

# Schweizerische Ärztezeitung

**619** Editorial  
von Jana Siroka  
**Was wissen Sie über die  
Schweizer Rehabilitations-  
medizin?**

**643** Nachhaltigkeit im  
Gesundheitswesen  
**Wie die Arztpraxis  
ökologischer wird**

**658** «Zu guter Letzt»  
von Eva Mell  
**Meine Beraterin,  
die Vergangenheit**

**627** Internationaler  
Tag der Pflege  
**Was sich für Pflegekräfte  
dringend ändern muss**



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

 **EMH Media**  
SCHWEIZERISCHER ÄRZTEVERLAG  
EDITIONS MEDICALES SUISSES

**Verlag**

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

**Externe Redaktion**

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

**Redaktion Ethik**

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

**Redaktion Medizingeschichte**

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

**Redaktion Public Health, Epidemiologie, Biostatistik**

Prof. Dr. med. Milo Puhan

**Redaktion Recht**

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

**FMH**

EDITORIAL: Jana Siroka

619 **Was wissen Sie über die Schweizer Rehabilitationsmedizin?**

AKTUELL: Bruno Trezzini

620 **«Der Tarif darf nicht die Rehabilitation definieren»**

625 **Personalien**

**Nachrufe**

626 **In memoriam Bruno Egloff (1930–2021)**

**Weitere Organisationen und Institutionen**

627



SBK: Sophie Ley

**Die Leistungen der Pflege würdigen** Alljährlich am 12. Mai feiern die Pflegekräfte auf der ganzen Welt den Internationalen Tag der Pflege. Der Weltbund der Pflegefachfrauen und Pflegefachmänner stellt den Tag dieses Jahr unter das Motto: «Nurses a voice to lead: In die Pflege investieren – Rechte respektieren für globale Gesundheit». Es passt bestens zur anstehenden Umsetzung der Pflegeinitiative.

**Organisationen der Ärzteschaft**

SGAIM: Sonia Frick

630 **Unterrichten leicht gemacht**

**Briefe**

634 **Briefe an die SÄZ**

**FMH Services**

 FMH SERVICES

635 **Geschäftsbericht 2021 der FMH Services Genossenschaft**

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



## Ambulante Anlaufstelle im Herzen der Stadt Zürich

Mit dem Ambulatorium im Zürcher Seefeld ist die Privatklinik Aadorf für Zuweisende, Patientinnen und Patienten sowie Angehörige und Unternehmen da – mit Abklärungen, Beratungen, Triage und fokussierten Behandlungen.

**Privat  
Klinik  
Aadorf**

*Persönlich  
und diskret.*

Depressionen,  
Angst, Burnout

Psychotherapie  
Generation 50+

Essstörungen  
(ab 16 Jahren)

Adipositas

Ambulatorium Zürich  
Dahliastrasse 5  
8008 Zürich

Tel. +41 44 380 27 80  
info@klinik-aadorf.ch  
www.klinik-aadorf.ch

Psychotherapie  
Psychosomatik  
Psychiatrie

## Tribüne

THEMA: Julia Rippstein

643 **Grüne Arztpraxis: Wie geht das?**

THEMA: Eberhard Wolff

646 **Emotionale Injektionen**

THEMA: Nikola Biller-Andorno, Andrea Glässel, Corine Mouton Dorey, Hermann Amstad

649 **Aus Patientenerfahrungen lernen**

654 **Spectrum**

## Horizonte

SCHAUFENSTER: Jürg Kesselring

655 **Frühlingsfrage**

656 **Buchbesprechungen**

## Zu guter Letzt

Eva Mell

658 **Meine Beraterin, die Vergangenheit**



ANNA

## Manchmal ist Mama müde

Ein Kinderbuch zum Thema Brustkrebs



Anne-Christine Loschnigg-Barman,  
Judith Alder  
**Manchmal ist Mama müde**  
Ein Kinderbuch zum Thema  
Brustkrebs  
2011. 36 Seiten, 17 Abbildungen  
in Farbe. Gebunden.  
CHF 14.50 / € 14.50  
ISBN 978-3-03754-061-9

EMH Schweizerischer Ärzteverlag

Das Kinderbuch «Manchmal ist Mama müde» richtet sich an Kinder im Alter von 2 bis 8, deren Mutter an Brustkrebs erkrankt ist. Das Buch soll den Kindern helfen, die Krankheit der Mutter besser zu verstehen, und die Eltern unterstützen, Worte für das Unfassbare zu finden. Die fröhlichen Illustrationen sprechen Kinder direkt an. Der einfühlsame Text vermittelt ihnen, dass sie mit ihren Sorgen und Ängsten ernst genommen werden und dass die Krankheit nichts an der Liebe zum Kind verändern kann.

Weitere Informationen finden Sie unter [shop.emh](http://shop.emh)

**Ihre Bestellmöglichkeiten:** +41 (0)61 467 85 55 | [auslieferung@emh.ch](mailto:auslieferung@emh.ch) | [shop.emh.ch](http://shop.emh.ch)  
EMH Schweizerischer Ärzteverlag AG | Farnsburgerstrasse 8 | CH-4132 Muttenz

## 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](mailto:redaktion.saez@emh.ch), [www.saez.ch](http://www.saez.ch)

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

### Anzeigen:

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

### Stellenmarkt und Rubrikanzeigen:

Inserateannahme,  
Tel. +41 (0)61 467 85 71,  
[stellenmarkt@emh.ch](mailto: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](mailto:mail@fmhjob.ch), [www.fmhjob.ch](http://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, [dml@fmh.ch](mailto:dml@fmh.ch)

**Anderer Abonnemente:**  
EMH Kundenservice, Postfach,  
4601 Olten, Tel. +41 (0)44 305 82 38,  
[emh@asmiq.ch](mailto: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:  
© Luke Jones / Unsplash

# Was wissen Sie über die Schweizer Rehabilitationsmedizin?

**Jana Siroka**

Dr. med., Mitglied des FMH-Zentralvorstandes, Departementsverantwortliche Stationäre Versorgung und Tarife



Seit 1. Januar 2022 ist mit ST Reha die dritte stationäre Tarifstruktur in Kraft gesetzt und wird angewendet. Damit ist mit der Rehabilitationsmedizin – nach der Akutmedizin und der Psychiatrie – der letzte grosse stationäre Gesundheitsbereich in ein leistungsgerechtes Tarifsysteem überführt. Vorangegangen sind jahrelange intensive Vorarbeiten auch seitens FMH mit ihren ärztlichen Begleitgruppen einerseits und den Tarifverantwortlichen der Fachgesellschaften andererseits.

Als Medizinerin einer anderen Fachrichtung habe ich diesen Meilenstein zum Anlass genommen, mir das Gebiet der Schweizer Rehabilitationsmedizin genauer anzusehen, und ich war beeindruckt von den Zahlen und Fakten, auf die ich gestossen bin. Ich habe gelernt, dass mit rund 90 000 stationären Aufenthalten pro Jahr Pati-

## Deutsche Tarifexperten schauen erstaunt auf die Zusammenarbeit auf Augenhöhe zwischen SwissDRG AG und FMH.

entinnen und Patienten insgesamt über zwei Millionen Tage in Rehabilitationskliniken und -abteilungen verbringen, was etwas mehr als 19 Prozent aller Hospitalisierungstage entspricht [1]. Die stationäre Rehabilitation verursachte im Jahr 2020 Kosten in Höhe von 1,86 Milliarden Franken, was knapp 10 Prozent der Kosten der gesamten stationären Spitaltätigkeit entspricht [1]. Vor allem im deutschsprachigen Raum erfolgt die Rehabilitation hauptsächlich in Kliniken, die spezialisiert sind für bestimmte Fachbereiche (z.B. neurologisch, muskuloskelettal, kardial). In der Genferseeregion und im Tessin werden die Behandlungen eher integriert in Zentren eingebettet und in allgemeinen Spitälern durchgeführt – sogenannten «Centres de traitement et de réadaptation» [2].

Die Durchsicht dieser Daten machte mir bewusst, welcher substanziellen Anteil die Rehabilitationsmedizin am Schweizer Gesundheitswesen hat. Angesichts dieser Bedeutung war und ist es wichtig, dass sich die FMH für ein leistungsgerechtes Tarifsysteem einsetzt, welches die ärztliche Expertise einfließen lässt. Gespräche mit ärztlichen Tarifexperten aus Deutschland zeigten mir, dass dies nicht selbstverständlich ist. Diese zeigten sich erstaunt ob der Diskussion zwischen

FMH und SwissDRG AG, welche stets auf Augenhöhe stattfand. Diese Tatsache ist eine verdiente Teamleistung. Und so möchte ich an der Stelle den Fachgesellschaftsvertretern des FMH-Ausschusses, der FMH-Begleitgruppe ST Reha sowie der Abteilung Stationäre Versorgung und Tarife herzlich danken für ihr langjähriges Engagement.

Sie haben beispielsweise massgeblich zur Abbildung der Rehabilitation in der Prozedurenklassifikation CHOP beigetragen. Dabei gilt es immer abzuwägen zwischen einer detaillierten und leistungsgerechten Abbildung und dem administrativen Aufwand für die Leistungserfassung. Diese Expertise aus der konkreten Anwendung im Alltag können wir Ärztinnen und Ärzte in die SwissDRG AG zurücktragen – damit das lernende System sinnvoll weiterlernt.

Die ersten Evaluationen zeigen denn auch, wo es weiteren Handlungsbedarf gibt. Auf Seite 620 dieser SÄZ-Ausgabe finden Sie ein Interview mit zwei versierten Rehabilitationsmedizinern, die ihre Erfahrungen mit dem neuen Tarifsysteem schildern. Eine wichtige Herausforderung, die angegangen werden muss, ist sicher der grössere Aufwand bei der Dokumentation. Die Reduktion des administrativen Aufwands ist eines der erklärten Ziele der FMH. Auch müssen wir darauf achten, dass aufgrund der Tarifvorgaben nicht Anpassungen des Rehabilitationsprogramms zuungunsten unserer Patientinnen und Patienten ausfallen. Weiter weisen die Anforderungen des Tarifs noch Unschärfen auf, welche das Risiko von Konflikten zwischen Leistungserbringern und Kostenträgern bergen, wenn die Abrechnungsüberprüfungen durchgeführt werden. Die Arbeit wird uns also nicht ausgehen, und wir engagieren uns weiterhin für die Anliegen unserer Mitglieder. Manch einer aus einem anderen Fachgebiet wird sich in den Nöten und Freuden dieser Kollegen wiederfinden. Denn letzten Endes sitzen wir alle im gleichen Boot und geben unser Bestes, damit unsere Patientinnen und Patienten unter sich ständig ändernden Rahmenbedingungen stets eine qualitativ hochstehende Behandlung bekommen.

Dafür setzt sich auch die FMH mit ihren Fachgesellschaften weiterhin ein – für gute Rahmenbedingungen in der Rehabilitation und in allen anderen Fachgebieten.

**Literatur**  
Vollständige Literaturliste unter [www.saez.ch](http://www.saez.ch) oder via QR-Code



## Erste Erfahrungen mit ST Reha 1.0 im Klinikalltag

# «Der Tarif darf nicht die Rehabilitation definieren»

**Interview: Bruno Trezzini**

Dr. phil., Experte, Abteilung Stationäre Versorgung und Tarife, FMH

Nach SwissDRG und TARPSY kommt seit Beginn dieses Jahres mit ST Reha 1.0 auch in der stationären Rehabilitation ein schweizweit einheitliches, leistungsbezogenes Tarifsysteem zur Anwendung. Rolf Stebler und Hansueli Tschanz, langjährige Mitglieder der FMH-Begleitgruppe ST Reha, berichten über die Herausforderungen, die mit der Einführung der neuen Tarifstruktur im klinischen Alltag einhergehen.

**Herr Tschanz, Herr Stebler, welche Aspekte möchten Sie im Zusammenhang mit der Einführung von ST Reha 1.0 in Ihrer Klinik spontan hervorheben?**

**Hansueli Tschanz:** Positiv ist, dass sich die Vorbereitungen weitgehend bewährt haben. Einzelne Fragen in der Anwendung der Basiskodes, insbesondere der dafür notwendigen Basisleistungen, sind noch unklar. Was, wenn ein Patient oder eine Patientin z.B. gewisse «obligatorische» Leistungen nicht will oder nicht sinnvoll absolvieren kann (z.B. Schulungen bei fremdsprachigen oder schwerhörigen Patienten und Patientinnen)?

**Rolf Stebler:** Es waren intensive Vorbereitungen nötig, um die Leistungserfassung zu optimieren. Dies beinhaltet beispielsweise die Einführung der neuen Therapieplanung mit entsprechender Software-Unterstützung. Zudem erfolgte eine Anpassung des Austrittsberichts, um die Kodierung der erbrachten Leistungen zu erleichtern. Alles in allem hatten wir einen guten Start, auch wenn der administrative Aufwand insbesondere für die Kaderärzte erhöht war. Ein wichtiger Problemkreis betrifft nach wie vor die Unsicherheit bezüglich der Anrechenbarkeit von gewissen Leistungen bei den BA-CHOP-Kodes (siehe Box).

**Wie sind die Reaktionen der Ärztinnen und Ärzte, Therapeutinnen und Therapeuten sowie der Pflegenden? Wie waren Sie selbst betroffen?**

**Tschanz:** In unserem Haus beklagen viele Mitarbeitende den grösseren Aufwand bei der Dokumentation, teilweise auch das nicht patientenfreundliche Anpassen des Rehabilitationsprogramms aufgrund der Tarifvorgaben. Beispielsweise kann das Medizincontrolling nicht nachvollziehen, wie im entsprechenden BA-CHOP-

Kode für internistische Reha-Patienten die Auswahl der Therapien zustande kam, die als obligatorisch deklariert sind. Hier gibt es einen gewissen Klärungs- und Nachbesserungsbedarf.

**Stebler:** In unserer Klinik sind die Reaktionen gut. Ich kann mir aber vorstellen, dass für kleinere Kliniken die Umsetzung von ST Reha schwieriger ist. Der Aus-

**Rolf Stebler: «Intensive Vorbereitungen waren nötig, um die Leistungserfassung zu optimieren.»**

bau bei der Kodierung und im Medizincontrolling hat mich stark in Beschlag genommen. Als ärztlicher Leiter stehe ich an der Schnittstelle zwischen Kodierung und medizinischem Alltag. Dies bedeutet einen grossen Zeitaufwand, fördert aber eine geeignete Umsetzung der Vorgaben.

**Was sind die wichtigsten Herausforderungen, denen Sie im Hinblick auf die Dokumentation und die Kodierung der erbrachten Leistungen bisher begegnet sind?**

**Stebler:** In erster Linie ist dies die bereits erwähnte Anpassung des Austrittsberichts, der so verfasst sein muss, dass er sowohl für die Kodierung als auch den nachbehandelnden Arzt verständlich ist. Auch die bestehende Unsicherheit bei der Anrechenbarkeit von Therapieleistungen an die in den BA-CHOP-Kodes definierten Mindestminuten ist hier zu nennen.

**Tschanz:** Die Leistungserfassung wurde bei uns bereits im Vorfeld verbessert. Das Controlling ist aufwendig. So müssen von allen Diensten Listen abgearbeitet werden mit nicht korrekt erfassten Assessment-Scores



In der stationären Rehabilitation gibt es ein neues Tarifsystem.

oder Leistungen. Ausserdem besteht für unser Medizincontrolling eine grosse Schwierigkeit darin, dass viele Anforderungen zwar umrissen, aber nicht ausreichend definiert sind. Bei der konkreten Umsetzung dieser Anforderungen werden Graubereiche offenbar, welche der Interpretation bedürfen. Der Kodierung fällt dann mit dem Entscheid zur Setzung eines BA-CHOP-Kodes die Verantwortung zu, über diese Unschärfen ein Urteil zu fällen. Diese Unschärfen bergen Potenzial für Konflikte zwischen Leistungserbringern und Kostenträgern im Rahmen von Abrechnungsüberprüfungen.

**Haben sich die Prozesse mit ST Reha verbessert oder verkompliziert?**

**Stebler:** Verkompliziert. Die Therapieminuten müssen erfüllt werden, der Raum für individuelle Anpassungen des Therapieprogramms an den Patienten oder die Patientin wird eingeschränkt.

**Hansueli Tschanz: «Viele Mitarbeitende beklagen den grösseren Aufwand bei der Dokumentation.»**

**Tschanz:** Durch die neu geschaffenen Strukturen und einheitlichen Definitionen bietet es sich an, etliche Prozesse zu überdenken. Die Behandlungspfade der Patienten und Patientinnen sind besser kontrollierbar. Andererseits sind individuelle Anpassungen schwieriger.

**Erfolgten die bisherigen Kostengutsprachen unter ST Reha unabhängig von der Rehabilitationsart, und wie gestaltet sich die Rechnungsstellung?**

**Tschanz:** Eine von der Rehabilitationsart unabhängige

Kostengutsprache war bisher eher die Ausnahme. Es wäre aber wichtig, dass die Kostengutsprache, wie bereits im Vorfeld von der Ärzteschaft gefordert, nicht mehr organspezifisch ausgestellt wird, um so allfälligen Unstimmigkeiten bei der Leistungsabrechnung mit den Kostenträgern vorzubeugen.

**Stebler:** Die Kostengutsprachen erfolgen nach wie vor grösstenteils nach Rehabilitationsart. Bei einigen Kliniken erweisen sich unspezifische und insbesondere unkoordinierte Rückfragen zum gleichen Patienten als aufwendig.

**Welche Sorgen bereitet der Tarif im Hinblick auf Patientengruppen, deren Rehabilitation womöglich nicht leistungsgerecht vergütet wird?**

**Stebler:** Patienten und Patientinnen mit einem hohen Pflegeaufwand oder einer Zustandsverschlechterung machen uns diesbezüglich Sorgen. Deshalb war es wichtig, dass für die Zukunft zwischen den Leistungserbringern eine Einigung gefunden werden konnte hinsichtlich der Abbildung solcher Fälle. Dies soll nun über eine beim Bundesamt für Statistik beantragte Dreiteilung der bestehenden BA-CHOP-Kodes erreicht

**Rolf Stebler: «Der Raum für individuelle Anpassungen des Therapieprogramms wird eingeschränkt.»**

werden. Diese Dreiteilung bildet zudem die Basis für die Abschaffung der behelfsmässigen und leistungsunabhängigen Analogiekodierung und setzt somit ein zentrales ärztliches Anliegen um.

**Tschanz:** Es ist noch zu früh, das zu beurteilen. Je nach Rehabilitationsbereich dürften jedoch Patienten mit geringer Leistungsfähigkeit und hohem Pflegebedarf eher schlecht abgebildet sein. Diese Gruppe gilt es im Auge zu behalten. Ob sie mit den neuen pflegeorientierten Rehabilitationskodes besser abgebildet werden, wird sich zeigen.

**Wo sehen Sie mit Blick auf den klinischen Alltag und die Weiterentwicklung von ST Reha den dringendsten Handlungsbedarf?**

**Tschanz:** Es muss eine Lösung gefunden werden für Patienten und Patientinnen, die ein Standardprogramm nicht erfüllen können. Die erwähnte Dreiteilung der BA-CHOP-Kodes ist ein erster Schritt in diese Richtung. Zudem muss gut geprüft werden, ob die Stafelung nach Therapieminuten wirklich zu einer besseren Rehabilitation bzw. besseren Abgeltung einer aufwendigen Rehabilitation führt oder ob es zu Fehlanreizen kommt. Ein solcher Fehlanreiz bestünde z.B. bei einer guten Abgeltung für die Behandlung von

## Zu den Personen



Dr. med. Rolf Stebler (Facharzt für Physikalische Medizin und Rehabilitation und Facharzt für Rheumatologie) ist ärztlicher Leiter und Chefarzt Muskuloskeletal, Klinik Adelheid, Unterägeri. Er ist aktives Mitglied der FMH-Begleitgruppe ST Reha und des FMH-Ausschusses ST Reha. Zudem ist er Vorstandsmitglied bei Swiss Reha.



Dr. med. Hansueli Tschanz (Facharzt für Allgemeine Innere Medizin und Facharzt für Kardiologie) ist Chefarzt Kardiovaskuläre Rehabilitation, Berner Reha Zentrum, Heiligenschwendi. Er vertritt die Schweizerische Gesellschaft für Kardiologie in der FMH-Begleitgruppe ST Reha und engagiert sich im FMH-Ausschuss ST Reha. Zudem hat er die Anliegen der FMH im Beratenden Ausschuss der SwissDRG AG zu ST Reha vertreten.

gut leistungsfähigen, selbständigen Patienten einerseits und einer schlechten Abgeltung für schwache, betreuungsbedürftige Patienten andererseits.

**Stebler:** Aus meiner Sicht ist eine möglichst einfache Abbildung des patientenspezifischen Zusatzaufwands zentral. Es sind diesbezüglich bereits Bestrebungen im Gange, den bestehenden BB.1-CHOP-Kode, der den Zusatzaufwand in der Rehabilitation abbildet, anzupassen.

### **Hansueli Tschanz: «Die Entwicklung in Richtung faire und aufwandgerechte Abgeltung für qualitativ gute Rehabilitation muss weitergehen.»**

**Was ist Ihr Zwischenfazit? Wird ST Reha die Rehabilitation verändern, und welche Hoffnungen und Befürchtungen haben Sie im Zusammenhang mit deren Weiterentwicklung?**

**Stebler:** Grundsätzlich ist die Rehabilitation in qualitativ hochstehenden Kliniken gut definiert, und es bestehen bewährte Strukturen und Prozesse. Der Tarif soll dies abbilden und nicht umgekehrt der Tarif die Rehabilitation definieren. Der aktuelle Tarif basiert jedoch auf unvollständig erfassten Leistungs- und Kostendaten aus dem Jahr 2019 und ist ungenügend ausgereift. So können gegenwärtig über die Analogiekodierung auch ohne Erreichen der in den BA-CHOP-Kodes definierten Minimalanforderungen (z.B. Mindestminuten in der Therapie) recht hohe Vergütungen abgerechnet werden. Dies widerspricht dem Ziel einer leistungsgerechten Vergütung. Die Fachgesellschaften haben in der Vergangenheit zusammen mit der Abteilung Stationäre Versorgung und Tarife der FMH die Entwicklung der leistungsbezogenen CHOP-Kodes für die Rehabilitation

vorangetrieben. Sie haben auch frühzeitig auf Schwächen bei der Einführungsversion von ST Reha aufmerksam gemacht und sich tatkräftig und erfolgreich für entsprechende Anpassungen eingesetzt. Dieses wachsame Auge und Engagement braucht es auch in Zukunft. **Tschanz:** Ich hoffe, dass die Entwicklung in Richtung faire und aufwandgerechte Abgeltung für qualitativ gute und patientengerechte Rehabilitation weitergeht. Hierbei spielt die von der FMH von Beginn an geforderte Abschaffung der Analogiekodierung eine zentrale Rolle. Die Diskussionen im Zusammenhang mit der Entwicklung von ST Reha haben zudem die Notwendigkeit einer Klärung des Rehabilitationsbegriffes auf nationaler Ebene verdeutlicht. Problematisch erscheint mir die Tendenz, dass der Tarif die Rehabilitation vorgibt und schematischen Pfadbehandlungen Vorschub leistet. Dadurch geraten die individuellen Patientenbedürfnisse aus dem Blickfeld, und es wird die ärztliche Behandlungsfreiheit eingeschränkt. Auch sehe ich die Gefahr des Anreizes zu einer verstärkten Patientenselektion, wenn die Rehabilitation gewisser Patientengruppen nicht leistungsgerecht vergütet wird und der Kostendruck steigt.

#### **Bildnachweis**

Sincerely Media / Unsplash

#### **Literatur**

- 1 Meyer B. ST Reha: Richtungswechsel in der Tarifstrukturentwicklung. Schweiz Ärztztg. 2018;99(30-31):966-7.
- 2 Trezzini B, Meyer B. ST Reha 1.0: Das neue Tarifsysteem der stationären Rehabilitation. Schweiz Ärztztg. 2021;102(17):563-6.

### **Reha-spezifische CHOP-Kodes und «Analogiekodierung»**

Für die Tarifentwicklung war die vorgängige Beschreibung und Kodierung der in der stationären Rehabilitation erbrachten Leistungen notwendig. Die FMH und die ihr angeschlossenen Fachgesellschaften waren massgeblich an der Erarbeitung diesbezüglicher CHOP-Kodes beteiligt [1]. Der BA.1-Kode beschreibt beispielsweise unter anderem die Mindestanforderungen betreffend Therapie und Schulung im Falle der neurologischen Rehabilitation. So sind mindestens 540 Minuten an Therapie und Schulung pro Woche zu erbringen, wobei Physiotherapie obligatorisch ist und weitere Therapieformen in patientenbezogener Kombination zur Anwendung kommen. Zusatzleistungen für besonders aufwendige Rehabilitationsfälle können darüber hinaus als Teil des BB.1-CHOP-Kodes abgebildet werden. Die Einführungsversion von ST Reha lässt es jedoch zu, dass Fälle auch ohne eine BA-Kodierung einer Rehabilitationskostengruppe zugeteilt werden können. Dies geschieht über die behelfsmässige und befristete «Analogiekodierung». Bestrebungen zur Ablösung der leistungsunabhängigen Analogiekodierung sind im Gange. Eine ausführlichere Beschreibung von ST Reha ist im Artikel der *Schweizerischen Ärztezeitung* «ST Reha 1.0: Das neue Tarifsysteem der stationären Rehabilitation» zu finden [2].

# Personalien

## Todesfälle / Décès / Decessi

*Jirina Sandel* (1929), † 26.12.2021,  
Fachärztin für Orthopädische Chirurgie und  
Traumatologie des Bewegungsapparates,  
8050 Zürich

*Elke Dejung-Hass* (1941), † 10.2.2022,  
Fachärztin für Allgemeine Innere Medizin,  
8400 Winterthur

*Jean-Daniel Rod* (1942), † 25.2.2022,  
Facharzt für Allgemeine Innere Medizin,  
2012 Auvornier

*Edmée Beringer-Nikles* (1933), † 24.3.2022,  
3012 Bern

*Olena Geissbühler* (1934), † 4.4.2022,  
3655 Sigriswil

*Cécile Staehelin-Schlienger* (1919), † 11.4.2022,  
Fachärztin für Allgemeine Innere Medizin,  
8126 Zumikon

*Ghislaine M.-L. Germano* (1928), † 14.4.2022,  
4132 Muttenz

## Ärztegesellschaft des Kantons Bern

### Ärztlicher Bezirksverein Bern Regio

Zur Aufnahme als ordentliches Mitglied  
hat sich angemeldet:

*Rafael Funczik*, Praktischer Arzt, FMH,  
Ärztelhaus Papiermühle, Grauholzstrasse 1,  
3063 Ittigen

Einsprachen gegen dieses 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  
des Gesuchs und über allfällige Einsprachen.

## Ärztegesellschaft des Kantons Luzern

Zur Aufnahme in unsere Gesellschaft  
Sektion Stadt hat sich gemeldet:

*Anne-Sophie Massy Budmiger*, Fachärztin für  
Orthopädische Chirurgie und Traumatologie  
des Bewegungsapparates, FMH, Fusszentrum  
Luzern, Töpferstrasse 5, 6004 Luzern

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

## Ärztegesellschaft Uri

Zur Aufnahme in die Ärztesgesellschaft Uri  
als ordentliches Mitglied per 1.6.2022 hat sich  
angemeldet:

*Uwe Erdmenger*, Facharzt für Orthopädische  
Chirurgie und Traumatologie des Bewe-  
gungsapparates, FMH, tätig seit 1.12.2015 am  
Kantonsspital Uri, 6460 Altdorf

Einsprachen gegen diese Kandidatur müssen  
innerhalb von 20 Tagen seit dieser Ver-  
öffentlichung schriftlich begründet an  
den Vorstand der Ärztesgesellschaft Uri  
eingereicht werden. Nach Ablauf der  
Einsprachefrist entscheidet der Vorstand  
über Gesuche und allfällige Einsprachen.

## Aargauischer Ärzteverband

### Zur Aufnahme in den Aargauischen Ärzteverband haben sich angemeldet

als ordentlich praktizierende Mitglieder:

*Meryem Adams*, Fachärztin für Allgemeine  
Innere Medizin, Gesundheitszentrum H7 AG,  
Hauptstrasse 7c, 5502 Hunzenschwil,  
seit 1. März 2022

*Anna Andermatt*, Fachärztin für Gynäkologie  
und Geburtshilfe, Praxis im Zentrum, Alten-  
burgstrasse 77, 5430 Wettingen, per 1. Juni 2022

*Lidija Bashoska*, Fachärztin für Gynäkologie  
und Geburtshilfe, Gynäkologie Brugg, Fröh-  
lichstrasse 55, 5200 Brugg, seit 4. April 2022

*Ulrike Brennan*, Fachärztin für Kinder- und  
Jugendmedizin, FMH, Kinderarztthaus Aarau,  
Bahnhofplatz 4, 5000 Aarau, seit 2008

*Gianna Di Cienzo Hüsler*, Fachärztin für  
Gynäkologie und Geburtshilfe, Ärzte am

Werk, Fassbindstrasse 2–4, 4310 Rheinfelden,  
seit 1. März 2022

*Karolos-Dimitrios Fostiropoulos*, Facharzt  
für Oto-Rhino-Laryngologie, FMH, HNO-  
Zentrum beider Basel AG, Schänisweg,  
5001 Aarau, seit 1. März 2022

*Miriam Klimek*, Fachärztin für Gynäkologie  
und Geburtshilfe, FMH, Praxis Dr. Koch,  
Rain 23, 5000 Aarau, per 1. August 2022

*Lienhard Ulrich Maeck*, Facharzt für  
Psychiatrie und Psychotherapie, FMH,  
Praxis Dr. Maeck, Rütihofstrasse 22,  
5722 Gränichen, per 1. September 2022

*Markus Nieman*, Facharzt für Kardiologie,  
FMH, Konsiliararzt im Kantonsspital Aarau

*Ingo Nolte*, Facharzt für Handchirurgie, FMH,  
Orthopädie am Rhy, Rheinfelden, Robersten-  
strasse 31, 4310 Rheinfelden, seit 1. Februar 2022

*Martina Pabst*, Fachärztin für Chirurgie, FMH,  
chirurgieaarau AG, Aarau, Bahnhofstrasse 24,  
5000 Aarau, per 1. August 2022

*Anna-Julia Ryser*, Fachärztin für Kinder- und  
Jugendmedizin, FMH, Kinder- und Jugend-  
ärzte am Werk, Fassbindstrasse 2–4,  
4310 Rheinfelden, seit 1. April 2022

*Laura Schuster*, Praktische Ärztin, Praxis  
Gruppe Kölliken, Wallenmattstrasse 6,  
5742 Kölliken, seit 24. März 2022

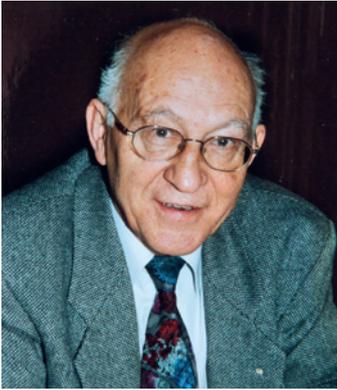
*Ivo Weidenhoffer*, Facharzt für Dermatologie  
und Venerologie, arzthaus.ch AG, Bahnhof-  
strasse 29, 5000 Aarau, per 1. Mai 2022

als Chef- und Leitender Arzt:

*Franco Gambazzi*, Facharzt für Chirurgie und  
Facharzt für Thoraxchirurgie, FMH, Chefarzt  
im Kantonsspital Aarau, seit 1. Januar 2011

Diese Kandidaturen werden in Anwendung  
von Art. 5 der Statuten des Aargauischen  
Ärzteverbandes veröffentlicht. Einsprachen  
müssen innert 14 Tagen seit der Bekannt-  
machung schriftlich und begründet der  
Geschäftsleitung des Aargauischen Ärzte-  
verbandes eingereicht werden. Nach Ablauf der  
Einsprachefrist entscheidet die Geschäftslei-  
tung über Gesuch und allfällige Einsprachen.

# In memoriam Bruno Egloff (1930–2021)



Professor Dr. med. Bruno Egloff, früherer Chefarzt des Instituts für Pathologie am Kantonsspital Winterthur, ist am 8. Dezember 2021 kurz vor seinem 92. Geburtstag verstorben. Das Kantonsspital Winterthur, dem er während vieler Jahre als Vorsitzender des Chefärztetgremiums diente, und die Schweizer Pathologie haben eine prägende Persönlichkeit verloren.

Unser ehemaliger Chef, Lehrer und Freund kam 1930 in Neu-St. Johann im oberen Toggenburg zur Welt. Nach der Matura in

St. Gallen studierte er Medizin in Zürich, Genf und Wien. Im Herbst 1956 trat er seine erste Weiterbildungsstelle im Spital Wattwil an, mit dem Ziel, Allgemeinmediziner zu werden. Wie oft am Anfang einer Medizinerlaufbahn, änderten sich seine Interessen mit der Zeit, und Bruno suchte, wie er selbst sagte, «einen Platz in einem Fach, das etwas näher an den Grundlagen der Medizin liegt». Darum trat er im Sommer 1959 am neuen Institut für Pathologie des Kantonsspitals Winterthur eine Assistentenstelle bei Prof. Hedinger an. Dieser förderte Brunos in Wattwil, im Kropf-Endemiegebiet, gewecktes Interesse an Schilddrüsenerkrankungen mit einer Dissertation über Schilddrüsentumore. Mit dem allgemeinen medizinischen Wissen aus der damals noch ausgedehnten Autopsietätigkeit machte sich Bruno dann an der Inneren Klinik am Kantonsspital Winterthur unter Prof. Wuhrmann auf den Weg zum Internisten. Ein Angebot Prof. Hedingers für eine Oberarztstelle in der Pathologie, das er annahm, bestimmte dann aber seine weitere Laufbahn zum Pathologen. Die Vertiefung der Weiterbildung zum Pathologen erfuhr Bruno bei Prof. Uehlinger am Zürcher Universitätsinstitut, von wo er 1966 zum Nachfolger von Prof. Hedinger als Chefarzt in Winterthur gewählt wurde.

Trotz der Belastung durch die Institutsleitung konnte er seine wissenschaftliche Tätigkeit auf dem Gebiet der Schilddrüsenpathologie weiterführen und sich mit einer Arbeit über das Hämangioendotheliom der Schilddrüse habilitieren. Daraus ergaben sich unter anderem die Mitwirkung in einem Arbeitsgremium der Weltgesundheitsorganisation zur Klassifikation der Schilddrüsentumore und nach dem Reaktorunfall in Tschernobyl die Beteiligung an der Diagnostik und Erfassung der in der Region neu aufgetretenen kindlichen Schilddrüsentumore.

Bruno Egloff hat die Fortschritte im Fach Pathologie aufmerksam verfolgt und die wesentlichen Entwicklungen im Institut nutzbringend eingeführt und angewendet. Dies bedeutete permanente Anpassungen im technisch-methodischen und baulichen Bereich, aber auch in personeller Hinsicht. All das meisterte Bruno in seiner ruhigen und bedächtigen Art so, dass das Institut den Anforderungen vonseiten der Klinikerinnen und Kliniker immer auf hohem Niveau gewachsen war. Auch nach seiner Pensionierung im Jahre 1995 war er jederzeit bereit, bei Bedarf in der Diagnostik einzuspringen. Bruno war aber nicht nur ein kompetenter Diagnostiker, sondern auch ein exzellenter und geduldiger Lehrer. Er motivierte und begeisterte durch seine Freude an der Morphologie und an den Fragestellungen zur Pathogenese und den klinisch-pathologischen Korrelationen seine Assistentinnen und Assistenten, deren Ausbildung er tatkräftig und mit viel persönlichem Engagement und Zeitaufwand unterstützte. In einem Klima des Vertrauens wurde Wissen und damit verbunden auch Verantwortung weitergegeben und Eigenständigkeit gefördert. Er war im Beruf und privat ein ebenso scharfsinniges wie auch humorvolles Gegenüber, ein guter Zuhörer und Ratgeber.

Bruno war weit über die Pathologie hinaus sehr belesen und interessiert und gab sein Wissen und seine Erfahrung auch dort weiter, ganz besonders in Fragen der Botanik des Obertoggenburgs, seiner Heimat, der er zeitlebens eng verbunden blieb.

Seinen Vertrauensvorschuss zu verdienen und zu rechtfertigen war für uns stete Motivation. Wir werden ihn dankbar in Erinnerung behalten als Persönlichkeit, die unseren Werdegang während der Facharztweiterbildung und auch noch auf unserem späteren beruflichen Weg entscheidend geprägt und begleitet hat. Er war und blieb uns ein Vorbild als kollegial und freundlich gesinnter Vorgesetzter.

*Dr. med. Renata Flury-Frei,  
ehemals Kantonsspital Winterthur  
Prof. Dr. med. Robert Maurer,  
ehemals Stadtspital Triemli, Zürich*

*Prof. Dr. med. Karlheinz Wurster, ehemals Städtisches  
Krankenhaus München-Schwabing*

**Bildnachweis**  
Renata Flury-Frei



SBK-ASI

Internationaler Tag der Pflege am 12. Mai

# Die Leistungen der Pflege würdigen

**Sophie Ley**

RN, MA, Präsidentin des Schweizer Berufsverbands der Pflegefachfrauen und Pflegefachmänner SBK-ASI

Alljährlich am 12. Mai feiern die Pflegekräfte auf der ganzen Welt den Internationalen Tag der Pflege. Der Weltbund der Pflegefachfrauen und Pflegefachmänner stellt den Tag dieses Jahr unter das Motto: «Nurses a voice to lead: In die Pflege investieren – Rechte respektieren für globale Gesundheit». Es passt bestens zur anstehenden Umsetzung der Pflegeinitiative.

Nach zwei langen Jahren der Pandemie lädt uns der Internationale Tag der Pflege (International Nurses Day, IND) dazu ein, die Professionalität der Pflegefachpersonen während dieser Krisenzeit zu würdigen, die sie in den Dienst der Patientinnen und Patienten in unserem Land gestellt haben.

Denn eigentlich hätte vor zwei Jahren nicht nur ein Tag, sondern ein ganzes Jahr lang gefeiert werden sollen. Anlass war der 200. Geburtstag von Florence Nightingale, der Begründerin der modernen Krankenpflege, die am 12. Mai 1820 zur Welt gekommen war. Die Weltgesundheitsorganisation (WHO) hatte 2020 folglich zum internationalen Jahr der Pflegefachpersonen und Hebammen ausgerufen.

Doch anstatt zu feiern, wurde die Welt von der SARS-CoV-2-Pandemie erschüttert. Pflegefachpersonen und alle anderen Gesundheitsfachpersonen leisteten an vorderster Front einen immensen Einsatz, oft nur mangelhaft vor einer Infektion geschützt. Es fehlte an

Anlässlich des Internationalen Tages der Pflege am 12. Mai geben wir einer Gruppe von Gesundheitsfachpersonen das Wort, die für das reibungslose Funktionieren des Gesundheitssystems – in der Schweiz und anderswo – unerlässlich ist: Die Pflegekräfte waren während der gesamten Pandemie an der Front. Sie erhielten viel Beifall, aber das reicht nicht. Nicht wenige haben den Beruf aus Erschöpfung, wegen mangelnder Anerkennung und Wertschätzung und wegen den schwierigen Arbeitsbedingungen verlassen.

Schutzmaterial, auch in der Schweiz wurde das Arbeitsgesetz ausgesetzt, um die ausserordentliche Belastung meistern zu können. Erschütternde Meldungen erreichten die Öffentlichkeit über den Weltbund der Pflegefachfrauen und Pflegefachmänner (International Council of Nurses, ICN): Pflegefachpersonen, die Covid-Infizierte pflegten, wurden Opfer von Diskriminierung und Gewalt. Wie viele Pflegefachpersonen ihren Einsatz an der Covid-Front mit dem Leben bezahlten, ist nicht bekannt: Nur wenige Staaten erfass(t)en systematisch die Zahl der Covid-Infektionen und -Todesfälle unter dem Gesundheitspersonal.

### Pandemie verstärkt den Mangel

In der Schweiz und weltweit herrscht ein Mangel an Pflegefachpersonen. Die Pandemie hat den drastischen Bedarf an Pflegefachpersonen und hochqualifiziertem Gesundheitspersonal aufgezeigt. Die Widerstandsfähigkeit der Gesundheitssysteme ist untrennbar mit dem Pflegepersonal, vor allem aber mit den Pflegefachpersonen, verbunden.

Es ist leider zu befürchten, dass die Pandemie den Mangel an Pflegepersonal verstärkt hat. Die WHO und der ICN gingen im Frühling 2020 im ersten *State of the World's Nursing Report* [1] bis 2030 von einem Mangel von sechs Millionen Pflegefachpersonen aus. Ein Jahr später wurde diese Zahl nach oben korrigiert. Auf der Basis von Befragungen bei seinen Mitgliederverbänden warnte der ICN, dass die Pandemie die drohende Lücke mehr als verdoppelt haben könnte [2]. Die Pflegeverbände berichteten dem ICN von einem regelrechten Exodus, da Pflegenden körperlich krank wurden oder aufgrund der immensen Belastung an Erschöpfung-

depressionen erkrankten oder andere psychische Leiden wie Angststörungen, Schlafstörungen oder Suchterkrankungen entwickelten.

Die Forderung nach dem Respekt für die Rechte des Pflegepersonals bedeutet, dass die Pflegenden geschützt werden müssen, als Arbeitnehmende und als Menschen.

### Die Pandemie hat den drastischen Bedarf an Pflegefachpersonen und hochqualifiziertem Gesundheitspersonal aufgezeigt.

Der Personalmangel in der Pflege ist auch in der Schweiz ein grosses Problem: 42,5% der ausgebildeten Pflegefachpersonen steigen gemäss Zahlen aus dem Jahr 2018 frühzeitig aus dem Beruf aus, fast ein Drittel davon schon vor dem 35. Altersjahr [3]. Wir müssen befürchten, dass die Belastungen in den vergangenen zwei Jahren auch bei uns die Ausstiegszahlen nach oben getrieben haben. So klagen Arbeitgebende, dass sie kaum qualifiziertes Pflegepersonal finden können.

### Unterstützung durch die Bevölkerung

Im Unterschied zu anderen Ländern bietet die Schweiz die Möglichkeit, Anliegen direkt in die Politik einzubringen. Das hat der Schweizer Berufsverband der Pflegefachfrauen und Pflegefachmänner (SBK) mit der Pflegeinitiative getan, die am 28. November des letzten Jahres mit einer grossen Mehrheit angenommen wurde. Die Forderung des IND «In die Pflege investieren» entspricht voll und ganz der Pflegeinitiative. Das Motto betont die Notwendigkeit, in die Ausbildung zu investieren und gute Bedingungen für die Berufsausübung zu schaffen, die es ermöglichen, die Fachkräfte langfristig zu halten und ihre Kompetenzen weiterzuentwickeln, um eine qualitativ hochwertige Pflege für die gesamte Schweizer Bevölkerung zu gewährleisten.

Diesen klaren Verfassungsauftrag umzusetzen ist nun die Aufgabe der Politik. In einer ersten Etappe sollen die Ausbildungsinitiative und der eigenverantwortliche Bereich realisiert werden, also das Recht, dass bestimmte Pflegeleistungen ohne ärztliche Verordnung von den Krankenkassen bezahlt werden. Das ergibt Sinn, denn das bedeutet eine administrative Entlastung insbesondere der Hausärztinnen und Hausärzte, wo der Personalmangel ebenfalls wächst. Die Ausbildung von mehr Pflegenden und insbesondere mehr diplomierten Pflegefachpersonen ist absolut dringend und muss nicht nur auf nationaler Ebene, sondern auch in den Kantonen angegangen werden.

Aber das reicht natürlich nicht. In der Abstimmungskampagne wurde oft das Bild der Badewanne genannt, die

### Das Wichtigste in Kürze

- Der 12. Mai ist der Internationale Tag der Pflege. Dieses Jahr steht er unter dem Motto: «In die Pflege investieren». Das resoniert mit der Pflegeinitiative, die am 28. November 2021 angenommen wurde.
- Weltweit herrscht ein Mangel an Pflegepersonal, so auch in der Schweiz. Die Pandemie hat den drastischen Bedarf an qualifizierten Pflegefachpersonen deutlich gemacht, der sich in den letzten zwei Jahren noch verschärft hat.
- Die Pflegeinitiative soll die Situation durch die Förderung der Ausbildung, einen eigenen Verantwortungsbereich, attraktivere Arbeitsbedingungen und die Schaffung von Stellen für leitende Pflegefachpersonen verbessern.
- Zahlreichen Studien zufolge sind die Qualifikationen des Pflegepersonals von entscheidender Bedeutung für die Gewährleistung der Patientensicherheit.

sich nur füllt, wenn man den Stöpsel in den Abfluss steckt. Das heisst, dass schnellstmöglich die Arbeitsbedingungen verbessert werden müssen. Diese Forderung wurde von der Stimmbevölkerung klar unterstützt. Das Zauberwort heisst Personalerhalt. Es ist daher erfreulich, dass einige Arbeitgebende bereits aktiv werden: So haben Einrichtungen etwa die Wochenarbeitszeit (bei gleichem Lohn) reduziert oder auch Nacht- und Wochenendzulagen erhöht. Das ist klug, denn diese Einrichtungen positionieren sich als attraktive Arbeitgebende. Es ist zu hoffen, dass noch viele weitere diesem Beispiel folgen werden.

### Investitionen bringen Gewinn

Damit die Arbeitgebenden dem Pflegepersonal attraktive Arbeitsbedingungen bieten können – und das heisst auch, dass auf jeder Schicht genug qualifizierte Pflegefachpersonen anwesend sind –, müssen sie entsprechend finanziert werden. Das bedeutet, dass die Forderung nach einer «angemessenen Finanzierung der Pflegeleistungen» rasch umgesetzt werden muss.

### Die Forderung nach einer «angemessenen Finanzierung der Pflegeleistungen» muss rasch umgesetzt werden.

Die Frage nach «genug» qualifizierten Pflegefachpersonen auf allen Schichten lässt sich jedoch nicht einfach mit «viele» beantworten. Diese Zahl muss aufgrund der Evidenz beantwortet werden, und die Sicherheit der Patientinnen und Patienten ist die zentrale Grösse, um die es dabei gehen muss.

Es gibt zahlreiche Studien, die nachweisen, dass die Qualifikation des Pflegepersonals entscheidend ist, um die Sicherheit der Patientinnen und Patienten zu gewährleisten. Auch Schweizer Forschende sind hier nicht untätig. Zu nennen ist die Analyse von Prof. Michael Simon und Prof. Michael Gerwig aus dem Akutbereich auf der Grundlage von Zahlen des Bundesamts für Statistik. Sie weist nach, dass ein Anteil von mindestens 75% an diplomierten Pflegefachpersonen zahlreiche Todesfälle und Komplikationen vermeidet und damit die Liegedauer in den Spitälern verringert, womit sich Kosten einsparen lassen. Die Studie Intercare des Instituts

für Pflegewissenschaft der Universität Basel kam für den Langzeitbereich zu ähnlichen Schlüssen: Mehr qualifiziertes Pflegepersonal in den Pflegeheimen verhindert kostspielige vermeidbare Spitaleinweisungen und spart damit sehr viel Geld [4]. Und nicht zu vergessen: auch sehr viel menschliches Leiden.

### Die pflegerische Leadership nutzen

Seit mehreren Jahren steht der IND unter dem übergreifenden Motto *Nurses – A Voice to lead*, ein Punkt, der bis jetzt nicht erwähnt wurde. Doch er ist wichtig. Um tragfähige Gesundheitssysteme zu entwickeln, braucht es die Expertise der Pflegefachpersonen. Darum empfiehlt die WHO, Positionen für sogenannte *Chief Nurse Officers* zu schaffen, und das in den obersten (politischen) Gremien. Noch gibt es in der Schweiz nur wenige Ansätze dazu. Im Kanton Waadt wurde dieses Jahr eine kantonale Pflegefachfrau ernannt. Das ist erfreulich, und es ist zu hoffen, dass ihr noch viele folgen werden, auch auf nationaler Ebene.

Die letzten zwei Jahre haben gezeigt, dass es die Zusammenarbeit aller Gesundheitsberufe braucht, um Herausforderungen zu meistern. Damit ist der 12. Mai auch eine Gelegenheit, den Kolleginnen und Kollegen im Gesundheitswesen für die Unterstützung in der Pandemie und bei der Abstimmung über die Pflegeinitiative zu danken. Durch interprofessionelle Zusammenarbeit, auch auf strategischer Ebene, kann das Ziel einer hochstehenden Gesundheitsversorgung erreicht werden, auf nationaler und globaler Ebene.

#### Literatur

- 1 WHO 2020: State of the World's Nursing. Investing in education, jobs and leadership. [www.icn.ch/system/files/2021-07/WHO-SoWN-English%20Report-0402-WEB-LOW%20RES\\_2020.pdf](http://www.icn.ch/system/files/2021-07/WHO-SoWN-English%20Report-0402-WEB-LOW%20RES_2020.pdf)
- 2 ICN Policy Brief (21. März 2021). The global nursing shortage and nurse retention. [www.icn.ch/system/files/2021-07/ICN%20Policy%20Brief\\_Nurse%20Shortage%20and%20Retention.pdf](http://www.icn.ch/system/files/2021-07/ICN%20Policy%20Brief_Nurse%20Shortage%20and%20Retention.pdf)
- 3 Obsan Bericht 1/2021: Berufsaustritte und Bestand von Gesundheitspersonal in der Schweiz. <https://www.obsan.admin.ch/de/publikationen/2021-berufsaustritte-und-bestand-von-gesundheitspersonal-der-schweiz>
- 4 Zusammenfassung der Ergebnisse in: Camenzind M. Analyse von Personalausstattung, unerwünschten Ereignissen und Gesundheitskosten. Die Beweise liegen auf dem Tisch: Pflege spart Milliarden. *Krankenpflege* 9/2020. [https://www.sbk.ch/files/sbk/archiv\\_zeitschrift/opendocs/2009\\_DE\\_Titelthema\\_Simon\\_komplett.pdf](https://www.sbk.ch/files/sbk/archiv_zeitschrift/opendocs/2009_DE_Titelthema_Simon_komplett.pdf)

sophie.ley[at]sbk-asi.ch



# Unterrichten leicht gemacht

**Sonia Frick**

KD Dr. med., MME, Medizinische Klinik, Spital Limmattal und Mitglied der Weiterbildungskommission, Schweizerische Gesellschaft für Allgemeine Innere Medizin (SGAIM)

Aktives Teaching kann im medizinischen Alltag überall erfolgen. Doch welche Technik wann am besten passt, hängt stark von der Lernsituation ab. Die folgenden Tipps können bei der Auswahl und Umsetzung helfen.

Wissenserwerb findet in der Medizin neben dem universitären Studium hauptsächlich im klinischen Alltag statt. Oft per Diffusion, was aber nicht sehr effizient ist. Je nach Grösse der Gruppe können verschiedene Techniken angewandt werden. Daneben ist ein Verständnis für Lernprozesse hilfreich, um Weiterbildung aktiv zu fördern.

## Leitfaden *Die oberärztliche Tätigkeit – eine neue Herausforderung*

Der oberärztliche Alltag wird zunehmend anspruchsvoller – und das disziplinunabhängig. Ein Kapitel des praxisorientierten Leitfadens *Die oberärztliche Tätigkeit – eine neue Herausforderung* widmet sich dem Teaching in der Klinik. KD Dr. med. Sonia Frick teilt darin alltagstaugliche Tipps für verschiedene Kontexte. Der durch die SGAIM unterstützte und vertriebene Leitfaden unterstützt angehende und aktuelle Oberärztinnen und Oberärzte in ihrem komplexen Aufgabebereich. Jetzt bestellen unter: [www.sgaim.ch/nachwuchs](http://www.sgaim.ch/nachwuchs)

## Lehrerin oder Lehrer sein

Mit der Funktion als Lehrerin oder Lehrer tun sich junge Kadermitglieder oft schwer. Vielen machen das enge Zeitkorsett und der Zweifel an den eigenen didaktischen Fähigkeiten Sorge. Das Teaching im klinischen Setting ist aber eigentlich keine Hexerei. Ein grosser Vorteil besteht im Praxisbezug: Die Themen liegen vor uns und müssen nicht eigens entwickelt werden.

Einige Tipps hierzu:

- *Sagen Sie das Teaching an:* «Das hier ist ein guter Teaching-Moment. Lass uns kurz auf Thema X oder Patient X eingehen.» So wird Teaching besser als solches wahrgenommen, und die Assistenzärztinnen und -ärzte können besser in die Rolle der Lernenden umschalten.
- *Es muss nicht perfekt sein:* Nutzen Sie den Moment, da auch Sie etwas nicht wissen: «Gute Frage, ich

habe keine Ahnung. Weiss das sonst jemand hier im Raum? Nein? Lesen Sie das bitte für uns bis morgen nach.»

- Das «Wie» ist so wichtig wie das «Was»: Gelernt wird am besten, wenn die Lernenden stimuliert werden, ihr Vorwissen zu aktivieren und komplexes Denken zu üben (z.B. evaluieren, synthetisieren etc.).

### Eins-zu-eins-Betreuung

Bei den täglichen Patientenbesprechungen, gemeinsamen Visiten oder Familiengesprächen, Rapporten und supervidierten Eingriffen ergeben sich viele «*teachable moments*» für Assistenzärztinnen und -ärzte. Die folgenden Techniken helfen.

- *Rückfragen* («*target, then teach*»): Erfragen Sie das Vorwissen. Das hilft Ihnen, die Wissenslücken zu sehen und Ihr Teaching entsprechend anzupassen.
- *Systematische Tools*: Eine formalisierte Variante des Situativen Lernens ist der «*One Minute Preceptor*» [1]. Tabelle 1 zeigt, wie wir Lernende während einer Patientenvorstellung mittels situativen Fragens miteinbeziehen können. Die Lehreinheiten sollen bewusst kurz sein, wie der Name «*One Minute Preceptor*» schon sagt: Keine langen Teaching-Sessionen, kurze Engramme bleiben besser hängen.
- *Rollenwechsel*: Sind Sie in der Situation, dass eine Unterassistentin, ein Unterassistent eine Patientin oder einen Patienten vorstellt, kann sie oder er aufgefordert werden, die kaderärztliche Rolle zu übernehmen. Das erhöht das Verantwortungsgefühl und verankert die Lerneinheit besser im Gedächtnis.
- *Repetition*: Am Ende des Tages oder der Woche erfragen Sie kurz, was heute gelernt wurde. Dieses abendliche Fazit dient der Reflexion, der Repetition und damit dem Lernprozess. Auch können dabei Fehler korrigiert werden. Geben Sie dabei auch etwas von sich selbst preis: Was haben Sie gelernt in dieser Woche?

### SGAIM Teaching Award

Eine qualitativ hochstehende Aus- und Weiterbildung ist zentral für den Erfolg von Nachwuchsmedizinerinnen und -medizinern. Die SGAIM fördert deshalb jedes Jahr herausragendes Teaching, Mentoring und/oder Coaching mit dem SGAIM Teaching Award, der mit CHF 5000 dotiert ist. Nominiert werden können exzellente Teacher, die einen konsistenten, erfolgreichen Track Record im Bereich Medical Education in der Allgemeinen Inneren Medizin aufweisen – einschliesslich Vorlesungen, klinischen Gruppenteachings, Mentorship, Curriculum-Design sowie der Entwicklung und Implementierung von innovativen Teaching-/Lernmethoden oder Assessments. Frist für Nominationsanträge: **Ende Mai 2022**  
Mehr Informationen unter [www.sgaim.ch/nachwuchs](http://www.sgaim.ch/nachwuchs)

### Teaching in Kleingruppen

Oft stehen wir vor Kleingruppen mit vier bis zwölf Assistentinnen und Assistenten. Im Gegensatz zu den Frontalvorlesungen mit vielen Studierenden sollte hier das Ziel bestehen, die Teilnehmenden aktiv einzubinden. Die Dauer der Lehreinheiten kann von kurzen 30-Minuten-Sequenzen bis zu Workshops von mehreren Stunden gehen.

Folgende Punkte können helfen bei der Ausgestaltung:

- *Was sind meine Key Messages?* Beginnen Sie Ihre Vorbereitung mit einem Lernziel, und konstruieren Sie die Weiterbildungseinheit um dieses Ziel herum.
- *Wie viel Zeit brauche ich?* Wollen Sie den Säure-Basen-Haushalt repetieren, brauchen Sie dafür länger, als wenn Sie anhand eines praktischen Beispiels über die akute Therapie der Ketoazidose sprechen wollen.
- *Welche Weiterbildungsgefässe gibt es?* Wählen Sie aus den Lerneinheiten Ihrer Klinik aus: Ist das Thema eher für einen *Journal Club* oder eher für eine Fallbesprechung?
- *Welche Mittel brauche ich?* Ist eine PowerPoint-Präsentation sinnvoll? Möchten Sie Kleingruppen bilden? Murregruppen? Quiz?
- *Peer Teaching*: Nachgewiesenermassen ist Peer-Teaching sehr effektiv. Lassen Sie deshalb den Assis-

**Tabelle 1:** Mit Hilfe von situativen Fragen können Lernende in die Patientenvorstellung einbezogen werden.

Schritt	Erklärung	Beispiel
Get a commitment	Involve the learner	«Was meinen Sie, was Herrn X fehlt?»
Probe for evidence	Integrate the learner into the reasoning process	«Warum nehmen Sie das an?»
Teach general rules	Target the teaching to the level of the learner	«Zur Diagnose X passen die Symptome nicht ganz: Symptom Y zum Beispiel ...»
Feedback: what was good?	Shows that you appreciate what she/he knows.	«Gut war, dass Sie an drei verschiedene Dinge gedacht haben, darunter auch an nicht so alltägliche Diagnosen.»
Feedback: what is there to improve?	Get the theme for the next day!	«Ich denke, Sie haben das Symptom Z überbewertet. Lesen Sie bitte über die Häufigkeit von Z nach, dann schauen wir es noch einmal zusammen an.»

**Tabelle 2:** In Falldiskussionen werden das Langzeitgedächtnis und analytische Denkprozesse gefördert (Tabelle adaptiert nach [4]).

Ziel	Mittel	Beispiele
Wissen organisieren	Prototypische Patientenvignetten einsetzen	«Frau M., 36-jährig, kommt in Ihre Praxis mit Dyspnoe. Was kommt Ihnen in den Sinn?»
Begründen	Frage begründen lassen	«Warum denken Sie das?»
Vorwissen aktivieren	Vorhandenes Wissen aktivieren, mit der aktuellen Situation vergleichen	«Was wissen Sie darüber? Wo haben Sie solche Fälle schon erlebt?» «Brauchen Sie noch Information?»
Wissen vernetzen	Vignette abändern	«Was wäre, wenn es sich um einen 70-jährigen Mann handeln würde?»
Debriefing	Was wurde Neues gelernt?	«Fassen Sie bitte zusammen!»

tentinnen und Assistenten genügend Raum, selbst etwas zu erklären, indem Sie z.B. Fragen zurück in den Raum geben (*Think–Pair–Share*).

- **Kollektives Lernen:** Binden Sie die Assistentinnen und Assistenten ein: Stellen Sie Fragen. Geben Sie genügend Zeit nachzudenken. Verwenden Sie verschiedene Materialien. Arbeiten Sie mit Flipcharts, Posters, Denkstationen. Seien Sie kreativ!

## Clinical-Reasoning-Übungen

*Clinical Reasoning* beruht auf Lerntheorien, die für das Abspeichern und Verankern neuer Informationen die Aktivierung von vorbestehendem Wissen nutzen. Dieser letzte Abschnitt zeigt, wo dies bewusst auf unser Teaching anwendbar ist [2-4]:

Unser Gedächtnis ist zweigeteilt: in ein Arbeitsgedächtnis und ein Langzeitgedächtnis. Im klinischen Setting führt dies zu zwei Arten (*dual process theory*) von *Clinical Reasoning*.

Situationen, die uns bekannt sind, weil wir sie schon einmal gesehen haben, vergleichen wir rasch und intuitiv mit dem entsprechenden Wissen in unserem Langzeitgedächtnis (*pattern recognition*). Begegnen wir hingegen einer neuen Situation, setzen analytische Denkprozesse ein. Wir verarbeiten die zur Verfügung stehenden Informationen, stellen Hypothesen auf, suchen neue Informationen, verwerfen aufgestellte Hypothesen – so lange, bis wir eine befriedigende Diagnose und Therapie haben (hypothetisch-deduktives Denken).

Diese beiden Prozesse ergänzen sich zwingend in unserem Alltag. Falldiskussionen eignen sich sehr gut dazu, über beide Prozesse zu lernen: Wir triggern durch die

klinische Präsentation vorbestehende Engramme und können durch Wissensfragen die analytischen Denkprozesse anstossen.

Probieren Sie aus. Alles braucht Übung. Schauen Sie, was Ihnen persönlich liegt und welches Werkzeug Sie am einfachsten benutzen können [4, 5]. *Last but not least:* Holen Sie sich Feedback – von Ihren Kolleginnen und Kollegen, von den Assistentinnen und Assistenten, von Ihren Vorgesetzten. Stellen Sie eine Kamera oder einen Recorder auf, so profitieren auch Sie selbst davon. Entwickeln Sie Freude am Teaching. Die Assistentinnen und -ärzte danken es Ihnen.

### Bildnachweis

Robert Kneschke | Dreamstime.com

### Literatur

- 1 Neher J, Gordon K, Meyer B, Stevens N. A five-step “microskills” model of clinical teaching. *J Am Board Fam Pract.* 1992;5:419–24. <https://youtu.be/eRBdfXRj5NO>
- 2 Triacca ML, Gachoud D, Monti M. Kognitive Aspekte medizinischer Fehler. *Swiss Medical Forum.* 2018;18(13–14):304–7.
- 3 Eva KW. What every teacher needs to know about clinical reasoning. *Medical Education.* 2004;39:98–106.
- 4 Harden R. *Essential Skills for a Medical Teacher. An Introduction. Teaching and Learning in Medicine.* Elsevier 2021. 3rd Edition.
- 5 Irby DM, Wilkerson LA. Teaching when time is limited. *BMJ.* 2008;336:384–7.

## Das Wichtigste in Kürze

- Ein grosser Vorteil des Teachings im klinischen Setting liegt im Praxisbezug. Die Themen ergeben sich bei der Arbeit und müssen nicht eigens entwickelt werden.
- Lehrtechniken wie das Situative Fragen oder das Clinical Reasoning tragen dazu bei, die Assistentinnen und Assistenten in die Kliniksituation einzubeziehen oder ihre Diagnosestellung zu reflektieren.

# Briefe an die SÄZ

## Die FMH und das neue Transplantationsgesetz (mit Replik)

Die FMH unterstützt, laut Medienmitteilung, das neue Transplantationsgesetz. Sie bezieht sich dabei auf eine Umfrage, die 2015 von Swisstransplant, der zentral involvierten und interessierten (privatrechtlichen) Organisation, in Auftrag gegeben wurde und die bei 1000 Befragten eine Zustimmung von 80 Prozent für die Organspende am Lebensende behauptete [1]. Eine Umfrage des BAG von 2017 mit 20 000 Befragten kommt aber zu einem ganz anderen Schluss: dabei sagten 31 Prozent, sie würden spenden und 22 Prozent beantworteten die Frage mit eher Ja [2]. 47 Prozent aber, somit fast die Hälfte, sagen Nein oder eher Nein. Auch, dass nur 16 Prozent der Menschen einen Spenderausweis besitzen, spricht eine klare Sprache, die offenbar von der FMH weder verstanden noch verbreitet wird. Somit wird sie zum willfähigen Handlanger von Swisstransplant. Dass die Angehörigen durch die Widerspruchslösung entlastet werden, ist eine reine Behauptung. Es ist absurd, anzunehmen, dass ein derart schwieriger Entscheid, nur weil er staatlich (anders) geregelt ist, einfacher wird. Und dass die Widerspruchslösung zu mehr Spenderorganen führt, ist ebenfalls eine Mär, die widerlegt worden ist.

Die Widerspruchslösung bietet keinen Nutzen, hat aber klare negative grundrechtliche und ethische Folgen und verstösst ebenso gegen den lange Zeit geltenden Grundsatz des *primum nihil nocere*.

Dr. med. Urs Aemissegger, Winterthur

### Literatur

- 1 [www.swisstransplant.org/fileadmin/user\\_upload/Bilder/Home/Fuer\\_Fachpersonen/Publikationen/DE/DemoSCOPE\\_Ergebnisse\\_Swisstransplant\\_DE.pdf](http://www.swisstransplant.org/fileadmin/user_upload/Bilder/Home/Fuer_Fachpersonen/Publikationen/DE/DemoSCOPE_Ergebnisse_Swisstransplant_DE.pdf)
- 2 [www.bag.admin.ch/bag/de/home/zahlen-und-statistiken/zahlen-fakten-zu-transplantationsmedizin/zahlen-fakten-zu-einstellung-verhalten-bevoelkerung.html](http://www.bag.admin.ch/bag/de/home/zahlen-und-statistiken/zahlen-fakten-zu-transplantationsmedizin/zahlen-fakten-zu-einstellung-verhalten-bevoelkerung.html)

## Transplantationsgesetz: Widerspruchsregelung (mit Replik)

Die Medienmitteilung der FMH zum neuen Transplantationsgesetz lässt eine kritische Behandlung der Vorlage vermissen und fällt einseitig aus.

Die Widerspruchsregelung setzt sich über die sonst unbestrittene Regel hinweg, wonach eine Intervention erst erfolgen darf, nachdem die betroffene Person aufgeklärt und frei eingewilligt hat. Es ist nicht einzusehen, weshalb ausgerechnet bei einem drittnützigen Eingriff vom Grundsatz des *informed consent* abgewichen werden soll und darf.

Die Widerspruchsregelung nimmt darüber hinaus in Kauf, dass einer Person gegen ihren Willen Organe entnommen werden, nämlich dann, wenn sie sich nicht dagegen geäußert hat und auch den Angehörigen keine Ablehnung bekannt ist. Die Einladung an alle Personen, ihren Willen festzuhalten, genügt dem Anspruch einer Informationslösung nicht, solange davon auszugehen ist, dass die Information nicht alle Personen erreichen kann. Was die Annahme einer Zustimmung zur Organspende von 80% in der Bevölkerung betrifft, so fehlt dazu eine verlässliche Grundlage. Was bedeutet die Zustimmung in einer Umfrage, wenn zuvor nicht eingehend über alle wesentlichen Umstände des Eingriffs aufgeklärt wurde? Die Entscheidung von Angehörigen am Krankenbett dürfte jedenfalls informierter sein.

Die Widerspruchsregelung fordert Widerspruch.

Dr. med. Georg Stoffel, Seuzach

## Replik auf «Die FMH und das neue Transplantationsgesetz» und «Transplantationsgesetz: Widerspruchsregelung»

Für die Abstimmungsempfehlungen gegenüber der Bevölkerung braucht die FMH einen verbindlichen Entscheid der Delegiertenversammlung, da diese gemäss den Statuten der FMH für die Behandlung und Entscheidung aller wichtigen gesundheits- und standespolitischen Fragen zuständig ist, welche nicht der Ärztekammer vorbehalten sind. Es sind also die 33 Delegierten der von der Ärztekammer anerkannten Dachverbände sowie des Verbands der Assistenz- und Oberärztinnen und -ärzte (VSAO), der leitenden Spitalärztinnen und -ärzte und der Medical Women Switzerland, welche das Transplantationsgesetz diskutiert und mit grosser Mehrheit die Abstimmungsempfehlung beschlossen haben. Diesem Beschluss ist die FMH verpflichtet auf der Basis der demokratischen und repräsentativen Vertretungen ihrer Mitgliedorganisationen in Delegiertenversammlung und Ärztekammer.

In der Folge hat die FMH zum Transplantationsgesetz differenziert kommuniziert und insbesondere Stellung bezogen, dass die festgehaltene Willensäußerung zu Lebzeiten eine Entlastung darstellt für die Angehörigen. Ebenfalls wichtig für die Angehörigen ist, dass der mutmassliche Wille der Organspenderin, des Organspenders respektiert wird. Das Parlament hat beschlossen, mit dem Gegenvorschlag zur Organspendeinitiative die «erweiterte Widerspruchslösung» zur Abstimmung zu bringen. Diese legt fest, dass die Organentnahme verboten bleibt, wenn der Wille der verstorbenen Person nicht dokumentiert ist und keine Angehörigen zum mutmasslichen Willen befragt werden können.

Dr. med. Yvonne Gilli, Präsidentin FMH

## Briefe

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

[www.saez.ch/de/publizieren/leserbrief-einreichen/](http://www.saez.ch/de/publizieren/leserbrief-einreichen/)

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

## Geschäftsbericht 2021 der FMH Services Genossenschaft



Dr. med., MLaw  
Beat Bumbacher  
Präsident der Verwaltung  
FMH Services  
Genossenschaft

Die FMH Services Genossenschaft hat das Geschäftsjahr 2021 erfolgreich abgeschlossen. Dazu beigetragen haben die positive Entwicklung der Finanzanlagen und ein ausserordentlicher Wertschriftengewinn, welcher als Sondereffekt das Gesamtergebnis massgeblich verbessert. Die Substanz der Genossenschaft konnte dadurch weiter gestärkt werden, und die Bilanz zeigt eine gesunde Struktur. Den umfassenden Geschäftsbericht 2021 finden Sie auf unserer Website [www.fmhservices.ch](http://www.fmhservices.ch). Die im operativen Bereich tätige FMH Consulting Services AG hat 2021 gut gearbeitet. Unsere Dienstleistungen werden stark nachgefragt. Das Angebot ist

umfassend, und die erfolgreiche Zusammenarbeit mit unseren Kundinnen und Kunden baut auf der langjährigen Erfahrung und dem Fachwissen unserer Mitarbeitenden auf. Der tägliche Austausch mit Ihnen als Genossenschafterinnen und Genossenschaftern gibt uns zudem viele wertvolle Rückmeldungen, um unsere Dienstleistungen weiterzuentwickeln und auch Neues zu lancieren. So konnten wir im vergangenen Jahr unsere Rechtsberatung weiter ausbauen und einzelne, neue Beratungsmodule ins Angebot aufnehmen. Mit unserer neutralen Beratung zeigen wir attraktive unternehmerische Möglichkeiten auf. Wir sind der führende Partner in der Schweiz, wenn es um Kauf, Gründung, Führung und Übergabe einer Arztpraxis oder einer anderen ambulanten ärztlichen Institution geht.

Ich bedanke mich bei allen Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern der FMH Services für ihr grosses und professionelles Engagement. Der Dank geht auch an alle Mitglieder in unserem schweizweiten und engmaschigen Partnernetzwerk.

Ihnen als Genossenschafterinnen und Genossenschaftern danke ich herzlich für Ihre Treue und das Vertrauen, das wir bei Ihnen geniessen.

## Rapport de gestion 2021 de la coopérative FMH Services



Dr. méd., MLaw  
Beat Bumbacher  
Président du conseil  
d'administration de la  
coopérative FMH Services

La coopérative FMH Services a terminé l'exercice 2021 avec succès. L'évolution positive des placements financiers et un gain exceptionnel sur titres, qui a considérablement amélioré le résultat global, y ont contribué. La santé financière de la coopérative a ainsi pu être renforcée. Le bilan présente une structure saine. Vous trouverez le rapport de gestion 2021 détaillé sur notre site internet [www.fmhservices.ch](http://www.fmhservices.ch). FMH Consulting Services AG active dans le domaine opérationnel a très bien travaillé en 2021. Nos prestations sont fortement sollicitées. L'offre est vaste et la

collaboration fructueuse avec nos clients se fonde sur l'expérience de longue date et le savoir-faire de nos collaborateurs. L'échange quotidien avec vous, chers sociétaires, nous apporte par ailleurs de précieuses indications qui nous permettent d'améliorer nos prestations et également de lancer de nouveaux produits. L'année dernière, nous avons ainsi pu élargir notre conseil juridique et intégrer de nouveaux modules de conseil dans notre offre. Avec notre conseil indépendant, nous mettons en lumière des opportunités intéressantes sur le plan entrepreneurial. Nous sommes le partenaire leader en Suisse quand il s'agit de l'acquisition, de la fondation, de la gestion et de la remise d'un cabinet médical ou d'une autre institution médicale ambulatoire.

J'adresse mes chaleureux remerciements à tous les collaborateurs et collaboratrices de FMH Services pour leur engagement professionnel et fructueux. Mes remerciements vont aussi à tous les membres de notre réseau de partenaires actifs dans toute la Suisse. Quant à vous, chers sociétaires, je vous remercie vivement de votre fidélité et de votre confiance.

# Grüne Arztpraxis: Wie geht das?

**Julia Rippstein**

Redaktorin der *Schweizerischen Ärztezeitung*

In einer Praxis tätige Ärztinnen und Ärzte können mit einfachen und effektiven Massnahmen dazu beitragen, die CO<sub>2</sub>-Bilanz des Gesundheitssystems zu verbessern. Doch was noch fehlt, ist eine umfassende und koordinierte Strategie.

«Die Mehrheit der Hausarztpraxen kann ihre CO<sub>2</sub>-Bilanz deutlich senken.» Diese Aussage stammt von Nicolas Senn, Leiter der Abteilung Hausarztmedizin bei Unisanté und Mitautor der ersten Studie, die den CO<sub>2</sub>-Fussabdruck der Arztpraxen in der Schweiz untersucht hat. Wenn die Ärzteschaft angesichts der Klimakrise Alarm schlägt, kann sie selbst durch ihre tägliche klinische Praxis zur Trendumkehr beitragen. Das Gesundheitssystem verursacht 6,7% der nationalen Treibhausgas-Emissionen, was die Schweiz unter den vier grössten Klimasündern platziert [1]. Von diesen 6,7% sind 80% dem Spitalwesen zuzuschreiben, und 20% stammen aus dem ambulanten Bereich. Allgemeinpraxen machen zwar nur 1% des Gesundheitssektors aus, sie bergen aber das Potenzial zur Reduktion ihres CO<sub>2</sub>-Fussabdrucks um den Faktor 10 bei den am schlechtesten abschneidenden Praxen [2].

Laut der von Nicolas Senn geleiteten Studie [3] sind die Umweltauswirkungen von Hausarztpraxen zu 75 bis 80% auf Transport und Infrastruktur zurückzuführen, zwei Bereiche, die ebenfalls in anderen Sektoren domi-

nieren. «Eine der wichtigsten Feststellungen ist, dass die Mehrheit der Emissionen von nichtmedizinischen Aktivitäten herrührt», erklärt der Allgemeinmediziner. Mit 55% ist der Transport der grösste Posten: Die Mehrheit des Personals fährt mit dem Auto zur Arbeit, obwohl es in der Nähe wohnt und die meisten Praxen in der Schweiz in städtischen Gebieten liegen. «Wenn man das Personal dazu bringt, ein anderes Verkehrsmittel zu wählen, kann man die CO<sub>2</sub>-Bilanz stark verbessern», sagt Nicolas Senn. Dies kann durch die Subventionierung eines Abonnements für den öffentlichen Verkehr oder die Einführung von Fahrradtagen geschehen. Im medizinischen Zentrum La Côte in Neuenburg werden sich die Mitarbeitenden «Öko-Challenges» stellen. «Wir werden Teams bilden und die Anzahl Tage zählen, an denen jeder zu Fuss, mit dem Velo oder mit dem Bus kommt», erzählt Sylvie Maitre, Allergologin und Mitinitiatorin des von der Stadt ausgezeichneten Öko-projekts der Praxis [4]. «Wir versuchen auch, Fahrgemeinschaften sowie die Nutzung der öffentlichen Verkehrsmittel zu fördern», fügt sie hinzu.



Bei der Stromversorgung auf fossile Brennstoffe verzichten: Eine Praxis im Kanton Freiburg wird mit Solarenergie betrieben.

## Mehr als 100 m<sup>2</sup> pro ärztliche Fachperson

Auch die Patientinnen und Patienten bevorzugen das Auto. Hier kann die Prävention angesprochen werden. «Das ist nicht nur gut für die Umwelt, sondern auch für die Gesundheit, man spricht von Co-Benefits», sagt Nicolas Senn. Um Menschen, die nicht kräftig genug sind, den Weg in die Praxis zu ersparen, ist die telefonische Beratung, wie sie die Neuenburger Modellpraxis anbietet, eine wirksame Lösung. «Die Patienten sind manchmal überrascht, aber schätzen das im Allgemeinen, besonders wenn es nur um die Mitteilung von Resultaten geht», sagt Sylvie Maître. Was die Kurierdienste betrifft, so können Leerfahrten vermieden werden, indem man weniger dringende Analysen ein paar Tage kühl lagert. «Nicht alles muss am selben Tag verschickt werden», sagt der Professor an der Fakultät für Biologie und Medizin in Lausanne. Zweitgrösster Posten: die Infrastruktur. In den zehn analysierten Praxen, die sich alle in der Westschweiz befinden, beträgt die durchschnittliche Fläche pro ärztliche Fachperson über 100 m<sup>2</sup>. Die FMH empfiehlt 60 m<sup>2</sup>, einschliesslich Wartezimmer und Empfang. «Das ist enorm», sagt Nicolas Senn. Da das gesamte Pflegepersonal selten zu 100% arbeitet, kommt es zu einem erheblichen Leerstand der Räumlichkeiten, die geheizt werden müssen, auch wenn sie nicht genutzt werden. «Indem man die Arbeitszeit in den Praxen optimiert und/oder die Fläche pro Arzt reduziert, indem man beispielsweise eine zusätzliche Person einstellt, ist dies ein wirksames Mittel, das nichts an der medizinischen Praxis ändern wird.» Er empfiehlt auch, die Heizung, um ein oder zwei Grad zu senken und das heisse Wasser in wenig gebrauchten Räumen abzustellen. Bei neuen Praxen wird zunehmend auf erneuerbare Energien gesetzt, wie bei der Praxis von Dr. Hugo Delsert, die im Sommer 2021 in Vuisternens-devant-Romont (FR) eröffnet wurde: «Der Strom kommt von den Solarzellen auf dem Dach des Gebäudes», sagt er. Während die jüngere Generation stärker sensibilisiert ist, stellt Nicolas Senn fest, dass «die Ärzteschaft sich



In der Arztpraxis La Côte in Neuenburg werden die Telefone an einer gemeinsamen Ladestation mit Timer geladen.

oft nicht bewusst ist, welche Infrastruktur für den Betrieb einer Praxis notwendig ist. Sie denken in erster Linie an klinische Tätigkeiten, medizinische Geräte und Papierkram, die letztlich kaum ins Gewicht fallen.»

## Sterile Kompressen nicht immer nützlich

Ganz so vernachlässigbar ist der Einfluss der Klinik nicht: Die praxisinternen Aktivitäten tragen zwischen 20 und 25% zum CO<sub>2</sub>-Fussabdruck bei. Verbrauchsmaterialien wie Kompressen, plastifizierte Bettschutzeinlagen, Handschuhe und Masken sind für 5,5% der CO<sub>2</sub>-Emissionen verantwortlich. Dabei handelt es sich um Material, das täglich und in grossen Mengen verwendet wird. «Sterile Kompressen werden oft in Gruppen von fünf Stück verpackt, doch es kommt häufig vor, dass man nur eine benutzt und den Rest wegwirft.» Nicolas Senn empfiehlt, besser über den Nutzen einer Komresse nachzudenken und überverpackte Produkte zu vermeiden. Eine weitere wirksame Massnahme ist die Wahl von Verbandsmaterial ohne Baumwolle, da diese Faser von weit herkommt und für ihre Herstellung viel Wasser benötigt wird. Ausserdem ist der Sterilisationsprozess CO<sub>2</sub>-intensiv. Wie steht es um die Hygiene? «Man braucht Desinfektionsmittel, um eine schmutzige Wunde zu reinigen, ein steriler Verband ist daher oft unnötig», betont der Professor, der vor Überhygiene und dem Risiko der Entstehung von Resistenzen warnt.

Medizinische Geräte wie Blutdruckmesser, Elektrokardiogramm und Röntgenaufnahmen haben nur geringe Auswirkungen, ebenso wie die Elektrizität (>1%). «Es ist immer sinnvoll, solche Geräte auszuschalten, aber es bleibt eine bescheidene Massnahme.» Bei nichtmedizinischen Geräten wie Computern, Telefonen und Druckern gibt es dagegen ein grösseres Reduktionspotenzial, z.B. durch eine Verdoppelung der Lebensdauer dieser Geräte. In der Praxis in La Côte nehmen die Mitarbeitenden die Telefone in einem Ladegerät mit programmiertem Timer zusammen: So lädt jedes Telefon nur eine Stunde lang, anstatt den ganzen Tag in seiner individuellen Ladesta-

## CO<sub>2</sub>-Bilanz einer Durchschnitts-Praxis

Die Berechnung der CO<sub>2</sub>-Bilanz ist ein Ansatz zur Lebenszyklusanalyse, der im Ingenieurwesen verwendet wird. Für einen bestimmten Gegenstand (z.B. Maske) werden die CO<sub>2</sub>-Emissionen jeder Phase des Lebenszyklus von der Herstellung bis zur Nutzung addiert: Das reicht vom CO<sub>2</sub>-Ausstoss bei der Herstellung des Gummiband der Maske über die verwendeten Materialien bis hin zur Nutzung und Entsorgung der Maske. Laut der Studie von Unisanté, die zehn Praxen in der Westschweiz analysierte, hat die typische Praxis einen jährlichen CO<sub>2</sub>-Fussabdruck von 30 Tonnen CO<sub>2</sub>eq, wobei dieser Durchschnittswert von Praxis zu Praxis recht unterschiedlich ist. Sie besteht im Durchschnitt aus zwei ärztlichen Fachpersonen und zwei Praxisassistentinnen oder -assistenten (Vollzeitäquivalent) und verfügt über eine Fläche von 207 m<sup>2</sup> für 6273 Konsultationen pro Jahr (24 pro Tag). Die CO<sub>2</sub>-Bilanz pro Konsultation beträgt 5 kg CO<sub>2</sub>eq, was einer 20 km langen Fahrt mit einem benzinbetriebenen Auto entspricht.

## Tipps für eine umweltfreundliche Praxis

Die Empfehlungen wurden in Zusammenarbeit mit den analysierten Praxen und freiwilligen Allgemeinmedizinerinnen und -medizinern erarbeitet. «Wir haben an der Form eines Konsenses gearbeitet. Es ist leicht zu sagen, dass man die Emissionen um das Zehnfache senken kann, aber es muss auch machbar sein. Das Ziel war es, ein Gleichgewicht zwischen Wirksamkeit und Machbarkeit zu finden», sagt Nicolas Senn. Hier sind die effektivsten und am einfachsten umsetzbaren Massnahmen, um die CO<sub>2</sub>-Bilanz zu senken [2]:

- Flächennutzung optimieren und nicht mehr als 60 m<sup>2</sup> pro Ärztin resp. Arzt nutzen
- Mitarbeitende und Patientinnen und Patienten dazu bewegen, auf das Auto zu verzichten, um in die Praxis zu kommen
- Möglichst vermeiden, den Kurierdienst für nicht dringende Analysen anzufordern
- Wattfreie Kompressen verwenden (z.B. aus Zellulose)
- Heizung um ein Grad herunterdrehen
- Heisses Wasser an einigen Wasserhähnen abdrehen
- Lebensdauer von Computern verdoppeln
- Überverpacktes Pflegematerial vermeiden

tion zu stehen. Andere energieintensive Geräte sind Essens- und Getränkeautomaten und Kaffeekapselmaschinen: «Wir haben die Automaten durch eine hölzerne ‘Snackbox’ mit Sparschwein ersetzt, und die Patienten können sich an einer Maschine mit Bohnenkaffee bedienen», sagt Sylvie Maître.

Was ist mit Medikamenten? Aus praktischen Gründen wurden sie in der Studie nicht berücksichtigt. «Der Arzt steht am Ende der Lieferkette und kann den Lebenszyklus eines Medikaments nur schwer beeinflussen. Die Grundversorgung ist weniger betroffen als die Spitäler.» Nicolas Senn ist sich jedoch der Auswirkungen dieses Postens bewusst: Fast ein Drittel der Emissionen sind laut einem französischen Bericht auf Medikamente zurückzuführen [5]. Es gibt zwar nachhaltige Medikamente, aber ihre Verschreibung bleibt eine noch weitgehend unbekannt Praxis.

## Schon in der Ausbildung sensibilisieren

Die Bestrebungen, Arztpraxen umweltfreundlicher zu gestalten, sind nicht erst seit gestern bekannt. Die Ärztinnen und Ärzte für Umweltschutz (AefU) beschäftigen sich seit über zehn Jahren mit dem Thema. Im Jahr 2010 veröffentlichte die Organisation eine Reihe von Broschüren mit Empfehlungen zur Senkung des Energieverbrauchs in Arztpraxen [6]. Vor kurzem wies sie auf das Potenzial bei der Reduktion des Gebrauchs von Asthmasprays hin, wodurch jährlich etwa 13000 Tonnen CO<sub>2</sub> vermieden werden könnten [7]. «Unser Ziel ist es, die Zusammenhänge zwischen Gesundheit und Umwelt aufzuzeigen. Als Ärztinnen und Ärzte fragen wir uns, wie wir die Situation durch eine nachhaltige medizinische Praxis im Alltag verbessern können», erklärt Bernhard Aufderreggen, Präsident von AefU. Alle Praktikerinnen und Praktiker sollten sich ihrer Auswirkungen auf die Umwelt bewusst sein. Dies wird angehenden ärztlichen Fachpersonen jedoch noch zu wenig vermittelt, beklagt er.

Werden in den Praxen dennoch nach und nach umweltfreundliche Praktiken eingeführt? «Leider wissen wir noch viel zu wenig, was in der Praxis passiert», sagt Bernhard Aufderreggen und begrüsst die Studie von Unisanté. Individuelle Massnahmen sind zwar ein erster Schritt, aber sie reichen nicht aus und scheitern oft an kantonalen Richtlinien. Dies ist in Zürich der Fall, wo die Hygienekommission ihre Anforderungen verschärft hat und die gynäkologischen Fachpersonen verpflichtet, die Spekula vor der Sterilisation einzeln zu verpacken. Der Präsident der AefU sagt: «Das zeigt, dass nicht alles auf den Schultern der Ärzteschaft ruhen kann. Das Schweizer Gesundheitssystem ist komplex und dezentralisiert. Wir haben bei verschiedenen Stellen vorgeschlagen, eine nationale Task Force zu gründen, die alle Akteure des Sektors vereint. Ohne eine umfassende und koordinierte Strategie werden wir unsere Ziele nicht erreichen.» Das wichtigste Ziel? Die CO<sub>2</sub>-Neutralität des Gesundheitswesens bis 2030. Bernhard Aufderreggen erinnerte daran, dass die Art und Weise, wie die Medizin ausgeübt wird, einen Einfluss hat: «Prävention und die Gesunderhaltung von Patientinnen und Patienten sind wesentlich umweltfreundlicher als das Verschreiben von Behandlungen und Untersuchungen.»

## Übergeordnete Koordination nötig

In Zusammenarbeit mit den Behörden wird das Team um Nicolas Senn bis Ende 2023 einen Online-Simulator entwickeln, mit dem alle Arztpraxen im Kanton Waadt ihre CO<sub>2</sub>-Bilanz anhand der eingegebenen Merkmale berechnen können und entsprechende Empfehlungen erhalten. Der Professor hofft, dass der Simulator eines Tages von allen Kantonen genutzt werden kann und schätzt, dass die Praxen bis 2030 eine Reduktion von mindestens 20–30% anstreben können.

Was ermutigend ist: 75–80% der Allgemeinmedizinerinnen und -mediziner halten eine bessere Integration ökologischer Fragen in die medizinische Praxis für wichtig, wie eine Umfrage der Abteilung für Hausarztmedizin von Unisanté unter 500 hausärztlichen Fachpersonen der Westschweiz ergab [8]. Der Wille zur CO<sub>2</sub>-Neutralität ist unter der Ärzteschaft also durchaus vorhanden, es fehlt jedoch noch an einem umfassenderen politischen Impuls.

## 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.

Literatur  
Vollständige Literaturliste  
unter [www.saez.ch](http://www.saez.ch) oder via  
QR-Code



redaktion.saez[at]emh.ch

## Zur Geschichte der Einwegspritze

# Emotionale Injektionen

**Eberhard Wolff**

Prof. Dr. rer. soc., Redaktor Kultur, Geschichte, Gesellschaft

Einweg emotionalisiert. Ein chirurgischer Wegwerf-Nadelhalter aus Edelmetall etwa wurde auf dem letztjährigen deutschen Ärztetag zum Symbol für die «un-glaubliche Ressourcenverschwendung» im Gesundheitswesen gemacht. Das Thema boomt. Ein Blick auf die Geschichte der Einwegspritze zeigt allerdings, dass Nachhaltigkeit auch bei «Wegwerfprodukten» in ein Netz unterschiedlicher Ziele und Werte eingebunden ist.

Die Begrifflichkeit, die heute im Umfeld von Einwegprodukten verwendet wird, spricht eine eindeutig abwertende Sprache: Abfall, Plastik, Wegwerfmentalität oder Bequemlichkeit. Auch hinter dem Ersatz der nach jedem Gebrauch zu sterilisierenden Glas- und Metallspritzen durch Einwegmodelle in den 1950er und 1960er Jahren wird heute oft «Bequemlichkeit» als Hauptgrund gesehen. Wie gewöhnlich bei Innovationen kamen hier jedoch viele Gründe zusammen.

### Hygienisch und praktisch

Zunächst wirkte das Zeitalter therapeutischer Injektionen, von Antibiotika wie Penicillin über Hormone wie Insulin bis zu weltweiten Impfkampagnen, z.B. gegen Polio. Sie erforderten eine flexible, massenhafte Verfügbarkeit von Injektionsgeräten. Hinzu kam die boomende Transfusionsmedizin. «Einweg», beginnend mit Pappbechern als «Gesundheitsgeschirr» in den 1870er Jahren, war auch ein Kind des aufkommenden, umfassenden Hygienegedankens. Mit «Einweg» versprach und verspricht man sich einen effizienteren Schutz vor Krankheitsübertragung. Natürlich waren die praktischen Einmalprodukte auch einfacher zu handhaben, effizienter und somit arbeitsökonomischer. Das galt entsprechend für die anderen Einwegprodukte im Spital wie Masken, Handschuhe oder operative Instrumente. Und nicht zuletzt war und ist Einweg auch ein gewisser Schutz vor körperlichem Ekel im Gesundheitswesen.

Auch im Haushalt hielten Feuerzeuge, Kugelschreiber oder Rasierer «zum Wegwerfen» Einzug. Im aufkommenden Konsumkapitalismus galt Abfall noch nicht als ökologisches Problem. Doch bereits in den 1960er Jahren gab es eine ernsthafte Besorgnis speziell um den Spritzenabfall. Allerdings aus Gründen gesundheitlicher Sicherheit. Spezielle Entsorgungsrichtlinien

sollten dafür sorgen, dass die Spritzen mit den scharfen Nadeln nicht in die Hände von spielenden Kindern, Abfallentsorgenden und Drogenabhängigen gelangten.

### Von Glas zu Synthetik

Immer wieder wird der neuseeländische Erfinder Colin Murdoch (1929–2008) als Vater der (Plastik-)Einwegspritze bezeichnet. Er soll auch das Betäubungsgewehr erfunden haben. Sein Patent stammt von 1956. Doch wenn man genauer hinsieht, war die Innovation zu diesem Zeitpunkt schon viele Male entwickelt worden. Als Vorläufer der Einwegspritze war schon während des Zweiten Weltkriegs unter dem Namen «Syrette» eine Art Tube mit Nadel der Firma Squibb u.a. zur schnellen Morphin- oder Atropinabgabe (wegen gefürchteter Giftgasangriffe) auf dem US-Markt. 1943 wurde von der damaligen Firma Wyeth unter dem

### In den 60er Jahren breiteten sich die steril abgepackten Einwegspritzen aus und wurden zum Standard und Symbol für moderne Medizin.

Namen «Tubex» ein Einweg-Glasampullen-Nadel-Kassettsystem in einer wiederverwendbaren Halterung entwickelt.

Der aus Österreich nach Australien emigrierte Charles Rothauer (1913–1997) war eigentlich Produzent von Spielpuppen aus Synthetik-Material. 1948 stellte er in Adelaide die erste Injektionsspritze aus undurchsichtigem Polyethylen, später Polypropylen her, offenbar weil sich das Penicillin gerne am Glaszylinder festsetzte und dies die Reinigung erschwerte (Abb. 1). Zum Schutz vor Hepatitis-Übertragungen anästhesierte das Serum Center des Michael Reese Hospital (Chicago) bereits 1950 vor Blutabnahmen die Haut mit selbst gebauten Einmal-Injektions-Vorrichtungen aus Gummi und



**Abbildung 1:** Einwegspritze aus Kunststoff designed von Harry Whillis und Charles Rot-hauser, 1949 (© Collection: Museum of Applied Arts and Sciences. Gift of Charles Rot-hauser AO. Photographer Marinco Kojdanovski).

Metall und präsentierte seine Technik stolz im *Journal of the American Medical Association*.

Die industrielle Grossproduktion, zunächst mit einem Glaszylinder, begann Mitte der 1950er Jahre. Etwa 1954 mit der ersten Glaseinwegspritze von Becton Dickinson für Polio-Massenimpfungen. Ihr Name war «Hypak» bzw. «Discardit». *To discard* bedeutet u.a. «wegwerfen». 1955 brachte die Firma Roehr, heute Cardinal Health, unter dem Namen «Monoject» eine Einmal-Kunststoffspritze heraus. «Plastipak» von Becton Dickinson kam als Massenprodukt 1961 auf den US-Markt. In Europa brachte die deutsche Firma B. Braun 1962 die Kunststoff-«Braunüle» für Dauerinfusionen heraus.

Die sich entwickelnde Synthetik-Technologie beschleunigte alles. Die Standardmaterialien Polystyrol, Polypropylen oder Polyethylen (PS, PP, PE) verdrängten Glas und Metall für den Zylinder, den Kolben und den Kanülensockel vollständig. Sie waren weniger bruchanfällig als Glas und wurden zunehmend mit Reinheit gleichgesetzt.

In den 1960er Jahren breiteten sich die steril abgepackten Einwegspritzen rasant aus und wurden zum Standard und Symbol für moderne Medizin. Der britische *National Health Service* gab 1965 Einmalspritzen kistenweise und umsonst an die Hausärzteschaft ab. Weltweite Immunisierungskampagnen taten das ihre dazu.

### Sicherheit vs. Nachhaltigkeit

Die Kritik am Einweg im Gesundheitswesen entwickelte sich nur langsam. Das *Deutsche Ärzteblatt* zum Beispiel berichtete zwar schon um 1970 allgemein über

Themen des neueren «Umweltschutzes». Ein kritischer Bericht über Einwegprodukte sowie Abfallvermeidung im Spital ist allerdings erst 1990 nachweisbar.

Richtig aufgeflammt ist die Nachhaltigkeits-Debatte dann in den letzten Jahren mit dem Ziel, auf die ökologischen Folgen der Einweg-Praktiken aufmerksam zu machen: dass sie nicht nur Abfall produzieren, sondern auch Rohstoffe und Energie verbrauchen würden und die Produkte teilweise unter katastrophalen Arbeitsbedingungen hergestellt würden. Aktuell kam noch das Argument instabiler globaler Lieferketten hinzu. Gleichzeitig formiert sich neuerdings eine Kritik an strengen Sterilisierungs-Regulatorien für den Mehrweg-Gebrauch, etwa in kleinen Arztpraxen.

Dass die praktische Anwendung von Mehrweg-Systemen gerade im Gesundheitsbereich allerdings weniger verbreitet ist, mag daran liegen, dass die ökologische Argumentation gerade im Gesundheitsbereich in einer harten Konkurrenz mit jenem Argumentationsgang stand und steht, der sich mindestens genauso gut dramatisch darstellen lässt: die gesundheitliche Sicherheit. Insbesondere in Zeiten infektiöser Herausforderungen war und ist dies der Fall. Nicht nur in den letzten beiden Corona-Jahren führte die Infektionsangst zu einem Einweg-Boom. Bereits in der Aids-Ära wurde speziell die Einwegspritze eher als Rettung denn als ökologisches Problem betrachtet. Der genannte Colin Murdoch behauptete 1993 sogar, ohne seine Erfindung hätten sich womöglich 30 bis 40 Prozent der Weltbevölkerung mit HIV infiziert.

Die Einwegspritze wird in Zukunft wohl auch in nachhaltigen Spitälern anzutreffen sein. Ihr Versprechen von Sicherheit und Praktikabilität wird stärker sein als der schlechte Ruf des Plastikabfalls. Anders ist das vermutlich beim metallenen Wegwerf-Nadelhalter. Ein Nachhaltigkeits-Vorschlag lautet, ihn nicht mehr aus Edelmetall herzustellen, sondern – aus Plastik.

*Einzelnachweise und Literatur beim Verfasser.*

### 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.

# Aus Patientenerfahrungen lernen

Nikola Biller-Andorno<sup>a</sup>, Andrea Glässel<sup>b</sup>, Corine Mouton Dorey<sup>c</sup>, Hermann Amstad<sup>d</sup>

<sup>a</sup> Prof. Dr. med. Dr. phil., Direktorin des Instituts für Biomedizinische Ethik und Medizingeschichte (IBME), Universität Zürich; <sup>b</sup> Prof. (ZFH) Dr. rer. biol. hum., Fachstelle Interprofessionelle Lehre und Praxis, Zürcher Hochschule für Angewandte Wissenschaften, Winterthur, und Institut für Biomedizinische Ethik und Medizingeschichte (IBME), Universität Zürich; <sup>c</sup> Dr. med., PhD, Forscherin am Institut für Biomedizinische Ethik und Medizingeschichte (IBME), Universität Zürich; <sup>d</sup> Dr. med., amstad-kor, Basel

Was erleben Menschen, wenn sie an einer Krankheit leiden? Welche Erfahrungen machen sie als Patientinnen und Patienten in Arztpraxen oder im Spital? Was für eine Art von Unterstützung finden sie hilfreich, und wo wünschen sie sich weitere Angebote? Die Schweizer Datenbank für individuelle Patientenerfahrungen DIPEX sammelt Erzählungen von Betroffenen und macht sie online zugänglich.

Viele Gesundheitseinrichtungen betonen in ihren Leitbildern die Bedeutung der Patientenorientierung, deren Umsetzung im Alltag nicht immer oder vollständig gelingt. Dabei könnten aus den vielfältigen Erfahrungen, die Patientinnen und Patienten tagtäglich machen, wertvolle Rückschlüsse für das Gesundheitswesen gezogen werden. *Patient-Reported Outcome Measures* (PROMs) und *Patient-Reported Experience Measures* (PREMs) sind dazu ein möglicher Ansatz, reichen aber nicht aus, da sie oft auf wenige, zentrale Parameter beschränkt sind [1].

Mit dem vom Institut für Biomedizinische Ethik (IBME) der Universität Zürich 2017 zusammen mit der Zürcher Hochschule für Angewandte Wissenschaften (ZHAW) lancierten DIPEX-Projekt entsteht aktuell in der Schweiz eine reichhaltige Quelle an qualitativen Erfahrungsberichten von Patientinnen und Patienten und Betroffenen. DIPEX ist das Akronym für *Database of Individual Patient Experiences*. DIPEX sammelt Erzählungen von Patientinnen und Patienten aus der Schweiz über ihre Krankheitserfahrungen und macht sie auf der Website [www.dipex.ch](http://www.dipex.ch) der Öffentlichkeit zugänglich.

Zusammen mit 14 Nationen ist die Schweiz Teil des Netzwerks von DIPEX International, zu dem unter anderem Grossbritannien, Deutschland, die USA und Kanada gehören.

## Erfahrungen teilen

DIPEX arbeitet mit einer qualitativen Forschungsmethodik, welche an der Universität Oxford entwickelt wurde. Für jedes Gesundheitsthema werden zwischen 30 und 50 Personen nach ihren persönlichen Erfahrungen befragt. Die Auswahl der Gesprächspartnerinnen und -partner erfolgt nach dem Konzept des

*purposive sampling*, welches darauf zielt, eine möglichst grosse Breite an Erfahrungen abzudecken. Was Menschen über ihr Leben und ihre Erfahrungen im Umgang mit Gesundheit und Krankheit zu erzählen haben, wird in offenen Interviews erhoben und nach einer etablierten Methode ausgewertet. Die resultierenden inhaltlichen Themen werden mit ausgewählten Video-, Audio- oder Textausschnitten aus den Interviews unter Berücksichtigung relevanter Ethik- und Datenschutzaspekte illustriert und auf der Website zugänglich gemacht.

**Das Ziel von DIPEX ist es, wissenschaftlich abgestützte Patientenerfahrungen zugänglich und nutzbar zu machen.**

Von den öffentlich zugänglichen Erfahrungen anderer zu lernen ist in vielerlei Hinsicht hilfreich:

- *Selbsthilfe*: Menschen mit ähnlichen gesundheitlichen Problemen finden auf der Website Informationen, die ihnen im Umgang mit der eigenen Krankheit helfen können.
- *Qualitätsverbesserung*: Die Erzählungen können als verlässliche Informationsquelle für die Verbesserung der Gesundheitsversorgung dienen, weil sie einen systematischen Zugang zur Perspektive von Patientinnen und Patienten bieten. Erfahrungen aus Sicht von Betroffenen schaffen über die DIPEX-Daten somit eine zusätzliche Form der Evidenz, deren Bedeutung für eine zeitgemässe, evidenzbasierte Politikgestaltung zunehmend erkannt wird.
- *Aus- und Weiterbildung*: Systematisch gesammelte Erfahrungen lassen sich über die Datenbank für Aus- und Weiterbildungszwecke in den verschiedenen Gesundheitsberufen nutzen. Lernen Studie-

**Tabelle 1:** Module in Erarbeitung auf der Schweizer DIPEX-Website (www.dipex.ch, Stand März 2022).

- Menschen mit Demenz und ihre Angehörigen
- Individuelle Erfahrungen mit Covid-19
- Leben mit Chronischem Schmerz
- Intensivmedizin aus Perspektive von Patientinnen und Patienten und Angehörigen
- Schwangerschaft und pränatale Diagnostik
- Reden über das Leben mit Multipler Sklerose
- Tiefenhirnstimulation (DBS) und Duodopa-Pumpe bei Parkinson-Krankheit
- Entscheidungsfindung bei jungen hämato-onkologischen Patientinnen und Patienten
- Psychische Gesundheit
- Leben mit einer seltenen Krankheit. Erfahrungen von Betroffenen und Familien

rende beispielsweise aus der Medizin die Bedürfnisse und Präferenzen von Patientinnen und Patienten besser verstehen, kann das unmittelbar zu einer stärker patientenorientierten Versorgung beitragen.

- *Forschung:* Das Projekt leistet durch die Schaffung narrativer Evidenz einen Beitrag zu gesundheitsbezogener Forschung; zugleich bietet es mit einem signifikanten Korpus an Patienteninterviews Material für eine Reihe disziplinärer und methodischer Zugänge aus den *medical humanities* und darüber hinaus. Die erhobenen Patientenerfahrungen können zudem in Forschungsprozesse mit dem Ziel der Entwicklung praxisnaher Produkte, wie z.B. Entscheidungshilfen oder PROMs, einfließen.

Der mit Covid-19 ausgelöste Digitalisierungsschub in der Medizin macht Angebote wie DIPEX auf vielfältige Weise hilfreich und wertvoll (z.B. als ergänzendes Material für die Selbsthilfe oder für die Lehre in der Medizin, wenn der Zugang zu Patientinnen und Patienten in der Ausbildung erschwert ist).

### Wissenschaftliche Unabhängigkeit

Anders als viele Geschichten von Betroffenen, die im Netz und in den sozialen Medien verfügbar sind und oft in einer ganz bestimmten Absicht eingesetzt werden, z.B. für Marketing, möchte DIPEX wissenschaftlich abgestützte Patientenerfahrungen zugänglich und nutzbar machen.

Die Module zu bestimmten Themen werden zum Teil von Organisationen finanziert, die einen engen Bezug zu diesem Thema haben; dadurch könnte der Eindruck entstehen, dass die Ergebnisse eines Moduls von den Geldgebern beeinflusst werden können. DIPEX hat sich bewusst dem HON-Code (*Health on the Net*) verpflichtet, der ein Sponsoring durch die Industrie und damit die Einflussnahme oder Verwertung der Daten im Sinne des Marketings ausschliesst. Ausserdem ist das IBME Mitglied im Deutschen Netzwerk Gesundheits-

kompetenz und arbeitet an Qualitätsstandards für solche Erfahrungsberichte.

Tabelle 1 listet jene zehn Themen auf, zu denen auf dem Schweizer Portal schon Module existieren bzw. in Erarbeitung sind. Bereits enthält die Schweizer DIPEX-Datenbank über 200 Interviews. Auf der DIPEX-Website in Grossbritannien wurden seit der Gründung im Jahr 2000 mehr als 100 Module veröffentlicht.

Die Auswahl der Themen wird einerseits bestimmt durch spezifische Forschungsinteressen des Instituts und der Partnereinrichtungen; diese werden gebündelt, und anschliessend werden Drittmittel dafür gesucht (typischerweise bei Stiftungen). Andererseits werden anlässlich von Ausschreibungen von Förderorganisationen oder grossen Patientenorganisationen Gesuche eingereicht. Künftig soll es aber auch möglich sein, Interviews ausserhalb der thematischen Module aufzunehmen und in die Datenbank einzupflegen.

Um eine wissenschaftliche Unabhängigkeit zu erreichen, kommen am IBME verschiedene Kontrollmechanismen zum Einsatz. So gibt es zu jedem Themen-Modul ein *Advisory Board*, in dem Fachleute und Betroffene aus allen Landesteilen als Expertinnen und Experten vertreten sind. Von den bisher aufgezeichneten 206 Patienteninterviews liegen 127 auf Deutsch, 36 auf Französisch, 19 auf Italienisch und 27 auf Englisch vor.

### Finanzierung durch Förderverein

Die Startphase des Projekts ist beendet, und Ende November 2021 wurde die DIPEX-Website www.DIPEX.ch im Rahmen des Symposiums *Excellence in Patients Care* mit den Modulen *Menschen mit Demenz und ihre Angehörigen* und *Intensivmedizin aus Perspektive von Patientinnen und Angehörigen* online geschaltet [2]. Wie Prof. Sue Ziebland, Hauptrednerin am Symposium und Nestorin von DIPEX, betonte, ist das *experience-based co-design* gemeinsam mit Patientinnen und Patienten heute angesichts der Relevanz bürgerwissenschaftlicher Ansätze von besonderer Bedeutung. Die DIPEX-Forscherguppe



Auf der Website von DIPEX sind ausgewählte Ausschnitte aus Gesprächen mit Betroffenen abrufbar (© www.dipex.ch).

wird den Expertenaustausch im Rahmen des Jahrestreffens von DIPEX International fortsetzen können, welches das Schweizer Team im Mai 2022 ausrichten wird. Mit Eintritt in die Konsolidierungsphase wirken auch neu Hochschulinstitute aus der Westschweiz und dem Tessin mit. Ein hochkarätig besetzter Projektbeirat bietet strategischen Rat für die weitere Entwicklung [3].

**Für jedes Gesundheitsthema werden zwischen 30 und 50 Personen nach ihren persönlichen Erfahrungen befragt.**

Gelingt es zu zeigen, dass die Website DIPEX den Bedürfnissen und Anforderungen der Zielgruppen entspricht, ist vorgesehen, DIPEX langfristig auf Hochschulebene (Medizinische Fakultäten, Fachhochschulen Gesundheitsberufe, Pädagogische Hochschulen, Universitätsspitäler u.a.) einzubinden.

Die zum Teil drittmittelfinanzierten Forschungsprojekte in DIPEX sehen als zentrale Aufgabe die Aufbereitung und Verfügbarmachung der Forschungsergebnisse für die unterschiedlichen Zielgruppen. Dabei wird die künftige Geschäftsstelle von DIPEX die Koordination bestehender und die Initiierung neuer Forschungsprojekte übernehmen. Solange DIPEX jedoch nicht in die Finanzplanung auf Hochschulebene aufgenommen ist, sind die Kosten der durch Drittmittel generierten Forschungsprojekte nicht abgedeckt.

Um diese Übergangsphase finanziell zu überbrücken, soll ein Förderverein zur Finanzierung der Geschäftsstelle gegründet werden, um dem Projekt in der Konso-

lidierungsphase die notwendige finanzielle Sicherheit zu geben. Als Mitglieder kämen vor allem Gesundheitsorganisationen infrage, die das Angebot von DIPEX als wichtig erachten und denen es ein Anliegen ist, DIPEX langfristig zu erhalten und auszubauen.

**Danksagung**

Wir möchten uns in erster Linie bei allen Interviewteilnehmerinnen und Interviewteilnehmern bedanken, für ihre Offenheit und Bereitschaft, ihre Erfahrungen mit uns zu teilen. Durch diese Einblicke in die persönlichen Erzählungen machen sie DIPEX möglich.

Zudem möchten wir uns bei allen Personen und Institutionen bedanken, die uns bei der Erstellung der Module partnerschaftlich unterstützen und mit uns den «Spirit» von DIPEX teilen, hier in alphabetischer Reihenfolge:

Alzheimer Schweiz, Collegium Helveticum, Krebsliga Schweiz, Partizipative Wissenschaftsakademie der Universität Zürich, die Partner von DIPEX Germany und von DIPEX International, Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissenschaften, Schweizerische MS-Gesellschaft, Schweizerischer Nationalfonds, Universität Zürich, Zürcher Fachhochschule für Angewandte Wissenschaften, Zürcher Hochschule für Design und der Künste. Unser besonderer Dank geht an die Modulverantwortlichen und alle Personen, die uns bei der Entwicklung der Module unterstützen: Yolanda Chacon, Joana Cuenoud, Daniel Drewniak, Andrea Durisch, Beatrix Göcking, Manya Hendriks, Martina Hodel, Ivonne Ilg, Susanne Jöbges, Silvia Lazzarotto, Andrea Lehner, Anke Maatz, Tania Manríquez Roa, Corine Mouton Dorey, Joelle Ott, Andrea Radvanszky, Johann Roduit, Mengzhen Schwarz, Bettina Schwind, Karin Seiler, Giovanni Spitale, Nina Streeck, Mirriam Tyebally Fang, Sebastian Wäscher, Henrike Wiemer und Kristina Würth.

**Literatur**

- 1 Berchtold P, Gedamke S, Schmitz C. Quality through patients' eyes. Bericht an das BAG. SPO. Schweizerische Patientenorganisation. Zürich; 2020. <https://www.spo.ch/wp-content/uploads/2021/02/Bericht-Quality-through-patients-eyes-final.pdf>
- 2 [www.ibme.uzh.ch/en/Biomedical-Ethics/Agenda/Previous-Events/Excellence-in-Patient-Care-Symposium-2021.html](http://www.ibme.uzh.ch/en/Biomedical-Ethics/Agenda/Previous-Events/Excellence-in-Patient-Care-Symposium-2021.html) [Abgerufen am 27. März 2022].
- 3 [dipex.ch/dipex-switzerland/](http://dipex.ch/dipex-switzerland/) [Abgerufen am 27. März 2022].

**Das Wichtigste in Kürze**

- Im Projekt DIPEX des Instituts für Biomedizinische Ethik der Universität Zürich und der Zürcher Hochschule für Angewandte Wissenschaften werden Patientenerfahrungen aus der Schweiz gesammelt und auf der Website [www.dipex.ch](http://www.dipex.ch) zugänglich gemacht.
- Die Gesprächsausschnitte können beispielsweise für die Qualitätsverbesserung, die Aus- und Weiterbildung oder die Forschung genutzt werden.
- Um das Projekt in der Konsolidierungsphase finanziell abzusichern, soll ein Förderverein gegründet werden.
- Als Mitglieder des Fördervereins kommen Gesundheitsorganisationen infrage, denen es ein Anliegen ist, DIPEX langfristig zu erhalten und auszubauen.

redaktion.saez[at]emh.ch

# Nanoplastik überzieht die Schweiz

In der Schweiz landen möglicherweise jährlich etwa 43 Trillionen feinsten Plastikteilchen. In einer neuen Studie hat Prof. Dr. Dominik Brunner von der Eidgenössischen Materialprüfungs- und Forschungsanstalt zusammen mit Forschenden der Universität Utrecht sowie der österreichischen Zentralanstalt für Meteorologie und Geodynamik untersucht, wie viel Plastik aus der Atmosphäre herunterrieselt. Dazu hat das Forschungsteam mehrfach Proben von einer Schneefläche in den Bergen Österreichs analysiert. Die gefundenen Plastikteilchen stammten aus einem Radius von bis zu 200 Kilometern und kamen mehrheitlich aus urbanen Gebieten, doch auch Plastik aus den Weltmeeren gelangt in die Luft. Gemäss Schätzungen aus der Studie könnten sich in der Schweiz jährlich bis zu 3000 Tonnen Nanoplastik ablagern. Noch ist jedoch unklar, ob diese Art von Luftverschmutzung eine gesundheitliche Bedrohung für den Menschen bedeutet. Befürchtet wird, dass Nanopartikel die Zell-Blut-Barriere überwinden könnten, da sie über die Atmung tief in die Lungenflügel gesogen werden. (EMPA)



Die Forschenden auf dem Weg zur Probenentnahme (© ZAMPG/Niedermoser).

## GHB en circulation en Suisse romande, atteste une étude

Le GHB circule en Suisse romande et cette drogue peut être utilisée, toutefois très rarement, pour soumission chimique, confirme une étude menée en 2021. Le Centre universitaire romand de médecine légale (CURML) a recherché de manière systématique la présence de GHB dans des échantillons prélevés en Suisse romande à la suite d'agressions sexuelles, black-out, suspicions de soumission chimique, agressions diverses et infractions routières. Sur 815 tests effectués en 2021, quatre ont présenté des traces de consommation de GHB, dont un cas de soumission chimique. La moitié des échantillons obtenus après agressions sexuelles ou black-out a toutefois été obtenue dans un délai qui ne permet ni d'exclure, ni de confirmer une intoxication au GHB. Cette étude fait suite à une interpellation déposée en 2020 au Grand Conseil vaudois.

(CHUV)



© Bang Oland | Dreamstime.com

## Bientôt une pilule contraceptive masculine?

Une équipe de scientifiques a développé une pilule de contraception masculine efficace à 99% chez les souris sans provoquer d'effet secondaire visible. Des essais cliniques pourraient commencer dès la deuxième moitié de 2022. Pour développer une pilule non hormonale, le groupe de recherche a ciblé une protéine, le récepteur alpha de l'acide rétinoïque (RAR-alpha) qui joue un rôle important dans la croissance des cellules, la formation des spermatozoïdes et le développement de l'embryon. Ayant découvert que les souris dont le fonctionnement des récepteurs RAR-alpha était bloqué devenaient stériles, l'équipe a développé un composé nommé YCT529 pour bloquer l'action des RAR-alpha. Administré oralement aux souris mâles pendant quatre semaines, ce composé a drastiquement réduit la production de spermatozoïdes et a été efficace à 99% pour prévenir les grossesses, sans que soient observés d'effets secondaires. Six semaines après l'arrêt de l'ingestion de YCT529, les souris pouvaient à nouveau procréer.

(Franceinfo/AFP)

## Selbstmassage hebt Stimmung

Eine Wechselwirkung zwischen depressiven Störungen und dem muskulären Bindegewebe legen zwei neue Studien nahe. Ein Team um Prof. Johannes Michalak von der Universität Witten/Herdecke hat festgestellt, dass das muskuläre Bindegewebe der Schulter-Nackengegend bei depressiven Personen steifer und weniger elastisch ist. In einer zweiten Studie wurde eine Gruppe depressiver Versuchspersonen dazu angeleitet, sich mit einer Faszienrolle zu massieren. Eine «Placebo-Gruppe» führte Bewegungen ohne Rolle durch. Zwischen den Durchgängen wurden beiden Gruppen positiv und negativ besetzte Begriffe vorgelesen. Im Nachgang war die Stimmung bei der Gruppe mit Selbstmassage besser, und die Personen erinnerten sich weniger an negative Begriffe als in der anderen Gruppe. Als Nächstes müsste untersucht werden, ob eine umfassende Behandlung des Bindegewebes im Schulter- und Nackenbereich bei der Überwindung von Depressionen helfen könnte.

(Universität Witten/Herdecke)



© Racom | Dreamstime.com

# Frühlingsfrage

Ob sich die Blüte  
in der  
weltoffenen Lebensfreude  
an ihre  
ungewissen Hoffnungen  
erinnert,  
als sie noch  
die sichere und enge  
Knospe war?

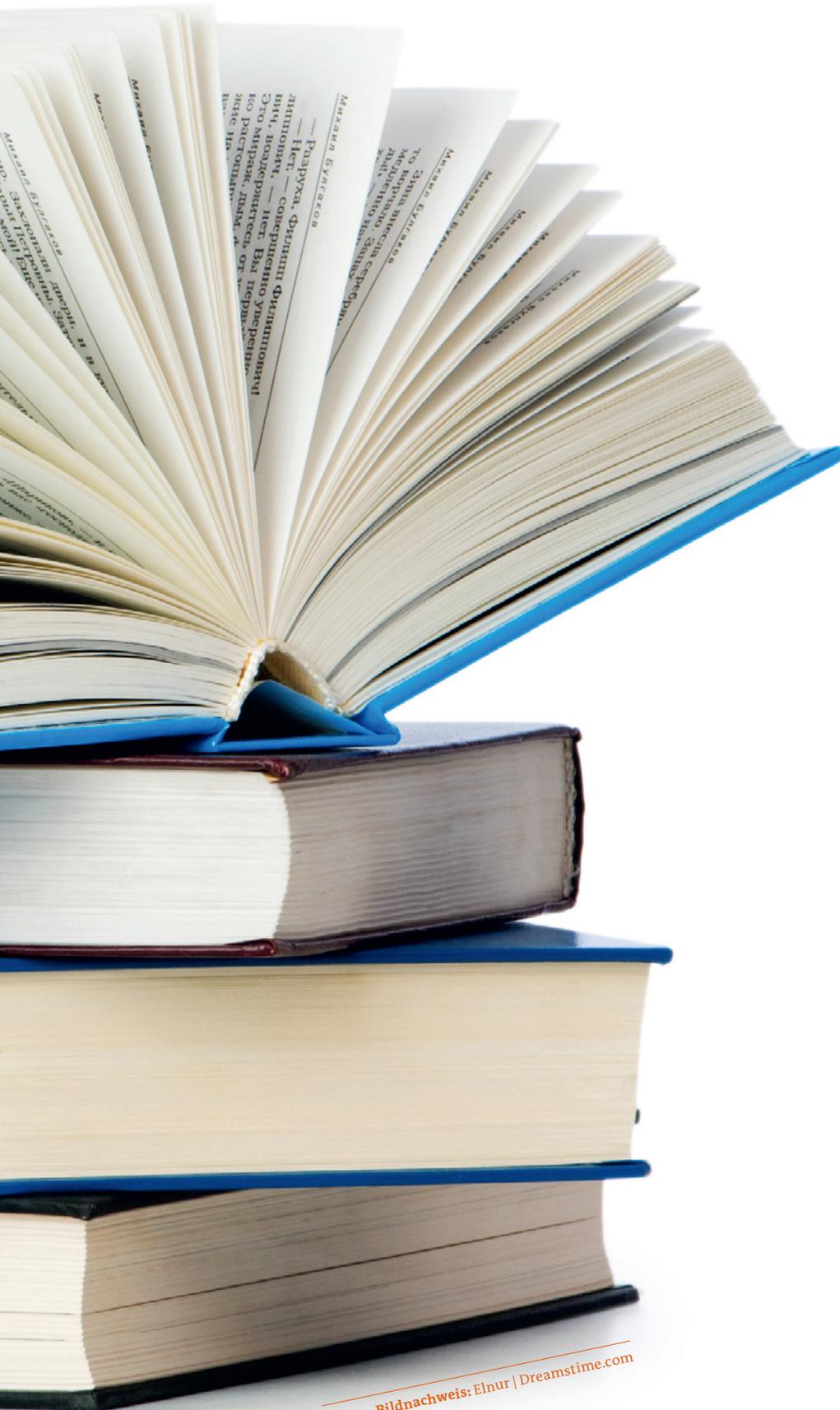
*Prof. Dr. med. Jürg Kesselring,  
Bad Ragaz*

**Bildnachweis**  
Jürg Kesselring

---

redaktion.saez[at]emh.ch





Bildnachweis: Elnur | Dreamstime.com



**Solferino 21. Kriegs-  
führung, Zivilpersonen  
und humanitäre Helfer  
im 21. Jahrhundert**  
Hugo Slim

London:  
Hurst & Company; 2022

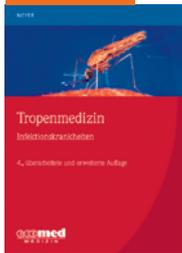
Dieser Text erschien ganz kurz vor der verheerenden Katastrophe des Krieges in der Ukraine, der am 24. Februar 2022 begann. Kriegsführung steht im Wandel und auch die humanitäre Hilfe entwickelt sich rasant – Helfende versuchen, sich darauf vorzubereiten, in den langen, grossen Kriegen und der Klimakrise der Zukunft einen immer grösseren Bedarf zu decken.

Der Autor Hugo Slim, Oxford University, früher im Internationalen Komitee vom Roten Kreuz (IKRK) tätig, gibt ausgehend von seiner erneuten Lektüre des bahnbrechenden humanitären Textes von Henry Dunant einen Überblick über die aktuelle «Kriegs-Landschaft»: Technik, Politik, Recht und Strategie der Kriegsführung sowie die langfristigen Veränderungen, die mit der Digitalisierung von Konflikten einhergehen. Dann wird erklärt, wie Zivilpersonen in den heutigen Kriegen leiden und überleben. Schliesslich wird das heutige humanitäre System beschrieben, konstruktiv kritisiert und die zukünftigen Herausforderungen analysiert.

*Solferino 21* warnt die politischen Entscheidungsträger vor den Umwälzungen im Militärischen und in der Entwicklungshilfe und zeigt die wichtigsten Prioritäten für das neue Jahrhundert auf. Humanitäre Helfende müssen sich an die Entwicklungen anpassen oder scheitern. Es handelt sich um einen unwiderstehlichen Aufruf zu Gerechtigkeit, Menschlichkeit, echter Universalität und zu einem «humanitären Umdenken». Eine dringende, provokative, kontroverse und nachdenkliche Meditation über Vergangenheit und Zukunft der humanitären Hilfe, ein Aufruf zur Reform und zum Neudenken der humanitären Arbeit: ein wichtiger Beitrag zum humanitären Denken und zur humanitären Praxis anlässlich des 160. Jahrestages von Dunants aufrüttelndem Aufsatz über Solferino, der fesselnd, anspruchsvoll und wissenschaftlich gut fundiert ist. Hugo Slims Optimismus überzeugt in seiner nüchternen Analyse der aktuellen Trends. Er interpretiert Henry Dunants Antwort auf das Gemetzel als eine humanitäre Tradition, die es neu zu entwickeln gilt, um mit den sich verändernden Realitäten des Krieges und der Priorität des Schutzes der Zivilbevölkerung Schritt zu halten.

*Prof. Dr. med. Jürg Kesselring FRCP,  
Mitglied des IKRK, Valens*

## Sachbuch



**Tropenmedizin**  
Infektionskrankheiten  
Christian G. Meyer

Heidelberg: Ecomed;  
2021 (4., überarbeitete  
und erweiterte Auflage)

Sehr oft ist die erste Anlaufstelle für Patientinnen und Patienten mit möglichen tropenmedizinischen Erkrankungen die Hausarztpraxis oder die Notfallstation. Ebenso werden reisemedizinische Beratungen oft durch hausärztliche Fachpersonen durchgeführt. Für dieses Publikum oder auch für Studierende ist dieses Buch ein sehr gutes Übersichtswerk. Als Lehrbuch für Fachärztinnen und -ärzte empfiehlt es sich nur bedingt, da es für ein vertieftes Verständnis der Einzelerkrankungen zu wenig in die Tiefe geht.

Als Kritikpunkt ist anzumerken, dass gewisse Sachverhalte zu simplifiziert dargestellt werden. So findet sich zum Beispiel im Kapitel «Reisemedizin und Malariaphylaxe» der Hinweis, dass eine Gelbfieberimpfung bei Schwangerschaft, dem Vorliegen einer Multiplen Sklerose oder einer Hühnerweiss-Allergie kontraindiziert sei, was so pauschal für keinen dieser Fälle zutrifft. Hinzu kommt, dass das Buch in Bezug auf komplexe Erkrankungen wie beispielsweise eine Echinokokkose oder eine Leishmaniose eine gute Basis-Information bietet, es sollte allerdings Nicht-Spezialistinnen und -Spezialisten nicht dazu verleiten, selbständig Therapien durchzuführen.

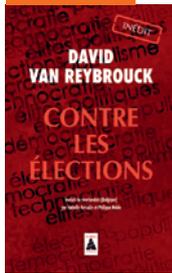
Personen, welche ausserhalb von Deutschland praktizieren, sollten beachten, dass sich insbesondere der Teil zu Reisemedizin an den deutschen Empfehlungen orientiert, welche teilweise von den Empfehlungen in der Schweiz abweichen.

Zusammenfassend lässt sich festhalten, dass das Buch ein sehr breites Spektrum an teilweise auch sehr seltenen tropenmedizinischen Erkrankungen abhandelt und den interessierten Lesenden das Feld der Tropenmedizin näherbringt.

PD Dr. med. Esther Künzli,  
Schweizerisches Tropen- und Public Health-  
Institut Basel

PD Dr. med. Andreas Neumayr,  
Schweizerisches Tropen- und Public Health-  
Institut Basel

## Essai



**Contre les élections**  
David van Reybrouck

Paris: Actes Sud; 2014  
Version allemande:  
Gegen Wahlen  
(Wallstein, 2016)

Intellectuel et enseignant belge, David van Reybrouck (1971) s'est fait connaître par des études historiques majeures sur des régions de l'Afrique (Congo, Le Fléau). Esprit universaliste, il s'intéresse aux difficultés manifestes que connaît le modèle démocratique. A la vue du titre, je n'ai d'abord pas été attiré par son idée forte: la désignation par tirage au sort des parlements ou autres organes liés au fonctionnement d'un pays. Mais les appels croissants à instituer des assemblées citoyennes (y compris la Convention sur le climat mise en place par le président français Macron en 2019) m'ont décidé.

L'auteur commence par discuter la crise de la légitimité démocratique, évoquant l'abstentionnisme, l'inconstance de l'électorat, passant «d'un bord à un autre» de manière rapide, et le fait que de moins en moins de gens adhèrent à un parti politique – partis qui restent néanmoins des pôles de réflexion et discussion. Au-delà, on constate une crise de l'efficacité du politique.

Il s'agit d'un ouvrage très bien informé des exemples historiques de tirage au sort, depuis la Grèce ancienne, ainsi que des propositions et réalisations de désignation, de cette manière, d'organes à caractère délibératif en Europe et Amérique du Nord. Le livre est bien structuré, didactique. L'auteur ne plaide d'ailleurs pas pour un passage systématique au tirage au sort; il argumente qu'un panache d'organes élus et d'autres tirés au sort apporterait des bénéfices substantiels. On peut être surpris de certaines formulations vives, carées («Les élections sont le combustible fossile de la politique!»). Il reste que ce livre mérite largement d'être lu et médité.

Dr méd. Jean Martin,  
membre de la rédaction

## Sachbuch



**Chirurginnen**  
Volker Klimpel

Heidelberg: Kaden; 2021

Teil eins von *Chirurginnen* bilden die kurzen historischen Kapitel «Vorgestern», «Gestern» und «Heute». Anfänglich waren «chirurgische Tätigkeiten» für Frauen nicht unüblich. Es gab dann jedoch einen massiven Rückschlag in Form von Verboten und gesellschaftlichen und religiösen Widerständen.

Den Hauptteil des Buchs bilden hundert Porträts, in denen biografische Informationen von subjektiv ausgewählten Frauen in dieser Tätigkeit zusammengetragen sind. Der Begriff «Chirurgie» kann hier zwangsläufig nicht eng definiert sein.

Viele der beschriebenen Lebensläufe sind spannend zu lesen, vor allem wenn das jeweilige gesellschaftliche und politische Umfeld miteinbezogen wird. Allerdings sind der Informationsgehalt und die Qualität und somit die Aussagekraft der Porträts sehr unterschiedlich. Zudem erschwert die alphabetische Aufstellung der Lebensläufe den Überblick.

Zu lesen, was einzelne Frauen auch gegen enorme Widerstände und häufig ohne Unterstützung und richtige Ausbildungsmöglichkeit geleistet haben und was sie dabei bewegt und erreicht haben, kann angehenden Medizinerinnen durchaus als Vorbild oder zumindest Inspiration dienen.

Volker Klimpel, früher selbst als Chirurg tätig, ist interessiert an medizinhistorischen Themen und hat zahlreiche Beiträge dazu publiziert. Er hat mit seinem Buch einen Anfang gemacht, die Bedeutung der Frauen im Gebiet der Chirurgie im Lauf der Geschichte zu beschreiben.

Dr. med. Brigitte Muff,  
Zürich

### Teilen Sie Ihre literarischen Entdeckungen mit uns!

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

### Partagez vos découvertes littéraires!

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

# Meine Beraterin, die Vergangenheit

**Eva Mell**

Stellvertretende Chefredaktorin der *Schweizerischen Ärztezeitung*



Was denken Sie, wenn Sie das Wort «Zukunft» hören? Und was, wenn Sie «Vergangenheit» hören? Vielleicht geht es Ihnen wie mir: Zukunft verbinde ich mit Aufbruchsstimmung, Planungen, Innovationen. Wird von uns allen nicht gefordert, vor allem die Zukunft im Blick zu haben, sie zu gestalten – und neuen Entwicklungen bloss nicht hinterherzuhinken?

Wenn ich an das Wort «Vergangenheit» denke, ist mein erster Impuls: Hier geht es um etwas Verstaubtes und Überwundenes. «Lass die Vergangenheit ruhen», sagt man. Vergangenheit klingt irgendwie irrelevant, nach Pferdekutschen statt Elektroautos oder Aderlass statt wirkungsvoller Therapie. Nach völlig überholten Konzepten. Der Blick soll nach vorn gerichtet sein. Bloss nicht zurück. Aber warum eigentlich?

Zum Glück folge ich meinem ersten Impuls nicht immer und sage daher: Wir sollten öfter zurückschauen. Denn nur durch den Blick in die Vergangenheit können wir die Gegenwart verstehen und die Zukunft gestalten. Mir fällt kein Lebensbereich ein, für den diese Erkenntnis nicht gelten würde. Ein Beispiel aus dem Privatleben, das vielen bekannt vorkommen dürfte: In einem Interview für einen Artikel riet mir eine Kinderpsychologin einmal, mich daraufhin zu beobachten, wie ich in Stresssituationen mit meinen Kindern umgehe. Denn dann erhöhe sich die Wahrscheinlichkeit, dass ich die nicht immer ganz optimalen Erziehungsmethoden meiner eigenen Eltern anwende. Ein gezielter Blick zurück kann also in solch einer Situation helfen, die Gegenwart zu verstehen und die zukünftigen Reaktionen zu verändern.

**Nur durch den Blick in die Vergangenheit können wir die Gegenwart verstehen und die Zukunft gestalten.**

Die Medizin bildet keine Ausnahme, wenn es um die Notwendigkeit geht, aus der Vergangenheit für die Zukunft zu lernen. Im Artikel auf Seite 646 beschreibt der Medizinhistoriker Eberhard Wolff die Geschichte der Einwegspritze. Der Artikel ist Teil unserer Schwerpunktserie über Nachhaltigkeit im Gesundheitswesen. Eigentlich ist es uns ein Anliegen, in der Serie zu beschreiben, welche Möglichkeiten wir haben, um das

Gesundheitswesen jetzt und künftig nachhaltiger zu gestalten. Der Blick in die Zukunft verdeutlicht, weshalb das nötig ist. Der Klimawandel kann weder geleugnet noch ignoriert werden. Auch Ärztinnen und Ärzte sollten deshalb Gewohnheiten hinterfragen und verändern. Wie alle anderen Menschen auch müssen sie einen Beitrag leisten, damit der Klimawandel zumindest abgemildert werden kann.

Auch über Abfallvermeidung müssen wir dabei nachdenken. Eine wichtige Frage, die sich in diesem Zusammenhang stellt: Sollte man im Sinne der Ressourcenschonung und des Umweltbewusstseins zurückkehren zu mehrfach verwendbaren medizinischen Produkten? Waren Einwegprodukte womöglich ein kurzsichtiger

**Sollte man im Sinne der Ressourcenschonung zurückkehren zu mehrfach verwendbaren medizinischen Produkten?**

Fehler, eine reine Bequemlichkeitsentscheidung? Es gibt eine ganze Bewegung, die unter dem Motto *zero waste* Abfall jeglicher Art vermeiden will, um die Zukunft so gut wie möglich zu gestalten. Ein beeindruckendes und in vielen Fällen auch angebrachtes Ziel. Aber ist es auch geeignet, um die Zukunft der Medizin zu gestalten?

Das Spannende im Leben ist, dass die Dinge meistens nicht schwarz oder weiss sind. So auch hier. Die Einwegspritze hat nicht nur für mehr Abfall gesorgt, sondern auch für mehr Hygiene. Sie hat Menschen vor Ansteckungen mit unterschiedlichen Krankheiten geschützt. Der ganzheitliche Blick auf die vergangenen Ereignisse und die Fakten, die wir dadurch sammeln können, helfen uns, die gegenwärtige Situation zu verstehen. Einwegspritzen gibt es nicht nur, weil sie bequemer sind als Mehrwegspritzen. Wir sollten also die Vergangenheit detailliert betrachten. Nur so können wir erkennen, welche Möglichkeiten wir zukünftig haben und was wir unbedingt beachten müssen, wenn wir den Status Quo ändern wollen. Eins steht fest: Stillstand ist keine Option, reine Rückwärtsgeandtheit erst recht nicht. Änderungen muss es geben, um die Zukunft zu planen. Aber bitte in Absprache mit einer unserer wichtigsten Beraterinnen: der Vergangenheit.

[eva.mell\[at\]emh.ch](mailto:eva.mell[at]emh.ch)



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