

Schweizerische Ärztezeitung

925 Editorial
von Yvonne Gilli
**Prämientlastung
ohne Einbussen**

950 Chronisches
Fatigue-Syndrom
**Wenn alles zu
anstrengend wird**

958 «Zu guter Letzt»
von Jean Martin
**Zwischen Unsicherheit
und Veränderungswillen**

929 Reform des Gesundheitswesens
Kosten reduzieren – Prämien senken



Verlag

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

Externe Redaktion

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

Redaktion Ethik

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

Redaktion Medizingeschichte

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

Redaktion Public Health, Epidemiologie, Biostatistik

Prof. Dr. med. Milo Puhon

Redaktion Recht

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

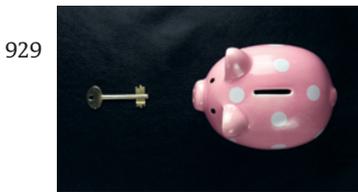
FMH

EDITORIAL: Yvonne Gilli

925 **Prämientlastung ohne Einbussen**

AKTUELL: Iris Herzog-Zwitter, Bruno Baeriswyl, Reinhold Sojer

926 **Worauf es bei Tonaufnahmen ankommt**



929

AKTUELL: Nora Wille, Yvonne Gilli

Die wichtigste Reform unseres Gesundheitswesens Das Parlament bearbeitet unter Hochdruck Gesetzesvorlagen, die keinen Nutzen, aber erhebliche Gefahren für unsere Gesundheitsversorgung bergen. Die wichtigste Reform zur Kostendämpfung findet jedoch kaum Beachtung. Dabei verspricht sie erhebliches Sparpotenzial und wird von einer breiten Allianz im Gesundheitswesen unterstützt.

AKTUELL: Nora Wille, Yvonne Gilli

932 **Wie stark werden Haushaltsbudgets durch die Prämien belastet?**

936 **Personalien**

Weitere Organisationen und Institutionen

SAMW: Julia Gonzalez Holguera, Nicolas Senn

938 **Was es für eine umweltbewusste Gesundheitsversorgung braucht**

Briefe / Mitteilungen

942 **Briefe an die SÄZ**

942 **Mitteilungen**

FMH Services



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

Kassenzulässig in der Liste B¹

Prostaplant®-F

Sabal WS® 1473 · Urtica WS® 1031

Die überzeugende Lösung mit dem dualen Wirkmechanismus²

Zur Linderung von Beschwerden infolge benigner Prostatahyperplasie¹

www.swissmedicinfo.ch | www.schwabepharma.ch

Referenzen



Tribüne

GRÜEZI SCHWEIZ: Rahel Gutmann

948 **Lago statt Ludwigsburg**

THEMA: Leonie Dolder

950 **Wenn alles zu anstrengend wird**

Horizonte

953 **Preise und Auszeichnungen**

SCHAUFENSTER: Hedi Meierhans

954 **Das grosse Wort**

954 **Schwanenfamilie**

STREIFLICHT: André Simon

955 **The Letter**

956 **Buchbesprechungen**

Zu guter Letzt

Jean Martin

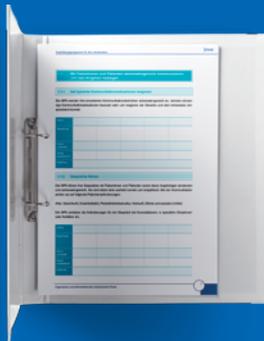
958 **Das Dilemma der Jugend**

OH

HUBER

Für die Arztpraxis und MPA-Lernende

Ausbildungsprogramm für die Lehrbetriebe



- Handlungskompetenzen-orientiert
- In Deutsch, Französisch und Italienisch
- Gedruckt und als eBook

shop.emh.ch



EMHMedia
SCHWEIZERISCHER ÄRZTEVERLAG
EDITIONS MEDICALES SUISSES

Impressum

Schweizerische Ärztzeitung

Offizielles Organ der FMH
und der FMH Services

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

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

Anzeigen:

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

Stellenmarkt und Rubrikanzeigen:

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

Rubrik FMH Services: FMH Consulting

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

Abonnemente FMH-Mitglieder:

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

Anderer Abonnemente:

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

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

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

© FMH

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

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

Fall mit den Fachinformationen der
verwendeten Medikamente verglichen
werden.

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

printed in
switzerland



Titelbild:
© Konstantin Evdokimov / Unsplash

Kosten dämpfen, Prämien entlasten, Versorgung stärken

Yvonne Gilli

Dr. med., Präsidentin der FMH



Die Gesundheitskosten wachsen – und die Prämien wachsen sogar noch stärker [1]. Diese Entwicklungen befeuern seit Jahrzehnten die Diskussion darüber, wie unser Gesundheitswesen zu gestalten ist, damit es einen guten Zugang, hohe Qualität und nachhaltige Finanzierbarkeit gewährleistet.

Uns als Ärztinnen und Ärzten kommt bei diesem Thema eine besondere Verantwortung zu, da wir beiden verpflichtet sind: unseren Patientinnen und Patienten, die eine optimale Behandlung erwarten, und den Prämien- und Steuerzahlenden, die unsere Versorgung solidarisch finanzieren. Darum fordert auch das

Ein Fokus auf die Qualität senkt die Kosten, ein Fokus auf die Kosten senkt die Qualität

Krankenversicherungsgesetz mit den WZW-Kriterien von uns für die Patientinnen und Patienten wirksame und zweckmässige Behandlungen, für die Solidargemeinschaft aber auch Wirtschaftlichkeit – und es zieht uns zur Rechenschaft, wenn wir diese Forderungen nicht erfüllen. Auch unsere FMH-Standesordnung kennt seit bald 20 Jahren «das Gebot kosteneffektiver Medizin» und viele unserer Aktivitäten widmen sich diesem Thema.

Die Aktivitäten der Ärzteschaft folgen dabei immer dem Grundsatz «*If you focus on quality, you will reduce costs. If you focus on costs, you will reduce quality*» [2]. Dass Qualität auch die Kosteneffizienz fördert, zeigen die vielen Qualitätsprojekte und Forderungen der FMH in diesem Bereich [3]: Um Leistungen ohne Mehrwert für Patientinnen und Patienten zu reduzieren, helfen zum Beispiel medizinische Register, HTA und Guidelines aber auch die öffentliche Sensibilisierung, dass weniger mehr sein kann sowie ausreichend Gesprächszeit und «shared decision making» mit unseren Patientinnen und Patienten. Qualität ist Voraussetzung von Kosteneffizienz: Was aus medizinischer Sicht nicht wirksam und zweckmässig ist, kann auch nicht wirtschaftlich sein. Umgekehrt kann jedoch das quantitativ-ökonomische Denken, das aktuell in der Politik vorherrscht, schnell Qualitätseinbussen bewirken. Doch nicht nur im Behandlungsalltag, auch auf struktureller Ebene engagiert sich die Ärzteschaft – oft

gemeinsam mit Partnern aus dem Gesundheitswesen – für eine Kostendämpfung ohne Versorgungseinbussen. Lösungsvorschläge auf struktureller Ebene sind nicht zuletzt wichtig, weil die Gesundheitspolitik aktuell in einem Widerspruch feststeckt: Alle wissen, dass die Zukunft einer kosteneffizienten Patientenversorgung im ambulanten Bereich liegt – und fordern dies mit der Strategie «ambulant vor stationär» auch vehement ein. Das resultierende – politisch gewünschte – Mengenwachstum im ambulanten Bereich spart insgesamt zwar Kosten – lässt aber die Prämien steigen. Weil ambulante Behandlungen ausschliesslich über Prämien finanziert werden und die Steuersubvention der Spitalbehandlung entfällt, kann diese Kostendämpfung für die Prämienzahlenden teuer werden. Mehr ambulant behandeln, heisst also auch mehr über Kopfprämien finanzieren – und dies trifft einkommensschwache Haushalte und Familien besonders.

In dieser Ausgabe der SAEZ erläutern wir auf S. 929 [4] darum noch einmal das mit Abstand wichtigste Reformprojekt unseres Gesundheitswesens, für das sich die FMH mit vielen weiteren Akteuren schon lange einsetzt [5]. Mit EFAS würde nicht nur ein zukunftsfähiges Finanzierungssystem etabliert, das die Prämienzahlenden entlastet – durch die Beseitigung heutiger Fehlanreize würden zudem enorme Effizienzgewinne realisiert. In diesem Kontext kann auch TARDOC einen wichtigen Beitrag zur Kostendämpfung leisten, wie wir

Das politisch gewünschte Mengenwachstum im ambulanten Bereich spart Kosten, erhöht aber die Prämien

in Ausgabe 31/32 darlegen werden. Und damit gute Lösungen im Gesundheitswesen auf korrekten und differenzierten Analysen beruhen, finden Sie in dieser Ausgabe auf S. 932 [6] auch einen ersten Faktencheck, der einigen Aussagen zur Prämienhöhe nachgeht. Unser komplexes und leistungsfähiges Gesundheitswesen verdient differenzierte Lösungen auf Basis guter Analysen. Nur so können wir Patientinnen und Patienten genauso wie Prämien- und Steuerzahlenden gerecht werden. Die FMH übernimmt gerne Verantwortung!

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





Weiterentwicklung der Invalidenversicherung

Worauf es bei Tonaufnahmen ankommt

Iris Herzog-Zwitter^a, Bruno Baeriswyl^b, Reinhold Sojer^c

^a Dr. iur., Rechtsdienst der FMH; ^b Dr. iur., Datenschutzberater der FMH; ^c Dr. rer. biol. hum., Abteilungsleiter Digitalisierung/eHealth FMH;

Seit Anfang des Jahres regelt eine neue Verordnung die sozialversicherungsrechtlichen Gutachten der Invalidenversicherung (IV). Neu müssen Gutachter ihre Interviews mit versicherten Personen als Tonaufnahmen aufzeichnen. Dabei gilt es einiges zu beachten: Wir zeigen auf, worauf es ankommt.

Anknüpfend an den SAEZ-Artikel vom 22.12.2021 zur Weiterentwicklung der Invalidenversicherung (WEIV) «Was neu für sozialversicherungsrechtliche Gutachten gilt» [1], beleuchten die Autoren in diesem Beitrag praxisrelevante Fragen. Fast ein halbes Jahr nach Inkrafttreten der Verordnung über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSV) ist ersichtlich, dass aufgrund der hohen Komplexität der Materie an der Schnittstelle von Versicherungsmedizin, Technik und dem Datenschutz nach wie vor nicht alle Fragen abschliessend beantwortet werden können. Die nach-

Neue Vorgaben für medizinische Gutachter bei Tonaufnahmen ab dem 1.1.2022.

folgenden Ausführungen beziehen sich spezifisch auf die Invalidenversicherung.

Der Gesetzgeber geht grundsätzlich davon aus, dass die Interviews in Form von Tonaufnahmen zwischen der versicherten Person und dem Sachverständigen erstellt und in die Akten aufgenommen werden müssen (Art. 44 Abs. 6 ATSG). Unabhängig vom Zeitpunkt der Auftragserteilung sind ab dem 1. Januar 2022 sämtliche Interviews im Rahmen von Begutachtungen mittels Tonaufnahme aufzuzeichnen. Die Vorgaben

gelten für Gutachten in der Sozialversicherung, d. h. Invalidenversicherung, Unfallversicherung, Militärversicherung und für medizinische Gutachten im Rahmen der Krankentaggeldversicherung nach KVG. Sie gelten nicht für Taggeld nach VVG und Gutachten bei privaten Versicherungen. Ausgehend von den gesetzlichen Regelungen für die Tonaufnahme des Interviews zwischen der versicherten Person und dem Sachverständigen, insbesondere gemäss Artikel 7k Absatz 5 ATSV, der vorsieht, dass die Tonaufnahme von dem Sachverständigen nach einfachen technischen Vorgaben zu erstellen ist, besteht aber weder ein Rechtsschutzinteresse noch ein Anspruch der versicherten Person auf Aufnahme des Interviews mit einem privaten Tonträger.

Was umfasst das Interview?

Das Interview umfasst grundsätzlich das Untersuchungsgespräch, insbesondere die Anamneseerhebung und die Beschwerdeschilderung durch die versicherte Person. Gemäss der Empfehlung der Swiss Insurance Medicine für psychiatrische Gutachterinnen und Gutachter ist folgender Ablauf der Audioaufnahmen konform mit Leitlinien [2] und IV-Gutachtenstruktur:

«Die Befragung (Anamnese) wird aufgenommen. Es folgt die Befunderhebung ohne Audioaufnahme, ebenso wie bei der Durchführung der Psychodiagnostik (Tests). Sind am Ende der Befunderhebung noch Fragen zur Erhebung weiterer anamnestischer Angaben erforderlich, so ist von diesem Teil wieder eine Audioaufnahme vorzunehmen.

Wird die Befragung nicht seriell gemacht, sondern zirkulär, indem zwischen Anamnese- und Befunderhebung öfters hin und her gewechselt wird, ist eine vollständige Audioaufnahme des Gespräches unumgänglich, wegen des Testschutzes mit Ausnahme der psychodiagnostischen Befundung» [3]. Das gilt selbstverständlich auch für die Psychiatrie, in welcher gemäss Leitlinien und der von der IV vorgegebenen Gutachtenstruktur zwischen Befragung und Untersuchungsbefunden klar unterschieden wird.

Technische Anfertigung

Für die Erstellung von Tonaufnahmen können Gutachterinnen und Gutachter wie bis anhin ein eigenes, jedoch digitales Tonaufnahmegerät verwenden. Die Tonaufnahmen müssen in diesem Fall über das Webportal (<https://iva.ivsk.ch>) an die IV-Stelle übermittelt und eingereicht werden. Weiterhin können Tonaufnahmen mit dem Smartphone mithilfe der Mobile-App «IV-Tonaufnahmen» erstellt und bei der IV-Stelle eingereicht werden. Andere Übermittlungskanäle (z.B. CD per Post) werden nicht akzeptiert. Nach Einreichung der Tonaufnahme an die IV-Stelle wird diese von der IV-Stelle gespeichert und archiviert. «Nach dem Einreichen ist die Aufnahme noch für 90 Tage verfügbar» [4]. Diese Zeit dient dazu, um das Gutachten zu erstellen oder Rückfragen der IV-Stelle zu beantworten. Nach dieser Frist von 90 Tagen kann die Tonaufnahme durch die Gutachterin oder den Gutachter weder abgehört noch heruntergeladen und lediglich im Rahmen eines Akteneinsichtsgesuchs in einem Einspracheverfahren der versicherten Person zugänglich gemacht werden [5].

Die IV-Stelle akzeptiert ausschliesslich die Audio-Dateiformate AAC, MP3 und DSS. Eine allfällige Konvertierung der Tonaufnahme in das erforderliche Zielformat sollte mithilfe der vom Hersteller des digitalen Aufnahmegeräts zur Verfügung gestellten Software durchgeführt werden. Die Konvertierung mithilfe von Online-Diensten ist aus Datenschutzgründen nicht zu empfehlen.

Wird die Tonaufnahme zur Erfüllung der allgemeinen Aufbewahrungspflichten archiviert, müssen techni-

sche und organisatorische Massnahmen getroffen werden, um die zu archivierenden Tonaufnahmen vor unbefugter oder zufälliger Vernichtung, zufälligem Verlust, technischen Fehlern, Fälschung, Diebstahl oder widerrechtlicher Verwendung sowie unbefugtem Ändern, Kopieren, Zugreifen oder anderen unbefugten Bearbeitungen zu schützen. Insbesondere aufgrund der Aufbewahrungsfristen von 10 oder 20 Jahren empfiehlt sich der Beizug eines externen Anbieters für die Archivierung. Bei Verwendung der von der eAHV/IV angebotenen Mobile-App wird die Tonaufnahme nach Übermittlung an die IV-Stelle vom Speicher des Smartphones gelöscht. Diese eignet sich somit nicht, wenn die Tonaufnahme in die eigenen Akten aufgenommen und archiviert werden soll.

Aufbewahrungspflichten der Gutachter

Die Tonaufnahme gehört zum schriftlichen Gutachten. Somit gelten die gesetzlichen Bestimmungen betreffend die schriftlichen Gutachten ebenso für die Tonaufnahmen.

Es kommt darauf an, in welchem Rahmen der Gutachter oder die Gutachterin die Aufträge erhält:

Generelle Aufbewahrungspflichten basierend auf kantonalem Recht sind gegeben. Kantonale Gesundheitsgesetze oder Patientengesetze sehen Aufbewahrungspflichten (10 oder 20 Jahre) vor. Sie gelten

Aufgrund der Aufbewahrungsfristen von 10 oder 20 Jahren empfiehlt sich der Beizug eines externen Anbieters für die Archivierung.

für Einzelpraxen ebenso wie für Universitätsspitäler etc. Universitätsspitäler haben meistens noch eigene gesetzliche Regulierungen, grundsätzlich jedoch im Rahmen des Auftragsrechtes gemäss OR (20 Jahre).

Zurzeit gelten die aktuellen Empfehlungen des BSV bzw. der Invalidenversicherung oder des Unfallversicherers als Auftraggeber. Für die IV gilt, dass die Tonaufnahme auf der eigens eingerichteten webbasierten Plattform, auf die der Gutachter die Tonaufnahme aufspielt, archiviert wird.

Verzicht der Tonaufnahme

Die Vorgabe zur Tonaufnahme gilt grundsätzlich, ausser die versicherte Person lehnt die Aufnahme ab. Die versicherte Person kann auf Tonaufnahmen vor dem Begutachtungstermin oder bis zu zehn Tagen nach dem Begutachtungstermin verzichten. Der Verzicht muss schriftlich erfolgen.

Gemäss Verordnung darf ein Verzicht auf Tonaufnahmen nur gegenüber der IV-Stelle erklärt werden (Art. 7k Abs. 3 Bst. a ATSV). Eine Verzichtserklärung kann nicht gegenüber dem Sachverständigen bzw. der Gutachterstelle abgegeben werden.

Das offizielle Verzichtsformular wird der versicherten Person von der IV-Stelle gleichzeitig mit dem Versand der Gutachtensankündigung zugestellt (ch. 3117 KSVI). Das Verzichtsformular wird der versicherten Person in keinem Fall vom Sachverständigen oder der Gutachterstelle übermittelt.

«Wie bereits im Informationsschreiben 5/2021 erwähnt, wenn kein Verzicht auf die Tonaufnahme vorliegt, die versicherte Person vor dem Interview jedoch verlangt, dass keine Tonaufnahme zu erfolgen hat, oder sie auf den Abbruch der laufenden Tonaufnahme besteht, so ist die versicherte Person darauf aufmerk-

Gemäss Verordnung darf ein Verzicht auf Tonaufnahme nur gegenüber der IV-Stelle erklärt werden.

sam zu machen, dass eine Tonaufnahme zu erfolgen hat, die versicherte Person jedoch das Recht hat, die Löschung der Tonaufnahme bei der IV-Stelle innerhalb von 10 Tagen nach Begutachtung zu verlangen (Art. 7k Abs. 3 Bst. b ATSV). Wenn die versicherte Person sich dennoch weigert, sich der Begutachtung zu unterziehen bzw. das laufende Interview fortzusetzen, wird die Begutachtung bzw. das Interview abgebrochen. Die IV-Stelle ist sofort über diesen Vorfall zu informieren, damit sie mit der versicherten Person das weitere Vorgehen festlegt. Damit der Sachverständige bzw. die Gutachterstelle für die entstandenen Kosten entschädigt wird, kann das abgebrochene Gespräch als versäumter Termin («No-show») in Rechnung gestellt werden» [6].

Versand und Persönlichkeitsrechte

Die Sachverständigen sind für die korrekte Anfertigung und Übermittlung der Tonaufnahme verantwortlich. Die Tonaufnahme und das Gutachten sind der IV-Stelle gemäss Vorgaben des BSV einzureichen. Ab der Einreichung ist die IV-Stelle für die Ablage und Archivierung verantwortlich.

Die Tonaufnahmen betreffen auch die Persönlichkeitsrechte der Gutachterinnen und Gutachter. Die Verwendung der Tonaufnahmen ist deshalb zweckgebunden und darf nur im Zusammenhang mit einem Verfahren von der versicherten Person, dem Versicherungsträger

oder der Entscheidbehörde abgehört werden (Art. 71 ATSV). Wenn die versicherte Person die Tonaufnahme anhören möchte, informiert der Versicherungsträger den Gutachter oder die Gutachterin hierüber [7]. Zu beachten ist auch das allgemeine Datenschutzrecht, das jeder Person das Recht gibt, Auskunft über ihre eigenen Daten zu verlangen und eine Kopie der Daten zu erhalten (Art. 8 DSGVO). Dies trifft auch auf die Tonaufnahmen zu. Solange die Tonaufnahmen aufbewahrt sind, kann dieses Recht ausgeübt werden. Damit kann die versicherte Person unter Umständen auch später über eine Kopie des Gesprächs verfügen. Sie hat sich aber auch selbst an das Datenschutzgesetz zu halten und darf die Aufnahmen nicht widerrechtlich verwenden. Widerrechtlich wäre beispielsweise die Publikation der Tonaufnahmen in Sozialen Medien oder anderswo. Muss der Versicherungsträger bei einem Auskunftsgesuch einer versicherten Person annehmen, dass die Tonaufnahme zweckwidrig verwendet werden könnte, kann er die Einsicht einschränken und so die Persönlichkeitsrechte der betroffenen Gutachterinnen und Gutachter schützen. Gutachterinnen und Gutachter haben das Recht, gegebenenfalls eine Klage wegen Verletzung ihrer Persönlichkeitsrechte einzureichen.

Zusatzaufwand

«Anpassung des Rechnungsformulars für polydisziplinäre medizinische Gutachten. Für polydisziplinäre Gutachten, welche mit einer fixen Pauschale abgegolten werden, kann der zusätzliche Zeitaufwand für die ab dem 1. Januar 2022 durchgeführten Tonaufnahmen (Tonaufnahme selbst, Erklärungen gegenüber der versicherten Person, administrative Arbeiten) mit einer Pauschale abgegolten werden» [8].

Literatur

Vollständige Literaturliste und weiterführende Links unter www.saez.ch oder via QR-Code



[iris.herzog\[at\]fmh.ch](http://iris.herzog[at]fmh.ch)

Ergänzender Artikel zum Thema Tonaufnahmen

In einer früheren Ausgabe haben wir über die Weiterentwicklung der Invalidenversicherung (WEIV) berichtet (Schweiz. Ärztztg. 2021;102(5152):1709–12). Darin haben wir die wichtigsten Neuerungen der WEIV zu den Tonaufnahmen beleuchtet. Der vorliegende Text ergänzt nun den korrekten Umgang mit Tonaufnahmen und dient den Leserinnen und Lesern als praxisnahe Orientierungshilfe.

Kosten dämpfen – Prämien entlasten

Die wichtigste Reform unseres Gesundheitswesens

Nora Wille^a, Yvonne Gilli^b

^a Dr. phil., persönliche wissenschaftliche Mitarbeiterin der Präsidentin; ^b Dr. med., Präsidentin der FMH

Während das Parlament unter Hochdruck Gesetzesvorlagen bearbeitet, die keinen Nutzen, aber erhebliche Gefahren für unsere Gesundheitsversorgung erwarten lassen, findet die wichtigste Reform zur Kostendämpfung kaum Beachtung. Dabei verspricht sie erhebliches Sparpotenzial ohne Einbussen für die Patienten und wird von einer breiten Allianz im Gesundheitswesen unterstützt.

Es ist erstaunlich: Während die Krankenkassenprämien medial kaum präsenter sein könnten, finden zentrale Fragen der Finanzierung unseres Gesundheitswesens in der Öffentlichkeit kaum Aufmerksamkeit. Nachdem wir den Unterschied zwischen Prämien und Kosten in Ausgabe 21/22 dargelegt haben [1], möchten wir nun dem wichtigsten Lösungsansatz für Kostendämpfung und Entlastung der Prämienzahlenden Raum geben [2].

Nur wenige Menschen dürften wissen, dass lediglich 37,9% unserer Gesundheitsversorgung über Prämien bezahlt werden. Noch weniger dürften wissen, dass dieser Anteil im Jahr 1996 erst 29,9% betragen hat [1]. Der prämienfinanzierte Anteil unserer Gesundheitsversorgung ist also gewachsen. Das heisst: Die Prämien wären sogar gestiegen, wenn die Kosten konstant

geblieben wären – wir sollten also nicht nur über Prämien sprechen, sondern auch über die Finanzierung. Die Abkürzung EFAS [3] bezeichnet die «Einheitliche Finanzierung ambulanter und stationärer Leistungen». Vermutlich ist auch diese sperrige Bezeichnung daran schuld, dass kein öffentlicher Druck diese wichtige Reform vorantreibt. Hätte Ruth Humbel 2009 ihre parlamentarische Initiative programmatisch «Für ein Prämienentlastungsgesetz» genannt, würde diese wohl nicht seit über zehn Jahren im Parlament hin- und hergeschoben [4].

Umso wichtiger ist es, das enorme Potenzial von EFAS immer wieder zu erläutern. Gerade jetzt, wo das Parlament mit Budgets für die Patientenversorgung grossen Schaden verursachen könnte, gilt es aufzuzeigen, dass EFAS ein sehr grosses Kostendämpfungspotenzial im Gesundheitswesen realisieren könnte – mit Qualitätsgewinnen statt -einbussen.

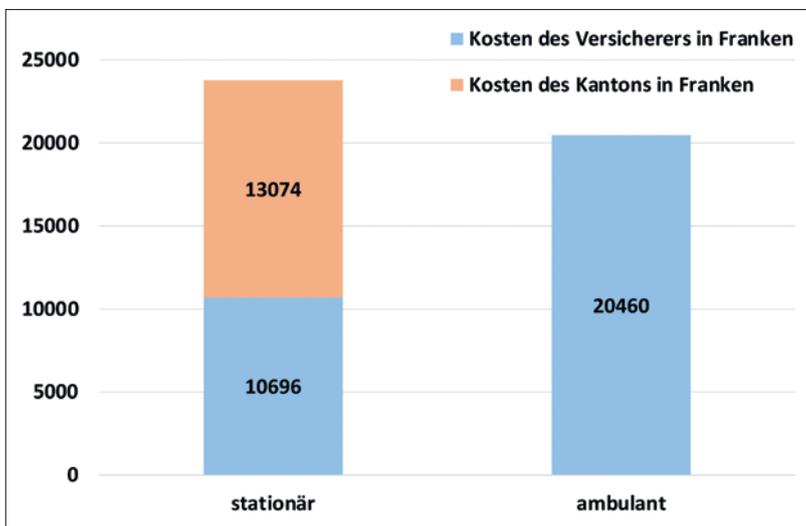


Abbildung 1: Wer bezahlt wann wie viel? Kosten für das Einsetzen eines Herzschrittmachers (Beispiel von Thomas J. Grichting [5]).

Prämienentlastung dank EFAS

EFAS kann ein Kernproblem unseres Gesundheitssystems lösen: Der Grundsatz «Ambulant vor stationär» spart insgesamt Geld – aber erhöht die Prämien. Dies liegt daran, dass die Kosten für *stationäre* medizinische Behandlungen heute zu 55% durch die Kantone und zu 45% durch die Krankenversicherungen gemeinsam getragen werden. Die *ambulant*en Kosten hingegen werden ausschliesslich, das heisst zu 100% durch die Krankenversicherer und damit aus Prämiengeldern gedeckt. Wenn wir also immer mehr stationäre Behandlungen durch ambulante Behandlungen ersetzen, ist dies zwar insgesamt günstiger – wegen der unterschiedlichen Finanzierung müssen dann aber die Prämienzahlenden die ganze Rechnung allein bezahlen.



Durch EFAS könnte das schweizerische Gesundheitswesen optimiert und Prämienzahlende finanziell entlastet werden (Konstantin Evdokimov / Unsplash).

Wie günstigere Behandlungen die Prämien erhöhen können, lässt sich gut am Beispiel einer Herzschritt-macher-Operation verdeutlichen. Diese kostet bei stationärer Durchführung 23770 Franken, wovon 10696 Franken aus Prämien bezahlt werden. Eine ambulante Durchführung ist mit 20460 Franken über 3000 Franken günstiger – muss aber vollständig aus Prämien-geldern finanziert werden. Damit kostet die ambulante Behandlung, obwohl sie günstiger ist, fast 10 000 Franken mehr Prämien-gelder als zuvor [5]. Sparen tut nur der Kanton.

Der Grundsatz «Ambulant vor stationär» spart insgesamt Geld – aber erhöht die Prämien.

Unser Finanzierungssystem führt also dazu, dass kostengünstigere ambulante Behandlungen Mehrkosten beim Prämienzahler verursachen können, weil der Finanzierungsanteil des Kantons entfällt. Wenn der Kostenvorteil einer ambulanten Durchführung nicht

mindestens 55 % beträgt, ist sie für die Prämienzahlenden teurer.

Die EFAS-Lösung ist denkbar einfach: Ambulante und stationäre Behandlungen sollen neu einheitlich finanziert werden. Die Finanzierungsanteile der Kantone und der Prämienzahlenden würden auf dem heutigen Niveau fixiert. Mit entsprechenden Kontrollmöglichkeiten der Kantone würden zukünftig über die Versicherer *alle* Rechnungen vollständig bezahlt – unabhängig vom Ort der Behandlung. So würden auch die Prämien durch mehr ambulante Behandlungen entlastet – und nicht zusätzlich belastet.

Sparpotenzial von einer Milliarde

Eine solche einheitliche Finanzierung würde noch ein weiteres Problem beheben: Heute führen wir in der Schweiz viele Eingriffe stationär durch, obwohl sie ambulant erfolgen könnten. Damit bleibt ein Sparpotenzial von einer Milliarde Franken pro Jahr unausgeschöpft [6]. Abbildung 1 zeigt einen wichtigen Grund dafür: Wenn Sie ein Krankenversicherer wären, würden Sie Herzschritt-macher ambulant einsetzen wollen? Natürlich nicht, denn mit der kostengünstigeren ambulanten Behandlung entstünden Ihnen hohe Mehrkosten. Ein Versicherer, der konsequent auf kostengünstige ambulante Eingriffe setzt, riskiert seine Konkurrenzfähigkeit, weil er seine Prämien erhöhen müsste. Den Kostenvorteil hat ausschliesslich der Kanton, der seine Steuersubventionen einspart.

Dies erklärt auch, warum die Kantone seit 2017 mit Listen ambulant durchzuführender Operationen auf Symptombekämpfung setzen, statt mit EFAS das Grundproblem anzugehen. Listen zwingen die Akteure zur Verlagerung in den ambulanten Bereich, während die Einsparungen ausschliesslich bei den Kantonen bleiben. Dass «sich die Kantone auf Kosten der Prämienzahler gesund stossen» [7], zeigte auch eine Analyse des schweizerischen Gesundheitsobservatoriums (Obsan) zur Verlagerung sechs chirurgischer Leistungsgruppen (siehe Abb. 2). Während für die Kantone ein «massgebliches Sparpotenzial» zwischen 4 und 16 Franken pro Einwohner besteht, sehen die Prämienzahler zumeist keinen Kostenvorteil und legen sogar bis zu 1.50 CHF drauf. Von den Listen profitieren also nur die Kantone, mit EFAS könnten Kantone *und* Prämienzahlende profitieren [8].

Kostenvorteil für Prämienzahlende

Der bedeutsamste Vorteil wäre aber, dass EFAS Kostendämpfung *und* Qualitätsentwicklung verbinden würde. Denn heute bremsst unser Finanzierungssystem

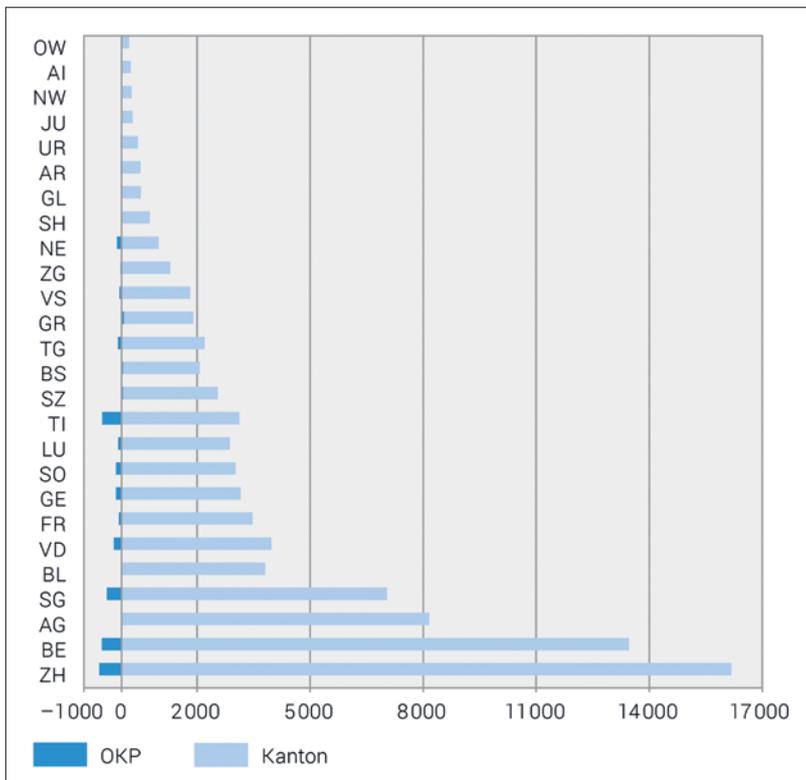


Abbildung 2: Sparpotenzial 2016 nach Kanton in tausend Franken für sechs Listen-Leistungsgruppen (Obsan Bulletin 1/2019 [8]).

tem integrierte Versorgungsmodelle systematisch aus, obwohl sie durch eine bessere Versorgungsqualität die Kosten insbesondere bei chronischen Erkrankungen wie Diabetes, Herzleiden und Atemwegserkrankungen um bis zu über 1000 Franken pro Jahr und Person senken können [9]. Die Entwicklung integrierter Versorgungsmodelle ist heute für Versicherer unattraktiv, weil ihnen für die umfassende ambulante Betreuung in solchen Modellen Mehrkosten entstehen, die Einsparungen jedoch vor allem durch vermiedene Spitalaufenthalte und damit beim Kanton anfallen. Kurz: Der Versicherer investiert – der Kanton spart.

EFAS löst dieses Problem, weil beide Finanzierer gleichermaßen an Investition und Kostenvorteil beteiligt wären. Dadurch könnten die Einsparungen auch mit Prämienrabatten an die Versicherten weitergegeben werden. Die Prämien der jeweiligen Versicherungs-

modelle könnten um 6% reduziert werden, die heutigen Rabatte um 20% erhöht [10]. Da aktuell nicht-übertragbare Erkrankungen 80% der Gesundheitskosten generieren, hätte es grosse Auswirkungen, wenn integrierte Modelle durch Qualitäts- und Kostenvorteile vor allem für kränkere Versicherte attraktiver würden.

Ambulanten Bereich weiterentwickeln

Last but not least stellt sich die Frage: Was passiert ohne EFAS? Durch die zunehmende Verlagerung in den ambulanten Bereich würde der Druck auf die Prämienzahlenden weiter steigen. Die Gesundheitsversorgung würde zunehmend aus den einkommensunabhängigen Prämien und weniger aus Steuermitteln finanziert, was soziale Probleme provoziert. Gleichzeitig würde – wie wir es aktuell bereits beobachten können – ausgerechnet der kostengünstige ambulante Bereich immer stärkerem Kostendruck ausgesetzt. Der kostengünstigste Versorgungssektor würde nicht weiterentwickelt, sondern kaputtgespart – während gleichzeitig Effizienzpotenziale nicht realisiert würden.

Prämientlastung und Kostendämpfung

Die heutige unterschiedliche Finanzierung ambulanter und stationärer Leistungen bringt folgenreiche Fehlanreize und eine steigende Belastung des Prämienzahlers mit sich. EFAS könnte dies beheben und ein Kostendämpfungspotenzial von über drei Milliarden Franken im Jahr ohne Einbussen für Patientinnen und Patienten realisieren. Das Verlagerungspotenzial von

Die unterschiedliche Finanzierung ambulanter und stationärer Leistungen bringt Fehlanreize und belastet Prämienzahlende.

stationär zu ambulant könnte ohne Prämienanstieg ausgeschöpft werden, und mehr integrierte Versorgung würde die Qualität fördern und Kosten reduzieren [11]. Mit EFAS könnte der ambulante Bereich zukunftsfähig weiterentwickelt werden und einen effizienten Ressourceneinsatz unterstützen – und Kantone und Prämienzahlende würden von der Kostendämpfung profitieren.

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



[nora.wille\[at\]fmh.ch](mailto:nora.wille[at]fmh.ch)



Kenny Eliason / Unsplash

[Aussagen zu den Krankenkassenprämien im Faktencheck](#)

Wie stark werden Haushaltsbudgets durch die Prämien belastet?

Nora Wille^a, Yvonne Gilli^b

^a Dr. phil., persönliche wissenschaftliche Mitarbeiterin der Präsidentin; ^b Dr. med., Präsidentin der FMH

Die Höhe der Krankenkassenprämien ist ein wichtiges Thema für die Schweizer Haushalte, das gute politische Lösungen verlangt. Dies setzt eine vertiefte Kenntnis der aktuellen Prämienbelastung auf Basis zuverlässiger Angaben voraus. Leider werden jedoch immer wieder irreführende oder sogar falsche Zahlen verbreitet. Wir gehen darum einigen Aussagen zur Prämienhöhe nach.

Zahlen zur Höhe und Entwicklung der Krankenkassenprämien begegnen uns seit Jahren regelmässig in Politik und Presse – und werden dies in nächster Zeit noch häufiger tun: Mit zwei Gesetzespaketen zur Dämpfung der Gesundheitskosten im Parlament sowie mit zwei Volksinitiativen, die sich auf die Prämienlast beziehen, haben Zahlen zur Prämienhöhe und -entwicklung Hochkonjunktur – und erwecken den Anschein von Objektivität.

Angesichts der grossen Bedeutung der Prämienausgaben für die Bevölkerung und angesichts der anstehenden wichtigen politischen Entscheidungen über unser Gesundheitswesen lohnt sich jedoch ein genauer Blick auf diese Zahlen. Denn leider kommt es immer wieder vor, dass an entscheidenden Stellen irreführende oder sogar falsche Darstellungen verbreitet werden. Dies wurde erst kürzlich für offizielle Informationen des Bundes aufgezeigt [1], aber auch im Parlament oder in

öffentlichen Diskussionsrunden mit grosser Reichweite wird gelegentlich mit fragwürdigen Zahlen argumentiert.

Erschreckende Aussagen zur Prämienbelastung

«Das durchschnittliche Haushaltsbudget wird mit 14 % belastet» lautete Ende Mai beispielsweise eine Aussage im Parlament bei der Diskussion zu Kostenzielen im Nationalrat [2]. Widerspruch regte sich nicht – obwohl der tatsächliche Wert bei 7 % liegt. Im Juni wurde in der SRF-Sendung «Arena» eine noch höhere Belastung genannt: «Im Parlament sind wir jetzt auf einem guten Weg, wir haben erkannt, dass die Belastung zu hoch ist (...) im Kanton Bern ist die Prämienbelastung durchschnittlich – und die Zahlen kommen vom Bundesamt für Gesundheit – 18 % vom verfügbaren Einkommen» [3]. Auch diese Aussage ist unzutreffend. Der tatsächliche Wert liegt bei 9 %.

Dass die hier zitierten Angaben nicht stimmen können, müsste eigentlich jeder schnell merken, der seine Krankenkassenprämie kennt und grob überschlagen kann. Denn wären die Werte von 14 % beziehungsweise 18 % zutreffend, müsste das mittlere Haushaltsbudget eines Einpersonenhaushalts das etwa Siebenfache beziehungsweise Fünffache der mittleren Prämie betragen. Angesichts der mittleren Erwachsenenprämie von aktuell 373.80 Franken [4] läge das mittlere Haushaltsbudget oder verfügbare Einkommen also bei 2617 oder sogar nur 1869 Franken – ein Wert, der für einen Schweizer Durchschnitt offensichtlich zu niedrig angesetzt ist. Auch wenn man diese Angaben für Mehrpersonenhaushalte überschlägt, zeigt sich, dass sie nicht stimmen können.

Belastung ist halb so hoch wie behauptet

Wie hoch ist die Belastung aber tatsächlich? Ein Blick in die letzten Daten der Haushaltsbudgeterhebung [5] zeigt, dass im Jahr 2019 ein durchschnittlicher Schweizer Haushalt über ein monatliches Bruttoeinkommen von 9582 Franken für 2,1 Personen verfügte. Die monatlichen Ausgaben für die Grundversicherung betru-

gen mit 670 Franken 7 % des Bruttoeinkommens beziehungsweise 9 % des verfügbaren Einkommens, das heisst des Bruttoeinkommens abzüglich aller obligatorischen Abgaben wie Steuern, Sozialversicherungen (einschliesslich obligatorischer Krankenpflegeversicherung, OKP) und Transferzahlungen an andere Haushalte. Um die Höhe der OKP-Prämien gemessen am verfügbaren Einkommen aufzeigen zu können, ohne sie doppelt zu berücksichtigen, wird diese hier jedoch nicht bereits vorab vom Bruttoeinkommen abge-

Dass die hier zitierten Angaben nicht stimmen können, müsste jeder schnell merken, der seine Krankenkassenprämie kennt und überschlägt.

zogen. Auch im Kanton Bern gaben die Haushalte gemäss der letzten Daten der Haushaltsbudgeterhebung 7 % ihres Bruttoeinkommens beziehungsweise 9 % ihres verfügbaren Einkommens für die Krankenkassenprämien aus – und damit nur die Hälfte dessen, was der Öffentlichkeit verkündet wurde.

Falsche Aussagen halten sich lange

Doch wie kommt es zu diesen falschen Angaben? Die Behauptung einer durchschnittlichen Prämienbelastung von 14 % lässt sich auf den vorletzten Bericht des Bundesamts für Gesundheit (BAG) zur Prämienverbilgung zurückführen [6] – und auf eine falsche Angabe dazu in einem BAG-Communiqué aus dem Jahr 2018 [7]. Damals teilte das BAG mit, im Jahr 2017 hätte «die durchschnittliche finanzielle Belastung durch die Krankenversicherung 14 Prozent des verfügbaren Einkommens aller Haushalte in allen Kantonen» entsprochen, was von zahlreichen Medien weiterverbreitet wurde. Nur die NZZ rechnete nach – und stellte fest, dass diese Angabe nicht stimmen kann [8]. Auf Nachfrage der NZZ stellte das BAG dann auch richtig, die Zahl beziehe sich nicht auf *alle*, sondern ausschliesslich auf *einkommensschwache* Haushalte. Doch selbst für diese Haushalte überschätzte das BAG die Belastung deutlich, wie die NZZ analysierte. Denn der BAG-Bericht unterstellte, einkommensschwache Haushalte würden grundsätzlich die hohe Standardprämie statt kostengünstigerer Tarife wählen. So kalkulierte das BAG zum Beispiel für den Kanton Zürich mit einer Erwachsenenprämie von 480 Franken, obwohl die günstigste verfügbare Prämie damals unter 200 Franken betrug. Die NZZ berechnete, eine kostenbewusste einkommensschwache Familie mit zwei Kindern könne ihre Prämienausgaben bei 7 % halten – während der BAG-Bericht mehr als das Doppelte angab. Die falsche Angabe, das durchschnittliche Haushaltsbudget würde

Was ist die Standardprämie, was die mittlere Prämie und warum ist das wichtig?

Die Standardprämie bezahlen weniger als 15 % der Versicherten, nämlich jene, die das Standardmodell mit ordentlicher Franchise und Unfalldeckung wählen. Aussagekräftiger ist die «mittlere Prämie», das heisst die tatsächliche durchschnittliche Prämienbelastung pro Person. Der Unterschied ist wichtig, weil die Standardprämie deutlich höher ist als die real bezahlte mittlere Prämie (486 statt 373.80 Franken für Erwachsene im Jahr 2022) und auch deutlich stärker gestiegen ist. Es wurde bereits kritisiert, nur die Standardprämie heranzuziehen habe «einen Hauch von Fehlinformation» [19].

durch die Prämien mit 14% belastet, kann also seit Dezember 2018 als widerlegt gelten. Trotzdem wird sie immer noch in Diskussionen zur Prämienlast wiederholt – obwohl die Realität mit 7% des Bruttoeinkommens beziehungsweise 9% des verfügbaren Einkommens deutlich positiver aussieht.

Trotz Korrektur falsche Wiedergabe

Und wie kam es zur falschen Angabe, im Kanton Bern würde man durchschnittlich 18% des verfügbaren Einkommens für die Prämien ausgeben – obwohl es mit 9% gerade einmal halb so viel ist? Ironischerweise lässt sich auch diese Angabe auf den Bericht des BAG zur Prämienverbilligung zurückführen – und dies obwohl in der neuesten Ausgabe methodisch nachgebessert wurde [9]. Der Bericht geht nun nicht mehr davon aus, dass alle einkommensschwachen Haushalte die teure Standardprämie bezahlen. Im Gegenteil hält er sogar explizit fest, dass sechs der sieben untersuchten einkommensschwachen Modellhaushalte effektiv etwa die mittlere Prämie bezahlten, nur einer der Modellhaushalte zahle eine effektive Prämie «zwischen der Mittleren Prämie und der Standardprämie» [9]. Neu zeigt der Bericht die Prämienbelastung immer in zwei Varianten: einmal auf Basis der Standardprämie und einmal auf Basis der mittleren Prämie.

Die im BAG-Bericht erwähnte Zahl von 18% für den Kanton Bern beschreibt somit wieder nicht den Durchschnitt aller Haushalte, sondern ausschliesslich die sieben untersuchten *einkommensschwachen* Modellhaushalte – und träfe selbst für diese auch wieder nur dann zu, wenn diese die teure Standardprämie wählen. Da

die untersuchten Haushalte dies laut Bericht jedoch grossmehrheitlich nicht tun, sondern etwa die mittlere Prämie bezahlen, wenden selbst die einkommensschwachen Haushalte im Kanton Bern nicht 18%, sondern 11% ihres verfügbaren Einkommens für die Prämien auf, wie derselbe Bericht einige Seiten später auch ausweist.

Abbildung 1 zeigt für die bevölkerungsreichsten Kantone, welchen Anteil ihres verfügbaren Einkommens die Haushalte für die Grundversicherung ausgeben, differenziert für die Gesamtheit aller Haushalte und die einkommensschwachen Modellhaushalte der BAG-Berichte.

Vierköpfige Familie bezahlt 8,2% für OKP

Neben den Angaben zur relativen Belastung der Schweizer Haushalte durch die Krankenkassenprämien lassen auch Zahlen zur absoluten Belastung von Familien aufhorchen: «15000 Franken pro Jahr kostet

Die vom BAG publizierten mittleren Jahresprämien für 2020 zeigen deutlich geringere Ausgaben als im Parlament behauptet.

die Krankenkasse für eine vierköpfige Familie» [2] betonten mehrere Parlamentarierinnen und Parlamentarier in der Nationalratsdebatte Ende Mai. Ein weiterer Parlamentarier sprach sogar von durchschnittlich 1500 Franken, die eine vierköpfige Familie im Monat bezahle, was 20% ihres Budgets entspräche.

Ein Blick in die Haushaltsbudgeterhebung vermittelt hingegen einen anderen Eindruck. Diese weist für Paare mit zwei Kindern ein durchschnittliches monatliches Bruttohaushaltseinkommen von 13121 Franken aus, wovon durchschnittlich 842 Franken für die Grundversicherung ausgegeben werden [10]. Damit ergäbe sich für diese Haushalte eine durchschnittliche Jahresprämie von 10104 Franken, was 6,4% ihres Bruttohaushaltseinkommens beziehungsweise 8,2% ihres verfügbaren Einkommens entspricht.

Auch die vom BAG publizierten mittleren Jahresprämien für 2020 [11] zeigen deutlich geringere Ausgaben als im Parlament behauptet. Addiert man jeweils zwei Jahresprämien für Kinder (1199 Franken) und Erwachsene (4485 Franken), ergeben sich 11368 Franken für eine vierköpfige Familie. Da Mütter und Väter in Familienhaushalten jedoch altersbedingt eher Prämien unterhalb des Erwachsenen-Mittelwerts bezahlen dürften, sollten die Kosten der Familien in der Realität – wie in der Haushaltsbudgeterhebung ermittelt – etwas geringer ausfallen.

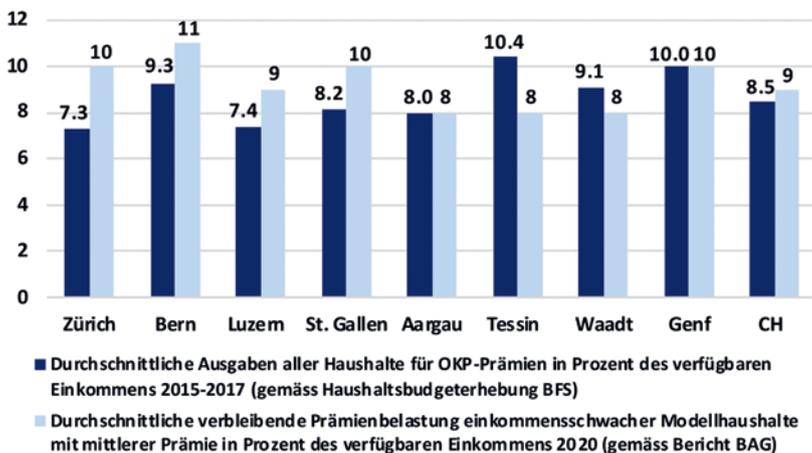


Abbildung 1: Durchschnittliche Ausgaben für die Krankenkassenprämien in Prozent des verfügbaren Einkommens (a) aller Haushalte und (b) einkommensschwacher Modellhaushalte [5,9].

Eine deutlich höhere Prämienbelastung ergibt sich hingegen für die 4% der Haushalte, in denen mindestens ein Kind im jungen Erwachsenenalter lebt. Da deren mittlere Jahresprämie bei 3154 Franken liegt [11], summieren sich für eine vierköpfige Familie mit zwei Kindern zwischen 19 und 25 Jahren die Beiträge aller Familienmitglieder mit 15278 Franken tatsächlich auf die im Parlament genannte Grössenordnung. Hierbei ist jedoch zu berücksichtigen, dass die Prämien für junge Erwachsene in Ausbildung aus Familien mit unteren und mittleren Einkommen seit 2019 um mindestens 80% beziehungsweise um 50% verbilligt werden müssen [9]. Gemäss BAG erhielten 39% der Kinder sowie 41% der jungen Erwachsenen im Jahr 2020 Prämienverbilligungen, die 80% beziehungsweise 69% der Prämie abdeckten [9].

Prämienlast differenziert diskutieren

Unser Abgleich einiger Aussagen zur Prämienhöhe mit öffentlich verfügbaren Daten zeigt, dass in der politischen Prämien Diskussion mitunter unzureichend differenziert und stark übertrieben wird. Die Verwendung von Zahlen erweckt dabei den Anschein von Objektivität: Häufig werden diese von den Zuhörenden als Tatsachen akzeptiert – ohne kritisch überprüft zu werden. Damit bieten sich Zahlen auch für Instrumentalisierungen an. Bereits anlässlich der im Jahr 2018 vom BAG verbreiteten Angabe von 14% wurde gemutmasst, das Bundesamt übertreibe die Prämienlast bewusst, um seine Kostendämpfungsprojekte zu legitimieren und der SP-Prämien-Initiative Rückenwind zu verleihen [8]. Eine ähnliche Vermutung deutete die NZZ auch im Juni 2022 an: Der neuste Bericht zur Prämienverbilligung zeige, dass «die Probleme gar nicht so gross, wie bisher vermutet» seien. Dieser Bericht sei jedoch vom Bund im Unterschied zu früheren Jahren «maximal unauffällig veröffentlicht» worden [12]. Die Belastung der Haushalte durch die Krankenkassenprämien ist jedoch zu wichtig für irreführende, falsche oder unvollständige Zahlen. Gute politische Lösungen

Berichte zur Prämienverbilligung

Das BAG publiziert regelmässig Berichte zur Prämienverbilligung. Diese untersuchen für sieben Modellhaushalte aus wirtschaftlich bescheidenen Verhältnissen die durchschnittliche Belastung durch die OKP-Prämien. Dabei wurde in der Vergangenheit zudem unterstellt, einkommensschwache Haushalte würden die hohe Standardprämie bezahlen. Die in den Berichten ermittelte Belastung ausgewählter einkommensschwacher Modellhaushalte, die die teuerste Prämie wählen, wurde bereits mehrfach fälschlicherweise als durchschnittliche Belastung aller Haushalte dargestellt.

sollten überzeugen können, ohne auf starke Übertreibungen angewiesen zu sein. Gerade das Beispiel der Familienhaushalte zeigt die Komplexität des Themas: Die Prämienlast kann hier allein in Abhängigkeit vom Alter der Kinder sehr unterschiedlich ausfallen und auch die Ausgestaltung der Prämienverbilligung nimmt einen starken Einfluss. Vonseiten der FMH haben wir darum bereits mehrfach Analysen zur unterschiedlichen Prämienbelastung verschiedener Haushaltstypen [13, 14], Prämien Sorgen [15] sowie die Prämienentwicklung [16] und den Einfluss unseres Finanzierungssystems [17] publiziert. Diese zeigen unter anderem, dass wir einen immer grösseren Teil unseres Gesundheitswesens über Kopfprämien finanzieren. Dies trifft nicht nur einkommensschwächere Haushalte überproportional – sondern auch Familien, die naturgemäss über mehr Köpfe als Einkommen verfügen. Die lange fällige Finanzierungsreform EFAS wäre darum auch für die Situation von Familien entlastend [18].

Über politische Schlussfolgerungen wie diese kann man unterschiedlicher Meinung sein. Auch darüber, welche Prämienhöhe noch akzeptabel ist und welche nicht mehr, können die Meinungen auseinandergehen. Wie hoch die Prämien sind, ist jedoch keine Frage der Meinung. Wenn wir über Zahlen sprechen, sollten diese stimmen – nur so können politische Lösungen der Situation gerecht werden.

Literatur

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



[nora.wille\[at\]fmh.ch](mailto:nora.wille[at]fmh.ch)

Personalien

Todesfälle / Décès / Decessi

Anke Berg (1966), † 3.6.2022,
Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie, 8304 Wallisellen

Thomas Manfred Kutta (1959), † 6.6.2022,
Facharzt für Gynäkologie und Geburtshilfe,
8455 Rüdlingen

Jaroslava Anna Marie Vanek (1942), † 7.6.2022,
6403 Küssnacht am Rigi

Urs Seiler (1943), † 10.6.2022,
8371 Busswil TG

Robert Bürkli (1933), † 12.6.2022,
Facharzt für Gynäkologie und Geburtshilfe,
5734 Reinach AG

Jacques Compère (1935), † 12.6.2022,
Spécialiste en chirurgie orthopédique
et traumatologie de l'appareil locomoteur,
1201 Genève

Paul Geiger (1946), † 18.6.2022,
Facharzt für Allgemeine Innere Medizin,
9300 Wittenbach

Christian Malär (1946), † 19.6.2022,
Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie,
8055 Zürich

Praxiseröffnung / Nouveaux cabinets médicaux / Nuovi studi medici

VD

Estefania Pérez González,
Spécialiste en pédiatrie, FMH,
Rue de la Gare 49, 1530 Payerne

ZH

Petra Susanne Metzler,
Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie,
FMH, Bergstrasse 37, 8708 Männedorf

Aargauischer Ärzteverband

Zur Aufnahme in den Aargauischen Ärzteverband haben sich angemeldet:

Als ordentlich praktizierende Mitglieder:

Marcel Bruggisser, Facharzt für Klinische Pharmakologie und Toxikologie und Facharzt für Anästhesiologie, FMH, angestellt im Augenärzte Zentrum Aarau, Bahnhofstrasse 3h, 5000 Aarau, ab sofort

Dirk Dietrich, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin, Praxiseröffnung, Kirchweg 31, 5614 Sarmenstorf, per 1. September 2022

Regula Grabherr Fawzi, Fachärztin für Gynäkologie und Geburtshilfe, FMH, angestellt in Tana AG, Dammweg 19, 5600 Lenzburg, per 1. Oktober 2022

Nadia Khan, Praktische Ärztin, angestellt im Monvia Gesundheitszentrum, Muhenstrasse 13, 5036 Oberentfelden, ab sofort

Maria Kourantzi, Fachärztin für Kinder- und Jugendmedizin, angestellt in Monvia Gesundheitszentrum, Muhenstrasse 13, 5036 Oberentfelden, ab sofort

Klaus-Jörg Lipke, Facharzt für Ophthalmologie, Praxiseröffnung, Ziegelstattstrasse 11, 5605 Dottikon, per 1. Dezember 2022

Margit Oremek, Fachärztin für Allgemeine Innere Medizin und Fachärztin für Kardiologie, angestellt in Lenzmed AG, Niederlenzer Kirchweg 5c, 5600 Lenzburg, ab sofort

Thanh Phan, Physikalische Medizin und Rehabilitation, FMH, angestellt in der Praxis bim Chorn-Huus AG, Hinterhagweg 2, 5722 Gränichen, seit 8.11.2021

Fiita Romero de Forsmann, Fachärztin für Allgemeine Innere Medizin und Fachärztin für Nephrologie, angestellt in der Praxis Gruppe Würenlingen AG, Wiesenstrasse 4, 5303 Würenlingen, ab sofort

Ramon Sager, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin, Praxiseröffnung, Rathausgasse 29, 5000 Aarau, per 1. September 2022

Christoph Schänzle, Facharzt für Dermatologie und Venerologie, FMH, Chefarzt in Madreperla Skincare Institut, Theaterplatz 4, 5400 Baden, ab sofort

Sabrina Schraag, Fachärztin für Gynäkologie und Geburtshilfe, FMH, angestellt in Tana AG, Dammweg 19, 5600 Lenzburg, per 2. August 2022

Kyoko Uike, Fachärztin für Allgemeine Innere Medizin und Fachärztin für Rheumatologie, FMH, Praxiseröffnung, Praxis im Salmenpark, Baslerstrasse 40, 4310 Rheinfelden, per 1. September 2022

Als Chef- und Leitende Ärzte und Ärztinnen:

Christoph Thalhammer, Facharzt für Angiologie und Facharzt für Allgemeine Innere Medizin, FMH, Chefarzt in Kantonsspital Aargau AG, Tellstrasse 25, 5001 Aarau, seit 1. September 2019

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

Ärztegesellschaft des Kantons Bern Ärztlicher Bezirksverein Bern Regio

Zur Aufnahme als ordentliches Mitglied haben sich angemeldet:

Renata Flury-Frei, Fachärztin für Pathologie, FMH, Pathologie Länggasse, Worbentalstrasse 32 West, 3063 Ittigen

Caroline Kronester, Fachärztin für Allgemeine Innere Medizin, FMH, Kernstrasse 5A, 3067 Boll

Ana Somaini, Fachärztin für Gynäkologie und Geburtshilfe, FMH, Kornhausplatz 11, 3011 Bern

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

Unterwaldner Ärztesgesellschaft

Zur Aufnahme in unsere Gesellschaft hat sich gemeldet:

Regula Schiess, Fachärztin für Allgemeine Innere Medizin, FMH, Medwalden, Hausarztpraxis, Engelbergerstrasse 33, 6370 Stans

Einsprachen sind innert 20 Tagen nach der Publikation schriftlich und begründet zu richten an: Unterwaldner Ärztesgesellschaft, c/o medkey AG, Schwanenplatz 7, 6004 Luzern

Ärzte-Gesellschaft des Kantons Zug

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

Manuel Roth, Facharzt für Radiologie, Radiologiezentrum Zug, Alpenstrasse 15, 6300 Zug

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

Aktuelle Themen auf unserer Website

www.saez.ch → Tour d'horizon



«Führung und Management für Ärztinnen und Ärzte»

«Professionell organisierte Projekte können viel bewegen»

Schon über zehn Jahre bieten die FMH und H+ Bildung gemeinsam attraktive Fortbildungen für die Spitalärzteschaft an. Seit 2020 ist die Seminarreihe «Führung und Management» anschlussfähig an ein CAS bzw. MAS der Berner Fachhochschule. Seminarteilnehmerin Pia Sachser-Zurmühle schliesst ihr CAS für Kaderleute des Gesundheitswesens demnächst ab und blickt im Interview zurück auf 18 Monate intensiver Fortbildung.



Medizin-ethische Richtlinien zum Umgang mit Sterben und Tod in der Standesordnung

Leitplanken für Behandlungen und Betreuung am Lebensende

Die am 19. Mai 2022 in die Standesordnung der FMH übernommenen SAMW-Richtlinien «Umgang mit Sterben und Tod» bieten der heutigen gesellschaftlichen Realität entsprechende Leitplanken zu Themen wie Selbstbestimmung, Leiden und Leidenslinderung bis hin zur ärztlichen Suizidhilfe.





Markus Spiske / Unsplash

Neues Positionspapier der SAMW

Was es für eine umweltbewusste Gesundheitsversorgung braucht

Julia Gonzalez Holguera^a, Nicolas Senn^b

^a Dr., Projektbeauftragte am Kompetenzzentrum für Nachhaltigkeit, Universität Lausanne; ^b Prof. Dr. med., Leiter der Abteilung für Familienmedizin von Unisanté, Universität Lausanne

Die Gesundheit der Menschen leidet zunehmend unter den Umweltschäden, zu denen auch das Gesundheitssystem beiträgt. Eine nachhaltige Gesundheitsversorgung muss deshalb auch umweltbewusst sein. Diesen ökologischen Aspekt hat die Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissenschaften (SAMW) in den Mittelpunkt ihres neuen Positionspapiers gestellt.

Das jüngst veröffentlichte Positionspapier «Umweltbewusste Gesundheitsversorgung in der Schweiz» der SAMW knüpft an ihr Positionspapier zur nachhaltigen Entwicklung des Gesundheitssystems (2019) an. Dieses ging von der Feststellung aus, dass die Medizin auf dem Paradigma des unbegrenzten Fortschritts beruht. Sie weckt unrealistische Erwartungen, während die ihr zugrundeliegenden finanziellen und personellen Mittel begrenzt sind. Die (fehlende) ökologische Nachhaltigkeit der Gesundheitssysteme wird im damaligen Positionspapier nur am Rande angesprochen. Angesichts des Umwelt- und Klimanotstandes, des nicht unerheblichen ökologischen Fussabdrucks der Ge-

sundheitseinrichtungen sowie der zu erwartenden Auswirkungen auf die Gesundheit der Bevölkerung erschien es unverzichtbar, die Empfehlungen von 2019 auf ökologische Erwägungen auszudehnen.

Dringlichkeit muss anerkannt werden

In den letzten Jahrzehnten wurden bei der Lebenserwartung und der allgemeinen Gesundheit erhebliche Fortschritte erzielt. Diese könnten jedoch durch das Überschreiten der planetaren Grenzen und namentlich durch den Klimawandel sowie die Abnahme der Biodiversität gefährdet werden. Die Gesundheitsbetriebe, die für rund

Positionspapier
Das Positionspapier kann kostenlos gedruckt bestellt oder als PDF heruntergeladen werden unter samw.ch/positionspapiere oder via QR-Code.



vier bis sechs Prozent der globalen Treibhausgasemissionen verantwortlich sind, müssen sich in Zukunft nicht nur an die gesundheitlichen Folgen von Umweltschäden anpassen, sondern auch ihr eigenes Modell infrage stellen und ihre Umwelteffizienz verbessern. Einer kürzlich in den USA veröffentlichten Studie zufolge wirken sich die durch das Gesundheitssystem verursachten Umweltschäden ebenso stark auf die Gesundheit der Bevölkerung aus wie medizinische Fehlbehandlungen [1].

Das Positionspapier betont, dass die westlichen Gesellschaften die Dringlichkeit der Veränderungen anerkennen müssen, die notwendig sind, um die ökologischen Grenzen unseres Planeten einzuhalten. Das

Die Gesundheitsbetriebe müssen sich nicht nur an die Folgen von Umweltschäden anpassen, sondern ihr eigenes Modell infrage stellen.

Dokument soll einen Reflexionsrahmen für die verschiedenen Akteure und Dienste im Gesundheitsbereich bieten, damit diese in ihrem Umfeld solide Nachhaltigkeitsstrategien umsetzen können.

Eine nachhaltige Reform anstreben

Die SAMW veröffentlicht das Papier in einer Zeit, in der sich das Gesundheitssystem zunehmend auch mit Umweltthemen befasst. Dazu gehören insbesondere die jährliche Publikation des *Lancet Countdown* über die Zusammenhänge zwischen öffentlicher Gesundheit und Klimawandel [2]; der im September 2021 in mehr als 200 medizinischen Fachzeitschriften erschienene Appell für dringliche Klimamassnahmen [3]; der im Vorfeld der UNO-Klimakonferenz COP26 vom November 2021 herausgegebene Sonderbericht der WHO, der dazu aufruft, das Thema Gesundheit bei den Klimaverhandlungen zu berücksichtigen [4]; zahlreiche Studien über den nicht unbedeutenden ökologischen Fuss-

abdruck der Gesundheitseinrichtungen [5] sowie die Ankündigungen gewisser Gesundheitsinstitutionen in aller Welt, sich entschlossen engagieren zu wollen [6].

Eine nachhaltige Reform anstreben

Im Mai 2021 fand in Lausanne ein Seminar mit rund 60 hauptsächlich aus der Westschweiz stammenden Expertinnen und Experten statt. Diese waren aufgrund ihrer Kenntnisse in Sachen Nachhaltigkeit und/oder ihres Engagements für eine nachhaltige Reform des Gesundheitssystems eingeladen worden. Die Veranstaltung wurde gemeinsam vom Kompetenzzentrum für Nachhaltigkeit der Universität Lausanne, der Abteilung für Familienmedizin von Unisanté, dem Verlag Médecine & Hygiène sowie der SAMW organisiert.

Die Gespräche waren in vier Workshops gegliedert, die verschiedenen Massnahmen- und Kompetenzbereichen entsprechen: Gesellschaft, Gesundheitssystem, klinische Praxis und Infrastrukturen. Um die Diskussionen auf das Thema Nachhaltigkeit auszurichten, wurden drei Überlegungsschwerpunkte festgelegt:

- Reduktion der Inanspruchnahme von medizinischen Leistungen;
- Anpassung der medizinischen Praxis;
- Verringerung der Emissionen und Verbesserung der Umwelteffizienz der Gesundheitseinrichtungen.

Vorschläge für das Gesundheitssystem

Die Diskussionen mündeten in sieben Vorschlägen.

1. Förderung des zivilgesellschaftlichen, gemeinschaftlichen und institutionellen Engagements für einen schnelleren ökologischen Wandel in der Gesellschaft

Um die Gesundheit der Bevölkerung zu schützen, ohne eine neue Nachfrage nach Gesundheitsdienstleistungen zu schaffen, muss der ökologische Wandel in der Gesellschaft unbedingt beschleunigt werden. Grundlage ist die Sensibilisierung der Bevölkerung dafür, dass der Umwelt- und Klimanotstand eine Herausforderung für die öffentliche Gesundheit darstellt. Dieser gesellschaftliche Wandel erfordert politische Anstrengungen, einen generationenübergreifenden Dialog und besonderes Augenmerk auf die wirtschaftlichen Ungleichheiten in der Gesellschaft.

2. Überdenken des Konzepts und der Definition von Gesundheit

Wir müssen die ökologischen Determinanten der Gesundheit im Sinne einer gegenseitigen Abhängigkeit aller Lebewesen stärker anerkennen. Auf der Basis dieser neuen

Das Wichtigste in Kürze

- Überlegungen zur ökologischen Nachhaltigkeit der Gesundheitssysteme sind unabdingbar. Sie müssen sich mit der Bewirtschaftung der Infrastrukturen, der Behandlungspraxis und der Organisation des Systems selbst befassen.
- Das Positionspapier präsentiert sieben Vorschläge. Diese sollen einen Reflexionsrahmen für die verschiedenen Akteure und Dienste im Gesundheitsbereich bieten, die in ihrem Umfeld solide Nachhaltigkeitsstrategien umsetzen möchten.
- Die Vorschläge entsprechen in vielen Punkten den Anregungen im Positionspapier der Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissenschaften von 2019. Darin wurde betont, dass das Gesundheitssystem weder wirtschaftlich noch personell nachhaltig ist. Mit der aktuellen Publikation kommt die ökologische Perspektive hinzu.
- Der ökologische Wandel der Gesellschaft muss sämtliche sozioökonomischen Akteure und insbesondere die im Gesundheitssystem tätigen Personen und Instanzen betreffen. Dazu bedarf es der Entwicklung neuer Formen der ressortübergreifenden Zusammenarbeit und des Hinterfragens der Rolle aller Beteiligten.

Sichtweise gilt es, grundlegend darüber nachzudenken, was wir uns unter Gesundheit und Medizin vorstellen. Letztere muss sich vom Konzept des unbegrenzten Fortschritts lösen und vermehrt personelle, finanzielle und ökologische Grenzen berücksichtigen. Dieser Ansatz zeigt, wie wichtig es ist, Gesundheit im Rahmen eines globalen (holistischen) und sektorenübergreifenden Verständnisses ihrer Determinanten zu sehen.

3. Gesellschaftliche statt (bio-)medizinische Ausrichtung der Gesundheit

Heutzutage ist es wichtig, stärker auf die Gesundheitsförderung statt nur auf technische medizinische Verfahren zu setzen. Es geht darum, ein auf Heilung (*cure*) und somit im Wesentlichen auf die Biomedizin ausgerichtetes System zu einem auf Betreuung (*care*) basierenden Gesundheitssystem weiterzuentwickeln. Dieses braucht als Grundlage insbesondere ein solides öffentliches Gesundheitssystem und eine Medizin, die soziale und ökologische Gesundheitsdeterminanten umfasst.

4. Entwicklung eines neuen Paradigmas für eine nachhaltige Medizin und Pflege

Das aktuelle Paradigma in der Medizin legt den Schwerpunkt unverhältnismässig stark darauf, insbesondere dank technologischer Lösungen und Innovationen alles zu jedem Preis heilen zu können. Wir müssen wieder anerkennen, dass die (personellen, finanziellen und ökologischen) Mittel und Heilungsmöglichkeiten begrenzt sind. Gleichzeitig benötigen unsere Gesundheitssysteme immer mehr Rohstoffe und Energie, was wiederum weitreichende Folgen für die Ökosysteme hat.

5. Förderung alternativer Behandlungen und Integration von Umweltfragen in die medizinische Praxis

«Mehr ist nicht immer besser.» Nichtmedikamentöse Ansätze für den Umgang mit einer Erkrankung, wie beispielsweise verhaltensbezogene Ansätze, können Patientinnen und Patienten echte Vorteile bieten. Neue und insbesondere berufsübergreifende oder finanzielle Versorgungsmodelle sollten stark gefördert werden. Sie würden den Behandlungspfad der Patientinnen und Patienten effizienter und logischer gestalten und dazu beitragen, dass Pflege und Medizin wieder besser auf die Komplexität der Bedürfnisse der Menschen in ihrem jeweiligen Umfeld ausgerichtet werden.

6. Verpflichtung der Gesundheitseinrichtungen zu einem soliden Nachhaltigkeitsansatz

Die Gesundheitseinrichtungen tragen mit Blick auf ihr Engagement für die Gesundheit der Bevölkerung die

Verantwortung, ihren ökologischen Fussabdruck zu verkleinern. Sie müssen vorbildlich handeln, damit weitere Sektoren nachziehen – gerade auch, weil sie als Arbeitgeber und Grundeigentümer bedeutende Akteure der lokalen Wirtschaft sind. Der Zweck der Gesundheitseinrichtungen und des Gesundheitssystems ist natürlich die Gesundheit der Bevölkerung; die verstärkte Berücksichtigung der ökologischen Aspekte trägt ebenfalls zur Erreichung dieses Ziels bei.

7. Ausbildung und Sensibilisierung der Gesundheitsfachleute für die Herausforderungen der ökologischen Nachhaltigkeit

Zurzeit gibt es praktisch keine Ausbildung der Gesundheitsfachleute in Bezug auf die Herausforderungen der ökologischen Nachhaltigkeit und die Nachhaltigkeit der Gesundheitsdienstleistungen. Um alle Betroffenen einbinden zu können, müssen neue, bedarfsgerechte Ausbildungsgänge sowohl für bereits im Gesundheitssystem beschäftigte Personen (Fort- und Weiterbildung) als auch für Ausbildungsanfängerinnen und -anfänger geschaffen werden.

Paradigmenwechsel ist notwendig

Das Gesundheitssystem ist zurzeit mit zahlreichen Herausforderungen konfrontiert, zu denen die Umweltproblematik hinzukommt. Das System selbst fördert mit seinem liberalen gesetzlichen Rahmen, der verzettelten Lenkung und der hohen Zahl an Akteurinnen und Akteuren mit teilweise divergierenden Interessen die übermässige Inanspruchnahme von Behandlungen und die Vervielfachung von Gesundheitsdienstleistungen. Auf diese Weise trägt es erheblich zur Umweltzerstörung bei.

Die im neuen Positionspapier skizzierten Vorschläge sind von den 2019 angesprochenen Problematiken keineswegs abgekoppelt, sondern schliessen sich ihnen in vielerlei Hinsicht an. Der aktuelle Umweltnotstand sowie die Krise des Gesundheitssystems haben viele gemeinsame Ursachen. Dazu gehören zum Beispiel der übermässige Konsum von Waren und Dienstleistungen und der produktivistische Ansatz. Um den ökologischen Wandel zu vollziehen, der nötig ist, um auf der Erde gesunde Lebensbedingungen zu erhalten, müssen wir unbedingt anerkennen, dass unsere Ressourcen begrenzt sind. Voraussetzung dafür ist jedoch ein Paradigmenwechsel, der die verschiedenen sozioökonomischen Bereiche der Gesellschaft einschliesslich des Gesundheitssystems betrifft. Dies erfordert die Entwicklung neuer Zusammenarbeitsformen, das Hinterfragen der Rolle und Verantwortung aller Beteiligten und eine von Demut und Kreativität geprägte Behandlung des Themas.

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



[v.clerc\[at\]samw.ch](mailto:v.clerc[at]samw.ch)

Briefe an die SÄZ

Neue Richtlinien Lebensende / assistierter Suizid gesetzeswidrig

Brief zu: Gilli V, Bounameaux H. Leitplanken für Behandlungen und Betreuung am Lebensende. Schweiz Ärztztg. 2022;103(24):796–7; Junod V. Suicide assisté: médecin ayant fourni du pentobarbital punissable? Schweiz Ärztztg. 2022;103(24):822–4.

Nun ist es so weit. Am 19.5.22 hat uns die FMH mit den neuen Richtlinien «überrascht». Diese sollen seit/mit der Annahme durch die Ärztekammer gültig und in Funktion sein. Über den genaueren Inhalt der Änderungen wurden die Ärzte nicht informiert, deswegen benutze ich das Wort «überrascht». Eine freudige Überraschung ist das mitnichten. Die Änderungen sollten den Ärzten, welche bereit sind, NAP zu rezeptieren, mehr Sicherheit geben, so wurde ich informiert. Tun sie das wirklich? Ich bezweifle dies sehr, denn gerade die beiden Begriffe «gesund» und «schwerwiegend» können ganz unterschiedlich, objektiv oder subjektiv, bewertet werden.

Wer bestimmt denn, ob ich «gesund» bin? Wer bestimmt, ob mein Leiden «schwerwiegend» genug ist, dass ich die «Bewilligung» erhalte für einen schmerzfreien Tod, der mit hundertprozentiger Sicherheit gelingt, dank einem Rezept für NAP? Der Sprung vor den Zug oder vom Hochhaus steht mir immer offen, ohne dass ich «die Autonomie der Ärzte in der

Ausübung ihres Berufes aus Spiel setzen» muss.

In den Richtlinien von 2018 steht: «die Krankheitssymptome des Patienten sind für diesen Ursache unerträglichen Leidens». Das war aber 2018 und ist nicht mehr... Eben gerade ich als Patientin, und nur ich allein kann wissen und erfahren, ob ein Leiden für mich unerträglich ist. Nun muss ich mir anhören lassen, dass laut dritter Zeile, Punkt 6.2, Seite 24 der Richtlinien «die Autonomie der Ärzte in der Ausübung ihres Berufes auf dem Spiel steht». Und wie bitte sieht es mit meiner eigenen Autonomie aus, mit der so hochgestellten Patientenautonomie? Steht diese nicht auch auf dem Spiel durch diese «gesetzeswidrige» Einschränkung? Ich bin doch diejenige, die offenbar unerträglich leidet, nicht der Arzt, der mir dann das Sterbemittel vorenthält, weil er entweder entschieden hat, dass mein Leiden noch nicht «schwerwiegend» genug ist, oder weil er Angst hat vor einer Klage durch die Staatsanwaltschaft wegen Verstosses gegen die Sorgfaltspflicht.

Warum nenne ich diese Einschränkung «gesetzeswidrig»? Wir haben in der Schweiz ein hoch liberales Gesetz betreffend Sterbehilfe. Dieses wird untergraben durch diese Richtlinien, und der schlimmste Punkt dabei ist eben genau der, dass beim unbegleiteten Suizid kein Arzt, keine FMH, keine SAMW

dreinredet. Die Schienenputzer, die Lokführer, die geschockten Polizisten sind die Leidtragenden, und vor allem die Familienangehörigen, die nie Fragen stellen konnten, sich nie verabschieden konnten. Die neuen Richtlinien sind ein Affront gegenüber dem bestehenden sehr liberalen Schweizer Gesetz. Könnten Bürgerinnen und Patienten abstimmen über diese neuen Richtlinien, diese würden mit einem hohen Prozentsatz abgelehnt. 2011 wurde im Kanton Zürich über ein Verbot des begleiteten Suizids abgestimmt. Dies wegen einer Petition, die von mehreren religiösen Gruppierungen lanciert wurde. Die Stimmberechtigten des Kantons Zürich lehnten das Verbot mit 84 Prozent ab! Nun wird ihr Recht mit neuen Richtlinien eingeschränkt.

Ich wünsche mir ein Gespräch zwischen den Verantwortlichen der Ärzteschaft und den Freitodbegleitungsorganisationen sowie betroffenen Patienten. Es kann nicht sein, dass mir als Ärztin das Schweizer Gesetz erlaubt, einem leidenden Patienten beim assistierten Suizid mit einem Revolver zu helfen, gleichzeitig die FMH mir verbietet, diesem Patienten mit einem Rezept für das Sterbemittel NAP zu helfen.

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

Mitteilungen

Ausschreibung der Schweizerischen Herzstiftung

W. und L. Rutishauser Fund – Academic Career Advancement Travel Fellowship

The Swiss Heart Foundation is pleased to announce the «W. und L. Rutishauser Fund». The fund aims to sustain and enhance the high standard and quality of cardiovascular medical care in Switzerland through awarding travel fellowships for academic career advancement.

Applicants eligible for a travel fellowship have to be a fully qualified cardiologist or

cardiovascular surgeon aspiring to a full professorship at a Swiss University Hospital. The fellowship is intended to help support up to one or two of years of research and/or medical procedural training at an accredited and suitable institution abroad.

The age limit is 40 years at time of application. The application must be submitted in English.

There are no closing dates.

Further information and application forms can be found at www.swissheart.ch/rutishauserfund

Hilfskasse für Schweizer Ärzte – eingegangene Spenden

Vom 1. April bis 30. Juni 2022 sind sechs Spenden im Gesamtbetrag von CHF 20 350 eingegangen. Der Stiftungsrat der Hilfskasse für Schweizer Ärzte freut sich sehr, diese Gaben bekannt geben zu dürfen und dankt allen Spendern recht herzlich. Damit die Spenden in voller Höhe den Destinatären zukommen, haben wir uns entschlossen, für Spenden unter CHF 500 auf den Versand von persönlichen Dankschreiben zu verzichten. Wir hoffen sehr, dass diese Massnahme bei allen Spendern auf Verständnis stösst.

Für die Hilfskasse für Schweizer Ärzte

Der Kassier des Stiftungsrates

Lago statt Ludwigsburg

Rahel Gutmann

Junior-Redaktorin der *Schweizerischen Ärztezeitung*

Für eine neue Arbeitsstelle ging der Deutsche Holger Malchow ins Tessin – für drei Jahre, wie er ursprünglich dachte. Das war 2005. Heute lebt der Arzt immer noch dort, spricht Italienisch und kann sich keinen besseren Ort zum Arbeiten vorstellen: und das nicht allein wegen des glitzernden Lago Maggiore.

«Wie Ferien, in denen ich nebenher noch ein bisschen gearbeitet habe» – so beschreibt Holger Malchow seine ersten Arbeitsjahre in der Schweiz und lacht. Im Jahr 2005 zogen der Mediziner und seine Frau mit ihren beiden Kindern aus Deutschland ins Tessin. «Auf Zeit» hatten sie sich damals gesagt, daraus sind inzwischen 17 Jahre geworden.

Kein Wunder, wenn man die Vorgeschichte kennt: Der Deutsche war schon lange vor seinem Umzug ins Tessin regelmässiger Besucher in Locarno und später in der neueröffneten Clinica Omeopatica Dr. Spinedi in Orselina. Denn als Medizinstudent hatte er einen Vortrag des Homöopathen Dario Spinedi in Deutschland gehört. Manche der Studierenden waren so begeistert, dass sie danach regelmässig nach Locarno reisten, um an den zweitägigen Supervisionen von Dr. Spinedi teilzunehmen – darunter auch Holger Malchow.

Ziel von Anfang an vor Augen

Für Holger Malchow war es sogar schon vor Studienbeginn beschlossene Sache, dass er später homöopathisch arbeiten wollte. Der Grund dafür? Ein persönliches Erlebnis: «Mein Vater wurde krank und die konventionelle Medizin konnte ihm nicht helfen. Erst als er zu einem homöopathischen Arzt kam, ging es ihm besser.» Das geschah, als Holger Malchow kurz vor

Im Jahr 2005 zogen der Mediziner und seine Frau mit ihren beiden Kindern ins Tessin.

dem Abitur und der Studienwahl stand: «Die Erfahrung hat mich dazu motiviert, Medizin zu studieren. Mit dem Ziel, homöopathischer Arzt zu werden.»

2005 war es soweit: «Als ich meinen Facharzt für Innere Medizin hatte, schickte ich eine Bewerbung nach Orselina.» Zwei Tage später kam die Zusage. Hups. Da brauchte die Familie dann doch etwas Bedenkzeit: «Unsere Kinder waren damals 11 und 8 Jahre alt. Die

wollten nicht mitgehen.» Letztlich wagten sie jedoch den Schritt von Ludwigsburg bei Stuttgart in die Schweiz und gleich noch auf die andere Seite des Gott-hards nach Orselina.

Gut angekommen

Und hier in Orselina erzählt er seine Geschichte. Durch lange Gänge geht es zum Büro von Holger Malchow. Die Clinica Dr. Spinedi ist eingebettet in die Klinik Santa Croce, eine private Einrichtung für die Akutbehandlung psychiatrischer Störungen. 15 Betten darin

Für Holger Malchow war es schon vor Studienbeginn beschlossene Sache, dass er später homöopathisch arbeiten wollte.

sind für Holger Malchow und seine homöopathisch arbeitenden Kolleginnen und Kollegen reserviert.

Im Büro angekommen, kann man gut nachvollziehen, warum Holger Malchow bis heute hier geblieben ist: Von seinem Schreibtisch aus geht der Blick direkt auf den in der Sonne glitzernden Lago Maggiore. Aber das ist wohl nur ein netter Nebeneffekt. Er erklärt: «Ich bin selbstständig in eigener Praxis und arbeite als Belegarzt hier in der Klinik. Das heisst, ich betreue in der Oberarzt-Funktion Patienten und habe nebenher ambulante Patienten.» Neben der schönen Aussicht war auch die Möglichkeit, selbstständig zu arbeiten, ein Grund zum Bleiben.

Ausserdem hatte sich die Familie gut eingelebt. Und dabei hat der im Licht funkelnde See sicher geholfen: «Die Gegend um Stuttgart ist nicht schlecht, aber es gibt nur den Neckar und in dem kann man nicht baden», meint Holger Malchow rückblickend und schmunzelt.

Einen Kulturschock hätten sie nicht erlebt. Das mag unter anderem daran liegen, dass Holger Malchow bereits den grössten Teil seiner Kindheit im grenznahen Konstanz verbracht hatte. Einzig die Sprache stellte im



Holger Malchow auf dem Balkon seines Büros in Orselina (Foto: Rahel Gutmann).

Tessin eine echte Herausforderung dar. Die Kinder lernten am schnellsten Italienisch, und auch Holger Malchow kann heute problemlos italienischsprachige Patientinnen und Patienten betreuen: «Als wir ankamen, konnte ich die Sprache nicht. Dann habe ich mit einem Krankenpfleger ausgemacht, dass wir nur Italienisch miteinander sprechen. So habe ich es gelernt.»

Lindern und unterstützen

Die neuen Sprachkenntnisse benötigt der Wahltesiner allerdings längst nicht bei jeder Konsultation. Ein grosser Teil der Patientinnen und Patienten seien deutschsprachig. «Etwa die Hälfte meiner Patienten stammen aus der Schweiz, die andere Hälfte kommt aus anderen Ländern», sagt Holger Malchow. Besonders aus Deutschland nehmen viele den Weg ins Tessin auf sich.

Was er den teilweise weit Gereisten bietet? Die meisten von ihnen leiden an einer Krebserkrankung. Mit der homöopathischen Behandlung versuchen Holger Malchow und seine Kolleginnen und Kollegen, die Nebenwirkungen der Krebstherapie zu lindern. Er erklärt: «Wir greifen nicht in die onkologische Behandlung ein, sondern behandeln die Nebenwirkungen.» Dadurch steigere sich die Lebensqualität der Betroffenen. «Unsere subjektive Erfahrung ist, dass man bei unseren Patienten häufig ein gutes Ansprechen oder teilweise ein besseres Ansprechen auf die konventionellen Therapien sieht als erwartet.» Eigentlich würde der Homöopath gerne andere Schwerpunkte setzen: «Eine der Stärken der Homöopathie ist die Prävention.» Doch dafür kämen die Patientinnen und Patienten häufig zu spät.

Der gute Umgang miteinander

Ob er sich je überlegt habe, noch an einem anderen Ort in der Schweiz zu arbeiten? Nein, meint Holger Malchow. Er empfindet es als positiv, dass die Gesundheitsfachpersonen in der Schweiz generell mehr Zeit für die Patientinnen und Patienten haben als in Deutschland. Überhaupt sei das Leben hier etwas entspannter und weniger hektisch, meint er. Und speziell in Orselina gefällt es ihm besonders gut, wie er betont. Er schätzt das kollegiale Miteinander, die Zeit für die Patientinnen und Patienten und das gute Arbeitsklima. «Hier wird man auch einmal gelobt für das, was man tut. Dort wo ich früher gearbeitet habe, kam das nicht vor.»

Ein guter Umgang miteinander – man merkt, dass das sehr wichtig ist für den 51-Jährigen. Er mag es, dass in der Schweiz eine respektvolle Diskussionskultur gepflegt wird: «Man kann eher auch mal eine divergierende Meinung stehen lassen oder akzeptieren.» Dies gelte mehrheitlich auch in puncto Komplementärmedizin.

Seit 2017 ist er Mitglied im Vorstand des Schweizerischen Vereins homöopathischer Ärztinnen und Ärzte (SVHA). Seine Begründung für dieses Engagement zeigt, wie sehr er sich in die Schweizer Mentalität eingelebt hat: «Dem Tessin wird nachgesagt, dass es in der Schweiz nicht genügend wahrgenommen wird. Da wollte ich ihm eine Stimme geben.»

Zusätzlich engagiert er sich im Rahmen der SVHA Academy für die medizinische Ausbildung von Medizinstudierenden und jungen Ärztinnen und Ärzten. Mit

Er empfindet es als positiv, dass die Gesundheitsfachpersonen in der Schweiz mehr Zeit für die Patientinnen und Patienten haben.

Nachdruck sagt Holger Malchow: «Es ist mir ein grosses Anliegen, den ärztlichen und homöopathischen Nachwuchs auszubilden.»

Der Weg des Arztes aus Deutschland nahm eine ungeahnte Abzweigung in die Schweiz. Aber was sein medizinisches Arbeiten betrifft, hätte er geradliniger kaum verlaufen können.

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



© Lea Aring

Wenn alles zu anstrengend wird

Leonie Dolder

Dr. med., Freie Journalistin

Weltweit sind ca. 17 Millionen Menschen von Myalgischer Enzephalomyelitis oder dem Chronischen Fatigue-Syndrom betroffen – in der Schweiz bis zu 24 000 Personen. Die Krankheit, die meist infolge eines viralen Infekts auftritt, fesselt viele von ihnen ans Bett, eine wirkungsvolle Therapie gibt es nicht. Auch weil zu wenig geforscht wird.

Sie können sich im Alltag kaum noch selbst versorgen, leiden an grippeartiger Erschöpfung, pathologischer Muskelererschöpfbarkeit, Schmerzen und kognitiven Einschränkungen. Ruhe hilft nicht, aktiv werden aber auch nicht. Patientinnen und Patienten, die von einer

nicht. Die Symptome können sich nach jeder Aktivität, egal ob körperlich oder geistig, verschlimmern. Denn der Körper zeigt eine neuroimmunologische Reaktion auf Anstrengung, die Post-Exertional Neuroimmune Exhaustion (PENE).

Die Symptome können sich nach jeder Aktivität, egal ob körperlich oder geistig, verschlimmern

Myalgischen Enzephalomyelitis (ME) und dem Chronischen Fatigue-Syndrom (CFS) betroffen sind, geben Ärztinnen und Ärzten Rätsel auf. Was ist los mit ihnen? Und wie kann man ihnen helfen?

Eins steht fest: Sich aus der Erschöpfung heraus trainieren hilft bei den komplexen Krankheitsbildern

Unterschiede und Gemeinsamkeiten

Die Herausforderung ist allerdings nicht nur, ME und CFS überhaupt zu diagnostizieren, sondern auch, beide voneinander abzugrenzen. Fast alle ME-Patientinnen und Patienten erfüllen die Diagnosekriterien für CFS, doch umgekehrt erfüllt nur circa ein Drittel bis die Hälfte der CFS-Patientinnen und -Patienten die Kriterien für ME. Trotz der Unterschiede (siehe auch Kasten

Unterschiede zwischen ME und CFS

Eine 2021 erschienene Studie hat bei MRTs von ME-Betroffenen mikrostrukturelle Anomalien im Gehirn gefunden. Diese Anomalien waren aber nicht bei Erkrankten vorhanden, die ausschliesslich die Kriterien für CFS erfüllen [16]. Bei ihnen konnten hingegen verschiedene andere pathophysiologische Veränderungen nachgewiesen werden [17]. Und wer wiederum die Kriterien für ME erfüllt, ist häufiger bettlägerig und pflegebedürftig als CFS-Betroffene [18].

Die Symptome können ein Leben lang bleiben. In den ersten 18 Monaten kann es durch konsequente Schonung noch zu Remissionen kommen, die aber danach extrem selten sind. Etwa 75 Prozent der Patientinnen und Patienten sind Frauen und die Krankheit betrifft alle Gesellschaftsschichten und alle Altersgruppen ab der Kindheit. Manches deutet darauf hin, dass die Prävalenz von ME in ärmeren Bevölkerungsschichten höher ist [19].

«Unterschiede zwischen ME und CFS») gilt hierzu-land: «In der Schweiz wird die Diagnose ME nicht vergeben, diagnostiziert wird nur unter dem Begriff CFS», sagt Jonas Sagelsdorff, Co-Präsident der Schweizerischen Gesellschaft für ME & CFS (SGME), und erklärt: «ME ist eine Subgruppe von CFS.»

Dennoch sind ME und CFS nicht gleichbedeutend [1]. Kurz zusammengefasst ist ME definiert als Krankheit

Wer chronisch erschöpft ist, kann nicht arbeiten. Und doch ist es für Betroffene schwierig, eine IV-Rente zu bekommen.

mit dem Leitsymptom PENE [2] und immunologischen, neurologischen und kardiovaskulären Symptomen sowie Einschränkungen in der Energieproduktion und dem Energietransport. Das Leitsymptom von CFS ist hingegen Fatigue, eine schwere pathologische Erschöpfung. Damit CFS diagnostiziert werden kann, muss es sich um eine besonders schwere Form der Fatigue handeln, die den Patientinnen und Patienten einfachste Alltagshandlungen unmöglich machen kann.

Diagnose mithilfe eines Kriterienkatalogs

Aber wie die passende Diagnose finden? Es gibt keine anerkannten Blutmarker oder bildgebende Verfahren, die eine eindeutige Diagnose erlauben. Deshalb wird ME durch eine Kombination von Einschluss- und Ausschlusskriterien diagnostiziert. Ein gutes Verhältnis von Spezifität und Sensitivität ergibt sich aus den Kanadischen Konsenskriterien und deren Nachfolgedokument, den Internationalen Konsenskriterien [3, 4]. Die SGME bietet einen Onlinefragebogen an, der die Kriterien automatisch auswertet [5]. Andere Kriterien, wie die 1994er-CDC-Kriterien, die Oxford-Kriterien

oder die 2015 vom IOM vorgeschlagenen SEID-Kriterien weisen eine schlechte Spezifität auf und sind gemäss SGME deshalb nicht zu empfehlen [6, 7].

Gutachter liegen oft falsch

Insgesamt sind in der Schweiz Schätzungen zufolge derzeit zwischen 16 000 und 24 000 Menschen von ME und CFS betroffen. Etwa 60 Prozent von ihnen sind durch die Krankheit arbeitsunfähig, mindestens ein Viertel von ihnen ist ans Haus gebunden oder bettlägerig und pflegebedürftig [8].

Wer chronisch erschöpft ist, kann nicht arbeiten. Und doch ist es für Betroffene schwierig, eine IV-Rente zu bekommen. Wenn IV-Renten gutgesprochen wurden, geschah dies in der Vergangenheit meist nicht für ME beziehungsweise CFS, sondern für eine Begleiterkrankung oder gar für eine Fehldiagnose, wie eine im Jahr 2021 stattgefundenen Befragung der SGME von Patientinnen und Patienten ergab. Kürzlich hat die Gesellschaft eine weitere Datenerhebung [9] durchgeführt: Der Grossteil der befragten Antragstellerinnen und Antragsteller gab an, dass der Gutachter die Krankheit für eine psychische bzw. psychosomatische Krankheit gehalten habe. Problematisch ist, das vor allem das Leitsymptom PENE relevant für die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit ist, da sich die ausserordentliche Symptomverschlechterung oft erst nach der Begutachtung zeigt. Dieses Leitsymptom war den Gutachtern laut den Befragten in aller Regel nicht bekannt.

Forschungsinteresse ist klein

Dass die Krankheit so wenig bekannt ist, liegt auch daran, dass sie bisher kaum erforscht wird. In den 1950er-Jahren wurde sie zwar zum ersten Mal unter ihrem Namen Myalgische Enzephalomyelitis beschrieben und

Anhaltende Erschöpfung nach viralen Infekten

Gemäss einer US-amerikanischen Studie litten 13 Prozent der Jugendlichen und Erwachsenen sechs Monate nach einer Epstein-Barr-Virus-Infektion noch unter verschiedenen Symptomen. Zwei Jahre nach der Infektion waren noch vier Prozent an CFS erkrankt [20]. Die konkreten Zahlen, wie viele Covid-Erkrankte an Langzeitschäden leiden werden, sind im Moment noch unklar. Das statistische Amt des Vereinigten Königreichs geht von zehn Prozent aus [21]. Anfang Mai dieses Jahres hat Prof. Carmen Scheibenbogen, Fachimmunologin der Charité Berlin, ein Interview gegeben, in dem sie betonte, dass von jenen, die nach einer akuten Covid-Erkrankung Long Covid entwickeln, letztendlich 10 bis 20 Prozent an ME leiden werden [22].

von Beginn an als neuroimmunologische Krankheit erkannt. Und das Institute of Medicine (IOM) erkannte ME 2015 eindeutig als schwer behindernde körperliche Krankheit an [10]. In der Schweiz gibt es aber bisher kaum nennenswerte Forschung über ME. Immerhin: Zu Beginn dieses Jahres wurde eine Masterarbeit an der Universität Basel zum Thema verfasst. Und aktuell läuft eine epidemiologische Studie am Tropeninstitut Basel [11].

Fehlendes Wissen in der Ärzteschaft

Auch im Medizinstudium in den Fachgebieten Immunologie und Neurologie kommt die Krankheit bisher kaum vor. Schweizer Hausärztinnen und Hausärzten ist ME in der Regel ebenfalls nicht bekannt – lediglich

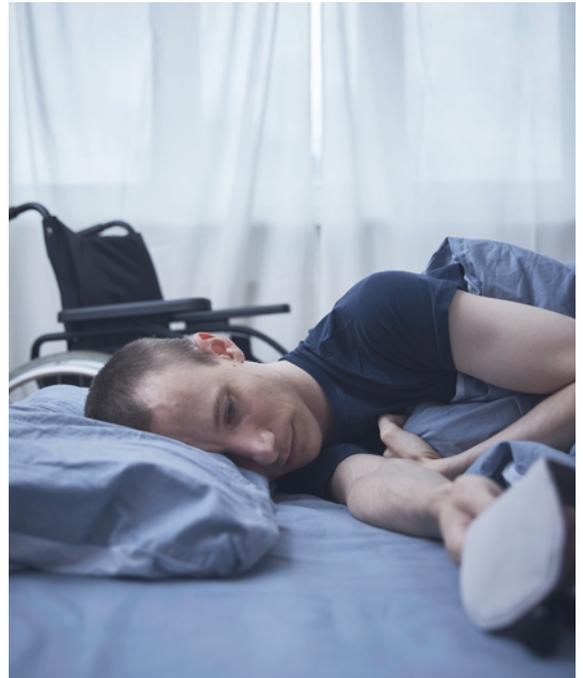
Im schlimmsten Fall kann eine Fehlbehandlung zu vollständiger Pflegebedürftigkeit führen.

ein Sechstel der Erkrankten hat eigenen Angaben zufolge einen Hausarzt, der die Krankheit erkennt und sich damit auskennt [12].

«ME und CFS werden noch immer mit Aktivierungstherapie behandelt, obwohl mittlerweile viele nationale Gesundheitsämter explizit davon abraten – im schlimmsten Fall kann diese Fehlbehandlung zu einer irreversiblen Zustandsverschlechterung bis hin zu vollständiger Pflegebedürftigkeit führen», so Sagelsdorff. Auch das britische National Institute for Health and Care Excellence (NICE) und das Center for Disease Control and Prevention (CDC) raten explizit davon ab [13].

Begleitung der Betroffenen

Glücklicherweise gibt es sie trotzdem: Ärztinnen und Ärzte sowie medizinische Einrichtungen, die sich mit der Erkrankung gut auskennen. Die Medizinische Poliklinik am Kantonsspital Graubünden [14] sowie die Klinik für Konsiliarpsychiatrie und Psychosomatik am UZS [15] gelten als gute Anlaufstellen für ME/CFS-Betroffene. Zusätzlich führt die SGME eine Liste mit informierten Ärztinnen und Ärzten, die Patientinnen und Patienten auf Anfrage bekommen.



In der Schweiz leiden 16000–24000 Menschen am Chronischen Fatigue-Syndrom. Sowohl das Krankheitsbild als auch die Diagnose sind komplex, da die Abgrenzung zu Myalgischer Enzephalomyelitis nicht einfach zu treffen ist. (Foto: Lea Aring)

Doch auch diejenigen, die sich viel mit der Krankheit beschäftigen, wissen aufgrund der mangelhaften Forschungslage oft nicht weiter. Viele Fragen bezüglich ME/CFS sind noch offen und es gibt noch keine allgemein anerkannte Behandlung. «Aufgrund der Zusammenhänge zwischen ME/CFS und Long Covid ist es sehr wichtig, dass die Schweiz die Erforschung dieser schwer behindernden Krankheit massiv fördert», so Sagelsdorff. «Dies ist nicht nur eine ethische Frage, sondern mittelfristig auch wirtschaftlich die günstigste Lösung, denn die Alternative sind Tausende von arbeitsunfähigen bis pflegebedürftigen Patientinnen und Patienten.»

Ärzt Netzwerk im Aufbau

Die Schweizerische Gesellschaft für ME & CFS plant derzeit den Aufbau eines Ärztenetzwerks zur Förderung der Versorgungsstrukturen für ME-Patientinnen und -Patienten. Interessierte Ärztinnen und Ärzte, die sich beteiligen möchten, können sich unter [info\[at\]sgme.ch](mailto:info[at]sgme.ch) melden.

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



Prix Cerebral 2022

L'association HackaHealth a reçu le Prix Cerebral, doté de 20 000 francs et décerné par la Fondation Cerebral, pour son engagement en faveur des personnes en situation de handicap. Fondée en 2018 par des étudiantes et étudiants de l'École Polytechnique Fédérale de Lausanne (EPFL) et du Campus Biotech à Genève, l'association fournit des solutions sur mesure pour améliorer le quotidien de ces personnes. Elle organise par exemple chaque année un hackathon, durant lequel de jeunes ingénieurs, designers et développeurs conçoivent des prototypes spécialement pour les personnes en situation de handicap. L'association a comme objectif de développer ses activités à l'échelle nationale, et en 2021, un premier hackathon a été organisé sur le campus de l'ETH Zurich. Le lancement d'un cours de Master à l'EPFL a aussi permis aux étudiantes et étudiants de travailler sur différents projets aux côtés de personnes handicapées.



(d.g.à.d.) René Schefer, fondateur Prix Cerebral, Bastien Orset, Alec Chevrot et Luca Randazzo, HackaHealth, Thomas Erne, directeur fondation Cerebral et Marc Joye, président fondation Cerebral (mad).

Award der SGKPT geht nach Genf: PhD-Arbeit ausgezeichnet



Dr. med. Gaëlle Magliocco (zVg).

Der diesjährige Young Scientist Award der Schweizerischen Gesellschaft für Klinische Pharmakologie und Toxikologie (SGKPT) geht an Dr. med. Gaëlle Magliocco von der Universität Genf. Die SGKPT zeichnet Dr. Magliocco für ihre PhD

Arbeit *Cytochrome P450 Activity Assessment: Toward Validation of Endogenous Metrics and Discovery of New Biomarkers Using Untargeted Metabolomics* aus. Mit dem mit 1000 Franken dotierten Preis will die Fachgesellschaft junge Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftler im Bereich der klinischen Pharmakologie und Toxikologie unterstützen und fördern.

Zum ersten Mal verliehen: SGPM Young Scientist Award

Die Schweizerische Gesellschaft für Pharmazeutische Medizin (SGPM) verlieh dieses Jahr zum ersten Mal den Young Scientist Award. Am diesjährigen *Spring Meeting* der Dachorganisation (Schweizerische Gesellschaft für Pharmakologie und Toxikologie) wurde PD Dr. med. Dr. sc. nat. Perparim Limani von der Klinik für Viszeral- und Transplantationschirurgie am Universitätsspital Zürich für seine Arbeit in der translationalen medizinischen Forschung und frühen klinischen Entwicklung von Myo-inositol trisphosphate in Personen mit hepatopankreatobiliären Tumoren ausgezeichnet.

Dies ist auch eine Würdigung für die spezielle interprofessionelle und interdisziplinäre Zusammenarbeit im Rahmen der akademischen Medikamentenentwicklung. Das Ziel des Awards mit einem Preisgeld von 500 Franken ist es, die wissenschaftliche Tätigkeit von angehenden und jungen Fachärztinnen und Fachärzten zu fördern.

Prix Fanconi de la pédiatrie suisse pour Gregor Schubiger

L'organisation professionnelle pédiatrie suisse remet le prix Fanconi au Dr méd. Gregor Schubiger, ancien médecin-chef en pédiatrie et directeur de l'hôpital pour enfants de Lucerne, pour ses prestations exceptionnelles et ses mérites en faveur de la pédiatrie en Suisse, notamment dans les domaines suivants: politique professionnelle, assurance qualité, enseignement, collaboration avec les soins et éthique médicale. Gregor Schubiger était – et est encore aujourd'hui dans l'enseignement – un grand médecin, clinicien, enseignant et promoteur. Le prix est doté de 10 000 francs.



Prof. Dr. méd. Thomas Neuhaus (à gauche) avec le lauréat Dr. méd. Gregor Schubiger (pédiatrie suisse).

Das grosse Wort

Die Freiheit ist gross
 Gefesselt an unsere Ketten
 Geschmiedet aus Bewertungen
 Und Definitionen
 Schreit sie in uns
 Während wir haschen
 Nach dem Flug der Möwe
 Die keine Wolken kennt
 Nur Schönheit und Freude
 Nach dem tiefroten inneren Gesetz
 Das wir aus den Augen
 Verloren



Hedi Meierhans

Schwanenfamilie

Eine wackere fröhliche Kinderschaar
 Mit dem treuen Schwanenpaar
 Emsig werden sie gefüttert
 Auch von andern lieben Müttern.

Sie lassen sich nicht beirren
 Von unseren menschlichen Wirren
 Geben kräftig Gas
 Manchmal auch auf dem Gras.

Der holde Frühling half ihnen zu überleben
 Das ist nicht immer so gegeben
 Mahlers Lied von der Erde klingt an
 Vielleicht auch bei Familie Schwan.



Hedi Meierhans

Beide Gedichte: Dr. med. Hedi Meierhans

The Letter

André Simon

Dr. med., Facharzt für Allgemeine Innere Medizin, Zürich

The letter to an unknown friend who lives far, far away.

“Over there behind the mountains, precisely on the slopes of the highest mountain in Europe, there lies a small fairytale alpine country. The impressive lakes adorn the country. In the summer, the mountain air scent the fragrance of wildflowers. In the winter, in this land of chocolate producers, scent the aroma of chocolate, which reminds us of the loveliest part of our lives – our childhood.

In this country the peaceful people are disciplined as has been shown during the pandemic.

This is a country where the people ride bicycles to get to the offices to work there. It is so environmentally friendly. A country where pensioners are equipped with hiking poles and full mountaineering equipment on weekends and that's perfectly normal and healthy.

A country where it is quite cold in winter, but the people are warm in the soul. They are great-

hearted and always ready to help the needy with generous donations or hospitality. Those people know an old wisdom:

What we have acquired we can easily lose
what we have built can decay;

Everything we have learnt we can forget.

However, if we help someone in need, this persists forever.

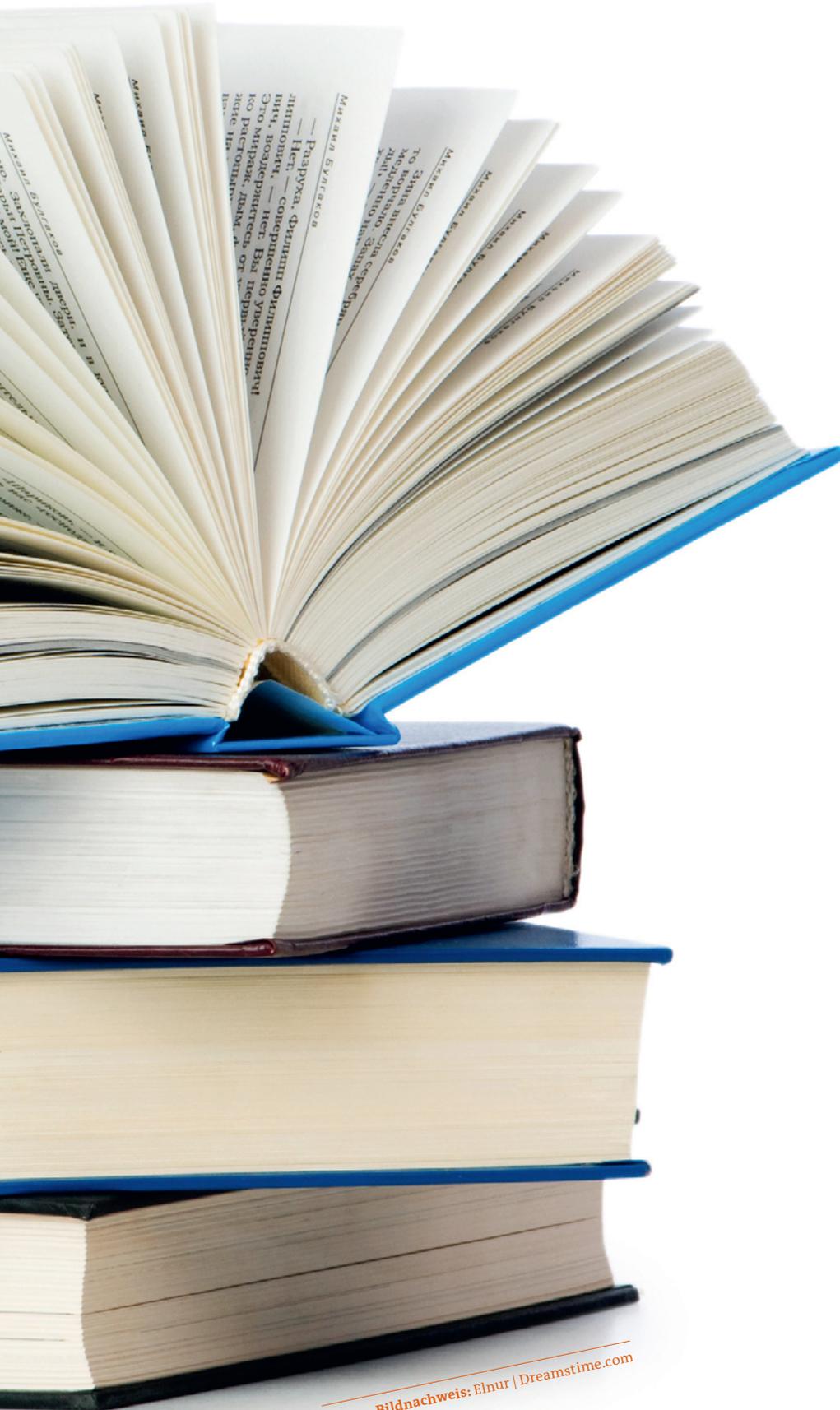
The noblest form of giving is generosity, which is the habit of giving freely without expecting anything in return.

To help needy is the aim of Red Cross co-founded by the humanitarian Henry Dunant born in this country. Today the International Red Cross has a mission to uphold human dignity, alleviate human suffering and protect life and health especially during armed emergencies.

On the 1st of August in this wonderful country, the peaceful people gather all together to celebrate the country's foundation anniversary.”

Picture credit

Irina Shamanayeva | Dreamstime.com
redaktion.saez[at]emh.ch



Bildnachweis: Elnur | Dreamstime.com

Biographies

Dr Françoise Thomé

Patient'Elles
Récits de femmes ordinaires,
extraordinaires



FAVRE

Patient'Elles. Récits de femmes ordinaires, extra- ordinaires

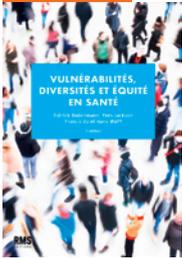
Françoise Thomé
Lausanne: Editions
Favre, 2022, 192 pages

C'est touchée et impressionnée que je referme *Patient'Elles* de Françoise Thomé, qui a été médecin de famille à Genève. C'est un livre miroir. Miroir d'une passion de la médecine – celle qui accueille, observe, écoute et entend, pense et accompagne, parfois guérit. Miroir d'un humanisme engagé qui s'occupe des plus démunies dans des missions humanitaires, en Afrique autant qu'à Genève, en cabinet ou dans les espaces d'accueil des personnes sans abri auxquels sont versés les droits d'auteur de cet ouvrage. Miroir des bouleversements et fracas du monde contemporain avec ses laissées pour compte et leurs histoires de vie au dénouement trop souvent tragique. Miroir également de la force, de la résilience, mais aussi de la fragilité des femmes, de la violence qui leur est faite, des trajectoires fragmentées qui sont fréquemment les leurs. Pour accompagner jusqu'au bout ses patientes, ces femmes courageuses, et leur rendre hommage, Françoise Thomé en a fait le portrait, par touches simples et précises, non dénuées de suspens. Dans ces petits contes transparaissent également sa compassion, sa révolte devant les injustices subies, les mains pleines qu'elle leur a tendues de manière personnalisée et créative, bien au-delà de la réponse médicale habituelle.

Ce livre témoigne aussi de l'immense richesse des rencontres qu'un médecin peut faire dans sa pratique. L'intérêt pour autrui, l'accueil attentif des femmes, la générosité et l'envie de partage en portent ici la marque particulière. Ces récits ont été écrits au moment de la retraite de notre collègue, à partir de notes prises au fil du temps. Ils se lisent avec plaisir dans une grammaire qui favorise le féminin et sont très subtilement soulignés par les belles encre d'Irène Gil.

Les droits d'auteur de Patient'Elles sont reversés à la Fondation Carrefour-Rue & Coulou, qui offre hébergement, nourriture, hygiène et soins médicaux aux personnes sans abri.

Prof. Dre méd. Anne-Françoise Allaz,
membre de la rédaction

Ouvrage
spécialisé**Vulnérabilités,
diversités et équité
en santé – 2^e édition**

Patrick Bodenmann,
Yves Jackson, Francis Vu
et Hans Wolff (dir. publ.)
Chêne-Bourg: Médecine
& Hygiène, 2022

Pionnier de l'équité en santé, Sir Michael Marmot écrit dans la préface: «Le présent volume illustre admirablement comment les médecins peuvent devenir actifs dans la lutte contre les inégalités sociales et d'accès aux soins qui s'expriment à travers les déterminants sociaux de la santé. En prêtant attention à la santé de ces groupes, les médecins et autres personnels de santé promeuvent des sociétés éthiques.» Une seconde préface est le fait de leaders des Facultés de médecine de Genève et Lausanne, illustrant une collaboration à succès.

Cette édition fait suite à la première de 2018 qui a beaucoup retenu l'attention, mais ce n'est plus le même ouvrage: les anciens chapitres ont été revus de manière approfondie et certains, réunis. Aux 44 chapitres initiaux s'ajoutent 24 nouveaux sur des sujets comme l'épigénétique, la littérature numérique, le racisme dans le système sanitaire, le poids des mots (stéréotypes, préjugés), le genre, le handicap, la traite des êtres humains et bien sûr le dérèglement climatique, les migrations, la pandémie de COVID-19. On distingue quatre grandes parties: les fondements (25 chapitres), les populations spécifiques (18), les pratiques cliniques (17), les défis actuels (8). Cette somme est complétée par des entretiens croisés entre Giselle Corbie-Smith, qui a présidé l'Association américaine de médecine interne générale, et Michael Marmot. Au total, 170 auteurs d'ici et d'ailleurs.

Cet ouvrage est une présentation substantielle des compétences requises, basées sur l'évidence scientifique, y compris conseils pratiques et éthiques, pour la prise en charge des personnes vulnérables et en situation de précarité et d'inégalité grave.

*Dr méd. Jean Martin
membre de la rédaction*

Fachbuch

**Psyche und Soma:
Erkenntnisse und
Implikationen der
Analytischen
Psychologie**

Renate Daniel
Stuttgart: Kohlhammer;
2022

Dieses kleine, handliche und kompakte Buch fasst in fünf Kapiteln alles zusammen, was alle Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten über Psychosomatik unbedingt wissen müssen. Auch allen anderen ganzheitlich denkenden Ärztinnen und Ärzten, Pflegenden und therapeutischen Fachpersonen ist das Buch sehr zu empfehlen.

Das Buch geht von der Psychologie C.G. Jungs aus und verbindet diese immer wieder mit der Praxis. Die Grundbegriffe – Komplex, Schatten, Synchronizität, etc. – sind alle da und einfach und präzise erklärt. Bezüglich der Handhabung für die Praxis bleibt die Autorin angenehm offen. Die von Jung entwickelten Theorien geben Anregungen und werden nie zu Glaubenssätzen.

Renate Daniel schreibt ausgedehnt über das Zusammenspiel von Psyche und Körper. Dabei wird offensichtlich, dass das Krankheitsverständnis Jungs dem bekannteren bio-psycho-somatischen sehr ähnlich ist. Durch das Einführen Jungscher Begriffe werden die komplexen Zusammenhänge aber noch greifbarer:

- Es werden keine Konflikt-Symptom-Zusammenhänge gesucht, sondern es geht um Synchronizität, das heisst, das schicksalhafte Zusammenfallen von Konflikt und Symptom kann plötzlich erhellend sein und einen wichtigen Beitrag leisten zur Verbesserung einer Störung.
- Es geht in der Psychosomatik nicht um das «Machen»; die Therapeutin oder der Therapeut muss mit der Patientin respektive dem Patienten oft einfach Aushalten – und dann kann es über die transitorische Funktion zur Besserung kommen.

Dr. med. Gerold Roth, Effretikon

Récit

**Le témoin jusqu'au
bout**

Georges Didi-Huberman
Paris: Les Editions de
Minuit, 2022.

Le témoin jusqu'au bout est un livre précieux, très beau, magnifiquement écrit par Georges Didi-Huberman, philosophe et historien de l'art, auteur d'une œuvre abondante. Ce témoin, c'est Viktor Klemperer (1881–1960), philologue, dont Didi-Huberman lit le journal clandestin écrit jour après jour de 1933 à 1945 depuis la ville de Dresde où il enseignait à l'université.

Ce journal – dont les fragments seront régulièrement cachés dans la paroi d'une maison d'habitation par une amie «aryenne» – montre de façon sensible et poignante la progression de l'oppression nazie et les points d'appui qui permettront à Klemperer, persécuté comme Juif, de rester, malgré les épreuves et l'enfermement temporaire, un vivant et de «témoigner jusqu'au bout» (il faut «grimper le long de mon crayon pour sortir de l'enfer»). Cette œuvre montre comment la langue peut être enrôlée dans l'organisation totalitaire de la vie de toute une population, comment son utilisation peut coloniser les esprits. Et cela n'est pas indifférent aujourd'hui où la langue qui nous est adressée, qui s'est mise en place progressivement depuis l'entre-deux guerres mondiales, est la langue du management qui a colonisé les institutions de soin, l'école, les pratiques politiques comme le montrent aussi divers penseurs et essayistes tels que Bernard Stiegler, Johann Chapoutot et Miguel Benasayag.

Dre méd. Véronique Zumstein, Martigny

**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

**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

Das Dilemma der Jugend

Jean Martin

Dr. med., Mitglied der Redaktion



Immer stärker gerät die junge Generation in den gesellschaftlichen Blickpunkt – die, welche studieren oder eine Ausbildung absolvieren, aber auch die, welche zu resignieren scheinen. Die Pandemie hat ihr Leben auf den Kopf gestellt und ihnen die Jahre geraubt, in denen sie ihre Jugend unbeschwert hätten geniessen können; so wie der Krieg 1939–1945 ihren Urgrosseltern. Bei den Klimamärschen im Jahr 2019 hat diese Generation ihre Empörung und ihre Bereitschaft zu Veränderungen und Taten demonstriert. Doch nun, da auch noch der Krieg Europa fest im Griff hat, ist in den psychosozialen Beratungsstellen kaum noch ein Termin frei. «Angesichts all dieser Krisen stecken nicht wenige junge Erwachsene, die sich eigentlich Nachwuchs wünschen, in einem Dilemma; die Vorstellung, Kinder in eine solche Welt zu setzen, macht ihnen Angst.» [1] Dieses Dilemma ist nicht selten.

«Welchen Sinn hat es, für eine Zukunft zu studieren, die es gar nicht geben wird?», so ein Jugendlicher vor drei Jahren schon gegenüber *The Guardian*. [2] In Frankreich prangerten im Mai 2022 acht Studierende der AgroParisTech bei ihrer Abschlussfeier an, dass die erlernten Berufe zur Zerstörung beitragen und «die Ausbildung auf eine Beteiligung an sozialen und ökologischen Verwüstungen» hinauslaufe.

Stauend erleben die jungen Menschen, wie Klaus Schwab, der Vorsitzende des Weltwirtschaftsforums in Davos, ihnen zur Seite steht: «Sie betreten eine von Krisen geschüttelte Welt. Doch schon lange vorher wurde die Lebensqualität auf unserem Planeten durch die alten sozioökonomischen Systeme in Gefahr gebracht. Wachstum bewirkt Ungleichheit, sozialen Unfrieden und Klimawandel (...) Die jungen Menschen haben genug von Korruption und Stagnation. Sie wollen Transparenz, Verantwortlichkeit und einen inklusiven Kapitalismus» (der im Gegensatz zum Raubtier-Neoliberalismus die Interessen aller berücksichtigt) [3].

Wir alle wollen dazu beitragen, dass die Dinge sich zum Besseren wenden. Dabei gibt es jedoch erhebliche Spannungen. Die Soziologin Valérie Deldrève aus Bordeaux referierte am 25. Mai an der Universität Lausanne über Ungleichheiten innerhalb und zwischen den Generationen und stellte fest, dass der Zustand der Umwelt zu einem diskriminierenden Faktor geworden ist. Die Untersuchungen «zeigen, dass die Erhaltung der Umwelt für die gegenwärtigen und zukünftigen Generationen

zu wenig mit dem Kampf gegen soziale Ungleichheiten verknüpft wurde ... Sie scheint diese Ungleichheiten sogar zu verstärken.» Ein schwer zu lösendes Problem, wenn Massnahmen in die eine Richtung die Probleme in der anderen Richtung verschärfen.

Bruno Latour und Nikolaj Schultz sprechen von der «historischen Kontinuität der gesellschaftlichen Kämpfe gegen die Ökonomisierung sämtlicher Beziehungen» [4]. Dies zeigt sich in gesellschaftlichen Auseinandersetzungen und den Klimademonstrationen. Die zunehmende, umfassende Kommerzialisierung des Gesundheitswesens ist ein schwieriges, schmerzhaftes Thema.

«Es gilt, die Welt, von der man lebt, mit jener Welt in Einklang zu bringen, in der man lebt» [4]. Insbesondere müssen wir aufhören, den Planeten und die Natur als blosse Reservoirs zu betrachten, aus denen wir ohne Mass und Verstand schöpfen können. Wir müssen der Tatsache gerecht werden, dass unsere Gesundheit von derjenigen unseres Planeten abhängt (*Planetary Health*).

Welche Verantwortung tragen wir als Angehörige des Gesundheitswesens gegenüber jungen Menschen? Als Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftler, die Menschenleben schützen wollen, mit Sicherheit eine grosse Verantwortung. Solomon et al. schreiben im NEJM: «Wenn die nächste Generation uns fragen wird, was wir gegen den Klimawandel unternommen haben, sollten wir eine gute Antwort parat haben» [5]. Eine Antwort, die aufrichtiges berufliches, persönliches und staatsbürgerliches Engagement widerspiegelt.

In vielen Städten unseres Landes waren am sogenannten *Overshoot Day* Ärztinnen und Ärzte zusammen mit jungen Menschen auf der Strasse. Dieses Jahr fiel dieser Erdüberlastungstag auf den 13. Mai. Er verdeutlicht uns, dass es 2,7 Erden bräuchte, wenn jeder Mensch so leben wollte wie wir in der Schweiz heute. Würde man den Lebensstandard in den USA nehmen, wären es sogar 5 Erden! Bereits einem sechsjährigen Kind ist klar, dass das nicht möglich ist ... Wird dieses Kind in fünfzehn Jahren noch optimistisch sein oder sich ernüchert fragen: «Wozu das alles?»

Es ist eine Herkulesaufgabe, unsere Sorgen, unsere Empörung und unseren Tatendrang in eine erfolgversprechende Agenda zu fassen. Die politischen Debatten zeigen dies nur allzu deutlich. Um diese Aufgabe kommen wir allerdings nicht herum, denn für Pessimismus ist keine Zeit mehr.

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



