

Schweizerische Ärztezeitung

961 Editorial
von Alexander Zimmer
**Der Staat und die
Digitalisierung**

974 Ukraine-Krieg
**Minderjährige Flüchtlinge
optimal versorgen**

1004 «Zu guter Letzt»
von Eberhard Wolff
Über Ekel in der Medizin

31-32 3.8.2022



962 Digitale Trends
**Wie der medizinische Alltag
der Zukunft aussieht**



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



Verlag

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

Externe Redaktion

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

Redaktion Ethik

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

Redaktion Medizingeschichte

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

Redaktion Public Health, Epidemiologie, Biostatistik

Prof. Dr. med. Milo Puhon

Redaktion Recht

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

FMH

EDITORIAL: Alexander Zimmer

961 **Der Staat und die Digitalisierung**

962 **AKTUELL: Verena Pfeiffer, Reinhold Sojer**
«There is an App for That»: Zukunft oder ärztlicher Alltag? Mit mehr als 300 000 aktuell verfügbaren Gesundheits-Apps stellt sich die Frage, welchen Stellenwert diese im Bereich Prävention und Nachsorge derzeit und künftig in der Schweiz haben. Sind sie bereits Teil des ärztlichen Alltags oder lediglich Zukunftsmusik? Der Digital Trends Survey 2022 liefert Antworten.

AKTUELL: Nora Wille, Yvonne Gilli

966 **Wie stark steigen die Krankenkassenprämien?**

AKTUELL: Interview: Charlotte Schweizer

969 **«Vom TARDOC profitieren Patienten und Prämienzahlende»**973 **Personalien****Weitere Organisationen und Institutionen**

PIGS und pädiatrie schweiz

974 **Junge Flüchtlinge optimal versorgen****Organisationen der Ärzteschaft**

SGAIM: Forschungskommission

978 **Allgemeine Innere Medizin: Wege zum Clinician Investigator****Briefe / Mitteilungen**983 **Briefe an die SÄZ**984 **Facharztprüfungen / Mitteilungen**

Wollen Sie keinen Artikel der *Schweizerischen Ärztezeitung* mehr verpassen?

Registrieren Sie sich für den Newsletter und erhalten Sie die neusten Artikel in Ihre Inbox. QR-Code zur Newsletter-Registrierung.



Scan this code

EMH Schweizerischer Ärzteverlag AG, Farnsburgerstrasse 8, CH-4132 Muttenz,

Wichtige Sicherheitsinformationen

- 985 **Vorsorglicher Chargenrückruf bis auf Stufe Detailhandel**
 986 **Wichtige sicherheitsrelevante Informationen zu Paxlovid®**

FMH Services



- 988 **Stellen und Praxen** (nicht online)

Tribüne

- 995 **Spectrum**
 INTERVIEW: Julie Zaugg
 996 **«Man hat den Patientinnen nicht genug Gehör geschenkt»**
 STANDPUNKT: Markus Furrer, Hugo Keune, Florian Dick, Bruno Schmied
 998 **Kurswechsel ist dringend nötig**

Horizonte

- SCHAUFENSTER: David Künzler
 1003 **Frühlingsfrage im Tanka**

Zu guter Letzt

- Eberhard Wolf
 1004 **Über Ekel in der Medizin**

TOM REED STUDIO

TR

Impressum

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Fall mit den Fachinformationen der
 verwendeten Medikamente verglichen
 werden.

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

printed in
 switzerland



Titelbild:
 © Ipopba | Dreamstime.com

Welche Rolle soll der Staat bei der Digitalisierung einnehmen?

Alexander Zimmer

Dr. med., Mitglied des Zentralvorstandes und Departementsverantwortlicher Digitalisierung/eHealth



Gleich mehrere wichtige politische Vorstösse im Bereich der Digitalisierung sind in der Herbstsession in den beiden Räten traktandiert. Hierin versteckt sich die Unzufriedenheit mit den Bemühungen des Bundes, die digitale Transformation im Gesundheitswesen vorwärtszubringen. Allen voran – Sie ahnen es bereits – soll der Bundesrat beauftragt werden, Massnahmen rund um das elektronische Patientendossier (EPD) zu ergreifen. Zwischen den Zeilen der Antragstexte lässt sich lesen, dass Parlamentarier und Parlamentarierinnen zunehmend fordern, der Bund solle zusätzliche Kompetenzen erhalten, um das Datenmanagement zentral steuern zu können. Begründet wird dies vor al-

Lange galt die Auffassung, dass für die Digitalisierung in erster Linie privatwirtschaftliche Unternehmen zuständig sein sollten.

lem durch die Erfahrungen während der Covid-Pandemie, in welcher der in der Schweiz traditionell starke Föderalismus zu einer, wie viele meinen, Schwäche geworden sei [1].

Dabei ist die Rolle des Bundes bei der Digitalisierung in der Schweiz noch lange nicht geklärt. Die Diskussion darüber müsste in einer lebendigen Demokratie aber unbedingt geführt werden. Bereits mit dem Referendum zur umstrittenen e-ID-Gesetzesvorlage im letzten Jahr wurde die Frage aufgeworfen, wofür der Staat bei der Digitalisierung zuständig sein soll und was die Bürgerinnen und Bürger von ihm erwarten dürfen.

Nicht nur hierzulande galt lange Zeit die Auffassung, dass für die Digitalisierung in erster Linie privatwirtschaftliche Unternehmen zuständig sein sollten. In den USA wurden die Firmen von Elon Musk in den letzten Jahren mit zig Milliarden öffentlicher Gelder gefördert, damit Musk seine Automobil- und Weltraumflugideen umsetzen konnte. Auffällig ist, dass der Staat in den USA dabei nicht selbst in Aktion trat, sondern Unternehmen dafür «instrumentalisierte» [2].

Inwieweit dieses Vorgehen auch für die Digitalisierung im Schweizer Gesundheitswesen passend wäre, ist noch nicht abschliessend geklärt. Klar sind jedoch Tendenzen ersichtlich, die in diese Richtung weisen, beispielsweise wenn es darum geht, aus Effizienzgründen das EPD zu zentralisieren.

Einen völlig anderen Weg der Digitalisierung hat bisher Taiwan eingeschlagen. Taiwan hat eine äusserst bemerkenswerte Ministerin für Digitalisierung. Sie setzt darauf, Technologie in der Gesellschaft partizipativ und konstruktiv einzusetzen, wobei der Einzelne dabei nicht zwischen seiner Privatsphäre und seiner Zugehörigkeit zu einem grösseren System abwägen müssen soll. Ziel soll dabei die Demokratisierung der Technologie und der Daten sein und nicht deren Zentralisierung [3]. Technologie wird hier als Wert verstanden, der eine engagierte oder involvierte Gesellschaft ermöglichen soll.

Damit die Digitalisierung im Schweizer Gesundheitswesen partizipativ und konstruktiv umgesetzt und eingesetzt werden kann, sind wiederholte Standortbestimmungen aller Involvierten vonnöten. Eine solche Standortbestimmung ist auch der von der FMH seit drei Jahren durchgeführte Digital Trends Survey. Diese Umfrage holt die Nutzeneinschätzung und die Bedürfnisse der Ärzteschaft und der Bevölkerung gegenüber digitalen Gesundheitsanwendungen entlang der Patient Journey ab. Die in diesem Jahr letztmalig durchgeführte Umfrage beschäftigt sich mit digitalen Gesund-

Taiwans Ministerin für Digitalisierung setzt darauf, Technologie in der Gesellschaft partizipativ und konstruktiv einzusetzen.

heitsanwendungen im Bereich der Nachsorge und Prävention. Die Entwicklung neuer Technologien geht auch in diesem Bereich am «Ende der Behandlungskette» rasant vor sich. Deshalb sollten wir uns auch hier Gedanken darüber machen, welche Rolle der Staat einnehmen soll, um eine partizipative und konstruktive Digitalisierung zum Nutzen der Bürgerinnen und Bürger gewährleisten zu können.

Literatur

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





National Cancer Institute / Unsplash

Umfrage der FMH zu digitalen Anwendungen während der Prävention und Nachsorge

«There is an App for That»: Zukunft oder ärztlicher Alltag?

Verena Pfeiffer^a, Reinhold Sojer^b

^a Dr. rer. nat., Stv. Abteilungsleiterin Digitalisierung/ eHealth FMH; ^b Dr. rer. biol. hum., Abteilungsleiter Digitalisierung/ eHealth FMH

Mit mehr als 300 000 aktuell verfügbaren Gesundheits-Apps stellt sich die Frage, welchen Stellenwert diese im Bereich Prävention und Nachsorge derzeit und künftig in der Schweiz haben. Sind sie bereits Teil des ärztlichen Alltags oder lediglich Zukunftsmusik? Der Digital Trends Survey 2022 liefert Antworten.

Der von der FMH zum dritten Mal in Folge durchgeführte Digital Trends Survey orientiert sich an der «Patient Journey» und soll die Bedürfnisse sowie den subjektiv empfundenen Nutzen der Ärzteschaft und der Bevölkerung hinsichtlich neuer digitaler Gesundheitsanwendungen abfragen. Der diesjährige Schwerpunkt liegt auf jenen digitalen Anwendungen, welche die Nachsorge und Prävention unterstützen, während sich die Umfrage 2021 [1] auf jene fokussierte, die während der Behandlung zum Einsatz kommen. Die Studie von 2019 [2] legte den Schwerpunkt auf jene, die vor der Behandlung von Bedeutung sind.

Dieses Jahr standen beim Digital Trends Survey die folgenden Fragen im Vordergrund: Für welche digitalen Gesundheitsanwendungen im Bereich der Nachsorge und Prävention interessiert sich die Schweizer Ärzteschaft? Welche bietet sie an? Wie sind ihre Erfahrungen damit und nach welchen digitalen Anwendungen fragt die Schweizer Bevölkerung?

Die komplette Studie zum Digital Trends Survey 2022 kann unter www.fmh.ch/digital-trends-survey-2022-de abgerufen werden.

Methode

Zwischen Dezember 2021 und Januar 2022 wurde eine Online-Umfrage bei 487 ambulant tätigen Ärztinnen und Ärzten sowie bei 2002 Personen aus der Bevölkerung ab 18 Jahren durchgeführt. Die Alters- und Geschlechtsverteilung der Befragten ist in Abbildung 1 angegeben. Die Methodik und der Fragebogen wurden in Zusammenarbeit mit Ärztinnen und Ärzten sowie

Demografie

	Bevölkerung	Ärzterschaft
Geschlecht	Männlich: 49,1% Weiblich: 50,7% Keine Angabe: 0,2%	Männlich: 53% Weiblich: 47% keine Angabe: 0%
Altersverteilung	18-39: 35% 40-64: 42,5% 65+: 22,2% Keine Angabe: 0,3%	30-39: 8,4% 40-49: 24,7% 50-59: 35,1% 60+: 31,8% Keine Angabe: 0%

Abbildung 1: Alters- und Geschlechtsverteilung der Stichproben.

mit gfs.bern entwickelt. Der Fragebogen beinhaltete klassische, geschlossene Fragen und Fragebatterien. Anhand eines kognitiven und eines quantitativen Pretests wurde der Fragebogen auf seine Validität hin überprüft.

Digitale Anwendungen haben Potenzial

Bis heute bieten wenige Ärztinnen und Ärzte die abgefragten digitalen Anwendungen zu Präventions- oder Nachsorgezwecken in ihrer Praxis oder ihrer Institution an. Zur Unterstützung der Prävention am häufigsten angeboten werden: Apps oder Smartwatches zur Beobachtung von Vitalparametern für sich allfällig entwickelnde Krankheitsbilder (zum Beispiel Bluthochdruck) und Online-Tests, um das Ausmass einer Sucht abzuschätzen (je 7%) (Abbildung 2). Zur Unterstützung der Nachsorge werden am häufigsten elek-

tronische Medikationspläne zur Verbesserung der korrekten Medikamenteneinnahme (11%) und Apps in Kombination mit Hilfsmitteln wie Abgabe-, Injektions- oder Messgeräte zur Verbesserung des Selbstmanagements und der korrekten Therapie von chronischen Krankheiten (7%) angeboten (Abbildung 2). Diese Beobachtung deckt sich mit der Erkenntnis, dass nur knapp jede siebte befragte Ärztin der Meinung ist, das gegenwärtige Potenzial der digitalen Gesundheitsversorgung auszuschöpfen. Bei der befragten Bevölkerung denkt dies jeder Fünfte. Woran könnte der zurückhaltende Einsatz dieser digitalen Präventions- und Nachsorgehelfer liegen? Die Ergebnisse des Digital Trends Surveys 2022 widerlegen die folgenden vier Hypothesen:

Hypothese 1: Die Schweizer Ärzteschaft hält digitale Helfer für die Gesundheitsversorgung für bedeutungslos und wendet diese deshalb kaum an.

Dass digitale Gesundheitsanwendungen für die Schweizer Ärzteschaft sehr wohl von Bedeutung sind, zeigen die folgenden Resultate der Befragung: Nach wie vor sind 85% der befragten Ärztinnen und Ärzte eher bis sehr einverstanden, dass die Nutzung digitaler Möglichkeiten für die Gesundheitsversorgung wichtig ist. Die Ärzteschaft ist demnach weiterhin davon überzeugt, dass die Digitalisierung für die Betreuung von Patientinnen und Patienten eine Rolle spielt. Dies spiegelt sich auch darin wider, dass 65 von 100 befragten

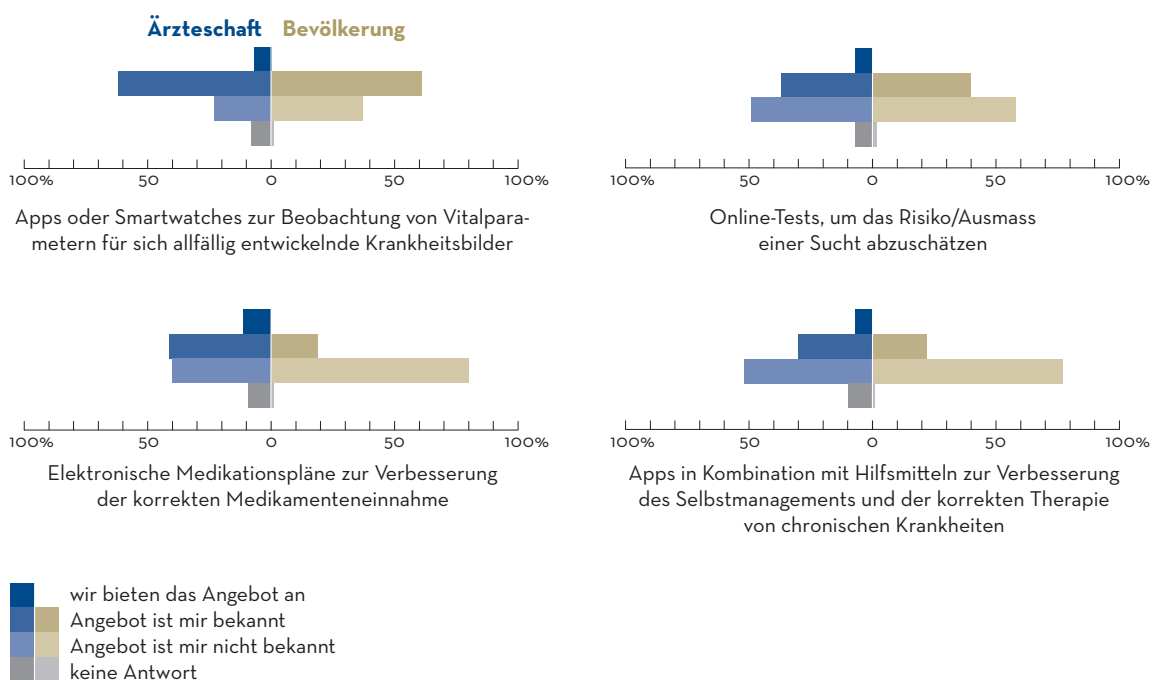


Abbildung 2: Die am häufigsten angebotenen digitalen Gesundheitsanwendungen zur Prävention und Nachsorge.

Ärztinnen und Ärzten mit dem Argument einverstanden sind, dass es eine neue digitale Impfplattform braucht und 68% der Ärzteschaft angeben, dass diese in die elektronische Krankengeschichte integriert werden sollte. Auch führen 71% der Ärzteschaft die Krankengeschichte bereits elektronisch und mehr als die Hälfte der Ärzteschaft unterstützt die Einführung des EPD wie durch das Bundesgesetz (EPDG) vorgesehen [3].

Hypothese 2: Die Ärzteschaft kennt die abgefragten digitalen Gesundheitsanwendungen zur Prävention und Nachsorge nicht und bietet sie deshalb nicht an.

Die Mehrzahl der in dieser Umfrage genannten Gesundheits-Apps kennt die Ärzteschaft tatsächlich nicht. Mehrheitlich bekannt sind allerdings Apps zur Beobachtung von Vitalparametern für sich allfällig entwickelnde Krankheitsbilder (zum Beispiel Bluthochdruck) (69%), zur Beobachtung des gesundheitsorientierten Verhaltens zu Präventionszwecken (zum Beispiel Diabetes, koronare Herzkrankheit) (53%), in Kombination mit Sensoren (zum Beispiel zur Mobilitätsanalyse) zu Trainingszwecken zu Hause (52%) oder für elektronische Medikationspläne zur Verbesserung der korrekten Medikamenteneinnahme (52%). Insofern kann diese Hypothese nicht der alleinige Grund für die zurückhaltende Anwendung digitaler Gesundheitsanwendungen zu Präventions- oder Nachsorgezwecken sein.

Hypothese 3: Die Ärzteschaft hat grundsätzlich kein Interesse an Gesundheits-Apps zur Unterstützung der Prävention und Nachsorge.

Die Ergebnisse des Digital Trends Surveys 2022 stützen diese Hypothese nicht. 64% der befragten Ärztinnen und Ärzte interessieren sich für elektronische Medikationspläne zur Verbesserung der korrekten Medikamenteneinnahme und 60% für Apps zur Unterstützung der korrekten Einnahme von Medikamenten. Somit stossen digitale Anwendungen zur Verbesserung und Unterstützung einer korrekten Medikamenteneinnahme durch die Patientinnen und Patienten bei der Ärzteschaft auf grosses Interesse.

Hypothese 4: Diejenigen Ärztinnen und Ärzte, die digitale Gesundheitsanwendungen zu Präventions- und oder Nachsorgezwecken bereits einsetzen, machen schlechte Erfahrungen, weshalb sie von ihren Kolleginnen und Kollegen nicht eingesetzt werden.

Auch diese Hypothese wird durch die Umfrageergebnisse nicht bestätigt. Die kleine Gruppe der Ärzteschaft, die digitale Anwendungen zur Unterstützung

der Prävention und/oder Nachsorge bereits in ihrer Praxis oder Institution anbieten, macht mehrheitlich eher gute bis sehr gute Erfahrungen mit den digitalen Helfern. Beispielsweise geben 83% der befragten Ärztinnen und Ärzte an, mit Apps oder Smartwatches zur Beobachtung von Vitalparametern für sich allfällig entwickelnde Krankheitsbilder sehr bis eher gute Erfahrungen gemacht zu haben.

Um stichhaltige Gründe für die bis heute seltene Verwendung von digitalen Gesundheitsanwendungen seitens der Schweizer Ärzteschaft zu identifizieren, wurden Aussagen zu Gesundheits-Apps beleuchtet, denen Ärztinnen und Ärzte und die Schweizer Bevölkerung zustimmen.

Aussage 1: Es braucht eine nationale Bewertungsstelle für die Beurteilung des medizinischen Mehrwerts von digitalen Gesundheitsanwendungen.

Acht von zehn Ärztinnen und Ärzten sind überzeugt, dass der Bund ein Verzeichnis für empfohlene Gesundheits-Apps einschliesslich deren wissenschaftlich nachgewiesener Wirksamkeit und Zweckmässigkeit öffentlich publizieren soll. Der Anteil der Bevölkerung, der dies wünscht, ist ebenso gross. Hier wird ein Bedürfnis geäussert, dass bis jetzt unerfüllt ist, denn im Gegensatz zu anderen Ländern (zum Beispiel Deutschland [4], Belgien [5]), die Apps für den Einsatz in der Therapie vorsehen und regulieren, fehlen in der Schweiz Informationen über die medizinische Qualität der Herstellerangaben oder wissenschaftliche Nachweise zum Nutzen der Gesundheits-Apps. Insofern verwundert es nicht, dass 85 von 100 befragten Ärztinnen und Ärzten angeben, dass es schwer ist, den Überblick über die digitalen Gesundheitsanwendungen pro Krankheitsbild zu behalten. In der Folge sind sich hierzulande Ärztinnen und Ärzte bei der Beantwortung folgender Fragen selbst überlassen: Welche Gesundheits-App aus dem vielfältigen Angebot soll ich für meine Patientin mit einem spezifischen Krankheitsbild auswählen? Ist deren medizinische Wirksamkeit geprüft? Wird die ausgewählte digitale Gesundheitsanwendung den Krankheitszustand meiner Patientin nachhaltig positiv beeinflussen bzw. bei der Bewältigung der Krankheit helfen? Gibt es zur ausgewählten digitalen Anwendung gute Alternativen?

Aussage 2: Gesundheits-Apps sollten vom Arzt verschrieben und von der Krankenkasse erstattet werden können, weil sie eine mögliche alternative Therapieform bieten.

Nicht nur die Auswahl und Bewertung von digitalen Gesundheitsanwendungen obliegt in der Schweiz jeder

einzelnen Ärztin und jedem einzelnen Arzt selbst, auch die Finanzierung. In anderen Ländern ist dies bereits geregelt. In Deutschland können bspw. vom Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) positiv bewertete und in einem Verzeichnis gelistete digitale Gesundheitsanwendungen (DiGA) [4] und digitale Pflegeanwendungen (DiPA) [6] zulasten der Krankenversicherung von Gesundheitsfachpersonen verordnet werden. In Frankreich können Gesundheits-Apps, die als Medizinprodukte gelten, über die Aufnahme in die Liste des Produits et Prestations Remboursables (LPPR) vergütet werden [7]. Telemonitoring-Apps zur Beobachtung von Herzinsuffizienz, Niereninsuffizienz, Ateminsuffizienz oder Diabetes können in Frankreich über das ETAPES-Projekt (Expérimentation de Télémedecine pour l'Amélioration des Parcours en Santé) vergütet werden [8]. In der Schweiz spricht sich fast die Hälfte (49%) der befragten Ärztinnen und Ärzte für die Möglichkeit der ärztlichen Verordnung und für die Rückerstattung von Gesundheits-Apps durch die Krankenkassen aus.

Aussage 3: Durch digitale Gesundheitsanwendungen entsteht eine Menge an Daten, die schnell unübersichtlich werden und mögliche Auswirkungen auf die ärztliche Sorgfaltspflicht haben.

Mit dieser Aussage sind 73 von 100 befragten Ärztinnen und Ärzten einverstanden. Passend dazu denken genauso viele, dass sie im Umgang mit digitalen Gesundheitsdaten besser sensibilisiert werden müssen. Ebenso viele sehen die Notwendigkeit für die Anwendung und Interpretation von Gesundheits-Apps und für die Kommunikation darüber geschult werden zu müssen. Schulungsbedarf für den Umgang mit digitalen Gesundheitsanwendungen sieht auch die Bevölkerung. Acht von zehn befragten Einwohnerinnen und Einwohnern denken, dass nicht digitalaffine Patientinnen und Patienten eine solche Schulung benötigen.

Aussage 4: Gesundheits-Apps setzen eine hohe digitale Kompetenz und Gesundheitswissen seitens der Patientinnen und Patienten voraus.

Zwei Drittel der Ärzteschaft ist überzeugt, dass Gesundheits-Apps eine hohe digitale Kompetenz und ein hohes Gesundheitswissen seitens der Patientinnen und Patienten voraussetzen. Wie aber steht es um die digitale Gesundheitskompetenz der Schweizer Bevölkerung? Der Health Literacy Survey Schweiz 2019–2021

[9] zeigt eindrücklich, dass ein Grossteil der Bevölkerung Schwierigkeiten hat, mit digitalen Gesundheitsanwendungen und -informationen umzugehen. Eine Tatsache und gleichzeitig eine Hürde, die überwunden werden müsste, um der Schweizer Bevölkerung vermehrt digitale Gesundheitsanwendungen anbieten zu können.

Fazit: Was braucht es jetzt?

Grundsätzlich wird digitalen Gesundheitsanwendungen das Potential zugesprochen, die medizinische Versorgung unterstützen und verbessern zu können [10]. Aus den Ergebnissen des Digital Trends Survey 2022 lassen sich jene Voraussetzungen ableiten, die geschaffen werden müssten, damit dieses Potential genutzt werden könnte.

Damit sich digitale Gesundheitsanwendungen zu einer ernst zu nehmenden therapiebegleitenden Massnahme entwickeln und Teil des ärztlichen Alltags werden können, braucht es:

- eine nationale Bewertungsstelle, die den medizinischen Mehrwert von digitalen Gesundheitsanwendungen beurteilt;
- ein angemessenes Aus-, Weiter-, Fortbildungsprogramm für den Einsatz und den Umgang mit digitalen Gesundheitsanwendungen für die Ärzteschaft sowie für Patientinnen und Patienten;
- eine adäquate Abbildung der digitalen medizinischen Leistungen im Tarif.

Um die Ausgestaltung der gewünschten nationalen Bewertungsstelle, des Aus-, Weiter- und Fortbildungsprogramms sowie der Tarifierung zu konkretisieren, kann die Schweiz von den Erfahrungen anderer Länder profitieren, die die Verordnung von digitalen Gesundheitsanwendungen bereits ermöglichen. Beispielsweise sollten die Preise für digitale Gesundheitsanwendungen nicht über den Vergütungen für konventionell erbrachte ärztliche Leistungen liegen [6]. Auch sind sich alle diesjährig Befragten einig, dass Gesundheits-Apps die ärztliche Therapie ergänzen und nicht ersetzen sollen.

Experten sind sich einig, dass digitale Gesundheitsanwendungen die Anforderungen sowohl von Patientinnen und Patienten als auch von Gesundheitsversorgern gleichermaßen erfüllen müssen. Auch sind digitale Gesundheitsanwendungen kein Ersatz für die Begegnungen zwischen Ärztin und Patient. Ihre Aufgabe liegt darin, diese Beziehung zu fördern und zu verbessern.

Literatur

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



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

Aussagen zur Prämienentwicklung im Faktencheck

Wie stark steigen die Krankenkassenprämien?

Nora Wille^a, Yvonne Gilli^b

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

Neben der Höhe der Krankenkassenprämien ist auch deren Entwicklung ein wichtiges Thema für die Schweizer Haushalte. Zum Prämienanstieg werden immer wieder unterschiedliche Zahlen kommuniziert, die mitunter jedoch nicht gut geeignet sind, um die Prämienentwicklung zu beschreiben. Wir gehen darum einigen Aussagen zur Prämienentwicklung nach und geben einen Überblick.

Zwei Kostendämpfungspakete des Bundesrats, die Kostenbremse-Initiative der Mitte-Partei, die Prämieninitiative der SP sowie die dazu angestrebten Gegenvorschläge – viele grosse politische Vorhaben rücken aktuell die Entwicklung der Krankenkassenprämien in den Fokus und versuchen ihre Anliegen mit Zahlen zu untermauern. Doch nicht immer vermitteln die präsentierten Statistiken ein aussagekräftiges Bild. Sogar in offiziellen Informationen des Bundes finden sich verzerrte Grafiken steiler Prämienanstiege, [1] während positivere Zahlen weniger auffällig kommuniziert werden [2].

Prämienanstieg unterschiedlich hoch

Die Unterschiede zwischen den Angaben zum Prämienanstieg erklären sich teilweise durch die herangezogene Masszahl. Am grössten klingt der Anstieg, wenn man das reine Prämienvolumen beziffert. So begründete zum Beispiel Bundesrat Berset in einer Medienkonferenz 2020 die Notwendigkeit seines zweiten Kostendämpfungspaketes mit der Aussage: «1996 kosteten die Leistungen in der obligatorischen Grundversicherung, 11 Milliarden Franken – 11 Milliarden Franken – heute sind es 33 Milliarden und in zehn Jahren, wenn das Wachstum so weiter geht, werden es 50 Milliarden Franken sein» [3]. Diese Aussage ist aus mehreren Gründen irreführend. Sie unterschlägt nicht nur, dass zwischen 1996 und 2020 auch die Zahl der Versicherten um 1,5 Millionen gewachsen ist. Sie blendet auch aus, dass die OKP im Jahr 1996 nur 29,9% der Gesamtgesundheitskosten finanzierte – im Jahr 2020 jedoch 37,9% [4]. Entsprechend wäre Bertssets Prognose auch nur dann plausibel, wenn sich das Bevölkerungswachstum und die Umverteilung zulasten der Prämienzahlenden gleichermaßen fortsetzen würden. Zudem berücksichtigt

Bertssets Prognose nicht, dass der Anstieg des Prämienvolumens in den letzten zehn Jahren deutlich geringer ausfiel [5].

Obwohl diese Aussage einer Verdreifachung der OKP-Kosten also wenig aussagekräftig ist, findet sie sich in mehreren offiziellen Dokumenten. Sie leitet den erläuternden Bericht zu Kostenzielen als indirekten Gegenvorschlag zur Kostenbremse-Initiative ein [6] und findet sich auch in der Botschaft zu den Kostenzielen [7]. Entsprechend wurde sie auch im Parlament aufgenommen und floss dort in die Diskussion über die Vorlage zu den Kostenzielen ein [8].

Angaben sollten Pro-Kopf-Angaben sein

Aussagekräftige Zahlen zum Anstieg der Krankenkassenprämien sollten also sinnvollerweise immer Pro-Kopf-Angaben sein. Doch auch hier sind – je nach gewähltem Indikator und Zeitraum – sehr unterschiedliche Angaben möglich. So berichtet das BAG in einem «Faktenblatt» zur Zielvorgabe mit Bezug auf die Standardprämie, die Ausgaben in der OKP seien «in den letzten 20 Jahren im Schnitt rund 4,5 Prozent pro Jahr gewachsen» [9]. Ein Blick in die Statistik [10] zeigt, dass diese Angabe zum Zeitpunkt der Publikation des Faktenblatts auch so korrekt war – und trotzdem ist auch diese Zahl irreführend. Denn unerwähnt bleibt, dass nicht einmal 15% der Bevölkerung im Standardmodell versichert sind – und die Standardprämie auch deutlich stärker gestiegen ist als die real bezahlte mittlere Prämie. Dennoch fand auch diese kaum aussagekräftige Zahl Eingang in die parlamentarische Debatte. Die Mitte-Partie verwendet sie – aufgerundet – für ihre Kostenbremse-Initiative und verbreitet, die Krankenkassenprämien würden seit Jahren «jährlich um rund 5%» [11] steigen.

Informativer Zeitraum nötig

In anderen Publikationen des Bundes findet sich die Angabe, die OKP hätte seit ihrer Einführung «jedes Jahr pro versicherte Person durchschnittlich vier Prozent mehr» ausgeben müssen [7, 12]. Auch diese Angabe ist korrekt, wäre jedoch einige Ergänzungen wert: Sie blendet nicht nur aus, dass heute immer mehr über Prämien finanziert wird (siehe oben [4]), sondern unterschlägt auch die positive Entwicklung: Während das Kostenwachstum in den ersten zehn Jahren nach Einführung der OKP bei durchschnittlich etwa 4,7% pro Person und Jahr lag, betrug es in den zehn Jahren vor der Publikation der bundesrätlichen Botschaft nur noch 2,6%. Diese deutliche Verbesserung bleibt in diesem Mittelwert über den langen Zeitraum jedoch unsichtbar [13].

Entwicklung der mittleren Prämie

Um etwas Klarheit in das Zahlendurcheinander der Prämienentwicklung zu bringen, zeigen wir in Abbildung 1 die Entwicklung der effektiv pro Person bezahlten mittleren Monatsprämien zwischen 1997 und 2020. Die mittlere Prämie aller Versicherten ist in diesem Zeitraum von 139 Franken in Monat auf 315 Franken im Monat gestiegen, was einem jahresdurchschnittlichen Anstieg von 3,7% seit 1997 entspricht [14]. Die Entwicklung der letzten zehn Jahre verlief jedoch deutlich positiver als in den Jahren zuvor: So berichtete auch das BAG, die mittlere Prämie sei in den letzten zehn Jahren jahresdurchschnittlich nur noch um jährlich 2,4% gestiegen [15].

Ziel erreicht?

Mit den teilweise sehr bedrohlichen Darstellungen des Prämienanstiegs in Politik und Medien rückt stark in den Hintergrund, dass die aktuelle Prämienentwick-

lung bereits die Zielvorgaben des bundesrätlichen Expertenberichts erfüllt: Dieser schlug nämlich vor, das Wachstum der Gesundheitskosten im OKP-Bereich mithilfe der «Globalzielvorgaben» längerfristig auf 2,7 Prozent pro Jahr zu begrenzen. Dabei sollte schrittweise vorgegangen werden, weil die im Bericht vorgeschlagenen Massnahmen ihre Wirkung nicht unmittelbar entfalten würden. Entsprechend wurde angedacht z.B. für eine erste Fünfjahresperiode zunächst ein Ziel von 3,3% und für eine weitere Fünfjahresperiode eines von 2,7% vorzusehen [12]. Dass die Prämienentwicklung das von den Experten gesetzte Fernziel bereits erfüllte, noch bevor das Parlament auch nur eine der Expertenmassnahmen verabschiedet hatte, wurde bislang kaum zur Kenntnis genommen. Im Gegenteil: Im Parlament wurde beklagt, die Kosten seien pro Kopf und Jahr «durchschnittlich um 2,5 Prozent in die Höhe geschneit» [8] –, ohne zu realisieren, dass damit das Ziel der diskutierten Massnahmen bereits mehr als erreicht wurde.

Prämien wachsen stärker als Kosten

Last but not least soll hier noch das häufige und auch im Parlament verbreitete Missverständnis angesprochen werden, die Prämienentwicklung entspräche «eins zu eins» der Kostenentwicklung [8]. Auch der Bundesrat setzt immer wieder explizit Prämien mit Kosten gleich. So führte er zum Beispiel in der bereits erwähnten Medienkonferenz gleich zu Beginn aus, die Prämien würden die Kosten decken, sodass eine bessere Kontrolle der Kosten auch eine bessere Kontrolle der Prämien nach sich ziehe. Dies sei der Grund, warum man so viele Massnahmen ergreife, um den Kostendruck und folglich den Prämiedruck zu reduzieren [3].

Abbildung 2 zeigt auf Basis amtlicher Statistiken, [5] dass diese Gleichsetzung von Kosten- und Prämienentwick-

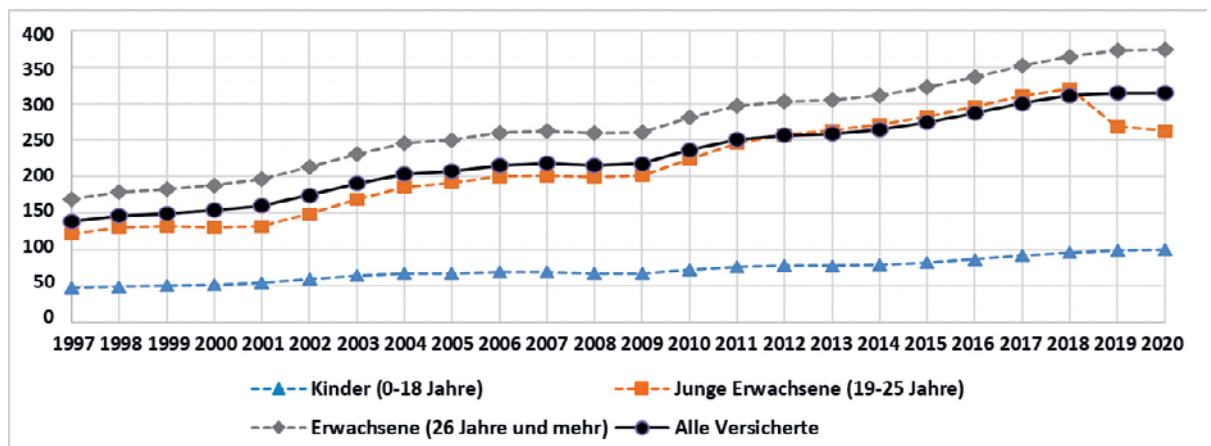


Abbildung 1: Entwicklung der mittleren Prämie pro Monat und Person in Franken.

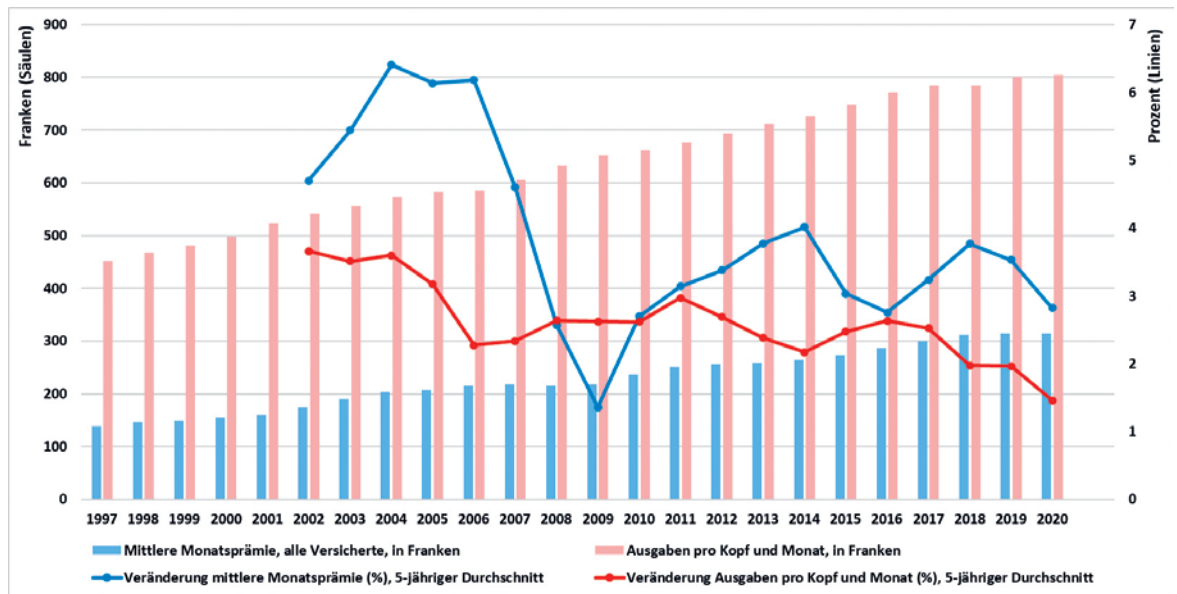


Abbildung 2: Entwicklung der Gesamtausgaben (rot) sowie der Prämien (blau) pro Kopf und Monat in Franken (Säulen) sowie Prozent (Linien) [5].

lung nicht der Realität entspricht. Die Prämien decken selbstverständlich *nicht* die gesamten Gesundheitskosten, sondern nur einen Teil davon – und dieser prämiens-finanzierte Anteil ist seit Einführung der OKP deutlich gewachsen: Im Jahr 1997 betragen die Gesundheitskosten pro Kopf und Monat 452 Franken, davon wurden 139 Franken über die mittlere Prämie gedeckt. Im Jahr 2020 betragen gemäss provisorischen Daten die Gesundheitskosten pro Kopf und Monat 804 Franken, wovon 315 Franken über die mittlere Prämie finanziert wurden. Die mittlere Prämie stieg also um 176%, obwohl die Gesamtkosten «nur» um 78% stiegen. Auch die Linien in Abbildung 2 zeigen, dass der Anstieg der Gesamtkosten (rot) in der Regel klar niedriger ausfiel als der Anstieg der Prämien (blau) und im Jahr 2020 lediglich 1,5% betrug.

Fazit: kritische Prüfung nötig

Von der bedrohlichen Verdreifachung des Prämien-volumens bis hin zu einem jahresdurchschnittlichen Anstieg von 2,4 Prozent und damit vorzeitig erfüllten Expertenzielen: In der Diskussion um die Prämienentwicklung kann jeder und jede Angaben finden, die persönliche Vorurteile zu bestätigen scheinen. Umso wichtiger ist ein seriöser Umgang mit den verfügbaren Daten und eine kritische Prüfung vermeintlich objektiver Prozentangaben zur Prämienentwicklung. Angaben zur Prämienentwicklung sollten Pro-Kopf-Angaben sein und auf aussagekräftigen Indikatoren beruhen, wie zum Beispiel der mittleren Prämie, die die Lebenswirklichkeit der Bevölkerung am besten abbildet. Ausserdem sollten durch die Wahl des Zeit-

raums für einen Durchschnittswert nicht wichtige Entwicklungen verschleiert werden.

Die divergierenden Angaben zur Prämienentwicklung führen ausserdem vor Augen, wie unterschiedlich selbst die Beschreibung eines realen und gut objektifizierbaren Geschehens, nämlich der Prämien- und Kostenentwicklung der Vergangenheit, ausfallen kann. Angesichts der grossen Bandbreite der berichteten Zahlen, die zumindest teilweise offensichtlich politischen Interessen geschuldet ist, erstaunt das aktuelle Vertrauen vieler Parlamentarier, man könne das «korrekte» Prämien- bzw. Kostenwachstum auf die Nachkommastelle genau berechnen. Eine seriöse Festlegung einer solchen fiktiven «gerechtfertigten» bzw. «erklärbaren» Kostenentwicklung, wie es sowohl durch den Artikel 47c KVG als auch durch die Kostenziele gefordert wird, dürfte eine unerfüllbare Aufgabe sein.

Auch die Tatsache, dass die Prämienentwicklung der letzten Jahre positiver verlaufen ist als von Expertinnen und Experten erhofft, zeigt die Fragwürdigkeit solcher Zielfestlegungen auf: Das Kosten- und Prämienwachstum hat sich in den letzten Jahren klar abgeschwächt – ohne dass es vorhergesehen worden wäre oder sich Einflussfaktoren wie der medizinische Fortschritt oder die Alterung der Bevölkerung entscheidend verändert hätten. Zudem wäre es trotz des vorzeitig und übererfüllten «Fünfjahresplans» falsch, in den Effizienzbestrebungen nachzulassen. Die möglichst effiziente Nutzung der Ressourcen eines solidarisch finanzierten Systems muss selbstverständlich sein – und funktioniert offensichtlich besser als amtliche Zahlenwerke.

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



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



Jon Tyson / Unsplash

Die FMH hat nicht nur die Hoffnung, dass der TARDOC kommen wird, sondern auch eine klare Erwartungshaltung gegenüber dem Bundesrat.

TARDOC: ein unverzichtbarer Beitrag für eine nachhaltige Kostendämpfung

«Vom TARDOC profitieren Patienten und Prämienzahlende»

Interview: Charlotte Schweizer^a

^a Leiterin Abteilung Kommunikation der FMH

Als der Bundesrat den TARDOC Anfang Juni nicht genehmigte, schickte er einen wichtigen Beitrag der Ärzteschaft zur Kostendämpfung auf die lange Bank. Doch obwohl die Einführung eines sachgerechten und betriebswirtschaftlichen Tarifs damit vor 2025 kaum mehr möglich ist, setzt sich die FMH weiterhin für den TARDOC ein. Warum es den TARDOC für eine nachhaltige Kostendämpfung im Gesundheitswesen braucht, erklärt Yvonne Gilli im Interview.

Am 3. Juni hat der Bundesrat entschieden, den neuen ambulanten Arzttarif TARDOC noch nicht zu genehmigen – diese Entscheidung wurde von der FMH stark kritisiert. Warum hätte der Bundesrat den TARDOC denn genehmigen sollen?

Mit TARDOC haben die Tarifpartner einen sachgerechten, aktuellen und pflegbaren ambulanten Arzttarif vorgelegt – mit unmittelbaren Auswirkungen auf die Patientenversorgung. Mit dem TARDOC wäre zum Beispiel die Grundversorgung massiv gestärkt worden – ein Anliegen, das breit geteilt und politisch ja auch

immer wieder gefordert wird. Der TARDOC enthält ein eigenes Hausarztkapitel und bildet endlich zentrale Leistungen wie Palliative Care und Chronic Care Management ab. Auf diese Leistungen sind heute viele Patienten und Patientinnen angewiesen. In unserem hoffnungslos veralteten Tarif TARMED sind sie aber nicht vorgesehen, genauso wenig wie die Digitalisierung. Auch die interprofessionelle Zusammenarbeit der Gesundheitsberufe wäre gestärkt worden – ein wichtiger Ansatz, um Gesundheitsfachpersonen im Beruf zu halten und Folgen des Ärztemangels zu lindern.



Yvonne Gilli ist Präsidentin der FMH und setzt sich weiterhin für den TARDOC ein.

Der Bundesrat argumentiert aber, der Tarif erfülle das Kriterium der Kostenneutralität nicht. Er würde hohe Mehrkosten generieren.

Wir Tarifpartner haben von Anfang an eine kostenneutrale Einführung des TARDOC garantiert. Dafür haben wir ein Kostenneutralitätskonzept und ein Tarifmonitoring mit Korrekturmassnahmen vorgelegt. Die Kostenneutralität ist eine klare gesetzliche Forderung. Wenn wir diese nicht erfüllen würden, hätten wir den TARDOC gar nicht erst eingereicht. Wir haben nach der Einreichung zudem auf Aufforderung des EDI die Kostenneutralitätsphase von einem Jahr auf drei Jahre ver-

«Die Verzögerung des TARDOC schützt die Prämienzahlenden nicht – sie belastet sie sogar zusätzlich.»

längert. Nun stellt der Bundesrat neue Anforderungen zur Kostenneutralität. Diese wurden uns vorgängig zum Bundesratsentscheid nie kommuniziert und wir haben von ihnen gleichzeitig mit den Medien erfahren. Wir werden die sich daraus ergebenden Konsequenzen jetzt prüfen.

Die Kostenneutralität wird durch die Tarifpartnerschaft sichergestellt. Die Mehrheit der Versicherer hat am TARDOC mitgewirkt. Sie würden niemals einen Tarif unterstützen, der Mehrkosten verursacht. Kein Versicherer würde Prämien erhöhungen durch höhere Kosten im ambulanten Arzttarif riskieren. Notabene hat auch ein grosser Versicherer der *santésuisse*-Gruppe am TARDOC mitgewirkt und unterstützt die Genehmigung nachdrücklich. Der Curafutura-Direktor hat sogar vorgerechnet, dass man mit dem TARDOC-Kostenneutralitätskonzept im Jahr 2021 das Kostenwachstum hätte verringern können. Die Verzögerung des TARDOC schützt die Prämienzahlenden also nicht – sie belastet sie sogar

zusätzlich. Und auch darüber hinaus gilt: Wer Kostendämpfung möchte, ist zwingend auf einen sachgerechten ambulanten Tarif angewiesen.

Wieso trägt der TARDOC denn zur Kostendämpfung im Gesundheitswesen bei?

Der TARDOC ist aus mehreren Gründen ein unverzichtbarer Beitrag für eine nachhaltige Kostendämpfung im Gesundheitswesen. Zum einen stärkt er die kosteneffiziente ärztliche Grundversorgung. Aber auch über die ärztlichen Leistungen hinaus fördert er durch die Vergütung interprofessioneller Leistungen kosteneffiziente integrierte Versorgungskonzepte. Auf den TARDOC entfallen ein Drittel der Prämien gelder – da darf ein solcher Fortschritt nicht ausgebremst werden.

Wir alle wissen, dass die Zukunft einer kostengünstigen Versorgung im ambulanten Bereich liegt, darum wird ja auch so nachdrücklich «ambulant vor stationär» gefordert. Nicht nur für die Patienten und Patientinnen ist es angenehmer, nicht ins Spital zu müssen – ambulante Behandlungen sind auch deutlich günstiger. Insofern ist eine Zunahme ambulanter Leistungen auch politisch explizit gewünscht. Eine zukunftsfähige ambulante Versorgung wird aber mit einem Tarif von 2004 nicht möglich sein. Für eine qualitativ hochstehende und umfassende Versorgung der Bevölkerung brauchen wir einen modernen Tarif, der die aktuelle Patientenversorgung abbildet. Wenn eine Leistung wegen eines schlechten ambulanten Tarifs teurer im Spital erbracht wird, ist niemandem geholfen. Der TARDOC reduziert Fehlanreize und Verschwendung durch schlechte Ressourcenallokation. Von einer Genehmigung profitieren in erster Linie Patientinnen, Patienten und Prämienzahlende.

Der Bundesrat hat auch kritisiert, dass nicht alle Akteure hinter dem Tarif stehen. Müsste der TARDOC nicht breiter abgestützt sein?

Der TARDOC ist breit abgestützt: Sämtliche Leistungserbringer und eine Mehrheit der Krankenversicherer stehen hinter diesem Tarif. Auch H+ hat sich ja vor der Entscheidung des Bundesrats über den TARDOC explizit und schriftlich für eine Genehmigung ausgesprochen. Damit erfüllt der TARDOC die gesetzlichen Forderungen. In unserem Boot fehlt aber leider eine Minderheit von Versicherern, die bei *santésuisse* organisiert sind. Natürlich sind auch diese Versicherer weiterhin eingeladen, sich am TARDOC zu beteiligen. Dafür arbeiten wir auch bei der Gründung der nationalen Tariforganisation.

Die TARDOC-Genehmigung darf aber nicht vom Verhalten einer Minderheit abhängig sein, sonst hätte jede

Minderheit faktisch ein Vetorecht. Genau dieses Einstimmigkeits-Prinzip hat erst dazu geführt, dass der TARMED so lange nicht revidiert werden konnte. Den TARDOC gibt es nur, weil die Tarifpartner heute auf Mehrheiten setzen und nicht mehr auf Einstimmigkeit. Man würde auch vom Parlament nie verlangen, dass es nur einstimmig Gesetze erlassen darf – das würde offensichtlich zu einer Dauerblockade führen. Genauso ist es mit der Tarifpartnerschaft.

Die Spitäler haben zwar für eine Genehmigung plädiert – aber den TARDOC nicht gemeinsam mit den anderen Tarifpartnern eingereicht. Warum?

Für H+ stellt sich die Situation anders dar. TARDOC löst viele Probleme für die Spitäler nicht. Spitäler haben eine völlig andere und äusserst komplexe Leistungsstruktur. Allein schon die Aufgabe, stationäre von ambulanten ärztlichen Leistungen abzugrenzen, ist eine grosse Herausforderung. Die Spitäler erleben aktuell einen Strukturwandel. Die teuren stationären Bereiche, die viel Infrastruktur erfordern, werden konzentriert und reduziert. Dies entspricht dem allgemeinen Konsens, dass wir «ambulant vor stationär» behandeln müssen, führt aber für die Spitäler zu Problemen. Viele ambulante Behandlungen, die heute über den TARMED abgerechnet werden müssen, sind für Spitäler defizitär, was zu einem grossen Kostendruck führt. Der Austausch mit H+ ist uns sehr wichtig, sie sind ein zentraler Partner für die Tarifentwicklung.

Sehen Sie eine Alternative zu TARDOC?

Es gibt aktuell keinen anderen Einzelleistungstarif, der eine Alternative bieten könnte. Und wenn man bedenkt, wie viel Zeit und Ressourcen die Entwicklung des TARDOC erfordert hat und dass dieser die Anforde-

Der Bundesrat hat mit seiner Entscheidung die Latte für eine Tarifgenehmigung so hoch gesetzt wie noch nie.»

rungen der Genehmigungsbehörde trotzdem noch nicht erfüllt – dann wird deutlich, dass es in absehbarer Zeit auch keine Alternative geben kann. Der Bundesrat hat mit seiner Entscheidung die Latte für eine Tarifgenehmigung so hoch gesetzt wie noch nie – das wird auch für alle anderen Tarife einen hohen Aufwand generieren.

Eine Alternative zum TARDOC von heute ist aber immer der TARDOC von morgen: Das ist der entscheidende Vorteil an diesem Tarif, er ist ab der Genehmigung pflegbar. Mit dem TARDOC würden wir nie wieder in die Situation geraten, in der wir heute sind: Wir könnten erstmals einen betriebswirtschaftlich korrekt

berechneten Tarif fortwährend pflegen und verbessern. Er könnte sich gemeinsam mit der Gesundheitsversorgung weiterentwickeln – ein Revisionsstau wie heute wäre nicht mehr möglich.

Vielfach werden aber Pauschalen als Alternative zum TARDOC genannt.

Der TARDOC und die Entwicklung von Pauschalen schliessen sich nicht aus – im Gegenteil, sie ergänzen sich. Wir werden nie alle Einzelleistungen durch Pauschalen ersetzen können, das ist unbestritten, aber wir werden für hoch standardisierte ambulante Tätigkeiten die heutigen Einzelpositionen in Pauschalen überführen können. Mit jeder Genehmigung einer Pauschale

«Mit dem TARDOC würden wir nie wieder in die Situation geraten, in der wir heute sind.»

wird diese entsprechende TARDOC-Positionen ersetzen. Darum ist uns auch die gemeinsame Arbeit in der nationalen Tariforganisation wichtig: Genehmigungsfähige Pauschalen müssen abgestimmt auf die Einzelleistungstarifstruktur funktionieren – und darum kohärent entwickelt werden.

Sie haben sich nach der Entscheidung des Bundesrats über den TARDOC sehr pointiert dazu geäussert. Das hat auch für Irritationen gesorgt. Würden Sie Ihre Aussagen von damals heute so wiederholen?

Es ist natürlich sehr enttäuschend, wenn Sie über Jahre hinweg mit vielen hoch qualifizierten Experten und Expertinnen und in harten Verhandlungen unter den Tarifpartnern einen Tarif erarbeiten, wie er in dieser Qualität in der Schweiz noch nie vorgelegt wurde – und dann wird Ihnen mitgeteilt, dass man lieber mit dem 20-jährigen TARMED weiterfährt. Nicht nur die FMH, alle beteiligten Tarifpartner haben hier enorm viel Zeit und Ressourcen investiert. Wir haben miteinander gerungen und Lösungen gefunden – dann trifft einen eine solche Antwort natürlich. Es ist auch schwer für die Ärzteschaft zu akzeptieren, weiterhin mit dem veralteten TARMED abrechnen zu müssen – obwohl es den aktuellen TARDOC gibt. Und ja, wenn der Tarifpartnerschaft so viele Hürden in den Weg gelegt werden, während gleichzeitig staatliche Tarifkompetenzen im Parlament stark vorangetrieben werden, muss auch der politische Kontext dieses Genehmigungsprozesses benannt werden dürfen.

Jetzt schauen wir in die Zukunft und würdigen, dass der Bundesrat den TARDOC ja im Grundsatz nicht infrage stellt und als zukünftigen ambulanten Einzelleistungstarif bestätigt hat.



Der Weg zum TARDOC: Steinig und verschlungen, aber es geht weiter.

Für den TARDOC gibt es also noch Hoffnung?

Wir haben nicht nur Hoffnung – wir haben eine sehr klare Erwartungshaltung. Der Bundesrat hat am 3. Juni 2022 erstmals ganz konkret formuliert, was er für eine Genehmigung einfordert. Das gibt uns eine klare Grundlage für die nächsten Schritte. Wir haben seit der ersten Einreichung 2019 zwar bereits drei Mal die wesentlichen Nachforderungen des Departements des Inneren mit unseren Nachreichungen erfüllt. Zur letzten im Dezember 2021 eingereichten Version V1.3 haben wir dann trotz Nachfrage nie eine Rückmeldung erhalten – und hatten somit auch keine Gelegenheit, die jetzt vorliegenden neuen Forderungen an die Kostenneutralität vorgängig zu prüfen und so die Genehmigungsfähigkeit im Gesamtbundesrat zu unterstützen. Wir schauen nun aber auf das halb volle Glas und nutzen jede Chance, die sich uns bietet, damit die ambulante Patientenversorgung endlich wieder einen sachgerechten Tarif hat.

Strebt die FMH also eine erneute Einreichung an?

Es ist unsere Pflicht, nichts unversucht zu lassen, solange die Chance auf einen TARDOC besteht, der die

ärztlichen Leistungen sach- und betriebswirtschaftlich korrekt abbildet. Die FMH prüft aktuell zusammen mit curafutura, MTK und SWICA, inwieweit die neue Situation dies zulässt – und wir bleiben im Gespräch mit allen Tarifpartnern. Für die FMH entscheidet die Delegiertenversammlung. In unseren Gremien sehen wir, dass die Geduld der Ärzteschaft zwar strapaziert ist – aber auch ein hohes Verantwortungsbewusstsein vorhanden ist: Wir sind es nicht nur unseren Mitgliedern

«Wir nutzen jede Chance, die sich uns bietet, damit die ambulante Patientenversorgung endlich wieder einen sachgerechten Tarif hat.»

schuldig, dass sie mit einem sachgerechten Tarif abrechnen können – sondern vor allem unseren Patienten und Patientinnen. Und nicht zuletzt möchten wir alle als Prämienzahlende einen Tarif ohne Fehlanreize, der die kostengünstige ambulante Versorgung stärkt. Letztlich haben wir alle ein gemeinsames Interesse an einer qualitativ hochstehenden, für alle zugänglichen und nachhaltig finanzierbaren Gesundheitsversorgung – da werden wir in unserem Einsatz nicht nachlassen.

Personalien

Todesfälle / Décès / Decessi

Claudia Wandt-Baumann (1965), † 3.6.2022, Fachärztin für Kinder- und Jugendmedizin, 4054 Basel

Praxiseröffnung / Nouveaux cabinets médicaux / Nuovi studi medici

TG

Jennifer Fahrni, Fachärztin für Angiologie und Fachärztin für Allgemeine Innere Medizin, FMH, Schlossmühlestrasse 9, 8500 Frauenfeld

Ärztegesellschaft des Kantons Luzern

Zur Aufnahme in unsere Gesellschaft Sektion Stadt haben sich gemeldet:

Wiebke Decking, Fachärztin für Chirurgie, Nutrium Zentrum für Darmgesundheit, Alpenquai 28, 6005 Luzern

Oliver Fuchs, Facharzt für Allergologie und klinische Immunologie und Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin, FMH, Zentrum für Dermatologie und Allergologie, Luzerner Kantonsspital, 6000 Luzern 16

Michael Hyun-Gyu Hor, Facharzt für Neurologie, Neurologische Praxis Luzern, Lützel mattstrasse 3, 6006 Luzern

Meret Rudigier, Fachärztin für Allgemeine Innere Medizin, FMH, Medarium, Dreiklang, Christoph-Schnyder-Strasse, 6210 Sursee

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

Ärztegesellschaft des Kantons Schwyz

Zur Aufnahme in die Ärztegesellschaft des Kantons Schwyz haben sich angemeldet:

Matthias Benjamin Brunner, Facharzt für Ophthalmologie, FMH, ab 08/2017 zu 100% in Pfäffikon tätig

Bettina Gogos, Fachärztin für Oto-Rhino-Laryngologie, FMH, ab 5.7.2022 zu 50% in Pfäffikon tätig

Marvin Marti, Facharzt für Ophthalmologie, FMH, ab baldmöglichst zu 50–60% in Pfäffikon tätig

Einsprachen gegen diese Aufnahme richten Sie schriftlich innert 20 Tagen an Dr. med. Jörg Frischknecht, Bahnhofstrasse 31, 6440 Brunnen oder per Mail an joerg.frischknecht@hin.ch

Ärztegesellschaft Thurgau

Die Ärztegesellschaft Thurgau informiert über folgende Neuanmeldungen:

Andrej Christopher Atanassoff, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin, FMH, Im Chrummbächli 13, 8805 Richterswil

Rüdiger Gawens, Praktischer Arzt, Platanenweg 3f, 8555 Müllheim

Einsprachen gegen diese Vorhaben müssen innerhalb 14 Tagen seit der Veröffentlichung schriftlich und begründet bei der Ärztegesellschaft Thurgau eingereicht werden. Nach Ablauf der Frist entscheidet der Vorstand über die Aufnahme der Gesuche und über allfällige Einsprachen.

Ärzte-Gesellschaft des Kantons Zug

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

Alexandra Staiber, Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie, Ameos Stadtpraxis Zug, Dorfstrasse 13, 6340 Baar

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.



Kinder und Jugendliche aus der Ukraine

Junge Flüchtlinge optimal versorgen

Fabienne N. Jäger, Christoph Berger, Michael Buettcher, Sarah Depallens, Ulrich Heininger, Yvon Heller, Malte Kohns Vasconcelos, Bodil Leforestier, Nicole Pellaud, Christa Relly, Johannes Trück, Saskia von Overbeck Ottino, Sara Bernhard-Stirnemann, Noémie Wagner, Nicole Ritz

Für die Referenzgruppe Migrationsgesundheit von paediatric schweiz und Paediatric Infectious Disease Group of Switzerland (PIGS)

Bei der medizinischen Versorgung minderjähriger Flüchtlinge aus der Ukraine ist es von Vorteil, deren Bedürfnisse zu kennen und darauf einzugehen. Um diese Personengruppe optimal zu behandeln, haben paediatric schweiz und PIGS gemeinsame Empfehlungen ausgearbeitet.

Mit dem Einmarsch der russischen Truppen in die Ukraine im Februar 2022 wurde eine seit dem zweiten Weltkrieg beispiellose Flüchtlingswelle ausgelöst. Über 55 000 Flüchtenden, meist Frauen und Kindern, wurde in der Schweiz bereits der Schutzstatus S zugesprochen, der ihnen neben Aufenthaltsrecht auch eine Gesundheitsversorgung im Rahmen des schweizerischen Krankenversicherungsgesetzes (KVG) zusichert. Um die minderjährigen Patientinnen und Patienten optimal betreuen zu können, ist es hilfreich, über die Bedürfnisse im Zusammenhang mit Herkunft und Flucht informiert zu sein. Ziel ist es, zugezogenen Kin-

dern die gleiche gesundheitliche Versorgung zu ermöglichen wie Kindern, die in der Schweiz geboren sind.

Als Hilfestellung für Kinderärztinnen und Kinderärzte und Hausärzte, welche minderjährige Flüchtlinge aus der Ukraine betreuen, wurden deshalb Konsensempfehlungen von der Referenzgruppe Migrationsgesundheit von paediatric schweiz und PIGS (paediatric infectious disease group of switzerland) erarbeitet, die dem aktuellen Stand des Wissens entsprechen. Diese sollen an die individuellen Bedürfnisse der Patientinnen und Patienten und deren Familien angepasst werden.

Der Gesundheitszustand der Geflüchteten

Über 200 000 Kinder befanden sich bereits vor Februar 2022 wegen des Konflikts im Osten des Landes intern auf der Flucht, einige haben Angriffe erlebt. Die Gesundheitsversorgung in der Ukraine war nicht einheitlich, unter dem Krieg hat sie aber weiter gelitten. Die Kleinkindsterblichkeit war doppelt so hoch wie in der

Die Gesundheitsversorgung in der Ukraine hat unter dem Krieg weiter gelitten.

Schweiz, multiresistente Tuberkulose, hohe Hepatitis C Raten und vereinzelte Poliomyelitis Impfvirus-Ausbrüche sind erwähnenswert. Während ein nationales HIV-Mutter-Kind-Programm bis zu 97% der Schwangeren erfasste und die vertikalen Übertragungsraten massiv senken konnte, bleibt das Screening für Hepatitis B und C für Schwangere inkonsistent. Vorsorgeuntersuchungen sind vorgesehen, über Geldforderungen bei offiziell unentgeltlichen Konsultationen und Impfstoffen bei angeblich mangelhafter Impfstoffqualität wird berichtet. Die Impfempfehlungen weichen von denen der Schweiz etwas ab [1]. Die Flucht bedeutet für die meisten Minderjährigen die Trennung von ihrem Vater, da dieser meist nicht aus der Ukraine ausreisen darf. Die widrigen Umstände auf der Flucht, zum Beispiel Crowding, können das Risiko für Infektionen und weitere Vulnerabilitäten erhöhen. Das Einleben in der Schweiz ist nicht

immer einfach, nicht nur wegen der Sprache. Formalitäten, ein neuer Alltag, das Wegfallen von Betreuungsressourcen und potenziell sinngebende Arbeiten, die Sorge um die Daheimgebliebenen, die Wut über den Krieg und Zukunftsängste können auch die für die Stabilität und das Erleben des Kindes wichtigen Hauptbezugspersonen beeinträchtigen, weshalb das Erfragen der psychosozialen und gesundheitlichen Situation von Kind und Bezugspersonen unerlässlich ist. Die Tabelle gibt die wichtigsten Empfehlungen für Gesundheitsfachkräfte wieder.

Fluchtbedingt sind Impfdokumente nicht immer vorhanden, oft jedoch können Fotos davon von den Begleitpersonen organisiert werden. Generell ist aber davon auszugehen, dass Kinder unter 6 Jahren erst eine Masern-Mumps-Röteln-Impfung gehabt haben, weshalb es sich – im Gegensatz zu anderen Impfungen – nicht lohnt, hierfür auf eine Fotodokumentation zu warten, sondern mit MMR direkt geimpft werden sollte. Auf der Webpage von paediatric schweiz befinden

Die psychologische und soziale Situation von Kind/Adoleszent und Betreuungspersonen sollten ein spezielles Augenmerk erhalten.

den sich nebst anderen nützlichen Dokumenten auch ein Ukrainischer Impfausweis mit Übersetzung [3]. Die psychologische und soziale Situation von Kind/Adoleszent und Betreuungspersonen sollten ein spezi-



Abbildung 1: Geflüchtete Kinder und Jugendliche aus der Ukraine sollten in der Schweiz sorgfältig untersucht werden. Psychologische und soziale Aspekte spielen bei ihrer medizinischen Versorgung eine besondere Rolle.

Empfehlungen	
Kommunikation	
Ermitteln Sie den Einsatzbedarf für eine(n) Dolmetschende(n) und informieren Sie alle freiwilligen Dolmetschenden über Vertraulichkeit/Arztgeheimnis. Stellen Sie sicher, dass Patientinnen und Patienten sowie Familienangehörige offen sprechen können.	
Allgemein	
Identifizierung dringlicher medizinischer Probleme	<ul style="list-style-type: none"> • Akute oder chronische Krankheit mit dringendem Behandlungsbedarf, fehlende Medikamente. • Erkennen von Isolation- oder Schutzbedarf.
Anamnese	<ul style="list-style-type: none"> • Chronische Krankheiten, bekannte Gesundheits-/Entwicklungsprobleme. • Bisherige kurative und präventive Behandlung und erhaltene Ratschläge. • Transit, Ankunftsdatum, aktuelle Situation in der Schweiz (Unterkunft, Gefühl, in Sicherheit zu sein, Einschulung, Kinderbetreuung, finanzielle Situation, familiäre Situation, soziale Kontakte, Freizeitgestaltung, Ressourcen). • Bedürfnisse der Hauptbetreuungspersonen evaluieren (Gesundheit/Stabilität/emotionale Verfügbarkeit/Unterstützung bei der Kinderbetreuung).
Status	<ul style="list-style-type: none"> • Durchführung einer gründlichen, altersgerechten Vorsorgeuntersuchung gemäss der Checkliste von paediatric schweiz [2]
Psychische Gesundheit	
Beurteilung des psychischen Wohlbefindens, Suche einer möglichen Belastungsstörung, Evaluation eines Behandlungsbedarfs	<ul style="list-style-type: none"> • Vermeiden Sie es, traumatische Erlebnisse unnötig im Detail zu besprechen, ausser der Patient will darüber sprechen. • Fragen Sie nach Schlafstörungen, Alpträumen, Verhaltensänderungen, Hypervigilanz, neu aufgetretenem Bettnässen, Angstattacken, Depression usw. und stellen Sie sicher, dass sich der Patient/die Familie sicher fühlt. • Beurteilung des Bedarfs von Kindern/Jugendlichen/Eltern/Betreuern an psychosozialer Unterstützung/spezialisierter Betreuung.
Impfungen	
Sicherstellung eines altersgerechten Impfschutzes	<ul style="list-style-type: none"> • In der Regel sollten nur dokumentierte Impfungen berücksichtigt werden. • Sicherstellen eines guten Impfschutzes und bei Bedarf Verabreichung von Nachhol- und Auffrischimpfungen nach Schweizer Empfehlungen (BAG). • Alle DTPa/dTpa-Auffrischungsimpfungen sollten zusätzlich Poliomyelitis (IPV) enthalten, auch für Adoleszente. • Die zweite Dosis der Masern, Mumps und Röteln (MMR) Impfung wird in der Ukraine erst im Alter von 6 Jahren verabreicht: Impfen Sie Kinder im Alter von 1 bis unter 6 Jahren umgehend mit MMR. • 3 Dosen Hepatitis B (Ukrainisches Impfschema: Tag der Geburt, 2 Monate, 6 Monate) gelten als vollständige Grundimmunisierung für Hepatitis B. • Der Tetanustoxin-Antikörperspiegel kann 4 Wochen nach einer Einzeldosis eines Tetanustoxoidhaltigen, altersgerechten Kombinationsimpfstoffs (einschliesslich Polio) bestimmt werden, um festzustellen, ob eine weitere Nachholimpfung erforderlich ist. • Die Varizellenimpfung soll auch für < 11-Jährige in Betracht gezogen werden, die für längere Zeit in Asylunterkünften leben, sofern sie diese nicht bereits durchgemacht haben oder geimpft sind.
Screening	
Nach übertragbaren oder Stoffwechselkrankheiten suchen.	<ul style="list-style-type: none"> • Tuberkulose-Screening mittels Mantoux oder IGRA sollte allen angeboten werden. Dies kann zeitnah mit anderen Blutuntersuchungen durchgeführt werden, sofern anamnestisch keine Exposition/Symptome vorliegen. Das Screening kann zeitgleich aber nicht innert 4 Wochen nach Masernimpfung durchgeführt werden. • HIV 1/2: Eine Serologie sollte angeboten werden, insbesondere in Abwesenheit eines verlässlich negativen HIV-Tests der Mutter während der Schwangerschaft und/oder bei Exposition/ Risikofaktoren angeboten werden. • Hepatitis B: Eine Serologie sollte angeboten werden, wenn keine vollständige Hepatitis-B- Impfungen in der Vergangenheit durchgeführt wurde (3 Dosen). • Hepatitis C: Eine Serologie sollte angeboten werden. • Neugeborenen-Screening (Guthrie): Für in der Ukraine geborene Säuglinge <= 6 Monaten soll, unabhängig eines früheren ukrainischen Neugeborenen-Screenings, ein CH-Neugeborenen-Screening in Betracht gezogen werden.
Informationen und Dokumentation	
An die für das Kind verantwortlichen Erwachsenen weiterleiten	<ul style="list-style-type: none"> • Geben Sie altersgerechte Präventionsinformationen, informieren Sie über Gesundheitsdienste und Kostenübernahmen und darüber, wohin sie sich in Notfällen wenden können (einschliesslich der Notrufnummer 144 für lebenswichtige Notfälle). • Die Patientendokumentation (Konsultation, Impfungen, Resultate von Untersuchungen usw.) sollte – wenn möglich elektronisch und in Papierform – dem begleitenden Elternteil/der verantwortlichen Bezugsperson mitgeben werden. Das Ausfüllen des Gesundheitshefts (insb. Seiten 30/31) kann hilfreich sein.

elles Augenmerk erhalten. Niederschwellige Unterstützung und soziale Angebote, wie lokale Treffpunkte mit anderen Betroffenen, können für viele bereits Erleichterung bringen [4]. Psychologisch/psychiatrische Betreuung oder eine Anmeldung beim Ambulatorium für Folter und Kriegsoffer des Schweizerischen Roten Kreuzes sind Optionen bei Bedarf.

Einige aus der Ukraine Geflüchtete sind auf Zeit bei Familien untergebracht, andere befinden sich in Asylunterkünften. Zudem besteht die Hoffnung auf Rückkehr. Um wichtige Informationen auch in Zukunft für Patientenfamilie und Gesundheitsfachleute sicherzustellen, sollten, wenn immer möglich, medizinische In-

formationen den Hauptbezugspersonen idealerweise in elektronischer Form und auf Papier mitgegeben werden (Impfungen, Resultate, Konsultationen, besprochenes Vorgehen usw.). Hilfreich kann es auch sein, das Gesundheitsheft (insb. Seiten 30/31 Neuzuzüger) auszufüllen, welches auf der Webseite des CSS gratis bestellt werden kann [5].

Chancengleichheit für Migrantenkinder

Da viele Haus- und Kinderärzte bereits jetzt stark ausgelastet sind, scheinen diese Empfehlungen auf den ersten Blick für manche nicht umsetzbar. Die Empfehlungen fassen auf den Prinzipien der Chancengleichheit für alle Kinder in der Schweiz. Sie beinhalten klassische Praxispädiatrie mit Vorsorgeuntersuchung, wenig zusätzlichen Screenings, bekannten Impfungen und einer speziellen Berücksichtigung der sozio-emotionalen Bedürfnisse, welche durch die Erfahrung von Krieg und Flucht beeinflusst sind. Die Webseite von paediatric schweiz wird laufend mit nützlichen Informationen und Links aktualisiert.

Manche Kantone haben Migrationsprechstunden eingerichtet, andere haben jetzt neue aufgebaut und einige stellen bereits Dolmetschende kostenlos auf Abruf zur Verfügung. Sicherzustellen, dass die ukrainischen Kinder und Jugendlichen am Ende des Konflikts so gesund wie nur möglich in ihre Heimat zurückreisen können, kann als Beitrag für den Wiederaufbau der Ukraine betrachtet werden. Wir danken all jenen, die sich für die Gesundheit der schutzsuchenden Kinder und Jugendlichen und ihrer Begleitpersonen engagieren.

Dieser Artikel basiert auf einem Beitrag, der in Swiss Medical Weekly erschienen ist [6]. Die Affiliationen der Autorinnen und Autoren können dort eingesehen werden.

Das Wichtigste in Kürze

- Mehr als 55 000 ukrainische Personen, die meisten von ihnen Frauen und Kinder, haben seit Februar 2022 in der Schweiz den Ausweis S erhalten.
- Der Schutzstatus S verleiht ihnen das Recht auf Unterkunft, Unterstützung und medizinische Versorgung.
- Um Kinderärztinnen und -ärzte sowie Allgemeinmedizinerinnen und -mediziner, die minderjährige Flüchtlinge aus der Ukraine betreuen, zu unterstützen, haben die Referenzgruppe Migrationsgesundheit von paediatric schweiz und PIGS (paediatric infectious disease group switzerland) Empfehlungen ausgearbeitet.
- Die ausführlichen Empfehlungen, auf denen dieser Artikel aufbaut, finden sie unter: Paediatric Refugees from Ukraine: Guidance for health care professionals <https://smw.ch/article/doi/smw.2022.w30200>.

Literatur

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



[fabienne.jaeger\[at\]unibas.ch](mailto:fabienne.jaeger[at]unibas.ch)



Karrietipps: Klinik und Forschung kombinieren

Allgemeine Innere Medizin: Wege zum *Clinician Investigator*

SGAIM-Forschungskommission

Forschungsinteressierte junge Ärzte und Ärztinnen haben oft nur vage Vorstellungen von den Karriereschritten, die zum *Clinician Investigator*, dem oder der akademisch und klinisch tätigen Allgemeininternisten bzw. -internistin, führen. Was mögliche Wege sind, wo es Unterstützung gibt und wie klinische und akademische Weiterbildung kombiniert werden – der Artikel geht diesen Fragen nach.

Die Förderung von akademischen Berufsprofilen ist ein wichtiger Pfeiler für die Stärkung der Allgemeinen Inneren Medizin (AIM). Eines dieser Karriereprofile ist der *Clinician Investigator* als Allgemeininternistin oder -internist mit kombinierter Tätigkeit in Patientenbetreuung und klinischer Forschung [1].

Klinische statt Grundlagenforschung

Die patientenzentrierte klinische Forschung und Outcome-orientierte Versorgungsforschung sind Voraussetzungen für die Entwicklung neuer Diagnose-, Therapie- und Präventionskonzepte und zur Verbesserung der Behandlungsqualität allgemeininternistischer Patientinnen und Patienten [2]. Wie in den USA hat auch in der Schweiz die klinisch orientierte Forschung in der AIM die Grundlagenforschung beinahe vollständig

verdrängt, welche fast ausschliesslich eine Domäne der Spezialfächer geworden ist. Eine kombinierte Tätigkeit in Klinik und Forschung kann auch eine grosse Bereicherung für die persönliche Entwicklung bedeuten. Die diversifizierte Berufstätigkeit, der lebenslange Lernprozess, die vertiefte Auseinandersetzung mit einer umschriebenen Thematik der AIM und Aneignung einer spezifischen Expertise, die Ausbildung eines Netzwerkes sowie attraktive Karriereperspektiven können zur eigenen Zufriedenheit beitragen.

Berufsbild *Clinician Investigator*

Clinician Investigators qualifizieren für zukünftige akademische Kaderpositionen und als potenzielle Leadership-Figuren der AIM. Während es für Ärztinnen und Ärzte mit Interesse an einer akademischen Laufbahn

herausfordernd ist, die Anforderungen für eine Kaderstelle zu erfüllen, wird es für Universitätsspitäler immer schwieriger, gutqualifizierte Kaderärztinnen und -ärzte für die AIM zu rekrutieren [1]. Nebst den hohen Anforderungen an eine akademische Karriere ist einer der Gründe die relative Profilunschärfe der oder des klinisch forschenden Allgemeininternistin resp. Allgemeininternisten, welche im Gegensatz steht zu den Spezialistinnen und Spezialisten, bei denen eine spezialisierte Forschungstätigkeit in einem enger umschriebenen Fachgebiet gegeben zu sein scheint.

Der Anfang ist schwer

Für forschungsinteressierte Ärztinnen und Ärzte am Anfang ihrer Weiterbildung kann es schwierig sein, sich Vorstellungen zu den Karrierepfaden und -perspektiven in der AIM zu machen. Nachwuchsforschende orientierten sich dazu oft an lokalen Führungsfiguren. Der Zugang zu weiteren Ressourcen für den Aufbau einer Forschungskarriere wie Mentoring oder finanzieller Forschungsförderung ist oft zufallsabhängig, da es kaum strukturierte aktuelle Informationsquellen gibt [3, 4].

Eine Ausnahme ist das Webportal *Clinical Research Careers*, ein kollaboratives Projekt der Schweizerischen Akademie der Medizinischen Wissenschaften (SAMW), der *Swiss Clinical Trial Organisation* (SCTO) und *unimeduisse*, das relevante Informationen für eine Karriere in klinischer Forschung zusammenfasst [5].

Die Wichtigkeit der Nachwuchsförderung in der zur Grundlagen- und translationalen Forschung komple-

mentären klinischen Forschung wurde in den letzten Jahren auf nationaler Ebene erkannt [2, 6]. Als Mitglieder der Forschungskommission der SGAIM ist es uns ein Anliegen, akademisch interessierte angehende Allgemeininternistinnen und -internisten auf ihrem Weg zum *Clinician Investigator* zu unterstützen.

Das Ziel dieses Artikels ist es, dem forschungsinteressierten Nachwuchs einen Überblick über die Voraussetzungen und möglichen Karrierewege zum *Clinician Investigator* der AIM zu vermitteln (Abb.) [6]. Dabei wird auf die wichtigsten «Ingredienzien» einer akademischen Karriere auf den verschiedenen Stufen eingegangen: Mentoring, *Protected Research Time*, methodologische Ausbildung, Finanzierung und Networking (Tab. 1). In einem weiteren Artikel werden wir mögliche Motivationsgründe für eine akademische Karriere in der AIM erörtern und Möglichkeiten für einen Einstieg in die klinische Forschung aufzeigen [7].

Erste Schritte in der klinischen Forschung

Der erste Kontakt mit der klinischen Forschung erfolgt während des Medizinstudiums, z.B. im Kontext einer Masterarbeit oder Dissertation. Mit diesen ersten Erfahrungen können bereits wichtige Grundlagen für eine spätere akademische Karriere gelegt werden. Dazu gehören das Pflegen einer ersten Mentee-Mentor-Beziehung und die Publikation von ersten Arbeiten [7].

Etablierung einer Mentee-Mentor-Beziehung

Die Unterstützung und Beratung durch eine erfahrene und motivierende Mentorin oder einen Mentor hat einen wichtigen Einfluss auf den beruflichen Erfolg und die persönliche Entwicklung [8]. Daher sollte möglichst früh Ausschau nach Mentorinnen und Mentoren gehalten werden – es ist hilfreich, im Verlauf der Weiterbildung mehrere Mentor-Beziehungen zu etablieren, mit Schwerpunkten in klinischer Ausbildung, Forschung und Karriereberatung. Ein optimaler Mentor, eine optimale Mentorin ist ein inspirierendes Vorbild mit einer etablierten Karriere im eigenen Interessensgebiet, welcher oder welche aufrichtig an der erfolgreichen Zukunft des Mentees interessiert ist [9]. Für eine nachhaltige Mentee-Mentor-Beziehung ist es wichtig, die gegenseitigen Erwartungen zu klären, Ziele zu setzen und längerfristig den Kontakt zu pflegen [10]. Eine wichtige Unterstützung leistet der Mentor oder die Mentorin mit dem Ausarbeiten eines Karriereplans zusammen mit dem Mentee, denn eine frühzeitige und stringente Karriereplanung mit Berücksichtigung von individuellen Zielen und Prioritäten ist wichtig für eine erfolgreiche akademische Entwicklung.

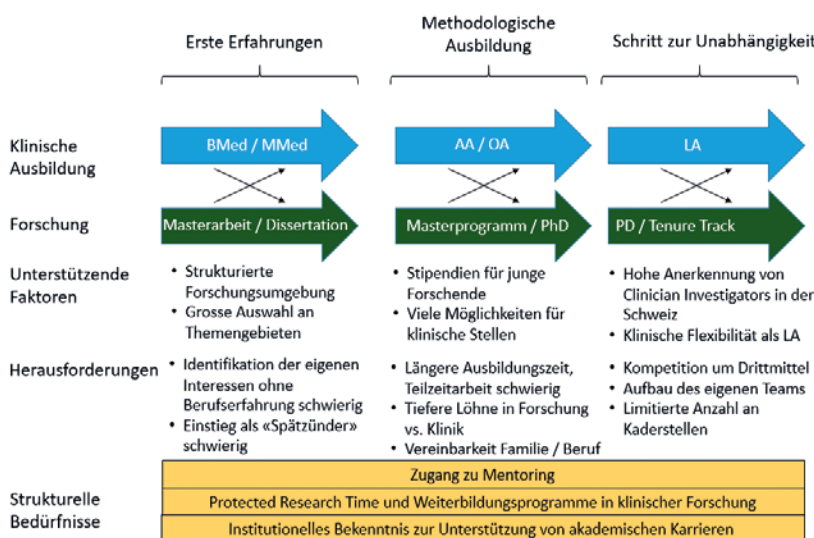


Abbildung: Wichtige Schritte auf dem Karrierepfad. Die Pfeile weisen darauf hin, wie klinische und Forschungskompetenzen parallel oder nacheinander erworben werden können.

Abkürzungen: AA, Assistenzarzt/-ärztin; AIM, Allgemeine Innere Medizin; BMed, Bachelor in Humanmedizin; LA, leitende/r Arzt/Ärztin; MMed, Master in Humanmedizin; OA, Oberarzt/Oberärztin.

Tabelle 1: «Entscheidend für mich war ...»: Aussagen von *Clinician Investigators* in der Allgemeinen Inneren Medizin in Bezug auf Faktoren, welche für ihre akademische Karriere besonders wertvoll waren.

Person	Zitat
Leitender Arzt, Lausanne	«Protected Research Time. Als Assistenzarzt hatte ich das Glück, dass mir über mehrere Jahre klinikfreie Zeit zur klinischen Forschung ermöglicht wurde, sowohl vor wie auch nach einem Forschungsaufenthalt im Ausland.»
Leitende Ärztin, Bern	«Mentoring. Meine Mentoren haben mich bereits früh aktiv in diverse Projekte und Forschungsaktivitäten involviert, haben mir wertvolle Ratschläge gegeben bezüglich Karrieremöglichkeiten und haben mich kontinuierlich auf meinem Weg zum Clinician Investigator unterstützt.»
Leitender Arzt, Bern	«Mein Netzwerk. Die Zusammenarbeit mit internationalen Forschenden erweiterte nicht nur meinen eigenen Horizont, sondern öffnete viele Türen für neue Projekte und ermöglichte eine breite Unterstützung von ersten eigenen Studien.»
Oberarzt, Bern	«Meine methodologische Ausbildung. Der strukturierte und umfassende Studiengang zu einem Master of Science in Epidemiologie und klinischer Forschung an einer renommierten US-amerikanischen Universität erlaubte mir, fundierte methodologische Kenntnisse zu erwerben, welche ich im Anschluss in eigenen Forschungsprojekten erfolgreich einsetzen konnte.»
Leitende Ärztin, Lausanne	«Nicht aufgeben und durchhalten, sich Unterstützung durch Mentoren und Mentorinnen suchen und Drittmittel einholen, hilft dabei, den herausfordernden Schritt in die akademische Selbstständigkeit zu meistern.»
Leitender Arzt, Genf	«Brücken bauen zu verschiedenen Partnern. Mein Mentor hat mich immer dazu angehalten, was zu einer Reihe von Win-win-Situationen führte. Und: üben, üben, üben. Das Recherchieren und Artikelschreiben muss man üben und regelmässig machen, wie in einem Sporttraining.»

Protected Research Time

Für forschungsinteressierte Assistenzärztinnen und -ärzte ist es herausfordernd, die Forschungstätigkeit mit den klinischen Aufgaben sowie den Anforderungen der fachärztlichen Weiterbildung in der AIM zu kombinieren. Eine Forschungsrotation auf der AIM mit *Protected Research Time* bietet die Möglichkeit, sich während einer Zeit vollständig auf die Forschungstätigkeit zu fokussieren und ein erstes Projekt möglichst mit einer Publikation in einer begutachteten (*peer-reviewed*) Zeitschrift zum Abschluss zu bringen. Eine Forschungsrotation wird bis zu sechs Monate an die Weiterbildung zum Facharzt AIM angerechnet [11]. Ein weiteres Engagement in der Forschung auch über eine Forschungsrotation hinaus stellt zwar neben der klinischen Weiterbildung eine Extrabelastung dar, kann sich aber mit neuen Karrierechancen auszahlen. Mit dem Einwerben eines Anfänger- oder Nachwuchs-Grants können sich Nachwuchsforschende bezahlte Zeit für die Forschung sichern (Tab. 2).

Methodologische Ausbildung

Auf dem Weg zum *Clinician Investigator* ist im Hinblick auf eine selbständige Forschungstätigkeit eine methodologische Ausbildung äusserst wertvoll, welche über das *Learning by Doing* im Rahmen der eigentlichen Forschungstätigkeit hinausgeht. Eine Möglichkeit dazu ist ein Masterstudium in klinischer Forschung oder klinischer Epidemiologie, das an verschiedenen internationalen Top-Universitäten auch für ausländische Staatsbürger zugänglich ist. Auch im Inland bestehen Möglichkeiten (z.B. Master of Public Health an Deutsch-

schweizer Universitäten, MSc in Epidemiologie des Schweizerischen Tropen- und Public Health Instituts der Universität Basel) [12]. Eine andere Option ist die Teilnahme an einem MD/PhD- oder PhD-Programm im In- oder Ausland, das methodologische Kurse als Teil der Ausbildung anbietet. Als weitere Alternative kann mit einem *Certificate of Advanced Studies* (CAS) an mehreren Schweizer Institutionen eine abgekürzte methodologische Ausbildung absolviert werden. Eine Übersicht zu Weiterbildungsmöglichkeiten in der Schweiz findet sich auch auf der Website cr-careers.ch [5]. Am besten findet die methodologische Ausbildung parallel zu einer klinischen Forschungstätigkeit statt, analog dem dualen Bildungssystem in der Schweiz.

Forschungsaufenthalt im Ausland

Ein Forschungsaufenthalt an einer renommierten ausländischen Hochschule dient nicht nur der Horizonterweiterung und Bildung eines internationalen Netzwerkes, sondern ist an gewissen Schweizer Universitäten auch für eine Habilitation gewünscht. Möglichkeiten zur Finanzierung einer Forschungstätigkeit im Ausland bieten der Schweizerische Nationalfonds (Postdoc Mobility), gemeinnützige Organisationen (z.B. Krebsliga Schweiz) oder auch private Stiftungen (Tab. 2), wobei nicht alle Geldgeber auch eine strukturierte methodologische Ausbildung (wie z.B. einen Masterstudiengang) unterstützen. Zur Einwerbung von Stipendien oder Projektbeiträgen sollten Nachwuchsforschende in der Lage sein, einen innovativen und methodologisch robusten Projektentwurf zu verfassen und bereits einige Publikationen als Erstautoren nachweisen können.

Tabelle 2: Beispiele von Stipendien und Drittmitteln in der Schweiz für Nachwuchsforschende in der Allgemeinen Inneren Medizin.

<i>Protected Research Time für Nachwuchsforschende</i>	<i>Stipendien für methodologische Ausbildung / Post-Doc</i>	<i>Schritt in die akademische Unabhängigkeit</i>
SAMW/Bangerter-Rhyner Stiftung	Nationales MD-PhD-Programm der SAMW	Ambizione des SNF
Institutionelle Grants (z.B. Filling the Gap, Universitätsspital Zürich; Nachwuchsförderungs-Grants für patientenorientierte Forschung, Inselspital etc.)	Postdoc.Mobility des SNF im Ausland	SNF Starting Grants (ehem. Eccellenza) SNF-Projektförderung

Eine Übersicht über Stipendien und Drittmittel für klinische Forschungsprojekte in der Allgemeinen Inneren Medizin finden sich auf der Website der SGAIM (www.sgaim.ch/de/forschung/foerdermittel.html).

Expertise entwickeln

Neben der Auswahl einer Institution mit qualitativ hochstehender Ausbildung ist auch die Wahl des Themengebieten wichtig. Dieses sollte idealerweise wegweisend sein für eine langjährige Forschungstätigkeit in einem Gebiet, in welchem die Forschenden zu Expertinnen und Experten avancieren. Nicht zuletzt bestimmt das Forschungsgebiet auch die Möglichkeiten zum Erwerben von Forschungsgeldern, da gewisse Geldgeber nur Arbeiten in umschriebenen Themengebieten fördern.

Am Ende eines Forschungsaufenthaltes verfügen die Forschenden über das nötige Know-how für die zukünftige selbständige Konzeption und Durchführung von klinischen Studien. Zudem können sie optimalerweise schon während des Auslandsaufenthalts verfasste Publikationen zu einem umschriebenen Themengebiet in begutachteten Zeitschriften vorweisen. Damit werden einerseits die Voraussetzungen für die Bewerbung von weiteren Grants mitgebracht und andererseits eine wichtige Basis für eine Habilitation gelegt.

Schritt in die Unabhängigkeit

Die Transition von einer Forschungsassistentin oder einer Position als Post-Doc im Ausland in eine akademische Kaderposition in der AIM ist, wie auch in allen anderen Fächern, herausfordernd. Meist ist ein weiterer Wechsel der Institution nötig, beispielsweise eine Rückkehr an die Stamminstitution. Bei fehlenden Ressourcen zur Finanzierung von *Protected Research Time* bedeutet die Forschungstätigkeit oft eine Mehrbelastung neben der bezahlten klinischen Tätigkeit und erfordert eine effiziente Organisation der verschiedenen Aufgaben, die für den Schritt zur Habilitation und somit den Weg in die akademische Unabhängigkeit notwendig sind: der Fortführung der Publikationstätigkeit, der Ausarbeitung von innovativen und relevanten Forschungsfragen für Grantanträge, der Supervision von Masterstudenten und Dissertanten sowie eines Engagements in der Lehre. Die Anforderungen für eine Habilitation unterscheiden sich zwischen den

verschiedenen medizinischen Fakultäten der Schweiz, aber eine gewisse Anzahl Publikationen und eingeworbene Drittmittel sind meist nötig.

Einholen von Drittmitteln

Das Einholen von Drittmitteln als Hauptantragsteller ist oft eine Voraussetzung für eine Habilitation und für eine selbständige akademische Tätigkeit insgesamt, weshalb genügend Zeit für die Entwicklung einer relevanten, innovativen und machbaren Forschungsfrage und Ausarbeitung des Drittmittelantrags eingesetzt werden soll. Drittmittel, die Lohnkosten für Angestellte

Clinician Investigators können akademische Kaderpositionen in der AIM einnehmen.

abdecken, ermöglichen den Aufbau eines eigenen Forschungsteams (Tab. 2): neben Masterstudierenden und Doktorandinnen und Doktoranden können auch ausgebildete *Study Nurses*, PhD-Studierende, Forschungsassistentenärzte und -ärztinnen oder Projektmanagerinnen und -manager angestellt werden. Bei der Bewerbung für Drittmittel sind oft mehrere Anläufe nötig bis zum Erfolg, da Forschende auf dieser Stufe nun in direkter Konkurrenz mit etablierten Akademikerinnen und Akademikern stehen. Die Unterstützung durch einen oder mehrere Mentorinnen und Mentoren ist daher besonders in dieser Phase sehr wichtig.

Habilitation als Messgrösse

Die Leitung von eigenen Projekten mit Supervision von Nachwuchsforschenden resultiert in ersten Publikationen idealerweise mit Letztautorenschaften. Damit wird Expertise im entsprechenden Forschungsgebiet und Eigenständigkeit gezeigt. Zur Etablierung im akademischen Umfeld trägt auch eine regelmässige Lehrtätigkeit bei, welche eine weitere Kernaufgabe des akademisch tätigen Kliniklers, der akademisch tätigen Kliniklerin ist.

Als Mass für den Erfolg von Forschenden auf dem Weg in die akademische Freiheit kann insgesamt die Erfül-

lung der Kriterien für eine Habilitation angesehen werden: mit der Habilitation werden die ausgezeichneten akademischen Leistungen der Nachwuchsforschenden öffentlich anerkannt und die Fähigkeit zur selbständigen Tätigkeit als akademisch Lehrende und Forschende von der Fakultät bestätigt. Die wichtigsten Grundlagen für eine akademische Karriere in der AIM sind gelegt!

Alternative Karrierepfade

Unterschiedliche Lebensentwürfe oder -umstände können dazu führen, dass eine gradlinige Entwicklung der Karriere nicht möglich oder gewünscht ist. Abwesenheiten für Mutter- oder Vaterschaft oder Aufgaben in der Kinderbetreuung sind mit Auszeiten oder dem Wunsch nach Pensumsreduktionen verbunden. Eine Forschungstätigkeit erlaubt in dieser Phase möglicherweise etwas mehr zeitliche Flexibilität als eine klinische Tätigkeit, auch wenn die Arbeit weiterhin fordernd ist. Während gewisser Perioden in der Weiterbildung kann auch eine Teilzeit-Tätigkeit möglich sein.

Durch eine klinische Tätigkeit als Fachärztin resp. Facharzt AIM parallel zur Forschung können allfällige vorübergehende Einkommenseinbußen teilweise kompensiert werden. Stipendien für einen Auslandsaufenthalt können auch Kinderzuschüsse beinhalten. Gewisse Gefässe zur Forschungsförderung zielen explizit auf Gleichstellung und die Vereinbarkeit von akademischer Karriere und Familie (z.B. Gleichstellungsbeitrag oder *Flexibility Grant* vom Schweizerischen Nationalfonds). Zudem gibt es Mentoringprogramme (z.B. universitäre Programme wie COMET in Bern), die sich unter anderem auch auf Nachwuchswissenschaftlerinnen mit Fragen zu

Vereinbarkeit von Familie und Beruf, akademischer Teilzeittätigkeit oder Wiedereinstieg nach Elternschaft spezialisiert haben [9].

Eine wertvolle Tätigkeit

Mit einer Forschungstätigkeit in der AIM werden neue Karriereperspektiven eröffnet und ein Beitrag zur Verbesserung der Behandlungsqualität geleistet. Die daraus gewonnenen Erfahrungen, Kenntnisse, Kontakte und beruflichen Positionen tragen auch massgeblich zur persönlichen Entwicklung und Zufriedenheit bei. Zu den wichtigsten Erfolgskomponenten gehören eine dedizierte Forschungszeit mit Möglichkeit zum Publizieren und Einholen von Drittmitteln, eine solide methodologische Ausbildung in klinischer Forschung, ein umfassendes Netzwerk und gutes Mentoring. Um diese Komponenten zu fördern, sind klinische Institutionen mit einem starken Engagement bei der Unterstützung von Nachwuchsforschenden notwendig. Bei optimaler Planung sind die Erfolgchancen einer akademischen Karriere in der AIM sehr hoch.

Das Wichtigste in Kürze

- Im Artikel werden mögliche Karrierepfade hin zum *Clinician Investigator* in der Allgemeinen Inneren Medizin (AIM) vorgestellt.
- Es ist hilfreich, möglichst früh mehrere Mentor-Beziehungen aufzubauen.
- Eine Forschungsrotation mit *Protected Research Time* bietet die Möglichkeit, sich vollständig auf die Forschungstätigkeit zu fokussieren. Zudem sollten die methodologischen Kenntnisse erweitert werden.
- Der Übergang zu einer akademischen Kaderposition ist schwierig. Eine wichtige Rolle spielt das Einwerben von Fördergeldern sowie die Mitwirkung an Publikationen, idealerweise mit Letztautorschaft.

SGAIM-Forschungskommission

Die Konzepte und Ansätze, die dieser Publikation zugrunde liegen, wurden von den Mitgliedern der SGAIM-Forschungskommission in gemeinsamen Workshops erarbeitet.

Mitglieder der Kommission und Autorinnen und Autoren dieser Publikation sind:

PD Dr. med. Christine Baumgartner, MAS, Universitätsklinik für Allgemeine Innere Medizin, Inselspital, Universitätsspital Bern; PD Dr. med. Kevin Selby, MAS, Unisanté, Centre universitaire de médecine générale et santé publique, Lausanne; Dr. med. Andreas Plate, MSc, Institut für Hausarztmedizin, Universität und Universitätsspital Zürich; Dr. med. François Bastardot, MSc, Service de médecine interne, Département de médecine und Direction médicale, Centre hospitalier universitaire vaudois (CHUV), Lausanne; Dr. med. Christoph Becker, Medizinische Kommunikation, Abteilung für Psychosomatik, Universitätsspital Basel; Dr. med. Manuel R. Blum, MSc, Universitätsklinik für Allgemeine Innere Medizin, Inselspital, Universitätsspital Bern und Berner Institut für Hausarztmedizin (BIHAM), Universität Bern; Prof. Dr. med. Carole Clair, MSc, Unisanté, Centre universitaire de médecine générale et santé publique, Lausanne; PD Dr. med. Marie Méan, Service de médecine interne, Département de médecine, CHUV, Lausanne; Dr. med. Hervé Spechbach, Service de médecine de premier recours, Département de médecine de premier recours, Hôpitaux universitaires de Genève; PD Dr. med. Tobias Tritschler, MSc, Universitätsklinik für Allgemeine Innere Medizin, Inselspital, Universitätsspital Bern; Prof. Dr. med. Drahomir Aujesky, MSc, Co-Präsident SGAIM, Universitätsklinik für Allgemeine Innere Medizin, Inselspital, Universitätsspital Bern; Prof. Dr. med. Nicolas Rodondi, MAS, Universitätsklinik für Allgemeine Innere Medizin, Inselspital, Universitätsspital Bern, Direktor BIHAM, Universität Bern

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



[christine.baumgartner\[at\]
insel.ch](mailto:christine.baumgartner[at]insel.ch)

Briefe an die SÄZ

Was tun gegen die verschwindende Wertschätzung der ärztlichen Leistung?

Seit der Einführung des Tarmed 2004 bzw. der Einführung des DRG 2012 verliert die ärztliche Leistung an Wert. Sowohl der Taxpunktwert als auch die Entgeltung für viele Fallpauschalbehandlungen ist über die Jahre stetig gesunken. Mit der Einführung des Tarmed wurde auch vereinbart, dass alle Rechnungen vom Leistungserbringer an den Kostenträger elektronisch übermittelt werden sollen. Mit diesem Schritt begann eine neue Kostenstelle, mit deren Umfang sicher weder der frei praktizierende Arzt noch die Spitäler kaum gerechnet haben: die dazu notwendige IT-Infrastruktur und deren Unterhalt verschlingen seither Unmengen von Geld bei stetig steigenden IT-Kosten, ohne den administrativen Mehraufwand für den Arzt und dessen Personal weiter zu analysieren. Auch der allgemeine administrative Aufwand hat in der Schweiz in den letzten Jahren derart zugenommen, dass regelmässig junge Ärzte deswegen das Spitalleben oder die Arbeit in einer medizinischen Institution verlassen. Kaum ein Jungarzt in der Schweiz wagt es heute noch, allein eine Praxis zu erwerben oder gar zu übernehmen. Denn auch die Auflagen für eine selbstständige Erwerbstätigkeit sind aufwendiger geworden. Kurz zusammengefasst: Der Arztberuf in der Schweiz wird immer weniger attraktiv und dies nicht zuletzt aufgrund der schwierigen Rahmenbedingungen. Dazu gehören eben auch die seit Jahren regressiven Entgeltungen der ärztlichen Leis-

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

tung. Diese treffen nicht alle Fachdisziplinen in gleichem Ausmass. Nebst vielen anderen Fachärzten sind auch die Fusschirurgen in der Schweiz stark betroffen. Für diese Fachrichtung kam erschwerend dazu, dass im Jahre 2018 gewisse kantonale Gesundheitsbehörden und das BAG unter dem Projekt «ambulant vor stationär» unterschiedliche Listen von häufig durchgeführten, insbesondere auch fusschirurgischen Eingriffen publiziert haben, die zwingend ambulant durchgeführt werden müssen, auch bei zusatzversicherten Patienten. Die entsprechende Verrechnung muss durch eine deutlich tiefere Tarmed-Position erfolgen, die in der Fusschirurgie meistens nicht kostendeckend ist.

So diskutieren die Mitglieder der Schweizerischen Gesellschaft für Chirurgie und Medizin des Fusses (SFAS) seit Jahren an ihren Versammlungen, wie man sich gegen solche politischen Entscheide wehren kann. Die offiziellen Wege mit Einreichen von Anpassungsgesuchen von nicht wirtschaftlichen Fallpauschalen DRG oder Tarmed-Positionen wurden beschritten. Diese bewirken entweder keine oder nur minimalste Veränderungen und dauern wohlgermerkt immer Jahre bis zur Umsetzung. Entsprechend hat die SFAS nach anderen Wegen gesucht und die rechtliche Situation analysiert, um ein Zusatzentgelt für eine ärztliche Leistung in der Schweiz vom Patienten zu verlangen. Die grosse Vorarbeit dazu hat die FMCH mit der FMH bis ins Jahr 2020 geleistet. Nach über einem Jahr juristischer Abklärungen mit der WEKO und der FINMA war es vollbracht: Zusatzhonorare im ambulanten oder stationären Bereich DRG (nicht VVG) sind zulässig unter bestimmten Bedingungen. Generell müssen dabei die Mehrleistungen eines Arztes ausgewiesen und dokumentiert werden. Mögliche Mehrleistungen können dabei die freie Wahl des behandelnden Arztes, die medizinische oder chirurgische Erfahrung des Spezialisten oder ein möglicher Terminwunsch des Patienten sein.

An der Generalversammlung der SFAS im Jahre 2021 hat eine grosse Mehrheit der Mit-

Briefe

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

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

glieder das freiwillige Einführen von sogenannten «upgrade»-Verträgen direkt mit dem Patienten gutgeheissen. Damit kann ein Fusspezialist unter Einhalten von bestimmten Regelungen mit dem Patienten ein zusätzliches Honorar für seine ärztlich-operative Leistung vereinbaren. Dies wird insbesondere für verlangte Mehrleistungen bei stationären und ambulanten Behandlungen beansprucht, welche von den Tarifen der obligatorischen Kranken- oder Unfallversicherungen nicht oder nicht kostendeckend abgegolten werden. Die SFAS hofft, dass mit dieser Massnahme zumindest die fusschirurgische Leistung wieder gerechter abgegolten werden kann und somit viele Spezialisten insbesondere in der Praxis kostendeckend arbeiten können. Dies könnte ein Anreiz für Jungärzte schaffen, um diese Fachrichtung zu wählen und die hohe Qualität unseres Fachs bzw. Gesundheitswesens beizubehalten.

*Prof. Dr. med. Fabian Krause, Präsident SFAS,
Leitender Arzt Fusschirurgie, Klinik für
Orthopädische Chirurgie, Inselspital,
Universität Bern, Bern*

*Dr. med. Gerardo J. Maquieira, Facharzt für
Orthopädische Chirurgie und Traumatologie
des Bewegungsapparates, FussZentrum
Hirslanden Zürich*

Mitteilungen

Facharztprüfungen

Facharztprüfung zur Erlangung des Facharztstitels für Nuklearmedizin

Nuklearmedizin 1. Teilprüfung 2023

Datum: Freitag, 10. März 2023

Ort: Lausanne

Anmeldefrist: 18. Dezember 2022

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

Facharztprüfung zur Erlangung des Facharztstitels Radiologie

Datum: 10. März 2023

Ort:

Groupement Romand de l'Informatique (GRI)
Route de Genève 88 b
1004 Lausanne

Anmeldefrist: 18. Dezember 2022

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

Facharztprüfung zur Erlangung des Facharztstitels Handchirurgie

Ort:

Schriftliche Prüfung: 17. März 2023

Praktische Prüfung: 7. Mai 2023

Mündliche Prüfung: 8./9. Mai 2023

Datum:

Schriftliche Prüfung: 13.00–15.00 Uhr CET – online via Zoom

Praktische Prüfung: Rimini (Italy)

Mündliche Prüfung: Rimini (Italy)

Anmeldefrist:

bis 30. Oktober 2022:

Einreichen der Unterlagen zur Überprüfung der Zulassungsvoraussetzungen durch die Schweizerische Gesellschaft für Handchirurgie

bis 30. November 2022:

Anmeldung EBHS (erfolgt online durch die Kandidatin / den Kandidaten selber unter Verwendung des vorgängig angeforderten Empfehlungsschreibens)

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

Facharztprüfung zur Erlangung des Facharztstitels Physikalische Medizin und Rehabilitation

Mündliche Prüfung

Datum: Freitag, 27. Januar 2023

Ort: Medworld AG, Sennweidstrasse 46, 6312 Steinhausen

Anmeldefrist: 15. November 2022

Weitere Informationen finden Sie auf der Website des SIWF unter www.siwf.ch → Weiterbildung → Facharzttitel und Schwerpunkte → Physikalische Medizin und Rehabilitation

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. Seminar teilnehmerin 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.



Luzern, Juni 2022

Vorsorglicher Chargenrückruf bis auf Stufe Detailhandel

ANGUSTA (Misoprostol) 25 µg Tabletten (Zul-Nr. 67580)

Die Norgine AG ruft, in Absprache mit Swissmedic, das Produkt ANGUSTA 25 µg Tabletten bis auf Stufe Detailhandel zurück.

Zusammenfassung

- Bei routinemässigen Stabilitätsprüfungen wurde in Italien in aus der Bulk-Charge B26156 hergestellten ANGUSTA 25 µg Tabletten eine unbekannte Verunreinigung in Konzentrationen oberhalb des für Impurities spezifizierten Bereichs nachgewiesen.
- Bei weiteren Untersuchungen wurde eine unbekannte Verunreinigung mit der gleichen Retentionszeit auch in anderen Fertigprodukten, welche aus den Bulk-Chargen B26156 und B27661 hergestellt worden waren, nachgewiesen. Die Konzentrationen der Verunreinigung lagen in diesen Fällen aber nicht ausserhalb der Spezifikation.
- Aufgrund dieser Beobachtungen ruft Norgine die Fertigproduktcharge B28144 vorsorglich bis auf Stufe Detailhandel vom Markt zurück.
- Bitte stellen Sie alle verbleibenden Bestände der genannten Fertigproduktcharge B28144 unter Quarantäne und senden Sie sie unter Anwendung des von Ihrem Lieferanten genehmigten Verfahrens an Ihren Lieferanten zurück.
- Es ist ratsam, ein geeignetes alternatives Mittel zur Einleitung der Wehen zu verwenden, bis diese Situation geklärt ist.

Hintergrund der Sicherheitsbedenken

ANGUSTA (Misoprostol) 25 µg Tabletten sind für die Geburtseinleitung indiziert. Das empfohlene Dosierungsschema für ANGUSTA® ist 25 Mikrogramm alle 2 Stunden, oder 50 Mikrogramm alle 4 Stunden, jeweils oral verabreicht. Die Maximaldosis beträgt 200 Mikrogramm über einen Zeitraum von 24 Stunden.

Im Rahmen einer routinemässigen Stabilitätsuntersuchung von ANGUSTA 25 µg Tabletten aus der Bulkcharge B 26156 wurde nach 12 Monaten ein nicht der Spezifikation entsprechendes Ergebnis für eine unbekannte Verunreinigung beobachtet und bestätigt.

Es wurden weitere Fertigproduktchargen analysiert, und obwohl keine Ergebnisse ausserhalb der Spezifikation mehr festgestellt wurden, wurde eine unbekannte Verunreinigung mit derselben Retentionszeit auch noch in anderen unter Verwendung der Bulk-Chargen B26156 und B27661 verpackten Fertigproduktchargen nachgewiesen.

Bitte überprüfen Sie Ihre Bestände auf die oben genannte Produktcharge und stellen Sie diese sofort unter Quarantäne.

Wir möchten Sie bitten, die bei Ihnen vorliegende Ware an Ihren Lieferanten zu retournieren.

Wir sind derzeit mit ANGUSTA 25 µg Tabletten

nicht lieferbar. Es ist ratsam, ein geeignetes alternatives Mittel zur Einleitung der Wehen zu verwenden, bis diese Situation geklärt ist.

Für Meldungen über unerwünschte Arzneimittelwirkungen (UAW) empfiehlt Swissmedic, das dafür entwickelte Meldeportal zu verwenden. Mit dem sogenannten Electronic Vigilance System (EViS) können UAW direkt oder durch Hochladen einer xml-Datei erfasst werden. Alle erforderlichen Informationen sind zu finden unter www.swissmedic.ch.

Für medizinische Anfragen wenden Sie sich bitte an den medizinischen Informationsdienst von Norgine AG (Tel. 061 461 08 68).

Tabelle 1: Vom Rückruf betroffen ist die folgende Charge:

Pharmacode	ZL-Nummer (Swissmedic)	Produkt	Charge	Verfalldatum
7827458	67580	ANGUSTA® 25 µg, 8 Tabletten	B28144	08.2024

Norgine AG
Werftstrasse 3
6005 Luzern
Tel. 061 461 08 68

Zürich, im Juli 2022

Wichtige sicherheitsrelevante Informationen zu Paxlovid®

(Nirmatrelvir [PF-07321332] Filmtabletten und Ritonavir Filmtabletten):

- **Dosisanpassung bei Nierenfunktionsstörung**
- **Interaktionspotential von Paxlovid mit anderen Arzneimitteln**

Sehr geehrte Damen und Herren

In Absprache mit Swissmedic möchte Pfizer AG Sie über Folgendes informieren:

Zusammenfassung

• Dosisanpassung bei Nierenfunktionsstörung

- Paxlovid soll bei Patienten mit **schwerer Nierenfunktionsstörung** [eGFR <30 ml/min, einschliesslich Patienten mit Nierenerkrankung im Endstadium (End Stage Renal Disease = ESRD) unter Hämodialyse] nicht angewendet werden.
- Bei Patienten mit **mittelschwerer Nierenfunktionsstörung** (eGFR ≥30–<60 ml/min) sollte die Paxlovid-Dosis auf 150 mg/100 mg PF-07321332/Ritonavir alle 12 Stunden über 5 Tage reduziert werden, um eine Überexposition zu vermeiden. Der Tagesblister enthält zwei getrennte Abschnitte mit jeweils zwei Tabletten mit PF-07321332 und einer Tablette mit Ritonavir; dies entspricht der Standard-Tagesdosis für Patienten mit normaler Nierenfunktion bis leichter Nierenfunktionsstörung. **Patienten mit mittelschwerer Nierenfunktionsstörung sind gezielt darauf hinzuweisen, dass sie nur eine PF-07321332-Tablette anstatt zwei Tabletten zusammen mit einer Ritonavir-Tablette alle 12 Stunden einnehmen sollten.**

• Interaktionspotential von Paxlovid mit anderen gleichzeitig angewendeten Arzneimitteln

- Paxlovid (PF-07321332/Ritonavir) ist ein CYP3A-Inhibitor und kann die Plasmakonzentrationen von primär über CYP3A metabolisierten Arzneimitteln erhöhen.
- Bei Anwendung von CYP3A inhibierenden oder induzierenden Arzneimitteln kann sich die Konzentration von Paxlovid erhöhen bzw. verringern.
- **Mögliche Folgen solcher Wechselwirkungen können sein:**
 - **Potentiell schwerwiegende Nebenwirkungen einschliesslich lebensbedrohlicher oder tödlicher Folgeereignisse durch höhere Exposition gleichzeitig angewendeter Arzneimittel.**
 - **Klinisch signifikante Nebenwirkungen aufgrund einer höheren Paxlovid-Exposition.**
 - **Verlust der Wirkung von Paxlovid und mögliche Entwicklung einer Virusresistenz.**
- **Die Einnahme von Paxlovid ist bei gleichzeitiger Anwendung bestimmter anderer Arzneimittel aufgrund des Interaktionspotentials kontraindiziert.** Die Informationen zu mit Paxlovid kontraindizierten Arzneimitteln (siehe Rubrik «Kontraindikationen») sind dringend zu beachten.
- **Bei gleichzeitiger Anwendung anderer Arzneimittel sollte grundsätzlich auch deren Fachinformation herangezogen werden, um sich über potenzielle Interaktionen sowie über daraus resultierende mögliche Risiken und eventuell erforderliche Dosisanpassungen (oder andere Massnahmen) zu informieren.**
- Patienten sollen auf mögliche Nebenwirkungen im Zusammenhang mit den gleichzeitig angewendeten Arzneimitteln überwacht werden.

Hintergrundinformationen

Paxlovid hat in der Schweiz seit dem 15. Juni 2022 eine befristete Zulassung für die folgende Indikation:

Behandlung der Coronavirus-Krankheit 2019 (COVID-19) bei Erwachsenen, die keine Sauerstofftherapie oder Hospitalisierung aufgrund von COVID-19 benötigen und bei denen ein erhöhtes Risiko für einen schweren Verlauf von COVID-19 besteht.

Dosierung von Paxlovid in Bezug auf Nierenfunktion:

Nierenfunktion	Paxlovid Dosis (Abbildungen nicht originalgetreu)
Normale Nierenfunktion (eGFR ≥90) bis leichte Nierenfunktionsstörung (eGFR ≥60–<90 ml/min)	Keine Dosisanpassung erforderlich, übliche Dosierung: 300 mg PF-07321332 (zwei rosafarbene Tabletten zu je 150 mg) und 100 mg Ritonavir (eine weisse Tablette zu 100 mg) zur gleichzeitigen Einnahme alle 12 Stunden, über einen Zeitraum von 5 Tagen
Mittelschwere Nierenfunktionsstörung (eGFR ≥30–<60 ml/min)	Dosisanpassung notwendig, reduzierte Dosierung: 150 mg PF-07321332 (eine rosafarbene Tablette zu 150 mg) und 100 mg Ritonavir (eine weisse Tablette zu 100 mg) zur gleichzeitigen Einnahme alle 12 Stunden, über einen Zeitraum von 5 Tagen
Schwere Nierenfunktionsstörung [eGFR <30 ml/min, einschliesslich Patienten mit Nierenerkrankung im Endstadium (End Stage Renal Disease = ESRD) unter Hämodialyse]	Paxlovid soll nicht angewendet werden



Paxlovid ist nicht als Ersatz für eine Impfung gegen COVID-19 vorgesehen.

Paxlovid sollte gemäss den offiziellen Empfehlungen und unter Berücksichtigung der lokalen epidemiologischen Daten zu zirkulierenden SARS-CoV-2-Varianten angewendet werden.

Paxlovid Packungen enthalten PF-07321332- und Ritonavir Filmtabletten. Der Tagesblister

(siehe Abbildung nächste Seite) enthält zwei getrennte Abschnitte, die jeweils zwei Tabletten mit PF-07321332 und eine Tablette mit Ritonavir enthalten; dies entspricht der Standard-Tagesdosis. Die empfohlene übliche Dosierung beträgt 300 mg PF-07321332 (zwei Tabletten zu je 150 mg) und 100 mg Ritonavir (eine Tablette zu 100 mg) zur gleichzeitigen Einnahme alle 12 Stunden, über einen Zeitraum von 5 Tagen.

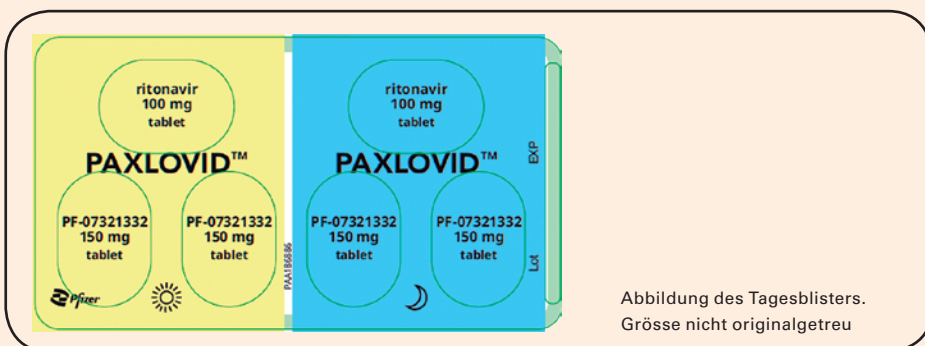


Abbildung des Tagesblisters.
Grösse nicht originalgetreu

Notwendige Dosisanpassung von Paxlovid bei Patienten mit mittelschwerer Nierenfunktionsstörung (eGFR ≥ 30 – <60 ml/min)

Bei Patienten mit mittelschwerer Nierenfunktionsstörung (eGFR ≥ 30 – <60 ml/min) sollte die Paxlovid-Dosis auf 150 mg/100 mg PF-07321332/Ritonavir alle 12 Stunden über 5 Tage reduziert werden, um eine Überexposition zu vermeiden (diese Dosisanpassung wurde nicht klinisch getestet).

Patienten mit mittelschweren Nierenfunktionsstörungen sind gezielt darauf hinzuweisen, dass sie **nur eine PF-07321332-Tablette anstatt zwei Tabletten** zusammen mit einer Ritonavir-Tablette alle 12 Stunden einnehmen sollten. Somit sollen diese Patienten pro Einnahme jeweils eine PF-07321332-Tablette im Blister zurücklassen, wodurch am Schluss zwei PF-07321332-Tabletten in jedem Tagesblister zurückbleiben. Die zurückgebliebenen PF-07321332-Tabletten sollen fachgerecht entsorgt werden.

Paxlovid soll bei Patienten mit schwerer Nierenfunktionsstörung [eGFR <30 ml/min, einschliesslich Patienten mit Nierenerkrankung im Endstadium (End Stage Renal Disease = ESRD) unter Hämodialyse] nicht angewendet werden.

Potenziell schwerwiegende Arzneimittelinteraktionen und die damit verbundenen notwendigen Abklärungen vor Beginn einer Therapie mit Paxlovid

- Paxlovid (PF-07321332/Ritonavir) ist ein CYP3A-Inhibitor und kann die Plasmakonzentrationen von primär über CYP3A metabolisierten Arzneimitteln erhöhen. Ritonavir ist ein starker Inhibitor des hepatischen Enzyms CYP3A4 sowie ein Inhibitor von CYP2D6 und des Arzneistoff-Transporters p-Glycoprotein (P-gp). Ritonavir weist zudem auch starke Affinität zu CYP2C9 auf.
- Bei Anwendung von CYP3A inhibierenden oder induzierenden Arzneimitteln kann sich die Konzentration von Paxlovid erhöhen bzw. verringern.

Aufgrund der Eigenschaften von Ritonavir weist Paxlovid (PF-07321332/Ritonavir) ein erhebliches Interaktionspotential auf.

Mögliche Folgen solcher Wechselwirkungen können sein:

- Klinisch signifikante Nebenwirkungen mit potenziell schwerwiegenden, lebensbedrohlichen oder tödlichen Folgeereignissen durch die höhere Exposition gegenüber gleichzeitig angewendeten Arzneimitteln.
- Klinisch signifikante Nebenwirkungen aufgrund einer höheren Paxlovid-Exposition.
- Verlust der therapeutischen Wirkung von Paxlovid und mögliche Entwicklung einer Virusresistenz.

Bei gleichzeitiger Anwendung anderer Arzneimittel sollte grundsätzlich auch deren Fachinformation herangezogen werden, um sich über deren Metabolisierungswege und potenzielle Interaktionen sowie über daraus resultierende mögliche Risiken und eventuell erforderliche Dosisanpassungen (oder andere Massnahmen) zu informieren.

Vor, während und nach der Paxlovid-Therapie sollten mögliche Wechselwirkungen mit anderen Arzneimitteln in Betracht gezogen werden. Die gleichzeitige Anwendung anderer Arzneimittel sollte während der Paxlovid-Therapie geprüft und Patienten sollten auf mögliche Nebenwirkungen im Zusammenhang mit den gleichzeitig angewendeten Arzneimitteln überwacht werden.

Bei den unten aufgelisteten Arzneimitteln handelt es sich um eine Orientierungshilfe, nicht um eine vollständige Liste aller Arzneimittel, die zusammen mit Paxlovid kontraindiziert sind:

- α 1-Adrenorezeptor-Antagonist: Alfuzosin
- Analgetika: Pethidin, Piroxicam, Propoxyphen*
- Antianginöse Arzneimittel: Ranolazin
- Onkologika: Neratinib, Venetoclax, Apalutamid
- Antiarrhythmika: Amiodaron, Bepridil*, Dronedaron, Encainid*, Flecainid*, Propafenon, Chinidin*
- Antibiotika: Fusidinsäure, Rifampicin
- Antikonvulsiva: Carbamazepin, Phenobarbital, Phenytoin
- Arzneimittel gegen Gicht: Colchicin
- Antihistaminika: Astemizol*, Terfenadin*
- Antipsychotika/ Neuroleptika: Lurasidon, Clozapin, Pimozid*, Quetiapin
- Ergotaminderivate: Dihydroergotamin*, Ergometrin*, Ergotamin, Methylergometrin
- GI-Motorik beeinflussende Arzneimittel: Cisaprid*
- Pflanzliche Zubereitungen: Johanniskraut (*Hypericum perforatum*)

- Lipidmodifizierende Wirkstoffe:
 - HMG-CoA-Reduktase-Inhibitoren: Lovastatin*, Simvastatin
 - Inhibitoren des Mikrosomalen-Triglycerid-Transferproteins (MTTP): Lomitapid*
- PDE5 Inhibitoren: Avanafil, Sildenafil, Vardenafil
- Sedativa/Hypnotika: Clorazepat*, Diazepam, Estazolam*, Flurazepam, oral angewendetes Midazolam und Triazolam

* in der Schweiz nicht zugelassen

Ein wichtiges Hilfsmittel zur Interaktionsprüfung (Liverpool COVID-19 Interactions (covid19-druginteractions.org)), ist in der Kriterienliste der Schweizerischen Gesellschaft für Infektionskrankheiten (Kriterienliste der SSI) aufgeführt.

Patienten sollten informiert werden, dass Paxlovid mit gewissen Arzneimitteln interagieren kann und die Einnahme von Paxlovid mit gewissen Arzneimitteln kontraindiziert ist. Patienten sollten darauf hingewiesen werden, dass sie ihren Arzt/ihre Ärztin bzw. ihren Apotheker/ihre Apothekerin über alle gleichzeitig eingenommenen verschreibungspflichtigen oder rezeptfreien Arzneimittel, Vitamine oder pflanzliche Präparate informieren.

Für weitere Informationen verweisen wir auf die ausführliche Fachinformation zu Paxlovid unter www.swissmedicinfo.ch und auf die offiziellen Empfehlungen des BAG unter Koordination der Versorgung mit wichtigen Covid-19-Arzneimitteln (admin.ch) (QR Code). Darauf sind unter anderem die aktuelle Version der Kriterienliste der Schweizerischen Gesellschaft für Infektionskrankheiten (Kriterienliste der SSI), sowie Informationen zur Kostenübernahme (Faktenblatt «Neue Krankheit Covid-19 (Coronavirus): Kostenübernahme ambulanter Covid-19 Arzneimittel») zu finden.



Meldung unerwünschter Arzneimittelwirkungen

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

Paxlovid unterliegt einer zusätzlichen Überwachung. Dies ermöglicht eine schnelle Identifizierung neuer Erkenntnisse über die Sicherheit. Angehörige von Gesundheitsberufen sind aufgefordert, den Verdacht einer neuen oder schwerwiegenden Nebenwirkung zu melden.

Kontaktangaben

Sollten Sie weitere Fragen haben oder zusätzliche Informationen benötigen, wenden Sie sich bitte an Pfizer Medical Information, Tel.: +41 43 495 71 11 oder medical.information@pfizer.com

Café: des effets à long terme sur les cellules neuronales

La consommation régulière de caféine modifie durablement le fonctionnement moléculaire des cellules de l'hippocampe. Cela se traduit par une plus grande plasticité neuronale, susceptible de faciliter les apprentissages et d'améliorer la mémoire, selon une étude de l'Inserm et de l'Université de Strasbourg. Pour parvenir à ce constat, l'équipe de recherche a administré par voie orale à des souris une dose quotidienne de caféine, équivalant à trois tasses de café chez l'humain. Après deux semaines à ce régime, elle a étudié les cellules de leur hippocampe, sans *a priori*. Les résultats obtenus ont été comparés à ceux observés chez des souris qui n'avaient pas reçu de caféine. Ils montrent que la caféine laisse des «traces» moléculaires à long terme dans l'hippocampe, notamment sur le plan épigénétique. En situation d'apprentissage, les données suggèrent que la caféine agit comme un facilitateur de réponse de l'hippocampe à une tâche mnésique, grâce une action concertée au niveau des cellules neuronales et non neuronales.

(inserm.fr)



Andreykuzmin | Dreamstime.com

Gesten sagen mehr als Worte



Natthawut Punyosaeng | Dreamstime.com

Personen, die aufgrund einer Hirnverletzung an Aphasie leiden, haben oft Probleme, sich mitzuteilen. Wie eine neue Studie der Universität Zürich in Zusammenarbeit mit Forschenden aus den Niederlanden und Japan nun gezeigt hat, lenken Zuhörende bei Ausdrucksdefiziten der Sprechenden ihre Aufmerksamkeit verstärkt auf nonverbale Informationen. Gesten werden dann, wenn die Kommunikation durch Sprachbeeinträchtigungen erschwert ist, stärker beachtet, als bei Gesprächen mit Personen ohne Sprachstörung. Die Ergebnisse dieser Studie untermauern die Relevanz der Gestik in der sprachlichen Rehabilitation. Wie Basil Preisig vom Institut für Vergleichende Sprachwissenschaften der UZH betont, sollten Betroffene vermehrt dazu ermutigt werden, Gesten einzusetzen. Zudem sollte ihr Umfeld auf Handgesten sensibilisiert werden.

(UZH)

Cancer du sein: pourquoi les métastases gagnent les os

Une étude genevoise a mis en évidence un facteur expliquant la propagation des métastases vers les os pour le cancer du sein. Lorsque des cellules cancéreuses se détachent d'une tumeur primaire pour migrer vers d'autres organes, on parle de «cancer métastatique». Les organes touchés dépendent en partie de leur tissu d'origine. Cherchant à identifier ce qui détermine cette migration, une équipe de l'Université de Genève, en collaboration avec l'ETH Zurich, a identifié le rôle potentiel de la protéine ZEB1, connue pour augmenter la plasticité des cellules. Des expériences *in vitro* de migration et d'invasion ont montré que les cellules cancéreuses exprimant ZEB1 se déplacent vers des tissus osseux, contrairement à celles qui ne l'expriment pas. Des résultats confirmés lors de greffes de cellules humaines de cancer du sein implantées au niveau des glandes mammaires de souris. Parus dans *Nature Communications*, ils pourraient aider à développer des thérapies pour éliminer les métastases.

(Université de Genève)

Aufbereitete Leber transplantiert

Drei Tage behandelte das Zürcher Forschungsteam Liver4Life eine Spenderleber in einer Maschine, bevor es das erholte Organ einem krebskranken Patienten einsetzte. Das war im Mai 2021. Heute ist der Patient wohlauf. Möglich wurde dies dank einer Perfusionsmaschine, die das am Wyss Zurich Translational Center tätige Team selbst entwickelt hat. Sie imitiert den menschlichen Körper: Eine Pumpe dient als Herzersatz, ein Oxygenator ersetzt die Lungen und eine Dialyseeinheit die Nieren. In der Maschine wurde die ursprünglich geschädigte Leber mit Medikamenten aufbereitet und so in ein geeignetes Spenderorgan umgewandelt. Die Perfusionsmaschine könnte künftig ermöglichen, dass sich eine Lebertransplantation von einem Notfall-eingriff zu einem Wahleingriff wandelt.

(USZ)



USZ

«Man hat den Patientinnen nicht genug Gehör geschenkt»

Julie Zaugg

Freie Journalistin

Jede zehnte Frau ist von Endometriose betroffen. Dennoch ist die Krankheit kaum bekannt und wird von Ärztinnen und Ärzten häufig bagatellisiert. Nicolas Vulliemoz, Chefarzt für Fertilitätsmedizin und gynäkologische Endokrinologie am Waadtländer Universitätsspital (CHUV), gibt Auskunft.

Herr Dr. Vulliemoz, was ist Endometriose?

Es handelt sich bei der Endometriose um eine chronisch-entzündliche Erkrankung, bei der endometrium-ähnliches Gewebe ausserhalb der Gebärmutterhöhle vorkommt. Diese Gewebefragmente adhären an die Organe der Beckenhöhle, d.h. Peritoneum, Ovarien, Darm und Harnblase, wachsen weiter und besiedeln sie, so dass sich Geweberheerde bilden. Diese Endometrioseherde reagieren auf die Hormone, die während des weiblichen Monatszyklus gebildet werden. Zum Zeitpunkt der Regelblutung werden sie aktiviert und schmerzen. Sie werden über ein eigenes Blutgefässsystem versorgt und sind mit Nervenendigungen ausgestattet.

Bis vor kurzem wurde über diese Krankheit gar nicht gesprochen. Wie verbreitet ist sie?

Man schätzt, dass zwischen 5 und 10 Prozent der Frauen im reproduktionsfähigen Alter betroffen sind, was etwa 190 Millionen Fällen weltweit entspricht. Diese Zahl unterschätzt zweifelsohne die tatsächliche Dimension dieses noch allzu wenig bekannten Gesundheitsproblems. Man weiss auch, dass etwa 50 Prozent der Frauen mit Fruchtbarkeitsproblemen an Endometriose leiden.



Dr. med. Nicolas Vulliemoz absolvierte seine Ausbildung in Gynäkologie und Geburtshilfe am CHUV und erwarb 2010 den Facharztstitel FMH. Er spezialisierte sich auf Reproduktionsmedizin und gynäkologische Endokrinologie an der Universität Oxford, im Rahmen des offiziellen Ausbildungsprogramms des Royal College of Obstetricians and Gynaecologists, zu dessen Schwerpunkten auch die integrierte medizinisch-chirurgische Behandlung der Endometriose gehört. Im Jahr 2012 absolvierte er erfolgreich die entsprechende Abschlussprüfung in der Schweiz. Seit 2015 ist Nicolas Vulliemoz als verantwortlicher Arzt für Fertilitätsmedizin und gynäkologische Endokrinologie am CHUV tätig, wo er eine multidisziplinäre Endometriose-Sprechstunde zur individuellen Betreuung der Patientinnen ins Leben gerufen hat.

Wodurch wird die Krankheit verursacht?

Die gängigste Theorie geht von der retrograden Menstruation aus, wonach also während der Regelblutung aus dem Endometrium stammende Zellen durch die Eileiter zurück in die Bauchhöhle geschwemmt werden. Bei den meisten Frauen wird dieses biologische Material auf natürliche Weise beseitigt. Man vermutet, dass bei Frauen mit Endometriose diese Reinigungsfunktion aufgrund von Anomalien ihres Immunsystems gestört ist. Genetische Faktoren spielen hier zweifellos eine Rolle, denn es ist bekannt, dass die Krankheit oft familiär gehäuft auftritt.

Wie äussert sich die Krankheit?

Manche Frauen haben auch in fortgeschrittenen Endometriosestadien keinerlei Beschwerden. Die symptomatische Form manifestiert sich mit starken Schmerzen, die entweder nur während der Menstruation oder aber auch während des gesamten Zyklus auftreten können. Die Schmerzen strahlen vom Unterleib ausgehend bisweilen in den Rücken und die Oberschenkel aus und können extrem beeinträchtigend sein. Manche Patientinnen geben eine Schmerzintensität von bis zu 10 von 10 an. Andere beschreiben Schmerzen beim Stuhlgang oder beim Wasserlösen sowie beim Geschlechtsverkehr oder klagen über chronische Müdigkeit.

Woran erkennt man eine Endometriose?

Ein systematisches Screening gibt es nicht. Meistens kommt eine Patientin wegen Schmerzen in die Sprechstunde, und es wird schliesslich mittels Schweregradbestimmung anhand einer Skala von 1 bis 4 eine Endometriose diagnostiziert. Bis vor kurzem war eine Laparoskopie erforderlich, um einen Herd zu entnehmen und daran zu untersuchen, ob es sich um Gewebe mit endometrialem Ursprung handelt. Das ist ein relativ schwerer Eingriff. Dank der Fortschritte in der

medizinischen Bildgebung konnte jedoch ein weniger invasives diagnostisches Verfahren entwickelt werden, das sich auf die Anamnese stützt. In Kombination mit den neuen Visualisierungsmöglichkeiten rekonstruieren wir mit der Patientin zusammen ihre Krankheitsgeschichte.

Wie kann den Patientinnen nach der Diagnosestellung geholfen werden?

Es erfolgt eine symptomatische Behandlung der Schmerzen, und zwar unabhängig vom Grad des Krankheitsfortschritts, da eine Endometriose im Stadium 4 nicht unbedingt mit Schmerzen einhergehen muss, während andererseits eine Endometriose im Stadium 1 bereits schmerzhaft sein kann. Zunächst verabreicht man eine Hormontherapie in Form einer Verhütungspille mit Östrogen-Gestagen-Kombination, einer reinen Gestagen-Pille oder einer Hormonspirale. Damit soll der Menstruationszyklus zum Stillstand gebracht werden, so dass die Endometrioseherde ebenfalls zur Ruhe kommen und, so die Hoffnung, atrophieren. In einigen Fällen, beispielsweise wenn ein Endometrioseknoten die Harnwege komprimiert oder bei einer verdächtigen Zyste an den Eierstöcken, ist ein laparoskopischer Eingriff erforderlich. Dieser birgt wie jede Operation Risiken und kann schmerzhaft sein. Ausserdem können Endometrioseherde rezidivieren und so einen weiteren Eingriff erforderlich machen.

Handelt es sich dabei um eine komplizierte Operation?

Wenn es sich um eine Endometriose im Stadium 4 handelt, kann das der Fall sein. Die Operation muss dann an einem Fachzentrum durchgeführt werden, das über ein multidisziplinäres Team verfügt, bestehend aus einer Fachperson für Reproduktionsmedizin, einer für gynäkologische Chirurgie, einer für Urologie und einer für Radiologie sowie einer Spezialistin oder einem Spezialisten für Kolorektalchirurgie.

Birgt die Endometriose noch andere Risiken?

Sie erhöht erheblich das Risiko von Unfruchtbarkeit – zum einen, weil sie zu einer Verstopfung der Eileiter oder einer Verzerrung der Beckenhöhle führen und damit ein mechanisches Hindernis schaffen kann. Zum anderen, weil sie eine Entzündung hervorruft, die sich ungünstig auf die Befruchtung der Eizelle und die Implantation des Embryos auswirken kann. In diesen Fällen kann auf einen laparoskopischen Eingriff oder auf die medizinisch unterstützte Fortpflanzung zurückgegriffen werden. Die Prognose hängt vom Alter der Frau und von ihrer ovariellen Reserve ab; prinzipiell sind die Erfolgsaussichten jedoch gut.

Was sind die neuesten Entwicklungen bei der Endometriosebehandlung?

Es wurden Versuche mit einem diagnostischen Speicheltest bei Endometriose durchgeführt; dabei handelt es sich allerdings um eine kleine Studie, die noch reproduziert werden muss. Ferner werden derzeit neue Wirkstoffe untersucht, die insbesondere an den Schmerzmechanismen ansetzen. Daraus müssen jedoch zuverlässige Therapeutika entwickelt werden, die nebenwirkungsfrei und überdies erschwinglich sind, da die Patientinnen sie über Jahre hinweg einnehmen.

Lange Zeit wurde dieser Krankheit keine Beachtung geschenkt. Warum eigentlich?

Endometriose ist schwer zu diagnostizieren und verläuft nicht tödlich. Daher war das medizinische Interesse daran relativ gering, mit der Folge, dass die Krankheit nach wie vor kaum erforscht ist. Sie gehört zu den chronischen Krankheiten, die traditionell stiefmütterlich behandelt werden, da sie auf keine eindeutige Ursache zurückgehen und es keine spezifische Behandlung dafür gibt. Stattdessen braucht es einen auf Versuch und Irrtum beruhenden Ansatz, der oftmals nicht mit gebührender Konsequenz verfolgt wird.

Ausserdem handelt es sich um eine Frauenkrankheit ...

Ja, das spielt eine Rolle. Beschwerden, die nur Frauen betreffen – vor allem, wenn sie mit der Menstruation zusammenhängen –, wurden von der Ärzteschaft lange bagatellisiert. Man hat den Patientinnen nicht genug Gehör geschenkt und ihre Schmerzen unterschätzt. Zu mir kommen regelmässig Frauen, die jeden Monat vor Schmerzen ohnmächtig wurden und denen gesagt wurde, dass Bauchschmerzen während der Menstruation normal seien. Oder Mütter, die mit ihren Töchtern erscheinen und berichten, dass sie selbst immer unter unbehandelten schmerzhaften Regelblutungen gelitten haben und ihrer Tochter ein ähnliches Schicksal ersparen möchten. Ich hatte eine Patientin, die sich gegen die Schmerzen Wärmflaschen mit kochend heissem Wasser auf den Bauch legte und sich dabei Verbrennungen zufügte.

Hat sich das Bewusstsein für die Krankheit in den letzten Jahren verändert?

In den letzten zehn Jahren ist das Bewusstsein für Endometriose enorm gewachsen. Dazu beigetragen haben die Einrichtung spezifischer Sprechstunden, die Aufnahme dieser Krankheit in die Ausbildung von Medizinerinnen und Medizinern sowie das Wegfallen bestimmter Tabus. Mütter suchen heute vermehrt das Gespräch mit ihren Töchtern – auch über Themen, die man früher eher gemieden hat, wie etwa die Menstruation.



Hoch spezialisierte Medizin in der Schweiz

Kurswechsel ist dringend nötig

Markus Furrer^a, Hugo Keune^b, Florian Dick^c, Bruno Schmied^d

^a Prof. Dr., Ärztlicher Direktor und Departementsleiter Chirurgie, stv. CEO, Kantonsspital Graubünden; ^b CEO Kantonsspital Graubünden; ^c Prof. Dr., Chefarzt Gefässchirurgie, Kantonsspital St. Gallen; ^d Prof. Dr., Chefarzt Allgemein-, Viszeral-, Endokrin- und Transplantationschirurgie, Kantonsspital St. Gallen

Qualitätseinbussen, keine flächendeckende Verteilung, zu hohe Kosten – bei der Zuteilung der Leistungen der hoch spezialisierten Medizin lauern viele Gefahren. Abhilfe schaffen kann eine Umsetzungsstrategie, die fachliche Netzwerke nutzt und die Bedürfnisse der Patientinnen und Patienten im Blick behält.

Für das Gesundheitswesen sind in der föderalen Schweiz die Kantone zuständig. Zur Planung der hoch spezialisierten Medizin (HSM) erfolgte aber am 14. März 2008 eine verbindliche interkantonale Vereinbarung (IVHSM, Art. 39, Abs 2 bis im KVG).

Das Bundesverwaltungsgericht hat für die konkrete Planung in der Folge ein formell getrenntes, zweistufiges Verfahren vorgeschrieben, welches zwischen der Zuordnung von Leistungen und der Zuteilung dieser definierten Leistungen an bestimmte Spitäler (Erstellung der HSM-Spitalliste) zu unterscheiden hat.

Um hoch spezialisierte Leistungen zu definieren und dann Zuteilungen vorzunehmen, hat die Gesundheits-

direktorenkonferenz das HSM-Beschlussorgan gebildet. Dieses stützt sich bei seinen Entscheidungen auf die fachliche Beurteilung eines Teams aus Expertinnen und Experten, dem sogenannten HSM-Fachorgan, ab.

Qualität und Wirtschaftlichkeit gefährdet

Die IVHSM legt verschiedene Grundsätze für die Planung fest: betroffen sind nur stationäre Leistungen, welche von der obligatorischen Krankenpflegeversicherung mitfinanziert werden (Art. 7 Abs. 4 IVHSM). Zur Erzielung von Synergien sind die HSM-Leistungen einigen wenigen multidisziplinären Zentren zuzutei-

len (Art. 7 Abs. 1 IVHSM). Lehre und Forschung sind ebenso miteinzubeziehen wie die Wirtschaftlichkeit, und es müssen die Abhängigkeiten zwischen verschiedenen (Fach-)Bereichen berücksichtigt werden (Art. 7 Abs. 2 und 3 IVHSM).

Widersprüche bei HSM-Vorgaben

Soweit so gut – alles scheint bei diesem fachlich-medizinisch, juristisch, ökonomisch und politisch gut abgestützten Vorgehen klar und sinnvoll geregelt zu sein. Bei der Umsetzung treten aber zunehmend relevante Widersprüchlichkeiten zu den genannten HSM-Vorgaben auf. Vor allem besteht das Risiko, dass eine flächendeckende und damit zugangsgerechte Gesundheitsversorgung in der Schweiz gefährdet wird.

Wir schlagen konkrete Alternativen bei der Zentralisierung der hoch spezialisierten Leistungen vor.

Eine spürbare Qualitätseinbusse bei der regionalen Behandlung von «HSM-Patientinnen und -patienten» wird durch unterbrochene Behandlungsketten eintreten. Dies vor allem in denjenigen Institutionen, welche über ihren Leistungsauftrag zwar in die längerfristige Betreuung dieser Personen eingebunden sind, in der Akutphase den Vorgaben für die entsprechenden HSM-Eingriffe aber nicht genügen.

Es bestehen auch berechtigte Zweifel, ob die Entscheidungen tatsächlich stets mit Blick auf die Optimierung der Versorgung getroffen werden. So ist beispielsweise festzustellen, dass die Definition von Mindestfallzahlen selten zu einer Konzentration der Leistungen nur in der West- oder nur in der Deutschschweiz oder sogar ausserhalb der Schweiz führen. Zudem bleibt bei der Zuteilung die Wirtschaftlichkeit regelmässig unbeachtet, obschon dieses Kriterium nach der Qualitätsverbesserung das zweite Hauptziel der Konzentration von Leistungen darstellt.

Diese Entwicklung macht uns grosse Sorgen. Wir schlagen deshalb konkrete Vorgehens-Alternativen bei der Zentralisierung der hoch spezialisierten Leistungen vor.

Gerechte Verteilung der Zentren

Eines der ersten HSM-Projekte war die Zentralisierung der Traumaversorgung. Hier wurden primär zwölf Schweizer Traumazentren definiert. Die Zuteilung wurde auf die Spital-Infrastruktur, das Vorhandensein von 24-Stunden-Fachkompetenzen, sowie auf vertret-

bare Transport-Distanzen und -Zeiten abgestützt. Im weniger dicht besiedelten erweiterten Alpenraum wurden drei Zentren (Chur, Lugano und Sion) und im dicht besiedelten nord-westlichen Raum der Schweiz neun Zentren definiert.

Damit wurde in der Anfangsphase der Schweizer HSM-Regelung auch der Topografie der Schweiz Rechnung getragen und eine geografische «Zweiteilung» der medizinischen Versorgung der Schweiz vermieden (die Verbindungslinie zwischen Boden- und Genfersee droht unser Land ja ohnehin in eine gut versorgte nordwestliche und eine eher unterversorgte südöstlichen Hälfte aufzuteilen).

Nach diesem anfänglich sinnvollen und bedarfsgerechten Umgang mit der HSM-Thematik (primäre Benennung von Zentren) wurden in der Folge nur noch Einzelleistungen – meist hoch spezialisierte und seltene Operationen – einzelnen Leistungserbringern zugeteilt, mit untergeordneter Berücksichtigung von bereits zugeteilten oder für später vorgesehenen HSM-Leistungen. Obwohl es grundsätzlich sinnvoll ist, zum Beispiel seltene viszeralkirurgische Eingriffe am Oesophagus, am Pankreas oder an der Leber der HSM zuzuordnen, unterschätzt eine solch isolierte Betrachtungsweise die vielfältigen und sehr bedeutsamen Wechselwirkungen mit interdisziplinär-komplementären Fachkompetenzen vor Ort.

Fragmentierung der erbrachten Leistung

Verwandte HSM-Leistungen wurden zuweilen auch massiv fragmentiert. In der Urologie beispielsweise ist die «retroperitoneale Lymphadenektomie bei Patientinnen und Patienten mit Hodentumoren und erfolgreicher Chemotherapie» als einzeln regulierter HSM-Eingriff gesetzlich verankert. Also nicht nur der Eingriff, das Organ und die Diagnose werden definiert, sondern auch eine erfolgte Therapie fliesst hier als Einschluss-

Es besteht das Risiko, dass eine flächendeckende und zugangsgerechte Gesundheitsversorgung in der Schweiz gefährdet wird.

kriterium ein. Bei dieser Leistung zeigt sich exemplarisch, dass nicht berücksichtigt wird, dass die retroperitoneale Tumorchirurgie auch in anderen Fachbereichen eine wesentliche Rolle spielt. Reguliert wird hier nur die Urologie, sodass ein vergleichbarer Eingriff von anderen Fachbereichen weiter durchgeführt werden darf.

Zur Qualitätssicherung solcher Eingriffsgruppen erscheint es doch viel wichtiger, dass die Expertise aus



Bei der Zuteilung der Leistungen der hoch spezialisierten Medizin sollte auch darauf geachtet werden, dass der Anreiseweg für die Patientinnen und Patienten nicht zu lang ist (Tamas Tuzes-Katai / Unsplash).

anderen potenziellen HSM-Bereichen, wie der Gefässchirurgie oder der interventionellen Radiologie, vor Ort abrufbar ist. Im seltenen Verlauf mit Komplikationen muss zeitnah Unterstützung angefordert werden können. Ebenso wird die fachlich-chirurgische

In der Anfangsphase der Regelung der hoch spezialisierten Medizin wurde auch der Topografie der Schweiz Rechnung getragen.

Kompetenz am Operationstisch durch eine Teamerweiterung aus anderen Fachbereichen entsprechend erhöht, was die Sicherheit und die Ergebnisqualität verbessert.

Ein fehlendes interdisziplinäres Gesamtbehandlungskonzept wird nicht allein durch die hohe spezialisierte Fachkompetenz bei der Durchführung von Einzel Eingriffen kompensiert. Analoge Überlegungen sind in die kantonalen Spitallisten geflossen, indem viele Leistungen nur im Verbund mit anderen Angeboten oder Strukturmerkmalen am selben Spital erbracht werden dürfen. Der Fokus auf einzelne Leistungen zerschlägt die Idee von Zentrumsspitalern als hoch integrierte Systeme, welche den Patientinnen

und Patienten und ihren Angehörigen im Einzugsgebiet die Sicherheit geben, für fast sämtliche Erkrankungen adäquate Lösungen bereit zu haben. Dabei sind die Unterscheidung in Notfall und planbare Eingriffe oft untauglich, theoretisch und irrelevant – und insbesondere ohne Empathie für die Situation der direkt Betroffenen.

Nicht nur eine minimale Fallzahl ist also zu fordern (und zu regulieren), sondern auch eine fachübergreifende *Cluster*-Kompetenz und der etablierte interdisziplinäre Erfahrungsaustausch.

Höhe der minimalen Fallzahlen

Die Zuteilung der hoch spezialisierten Leistungsaufträge für Einzel Eingriffe hat dazu geführt, dass in dünner besiedelten – aber flächenmässig grossen – Gebieten die geforderten minimalen Fallzahlen kaum mehr zu erreichen sind. Natürlich bleibt im Sinne der Qualitätsoptimierung unbestritten, dass Leistungen auch fallzahlenbasiert an Institutionen und Operateurinnen und Operateure zugeteilt werden sollen. Die *Outcome*-relevante Mindestfallzahl pro Operateurin oder Operateur fällt aber je nach Studie und Land sehr unterschiedlich aus. Dies deutet darauf hin, dass es

keine absolut korrekten Definitionen gibt, sondern vielmehr immer auch Rücksicht genommen wird auf die regionalen Bedürfnisse der Bevölkerung. Bei sehr seltenen Eingriffen liegt die institutionelle Mindestfallzahl meist bei 10 bis 15 Eingriffen pro Jahr. Bei drei Operateurinnen und Operateuren wäre aber eigentlich eine Mindestfallzahl von 30 bis 45 Fällen notwendig. Ebenfalls wird der in der IVHSM explizit verlangten Weiterbildung noch nicht genügend Rechnung getragen. Gleichzeitig erscheint es bei grenzwertig als «hoch spezialisiert» zu bezeichnenden Eingriffen wie der Rektum-Resektion oder der komplexen bariatrischen Chirurgie fragwürdig, eine weitere, nicht mehr evidenzbasierte Anhebung der Minimalfallzahlen vorzunehmen, einzig mit dem Ziel einer Reduktion möglicher qualifizierender Einzelkliniken. Denn damit würden insbesondere die Bewohnerinnen und Bewohner der bevölkerungsschwächeren Regionen, vor allem eben die süd-östliche «Halb-Schweiz», benachteiligt.

Auswirkungen auf die Fachkompetenz

Nun kann durchaus argumentiert werden, dass die Patientinnen und Patienten für diese HSM-Eingriffe einen gewissen Weg auf sich nehmen können. Die Versorgung der Betroffenen beginnt und endet aber nicht mit dem Eingriff. Eine rasche Abklärung und Diagnosestellung ist bei Tumorverdacht prognostisch relevant und braucht eine Expertise und Infrastruktur vor Ort. Prä- und postoperative Konzepte bei HSM-Patientinnen und -patienten sind fast immer interdisziplinär, und diese Personen werden oft jahrelang durch verschiedene Fachrichtungen begleitet. Auch Komplikationen

Zunächst sollten Zentrumsspitäler definiert werden, an welchen Leistungen der hoch spezialisierten Medizin angeboten werden.

verlangen eine rasche Diagnosestellung und Behandlung. Lange Transportwege können dabei letal sein. Das Fehlen des Angebots an hoch spezialisierten Leistungen betrifft auch nicht hoch spezialisierte Bereiche. Ein Beispiel ist die Gefässchirurgie: Wird bei der HSM-Zuteilung von gefässchirurgischen Eingriffen einem Zentrum die Kernkompetenz, zum Beispiel im Bereich der Aorten- und Carotischirurgie entzogen, hat dies Auswirkungen auf die Qualität und Sicherheit vieler anderer HSM-, aber auch Nicht-HSM-Bereiche. Personalrekrutierungen von Fachspezialistinnen und -spezialisten bis hin zu Chefärztinnen und Chefarzten werden an einem solchen fachlich «dekapitierten» Zentrum unweigerlich sehr schwierig.

Zuteilung muss überarbeitet werden

Die Zuteilungen der HSM-Leistungen müssen in den Gesamtversorgungskontext passen. Eine erteilte Zuordnung, wie sie bei der Festlegung der Traumazentren erfolgt ist, zieht notwendigerweise das Vorhandensein von verschiedenen hoch spezialisierten chirurgischen Fachbereichen nach sich. Wir empfehlen deshalb, dass im HSM-Zuteilungsprozess zunächst Zentrumsspitäler (oder Zentrumsregionen) definiert werden, an welchen HSM-Leistungen angeboten werden sollen, und zwar nach dem Muster eines schweizweiten Versorgungskonzepts wie

Die Leistungszuteilung würde den Zentrumsspitalern einzeln, aber vor allem auch dem definierten Chirurgenetzwerk, erteilt.

es sich bei Trauma- oder Schlaganfall-Patientinnen und -patienten bewährt hat. Eine kompetente Anästhesie und Intensivmedizin, die permanente Verfügbarkeit der interventionellen Radiologie und die Präsenz aller diagnostischen und therapeutischen, onkologisch ausgerichteten Fachdisziplinen sind unabdingbare Eckpfeiler.

Ein entsprechendes Engagement in der ärztlichen Fort- und Weiterbildung und eine Forschungsaktivität müssen vorausgesetzt werden. Damit müssten solche Zentrumsspitäler über die entsprechenden institutionell-fachlichen und strukturellen Voraussetzungen verfügen, um alle komplexen hoch spezialisierten Eingriffe durchführen zu können.

Fachspezifische Netzwerke stärken

Auf dieser Basis könnten HSM-Eingriffe durch hoch spezialisierte (Chirurgen-)Teams spitalübergreifend durchgeführt werden. Diese agieren in einem Netzwerk nach gemeinsam festgelegten Regeln der HSM. Die Leistungszuteilung würde dabei den Zentrumsspitalern einzeln, aber vor allem auch dem definierten Chirurgenetzwerk, erteilt. Die Zentrumsspitäler selber bringen die institutionelle Erfahrung aus den diversen komplexen chirurgischen Leistungserbringungen mit.

Ähnliche Konstrukte werden in der Schweiz trotz strikten HSM-Vorgaben schon heute gelebt. Ein Spitalübergreifendes und gut organisiertes hoch spezialisiertes chirurgisches Team arbeitet in einem solchen Netzwerk von beispielsweise drei bis fünf HSM-Zentrumsspitalern zusammen. Diese Fachpersonen sind vorwiegend, aber nicht ausschliesslich, an ihrer Stammklinik tätig. Sie ergänzen und vertreten sich in ihrer

Spezialisierung im Regelbetrieb, der Notfallversorgung und dem Komplikationsmanagement gegenseitig. Durch das *Pooling* der Fälle im Netzwerk kann die Mindestfallzahl pro Operateurin respektive Operateur nicht nur garantiert, sondern erweitert werden, und die Weiterbildung zum Erhalt der Fachkompetenz wird sichergestellt. An allen beteiligten Standorten wird die Attraktivität erhöht und eine zukunftsorientierte

Pooling ermöglicht es, dass eine garantierte Mindestfallzahl für Operateurinnen und Operateure garantiert werden kann.

personelle Nachrekrutierung ist sichergestellt. Das Netzwerk führt auch gemeinsame Forschungsprojekte durch. Nicht nur die Expertise und Kompetenz der Chirurgen-teams erhöhen sich auf individueller Ebene, auch die Netzwerkspitäler profitieren durch den gemeinsamen institutionellen Erfahrungsaustausch. In diesem Modell werden hoch spezialisierte Eingriffe in einer Anzahl durchgeführt, die auch Forderungen europäischer Empfehlungen entsprechen. Gleichzeitig berücksichtigen sie die Gegebenheiten der Schweizerischen Gesundheitsversorgung. Am Beispiel der Ostschweiz kann ein solches Netzwerk von zwei bis drei Zentrumsspitalern skizziert werden. Denn im Bereich der Adipositaschirurgie wurde dies bereits realisiert («Adipositas-Netzwerk Ostschweiz» der Kantonsspitäler Thurgau, St.Gallen und Graubünden). Gerade die überkantonale Spitalplanung Ost mit der Übernahme des Spitalbetriebs Walenstadt durch das

Kantonsspital Graubünden zeigt, wie in Zukunft in Kantonsgrenzen überschreitenden Netzwerken gedacht werden sollte. Ein solches Vorgehen würde auch einen entfesselten Wettbewerb zwischen den Spitalern in geordnete Bahnen lenken.

Alle Perspektiven miteinbeziehen

Zusammenfassend sollten bei den anstehenden Entscheidungen der verantwortlichen Gremien nebst der Qualitätssicherung für einzelne hoch spezialisierte Leistungen und der Wirtschaftlichkeit des Leistungserbringers auch die gegenseitigen Abhängigkeiten der Leistungserbringung mit berücksichtigt werden, insbesondere sollten auch die legitimen Bedürfnisse einer flächendeckenden medizinischen Versorgungsqualität ernst genommen werden.

Das Gesundheitswesen läuft Gefahr, vom Extrem der Kantonsautonomie zum Extrem eines nationalen Zuteilungsdiktats überzugehen.

Das Schweizer Gesundheitswesen läuft hier Gefahr, vom Extrem der absoluten Kantonsautonomie zum Extrem eines nationalen Zuteilungsdiktats ohne Berücksichtigung regionaler Besonderheiten überzugehen. Dabei droht eine einseitige Interessenswahrung der grossen Leistungserbringer in dicht besiedeltem Gebiet und damit vor allem der «südöstlichen Hälfte» der Schweiz eine entsprechende medizinische Unterversorgung.

Das Wichtigste in Kürze

- Die Definition und Zuteilung von hoch spezialisierten Leistungen wird durch eine interkantonale Vereinbarung zur Regulierung der hoch spezialisierten Medizin (HSM) geregelt.
- Aus Sicht der Autoren läuft die Umsetzung der Vereinbarung Gefahr, zu einem unkoordinierten Konglomerat von Einzelzuteilungen ohne Ausrichtung auf eine flächendeckende landesweite Gesundheitsversorgung zu werden.
- Sie schlagen eine modifizierte Strategie vor, bei welcher HSM-Zentrumsspitäler und -regionen definiert werden und mit einem spitalübergreifenden Netzwerk aus Fachpersonen gearbeitet wird.
- Die Leistungszuteilung würde den Zentrumsspitalern einzeln und dem Netzwerk erteilt. So sollen Qualitätseinbussen und weite Anreisewege für Betroffene verhindert werden.

L'essentiel en bref

- La définition et l'attribution des prestations hautement spécialisées sont régies par une convention intercantonale relative à la réglementation de la médecine hautement spécialisée (MHS).
- Du point de vue des auteurs, la mise en œuvre de cette convention risque de se transformer en un conglomerat non coordonné d'attributions individuelles sans orientation vers une couverture sanitaire nationale.
- Ils proposent une stratégie modifiée, qui consiste à définir des hôpitaux et des régions de centres MHS et à travailler avec un réseau interhospitalier de spécialistes
- L'attribution des prestations serait effectuée aussi bien individuellement par les hôpitaux centraux que par le réseau. De cette manière, on éviterait des pertes de qualité et de longs trajets pour les personnes concernées.

Frühlingsfrage im Tanka

Hoch erhabene
Stolze Blume überschaut
Mit grosser Milde
Sieben Knospen an der Zahl
Jede möchte auch so sein

*Dr. med. David Künzler,
Affoltern am Albis*

Variatio Delectat

In Nummer 103 der *Schweizerischen Ärztezeitung* hat Prof. Dr. med. Jürg Kesselring mit Bild und Gedicht eine Frühlingsfrage gestellt. Ich habe das Foto mit Pinsel und Farbe kopiert und versucht, das das Bild beschreibende Gedicht neu im Rhythmus eines Tankas zu umschreiben.



David Künzler

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

Über Ekel in der Medizin

Eberhard Wolff

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



Es ist ein alter, noch heute kursierender Medizinstudiums-Witz, der mir schon von verschiedener Seite zugehört worden ist. Eine Variante geht in etwa so: Der Professor erläutert in der Diabetes-Vorlesung anhand der Urin-Untersuchung die zwei wichtigsten Mediziner-Tugenden, nämlich Ekel-Überwindung und scharfe Beobachtung. Und er macht es vor: Zeigefinger ins Uringlas, herausholen, Finger ablecken. Schmeckt es süß? Die Studierenden machen es angeekelt nach. Danach zeigt er nochmals, wie *er* es gemacht hat: Zeigefinger ins Uringlas, Herausholen, *Mittelfinger* ablecken. Das konnte man aber nur bei scharfer Beobachtung erkennen.

Unter einer Unzahl von Emotionen ist Ekel eines der tiefgehendsten, stärksten und komplexesten Gefühle. Ekel wird gesehen, gerochen, gefühlt, gespürt. Und dann im Kopf zusammengesetzt – oder auseinandergenommen.

Ekel ist nicht einfach da. Ekel wird gemacht. Wann wo welcher Ekel auftritt, ist auch erlernt, erfahren und entwickelt, genauso kollektiv wie individuell. Beispielsweise wird Schweissgeruch angesichts der Anzahl von Duschen und Bädern bei uns heute sensibler, nicht zuletzt auch moralischer bewertet als vor hundert oder zweihundert Jahren.

Die Krebs- und Emotionshistorikerin Bettina Hitzer vermutet, dass Ärzte geruchsintensive Tumore während des 19. Jahrhunderts desto abstossender und ekel-erregender wahrnahmen, je mehr deren Geruch vom wichtigen Krankheitszeichen zur diagnostisch kaum relevanten Nebenerscheinung wurde.

Ekel wird gemacht. Wann wo welcher Ekel auftritt, ist erlernt, erfahren und entwickelt, genauso kollektiv wie individuell.

Die Cholera-Epidemien desselben Jahrhunderts wurden auch deshalb so sehr gefürchtet, weil die «ekel-erregende» Krankheit den bürgerlichen Tugenden der Reinlichkeit und der Selbstkontrolle so völlig widersprach.

Gerade am Beispiel der Cholera hat die Innsbrucker Historikerin Maria Heidegger diese Emotionslandschaften kürzlich erläutert. Ekel fordert Distanz und verhindert Zuwendung. Ekel stand so dem Mitgefühl –

einer selbst postulierten Emotion der Pflegeberufe – diametral entgegen. Bereits damals wurde das notwendige Verhältnis der Gefühle der Pflege diskutiert.

Es gibt viele Strategien und Didaktiken im Umgang mit Ekel. Klassisch ist die Übung in Selbstüberwindung mit dem Ziel der Gewöhnung, wie im Eingangswitz oder wie es etwa im Begriff des «Häfelipraktikums» mitschwingt. Lange Jahrzehnte wurde über das Thema Ekel im Medizinbereich kaum offen gesprochen. Die Pflegewissenschaft hat in den letzten Jahren gefordert, dass es eines sehr bewussten beruflichen Umgangs mit dem Ekel bedürfe. Reine Überwindung und Verdrängung kann letztlich zu Krankheit oder Berufsausstieg führen. Um dies zu verhindern, gilt es zu lernen, Gefühle des Ekels auszusprechen, zu verarbeiten und

Die Pflegewissenschaft hat in den letzten Jahren gefordert, dass es eines sehr bewussten beruflichen Umgangs mit dem Ekel bedürfe.

damit umzugehen. Der Umgang mit Gefühlen wird so – ganz zeittypisch – zum individuellen «Emotions-Management».

Die Fähigkeit zur Ekelüberwindung kann auch ein Eigenleben entwickeln. Selbst- und Affektkontrolle werden zum beruflichen «skill», ja zur selbstbewussten Berufs-Signatur und damit zum professionellen Selbstverständnis. Mit stolzen Erzählungen heroischer Selbstüberwindung. Man ist Teil einer funktionellen Elite. Der Beruf stellt etwas dar. Der Umgang mit Ekel prägt auch die Wahrnehmung des Berufs von aussen. «Du bist ja Ärztin, dir kann ich diese grusige Geschichte erzählen», hört eine Bekannte von mir immer wieder. Und das ist gar nicht in ihrem Sinn.

Emotionen und auch ihr Gegenteil, die Unemotionalität, werden so zu Instrumenten von Machtausübung. Das spielt ebenfalls im Eingangswitz mit. Die Studierenden «reinzulegen» ist im Kern eine subtile emotionsdidaktische Boshaftigkeit. Sich selber nimmt der Professor dagegen geschickt aus der Ekelerfahrung heraus. Initiationsriten sind bekanntlich oft strategische Erniedrigungen. Auch hierbei hilft scharfe Beobachtung.

Einzelnachweise und Literatur beim Autor.

saez[at]wolffworks.ch



‘Okay, wir haben das Feuer. Jetzt brauchen wir nur noch jemanden, der die Zigarette erfindet.’

© tom reed studio