.

Ukrainerinnen und Ukrainer, die bei den vielen hilfsbereiten Privatpersonen in der Schweiz untergebracht sind, laufen eher Gefahr, durch das Raster zu fallen, als diejenigen, die sich in den Aufnahmestrukturen befinden. Hier sind die Hausärztinnen und Hausärzte gefragt, wie Patrick Bodenmann, Leiter des Bereichs für vulnerable Gruppen und soziale Medizin von Uni-

Durch Zuhören, Mitgefühl und Trost kann das erlebte Trauma ein wenig gelindert werden.

santé, betonte. Ein Aufruf an die waadtländische Ärztesgesellschaft soll dafür sorgen, «dass die Ärztinnen und Ärzte im Rahmen ihrer Möglichkeiten ihre Praxen öffnen» [2].

Wenn wir mit diesen tragischen Schicksalen konfrontiert werden, sollten wir alle ein offenes Ohr für das Unglück der Geflüchteten haben. Bereits durch Zuhören, Mitgefühl und Trost kann das erlebte Trauma ein wenig gelindert werden. Denn viel häufiger als unter körperlichen Beschwerden leiden sie unter psychischen Verletzungen, die eine langfristige Therapie erfordern. Die Flucht vor dem Krieg geht oft mit einer posttraumatischen Belastungsstörung einher. Einige dieser Migranten und Migrantinnen aus der Ukraine werden dauerhaft in der Schweiz bleiben. Wir sollten also nicht nur die Türen unserer Spitäler, Arztpraxen und Privathäuser öffnen, sondern auch und vor allem unsere Ohren und unsere Herzen. Dies ist zwar kein Ersatz für eine medizinische Behandlung, kann aber eine erste Linderung für die Geflüchteten bewirken, unabhängig davon, ob sie aus der Ukraine, Afghanistan, Syrien, dem Irak oder dem Sudan stammen.

Literatur

- 1 www.sem.admin.ch/sem/de/home/sem/medien/mm.msg-id-87177.html
- 2 www.rts.ch/info/suisse/12973802-les-hopitaux-romands-accueillent-les-refugies-ukrainiens-avec-plus-ou-moins-de-peine.html

julia.rippstein[at]emh.ch



eve