

Schweizerische Ärztezeitung

581 Editorial
von Yvonne Gilli
**Mit der Salomitaktik zu
Staatstarif und Budgetierung**

589 Organspende
**Lange Wartezeiten für
Patientinnen und Patienten**

614 «Zu guter Letzt»
von Christina Aus der Au
Nur nein heisst nein

18 4.5.2022



606 Themenserie Nachhaltigkeit
im Gesundheitswesen
**Wie Spitäler ökologischer
werden können**



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



Verlag

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

Externe Redaktion

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

Redaktion Ethik

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

Redaktion Medizingeschichte

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

Redaktion Public Health, Epidemiologie, Biostatistik

Prof. Dr. med. Milo Puhon

Redaktion Recht

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

FMH

EDITORIAL: Yvonne Gilli

581 **Mit der Salamitaktik zu Staatstarif und Budgetierung**

SIWF: Stefan Eisoldt, Severin Pinilla

582 **Kompetenzbasierte Bildung – die Hintergründe**

SIWF: Monika Brodmann Maeder, Raphael Stolz

586 **SIWF-Award: besonderes Engagement für die Weiterbildung**

588 **Personalien**

Weitere Organisationen und Institutionen

SWISSTRANSPLANT: Paula Steck, Franz Immer

589 **Organspende: Lange Wartezeiten für Patientinnen und Patienten**

Nachrufe

594 **In memoriam Claude Bachmann (1941–2022)**

Briefe

595 **Briefe an die SÄZ**

FMH Services



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

Tribüne

THEMA: Redaktionsteam der *Schweizerischen Ärztezeitung*

605 **Nachhaltigkeit im Gesundheitswesen**

Tribüne

606



THEMA: Simon Maurer

Wie Schweizer Spitäler ökologischer werden können Klimawandel und globaler Temperaturanstieg treiben den Puls der Gesellschaft in die Höhe. Die Spitäler versuchen mit systemischen Massnahmen ihren Beitrag zur Lösung des Problems zu leisten. Doch für die einzelnen Ärztinnen und Ärzte ist ressourcenschonendes Arbeiten noch mit viel Mühe verbunden.

THEMA: Monique Lehky Hagen, Diego Kuonen

609 **Motion für mehr Datenkompetenz im Gesundheitswesen**

Horizonte

STREIFLICHT: Jann Schwarzenbach

612 **Die pietas des Flunkerns**

Zu guter Letzt

Christina Aus der Au

614 **Nur nein heisst nein**

TOM REED STUDIO

TR

Impressum

Schweizerische Ärztezeitung

Offizielles Organ der FMH
und der FMH Services

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

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

Anzeigen:

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

Stellenmarkt und Rubrikanzeigen:

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

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

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

Anderer Abonnemente:

EMH Kundenservice, Postfach,
4601 Olten, Tel. +41 (0)44 305 82 38,
emh@asmiq.ch

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

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

© FMH

Die Schweizerische Ärztezeitung ist
aktuell eine Open-Access-Publikation.
FMH hat daher EMH bis auf Widerruf
ermächtigt, allen Nutzern auf der Basis
der Creative-Commons-Lizenz
«Namensnennung – Nicht kommer-
ziell – Keine Bearbeitung 4.0 inter-
national» das zeitlich unbeschränkte
Recht zu gewähren, das Werk zu ver-
vielfältigen und zu verbreiten und
öffentlich zugänglich zu machen.
Der Name des Verfassers ist in jedem
Fall klar und transparent auszuweisen.
Die kommerzielle Nutzung ist nur mit
ausdrücklicher vorgängiger Erlaubnis
von EMH und auf der Basis einer
schriftlichen Vereinbarung zulässig.

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

Fall mit den Fachinformationen der
verwendeten Medikamente verglichen
werden.

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

printed in
switzerland



Titelbild:
© Oleksii Donenko | Dreamstime.com

Mit der Salami­taktik zu Staatstarif und Budgetierung

Yvonne Gilli

Dr. med., Präsidentin FMH



Am 7. April feierte der TARDOC ein trauriges Jubiläum: Der tarifpartnerschaftlich erarbeitete, gesetzeskonforme und kostenneutrale ambulante Arzttarif wurde 1000 Tage alt – und musste diesen Ehrentag wohl in einer Schublade des EDI verbringen. Seit die Tarifpartner den TARDOC im Juli 2019 erstmals beim EDI einreichten verstrichen immer wieder lange Phasen ohne Nachricht aus der Inselgasse – bis dann wieder Nachforderungen eintrafen.

Diese Nachforderungen waren oft strenger, als es das Gesetz zur Tarifgenehmigung vorsieht – und mitunter unerfüllbar: So wurde zuerst bemängelt, die Tarifpartner verträten nicht die Mehrheit der Versicherten – als sie dieses Kriterium erfüllten, war die «Repräsentativität» nicht zufriedenstellend. Und obwohl mittlerweile über tausend eingereichte Dokumente vollständige Transparenz gewährleisten sowie Kostenneutralität und ein Kostenmonitoring mit Korrekturmöglichkeiten sichergestellt sind, warnt das EDI – wie immer – vor Kostensteigerungen.

Was wirken mag wie eine Posse aus der Amtsstube, hinterlässt mehr und mehr den Eindruck einer politischen Strategie: Möchte das EDI den TARDOC nicht haben, weil es den Tarif selbst festlegen möchte? Trotz gegenteiliger Beteuerungen schwächen die Aktivitäten des EDI seit Jahren die Tarifpartnerschaft – und treiben die staatliche Organisation des Tarifwesens in der Gesundheitsversorgung voran. Hierzu einige Beispiele:

Wenn der Staat über die Tarife die Gelder im Gesundheitswesen deckeln kann, braucht er kein Gesetz für ein Globalbudget.

- Es fällt auf, dass *behördliche* Tarifrevisionen dem EDI immer deutlich schneller gelangen als die Genehmigung des TARDOC. Ab dem Inkrafttreten der subsidiären Kompetenz im Jahr 2013 brauchte das BAG keine 1½ Jahre für die Verordnung zum ersten Tarifeingriff. Und auch die Verordnung für den zweiten Eingriff benötigte weniger Zeit, als die Genehmigung des TARDOC bislang in Anspruch nimmt.
- Mit dem ersten Kostendämpfungspaket trieb das EDI neue staatliche Tarifkompetenzen stark voran.

So betrafen nur 8 der 38 Massnahmen des Expertenberichts den Tarifbereich. Von diesen acht priorisierte das EDI jedoch sechs – und nur 3 von den übrigen 30. Dazu ergänzte das EDI noch den Artikel 47c KVG, der die Tarifpartner zur Kostensteuerung gemäss Vorgaben «der zuständigen Behörden» verpflichten soll [1].

Möchte das EDI den TARDOC schlicht nicht haben, weil es den Tarif lieber selbst festlegen möchte?

- Die Verabschiedung und Vernehmlassung dieser Massnahmen begleitete das EDI im Jahr 2018 dann mit einer politisch inszenierten Skandalisierung der Ärztelöhne [2]. Bundesrat Berset sowie das BAG präsentierten den Medien verzerrte Zahlen zu sehr hohen Einkommen, die mit dem OKP-Arztstarif gar nicht erreichbar sind. Dennoch schlussfolgerte das BAG öffentlich, der Bund müsse die Sachgerechtigkeit des Arzttarifs prüfen [3].
 - Im zweiten Kostendämpfungspaket wurde das Ziel staatlich fixierter Tarife noch deutlicher. Der Bund soll demnach nicht nur Kostenobergrenzen festlegen – auch die Grundversorgung in obligatorischen Erstberatungsstellen soll mit einer Pauschale vergütet werden, die der Bundesrat ganz allein festlegt.
 - Auch der aktuelle indirekte Gegenvorschlag des EDI zur Kostenbremse-Initiative fordert massive staatliche Tarifkompetenzen: Zukünftig sollen Genehmigungsbehörden jederzeit Tarifanpassungen fordern können – und sie nach einem Jahr selbst festsetzen können. Die Tarifpartner würden Auftragnehmer der Behörden, die Tarifpartnerschaft würde abgeschafft.
- Die Salami­taktik, mit der die Tarife des Gesundheitswesens zu Amtstarifen gemacht werden, blieb bislang von vielen unbemerkt. Umso wichtiger ist es, das Ziel dieser Politik klar zu benennen: Es geht um staatlich gesteuerte Tarife im Gesundheitswesen. Und wenn der Staat über die Tarife Zugriff auf einen grossen Teil der Gelder im Gesundheitswesen hat, kann er auch Kostendeckel umsetzen. Er braucht dann kein Gesetz mehr zu Zielvorgaben und Globalbudgets. Er gibt dann einfach den Tarif durch.

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



Kompetenzbasierte Bildung – die Hintergründe

Stefan Eisoldt^a, Severin Pinilla^b

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

Der vierte Artikel der Themenserie des SIWF zur kompetenzbasierten ärztlichen Bildung (CBME) befasst sich mit den historischen Hintergründen und Argumenten, die zur Einführung kompetenzbasierter Weiterbildungscurricula in mittlerweile über 26 Ländern geführt haben. Wir diskutieren ausserdem Implikationen und Herausforderungen für den schweizerischen Kontext.

Warum kompetenzbasierte Weiterbildung?

Intensive öffentliche Diskussionen über die Qualität der medizinischen Aus- und Weiterbildung wurden bereits Anfang des 20. Jahrhunderts vor allem in den USA und Kanada als Reaktion auf den Flexner-Report 1910 [1] geführt (Abb. 1). Als Antwort auf diese Untersuchung wurden zahlreiche medizinische Fakultäten in Nordamerika geschlossen oder grundlegend reformiert. Der Unterricht am Krankenbett und das *Learning by Doing* wurden neu als zentrale Bestandteile der ärztlichen Bildung eingeführt, und es etablierte sich damals die Trias aus Klinik, Lehre und Forschung an den medizinischen Fakultäten. Der Flexner-Report stützte sich in seinen Empfehlungen übrigens stark auf europäische Vorbilder, z.B. in Deutschland.

Kernelement im neuen Konzept war der starke Bezug auf eine wissenschaftlich fundierte Basis (i.S. eines vorklinischen Abschnitts). Als weiteres Kernelement wurde eine Mindestzeit an der Universität vorgeschrieben, welche für den Abschluss der medizini-

schen Ausbildung erforderlich war. Die Zeitdauer der Ausbildung wurde als wichtiger Teilbestandteil/-aspekt der erworbenen Kompetenz angesehen (*Time-based Model*). Neben den überwiegenden Wissensinhalten gelangte erstmals der Prozess der Ausbildung in den Fokus. In Europa stellte sich die Situation grundsätzlich ähnlich dar, wobei eine grosse Heterogenität herrschte hinsichtlich klinisch-praktischer Ausbildung, Studiendauer und -inhalten sowie Prüfungsstandards [2].

Es dauerte bis in die 60er und 70er Jahre des 20. Jahrhunderts, bis sich eine neue Sichtweise, die *Outcome-based Education* (OBE), entwickelte. Das Bildungsergebnis (Outcome) stand nun im Mittelpunkt, und die Bildungsinhalte sowie der Aufbau des Curriculums sollten sich daran orientieren. In dieser Phase wurde an einigen Reform-Universitäten bereits das Konzept des problemorientierten bzw. des problembasierten Lernens (POL bzw. PBL) eingeführt [3]. Ziel sollte es sein, dass die Weiterzubildenden in der Lage sind, ein Problem (Patient kommt mit Husten in die Ambulanz) mit Unterstützung einer Lehrperson weitestgehend

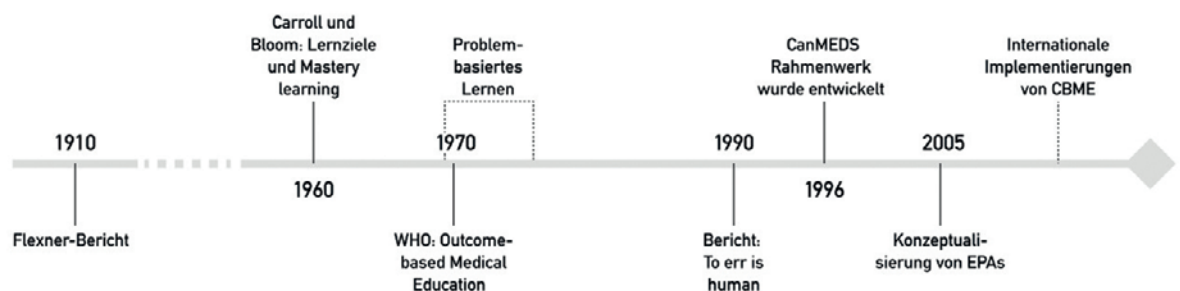


Abbildung 1: Zeitstrahl zur Entwicklung kompetenzbasierter Bildung (Competency-based Medical Education [CBME]).

selbständig zu lösen. Das Outcome wird hier als Fähigkeit, ein bestimmtes Problem zu lösen, definiert. Die *Competency-based Medical Education* (CBME) kann dabei als eine weiterentwickelte Form der *Outcome-based Education* eingeordnet werden, d.h., ausgehend vom erwünschten Outcome (Kompetenz) wird das Curriculum aufgebaut. Die verwendeten Prozesse sind zunächst sekundär. Erste Vorschläge hierzu wurden 1978 von der Weltgesundheitsorganisation in einem Positionspapier gemacht [4].

In diesem Zeitraum veröffentlichte John Carroll sein Modell des Lernens in der Schule [5]. Er betonte insbesondere die Qualität der Anleitung und dass Lernende klar strukturierte und kommunizierte Anweisungen benötigen in Bezug darauf, welche Erwartungen an sie gestellt werden. Das heisst, das erwartete Outcome bzw. die Kompetenzen, z.B. in Form von EPAs, die am Ende der Weiterbildung beherrscht werden sollten, müssen den Weiterzubildenden auch bekannt sein [6]. Diese Ansätze sind später in die Entwicklung der kompetenzbasierten ärztlichen Bildung eingeflossen (Tab. 1).

Dem Konzept der Outcome-basierten Bildung wurde zunächst wenig Beachtung geschenkt. Durch die Veröffentlichung eines Berichts zu Fehlern in der Medizin *To err is human* [7] erhielten das Thema der Kompetenz in der ärztlichen Weiterbildung und die damit zusammenhängende Patientensicherheit neue Aufmerksamkeit. Spätere Studien zeigten, dass insbesondere die ersten assistenzärztlichen Berufsjahre eine kritische Phase für die Weiterbildung, Supervision und Patientensicherheit darstellen [8].

Es wurde offensichtlich, dass die ärztliche Weiterbildung geändert und die tatsächlich vorhandene Kom-

petenz in den Vordergrund gestellt werden muss, um die Sicherheit der Patientinnen und Patienten gewährleisten zu können. Zunächst mussten aber die gewünschten bzw. angestrebten Kompetenzen definiert werden. Diese wurden Anfang des 21. Jahrhunderts für Kanada im Rahmen der CanMEDS-Rollen sowie für die USA durch das ACGME Outcome Project festgelegt und mittlerweile in gleicher oder ähnlicher Form in zahlreichen Ländern, einschliesslich der Schweiz, übernommen.

Kernkonzepte von CBME

Die kompetenzbasierte Weiterbildungsreform in der Schweiz legt daher auf folgende Aspekte besonderes Augenmerk: die Abschluss-Kompetenzen am Ende der Weiterbildung sollen das Curriculum leiten, und diese sollen an der möglichst selbständigen Durchführung von tatsächlich anfallenden Aufgaben gemessen werden. Das Mass an erforderlicher Supervision für sog. *Entrustable Professional Activities* (EPAs) wird zum Bewertungskriterium für den Weiterbildungsfortschritt. Was sollen Weiterzubildende tatsächlich am Ende der Weiterbildung können – im Gegensatz zu nur «gesehen haben» oder «wissen»? Wie können die wichtigsten Weiterbildungsergebnisse beobachtet und überprüft werden, um die Weiterzubildenden optimal zu unterstützen und gleichzeitig den gesellschaftlichen Bildungsauftrag nachweislich zu erfüllen?

Aus der heutigen Perspektive der meisten schweizerischen Weiterbildungsprogramme bedeutet dies, dass für die definierten EPAs auch jeweils arbeitsplatzbasierte Assessments festgelegt werden. Die formellen und informellen Assessments von Weiterzubildenden

Tabelle 1: Vergleich der Elemente eines struktur-/prozessbasierten mit einem kompetenzbasierten Weiterbildungsprogramm.

Curriculumselemente	Struktur-/prozessbasiert (traditionell)	Kompetenzbasiert
Curriculumziel:	Inhalt/Zeit absolvieren	Kompetenz erreichen
Primär verantwortlich für Lernen:	Lehrende	Lehrende und Weiterzubildende
Richtung der Lerninteraktion:	Hierarchisch (Lehrende → Lernende)	Auf Augenhöhe (Lehrende ↔ Lernende)
Verantwortlich für Inhalt:	Lehrende	Lehrende und Weiterzubildende
Lernziele:	Primär Wissenserwerb	Klinische Anwendung von Wissen (z.B. in Form von EPAs)
Beurteilungsmethode und -setting:	Mehrheitlich auf Wissen fokussierte theoretische Prüfungen	Diversifiziert einschliesslich arbeitsplatzbasierter Assessments (direkte Beobachtung in einer klinischen Situation)
Bewertung:	Orientierung an Norm	Orientierung an festgelegten Kompetenzkriterien
Zeitpunkt/Form der Prüfungen:	Fokus auf Abschluss (summative Prüfung)	Zusätzlicher Fokus auf «unterstützende» (formative) Prüfungen
Abschluss der Weiterbildung:	Vorgegebene Zeiten/Fallzahlen	Variabel (nach individuellem Bedarf)

Adaptiert und übersetzt nach: lobst WF, et al. Competency-based medical education in postgraduate medical education. *Med Teach*. 2010;32(8):651–6. EPAs: Entrustable Professional Activities.

werden typischerweise in der oberärztlichen Runde (im angloamerikanischen Raum formalisierter als *Clinical Competence Committees* [CCCs]) für die wichtigen Weiterbildungsabschnitte diskutiert und entsprechende Empfehlungen an die Weiterzubildenden gegeben.

Typische, oft nicht einfache Diskussionsszenarien beinhalten beispielsweise die Entscheidung, ob Weiterzubildende «diensttauglich» sind, wie «problematische», aber auch allgemein Weiterzubildende auf dem Weg zur fachärztlichen Reife optimal unterstützt werden können und welcher Grad der Supervision durch wen dafür notwendig ist [9, 10].

Lernende werden im Kontext von CBME auch als Individuen gesehen, deren Lernfortschritt sich nicht pri-

Was sollen Weiterzubildende tatsächlich am Ende der Weiterbildung können – im Gegensatz zu nur «gesehen haben» oder «wissen»?

mär durch zeitlich definierte klinische Monate in einer Weiterbildungsrotation ableiten lässt, sondern aus dem beobachteten und überprüften Kompetenzerwerb. So wie sich in der Theorie entsprechende Weiterbildungszeiten verkürzen oder verlängern können, sollten sich Weiterbildungsformate und -inhalte idealerweise an den individuellen Lernbedürfnissen der einzelnen Weiterzubildenden orientieren. Die Herausforderungen entstehen meist dort, wo die didaktische Theorie auf die Realität der Organisationsstruktur, formaljuristische Vorgaben und das Personalwesen trifft.

Evidenz für CBME

Wenn sich Weiterbildende die Frage nach dem Kosten-Nutzen-Verhältnis der Reformierung stellen, möchten wir an dieser Stelle einige gute Argumente für die Reformierung vorbringen: Isolierte randomisiert-kontrollierte Studien können komplexe Interventionen wie eine nationale Weiterbildungsreform nicht abbilden, weshalb wir bei der Evidenz auf die Synthese von Teilaspekten angewiesen sind. Einige Studien haben solche Zusammenhänge zwischen Weiterbildungs- und Versorgungsqualität sowohl quantitativ als auch qualitativ untersucht [11–14]. Eine Studie aus der Gynäkologie ergab beispielsweise einen signifikanten Unterschied von Komplikationsraten abhängig davon, in welcher früheren Weiterbildungsstätte die behandelnden Weiterbildungsalumni trainiert worden waren [11]. Eine Übersichtsarbeit zur klinischen Supervision in verschiedenen Fachgebieten ergab einen positiven Effekt einer engeren Betreuung von Weiter-

zubildenden auf die Qualität der Patientenbetreuung und auch der Weiterbildung. Aufgrund einer nur geringen Anzahl von Studien, die diese Übersichtsarbeit einschliessen konnte, ergab sich jedoch kein statistisch signifikanter Effekt [12].

Den teilweise schwierig zu messenden *Patient Outcomes* als Qualitätsmarker für Weiterbildung gehen zahlreiche nutzbare Qualitätsmarker in der hypothetischen Kausalkette voraus. Zu diesen gehören adäquates formatives Feedback (z.B. in Form von höherfrequenten arbeitsplatzbasierten Assessments), didaktisch kohärente Weiterbildungscurricula (Passung von Lehrformaten und -angeboten zu den definierten Kompetenzen/EPAs nach individueller Weiterbildungsphase), die physische und psychische Gesundheit der Weiterbildenden und der Weiterzubildenden sowie strukturelle Marker (Dauer der Weiterbildung, Fluktuationsraten der Weiterzubildenden an Weiterbildungsstätten) [9].

Kontroversen und Herausforderungen

Die Entwicklung der Konzepte von CBME wurden in den letzten 15 Jahren auch kritisch kommentiert. Insbesondere die reduktionistischen (definierte Rollen und Kompetenzen) und behavioristischen Elemente (Fokus auf beobachtbare Tätigkeiten) von CBME könnten das komplexe menschliche Verhalten und Lernen in der ärztlichen Arbeit nicht vollständig abbilden. Auch wenn dies zutreffen mag, hat sich in den letzten Dekaden keine besser geeignete Bildungsstrategie etabliert, um den aktuellen und erwarteten gesellschaftlichen Bedürfnissen und Qualitätsansprüchen gerecht werden zu können.

Aufgrund des Aufwandes und der Anforderungen sowohl an Weiterbildende als auch an Weiterzubildende ist es wichtig, beide Seiten ausreichend und frühzeitig über Veränderungen in den Ausbildungsformen und -zielen zu informieren [15, 16]. Ansonsten sind Widerstände auf beiden Seiten zu erwarten. Um die Weiterbildungsstätten bei der Umstellung zu unterstützen und eine gewisse administrative Entlastung zu schaffen, sind unserer Meinung nach auch Investitionen in die Digitalisierung von Weiterbildungsinhalten (u.a. digitales Weiterbildungsportfolio mit der Möglichkeit, erreichte Zwischenschritte in der Weiterbildung digital zu speichern und abzurufen) notwendig und sinnvoll [17].

Wo stehen wir in der Schweiz?

Im Medizinstudium wurde bereits ein Grundstein für kompetenzbasierte Aus- und Weiterbildung durch die

Einführung des PROFILES-Katalogs im Medizinstudium gelegt. Bald werden die ersten Absolventinnen und Absolventen in die Kliniken kommen, die in ihrem Studium bereits CBME und EPAs erlebt haben. CBME wird dann auch im klinischen Alltag eingefordert werden. In den meisten Weiterbildungsprogrammen und fachärztlichen Prüfungsvorgaben wird jedoch bisher tendenziell mehr Fokus auf den reinen Wissenserwerb und dessen Überprüfung gelegt. Trotzdem haben einzelne Fachgebiete schon mit der Umsetzung von CBME begonnen. In der Anästhesie und Intensivmedizin ist eine kompetenzbasierte Weiterbildung in den Programmen bereits umgesetzt, EPAs sind aber noch nicht Bestandteil der Programme. Im Bereich der Chirurgie sind im Rahmen des Core Surgical Curriculum bereits EPAs definiert und ein Teil des Curriculums [18]. Die Schweizerische Gesellschaft für Kardiologie (SGK) hat sogar bereits mit dem Core Curriculum der European Society of Cardiology eine erste Pilotimplementierung für ein EPA-basiertes Weiterbildungscurriculum geschaffen [19]. Weitere Disziplinen, wie z.B. Notfallmedizin, medizinische Genetik und Psychiatrie, sind zum Teil weit fortgeschritten im EPA-Entwicklungsprozess.

Fazit

Nach den ersten zehn Jahren seit Einführung von CBME im internationalen Kontext hat sich ein gemeinsames Verständnis der wesentlichen Konzepte etabliert. Laufende schweizerische Weiterbildungsreformen können in diesem Zusammenhang von den Erfahrungen in anderen Ländern profitieren. Da mittlerweile im Medizinstudium ein Grundstein für die kompetenzbasierte Weiterbildung gelegt wurde, ist nun der ideale Zeitpunkt, dies in der klinischen Ausbil-

dung fortzuführen. Eine gewisse Aufbruchsstimmung ist bei vielen Fachgesellschaften zu spüren, und wir sollten dies nutzen. Im Fokus sollten auch die systematische Untersuchung und der Erfahrungsaustausch in Bezug auf die Implementierungsergebnisse von kompetenzbasierter Weiterbildung in der Schweiz stehen.

Literatur

- 1 Flexner A. Medical education in the United States and Canada. The Carnegie Foundation for the Advancement of Teaching. 1910;Bulletin Number Four.
- 2 Custers EJ, Cate Ot. The history of medical education in Europe and the United States, with respect to time and proficiency. *Acad Med.* 2018;93(3):S49–S54.
- 3 Frenk J, Chen L, Bhutta ZA, Cohen J, Crisp N, Evans T, et al. Health professionals for a new century: transforming education to strengthen health systems in an interdependent world. *The Lancet.* 2010;376(9756):1923–58.
- 4 McGaghie WC, Sajid AW, Miller GE, Telder TV, Lipson L, et al. Competency-based curriculum development in medical education: an introduction: World Health Organization; 1978.
- 5 Carroll J. A model of school learning. *Teachers college record.* 1963;64(8):723–733.
- 6 Bloom BS, Carroll JB. *Mastery learning: Theory and practice.* New York, NY, USA: Holt, Rinehart and Winston; 1971.
- 7 Kohn LT, Corrigan J, Donaldson MS. *To err is human: building a safer health system.* Washington, DC: National academy press; 2000.
- 8 Young JQ, Ranji SR, Wachter RM, Lee CM, Niehaus B, Auerbach AD. “July effect”: impact of the academic year-end changeover on patient outcomes: a systematic review. *Ann Intern Med.* 2011;155(5):309–15.
- 9 Van Melle E, Frank JR, Holmboe ES, Dagnone D, Stockley D, Sherbino J, et al. A core components framework for evaluating implementation of competency-based medical education programs. *Acad Med.* 2019;94(7):1002–9.
- 10 Chan T, Oswald A, Hauer KE, Caretta-Weyer HA, Nousiainen MT, Cheung WJ, et al. Diagnosing conflict: Conflicting data, interpersonal conflict, and conflicts of interest in clinical competency committees. *Med Teach.* 2021;43(7):765–73.
- 11 Asch DA, Nicholson S, Srinivas S, Herrin J, Epstein AJ. Evaluating obstetrical residency programs using patient outcomes. *JAMA.* 2009;302(12):1277–83.
- 12 Farnan JM, Petty LA, Georgitis E, Martin S, Chiu E, Prochaska M, et al. A systematic review: the effect of clinical supervision on patient and residency education outcomes. *Acad Med.* 2012;87(4):428–42.
- 13 Tamblyn R, Abrahamowicz M, Dauphinee D, Wenghofer E, Jacques A, Klass D, et al. Influence of physicians’ management and communication ability on patients’ persistence with antihypertensive medication. *Arch Intern Med.* 2010;170(12):1064–72.
- 14 Birkmeyer JD, Finks JF, O’Reilly A, Oerline M, Carlin AM, Nunn AR, et al. Surgical skill and complication rates after bariatric surgery. *N Engl J Med.* 2013;369(15):1434–42.
- 15 Touchie C, ten Cate O. The promise, perils, problems and progress of competency-based medical education. *Med Educ.* 2016;50(1):93–100.
- 16 Hall J, Oswald A, Hauer KE, Hall AK, Englander R, Cheung WJ, et al. Twelve tips for learners to succeed in a CBME program. *Med Teach.* 2021;43(7):745–50.
- 17 Thoma B, Caretta-Weyer H, Schumacher DJ, Warm E, Hall AK, Hamstra SJ, et al. Becoming a deliberately developmental organization: Using competency-based assessment data for organizational development. *Med Teach.* 2021;43(7):801–9.
- 18 SCS. Core Surgical Curriculum. Bern. 2020 [cited 2022 March 19th, 2022]; available from: <https://swisscollegeofsurgeons.ch/weiterbildung/core-surgical-curriculum.html>
- 19 Tanner FC, Brooks N, Fox KF, Goncalves L, Kearney P, Michalis L, et al. ESC core curriculum for the cardiologist. *Eur Heart J.* 2020;41(38):3605–92.

Die Autoren: Dr. med. Stefan Eisoldt ist Facharzt für Chirurgie und Fellow of the European Board of Surgeons (EBSQ coloproctology). Er arbeitet als niedergelassener Chirurg in der Chirurgie Ausserschwyz in Pfäffikon. PD Dr. med. Severin Pinilla ist Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie und wissenschaftlicher Mitarbeiter an der Universitätsklinik für Alterspsychiatrie und Psychotherapie Bern.



Fotos: zVg

seisoldt[at]googlemail.com

SIWF-Award: besonderes Engagement für die Weiterbildung

Monika Brodmann Maeder^a, Raphael Stolz^b

^a PD Dr. med. et MME, Präsidentin des Schweizerischen Instituts für ärztliche Weiter- und Fortbildung SIWF; ^b Dr. med., Vizepräsident des Schweizerischen Instituts für ärztliche Weiter- und Fortbildung SIWF

Hat sich eine frühere Weiterbildnerin oder ein früherer Weiterbildner exemplarisch für Ihre Weiterbildung eingesetzt? Haben Sie dank der hohen didaktischen Kompetenz einer Weiterbildnerin oder eines Weiterbildners speziell erfreuliche Fortschritte in Bezug auf Kenntnisse und Fähigkeiten machen können? Dann nominieren Sie diese engagierten Weiterbildungsverantwortlichen für den SIWF-Award für besonderes Engagement in der Weiterbildung! Auch dieses Jahr können sowohl Einzelpersonen als auch verantwortliche Teams einer Weiterbildungsstätte nominiert werden.

Wir freuen uns, bereits zum neunten Mal die Ausschreibung für den SIWF-Award veröffentlichen zu können. Die zahlreichen Nominierungen und das positive Echo haben uns bestätigt, dass eine solche Auszeichnung sinnvoll ist und ihren Zweck erfüllt. Die Verleihung ist deshalb fester Bestandteil der SIWF-Agenda geworden.

Entscheidende Grundlage für eine optimale Vermittlung von Können und Wissen an die Weiterzubildenden ist das Engagement der Kaderärztinnen und Kaderärzte. Diese Aufgabe lässt sich nur beschränkt durch Pflichtenhefte definieren, viel wichtiger sind persönliches Engagement und Begeisterung. Die Belastungen in der medizinischen Arbeitswelt sind vielfältig, und die zeitlichen sowie finanziellen Ressourcen werden stets knapper, umso mehr sollten besonders aktive und motivierte Weiterbildnerinnen und Weiterbildner auch Anerkennung erhalten. Das SIWF bietet aus diesem

Grund Assistenzärztinnen und Assistenzärzten die Möglichkeit, das ausserordentliche Engagement solcher Weiterbildungsverantwortlicher explizit zu würdigen, ohne aber eine Rangliste erstellen zu wollen.

Nominierung durch Assistenzärztinnen und Assistenzärzte

Für den SIWF-Award können Personen nominiert werden, welche zurzeit in der ärztlichen Weiterbildung aktiv tätig sind. Im Fokus stehen Kaderärztinnen und Kaderärzte, welche sich persönlich für die Weiterbildung von angehenden Fachärztinnen und Fachärzten einsetzen und besonders kompetent und initiativ bei der Weitergabe von Kenntnissen und Fertigkeiten sind. Auch dieses Jahr können verantwortliche Teams einer Weiterbildungsstätte nominiert werden. Nominationsberechtigt sind Ärztinnen und Ärzte, die sich zurzeit in der Weiterbildung zu einem Facharztstitel befinden oder vor weniger als einem Jahr den Facharztstitel erworben haben. Eine Nomination ist dann gültig, wenn sie durch zwei Personen gemeinsam erfolgt. Sie soll die persönliche Wertschätzung für die wahrgenommene Weiterbildungsqualität und für das Engagement der Weiterbildungsverantwortlichen ausdrücken. Damit aufgrund des Nominationsprozesses keine Vorteile oder Konflikte am Arbeitsplatz entstehen können, dürfen nur Weiterbildungsverantwortliche oder Teams nominiert werden, bei welchen die Nominierenden aktuell nicht mehr angestellt sind. Die Namen der

Jetzt Weiterbildungsverantwortliche nominieren!

Der SIWF-Award gibt die Möglichkeit, besonders engagierten und kompetenten ärztlichen Weiterbildungsverantwortlichen und auch Teams eine Anerkennung auszudrücken. Hat eine ehemalige Weiterbildnerin oder ein ehemaliger Weiterbildner bei Ihnen einen bleibenden Eindruck hinterlassen? Dann nominieren Sie sie oder ihn für den SIWF-Award.

Füllen Sie auf der SIWF-Website (www.siwf.ch → SIWF-Projekte → SIWF Award) das Online-Formular aus.

Einsendeschluss: 31. Juli 2022

Weitere Informationen finden Sie auf www.siwf.ch. Wenn Sie Fragen haben, erreichen Sie uns über info@siwf.ch oder unter 031 503 06 00.

nominierenden Personen werden nicht veröffentlicht und den Nominierten auch nicht mitgeteilt. Es wird keine «Rangliste» der Nominierten erstellt.

Kriterien für eine gültige Nomination

- Ärztinnen und Ärzte, die sich zurzeit in der Weiterbildung zu einem Facharztstitel befinden oder vor weniger als einem Jahr den Facharztstitel erworben haben;
- Nomination muss gemeinsam durch zwei Personen erfolgen;
- Nominierende dürfen aktuell nicht mehr bei der oder dem zu nominierenden Weiterbildungsverantwortlichen angestellt sein;
- die zu nominierende Person muss aktuell in der Weiterbildung tätig sein.

Jetzt Nomination einreichen!

Um jemanden zu nominieren, können Sie bis *31. Juli 2022* auf der SIWF-Website (www.siwf.ch → SIWF-Projekte → SIWF Award) das Online-Formular ausfüllen. Die SIWF-Geschäftsleitung überprüft, ob die Nominierung formell korrekt ist, und entscheidet abschliessend über die Gültigkeit der einzelnen Nominationen. Alle korrekt Nominierten erhalten als Würdigung ihres Engagements in der Weiterbildung eine Anerkennungsurkunde, ein Präsent und eine kostenlose Einladung zum MedEd-Symposium am 28. September 2022 in Bern. Sie werden (nach Rückfrage) auf der SIWF-Website (www.siwf.ch) aufgeführt und am MedEd-Symposium namentlich genannt.

[info\[at\]siwf.ch](mailto:info[at]siwf.ch)



**MedEd
SYMPOSIUM
SIWF/ISFM**

Schweizerisches Institut für ärztliche Weiter- und Fortbildung
Institut suisse pour la formation médicale postgraduate et continue

9. MedEd SYMPOSIUM
2022



SIWF^{FMH}
ISFM

Mit Simultan-
übersetzung
Avec traduction
simultanée

Perspektiven der ärztlichen Bildung
Perspectives de la formation médicale

Save the Date

28. September 2022

Casino, Bern

Das MedEd-Symposium ist im Rahmen der erweiterten Fortbildung in allen Fachgebieten mit **7 Credits** anerkannt (SIWF-approved).
Le Symposium MedEd donne droit à **7 crédits** dans toutes les disciplines dans le cadre de la formation continue élargie (ISFM-approved).

APPROVED BY
**SIWF^{FMH}
ISFM**

Anmeldung/Inscription: www.congress-info.ch/meded2022

Personalien

Todesfälle / Décès / Decessi

Samuel Weber (1937), † 21.3.2022,
Facharzt für Allgemeine Innere Medizin,
8636 Wald ZH

Pierrette Jatou (1948), † 22.3.2022,
Spécialiste en anesthésiologie, 1217 Meyrin

Gabriele Wyss (1923), † 1.4.2022,
Fachärztin für Psychiatrie und Psycho-
therapie, 6300 Zug

Beat Wegmann (1946), † 1.4.2022,
Facharzt für Allgemeine Innere Medizin,
8472 Seuzach

Hanspeter Rölli (1950), † 1.4.2022,
Facharzt für Allgemeine Innere Medizin,
6133 Hergiswil b. Willisau

Dieter Kraft (1954), † 2.4.2022,
Spécialiste en médecine interne générale,
1209 Genève

Robert Sommer (1927), † 3.4.2022,
Facharzt für Allgemeine Innere Medizin,
9425 Thal

Fernand Charbonnet (1938), † 10.4.2022,
Spécialiste en rhumatologie et Spécialiste en
médecine interne générale, 1205 Genève

Alain Imesch (1947), † 12.4.2022,
Spécialiste en médecine interne générale,
1170 Aubonne

Jean-Pierre Guignard (1939), † 14.4.2022,
Spécialiste en pédiatrie, 1018 Lausanne

Ärztegesellschaft des Kantons Bern

Ärztlicher Bezirksverein Bern Regio

Zur Aufnahme als ordentliches Mitglied
haben sich angemeldet:

Stephan Reichenbach, Facharzt für Allge-
meine Innere Medizin und Facharzt für
Rheumatologie, FMH, Rheuma-Bern AG,
Bremgartenstrasse 119, 3012 Bern

Ali-Farid Safi, Facharzt für Mund-, Kiefer- und
Gesichtschirurgie, FMH, Marktgasse 24,
3011 Bern

Debora Capiaghi, Fachärztin für Allgemeine
Innere Medizin, FMH, Sanacare Gruppen-
praxis, Welle 7/Schanzenstrasse 5, 3008 Bern

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

Ärztegesellschaft des Kantons Luzern

Zur Aufnahme in unsere Gesellschaft
Sektion Stadt haben sich gemeldet:

Thomas Breuer, Facharzt für Oto-Rhino-
Laryngologie, FMH, HNO Center, Hünenberg-
strasse 1, 6006 Luzern

Gil Prêtre, Facharzt für Allgemeine Innere
Medizin, FMH, Hausarztpraxis Würzenbach,
Kreuzbuchstrasse 46, 6006 Luzern

Ulf Schneider, Facharzt für Neurochirurgie,
Luzerner Kantonsspital LUKS, Spitalstrasse,
6000 Luzern 16

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

Ärztegesellschaft Thurgau

Die Ärztegesellschaft Thurgau informiert
über folgende Neuanmeldungen:

Patrick Hakman, Facharzt für Allgemeine
Innere Medizin und Facharzt für Angiologie,
FMH, Dornackerweg 4, 9552 Bronschhofen

Moritz Scholtes, Facharzt für Chirurgie und
Facharzt für Handchirurgie, FMH, Pfaffen-
holzstrasse 4, 8500 Frauenfeld

Ärztegesellschaft Uri

Zur Aufnahme in die Ärztegesellschaft Uri
als ordentliches Mitglied per 1.7.2022 hat sich
angemeldet:

Stephanie Heilgmeir, Fachärztin für Allge-
meine Innere Medizin, FMH, tätig ab 1.6.2022
in der Bristenpraxis, 6460 Altdorf

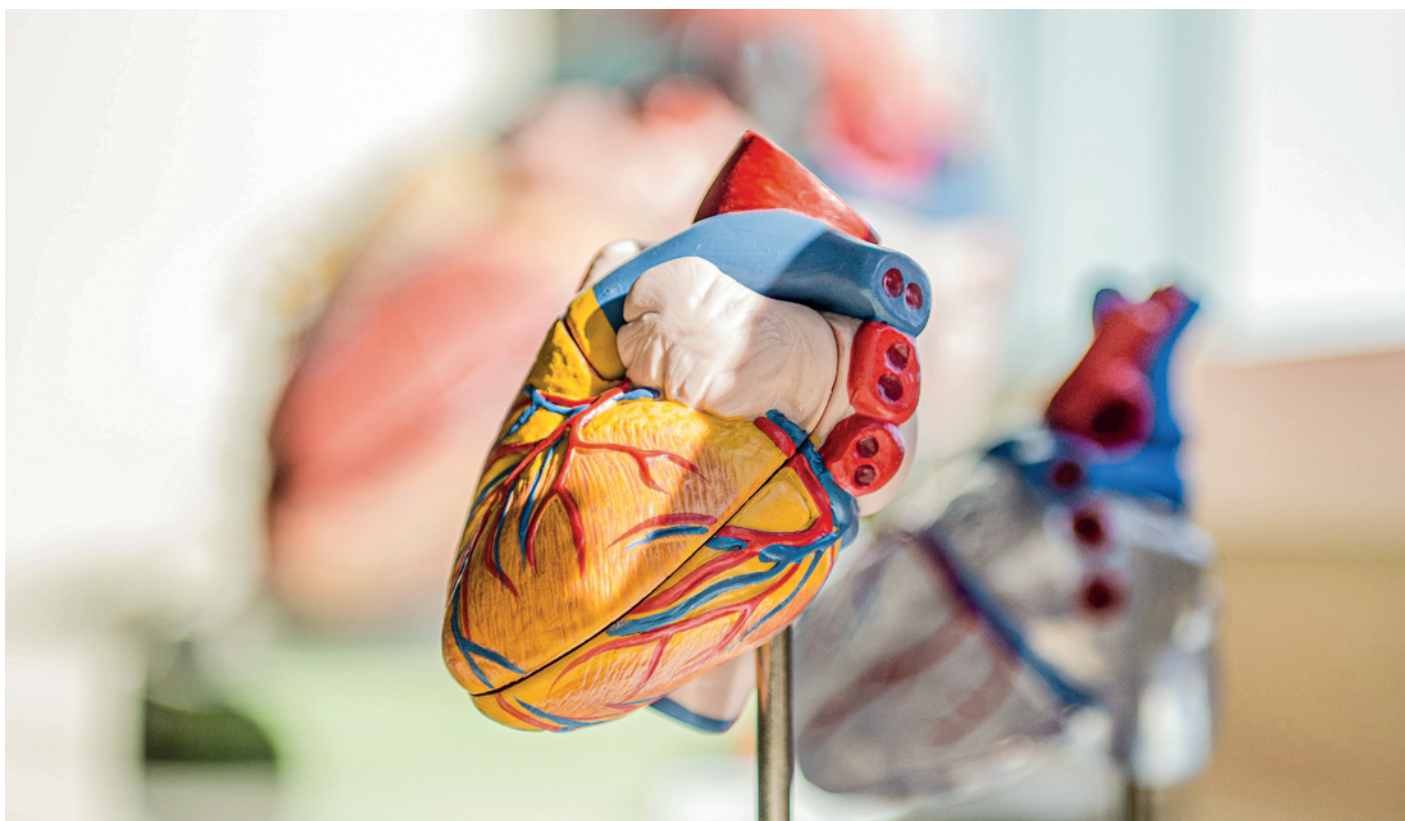
Einsprachen gegen diese Kandidatur müssen
innerhalb von 20 Tagen seit dieser Veröf-
fentlichung schriftlich begründet an den
Vorstand der Ärztegesellschaft Uri einge-
reicht werden. Nach Ablauf der Einsprache-
frist entscheidet der Vorstand über Gesuch
und allfällige Einsprachen.

Ärzte-Gesellschaft des Kantons Zug

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

Suzanne Kyburz, Fachärztin für Psychiatrie
und Psychotherapie, FMH, Bahnhofstr. 20A,
6340 Baar

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



Organspende: Lange Wartezeiten für Patientinnen und Patienten

Paula Steck^a, Franz Immer^b

^a Redaktorin Swisstransplant, Kommunikation, Bern; ^b PD Dr. med., CEO Swisstransplant, Facharzt Herz- und thorakale Gefässchirurgie, Bern

Ende März 2022 warteten 1462 Menschen auf ein Spendeorgan. Die Hoffnung auf den erlösenden Anruf «Wir haben ein passendes Organ für Sie!» ist für Patientinnen und Patienten auf der Warteliste gross. Leider kommt er oft zu spät: Pro Woche sterben ein bis zwei Personen, während sie auf ein Organ warten.

Die Schweizerische Nationale Stiftung für Organspende und Transplantation Swisstransplant blickt auf ein herausforderndes Jahr zurück. Die Coronapandemie belastete das ohnehin stark beanspruchte Fachpersonal auf den Intensivstationen. Trotz dieser Belastung konnten die Organspendeprogramme beinahe lückenlos aufrechterhalten werden. Der grosse Einsatz der Fachpersonen Organspende und die Sensibilisierungsmassnahmen für die Bevölkerung führten zu leicht verbesserten Zahlen bei Organspenderinnen und Organspendern und einer Stabilisierung der Transplantationszahlen.

Mangel an Spendeorganen

Eine Studie in der Fachzeitschrift *The Lancet Public Health* zeigt auf, dass die Zahl der Organtransplantationen während des ersten Jahrs der Coronapandemie (2020) im Vergleich zu 2019 weltweit um rund 16% zurückgegangen ist. In der Schweiz sank die Zahl der Organtransplantationen im gleichen Zeitraum um rund 1,5% – und dies trotz im internationalen Vergleich vielen Todesfällen in Zusammenhang mit dem Coronavirus [1]. Dennoch ist die Situation in der Schweiz weiterhin angespannt. Die Zahl der Menschen auf der Warteliste für

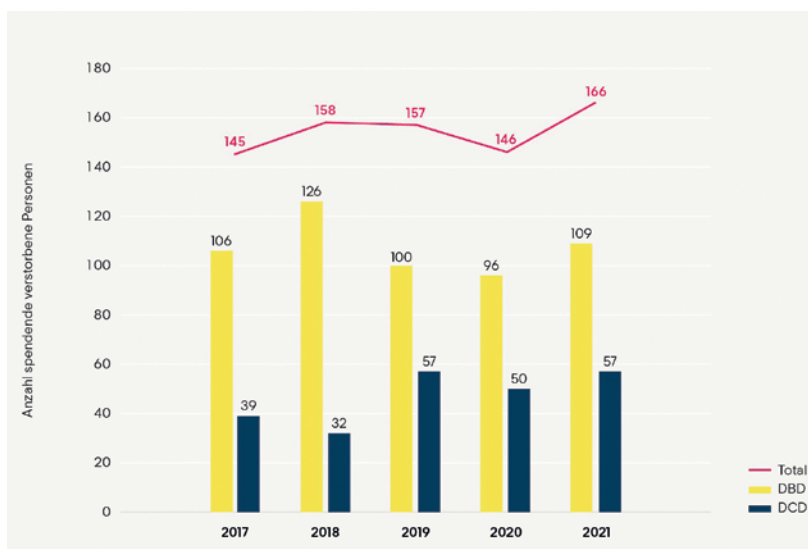


Abbildung 1: Anzahl spendende verstorbene Personen in der Schweiz in den letzten fünf Jahren. DBD: Spende im Hirntod; DCD: Spende im Hirntod nach Herz-Kreislauf-Stillstand.

ein lebensrettendes Organ ist mit 1462 per 31. März 2022 hoch.

Es fehlt an Spendeorganen, konkret gibt es dreimal weniger Organe als Menschen, die dringend ein neues Organ benötigen. Die lange Warteliste führt dazu, dass Patientinnen und Patienten erst sterbenskrank werden müssen, bevor sie auf der Warteliste genügend weit oben sind, um transplantiert zu werden. Das ist aus medizinischer Sicht alles andere als optimal, menschenunwürdig und eine Qual für alle Betroffenen.

Postmortale und Lebendspende

«Einen Tag nach dem 18. Geburtstag erhielt ich von meinem Vater eine Niere. Das war vor 31 Jahren – seither geht es uns beiden gut. Eine Organspende kann jederzeit zum Thema werden. Jede Person muss selbst entscheiden, was sie darüber denkt.» – Florian, nierentransplantiert, Botschafter von Swisstransplant

2021 haben in der Schweiz 166 Personen ihre Organe postmortal gespendet. Das sind so viele wie noch nie in einem Jahr und rund 14% mehr als im ersten Pandemiejahr 2020. Der Anteil der DCD-Spende, also der Spende im Hirntod nach Herz-Kreislauf-Stillstand, blieb auf hohem Niveau konstant – seit drei Jahren ist mehr als jede dritte Organspende eine DCD-Spende (Abb. 1). Die durchschnittliche Anzahl transplanterter Organe lag bei 2,9 Organen pro spendende verstorbene Person. Als spendende Person gilt jede verstorbene Person, bei der ein chirurgischer Eingriff mit der Absicht zur Organentnahme zum Zweck einer Transplantation erfolgt ist.

Im vergangenen Jahr haben 125 lebende Personen eine ihrer Nieren (in 98% der Fälle) oder einen Teil ihrer Leber (in 2% der Fälle) einer Patientin oder einem Patienten gespendet. Am häufigsten sind sogenannte gerichtete Lebendspenden, bei denen sich die spendende Person bereit erklärt, einer bestimmten Empfängerin beziehungsweise einem bestimmten Empfänger eine Niere oder einen Teil der Leber zu spenden. In den allermeisten Fällen sind das Spenden innerhalb der Familie (Eltern, Geschwister, Ehepartnerin oder Ehepartner), aber auch zwischen Freunden.

Manchmal ist eine gerichtete Nieren-Lebendspende aus immunologischen Gründen nicht möglich (inkompatibles spendendes-empfangendes Paar). Für diese Fälle gibt es seit 2019 das Programm Überkreuz-Nieren-Lebendspende [2]. Durch die Aufnahme aller inkompatiblen Paare in einen nationalen Pool ermöglicht dieses Programm mehr passende Kombinationen, um mehr Betroffenen zu helfen. 2021 konnten auf diese Weise vier Nieren-Lebendspenden ermöglicht werden.

Transplantationen im Jahr 2021

«Als 18-Jährige war ich plötzlich ganz gelb, ich hatte vorher keine Ahnung von meiner Erbkrankheit, es ging alles dramatisch schnell. Ich lag im Sterben – nur dank der Lebertransplantation kam ich zurück ins Leben. Ich hatte grosses Glück.» – Désirée, lebertransplantiert, Botschafterin von Swisstransplant

Am Ende des Organspendeprozesses steht die Transplantationshoffnung vieler schwerkranker Menschen auf ein neues oder besseres Leben. Dank des professionellen und engagierten Einsatzes der Transplantationsteams für ihre Patientinnen und Patienten ging der Wunsch nach einem neuen Leben mit einem transplantierten Organ im Jahr 2021 für 587 Menschen auf der Warteliste in Erfüllung – das sind 68 Personen mehr als 2020 (+13%).

Neu kamen 708 Personen auf die Warteliste für eines oder mehrere Organe. Am häufigsten wurden Personen neu auf die Warteliste für eine Niere genommen, am zweithäufigsten auf die Warteliste für eine Leber (Abb. 2). Personen, die auf mehr als ein Organ warteten, werden in jeder entsprechenden Organwarteliste gezählt, für das Total jedoch nur einmal. Eine Multiorgantransplantation wird bei jedem entsprechenden Organ gezählt, für das Total zählt sie jedoch nur als eine Transplantation.

Im vergangenen Jahr starben 72 Personen, während sie sich auf der Warteliste für eines oder mehrere Organe befanden.

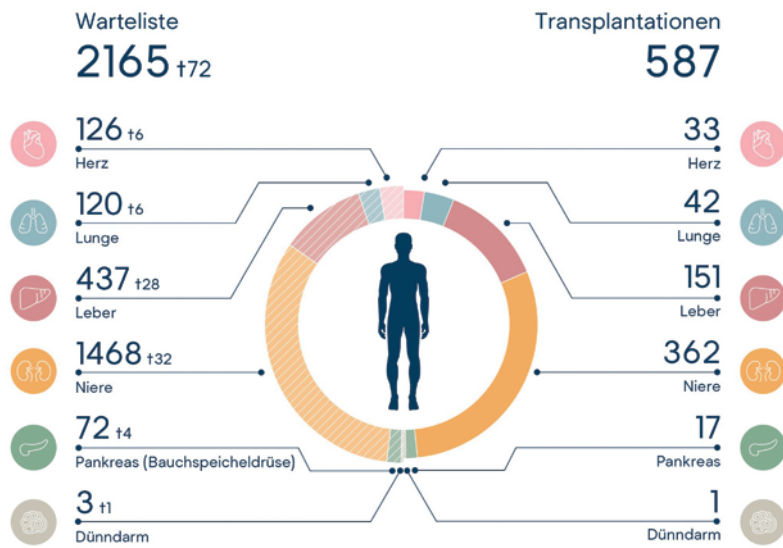


Abbildung 2: Anzahl Personen auf der Warteliste (mindestens einen Tag), Anzahl Todesfälle auf der Warteliste und Transplantationen in der Schweiz 2021 je Organ (inkl. Lebendspende).

Wartezeit bis zur Transplantation

Die mediane Wartezeit auf ein Herz sowie auf eine Leber stieg 2021 gegenüber 2020 an. Bei den übrigen Organen sanken die medianen Wartezeiten im Vergleich zu 2020 bei Lunge, Niere und Dünndarm. Im Jahr 2021 betrug die durchschnittliche Wartezeit auf eine Niere mit 983 Tagen fast drei Jahre. Die in Abbildung 3 aufgeführten Wartezeiten veranschaulichen die Organknappheit in der Schweiz und zeigen die Dringlichkeit eines Paradigmenwechsels hinsichtlich des Willensäusserungsmodells zur Organspende. Angegeben ist der Median der Wartezeiten aller im jeweiligen Jahr transplantierten Personen

(ohne gerichtete Lebendspende). Personen auf der Warteliste sind manchmal aus gesundheitlichen oder logistischen Gründen vorübergehend nicht transplantationsfähig. In diesem inaktiven Status erhalten sie keine Organangebote. Es gilt, bei den gezeigten Wartezeiten zu beachten, dass es sich um Medianwerte handelt und dass die Streuung (unteres–oberes Quartil beziehungsweise die mittleren 50% der Werte) für alle Organe gross ist. Das bedeutet, dass die Wartezeiten im Einzelfall sehr unterschiedlich ausfallen können [3].

Erweiterte Widerspruchslösung in Sicht

«Egal, ob Ja oder Nein – wichtig ist, dass man sich mit dem Thema Organspende auseinandersetzt. Mir hat es das Leben gerettet. Das ist das Argument, das andere überzeugt. Ich hoffe, dass die erweiterte Widerspruchslösung die Spenderate erhöht.» – Steffen, lebertransplantiert, Botschafter von Swisstransplant

Vor dem Hintergrund der oben angeführten Zahlen zur Organspende zeigt sich die Wichtigkeit der Abstimmung über das neue Transplantationsgesetz vom 15. Mai 2022. Angestrebt wird ein potenzieller Wechsel von der erweiterten Zustimmungslösung zur erweiterten Widerspruchslösung. Im aktuellen System dürfen einer verstorbenen Person nur Organe, Gewebe oder Zellen entnommen werden, wenn das Einverständnis dazu vorliegt. Mit der erweiterten Widerspruchslösung gilt: Wer seine Organe nicht spenden will, soll dies explizit in einem Register festhalten. Sowohl bei der angestrebten erweiterten Widerspruchslösung wie auch

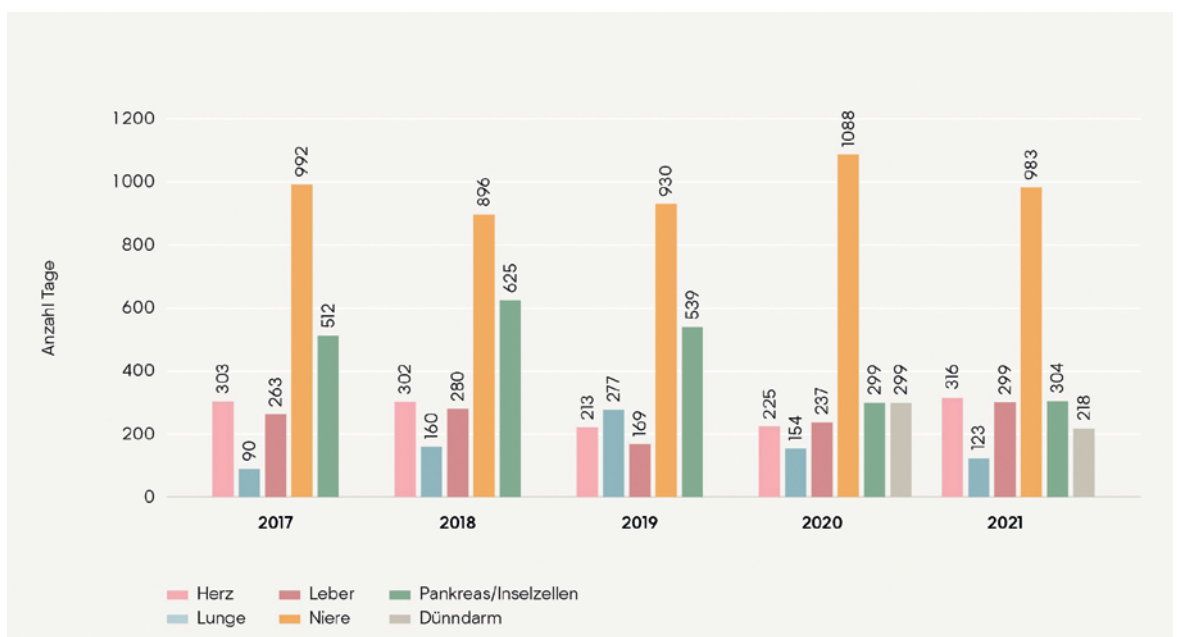


Abbildung 3: Wartezeit (im aktiven und inaktiven Status) bis zur Transplantation je Organ für die letzten fünf Jahre.

bei der heutigen Regelung können die Angehörigen stellvertretend den mutmasslichen Willen der verstorbenen Person äussern, wenn dieser nicht bekannt ist. Sind die Angehörigen nicht erreichbar oder bestehen Sprachbarrieren oder soziokulturelle Hindernisse, ist eine Organentnahme in jedem Fall unzulässig.

Angehörige und Spitalpersonal entlasten

Eine grosse Herausforderung liegt heute darin, dass zu wenige Menschen ihren Willen für oder gegen eine Organspende festhalten oder ihren nahestehenden Personen kommunizieren. In diesem Fall müssen die Angehörigen den schwerwiegenden Entscheid übernehmen. Im belastenden Trauermoment lehnen sie heute eine Organspende mehrheitlich ab.

Dies obwohl 80% der Bevölkerung der Organspende positiv gegenüberstehen. Es muss somit davon ausgegangen werden, dass der Entscheid der Angehörigen oft nicht mit dem der verstorbenen Person übereinstimmt. Mit dem neuen System der erweiterten Widerspruchslösung wird öfter bekannt sein, wenn eine Person ihre Or-

gane nicht spenden möchte – im Ernstfall eine riesige Erleichterung für Angehörige und das Spitalpersonal.

Spenderin oder Spender werden

Eine Organspenderin oder ein Organspender kann bis zu neun Menschen das Leben retten und ihre Lebensqualität deutlich verbessern. Dass man selbst oder ein Familienmitglied auf ein Spendeorgan angewiesen sein könnte, ist dabei sechsmal wahrscheinlicher, als dass man seine Organe spenden kann. Alle Personen können Organspenderin oder Organspender werden. Es besteht keine obere Altersgrenze, massgebend ist der Zustand der einzelnen Organe zum Zeitpunkt der Spende. Patientinnen und Patienten mit einer aktiven, bösartigen Krebserkrankung können in den meisten Fällen keine Organe spenden, allenfalls nach fünf tumorfreien Jahren. Ebenfalls nicht spenden können Menschen mit Prionenerkrankungen (Creutzfeldt-Jakob), Tollwut oder einer Blutvergiftung mit unklarem Erreger.

Breite Unterstützung für neues Gesetz

FMH, Swisstransplant und ein breites überparteiliches Ja-Komitee [4] unterstützen das neue Transplantationsgesetz. Der Systemwechsel zur erweiterten Widerspruchslösung rettet Leben, bringt Sicherheit und Klarheit und entlastet Angehörige und das Spitalpersonal. Gute Gründe, um am 15. Mai mit dem wichtigsten demokratischen Organ, der Stimme, ein überzeugtes Ja einzulegen.

Bildnachweis

jesse orrico / Unsplash

Literatur

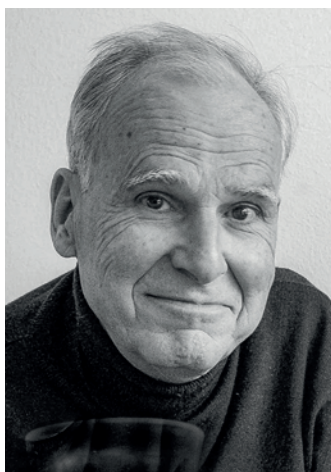
- 1 Aubert O, Yoo D, Zielinski D, Cozzi E, Cardillo M, Dürr M, et al. COVID-19 pandemic and worldwide organ transplantation: a population-based study. *The Lancet Public Health*. 2021 Aug; S2468266721002000.
- 2 www.swisstransplant.org/de/ueberkreuz-nieren-lebendspende
- 3 Jahresbericht 2021, www.swisstransplant.org/de/swisstransplant/jahresbericht
- 4 Ja zum Transplantationsgesetz, www.transplantationsgesetz-ja.ch

Das Wichtigste in Kürze

- Im Jahr 2021 gab es in der Schweiz 166 post-mortale Organspenden (rund 14% mehr als im Vorjahr) und 125 Lebendspenden.
- Die mediane Wartezeit auf ein Herz sowie auf eine Leber stieg 2021 gegenüber 2020 an. Bei den übrigen Organen sanken die medianen Wartezeiten im Vergleich zu 2020.
- Die Annahme des neuen Transplantationsgesetzes vom 15. Mai 2022 würde den Wechsel von der erweiterten Zustimmungslösung zur erweiterten Widerspruchslösung ermöglichen.
- Mit der erweiterten Widerspruchslösung wäre öfter bekannt, wenn eine Person ihre Organe nicht spenden möchte; das kann im Ernstfall auch eine Erleichterung für Angehörige und das Spitalpersonal bedeuten.

paula.steck[at]
swisstransplant.org

In memoriam Claude Bachmann (1941–2022)



Directeur du Laboratoire central de chimie clinique du Centre Hospitalier Universitaire Vaudois (CHUV) à Lausanne, Professeur de chimie clinique à la faculté de biologie et médecine de l'Université de Lausanne, 1988–2006; Vice-directeur et chef de section des analyses spéciales du Laboratoire central de chimie clinique de l'Hôpital de l'Île, à Berne, 1975–1988. Il est décédé le 18 février 2022.

Claude Bachmann naît à Bâle le 20 mars 1941 de parents francophones. Après des études de médecine à Bâle, il découvre le métabolisme biochimique lors d'un stage à l'Hôpital Pédiatrique Universitaire de Bâle. Sa rencontre avec un patient atteint d'hyperglycinémie non cétosique aboutit à sa première publication sur l'utilisation potentielle de la strychnine dans cette maladie sévère et l'incite à déménager avec sa famille à l'Université de Californie, à San Diego, pour travailler dans le laboratoire de Bill Nyhan, avec qui il gardera une relation étroite toute sa vie. Intéressé par les déficits du cycle de l'urée, il met au point une méthode de dosage de l'orotate et rédige l'une des premières revues sur ce sujet dans l'ouvrage de Nyhan intitulé *Heritable Disorders of Amino Acid Metabolism* (1974). Esprit brillant, il émet l'hypothèse de l'inhibition secondaire de l'enzyme NAGS du cycle de l'urée pour expliquer l'hyperammoniémie lors d'acidémies propionique et méthylmalonique et décrira aussi le premier cas de déficit en NAGS en 1981.

De retour en Suisse, il termine son internat en pédiatrie à Bâle, puis est recruté en 1975 par Jean-Pierre Colombo à Berne comme vice-directeur et chef de section des analyses spéciales au Laboratoire central de chimie clinique de l'Hôpital de l'Île. Il y développe de nouvelles

En 1988, Claude Bachmann est nommé professeur et directeur du Laboratoire central de chimie clinique du CHUV à Lausanne.

méthodologies et s'engage dans des collaborations internationales dans le domaine des déficits du cycle de l'urée, ainsi que des aciduries organiques.

En 1988, il est nommé professeur et directeur du Laboratoire central de chimie clinique du CHUV à Lausanne,

où il crée un laboratoire de diagnostic spécialisé dans les erreurs innées du métabolisme. Il le dirige pendant près de 20 ans, jusqu'à sa retraite en 2006. Il joue aussi un rôle déterminant dans l'implémentation de la spectrométrie de masse dans le dépistage néonatal en 2005 et son regroupement en un seul centre au Kinderspital de Zurich. Dès 2006, ses collaborateurs lausannois ont su maintenir vivant son héritage scientifique et clinique au service des patients atteints de maladies métaboliques.

Au cours de son éminente carrière, Claude Bachmann a publié plus de 300 articles et chapitres de livres; il était un contributeur très actif et apprécié du forum

Il se distinguait par sa curiosité intellectuelle, son honnêteté, sa capacité à sortir des sentiers battus et sa passion pour la culture.

de discussion «Metab-L» reliant les professionnels du monde entier autour des maladies innées du métabolisme.

Pour ses amis, famille et collègues, Claude se distinguait par sa curiosité intellectuelle, son honnêteté, sa capacité à sortir des sentiers battus et sa passion pour la culture. Plein d'esprit mais parfois acerbe, il défiait régulièrement ses collègues avec de nouvelles hypothèses ou données scientifiques. Reconnu à l'international, il affichait une modestie qui attirait les jeunes cliniciens et chercheurs qui trouvaient en lui un interlocuteur attentif et empathique. Il savait leur insuffler son enthousiasme et sa passion pour la découverte scientifique et était toujours disponible et intéressé par le dialogue et l'échange d'idées. On se souviendra de lui non seulement comme d'un brillant scientifique, mais aussi comme d'un collègue et ami généreux. Son épouse Anne, ses enfants Isabelle et François, ses petits-enfants Achilleas, Odysseas, Iraklis, Soffia et Dario garderont le souvenir d'un mari, père et grand-père attentionné et merveilleux.

Les membres du comité directeur de la SGIEM (Swiss Group of Inborn Errors of Metabolism)

Adapté du texte original par Mark L. Batshaw, Olivier Braissant, Carlo Dionisi Vici, Beat Steinmann et Andrea Superti-Furga pour Metab-L

Briefe an die SÄZ

Wirtschaftlichkeitsverfahren und Statistik (mit Replik)

Als Praxisinhaber muss man sich bewusst sein, dass die Praxiskosten bzw. die Wirtschaftlichkeit im Vergleich mit anderen Ärzten aus der gleichen Fachgruppe stetig überprüft werden. Sind die Werte im statistischen Vergleich zu hoch, werden Wirtschaftlichkeitsverfahren von Seiten der Kassen angestrebt, welche nicht nur vom Betrag, sondern auch vom Zeitaufwand her sehr belastend sind. Die Kassen schreiben jeweils: «Der sogenannte Regressions-Index wird verwendet zur Überprüfung der Wirtschaftlichkeit der Praxisführung. Im Vertrag vom 23. August 2018 haben sich die FMH, curafutura und santésuisse, gestützt auf Art. 56 Abs. 6 KVG, auf eine neue Screening-Methode zur Prüfung der Wirtschaftlichkeit der Praxisführung geeinigt. Der Vergleich mit Kollegen der gleichen Facharztgruppe erfolgt mittels eines Regressionsmodells. Daraus erfolgt dann der Regressionsindex. Dieser darf den Wert von 120–130 nicht übersteigen, ansonsten Überprüfungen und Rückforderungen folgen. In der bisherigen Wirtschaftlichkeitsprüfung, also vor dem 23. August 2018, war der ANOVA-Index entscheidend. Die neue Methode des Regressionsindex ist durch Berücksichtigung der Morbiditätskriterien des Patientenkollektivs (Patientenstruktur, Franchise der Patienten, Spitalaufenthalte im Vorjahr sowie die Pharmaceutical Cost Groups) dem ANOVA-Index überlegen.» Uns Ärzten sind die statistischen Verfahren bekannt. Diese entsprechen jedoch keinesfalls unserer Tätigkeit, kranken Menschen zu helfen. Statistische Indizes erschweren unseren Alltag. Zudem kommen alle zwei Jahre Drohbriefe von den Kassen. Meistens auf Ende Dezember oder direkt vor Weihnachten mit der Drohung, die Zahlen permanent und nicht ohne Folgen zu überprüfen. Das Jahr 2020 ergab für den Autor in der Sprechstundentätigkeit den tiefen Regressionsindex von 54. Werden jedoch die operativen Fallpauschalen (Material und Leistung) fälschlicherweise verglichen mit der Tätigkeit konservativ tätiger Kollegen, kann der Wert durchaus 400 bis 500 betragen! Ob all der statistischen Komplexität (Regressions-Index oder ANOVA-Index) werden falsche Zahlen miteinander verglichen. Nur eben: Die operativen Fallpauschalen können im Vergleich gar nicht erhöht sein, da diese unter operierenden Kollegen überall gleich sind. Leider nützt beim falschen Vergleich auch die beste statistische Methode nichts. Operierenden Kollegen muss unbedingt empfohlen

werden, zwei separate Abrechnungsnummern zu führen: Die eine für das Operieren und die andere für die Sprechstunde. Diese strikte Trennung ist sehr wichtig, sonst vermischen sich verschiedene Tätigkeiten. Werden Kassen auf den falschen Vergleich hingewiesen, ziehen sie sich ohne Entschuldigung zurück und drohen bereits für das nächste Jahr! Es werden keine «Goldenen Kugelschreiber» verteilt für den billigsten und hoffentlich auch besten Arzt. Es heisst nur von Kassen-seite: «Im nächsten Jahr werden wir Sie erneut überprüfen und Sie dann kontaktieren.» Ganz flau tönt das Wort «fertig machen» mit! Und all das im Umfeld weiterer Restriktionen und des aktuell diskutierten Globalbudgets.

*Dr. med. Armin Junghardt, Facharzt
Augenheilkunde und Augen Chirurgie, Baden*

Replik auf «Wirtschaftlichkeitsverfahren und Statistik»

Der Autor weist zu Recht auf die Wichtigkeit der Vergleichbarkeit hin – ist diese nicht erfüllt, so ist selbstredend auch der resultierende Indexwert nicht relevant. Daher ist im Vertrag zwischen der FMH, curafutura und santésuisse auch klar festgehalten, dass die Screening-Methode der *erste Schritt* der Wirtschaftlichkeitskontrolle ist und einzig als statistische Berechnungsmethode zur Detektion von Ärzten mit auffälligen Kosten gem. KVG zur Anwendung kommt. Weist ein Arzt auffällige Kosten auf, so heisst das nicht per se, dass der Arzt unwirtschaftlich arbeitet. Dies wird von santésuisse in der ggf. nachfolgenden *Einzelfallanalyse* abgeklärt. Dabei hat der Arzt die Möglichkeit, sein Kostenbild zu erklären. Die Screening-Methode berücksichtigt gegenüber der bisher angewandten ANOVA-Methode mehr Morbiditätsparameter (zusätzlich zu Alter und Geschlecht auch Anteil hohe Franchisen, Spitalaufenthalt im Vorjahr und die PCG). Zwei wichtige Parameter sind jedoch unverändert: Massgebend ist die ZSR-Nummer des verantwortlichen Arztes und der statistische Vergleich erfolgt innerhalb der eigenen Facharztgruppe. Ist diese inhomogen, wie z.B. invasiv und nicht-invasiv tätige Ophthalmologen, ist eine Mittelwertbetrachtung nicht geeignet. Entsprechend kann der Arzt, falls er von santésuisse kontaktiert wird, in dem der statistischen Überprüfung nachfolgenden Schritt entsprechend sein Kostenbild erklären, indem er seine, z.B. primär invasive Tätigkeit mit seinen Abrechnungsdaten aufzeigt. Bevor santé-

suisse Ärzte kontaktiert, führt diese eigene Analysen der Abrechnungsdaten durch und kann so z.T. Gründe für Kostenabweichungen erkennen und damit einen unnötigen Aufwand für santésuisse und eine ungerechtfertigte Anfrage an den Arzt vermeiden. Schlussendlich muss der Arzt sein Kostenbild erklären können.

Die Versicherer sind vom Gesetz her verpflichtet, die Einhaltung der Wirtschaftlichkeitsgebote zu überprüfen. Aufgrund des jährlichen Rhythmus der Überprüfung mittels der Screening-Methode und der Abarbeitung der Fälle durch santésuisse werden effektiv auch Ärzte um die Weihnachtszeit kontaktiert – dies ist sicherlich kein idealer Zeitpunkt, ebenso ist die Wortwahl für den betroffenen Arzt manchmal nicht angebracht. Die FMH kann santésuisse diesbezüglich nur auf den Umstand hinweisen, dass eine faire Kommunikation notwendig ist – dies wird auch von santésuisse anerkannt. Schlussendlich findet die Kommunikation aber zwischen zwei Personen statt. Miss- und Unverständnisse lassen sich nicht absolut ausschliessen.

Fallpauschalen und Trennung der Abrechnung «invasiv–nicht invasiv»: Wie A.J. erwähnt, ist es empfehlenswert, die Kosten für die verschiedenen Bereiche intern auszuscheiden, um in der Einzelfallprüfung entsprechend argumentieren zu können. Dieser Ratschlag ist generell empfehlenswert und gilt nicht nur für dieses Beispiel. Ein Arzt sollte immer die Kosten nach Patientengruppen bezüglich Indikation aufteilen können. Nur so lässt sich effektiv das Kostenbild santésuisse gegenüber erklären. Über zwei verschiedene ZSR-Nummern abzurechnen ist hingegen nicht möglich. Aktuell sind die Pauschalen mengenmässig nicht relevant. Es ist aber richtig, dass bei einer zukünftigen mengenmässig relevanten Koexistenz von Einzelleistungs- und Pauschaltarif die Methode der Wirtschaftlichkeitsüberprüfung angepasst werden muss. Bei Fallpauschalen können, wie A.J. zu Recht festhält, nicht die Kosten das primäre Kriterium sein, sondern eher wie im Tarifcontrolling die Häufigkeit der Anwendung der einzelnen Pauschalen. Diese Fragestellung ist auf dem Radarschirm der Vertragsparteien.

*Dr. med. Urs Stoffel, FMH-Zentralvorstand,
Departementsverantwortlicher Ambulante
Versorgung und Tarife*

SAMW-Richtlinien «Umgang mit Sterben und Tod»

Liebe Kolleginnen, liebe Kollegen

Die meisten von Ihnen kennen mich aus der Presse, weil ich mich intensiv mit dem polarisierenden Thema des begleiteten Freitodes auseinandersetze. In der letzten *Schweizerischen Ärztezeitung* wurden wir darauf vorbereitet, dass die Abstimmung über die Übernahme der neuen Richtlinien der SAMW «Umgang mit Sterben und Tod» bevorsteht. Ausser der FMH und den Kolleginnen und Kollegen, welche an den Ärztekammersitzungen teilnehmen, wissen wahrscheinlich höchstens einzelne Kolleginnen und Kollegen, was diese neuen Richtlinien beinhalten. 2018 hat die SAMW unter der Leitung Scheidegger/Kind Richtlinien ausgearbeitet, welche der FMH zu liberal waren. Diese wurden nicht gutgeheissen.

Ist sich die FMH und die Ärzteschaft bewusst, dass mehrere Gerichtsentscheide bestehen, welche aufzeigen, dass die SAMW-Richtlinien nicht dem Volkswillen entsprechen? Ist der FMH bewusst, dass das Schweizer Volk und der Bundesrat 2011 klar geäussert haben, dass keine Einschränkung des liberalen Schweizer Gesetzes gewünscht wird? Die alten Richtlinien von 2004 waren eine massive Einschränkung, weshalb sie revidiert werden mussten. Werden die nun abgeänderten liberalen Richtlinien von 2018 wieder restriktiver, und weniger dem Volkswillen entsprechen? Dies ist zu erwarten.

Ich war am 9.12.21 am Bundesgerichtsverfahren unseres Kollegen Dr. Pierre Beck, Hausarzt und langjähriger Präsident von EXIT Welsche Schweiz. Die Bundesgerichtspräsidentin hat als Begründung des Freispruches unter anderem betont, dass das Schweizer Volk nie befragt wurde zu den SAMW-Richtlinien, dass diese Vereinsrecht sind und nicht dem liberalen Schweizer Gesetz entsprechen. Dass das Menschenrecht auf die eigenhändige Beendigung des Lebens nicht durch ein Vereinsrecht eingeschränkt werden darf.

Wenn die Richtlinien einschränkender sind als die von 2018, dann möchte ich meine Bedenken äussern, dass durch ein restriktives Verhalten der FMH in Bezug auf «Umgang mit Sterben und Tod» Ärztinnen und Ärzte sich der Gefahr der Anklage wegen Verstosses gegen die Sorgfaltspflicht aussetzen. Insbesondere dann, wenn sie wie Kollege Beck einen wohlüberlegten Todeswunsch eines höchstbetagten Menschen respektieren, und ihm nicht nur den unbegleiteten Suizid offenlassen, sondern auch den ärztlich begleiteten Tod, der in Sicherheit und in Anwesenheit der Familie ablaufen kann.

Kanada hat 2016 den ärztlich begleiteten Freitod legalisiert. Die Ärzte in Kanada arbeiten

mit der Universität, der Ärztesgesellschaft zusammen. In Kanada wird er «Medical Aid In Dying» (MAID) als ärztliche Tätigkeit akzeptiert. Da frage ich mich: Quo Vadis, Schweiz?

In der Hoffnung, dass dereinst in der Schweiz in Bezug auf Sterbehilfe die gesetzlichen Regelungen und die Empfehlungen der SAMW/FMH nicht mehr so diametral auseinanderstehen, müssen wir der Dinge harren, die da kommen werden von der FMH, die aber uns alle betreffen. Denn auch wir Ärztinnen und Ärzte müssen einmal sterben mit dem kleinen Unterschied, dass jeder rezeptierende Arzt die Möglichkeit hat, sich das NAP selber zu verschreiben, unabhängig von seinem Gesundheitszustand.

Wenn ein Staatsanwalt darüber entscheiden darf, wessen Leiden unerträglich ist, und ob jemand mit 86 Jahren «gesund» ist, dann sind wir auf dem falschen Weg. Nur der Leidende selber kann darüber urteilen, ob für ihn sein Leiden unerträglich ist.

Dr. med. Erika Preisig, Hausärztin und Präsidentin des Vereins lifecircle, Biel-Benken

Kommunikationsstörung zwischen Ärzteschaft und Politik

Die laufende Diskussion um die Gesundheitskosteninitiativen leidet unter einer unheilvollen Kommunikationsstörung: Der Logik gehorchend, geht es nämlich um zwei Fragen: A) Haben wir ein Problem mit den Gesundheitskosten? B) Falls ja, sind die eingereichten Vorlagen geeignete Lösungen?

Mit Blick auf das Sorgenbarometer der Bevölkerung beantwortet die Politik Frage A selbstverständlich mit Ja und geht direkt zu Frage B über. Parteien und Volksvertreter wissen, dass ihre Wähler weniger für die Krankenkassen bezahlen und bei den Ausgaben sparen wollen – nur nicht bei sich selber. Um ja niemandem etwas vorzuenthalten, werden folglich Scheinlösungen wie ein neuer Kostenverteiler oder ein Globalbudget konstruiert. Bei letzterem wird nach frei erfundenen Regeln ein Kostendeckel bestimmt, ohne anzugeben, mit welchen Massnahmen angesichts der medizinischen und demographischen Entwicklungen die finanziellen Grenzen einzuhalten sind.

Die Ärzteschaft sagt lautstark Nein zu Frage B und läuft mit dem Argument der drohenden Zweiklassenmedizin offene Türen ein. Dabei wird vergessen oder vermieden, zuerst Frage A zu beantworten: Haben wir ein Kostenproblem im Gesundheitswesen? Tatsächlich lassen die Äusserungen der FMH offen, ob das Kostenwachstum als relevantes Problem

anerkannt wird. Die Argumentation der Standesorganisation legt eher nahe, dass die steigende finanzielle Mehrbelastung als letztlich unvermeidbar hinzunehmen ist. Das wiederum lässt die Politik argwöhnen, dass es der Ärzteschaft bei der Ablehnung der Initiativen primär nicht um das Wohl der Patienten, sondern um Eigeninteresse geht.

Als Bürger und praktizierender Arzt sage ich vorbehaltlos Ja zu Frage A. Unsere Gesellschaft gleicht einem Ökosystem. Darin ist es nicht nachhaltig, wenn ein Bereich auf Kosten der andern überproportional wächst. Ein funktionierender Staat braucht Ressourcen für die Gesundheit seiner Bürger, aber ebenso auch für Bildung, Soziales, Sicherheit. Wir hinterlassen nächsten Generationen ohnehin schwere Hypothesen, so dass es unverantwortbar wäre, heute beispielsweise nicht bevorzugt Geld für ökologische Projekte bereitzustellen.

Erst mein klares Ja zu Frage A ermöglicht mir ein «Nein, aber» zu Frage B. Nein, diese Initiativen lösen das Problem des Kostenwachstums nicht und sind abzulehnen. Aber stattdessen gilt es, gemeinsame Wege zu suchen: Ärztinnen und Ärzte, die die konkreten Probleme kennen, zusammen mit Politikerinnen und Politikern, die den gesetzlichen Rahmen für Lösungen stecken. Ich denke beispielsweise an systemimmanente Fehlanreize: DRG, das dazu verlockt, möglichst wenig während des Spitalaufenthaltes abzuklären, um viele, ja oft zu viele kostspielige Untersuchungen nachher in rentable Ambulatorien zu verschieben. Notfallstationen, die finanziell davon profitieren, dass sie Bagatellfälle wie komplexe Krankheiten behandeln. Überbordende Abklärungen von oft nur grenzwertig pathologischen Befunden selbst im hohen Alter, dies meist mehr zur juristischen Absicherung als zum Nutzen für die Patienten. Immer häufigere ärztliche Nachkontrollen, bei denen oft Aufwand und Ertrag in einem Missverhältnis stehen.

Solche konkreten Probleme zu lösen wäre zielführend, in der Kommunikation zwischen Medizin und Politik weniger störungsanfällig – und wohl für bei Seiten befriedigender.

Dr. med. Markus Bieri-Zürcher, Langnau im Emmental

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

Abstimmung zum Transplantationsgesetz – Das Leben ist ein Geschenk

Das Leben ist ein Geschenk der Schöpfung. Ich kann mein Leben meinen Mitmenschen widmen, wie zum Beispiel Dr. Beat Richner. Ich kann zu Lebzeiten Organe (Niere, Knochenmark) einem Mitmenschen schenken. In einem speziellen Fall, bei meinem Hirntod und wenn ich mich dabei auf einer Intensivstation befinde, kann ich heute alle meine Organe verschenken, wenn ich einen Spenderausweis auf mir trage. Ein Geschenk unserer Vorfahren ist, dass wir im einzigen Land leben, in dem wir alle technischen Möglichkeiten geniessen und über Sachfragen abstimmen können.

Besinnung und Dankbarkeit für alles, was uns geschenkt wurde, Ehrfurcht vor jedem Leben, Mitmenschlichkeit, auch durch die Möglichkeit eines Organgeschens, will ich vorleben und lehren. Ich will aber nicht den Staat ermächtigen, Mitmenschlichkeit zu erzwingen. Ist nicht der Versuch, die respektvolle Kinderstube durch die Erziehung durch den Staat zu ersetzen, das Wesen aller Diktaturen? Darum Nein am 15. Mai.

Dr. med. T. Lippmann, Uetliburg

«Mangel an Selbstkritik ist der Grund fürs Versagen»

Dieses Zitat von David Tatuljan widerspiegelt die momentane Situation beim BAG. Insbesondere in der überbordenden Aktivität bei der Qualitätsstrategie schießt das BAG über die Ziele hinaus. Dieser Aktivismus beim BAG verursacht nicht nur enorme Kosten in mehrfacher Millionenhöhe, sondern es wird auch zum monströsen Bürokratismus mit ungeahnten Folgen für die betroffenen Akteure. Nehmen wir das folgende Beispiel, dasjenige des elektronischen Patientendossiers, das stellvertretend für viele weitere Projekte explizit die Unfähigkeit des BAG aufzeigt. Es ist ein Gewurstel par excellence seit gut zwei Jahrzehnten. Oder die Qualitätsstandards in der Grundversorgung, hier wurde bereits von etablierten Institutionen wie z.B. EQUAM hervorragende Arbeit geleistet. Dieses von Praktikern entwickelte System wird laufend weiterentwickelt, um den neuen Herausforderungen gewachsen zu sein. Es ist ein erprobtes Qualitätsinstrument, dessen Anwendungs- oder Umsetzungspotential noch lange nicht ausgeschöpft ist. Ein weiteres Beispiel

einer geachteten Einrichtung ist die Stiftung für Patientensicherheit Schweiz. Diese Institution hat sich während 20 Jahren zu einer wahren Perle im Gesundheitswesen entwickelt und sich einen hervorragenden Ruf erworben. Warum wurde diesem Betrieb durch das BAG die Mittel gekürzt? Bei diesen erwähnten Beispielen könnten das BAG und die Politik unterstützend wirken und dies wohl mit einem geringeren Kostenaufwand. Auf andere, zum Teil überspitzte Projekte möchte ich nicht näher eintreten, da dies bereits in vielen Medien zur Genüge aufgezeigt wurde. Das BAG müsste vermehrt auf konstruktiver Ebene mit Praktikerinnen und Praktikern zusammenarbeiten, denn wie schon Konfuzius sagte: «Wenn über das Grundsätzliche keine Einigkeit besteht, ist es sinnlos, miteinander Pläne zu machen.» Auch den Politikerinnen und Politikern rate ich: «Gehen Sie an die Front», reden und diskutieren Sie mit den Betroffenen, die tagein, tagaus einen tollen Job am Patienten erbringen und nur das Beste für sie wollen.

*Rudolf Wartmann,
Berater im Gesundheitswesen, Wettingen*

Wir veröffentlichen Ihre Inhalte

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

Mögliche Themen:

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

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



Weitere Informationen
finden Sie unter
saez.ch → Autorenrichtlinien



Neue Themenserie

Nachhaltigkeit im Gesundheitswesen

Redaktionsteam der *Schweizerischen Ärztezeitung*

Die Erde hat Fieber. Der Klimawandel lässt sich längst nicht mehr ignorieren. Veränderte Wetterbedingungen tragen etwa dazu bei, dass sich Krankheitserreger weltweit stärker verbreiten können. Hitzewellen können darüber hinaus die Gesundheit beeinträchtigen, zum Beispiel Herz-Kreislauf-Erkrankungen verschlechtern – und zu vermehrten Todesfällen führen.

Das Ansteigen der Temperatur hat bereits jetzt Auswirkungen auf die Gesundheit der Bevölkerung. Das wird sich in Zukunft noch verstärken. Allein schon deshalb lohnt es sich für Ärztinnen und Ärzte, sich mit dem Klimawandel auseinanderzusetzen.

Um der Katastrophe entgegenzutreten, sind wir alle gefordert. Die Wirtschaft muss umdenken, der Ausbau erneuerbarer Energien muss beschleunigt werden, jeder und jede Einzelne sollte sich fragen: Was kann ich tun, um nachhaltiger zu leben? Auch im Gesundheitswesen findet ein Umdenken statt. Die FMH schreibt zum Thema Klimawandel und Gesundheit: «Die Ärzteschaft der Schweiz anerkennt den Klimawandel als substanzielle Bedrohung für die regionale und globale Gesundheit. Der Klimawandel stellt die grösste gesundheitliche Bedrohung unseres Jahrhunderts dar. Sowohl die neue gesundheitspolitische Strategie des Bundesrates 2020–2030 als auch die COVID-19-Pandemie unterstreichen

die Wichtigkeit einer ganzheitlichen Sichtweise auf die menschliche Gesundheit, die komplex mit unserer Umwelt zusammenhängt» [1].

Was können Ärztinnen und Ärzte tun – und in welchen Bereichen besteht überhaupt Handlungsbedarf? In unserer

Schwerpunktserie «Nachhaltigkeit im Gesundheitswesen» betrachten wir das Thema aus verschiedenen Perspektiven. Wir zeigen, was in Spitälern bereits getan wird, um nachhaltiger zu werden, und wo künftig im Spitalbetrieb wichtige Weichen gestellt werden sollten. Wir geben zudem Tipps für mehr Nachhaltigkeit in der Arztpraxis und zeigen damit, wo und wie Einzelpersonen Verantwortung übernehmen können. Darüber hinaus betrachten wir, welche Rolle dieses entscheidende Thema in der medizinischen Aus- und Weiterbildung spielt. Und wir geben einen Einblick in das Thema Patiententransport. Was kann man hier tun, um den CO₂-Ausstoss zu reduzieren? Auch ein Blick in die Vergangenheit soll nicht fehlen. War früher tatsächlich

alles besser, als man noch keine Einwegprodukte in der Medizin verwendet hat? Unser Medizinhistoriker ist skeptisch. So viel sei verraten.

Wir wünschen Ihnen eine bereichernde Lektüre.

Literatur

- 1 www.fmh.ch/themen/public-health/klimawandel-und-gesundheit.cfm



Fateme Alaie / Unsplash



Wie Schweizer Spitäler ökologischer werden können

Simon Maurer

Freier Journalist und Medizinstudent

Klimawandel und globaler Temperaturanstieg treiben den Puls der Gesellschaft in die Höhe. Die Spitäler versuchen mit systemischen Massnahmen ihren Beitrag zur Lösung des Problems zu leisten. Doch für die einzelnen Ärztinnen und Ärzte ist ressourcenschonendes Arbeiten noch mit viel Mühe verbunden.

Schweizer Spitäler werden immer grüner. Nicht weil OP-Kleidung für alle zur Pflicht geworden ist. Sondern weil im Zuge der Klimabewegung auch die Akteure des Gesundheitswesens immer mehr auf Ökologie und Nachhaltigkeit setzen. Das neue Bewusstsein für die Umwelt steht im Einklang mit der offiziellen Position der Schweizer Ärzteschaft. So hat die FMH erst letztes Jahr ein Strategiepapier mit dem Ziel eines klimafreundlichen Gesundheitswesens offiziell angenommen [1]. Verschiedene Fachgruppen arbeiten nun an einer Umsetzung der Ziele für die Praxis.

Potenzial zur Einsparung von CO₂ gibt es im Gesundheitswesen einiges. Medizinische Institutionen sind laut der Nichtregierungsorganisation Healthcare Without Harm für 4,4% des weltweiten Treibhausgas-Aus-

stosses verantwortlich [2]. Spitäler erwiesen sich in mehreren Studien dabei mit einem Anteil von etwa einem Drittel all dieser Emissionen als der grösste Faktor innerhalb des Gesundheitssystems [3]. Und gemäss Matthias Stucki, Studienleiter «Green Hospital» an der Zürcher Hochschule für Angewandte Wissenschaften, ist eine Reduktion der Umweltbelastung um 50% möglich, ohne dass Abstriche bei der Leistung entstehen [4].

«Die Bereiche mit der grössten Umweltbelastung im Schweizer Durchschnittsspital sind Verpflegung, Gebäudeinfrastruktur und Energieversorgung», erklärt Regula Keller, Forscherin beim vom Schweizerischen Nationalfonds geförderten Projekt «Green Hospital». Zur Treibhausgasemission trägt zudem die Herstellung

der Medikamente massgeblich bei [5]. Der Einsatz von Textilien und von elektronischen Geräten ist bezüglich der Treibhausgase weniger relevant, dafür sind sie bei der Gesamtumweltbelastung bedeutender. Eine mittlere Signifikanz haben Abfall und Abwasser. Nicht allzu stark ins Gewicht fällt dagegen die Herstellung von medizinischen Grossgeräten wie CTs oder MRIs. Das Gleiche gilt für Papier und Druck sowie für die Wäsche.

Der Ball liegt bei den Spitalleitungen

Verbesserungen für eine umweltschonendere Medizin lassen sich vor allem mit systemischen Massnahmen erzielen. Ein grosses ökologisches Verbesserungspotenzial in Bezug auf die Umweltauswirkung ortet

«Die Bereiche mit der grössten Umweltbelastung im Schweizer Durchschnittsspital sind Verpflegung, Gebäudeinfrastruktur und Energieversorgung.»

das Forschungsprojekt Green Hospital Schweiz etwa beim Strom- und Wärmebezug. «Ein Umstellen auf Strom und Wärme aus erneuerbaren Energien würde die Umweltbelastung der Spitäler merklich verringern», erklärt Regula Keller. Diese Forderung ist wegen des Ukraine Konflikts und der Kontroverse um russisches Gas gerade besonders aktuell und findet deshalb auch in der Spitalpolitik Gehör. So will beispielsweise das Inselsspital Bern seinen Standort in Aarberg noch in diesem Jahr an ein Fernwärmenetz anschliessen. Nächstes Jahr soll das Spital Tiefenau folgen, wodurch der Erdgasbezug der Inselgruppe halbiert werden wird, wie Nina Tammler, Leiterin Nachhaltigkeit, schreibt. Dem Beispiel folgen einige andere Spitäler, die zum Beispiel mit eigenen Photovoltaikanlagen ihren Energiemix verbessern wollen.

Entscheidend ist daneben die Infrastruktur der Spitalgebäude. Hier können umweltfreundlichere Baumaterialien verwendet und die Lebensdauer der Gebäude verlängert werden, indem eine flexible Bauweise spätere Anpassungen an neue Bedürfnisse vereinfacht. Besonders schnell und direkt kann beim Thema Verpflegung etwas für die Umwelt erreicht werden. Regula Keller: «Mit 25% an der gesamten Umweltbelastung

eines Spitals ist die Verpflegung der wichtigste Einflussfaktor.» Eine Reihe an Studien konnte zeigen, dass etwa jedes siebte Spitalmenü unangetastet zurückgeht, vom verarbeiteten Essen bleiben gar 30% liegen [6]. Solche Zahlen machen nicht nur den Köchen Bauchweh. «Mit einem elektronischen Bestellsystem kann etwas gegen Food-Waste getan werden», sagt Regula Keller. Mit Hilfe solcher Systeme können Patienten tagtäglich befragt werden, ob sie gerade Hunger haben und etwas zu essen wünschen. So erhalten nur jene ein Menü, welche das auch wirklich wollen. Keller empfiehlt zudem, der Umwelt zuliebe nicht das Fleischmenü, sondern das vegetarische mit grosser, ansprechender Auswahl als Standard anzubieten. Eine Vorreiterrolle beim Essen spielt das Luzerner Kantonsspital, das bereits vor fünf Jahren mehr als 30 Massnahmen zur Reduktion des Food-Waste implementierte – unter anderem mit der Senkung der Portionengrösse. Auch das Kantonsspital Graubünden zeigt sich kreativ: Hier können Patientinnen je nach Hunger auch zwischen halben, Viertel- und anderthalb Menüportionen wählen.

Fehlende Anreize punkto Klimaschutz

Neben den grossen Einflussfaktoren gibt es jene, in die Ärzte direkt involviert sind, namentlich etwa die Verschreibung von Medikamenten. Gewisse als Heilmittel gebrauchte Substanzen sind wahre Klimakiller, vor allem Narkosegase oder beispielsweise die im Asthmainhalator verwendeten Hydrofluoroalkane. Laut einer Studie des britischen National Institute for Health and

«Ein Umstellen auf Strom und Wärme aus erneuerbaren Energien würde die Umweltbelastung der Spitäler merklich verringern.»

Care Service stossen nur fünf Dosen eines solchen Inhalators gleich viel Treibhausgas aus wie ein Auto bei einer 14 Kilometer langen Fahrt [7]. Die klimaschädlichen Inhalatoren werden in der Schweiz heute häufig gebraucht [8]. Dabei gibt es Alternativen wie Puder-Inhalatoren, die 25-mal weniger umweltbelastend sind. Hier wird es allerdings kompliziert. Fachärzte argumentieren, dass die klimafreundlicheren Inhalatoren aus medizinischen Gründen nicht für alle Erkrankten infrage kommen. Die Abklärung verursache zusätzlichen Aufwand und generiere Kosten, ausserdem sei der Impact eines Medikaments aufs Klima nicht immer so klar wie im Fall von hydrofluoroalkanhaltigen Inhalatoren. Noch existieren keine grossen Datenbanken, in welchen der Einfluss von Medikamenten aufs Klima untersucht wurde und in denen ökologischere

Schwerpunktserie Nachhaltigkeit im Gesundheitswesen

Der Klimawandel ist eine weltweite Herausforderung. Auch das Schweizer Gesundheitswesen kann seinen Beitrag dazu leisten, ihm zu begegnen. In einer Serie betrachten wir das Thema aus verschiedenen Perspektiven.

Alternativen gelistet sind. Klimaschonendere Medikamentverschreibung ist deshalb heute mit zeitintensiver Literaturrecherche und Mühe verbunden. Doch das Beispiel des Universitätsspitals Basel zeigt, dass hier mit Initiativen aus der Ärzteschaft Fortschritt erreicht werden kann: So hat die Anästhesiologische Klinik des Spitals Ende letzten Jahres beschlossen, in Zukunft auf das klimaschädliche Narkosegas Desfluran zu verzichten. Laut Chefarzt Dr. Luzius Steiner entsteht dadurch kein Nachteil in der medizinischen Behandlung, wie es in einer Medienmitteilung heisst [9]. Initiativen für eine umweltfreundliche Medizin sind nicht nur wegen des Konflikts zwischen Klimaschutz und medizinischer Behandlung kompliziert. In Spitälern werden heute für sehr viele medizinische Eingriffe Wegwerf-Instrumente verwendet. Das resultiert in Abfallmengen von bis zu 20 Kilogramm pro Patient pro Tag [10]. Die ökologische Alternative sind wiederverwendbare Instrumente, die nach Gebrauch gereinigt werden. Doch die Sterilisation unterliegt strengen regulatorischen Anforderungen und kostet manchmal mehr als ein Plastikröhrchen. Dazu kommen versicherungstechnische Probleme, denn im Falle einer Krankheitsübertragung durch ein wiederverwendetes Produkt bezahlt dessen Hersteller nicht. «Auch werden die regulatorischen Hürden für Wiederverwertung von In-

«Mit 25% an der gesamten Umweltbelastung eines Spitals ist die Verpflegung der wichtigste Einflussfaktor.»

strumenten tendenziell höher und aufwändiger», erklärt Matthias Schlegel, Präsident der Schweizerischen Gesellschaft für Spitalhygiene und stellvertretender Chefarzt am Kantonsspital St. Gallen. Trotzdem würden Fachpersonen für Infektionsprävention versuchen, möglichst auch ökologische Überlegungen beim Entscheid für oder gegen ein Produkt zu berücksichtigen. Im Jahr 2050 soll die Schweiz nach den Plänen des Bundesrats klimaneutral sein, das Gesundheitssystem mit eingeschlossen [11]. Bis dahin werden noch eine Reihe von ökologisch-medizinischen Fragestellungen geklärt werden und insbesondere Hilfestellungen und klare Anreize für Kliniker eingeführt werden müssen. Denn mit den üblichen Massnahmen allein wird das Fieber bei Patientin Erde nicht gesenkt werden können.

Drei Nachhaltigkeits-Tipps für den Praxisalltag

- **Stärkung der Telemedizin:** Häufig gehen Patienten zu Ärzten in die Praxis, obwohl keine körperliche Untersuchung oder medizinische Massnahme nötig ist. Das belastet die Umwelt wegen des Anfahrtsweges und kostet Praktikerrinnen und Patienten unnötig Zeit. Einfache medizinische Fragestellungen könnten in Zukunft deshalb mit Videotelefonie gelöst werden.
- **Umstellung auf Mehrwegprodukte:** Häufig sind Mehrweginstrumente ökologischer als Wegwerfprodukte. Entsprechend kann sich ein Umstieg auf wiederverwertbare Werkzeuge lohnen. Besonders Instrumente mit Metallkomponenten, die nur einmal gebraucht werden können, sind schädlich für die Umweltbilanz. Achten Sie dabei aber auf die regulatorischen Bestimmungen.
- **Achtung vor blindem Technikkau:** Die elektronische Krankengeschichte ist aus umwelttechnischer Sicht nicht in jedem Fall überlegen. Ein eigenes Gerät für jeden Mitarbeiter verbraucht schnell mehr Ressourcen, als es Papier tun würde. Darum lohnt es sich aus finanzieller wie ökologischer Sicht, nur in notwendige elektronische Geräte zu investieren, welche multifunktional sind.

In der nächsten Ausgabe lesen Sie mehr über Nachhaltigkeit in der Arztpraxis.

Bildnachweis

Oleksii Donenko | Dreamstime.com

Literatur

- 1 www.fmh.ch/files/pdf26/medienmitteilung-aerztekammer-7-10-2021.pdf
- 2 noharm-global.org/sites/default/files/documents-files/5961/HealthCaresClimateFootprint_092319.pdf
- 3 iopscience.iop.org/article/10.1088/1748-9326/ab19e1 und journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0157014 und jamanetwork.com/journals/jama/fullarticle/184856
- 4 saez.ch/tour-dhorizon/post/50-der-spitaeler-koennten-ihren-umwelt-fussabdruck-halbieren
- 5 www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0959652621026901?via%3Dihub
- 6 www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S1751499111000588?via%3Dihub
- 7 pharmaceutical-journal.com/article/letters/reducing-the-impact-of-asthma-treatment-on-climate-change#fn_2 und <https://www.independent.co.uk/news/health/asthma-inhaler-hfc-greenhouse-gas-carbon-footprint-nice-nhs-a8861421.html>
- 8 [www.resmedjournal.com/article/S0954-6111\(11\)00100-4/fulltext#relatedArticles](http://www.resmedjournal.com/article/S0954-6111(11)00100-4/fulltext#relatedArticles)
- 9 www.unispital-basel.ch/medien/medienmitteilungen/details/article/narkosen-am-universitaetsspital-basel-werden-klimaschoener/?cHash=77abe61cb62174e5292193a02cdaa0ef
- 10 www.nytimes.com/interactive/2021/11/05/climate/climate-change-health.html
- 11 www.admin.ch/gov/de/start/dokumentation/medienmitteilungen.msg-id-76206.html



Motion für mehr Datenkompetenz im Gesundheitswesen

Monique Lehky Hagen^a, Diego Kuonen^b

^a Dr. med., executive MBA focus healthcare, Präsidentin Walliser Ärztesgesellschaft, Co-Initiatin von Data Literacy – Schweiz; ^b Prof. ès sc., CStat PStat, Statistiker, CEO Statoo Consulting Bern, Professor für Datenwissenschaft Universität Genf, Co-Initiant von Data Literacy – Schweiz

Mitte Mai 2022 wird der Nationalrat erstmals in der Schweiz darüber abstimmen, ob im Zuge der Digitalisierung im Gesundheitswesen offiziell eine *Data Literacy*-Strategie implementiert werden soll. Bei Annahme der Motion wäre die Schweiz nach Deutschland eines der ersten Länder der Welt, die die Wichtigkeit einer nachhaltigen gesellschaftlichen Datenkompetenzförderung erkennen und in die politische Agenda aufnehmen.

Datenkompetenz (*Data Literacy*) umfasst die Fähigkeiten, Daten auf kritische Art und Weise zu sammeln, zu managen, zu bewerten und anzuwenden. Dafür braucht es eine berufsübergreifende Zusammenarbeit, eine Feedback-Kultur zwischen den Datenproduzentinnen und -produzenten einerseits und den Datenutzerinnen und -nutzern andererseits. Datenkompetenz erfordert auch die Entwicklung, Einführung und Einhaltung einer Datenethik und verlangt eine Datennutzung in einem adäquaten Kontext sowie die

Entwicklung einer angemessenen Kommunikationskultur. Bereits im Januar 2021 machten die Autoren in der *Schweizerischen Ärztezeitung* einen Aufruf für mehr Datenkompetenz als Grundlage sachgerechter Entscheidungen [1].

Wieso braucht es mehr Datenkompetenz?

Leider zeigt sich immer wieder, dass der Begriff Datenkompetenz und die damit zusammenhängenden

Grundkonzepte und -kompetenzen zu wenig verbreitet sind und nur fragmentiert umgesetzt werden. Landläufig herrscht z.B. immer noch die Meinung, dass eine hundertprozentige Abdeckung mit (irgendwelchen) Daten die besten und «richtigen» Resultate liefern würde. Dass Vollerhebungen extrem aufwendig sind, praktisch kaum sinnvoll umsetzbar sind, wenn die Ansprüche an Qualität und Repräsentativität erfüllt sein sollten, und deshalb mit vielen poten-

Der Zuwachs an potenziell verfügbaren Daten verlockt dazu, die Quantität der Daten ungeachtet deren Qualität und Eignung zu nutzen.

ziellen Verzerrungen behaftet sind, wird oft verkannt. Dass Verzerrungen in Erhebungen zu Fehlschlüssen führen können, wenn die Grundsätze der *Data Literacy*-Prinzipien nicht berücksichtigt werden, ist immer noch zu wenig Menschen und Politikerinnen und Politikern bekannt.

Alternativen, um kosteneffizienter, zielführender und rascher sinnvolle, qualitativ bessere Daten mit Hilfe statistisch validierter Stichprobenerhebungen zu erheben, werden gerade in politisch geforderten Projekten kaum berücksichtigt.

Die zunehmende Digitalisierung und der damit zusammenhängende enorme quantitative Zuwachs an potenziell verfügbaren Daten verlocken dazu, die Quantität der Daten ungeachtet deren Qualität und primären Eignung und Bestimmung für etwelche Analysen zu nutzen. Aufgrund der grossen Datenmengen besteht die Gefahr, dass dadurch «statistisch signifikante» Korrelationen aufpoppen, die dann mit nicht verifizierten Kausalitäten gleichgesetzt werden. Dies kann zu folgenschweren Fehlinterpretationen und damit zusammenhängenden falschen Entscheidungen führen – was gerade im Gesundheitswesen tragische Folgen haben kann.

Umso wichtiger ist es, uns gerade jetzt nicht von Datenquantitäten blenden zu lassen, sondern mehr Qualität statt Quantität bei Datensammlungen und -analysen zu fordern.

Digitalisierung als Chance nutzen

Im Rahmen der COVID-Pandemie ist klar geworden, wie wichtig es wäre, sinnvoll und kohärent qualitativ brauchbare und vergleichbare Daten zu erheben und diese kontextuell adäquat zu interpretieren. Dass wir in der Schweiz trotz einer extrem aufwendigen und teuren Teststrategie nur wenig wirklich sinnvoll brauchbare und vergleichbare Daten generieren konnten, sollte Anlass dazu sein, unsere Datenstrategien

fundamental zu überdenken und anzupassen. Entsprechend sieht auch das Bundesamt für Gesundheit (BAG) in seinem *Bericht über die Verbesserung des Datenmanagements im Gesundheitsbereich* vom 12. Januar 2022 einen grossen, vielschichtigen Optimierungsbedarf [2]. «Datenkompetenz» kommt darin nur indirekt vor, und der ambulante Bereich wird leider, wie bereits während des gesamten Pandemie-Managements, praktisch ausgeklammert.

Parallel dazu wird der Ruf nach verstärkter Digitalisierung im Gesundheitswesen, gerade auch in Bezug auf den ambulanten Sektor, in vielen politischen Vorstössen laut. Es wird kritisiert, dass Daten altmodisch per Fax übermittelt würden. Sicher, eine zeitgemässe Nutzung der digitalen Medien tut not. Letztere sind aber nur ein Mittel zum Zweck. Digitale Medien allein werden das relevante strategisch wichtige Problem sinnvoller Datenerhebungen, -auswertungen und -nutzung nicht lösen. Paradoxe Weise könnten sie, der COVID-Pandemie gleich, durch eine qualitativ unbrauchbare Datenflut Fehlanalysen fördern.

Was gefordert wird

Deshalb fordert die von der nationalrätlichen Kommission eingereichte Motion 22.3016 *Implementierung einer nachhaltigen Data Literacy-Strategie in der digitalen Transformation des Gesundheitswesens* [3] vom Bundesrat Massnahmen auf verschiedenen Ebenen, um die Datenkompetenzentwicklung im Gesundheitswesen im Zuge der Digitalisierung zu fordern und zu fördern.

1. Die Motion fordert vom Bundesrat, im Zuge der Digitalisierungsbestrebungen eine kohärente *Data Literacy*-Strategie (Datenkompetenz-Strategie) ausarbeiten und implementieren zu lassen.

Damit soll einerseits «Datenkompetenz» als strategisch unerlässliche gesellschaftliche Kompetenz im Zuge der Digitalisierung erkannt, verankert und gefördert werden. Andererseits soll der Bundesrat konkret Instanzen wie BAG, Bundesamt für Statistik und die Akademien der Wissenschaften Schweiz beauftragen, in Zusammenarbeit mit kompetenten Statistikerinnen und Statistikern, *Data Literacy*-Fachpersonen und den zuständigen Vertreterinnen und Vertretern der betroffenen Berufsverbände (wie z.B. FMH, kantonale Ärztesellschaften) einen *Data Literacy*-Kodex und datenkompetenz-konforme Methodologien und Konzepte zum Umgang mit (digitalen) Daten in Einklang mit laufenden internationalen Entwicklungen zu erarbeiten.

2. Auf «operativer» Datenmanagement-Verbesserungs-Ebene im Gesundheitsbereich soll der Bundesrat das BAG beauftragen, im ambulanten Sektor ein *Data Literacy*-basiertes Datenerhebungsprojekt auszuarbeiten und umzusetzen, das wichtige Erkenntnisse zu Verläufen und Behandlungsoptionen von COVID-19 im ambulanten Setting generieren könnte.

Damit könnte die Lücke im BAG-Bericht zur Verbesserung des Datenmanagements im Gesundheitsbereich in Bezug auf den ambulanten Sektor geschlossen werden. Projektvorschläge wurden beim BAG eingereicht, konnten aber aufgrund fehlender logistischer und finanzieller Unterstützung nicht sinnvoll ausgearbeitet und implementiert werden. Erkenntnisse aus einem solchen Projekt könnten eine proaktivere «Sentinella-Funktion» der ambulanten Ärzteschaft im

Datenkompetenzprojekte ermöglichen sinnvolle Vorschläge mit Einsparpotenzial.

Rahmen zukünftiger Epidemien und Pandemien ermöglichen und relevante datenbasierte Erkenntnisse und damit zusammenhängende sinnvolle Vorschläge mit Einsparungspotenzial ermöglichen.

3. Auf *Public Health*-Ebene fordert die Motion den Bundesrat dazu auf, eine interprofessionelle Präventionskampagne gegen übertragbare Krankheiten wie COVID, Grippe und anderen Viren, z.B. RSV, einzuleiten.

Dies würde es ermöglichen, die anlässlich der zweijährigen Pandemie eingeübten einfachen Hygienemassnahmen sinnvoll zu nutzen zur Reduktion von vermeidbaren Ansteckungen, insbesondere auch in Praxen, Spitälern, Altersheimen und an öffentlichen Veranstaltungen. Es wäre eine ethisch und wirtschaftlich sinnvolle Investition mit hohem *Return on investment*-Faktor in Bezug auf Gesundheitskosten, Arbeitsausfälle und soziale Beziehungen. Gleichzeitig würde eine solche Kampagne illustrieren, dass angewandte Datenkompetenz keine abstrakte Theorie ist, sondern dank einer einfachen Bedienungsanleitung von jedem und jeder von uns im Alltag umgesetzt werden kann. Sinnigerweise sollte eine solche Kampagne in Zusam-

menarbeit mit den Kantonen und Berufsverbänden lanciert werden. Als Anregung dazu könnte die interprofessionelle *Data Literacy*-Präventionskampagne «Gemeinsam gesund dank guter Gewohnheiten» [4] dienen. Sie illustriert, dass auch in einem veränderten Kontext die Maske – zur rechten Zeit am rechten Ort – eine nachhaltige, sinnvolle Hygienemassnahme darstellen könnte. Dank Datenkompetenz könnten wir sinnvolle Erkenntnisse aus der Pandemie nachhaltig implementieren.

Mit Annahme der Motion könnten strategisch wichtige und dringende Verbesserungen unserer gesellschaftlichen Datenkompetenz auf verschiedenen Ebenen eingeleitet werden. Wir hoffen, dass die Bedeutung dieser Motion und ihrer Forderungen erkannt und breit unterstützt wird.


Die Annahme der Motion könnte Türen öffnen für die Einleitung einer nachhaltigen Datenkompetenz-Kampagne, die zur Stärkung der allgemeinen Datenkompetenz der Bevölkerung, nicht nur im Gesundheitsbereich führen sollte. So könnte der überfällige Kulturwandel unserer gemeinsamen gesellschaftlichen Datenkultur im digitalen Zeitalter sinnvoll eingeleitet werden.

Literatur

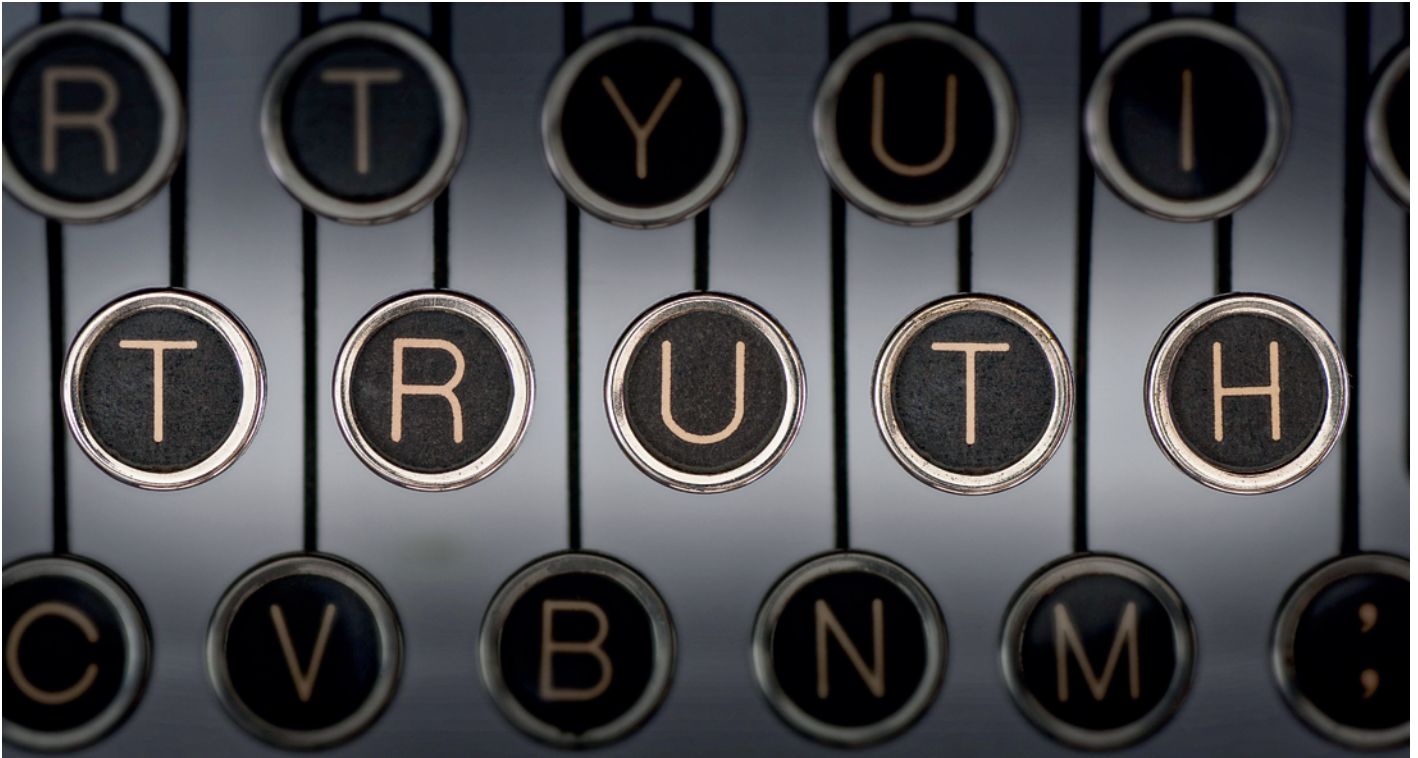
- 1 Lehky Hagen M, Kuonen D. Aufruf für mehr Datenkompetenz. Schweiz Ärzetzg. 2021;102(4):121–3.
- 2 <https://www.admin.ch/gov/de/start/dokumentation/medienmitteilungen.msg-id-86762.html>
- 3 www.parlament.ch/de/ratsbetrieb/suche-curia-vista/geschaeft?AffairId=20223016
- 4 www.data-literacy.ch

Das Wichtigste in Kürze

- Im Mai stimmt der Nationalrat über die Motion 22.3016 *Implementierung einer nachhaltigen Data Literacy-Strategie in der digitalen Transformation des Gesundheitswesens* ab.
- Datenkompetenz (*Data Literacy*) umfasst die Fähigkeiten, Daten auf kritische Art und Weise zu sammeln, zu managen, zu bewerten und anzuwenden.
- Mit der Motion wird u.a. gefordert, dass adäquatere Methoden zur Datenerhebung und -auswertung gewählt werden, um aussagekräftigere Resultate zu erhalten. Zudem soll die Datenkompetenz der Gesamtbevölkerung im Zuge der Digitalisierung verbessert werden.



redaktion.saez[at]emh.ch



Die *pietas* des Flunkerns

Jann Schwarzenbach

Dr. med., Facharzt für Allgemeinmedizin, Mitglied FMH

Gute Ärztinnen und Ärzte leben mit menschlich interpretierten Wahrheiten. Die Lektüre philosophischer Texte kann dazu dienen, dieser Verantwortung auch gerecht zu werden.

Dott.ssa Frottola – zu Deutsch: Frau Dr. Flunkerer – hatte ihr eigenes Verhältnis zum Begriff der Wahrheit. Sie war nämlich eine mitfühlende Ärztin, die schon mal ein Auge zudrückte und für das Patientenwohl eine Fünf gerade sein liess. Diese pragmatische Arbeitsweise war aber keine oberflächliche Absage an

Sie war eine mitfühlende Ärztin, die schon mal ein Auge zudrückte und für das Patientenwohl eine Fünf gerade sein liess.

medizinische Gesetzmässigkeiten oder deontologische Normen. Ihre empathische Flunkerei war vielmehr ein engagierter Versuch, den fachlichen Dogmen anspruchlosere, menschlich interpretierbare Gewissheiten entgegenzustellen. Diese wurden der zusammengewürfelten Patientenschar am ehesten gerecht und liessen Dott.ssa Frottola die nötige Freiheit, die ärztliche Kunst lebensnah auszuüben.

Angeborenes Kommunikationstalent

Eine solche patientenorientierte Medizin erforderte aber auch eine besonders mitteilende Verständigung, und da genoss nun unsere Kollegin einen angeborenen Vorteil: Sie konnte sich selbst zur kommunikativen Praxis machen. Unter *frottola* versteht man nämlich nicht nur eine grosszügig ausgelegte Wahrheit, sondern auch eine populäre mittelalterliche Form der Dichtung, mit unregelmässig eingesetzten Reimen und widersprüchlich-grotesken, dem kunterbunten Leben entnommenen Inhalten. Diese poetische Sprache eignete sich recht gut, notorisch biegsame, medizinische Tatsachen und Notwendigkeiten nahezubringen. Den Patientinnen und Patienten jedenfalls gefiel es, und Frau Dr. Flunkerers Wartezimmer platzte bald aus allen Nähten.

Vielleicht hing das ja auch mit der geschichtlichen Fortentwicklung der *frottola* zusammen. Die ehemals

literarischen Erzeugnisse wurden nämlich später von Sängern vorgetragen und mauserten sich so zur weitverbreiteten, volksmusikalischen Gattung. Gerade diese Tonkunst schien nun im *Studio Medico Frottola* wieder aufzuleben. Vorab bei grossem Andrang, wenn das allgemeine Geschnatter zum einfordernden Furioso ausartete und die erschöpfliche Geduld aller Mitarbeitenden strapazierte.

Ein dubiöser Prophet

Nicht nur Ärztinnen und Ärzte flunkern manchmal mit Erfolg. Selbst ernste Philosophen faszinierten immer wieder aufgrund ihrer dichterischen Phantasie. So

Ein Paradigma beinhaltet vorab weltanschauliche und glaubensähnliche Aspekte.

wurde etwa *Der Untergang des Abendlandes*, ein von Oswald Spengler (1880–1936) gegen Ende des Ersten Weltkrieges verfasstes Buch, zum kulturpessimistischen Bestseller. Der umstrittene, schon mal als «Karl May der Philosophie» geschmähte Autor postulierte zeitlich in sich begrenzte, weltgeschichtliche Zyklen, die immer wieder frische Kulturen hervorbringen würden. Diese Letzteren seien – einem lebendigen Organismus gleich – nach ihrem jeweiligen Aufstieg dem unvermeidlichen Verfall preisgegeben. Das Abendland sei nun bereits in seine letzte Phase eingetreten.

Deutliche Symptome für diese Dekadenz erkannte der berühmt-berüchtigte Geschichtswahrsager im zunehmend kommerziell ausgerichteten Kosmopolitismus sowie in einem degenerierten demokratischen System, das künftigen, autoritären Herrschaftsformen Platz machen werde. Manche Kritikerinnen und Kritiker sahen daher in Spengler einen Wegbereiter reaktionärer und faschistischer Ideologien. Tatsächlich wurden denn auch seine Schriften immer wieder zur Wundertüte rechtsradikaler Kräfte.

Wissenschaftliche Paradigmen

Streitbare Gewissheiten sind kein spezifisches Laster spekulierender Philosophen. Selbst die wahrheitsfreundliche, exakte Wissenschaft scheint nämlich auf tönernen Füßen zu stehen. Das erklärt uns der amerikanische Denker Thomas Kuhn (1922–1996) in seinem bahnbrechenden Werk *Die Struktur wissenschaftlicher Revolutionen*. Im Grunde genommen sei das wahre Fundament gängiger Lehrmeinungen gar nicht wissenschaftlicher Natur. Es beruhe vielmehr auf einem den geschichtlichen und soziologischen Rahmenbedingungen unterworfenen Konsens fachlicher Akteure: dem

jeweiligen Paradigma. Eine solche grundsätzliche Denkweise beinhaltet vorab weltanschauliche und glaubensähnliche Aspekte.

Einmal etabliert, werde ein Paradigma kaum mehr hinterfragt und sei selbst durch Widersprüchlichkeiten nur schwer zu erschüttern. So lange jedenfalls, bis dann schlussendlich unhaltbare Inkongruenzen auftreten und revolutionäre Forschende – häufig gegen den zähen Widerstand etablierter Kolleginnen und Kollegen – einen radikalen Umbruch einläuteten.

Andächtiges Wohlwollen

So machte denn Thomas Kuhn Frau Dr. Flunkerer bewusst, dass auch wissenschaftliche Gebäude eigentliche Sandburgen sein können. Diese Einsicht beruhigte ihr Gewissen, wenn sie die medizinischen Leitlinien von Zeit zu Zeit entschärfte und Medikamentenlisten ausmistete. Oswald Spengler hingegen hatte der Dottorin aufgezeigt, dass ungesichertes Wissen nicht nur erfolgreich, sondern auch gefährlich sein kann. Das bewog sie dazu, die eigene, *frottola*-orientierte Verständigungsmethode immer wieder selbstkritisch zu hinterfragen. Auf ihrem Weg zur guten Ärztin begegnete sie aber noch einem dritten Erkenntnishelfer: dem Turiner Philosophen Gianni Vattimo. Der 1936 geborene Autor verzichtet mit seinem *pensiero debole* – einem «machtanspruchslosen» Denken – auf alle absoluten Gewissheiten. Was «wahr» sei, lasse sich nicht wirklich festhalten. Man könne es nur als gemeinschaftlichen Weg verstehen: im Zeichen der *pietas* – der Solidarität und des Offenseins für die lebendige Vielfalt unserer Mitmenschen. Das erfordere denn auch eine behut-

Gianni Vattimo verzichtet auf alle absoluten Gewissheiten. Was «wahr» sei, lasse sich nur als gemeinschaftlicher Weg verstehen.

same, poetische Form der Sprache, die keine fixfertigen Überzeugungen liefere, sondern diese Letzteren im Zuhörenden gewissermassen ausreifen lasse.

Obwohl Dott.ssa Frottola keinerlei Absicht hegte, zur Philosophin zu werden, meinte sie dennoch, im *pensiero debole* einige ihrer eigenen Gedanken wiederzufinden. Ganz besonders gefiel ihr dabei die *pietas*, dieses fast andächtige Wohlwollen den Anderen gegenüber. Sie fand das nicht einmal besonders schwülstig. Wohl deshalb, weil sie ihre Patientinnen und Patienten trotz allem einfach immer wieder gern hatte.

Bildnachweis

Mcarrel | Dreamstime.com

Nur nein heisst nein

Christina Aus der Au

Prof. Dr. theol., Mitglied der Redaktion Ethik



Nein, hier geht es nicht um einvernehmliche sexuelle Beziehungen, sondern um etwas, das uns noch näher steht als unsere Intimzonen, nämlich unser Herz, unsere Leber oder unser Dünndarm. Diese sollen, wenn es denn das Volk am 15. Mai gutheisst, ohne meinen expliziten Widerspruch, also ohne mein offiziell dokumentiertes Nein, bei meinem Ableben als Spendeorgane zur Verfügung stehen. Und daran scheiden sich die Geister. Ich gestehe, ich war bei diesem Thema bisher ziemlich pragmatisch. Was soll ich nach meinem Tod mit Herz oder Leber anfangen? Da überlasse ich diese – sofern noch funktionstüchtig – lieber jemandem, der oder die damit noch etwas weiterleben kann. Und so habe ich in meinen Studienzeiten einen Organspendeausweis ausgefüllt und seither in einem Seitenfach meines Portemonnaies vergessen.

Jetzt hole ich ihn wieder hervor und betrachte ihn nachdenklich. Wenn nun am 15. Mai die Widerspruchslösung angenommen wird, dann brauche ich ihn ja gar nicht mehr. Dann wird einfach davon ausgegangen, dass das für mich okay ist – denn sonst hätte ich ja widersprochen. Nur ein explizites Nein heisst nein, alles andere heisst ja. Dafür soll man sich dann in ein nationales Register der Neinsager eintragen. Oder zumindest den Angehörigen einschärfen, dass sie gegebenenfalls dann auf der Intensivstation ihr Veto einlegen sollen.

Tatsächlich manifestiert sich in dieser Diskussion ein Paradigmenwechsel. Von einer Spende, einem Geschenk, das ich von mir aus anbiete, zu einer Erwartungshaltung, der ich mich widersetzen muss, wenn ich dazu nicht bereit bin. Dahinter stehen dann auch unterschiedliche Begründungszusammenhänge. Das Kästchen anzukreuzen, dass ich meine Organe spenden würde, eröffnet mir die Möglichkeit, grosszügig, nachhaltig und auch etwas stolz zu sein. Diese Möglichkeit kann ich umgekehrt auch entspannt ignorieren, ohne dass mir dabei ein Zacken aus der Krone bricht.

Wenn ich mich hingegen in das Register der Verweigerer eintragen will, birgt dies die Gefahr, egoistisch oder kleinlich zu wirken, vor anderen, aber auch vor mir selber. Der Normalfall ist die Spende; die Organe behalten zu wollen wird zum Spezialfall, der bewusst gewählt und begründet werden muss.

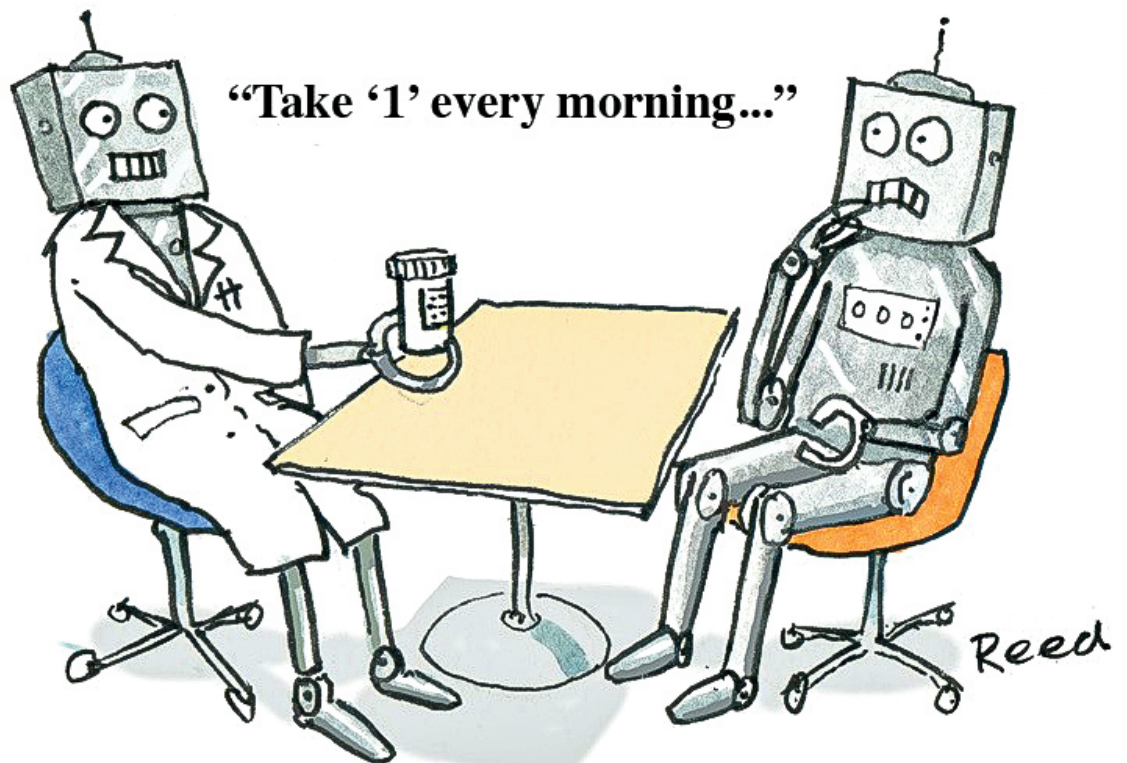
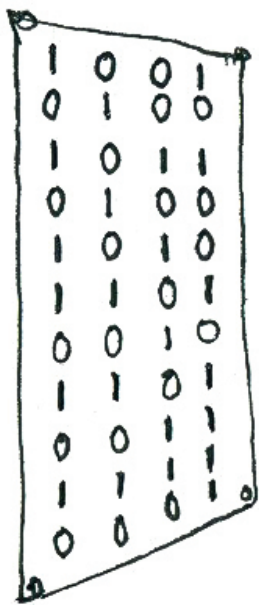
Hinzu kommt, dass es bei diesem Thema natürlich nicht nur darum geht, ob ich eine fröhliche Ja- oder eine

verkniffene Neinsagerin sein möchte, und auch nicht, ob ich mit oder ohne meine vollständige innere Ausstattung beerdigt oder kremiert werden will. Es geht in der Diskussion auch um die Frage, wie tatsächlich alle erreicht werden könnten mit der Information, dass sie neuerdings Position beziehen müssen. Es geht darum, wie Angehörige in einer solch schlimmen Ausnahmesituation einbezogen werden, und last, but not least geht es um die Frage, wann ich wirklich «tot genug» bin, damit die Organentnahme nicht zur Sterbehilfe wird. Und natürlich darum, was ein gutes Leben beinhaltet und welche Pflichten ich meinen Nächsten gegenüber habe. Es geht um *Life, the Universe and Everything*, wie es der mittlere Band der unsterblichen SciFi-Serie von Douglas Adams wunderbar zusammenfasst. Und das sollen wir Stimmbürgerinnen und Stimmbürger nun mit einem simplen Ja oder Nein entscheiden? So simpel ist es im Übrigen nicht – wenn die Abstimmungsvorlage abgelehnt wird, ist damit erst der indirekte Gegenvorschlag von Bundesrat und Parlament abgelehnt. Dann kommt die Volksinitiative zur Abstimmung, die kürzer und knapper ebenfalls die Widerspruchslösung verlangt. So schnell kommen wir da nicht raus.

Will ich Ja sagen können oder Nein sagen müssen? Ist ein Organ eine freiwillige Spende oder wird sie erwartet? Es ist vielleicht angesichts von knapp anderthalbtausend verzweifelten Menschen auf der Warteliste eine theoretisch-ethische Grundlagendebatte. Aber eine, die geführt werden muss, denn es geht zunächst ähnlich wie bei der Diskussion um sexuelle Gewalt um unser Intimstes. Meine Organe gehören mir. Punkt. Aber dann ist der Unterschied gross: Aber was, wenn damit ein anderer Mensch weiterleben könnte? Es gibt auch bedenkenswerte und respektable Gründe, keinen Spenderausweis zu unterschreiben. So jemand wird sich bestimmt gut informieren und seinen Widerspruch im Organspende-Register notieren. Aber was mache ich, wenn ich zwar nach meinem Tod alle meine brauchbaren Körperteile hergeben würde – aber doch einen Unterschied darin sehe, ob ich mich dazu aus freien Stücken entschliesse oder ob die Gesellschaft grundsätzlich davon ausgeht, dass sie alles von mir kriegt? Was, wenn ich nicht nur die Möglichkeit haben möchte, explizit Nein zu sagen, sondern gerne explizit Ja sagen will?

christina.ausderau[at]phtg.ch

Digital Doctor



© tom reed studio