

# Schweizerische Ärztezeitung

**1069** Editorial  
von Philippe Eggimann  
**Wagen wir die Inter-  
professionalität**

**1084** Smarter medicine  
Choosing Wisely Switzerland  
**«Top-5-Liste» Gynäkologie  
und Geburtshilfe**

**1130** «Zu guter Letzt»  
von Hans Stalder  
**Zeiten ändern sich – und  
wir ändern uns in ihnen**

**1078** FMH-Tarifmonitoring  
**Die ambulante psychiatrische  
Versorgung während der Pandemie**



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



**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: Philippe Eggimann

1069 **Wagen wir die Interprofessionalität**

AKTUELL: Nora Wille, Yvonne Gilli

1070 **Wie beeinflusst die Prämienentwicklung die verfügbaren Einkommen?**

SIWF: Adi Marty, Monika Brodmann Maeder, Sören Huwendiek

1073 **Nur mit genügend Pixeln wird das Bild klar**

AKTUELL: Sonia Barbosa, Olivier Dousse

1076 **Unterstützung beim Thema Arbeitssicherheit in der Arztpraxis**

AKTUELL: Rosilla Bachmann, Kerstin Schutz, Sabine Zehnder

1078 **Die ambulante psychiatrische Versorgung während der Pandemie**

1082 **Personalien**

**Nachrufe**

1083 **In memoriam Albert Hollinger (1944–2022)**

**Organisationen der Ärzteschaft**

SGGG: Trägerschaft «smarter medicine – Choosing Wisely Switzerland»

1084 **«Top-5-Liste» für Gynäkologie und Geburtshilfe**

**Weitere Organisationen und Institutionen**

KOSEK: Koordinationsgruppe der Zentren für seltene Krankheiten (kosek)

1086 **Wichtige Anlaufstellen bei seltenen Krankheiten**

SAMW: Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissenschaften (SAMW)

1091 **Zusammenarbeit von medizinischen Fachpersonen mit der Industrie**

**Briefe / Mitteilungen**

1094 **Briefe an die SÄZ**

1095 **Facharztprüfungen / Mitteilungen**

**Wichtige Sicherheitsinformationen**

1098 **Vorübergehende Auslieferung von Palexia® retard mit fehlerhafter Patienteninformation**



## Wichtige Sicherheitsinformationen

- 1100 **Wichtige sicherheitsrelevante Information zu XALKORI® (Crizotinib): Sehstörungen, Einschliesslich des Risikos schweren Sehverlusts, Notwendigkeit der Überwachung bei pädiatrischen Patienten**

## FMH Services



- 1102 **Seminare / Séminaires / Seminari**  
1104 **Stellen und Praxen** (nicht online)

## Tribüne

- COVID-19: Andreas Kronenberg, Luzia Renggli und Qualitätszirkel Bern1 mediX Bern  
1110 **Handschlag – ja oder nein?**  
THEMA: Gregor Lindner, Emanuel Plüss, Michael Haidinger, Svenja Ravioli  
1114 **Wie die optimale Dienstplanung gelingt**  
QUALITÄTSSICHERUNG: Marco Weiss  
1119 **Qualitätssicherung durch unabhängige Kommission**

## Horizonte

- BUCHBESPRECHUNG: Philip Tarr, Bernhard Wingeier  
1122 **Reden statt lesen**  
STREIFLICHT: Werner A. Golder  
1124 **Die Suche nach dem Röntgenbild im Datenlabyrinth**  
1127 **Persönlich**  
1128 **Buchbesprechungen**

## Zu guter Letzt

- Hans Stalder  
1130 **Tempora mutantur ...**



EVE STOCKHAMMER

## Impressum

**Schweizerische Ärztezeitung**  
Offizielles Organ der FMH  
und der FMH Services  
**Redaktionsadresse:** Rahel Gutmann,  
Redaktionsassistentin SÄZ,  
EMH Schweizerischer Ärzteverlag AG,  
Farnsburgerstrasse 8, 4132 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.vsdruck.ch/>

printed in  
switzerland



Titelbild:  
© Andrey Popov / Dreamstime.com

# Kostenanstieg, Ärztemangel: Wagen wir die Interprofessionalität

**Philippe Eggimann**

Dr. med., Mitglied des FMH-Zentralvorstandes, Departementsverantwortlicher Dienstleistungen und Berufsentwicklung



Ein eingespieltes Ritual, das von unterschiedlichen Interessen beeinflusst wird: Bald wird die Prämien-erhöhung die Schlagzeilen beherrschen. Zu meiner Linken möchte man die subsidiäre Zuständigkeit der Behörden zugunsten einer staatlichen Planung unseres Gesundheitssystems und seiner Finanzierung aufgeben. Zu meiner Rechten möchte man eine Intransparenz bewahren, die es ermöglicht, mit den Rücklagen erlittene Börsenverluste auf die Versicherten abzuwälzen [1], während diese bei Gewinnen aussen vor bleiben. Diese Enthüllungen hatten zu einer vorübergehenden Begrenzung der Erhöhungen beigetragen – willkommen in der «Welt von früher» [2]. Die Kosten der Delta- und Omikron-Wellen anzuerkennen, würde es ermöglichen, sie als Härtefälle einzustufen und eine Prämien-erhöhung 2023 zu vermeiden!

Diese Debatten überlagern diejenigen über die Strategie, die zu verfolgen ist, um die Zugänglichkeit und Qualität unseres Gesundheitssystems zu gewährleisten, um die wir in der ganzen Welt beneidet werden.

## Begrenzung der Kostenerstattung – eine Massnahme, die im Widerspruch zum Bedarfsanstieg einer alternden Bevölkerung steht.

Die Aussicht auf eine Begrenzung der Kostenerstattung stellt eine direkte Bedrohung für diese Zugänglichkeit und Qualität dar. Eine solche Massnahme steht im Widerspruch zu den steigenden Bedürfnissen einer alternden Bevölkerung, zumal mehr als ein Drittel der niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte über 55 Jahre alt ist.

Nach jahrelangem Hin und Her und ständigen Bemühungen um Kostenbegrenzung ist Art. 37 Abs. 1 KVG am 1. Januar 2022 in Kraft getreten. Unmittelbar darauf verschärfte sich der Ärztemangel, sodass die SGK-N eine parlamentarische Initiative zur Wiedereinfüh-

rung von Ausnahmen einreichte [3]. Eine vorherige Absprache mit der FMH und ihren Basisorganisationen [4] hätte aufzeigen können, dass der Ärztemangel nicht nur die Grundversorgung betrifft, sondern auch andere Fachgebiete, in denen der Nachwuchs bereits heute nicht mehr gewährleistet ist.

Trotz der Unterstützung einer Mehrheit der Versicherer und sämtlicher Dienstleistungserbringer weigert

## Der Ärztemangel betrifft nicht nur die Grundversorgung, sondern auch andere Fachgebiete.

sich der Bundesrat beharrlich, TARDOC zu genehmigen [5]. Auch hier werden die steigenden Kosten in den Vordergrund gestellt. Dies kann jedoch kaum den Willen des Gesetzgebers verbergen, die Einführung einer nationalen Tarifstruktur durchzusetzen. Dabei hat der mit der Erarbeitung beauftragte Projektleiter offiziell erklärt, dass TARDOC samt den Pauschalen ein dafür unverzichtbares Element darstellt [6].

Die FMH arbeitet daran, die Zugänglichkeit und die Qualität unseres Gesundheitssystems dauerhaft zu sichern. Sie engagiert sich entschieden für die Interprofessionalität [7] und führt einen konstruktiven Dialog mit anderen betroffenen Berufsverbänden. Dem Ärztemangel, dem Attraktivitätsverlust der Gesundheitsberufe und dem unausweichlichen Bedarfsanstieg unserer Bevölkerung können wir begegnen, indem wir die Kompetenzen der Fachkräfte im Gesundheitswesen anerkennen und würdigen. Eine explizite Definition der Rollen und Verantwortlichkeiten der Fachkräfte im Gesundheitswesen sollte es ermöglichen, eine spezifische Finanzierung und die Integration der Interprofessionalität in die ambulante Praxis von Arztpraxen und medizinischen Zentren zu rechtfertigen.

Dazu sollte man sich jedoch die Vorschläge der Ärztinnen und Ärzte anhören und sie gegebenenfalls beherzigen.

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



## Aussagen zur Belastung der Einkommen im Faktencheck

# Wie beeinflusst die Prämienentwicklung die verfügbaren Einkommen?

Nora Wille<sup>a</sup>, Yvonne Gilli<sup>b</sup>

<sup>a</sup> Dr. phil., persönliche wissenschaftliche Mitarbeiterin der Präsidentin; <sup>b</sup> Dr. med., Präsidentin der FMH

Für die Schweizer Haushalte ist in Hinblick auf die Prämiendiskussion vor allem eine Frage relevant: Wie stark werden ihre Einkommen durch die Krankenversicherung belastet? Vor diesem Hintergrund wird häufig die Prämienentwicklung mit der Einkommensentwicklung verglichen. Wir gehen diesen Äusserungen nach und betrachten die verfügbaren Daten zu diesem Thema.

«Für immer mehr Menschen werden die Prämien zu einer untragbaren Belastung» [1], liess der Schweizer Bundesrat bereits 1994 verlauten, als in Deutschland noch Helmut Kohl und in Russland Boris Jelzin regierte. Doch während die beiden Regierungschefs in der Tagespolitik längst keine Rolle mehr spielen, beschäftigen uns die Krankenkassenprämien nach wie vor intensiv. Die Versprechen des damals vom Bundesrat beworbenen Krankenversicherungsgesetzes, «wirksame Massnahmen gegen die Kostensteigerung im Gesundheitswesen» zu ermöglichen und «eine qualitativ hochstehende und finanziell für alle tragbare medizinische Versorgung» [1] sicherzustellen, werden heute nahezu wortgleich wiederholt.

Doch wie hat sich die Situation entwickelt? Wird tatsächlich die «unaufhörlich steigende Prämienlast für den Mittelstand existenzbedrohend (...), wenn die Kosten nicht endlich mit den Löhnen einigermaßen Schritt halten» [2] – wie auch heutzutage im Parlament angemahnt? Klar ist: Die Krankenkassenprämien betreffen jeden Haushalt in der Schweiz und jeder Anstieg dieser Prämien führt zu einer zusätzlichen Belastung der Haushaltskassen – sofern er nicht durch einen Anstieg des Haushaltseinkommens aufgefangen wird. Die Entwicklung der Prämien wird darum in der öffentlichen Debatte häufig in Bezug zur Entwicklung der Einkommen gesetzt, wie die nachfolgend aufgeführten Beispiele zeigen:

*«Während die Prämien um 142 Prozent gestiegen sind, sind die Löhne im gleichen Zeitraum nur um 15 Prozent gestiegen.» [3]*

*«Zwischen 2010 und 2020 sind die Kosten pro Kopf und Jahr durchschnittlich um 2,5 Prozent in die Höhe geschneit, während die Nominallöhne im gleichen Zeitraum nur um 0,7 Prozent angestiegen sind. Wohin soll das führen?» [2]*

*«Wir zahlen heute doppelt so hohe Krankenkassenprämien wie noch vor dreissig Jahren, obwohl man heute längst nicht doppelt so viel wie in den neunziger Jahren verdient. Vielmehr stagnieren die Löhne seit einiger Zeit.» [2]*

Diese Zitate aus der TV-Sendung «Arena» und Parlament verdeutlichen: Steigen die Prämien prozentual stärker als die Löhne, wird dies als bedrohlich betrachtet. Der Gedanke dahinter ist leicht nachvollziehbar: Wenn die Prämien stärker steigen als die Löhne, bleibt den Haushalten scheinbar immer weniger übrig.

### Lohnzuwachs und Prämienzuwachs

Dies trifft jedoch nur zu, wenn es um absolute Frankenbeträge geht: Steigt die Prämie um einen Franken, muss ich mindestens einen Franken mehr verdienen, damit ich nicht weniger habe als zuvor. In die Irre führt diese Logik jedoch, wenn es um Prozentsätze geht, denn ein Prozent Lohnzuwachs entspricht einem viel grösseren Frankenbetrag als ein Prozent Prämienzuwachs. Wächst ein durchschnittlicher Bruttolohn von 6665 Franken [4] um ein Prozent, erhöht er sich um 66.65 Franken, wächst eine mittlere Erwachsenenprämie von 374.40 Franken [5] um ein Prozent, erhöht sie sich um 3.74 Franken. Selbst wenn die Prämie um 15% steigen würde, der Lohn aber nur um 1%, bliebe also noch etwas vom Lohnzuwachs übrig. Nur prozentuale Erhöhungen zu betrachten, ergibt folglich ein verzerrtes Bild.

Dies lässt sich auch an den oben zitierten Beispielen aufzeigen: Denn wohin führt es, wenn unser Beispiellohn um 0,7%, die Prämie jedoch um 2,5% steigt, wie im Parlament gefragt wurde? Dann stiege der Lohn um 46.66 Franken – und die Erwachsenenprämie um 9.36 Franken. Und selbst wenn – wie in der «Arena» behauptet – einem Prämienanstieg um 142% ein Lohnanstieg von



nur 15% gegenüberstünde, wäre der Lohnzuwachs mit 1000 Franken immer noch fast doppelt so hoch wie der Prämienanstieg von 532 Franken. Und wie viel Lohnanstieg bräuchte es, damit man nach einer Verdoppelung der Prämie nicht weniger hat als vorher? Unser Beispiellohn von 6665 Franken müsste sich dafür nicht gleichermaßen verdoppeln, wie das letzte Zitat impliziert – er müsste lediglich um 5,6% steigen, um einen solchen 100%igen Prämienanstieg auffangen zu können.

Diese Beispielrechnungen sind selbstverständlich stark vereinfacht: Sie beziehen nicht ein, dass zum Beispiel in Familien mehrere Prämien, aber nur ein oder zwei Einkommen steigen, und klammert auch andere Aspekte wie Steuern und Entwicklung der Kaufkraft aus. Zudem sind in einkommensschwachen Haushalten die Lohnzuwächse kleiner – der Prämienanstieg jedoch gleich gross. All dies müsste in differenzierten Analysen betrachtet werden. Doch vor einer Vertiefung in Differenzierungen sollte Einigkeit darüber bestehen, dass es nicht aussagekräftig und sogar irreführend ist, Prozentwerte gegenüberzustellen, die auf einer völlig unterschiedlichen Basis beruhen.

### Auswirkung der Prämienentwicklung

Ein besseres Mass für die Belastung der Haushalte durch die Entwicklung der Krankenkassenprämien

bietet der Krankenversicherungsprämien-Index (KVPI) des Bundesamts für Statistik. Dieser hat zum Ziel, die Auswirkung der Prämienentwicklung in Grund- und Zusatzversicherung auf das Wachstum der verfügbaren Einkommen darzustellen. [6] Er berechnet die durchschnittliche Monatsprämie für die Krankenversicherungen, indem er das monatliche Prämien- bzw. Subventionsvolumen durch die ständige Wohnbevölkerung der Schweiz teilt. Das verfügbare Einkommen berücksichtigt im KVPI Einkommen zum Beispiel durch Erwerb, Zinsen, Renten oder Verbilligungen der Versicherungen, von denen Ausgaben wie Steuern, Sozialversicherungen und andere Versicherungen bereits abgezogen wurden. Damit entspricht es «dem Betrag, der effektiv für Konsum- und Sparzwecke zur Verfügung steht». [7]

Die jährliche Mitteilung des Bundesamts für Statistik (BFS) zur Auswirkung der Prämienentwicklung auf die Entwicklung der verfügbaren Einkommen stellt immer gegenüber (a) wie sich das verfügbare Einkommen entwickelt hätte, wenn die Prämienausgaben konstant auf dem Niveau des Vorjahres geblieben wären und (b) wie sich das verfügbare Einkommen tatsächlich angesichts der realen Prämienentwicklung verändert. Tabelle 1 zeigt die Ergebnisse des KVPI über die letzten Jahrzehnte.

### Verfügbare Einkommen

Die erste Spalte der Tabelle zeigt, dass die durchschnittlichen verfügbaren Einkommen gemäss BFS trotz der Prämienanstiege seit der Jahrtausendwende in 19 von 20 Jahren gewachsen sind. Allerdings zeigt der Blick in die zweite Spalte sowie auf die Differenz der beiden Prozentwerte, dass der Anstieg der verfügbaren Einkommen ohne das Prämienwachstum zumeist grösser ausgefallen wäre, im Mittel um 0,2 Prozentpunkte.

Am grössten war der dämpfende Effekt des Prämienwachstums auf die Entwicklung der verfügbaren Einkommen im Jahr 2010, als die verfügbaren Einkommen statt um 1,2% nur um 0,6% wuchsen. Im Jahr 2016 sanken die verfügbaren Einkommen sogar um 0,1% – ohne Prämienwachstum wären sie um 0,1% gestiegen. Im Jahr 2014 stiegen die verfügbaren Einkommen infolge einer gesunkenen Durchschnittsprämie sogar etwas stärker als sie es ohne die Prämienentwicklung getan hätten. In den letzten drei Jahren zeigten die geringen Prämienveränderungen keine Auswirkungen auf das Wachstum der verfügbaren Einkommen.

### Einkommen und Sparbeträge steigen

Wie sich die Krankenkassenprämien und wie die verfügbaren Einkommen entwickeln, zeigt auch die

**Tabelle 1:** Einfluss der Prämienentwicklung auf die Entwicklung der verfügbaren Einkommen gemäss Krankenversicherungsprämien-Index (KVPI) des Bundesamts für Statistik [12].

	Entwicklung verfügbare Einkommen		Differenz in Prozentpunkten
	MIT Prämienveränderung	OHNE	
2021	+ 1,9%	+ 1,9%	0,0
2020	+ 0,5%	+ 0,5%	0,0
2019	+ 1,2%	+ 1,2%	0,0
2018	+ 3,1%	+ 3,4%	- 0,3
2017	+ 0,2%	+ 0,5%	- 0,3
2016	- 0,1%	+ 0,1%	- 0,2
2015	+ 0,5%	+ 0,7%	- 0,2
2014	+ 1,0%	+ 0,9%	+ 0,1
2013	+ 1,6%	+ 1,7%	- 0,1
2012	+ 1,4%	+ 1,6%	- 0,2
2011	+ 1,4%	+ 1,8%	- 0,4
2010	+ 0,6%	+ 1,2%	- 0,6
2009	+ 1,1%	+ 1,2%	- 0,1
2008	+ 3,4%	+ 3,4%	0,0
2007	+ 4,5%	+ 4,5%	0,0
2006	+ 1,5%	+ 1,8%	- 0,3
2005	+ 2,0%	+ 2,2%	- 0,2
2004	k.A.	k.A.	- 0,4
2003	+ 1,0%	+ 1,5%	- 0,5
2002	+ 1,7%	+ 2,2%	- 0,5
2001	+ 3,2%	+ 3,6%	- 0,4
2000	k.A.	k.A.	- 0,3

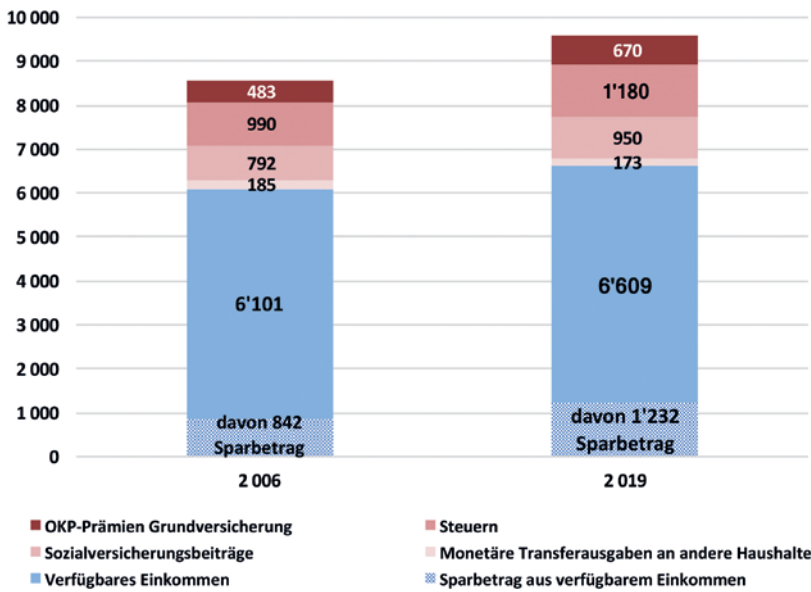


Abbildung 1: Anstieg der verfügbaren Einkommen und der obligatorischen Abgaben pro Monat in Franken zwischen 2006 und 2019, Daten Haushaltsbudgeterhebung [8].

Haushaltsbudgeterhebung des BFS. [8] Leider ist diese Erhebung nicht mit dem KVPI vergleichbar, da das verfügbare Einkommen anders definiert wird, wie das BFS explizit anmerkt. [7] Abbildung 1 zeigt die Daten der Haushaltsbudgeterhebung für die Jahre 2006 und 2019 im Vergleich. In diesem Zeitraum stieg das Bruttohaushaltseinkommen von 8551 Franken auf 9582 Franken im Monat. Dabei sind sowohl die obligatorischen Abgaben (rot gefärbt) als auch der frei verfügbare Teil des Einkommens (blau gefärbt) gewachsen.

Die Abbildung zeigt, dass die Prämien für die Grundversicherung zwischen 2006 und 2019 von 483 auf 670 Franken um 187 Franken (39%) gestiegen sind. Die Ausgaben für Steuern stiegen um 190 Franken (19%) und die für andere Sozialversicherungen um 158 Franken (20%). Trotz der höheren Abgaben stieg aber auch das verbleibende verfügbare Einkommen (gesamter blauer Bereich) von 6101 auf 6609 Franken um 508 Franken und damit 8%. Ein Prämienzuwachs von 187 Franken stand in diesem Zeitraum also einem Zuwachs des verfügbaren Einkommens um 508 Franken gegenüber.

Interessant ist auch ein Blick auf die Sparbeträge: Diese Beträge, die die Haushalte von ihrem verfügbaren Einkommen zurücklegten, sind deutlich stärker gestiegen als die Prämien, Steuern oder Sozialversicherungsabgaben. Während der durchschnittliche Haushalt im Jahr 2006 monatlich noch 842 Franken sparte, waren es im Jahr 2019 mit 1232 Franken schon 390 Franken (46%) mehr.

### Die gute Nachricht

Die Entwicklung der Krankenkassenprämien im Kontext der Einkommensentwicklung anzusehen ist wichtig, um die Belastung der Bevölkerung durch die Prämien gut einschätzen zu können und wirksame politische Massnahmen ergreifen zu können. Damit die politische Gestaltung der Situation gerecht werden kann, sollten Überlegungen und Argumente jedoch auf aussagekräftigen Zahlen beruhen. Irreführende Vergleiche von Prozentangaben, die auf einer völlig unterschiedlichen Basis beruhen, sind dabei nicht hilfreich. Ein genauer Blick in die öffentlich bereitgestellten Daten aus KVPI und Haushaltsbudgeterhebung zeigt, dass sich die verfügbaren Einkommen durch die Krankenkassenprämien im Mittel nicht reduziert haben – im Gegenteil: Sie sind gewachsen, wenn auch weniger stark, als sie ohne Prämienhöhung gewachsen wären. Auch der Umstand, dass die Haushalte immer mehr Geld zurücklegen (können), deutet nicht darauf hin, dass die Entwicklung der Krankenkassenprämien für Haushalte mit einem mindestens mittlerem Einkommen «existenzbedrohend» wäre.

### Die schlechte Nachricht

Die hier betrachteten Durchschnittswerte erlauben jedoch keine Aussage über die Lastenverteilung. Die Situation von Haushalten, die mit Einkommen unterhalb des Durchschnitts wirtschaften müssen, bleibt hier unsichtbar. Für diese stellen die Krankenkassenprämien jedoch teilweise eine erhebliche Belastung dar, wie wir bereits an anderer Stelle aufgezeigt haben [9, 10]. Steigende Prämien treffen diese Haushalte besonders, weil ihre Einkommen weniger stark steigen und die Kopfprämien die wirtschaftliche Leistungsfähigkeit eines Haushalts nicht berücksichtigen. Auch in Familien, in denen ein oder zwei Einkommen den Anstieg mehrerer Prämien auffangen müssen, geraten Lohnanstieg und Prämienanstieg schneller in ein ungünstiges Verhältnis als im Durchschnitt aller Haushalte.

Die Frage der Belastung durch Krankenkassenprämien erfordert also dringend eine Differenzierung – und dies selbst innerhalb der einkommensschwachen Haushalte, wie die Analysen des Bundes zeigen: So geben gemäss BAG einkommensschwache Modellhaushalte im Mittel zwar 9% ihres verfügbaren Einkommens für die Grundversicherung aus – je nach Haushaltstyp und Kanton schwankt dieser Anteil jedoch zwischen 3% und 21%.[11] Allgemeine Bedrohungsszenarien und Pauschalrezepte lösen die Probleme der belasteten Haushalte nicht. Diese brauchen einen genauen Blick auf aussagekräftige Zahlen für gezielte und wirksame Massnahmen und Entlastung.

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



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

# Nur mit genügend Pixeln wird das Bild klar

Adi Marty<sup>a</sup>, Monika Brodmann Maeder<sup>b</sup>, Sören Huwendiek<sup>c</sup>

<sup>a</sup> Dr. med. et MME, precisionED AG, Wollerau; <sup>b</sup> PD Dr. med. et MME, Präsidentin, Schweizerisches Institut für ärztliche Weiter- und Fortbildung SIWF, Bern; <sup>c</sup> Prof. Dr. Dr. med. et MME, Abteilungsleiter, Abteilung für Assessment und Evaluation, Institut für Medizinische Lehre (IML), Universität Bern

Die meisten von uns haben erst unter dem Druck einer bevorstehenden Prüfung genügend gelernt. Die Idee, dass die Prüfsituation selbst zum Lernen verwendet werden kann, hat erst in den letzten Jahren zu einem Umdenken im Bildungsbereich geführt. Diese Entwicklung soll mit diesem Artikel erläutert und ein Brückenschlag zur kompetenzbasierten Weiterbildung mit *Entrustable Professional Activities* gemacht werden.

## Beurteilung von Lernen

Wie vermutlich die meisten Leserinnen und Leser hatten wir es während unserer Aus- und Weiterbildung mit Prüfungen zu tun, welche jeweils das Ende einer Lehr-/Lernperiode markierten. Es wurde geprüft, ob man sich an alle Inhalte auch tatsächlich erinnern und diese wiedergeben kann. Allen wurde der gleiche Stoff beigebracht, und alle wurden über denselben Stoff geprüft. Wenn man die geforderte Punktzahl an der Prüfung nicht erreichte, hatte man in den meisten Fällen nicht genug oder nicht das Richtige gelernt.

Wenn eine Prüfung zu einem Entscheid über Bestehen oder Nichtbestehen führt, sollte sie möglichst gerecht und fair und damit möglichst standardisiert sein. Solche standardisierten Abschlussprüfungen erlauben zu entscheiden, wer die nötigen Kompetenzen besitzt, um zum Beispiel für einen nächsten Abschnitt des Studiums bereit zu sein oder auch in das Berufsleben einzutreten. Eine Rückmeldung, wo noch Lernbedarf besteht, kommt dabei oft zu kurz.

*Ein Beispiel dafür ist eine praktische Facharztprüfung in einem operativen Fachgebiet. Die Kandidatin oder der Kandidat muss unter Beobachtung eine Operation durchführen und erhält danach primär eine Benotung beziehungsweise eine Information, ob die Prüfung bestanden wurde oder nicht.*

Zudem wird bei diesem traditionellen Lernansatz auch kritisiert, dass sich alles Lernen auf die Zeit vor die Prüfung verlagert und nicht regelmässig eine Beurteilung des Fortschritts erfolgt. Der Lernerfolg ist zwar kurzfristig erreicht, aber das Gelernte geht schnell wieder ver-

gessen. Um die Kompetenzen einer Person umfassend zu beurteilen, braucht es möglichst viele verschiedene «Wertungen». Damit haben wir einen Teil des Konzepts von *Programmatic Assessment* bereits erklärt.

*Nehmen wir ein Beispiel aus dem Sport: Bei einer Olympiade fokussiert sich die ganze Vorbereitung auf einen einmaligen Wettkampf. Die Sportlerin gewinnt, die in diesem speziellen Moment am besten ist. Im Bildungssektor würden wir aber einen Weltcup bevorzugen, bei dem über Wochen und Monate mehrere Wettkämpfe an verschiedenen Orten stattfinden und die Gewinnerin diejenige Athletin ist, die sich in dieser ganzen Periode als die Beste herausgestellt hat. Zurückübersetzt in die Medizin geht es nicht darum, zu einem Zeitpunkt der/die Beste zu sein, sondern konstant und zuverlässig kompetente Patientenbetreuung zu leisten.*

## Beurteilung fürs Lernen

Wie gerade erläutert, ist es wichtig, häufig Beurteilungen durchzuführen. Genauso wichtig ist es jedoch auch, dass die einzelnen Beurteilungssituationen möglichst optimal fürs Lernen genutzt werden: *Assessment FOR Learning* [1]. Im Gegensatz zum vorherigen Abschnitt steht neu die Beobachtung und Beurteilung am Anfang und im anschliessenden Feedback- oder Lerngespräch werden die Lernziele und Lerninhalte besprochen. So ergibt sich die Möglichkeit, für die nächste Weiterbildungsperiode gemeinsam mit den Lernenden massgeschneiderte Lernpläne zu entwickeln. Vergleichbar zu unserem klinischen Alltag kommt zuerst die Diagnose und dann die Therapie.





Um ein klares Bild unserer Lernenden zu bekommen, braucht es möglichst viele unterschiedliche Beurteilungen (=Pixel). Foto: Adi Marty (mit Genehmigung von David Deck)

*Nehmen wir nochmals das Beispiel des «Voroperierens»: Im Gegensatz zur einmaligen Leistungsüberprüfung bei einer Facharztprüfung ist jede einzelne Operation eine Lernmöglichkeit. Besonders wenn sie unter Supervision durchgeführt wird und gemeinsam mit der Ärztin/dem Arzt in Weiterbildung ein Gespräch darüber stattfindet, was sie/er wieder so gut bzw. besser machen soll, damit sie/er die Operation das nächste Mal selbständiger ausführen kann.*

### Programmatic Assessment

*Programmatic Assessment* heisst, dass Lernende systematisch in möglichst vielen Situationen möglichst viele unterschiedliche Beurteilungen sammeln [2]. Diese können und sollen mit unterschiedlichen Mentorinnen/Mentoren durchgeführt werden. Jede solche

Assessmentsituation ist dabei zugleich eine Bewertung als auch eine Lernsituation [3].

Um eine Entscheidung über das Erreichen einer definierten Kompetenzstufe (zum Beispiel Diensttauglichkeit oder Facharztreihe) zu treffen, werden alle Einzelbewertungen von einem sogenannten Kompetenzkomitee berücksichtigt. Ein Kompetenzkomitee ist hierbei nichts anderes als zum Beispiel eine Kaderrunde oder eine Gruppe von Mentorinnen/Mentoren, welche gemeinsam über den Fortschritt von Assistentinnen und Assistenten diskutieren. Je mehr Beurteilungen oder «Pixel» dem Kompetenzkomitee zur Verfügung stehen, desto klarer wird das Bild über die Kompetenzen einer Assistenzärztin oder eines Assistenzarztes. (vgl. Abbildung).

*Auch hier wieder ein praktisches Beispiel: Lea Fischer, Ärztin in Weiterbildung für Allgemeine Innere Medizin im ersten Jahr, hat nach einem halben Jahr mehrere arbeitsplatzbasierte Assessments mit unterschiedlichen Oberärztinnen und Oberärzten durchgeführt. Nun geht es darum, ob sie nach dieser Zeit fähig ist, allein Nachtdienste zu leisten. Anlässlich einer Kadersitzung werden die bisherigen Beurteilungen angeschaut. Diese zeigen für alle geforderten EPAs durchwegs den erwarteten Grad an Autonomie. Basierend auf diesen Beurteilungen wird deshalb in der Gruppe entschieden, dass sie nun im Dienstplan auch für Nachtdienste freigegeben wird.*

Damit wird auch das Zusammenspiel ersichtlich zwischen Einzelbeobachtungen, sogenannten *low-stakes assessments*, und Entscheidungen mit weitreichender Relevanz (*high-stakes assessments*) wie hier dem Entscheid, dass die Assistenzärztin Nachtdienste machen kann. Es besteht ein Kontinuum von *low-stakes assessments* zu *high-stakes assessments*: Je wichtiger die Entscheidung ist, die gefällt werden soll, umso mehr Beurteilungen müssen dafür als Grundlage vorhanden sein [3, 4]. Arbeitsplatzbasierte Assessments (AbAs) fallen eindeutig in den Bereich der *low-stakes assessments*. Im Zentrum der AbA's stehen Feedbackgespräche, welche den Lernenden helfen sich weiterzuentwickeln. Es ist wichtig zu betonen, dass keine Entscheidung über Bestehen während einer einzelnen Beurteilungssituation gefällt wird. Dies entlastet auch die Mentorinnen und Mentoren, da keine weitreichende Entscheidung alleine von ihrer situationsbezogenen Einschätzung abhängt. Ein OSCE als strukturierte Prüfung mit mehreren Stationen am Ende eines Studienjahres hat höhere *Stakes*. Eine noch wichtigere Entscheidung wie die Verleihung eines Facharzt diploms kann nur gefällt werden, wenn die nötige Kompetenz dank vieler Bewertungen ausreichend belegt ist [5].

In einem gut funktionierenden System von *Programmatic Assessment* fallen sehr viele Datenpunkte an.

**Tabelle 1:** Prinzipien von Programmatic Assessment (nach Heeneman et al. 2022) [6].

1. Entscheidungen (bestanden / nicht bestanden) basieren auf vielen Beurteilungen und nicht nur auf einer einzelnen.
2. Die einzelnen Beobachtungssituationen dienen hauptsächlich dem Lernen.
3. Es soll ein konstanter Austausch mit den Lernenden stattfinden, basierend auf Feedbackgesprächen.
4. Es braucht einen Mix aus verschiedenen Arten von Beurteilungen, um den Kompetenzkomitees fundierte Entscheidungen zu ermöglichen.
5. Die nötige Anzahl an Beurteilungen (Datenpunkten) hängt von der Wichtigkeit der Entscheidung ab: je höher die Konsequenzen, desto mehr Datenpunkte braucht es.
6. Entscheidungen mit grossen Konsequenzen werden von einer Gruppe (Kompetenzkomitee) gefällt, auf Basis vieler Datenpunkte.



Monika Brodmann Maeder  
PD Dr. med. et MME Monika Brodmann Maeder ist Fachärztin für allg. Innere Medizin mit Fähigkeitsausweis Notarzt SGNOR und interdisziplinärem Schwerpunkt in klinischer Notfallmedizin und Präsidentin des Schweizerischen Instituts für ärztliche Weiter- und Fortbildung (SIWF).



Adi Marty  
Dr. med. Adi Marty, MME ist internationaler Experte für EPAs und Mitglied der SIWF EPA-Kommission. Zudem ist er Chief Visionary Officer bei der precisionED AG.



Sören Huwendiek  
Prof. Dr. Dr. med. et MME Sören Huwendiek ist Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin und Abteilungsleiter am Institut für Medizinische Lehre Bern.

Diese werden digital in einem ePortfolio gesammelt und so dargestellt, dass ein Kompetenzkomitee effizient fundierte Entscheidungen (*Entrustment-Decisions*) treffen kann.

Zentrale Aspekte von Programmatic Assessment sind in Tabelle 1 aufgeführt.

### EPA-basiertes Assessment

Die nationale Bestrebung der Implementation der kompetenzbasierten ärztlichen Weiterbildung mit EPAs folgt auch dem Ansatz des *Programmatic Assessment*. Dabei wird besonders darauf geachtet, dass das Konzept im hektischen klinischen Alltag umsetzbar ist [7, 8, 9]. Die EPA-Kommission des SIWF hat dazu ein Dokument entwickelt, das auch auf der Website des

SIWF aufgeschaltet ist [10; *Suggestions for assessment using EPAs in residency training*]. Wir stellen hier nur die zentralen Punkte vor:

- Beurteilungen dienen während der gesamten Weiterbildung der Förderung von Wachstum und Lernen.
- Es wird ein Mix aus verschiedenen Beurteilungsformaten verwendet [12].  
Zu diesen Bewertungen gehören arbeitsplatzbasierte Kurzbeurteilungen von EPAs, longitudinale Beobachtungen (sogenanntes Multi-source Feedback bzw. MSF), Simulationen, strukturierte praktische Prüfungen, aber auch Prüfungen zum klinischen Wissen.
- Es braucht eine minimale Anzahl von Bewertungen für *high-stakes* Entscheidungen durch das Kompetenzkomitee.
- Nur Kompetenzkomitees treffen *high-stakes* Entscheidungen (*Entrustment Decisions*).
- Zur Unterstützung des Feedback- und Bewertungsprozesses werden elektronische Instrumente eingesetzt wie Apps [13] und ein ePortfolio.

### Fazit

Die in diesem Artikel gemachten Angaben zum Assessment im Rahmen der kompetenzbasierten Weiterbildung mit EPAs können den Institutionen, die den EPA-Ansatz pilotieren wollen, als erster Anhaltspunkt dienen. Eine Assessment-Kultur mit «Lernen» als zentraler Aspekt ist realisierbar. Diese Kultur funktioniert allerdings nur, wenn die Leitungsebene einer Institution die ärztliche Weiterbildung und Qualitätssicherung als wichtig erachtet. Um die Umsetzung erfolgreich gestalten zu können, braucht es gezieltes Faculty Development.

Programmatic Assessment ermöglicht die sinnvolle Umsetzung der kompetenzbasierten Weiterbildung mit EPAs und ist ein wichtiger Baustein der Modernisierung der ärztlichen Weiterbildung in der Schweiz. Dafür braucht es das Engagement aller Beteiligten. Pixel für Pixel...

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



[adimarty\[at\]bluewin.ch](mailto:adimarty[at]bluewin.ch)





# Unterstützung beim Thema Arbeitssicherheit in der Arztpraxis

Sonia Barbosa<sup>a</sup>, Olivier Dousse<sup>b</sup>

<sup>a</sup> MHS, Expertein, Departement Dienstleistungen und Berufsentwicklung der FMH; <sup>b</sup> Betriebsökonom FH, Consultant bei FMH Consulting Services AG

Seit einem Jahr bietet die FMH die Branchenlösung für Arbeitssicherheit an. Damit erhalten Ärztinnen und Ärzte Unterstützung, um die gesetzlichen Verpflichtungen zu erfüllen. Welche Dienstleistungen sie in Anspruch nehmen können und weshalb die Lösung ständig weiterentwickelt wird.

Nach UVG (Bundesgesetz über die Unfallversicherung) versicherte Unternehmen müssen die Vorschriften aus den Richtlinien der Eidgenössischen Koordinationskommission für Arbeitssicherheit (EKAS) [1] sowie der Verordnung über die Verhütung von Unfällen und Berufskrankheiten (VUV) einhalten. Um dieser gesetzlichen Verpflichtung Rechnung zu tragen, hat die FMH eine Branchenlösung für Arbeitssicherheit für die ambulante Medizin ausgearbeitet, die seit August 2021 bereitgestellt wird. Bis August 2023 erhalten Mitglieder der FMH einen Rabatt. Die Branchenlösung ermöglicht es Ärztinnen und Ärzten als Arbeitgeber, ihre gesetzlichen Verpflichtungen auf interaktive und praxisorientierte Weise wahrzunehmen. Die EKAS hat die Branchenlösung im Frühjahr 2022 genehmigt und damit ihre Qualität bestätigt. Mit ihr sind die Arztpraxen für

mögliche Kontrollen durch die kantonalen Arbeitsinspektorate gerüstet. Die FMH und FMH Consulting Services stehen den Arztpraxen bei der Einführung beratend zur Seite.

## Branchenlösung

Eine Branchenlösung dient Arbeitgebern als Sicherheitssystem, mit dem sie sämtliche Aspekte in ihrem Unternehmen, die für das Personal oder die Struktur ein potenzielles Sicherheitsrisiko darstellen, abdecken können. Sie ist eine Antwort auf die ASA-Methode (Beizug von Arbeitsärzten und anderen Spezialisten der Arbeitssicherheit), die die wichtigsten Anforderungen auf dem Gebiet der Arbeitssicherheit und des Gesundheitsschutzes zusammenfassen soll. Wie der



Name schon sagt, muss es sich um eine Lösung handeln, die auf die gesamte (wirtschaftliche) Branche anwendbar ist und die im Allgemeinen von den entsprechenden Dachverbänden oder Vereinigungen ins Leben gerufen wird.

### Welche Unterstützung es gibt

Das Abdecken eines breiten Spektrums trägt der Komplexität medizinischer Einrichtungen Rechnung. Das Erfüllen gesetzlicher Vorgaben – insbesondere wenn diese sich als komplex erweisen – erfordert Zeit und eine eigens dafür zuständige Person. Der Zeitaufwand

### Die EKAS hat die Branchenlösung im Frühjahr 2022 genehmigt und damit ihre Qualität bestätigt.

ist nicht unerheblich. Daher sind bei der Einführung nur bestehende Risiken zu berücksichtigen und regelmässige Aktualisierungen vorzusehen. Das Departement Dienstleistungen und Berufsentwicklung der FMH und FMH Consulting Services begleiten Sie während der verschiedenen Phasen des Einführungsprozesses. Als Initiatorin und Verwalterin des Projekts verfolgt die FMH das Ziel, Ihnen in jeder Phase des Prozesses zur Einführung der Arbeitssicherheit unterstützend zur Seite zu stehen und damit eine reibungslose Umsetzung in der Arztpraxis zu gewährleisten. Über das Departement Dienstleistungen und Berufsentwicklung stellt Ihnen die FMH die erforderlichen Informationen zur Verfügung, damit Sie die beste Methode zur Einführung der Arbeitssicherheit in Ihrer Arztpraxis wählen können. Die FMH kann Sie über Ihre Verpflichtungen als Arbeitgeber, den aktuellen Stand der derzeitigen Branchenlösung und ihrer Zertifizierungen, die verschiedenen Einführungsmöglichkeiten sowie die anfallenden Kosten informieren. Zudem kann die FMH für Sie – je nach Problematik – einen entsprechenden Kontakt zu ihren Partnern herstellen.

### Schulungen angeboten

Als Dienstleistungsorganisation für Ärztinnen und Ärzte bietet Ihnen FMH Services neben der zuvor beschriebenen Beratung folgende Leistungen an: Wenn Sie die Branchenlösung für Arztpraxen selbst umsetzen und dabei Fragen aufkommen, ist das Beratungspersonal von FMH Services telefonisch oder per Videoschleife für Sie da. Dank ihrer Schulung als Sicherheitsbeauftragte können unsere Mitarbeitenden die gesamte Umsetzung der Branchenlösung in Ihrer Arztpraxis übernehmen und/oder sich um spätere Fragen

kümmern. Unsere Mitarbeitenden sind in der Lage, ein spezifisches Sicherheitskonzept für Ihre Arztpraxis auszuarbeiten und umzusetzen. Wenn diese Option gewählt wird, kommt eine Beraterin oder ein Berater zu Ihnen in die Praxis, führt eine eingehende Analyse der Tätigkeiten und potenziellen Gefahren durch und bespricht diese mit Ihnen. Sobald eigens für Ihre Arztpraxis ein Sicherheitshandbuch erstellt ist, erhält Ihr Personal eine entsprechende Schulung, um die Massnahmen Tag für Tag umzusetzen. Die Beraterin oder der Berater steht zur Beantwortung allfälliger Fragen sowie zur Schulung neuer Mitarbeitender weiterhin zur Verfügung. FMH Consulting Services übernimmt auch die regelmässige Kontrolle und die Aktualisierung verschiedener Sicherheitsmodule, bis Sie einen Sicherheitsbeauftragten oder eine Sicherheitsbeauftragte (SiBe) in Ihrer Arztpraxis bestimmt haben.

### Ständige Weiterentwicklung

Diesen Monat feierte die Branchenlösung ihren ersten Geburtstag. In diesem ersten Jahr haben wir bereits konkretes Feedback in Bezug auf ihre Einführung vor Ort erhalten, das uns dabei hilft, die Lösung weiterzuentwickeln. Eine Branchenlösung ist ein «lebendes» Element. Sie muss sich also stetig weiterentwickeln und an neue Technologien und die Arbeitsorganisa-

### Unsere Mitarbeitenden können die gesamte Umsetzung der Branchenlösung in Ihrer Arztpraxis übernehmen.

tion in den Arztpraxen anpassen, um nicht schnell obsolet zu werden. Auf der anderen Seite muss eine Branchenlösung, um die behördliche Zulassung zu erhalten, zertifiziert sein oder von einem Anbieter stammen, der alle fünf Jahre von der Eidgenössischen Koordinationskommission für Arbeitssicherheit (EKAS) zertifiziert wird.

### Das Wichtigste in Kürze

- Die Branchenlösung für Arbeitssicherheit in der Arztpraxis steht Ärztinnen und Ärzten seit dem 23. August 2021 zur Verfügung. Die EKAS[1] hat die Branchenlösung im Frühjahr 2022 genehmigt und damit ihre Qualität bestätigt.
- Mit der Branchenlösung können Ärztinnen und Ärzte in ihrer Eigenschaft als Arbeitgeber ihrer gesetzlichen Verpflichtung im Hinblick auf Arbeitssicherheit und Gesundheitsschutz der Mitarbeitenden gemäss UVG und VUV gerecht werden.
- Die speziell für diesen Bereich geschulten Mitarbeitenden von FMH und FMH Services stehen Ihnen mit Rat und Tat zur Seite, wenn es um Ihre Verpflichtungen, die Einführung der Branchenlösung oder die Auslagerung der Umsetzung derselben geht.

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



[devprof\[at\]fmh.ch](mailto:devprof[at]fmh.ch)  
[mail\[at\]fmhconsulting.ch](mailto:mail[at]fmhconsulting.ch)

# Die ambulante psychiatrische Versorgung während der Pandemie

Rosilla Bachmann<sup>a</sup>, Kerstin Schutz<sup>b</sup>, Sabine Zehnder<sup>c</sup>

<sup>a</sup> Präsidentin der Ständigen Tarifkommission FMPP und Vorstand SGPP (Schweizerische Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie), <sup>b</sup> Expertin, Abteilung Ambulante Versorgung und Tarife, FMH, <sup>c</sup> Expertin, Abteilung Ambulante Versorgung und Tarife, FMH

Der Bedarf nach psychiatrischen Leistungen nimmt seit Beginn der Covid-19-Pandemie weiter zu. Dabei verstärkt die Pandemie einerseits viele Krankheitsbilder, wodurch betroffene Patientinnen und Patienten mehr ärztliche Unterstützung benötigen. Andererseits nimmt die Zahl der Personen, die psychiatrisch-psychotherapeutische Leistungen in Anspruch nehmen, generell zu. Im Weiteren spielt die Verlagerung von stationärer zu ambulanter Behandlung bei psychischen Erkrankungen in den letzten Jahren eine immer wichtigere Rolle.

Im Gegensatz zu anderen Facharzt Disziplinen, die in den ersten Monaten der Covid-19-Pandemie viele Behandlungen nicht durchführen konnten, hat die Gesamtzahl der Patientinnen und Patienten in der Psychiatrie und Psychotherapie 2020 nicht ab-, sondern ganz leicht zugenommen. Von grosser Bedeutung ist dabei, dass überdurchschnittlich viele neue Patienten psychiatrische Praxen aufsuchten, gleichzeitig aber bestehende Patienten ihre Behandlung während der Pandemie 2020 teilweise unterbrochen haben. Diese Tatsache ist in Bezug auf die Kosten jedoch relevant: Neue Patienten benötigen gerade zu Beginn einer Behandlung häufig eine intensivere Betreuung. In Kombination mit einem pandemiebedingt

erhöhten Behandlungsbedarf von bestehenden Patientinnen und Patienten führte dies zu einer Zunahme der Kosten pro Patient.

## Immer mehr jüngere Patientinnen und Patienten begeben sich in eine psychiatrisch-psychotherapeutische Behandlung.

Die Zahl jüngerer Patientinnen und Patienten, die sich in eine psychiatrisch-psychotherapeutische Behandlung begeben, nimmt ebenfalls stetig zu. Diese Personen sind zwar oft kürzer in Behandlung, benötigen jedoch gerade in der Anfangsphase der Behandlung eine intensive Betreuung, da sie sich häufig in einer Krise befinden, wenn sie die Behandlung aufnehmen.

Die Abbildung verdeutlicht den beschriebenen Effekt im Jahr 2020: Ein Teil der Patientinnen und Patienten nimmt weniger Leistungen in Anspruch als vor der Pandemie, andere Patientengruppen hingegen mehr.

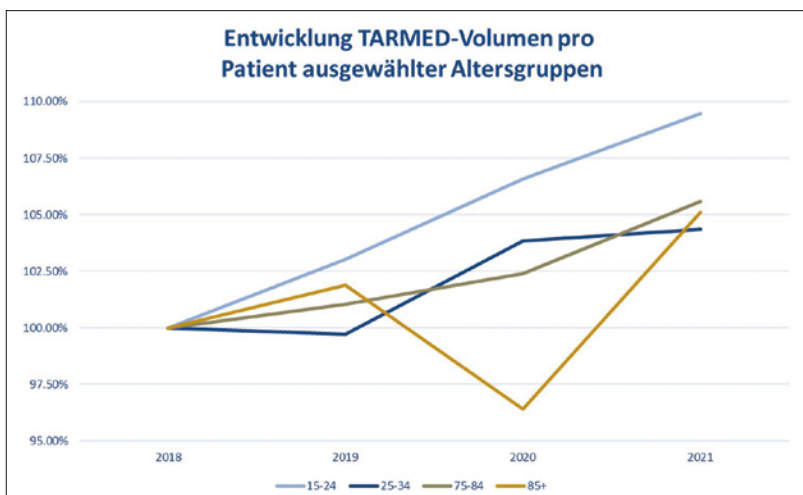


Abbildung 1: Entwicklung des TARMED-Volumens pro Patient, ärzteigene Datensammlung, nicht hochgerechnet, Psychiatrie und Psychotherapie, Gesetz KVG, Tarif TARMED.

## FMH-Tarifmonitoring – Auswirkungen sichtbar machen

Mit dem FMH-eigenen ambulanten Tarifmonitoring kann die FMH Entwicklungen bei den Patientenbedürfnissen, beziehungsweise den nachgefragten und geleisteten medizinischen Behandlungen erkennen und sichtbar machen. Im Rahmen einer Schwerpunktserie stellt die FMH gemeinsam mit verschiedenen Fachgesellschaften die jeweiligen Entwicklungen im medizinischen Alltag des betroffenen Fachgebiets dar und erläutert die Hintergründe dieser Entwicklungen.



Andrey Popov | Dreamstime.com

Die Pandemie hat das Leben vieler Menschen sprichwörtlich auf den Kopf gestellt. Die Belastungen sind gewachsen, die Auswirkungen sind spürbar für Psychiaterinnen und Psychiater.

### Videotelefonie: nicht für alle ein Segen

Während der Pandemie haben viele Fachärztinnen und Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie die Möglichkeit der Videotelefonie vermehrt genutzt, um die Behandlung und Versorgung ihrer Patienten zu gewährleisten [1]. Die jüngeren, digital affinen Patienten waren in der Pandemie eher bereit, die Behandlung auch via Videotelefonie zu führen. Gleichzeitig gab es aber auch Patientinnen und Patienten, die keine Gespräche per Videotelefonie führen wollten oder konnten.

### Hohe Behandlungsintensität

Zwei weitere Faktoren spielen bei der Analyse der psychiatrischen Leistungen eine Rolle: Erstens verstärkt die Pandemie bestimmte Krankheitsbilder. Das bedeutet, dass beispielsweise Patienten, die bereits vor der Pandemie in Behandlung waren, plötzlich eine höhere

Behandlungsintensität benötigen, was einen Einfluss auf die Kosten pro Patient hat. Dies gilt auch für jene Patienten, die aufgrund eines Behandlungsunterbruchs eine Zustandsverschlechterung zeigten und deren Behandlung dadurch intensiver und aufwendiger wurde.

### Gerade in der Anfangsphase benötigen Patientinnen und Patienten eine intensive Betreuung, weil sie sich häufig in einer Krise befinden.

Eine zweite, nicht zu vernachlässigende Tendenz ist die Verlagerung von stationärer zu ambulanter Behandlung, welche ebenfalls durch die Pandemie akzentuiert wurde. Generell verkürzen sich stationäre Aufenthalte, und wo möglich, wird einer ambulanten Therapie gegenüber einer stationären der Vorrang gegeben. Die niederschwelligere und frühzeitigere Inanspruchnahme ambulant-psychiatrischer Behandlungen ist volkswirtschaftlich kostengünstiger und verringert

## Psychische Erkrankungen während der Pandemie

Jede zweite Person leidet im Verlauf ihres Lebens an einer psychischen Erkrankung. Psychiatrische Erkrankungen gehören zu den häufigsten Erkrankungen überhaupt [4,5,6,7,8]. Eine Pandemie führt ausserdem zu verstärkter Isolation, verminderter Inanspruchnahme von kontinuierlicher psychiatrisch-psychotherapeutischer Behandlung, zu verstärkten Sorgen bezüglich Arbeit, Familie, Finanzen, Bedrohung durch schwere Erkrankungsverläufe und durch Verluste von Familienangehörigen. In einer Pandemie ist bei vorbestehender psychischer Vulnerabilität die Wahrscheinlichkeit einer Verlaufverschlechterung bei einer psychischen Erkrankung gross. Auch stressassoziierte psychische Ersterkrankungen sind in Extremsituationen häufiger sowie vermehrt auch Patienten mit Long Covid und Chronique fatigue, Schlafstörungen sowie Depressionen und Angststörungen in Folge von Long-Covid.



## Psychiaterinnen und Psychiater sind erste Ansprechpersonen

Für 42 Prozent der Schweizer Bevölkerung sind Psychiaterinnen und Psychiater bei psychischen Erkrankungen die ersten Ansprechpersonen [9]. Sie nehmen also direkt bei einer Psychiaterin oder einem Psychiater eine Behandlung in Anspruch. Vor allem die jüngere Generation, aber auch die digital affinere Generation mittleren Alters sucht online nach Behandlungsplätzen und kontaktiert die Psychiaterinnen direkt. Die Wartezeiten für eine ambulante psychiatrische Behandlung sind in der Schweiz mit direktem Zugang zu einem Psychiater als Grundversorger der Psyche deutlich kürzer als in anderen europäischen Ländern mit Gatekeeping-System durch nichtärztliche Fachkräfte. Auch sind die Kosten unserer ambulant-psychiatrischen Versorgung mit einem Anteil an den Gesundheitskosten von 9,2 Prozent nur halb so hoch wie zum Beispiel in den Niederlanden mit Gatekeeping-System und einem Kostenanteil von 20,9 Prozent [9]. Die im europäischen Vergleich tieferen Kosten der Schweiz im ambulant-psychiatrischen Bereich belegen, dass die frühzeitige Inanspruchnahme einer direkten fachärztlichen Behandlung aus einer Hand direkte und indirekte Kosten verhindert. Eine in der Fachzeitschrift «The Lancet» veröffentlichte Return-on-Investment-Studie [10] zeigt, dass jeder Dollar, der in die Behandlung von Depressionen und Angststörungen investiert wird, vier Dollar Gewinn in Form von besserer Gesundheit und höherer Arbeitsproduktivität ergibt.

die Wahrscheinlichkeit, dass sich eine psychische Krankheit chronifiziert und zu Arbeitsausfällen oder Invalidisierung führt. Neben diesen indirekten Kosten werden auch direkte Kosten verhindert, indem einer Verlaufsverschlechterung der psychischen Erkrankung frühzeitig entgegengewirkt wird. Gleichzeitig sind die ambulanten Behandlungen zu 100 Prozent prämiendifinanziert, wogegen stationäre Behandlungen zu 55 Prozent steuerfinanziert sind. Ambulante OKP-pflichtige Grundleistungen, auf welche die prämienzahlende Schweizer Bevölkerung Anspruch hat, erhöhen somit den Kostendruck auf die Versicherer. Eine einheitliche Finanzierung von stationären und ambulanten Leistungen würde diese Problematik lösen.

### Durch die Pandemie kamen sowohl die stationäre als auch die ambulante Psychiatrie an ihre Auslastungsgrenze.

#### Anordnungsmodell seit Juli 2022

Der Wechsel vom Delegations- zum Anordnungsmodell seit Juli 2022 wird auch eine Veränderung der Kosten in der Psychiatrie mit sich bringen, die nicht durch die Ärzteschaft beeinflussbar ist: Bisher musste vor Ablauf der vierzigsten psychologisch-psychotherapeutischen Sitzung eine Kostengutsprache der behandelnden oder delegierenden Psychiaterin zuhanden der Krankenkasse erstellt werden. Mit dem Anordnungsmodell wird neu eine Fallbeurteilung der psychologischen Psychotherapie bereits vor der dreissigsten Sitzung notwendig. Diese Fallbeurteilung war bisher im Delegationsmodell nicht explizit gefordert. Sie dient zur Diagnostik und Indikation, um die psychologische Psychotherapie weiterzuführen, und sie ist eine fachärztliche Leistung im Anordnungsmodell. Die nötigen ärztlichen Koordinationsleistungen, um bei psychologischen

Psychotherapien die psychiatrische Diagnostik und ärztliche Behandlung zu gewährleisten, werden also im Anordnungsmodell steigen, da die direkte Zusammenarbeit des Delegationssystems entfällt. Im Delegationssystem wurden von den delegierenden Psychiatern aufgrund der engen Zusammenarbeit auch Leistungen erbracht, die mit dem aktuellen Tarifsys-

### In fünf Jahren werden 1000 Psychiaterinnen und Psychiater fehlen.

tem und nach dem Tarifeingriff nicht abgerechnet und entgolten werden konnten, aber aufgrund der engen Zusammenarbeit von Psychiatern und Psychologen unentgeltlich geleistet wurden. Im Anordnungsmodell ist deshalb eine Mengenausweitung zu erwarten, die nicht durch die Ärzteschaft beeinflussbar ist.

Die Pandemie hat gezeigt, dass die stationäre und die ambulante Psychiatrie an ihre Auslastungsgrenze gestossen sind. Um die Versorgung zu verbessern, sollten aber nicht nur das ambulante und das stationäre System gestärkt werden. Es braucht auch den Fokus auf intermediäre Strukturen wie Tageskliniken, Home Treatment und die gemeindenahere Versorgung. Auch die Schnittstellen zwischen stationärer und ambulanter Behandlung benötigen dringend eine Verbesserung in Form beispielsweise von Überbrückungskonferenzen. Überdies zeigt sich in der Psychiatrie, parallel zur Hausarztmedizin, eine grosse Nachwuchsproblematik. In fünf Jahren werden gemäss einer Studie schon 1000 Psychiaterinnen und Psychiater fehlen [2]. Die im TAR-MED nach wie vor bestehenden unerfreulichen Einkommensunterschiede zu anderen Ärztesgruppen sind nicht förderlich, um der Nachwuchsproblematik entgegenzuwirken. Der TARDOC würde für die Psychiaterinnen und Psychiater eine verbesserte Entlohnung gewährleisten, doch ist er vom Bundesrat nach wie vor nicht genehmigt.

#### Literatur

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



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

# Personalien

## Todesfälle / Décès / Decessi

*Roland Eduard Eglin* (1934), † 1.6.2022,  
Facharzt für Allgemeine Innere Medizin,  
79639 Grenzach-Wyhlen DE

*Katja Matiazza* (1936), † 16.6.2022,  
Spécialiste en psychiatrie et psychothérapie,  
6962 Viganello

*Andreas Corrodi* (1939), † 22.6.2022,  
Facharzt für Gynäkologie und Geburtshilfe,  
8126 Zumikon

*Werner Brühlmann* (1944), † 18.7.2022,  
Facharzt für Radiologie, 8702 Zollikon

*Uyên-Lan Lê ép. Mayor* (1981), † 22.7.2022,  
Spécialiste en médecine du travail et Médecin  
praticien, 1805 Jongny

*Raphaël Holzmann* (1958), † 24.7.2022,  
Praktischer Arzt, 8302 Kloten

*Marianne Minder Nejedly* (1953), † 24.7.2022,  
Fachärztin für Psychiatrie und Psycho-  
therapie, 3006 Bern

*Helmut Halstenbach* (1925), † 28.7.2022,  
Spécialiste en chirurgie, 1920 Martigny

*Alix Théard* (1931), † 4.8.2022,  
4562 Biberist

*Peter Elmiger* (1937), † 10.8.2022,  
Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin,  
4414 Füllinsdorf

## Praxiseröffnung / Nouveaux cabinets médicaux / Nuovi studi medici

### LU

*Ben Spieler*,  
Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie,  
FMH, Alpenstrasse 7, 6004 Luzern

### TI

*Martina Boscolo Berto*,  
Fachärztin für Kardiologie, FMH,  
Via Giuseppe Motta 35, 6850 Mendrisio

### VD

*Emmanuelle Cancelli*,  
Médecin praticien, FMH, Allée du Rionzi 1,  
1028 Préverenges

*Antonio Tarabay*,  
Spécialiste en neurochirurgie, FMH,  
Rue de la Morâche 9, 1260 Nyon

### ZH

*Nils Benjamin Philipp Rudolf*,  
Facharzt für Gynäkologie und Geburtshilfe,  
FMH, Schaffhauserstrasse 83, 8152 Opfikon

## Ärztegesellschaft des Kantons Bern

### Ärztlicher Bezirksverein Bern Regio

Zur Aufnahme als ordentliches Mitglied hat  
sich angemeldet:

*Marion Bionda*, Fachärztin für Allgemeine  
Innere Medizin und Fachärztin für Gastro-  
enterologie, FMH, Bubenberglplatz 11,  
3011 Bern

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

## Ärzte-Gesellschaft des Kantons Zug

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

*Rebecca Hartmann*, Fachärztin für Ortho-  
pädische Chirurgie und Traumatologie des  
Bewegungsapparates, Vitalfeld Praxis GmbH,  
Hammerstrasse 1, 6312 Steinhausen (ab  
1.12.2022)

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.

Zur Aufnahme in die Ärzte-Gesellschaft des  
Kantons Zug als ausserordentliche Mitglieder  
haben sich angemeldet:

*Silvia Maria Rita Schmid*, Fachärztin für  
Kinder- und Jugendmedizin, FMH, Bahn-  
hofstrasse 32, 6300 Zug

*Danijela Staletovic*, Fachärztin für Psychiatrie  
und Psychotherapie, FMH, Psychiatrische  
Praxis Central (PPC) GmbH, Poststrasse 2,  
6330 Cham

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.

# In memoriam Albert Hollinger (1944–2022)



Prof. Albert Hollinger  
(Foto: Spital Männedorf AG).

Am 23. Juli ist Professor Dr. med. Albert Hollinger in seinem 79. Lebensjahr verstorben, nachdem er den langen Kampf gegen seine heimtückische Krankheit aufgeben musste. Mit ihm verliert seine Familie ein fürsorgliches Familienoberhaupt und wir einen guten Freund und hervorragenden Chirurgen. Während des Medizinstudiums in Zürich und Lausanne pflegte Albert Hollinger die Geselligkeit bei der Verbindung der Singstudenten, welcher er bis zum Schluss treu blieb. Mit dem Staatsexamen war für ihn klar, dass er eine chirurgische Laufbahn einschlagen wollte. Nach gut einem Jahr im damaligen Neumünster-Spital wechselte er ins Kantonsspital Zürich, wo er unter Professor Ake Senning, einem der zu seiner Zeit weltweit bedeutendsten Chirurgen, zu einem überaus kompetitiven und innovativen Team stiess. Er erhielt eine gründliche viszerale, aber auch thoraxchirurgische Ausbildung und wurde zu einem wichtigen Mitarbeiter in der Arbeitsgruppe von Professor Felix Largiadèr, einem der führenden Transplantationschirurgen Europas. Komplementiert wurde seine Ausbildung bei Professor Hans Ulrich Buff in der Traumatologie. Nach einem Auslandsaufenthalt in Marburg beim damaligen Präsidenten der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie, Professor Horst Hamelmann, wurde Hollinger schon 1976 Oberarzt und unterstützte 1985 Professor Largiadèr tatkräftig bei der Organisation des Departements Chirurgie am neuen Universitätsspital Zürich.

Auch akademisch profilierte er sich erfolgreich und habilitierte 1982 mit einer Arbeit über die selbst erarbeitete Bohrbioptie von Mammatumoren. Das ausgewählte Thema zeigt, dass zu dieser Zeit noch eine breite allgemeinchirurgische Ausbildung möglich war, bevor diese durch die Entwicklung hin zur hochspezialisierten Chirurgie abgelöst wurde. In der Folge widmete sich Albert Hollinger vermehrt der Lehre: Über viele Jahre dozierte er am Zentrum für Zahnmedizin und brachte unzähligen Studierenden die Grundzüge des chirurgischen Denkens bei. Zudem war er ein wohlwollender Prüfungsexperte. Mit dieser stolzen Qualifikation war es nur folgerichtig, dass er 1987 zum Chefarzt der Chirurgischen Klinik am Spital Männedorf gewählt wurde, an der er 22 Jahre Chefarzt war. Er führte den guten Ruf der Klinik weiter und machte das Spital weit über die Region hinaus bekannt;

dazu trug seine Ernennung zum Professor 1993 bei. Die Patientinnen und Patienten hatten an ihm einen Vertrauen erweckenden, verständnisvollen und engagierten Arzt und einen manuell äusserst geschickten, souveränen Chirurgen, der auch in brenzligen Situationen nicht die Übersicht verlor. Er strebte keine spektakulären Operationen an, sondern sein oberstes Ziel war immer das Wohl der Patientinnen und Patienten. Er führte sichere, auf die Patientinnen und Patienten zugeschnittene und erfolgreiche Eingriffe durch. Auch war er eine vorbildliche Führungsperson und setzte als starker Chef klare und konsequente Vorgaben. Sein Stil war geprägt durch Respekt, Einfühlbarkeit und die Gabe, in schwierigen Situationen die richtigen Worte zu finden. Die Mitarbeitenden schätzten ihn wegen seiner Menschlichkeit, seiner Bescheidenheit, seinem Charme und seinem Witz.

Diesen aussergewöhnlichen Einsatz für Patientinnen und Patienten sowie für das Spital ermöglichte ihm die starke Ehefrau an seiner Seite, die auch zu der grossen Familie schaute.

Der Persönlichkeit von Professor Hollinger wird man aber nur gerecht, wenn man auch seine weiteren, vielseitigen Interessen erwähnt. Zusammen mit seiner Frau genoss er das Opernabonnement und fand Entspannung beim geliebten Klavierspielen. Zudem begeisterten sich beide fürs Segeln mit Regatten und Törns auf vielen Gewässern, für intensive Velounternehmungen – so einmal von der französischen Atlantikküste zurück in die Schweiz – und für Bergtouren im Sommer und Winter: Davon profitierte auch das Spital, da Professor Hollinger hier einen Skitag einführte, der heute noch die bereichsübergreifende Kultur der internen Zusammenarbeit versinnbildlicht.

Gerne hätte Albert Hollinger dieses überaus reiche Leben noch weiter gekostet und mit Familie und Enkelkindern schöne Stunden verbracht; die Krankheit setzte dem aber ein herbes Ende.

Alle, die ihn kannten – Familie und Freunde, seine unzähligen ehemaligen Patientinnen und Patienten sowie seine Mitarbeitenden – werden ihn als wahren Gentleman in bester Erinnerung behalten.

*Dr. med. Andreas Vollenweider,  
ehem. Chefarzt Chirurgie, Spital Männedorf AG  
Dr. med. Stefan Metzker, CEO Spital Männedorf AG*



Fancystudio Dreamstime

smarter medicine

# «Top-5-Liste» für Gynäkologie und Geburtshilfe

Trägerschaft «smarter medicine – Choosing Wisely Switzerland»

Die Schweizerische Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe (SGGG) erarbeitet und veröffentlicht seit Jahren klinische Empfehlungen, Expertenbriefe, Leitlinien und Guidelines für Gynäkologinnen und Gynäkologen. Jüngst hat sie ihre Kommission für Qualitätssicherung beauftragt, «Choosing Wisely»-Empfehlungen für die Schweiz auszuarbeiten. Diese sind evidenzbasiert und beruhen auf einem breiten Konsens.

Die Publikation der Top-5-Liste ist ein weiterer Schritt in Richtung evidenzbasierter gynäkologischer Betreuung in der Schweiz. Die Schweizerische Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe (SGGG) möchte einerseits Kosten für nicht mehr zeitgemässe Prozeduren verhindern und andererseits Patientinnen vor unnötigen Eingriffen schützen. Weiter hofft die SGGG durch die allgemeine Zugänglichkeit dieser Liste den Dialog zu fördern, Patientinnen zu Fragen zu ermutigen und sie im Sinne eines Empowerments zu unterstützen. Die SGGG gibt folgende fünf Empfehlungen ab:

## Zur Entstehung dieser Liste

Angeregt durch die Publikationen anderer Fachgesellschaften, hat der Vorstand der SGGG ihrer Kommission für Qualitätssicherung (QSK) den Auftrag gegeben, eine Top-5-Liste zu erstellen. Sämtliche eingereichten Punkte wurden evaluiert und in mehreren Vernehmlassungsschritten zwischen Vorstand und QSK auf fünf reduziert. Im Anschluss haben die Mitglieder der QSK alle Punkte mit entsprechender Evidenz hinterlegt. Bei der vorliegenden Top-5-Liste handelt es sich um fünf gynäkologische Themen. Es wurden keine Themen aus der Geburtshilfe aufgegriffen, diese könnten aber Gegenstand in einer späteren Liste sein.



## 1. Keine routinemässige Antibiotikagabe bei unkomplizierter Blasenentzündung und asymptomatischer Bakteriurie.

Die weltweite Zunahme der Antibiotikaresistenzen ist ein grosses Problem, weshalb Antibiotika möglichst sparsam eingesetzt werden sollten. Die Spontanheilungsrate einer unkomplizierten Harnwegsinfektion (HWI) ist mit 50–70% hoch und nur 1–3% der HWI gehen unbehandelt in eine Pyelonephritis über. Ein unkomplizierter HWI mit Dysurie, Pollakisurie und suprasymphysären Schmerzen bedarf keiner Diagnostik und kann empirisch behandelt werden: viel trinken (spülen) und NSAR. Asymptomatische Bakteriurien sollen weder bei schwangeren noch bei nicht-schwangeren Frauen routinemässig gescreent und behandelt werden. Die asymptomatische Bakteriurie sollte einzig vor urogynäkologischen Eingriffen gesucht und behandelt werden. In einer Studie zur Behandlung der asymptomatischen Bakteriurie konnte gezeigt werden, dass unbehandelte Patientinnen weniger Rezidive und bei den nachgewiesenen E. coli eine tiefere Resistenzrate aufwiesen als jene mit asymptomatischer Bakteriurie, welche mit Antibiotika behandelt wurden. Ausserdem können Schwangerschaftskomplikationen (v.a. Frühgeburt) mittels Behandlung einer asymptomatischen Bakteriurie nicht vermieden werden.

## 2. Kein jährlicher zytologischer Abstrich im Rahmen der regelmässigen gynäkologischen Kontrollen.

Keine andere Krebserkrankung kann durch eine Vorsorgeuntersuchung so effektiv verhindert werden wie der Gebärmutterhalskrebs. Lange wurde ein jährlicher zytologischer Abstrich (sog. «Pap-Abstrich») empfohlen. Die neusten Forschungsergebnisse zeigen aber, dass ein Zeitintervall von drei Jahren zwischen den Screeninguntersuchungen im Alter von 21 bis 70 Jahren genügt. Ein längerer Abstand kann durch Studien nicht

unterstützt werden – ebenso wenig ein kürzeres Intervall als alle drei Jahre, da es dadurch zu möglicher Übertherapie mit Folgen wie psychischem Stress, vaginaler Blutung, Infektion und ungünstigem Schwangerschaftsverlauf kommen kann.

## 3. Keine routinemässigen Hormonabklärungen bei menopausalen Beschwerden.

Bei klinisch anhand von Symptomen und Amenorrhö diagnostizierter Menopause erübrigen sich Hormonspiegel. Hormonspiegel sollen erst zugezogen werden, wenn die Diagnose im Zweifel steht oder bei Nichtansprechen der Symptome auf Hormontherapie in der üblichen Dosierung zur Verifizierung der Absorption.

## 4. Keine unbegründete Behandlung von Myomen oder Gebärmutterentfernung wegen Myomen.

Uterine Myome sind sehr häufig und betreffen bis 70% der Frauen im Alter von 50 Jahren. Nur 20–50% der Myome sind symptomatisch und bedürfen einer Therapie. Die Therapie muss auf einer individuellen Basis beruhen unter Berücksichtigung der Symptome, der Lebensphase der Frau und eines allfälligen Kinderwunsches. Asymptomatische Myome bedürfen keiner Therapie, da das Risiko einer malignen Entartung äusserst gering ist und die Frauen bei fehlender Symptomatik keine Hysterektomie benötigen.

## 5. Keine operative Entfernung harmloser Ovarialzysten ohne akute Beschwerden.

Wenn keine Beschwerden bestehen, sollten harmlose Ovarialzysten, die bei einer Ultraschalluntersuchung entdeckt werden, nicht operativ entfernt werden. Die Einteilung der Ovarialzysten in benigne/harmlos, suspekt und maligne sollte nach den IOTA-Kriterien (International Ovarian Tumor Analysis) erfolgen.

[smartermedicine\[at\]sggaim.ch](mailto:smartermedicine[at]sggaim.ch)

### Die Kampagne «smarter medicine»

Der Trägerverein «smarter medicine – Choosing Wisely Switzerland», der nebst medizinischen Fach- und Berufsorganisationen auch von Patienten- und Konsumentenorganisationen unterstützt wird, möchte die Öffentlichkeit für die Themen der Über- und Fehlversorgung sensibilisieren. Die Kampagne knüpft an die erfolgreiche amerikanische Initiative «Choosing Wisely» an, die zum Ziel hat, nicht nur «kluge Entscheidungen» herbeizuführen, sondern auch die offene Diskussion zwischen Ärzteschaft, Patientinnen und Patienten und der Öffentlichkeit zu fördern. Weitere Top-5-Listen mit unnützen Behandlungen sind aktuell in Ausarbeitung oder stehen kurz vor der Publikation. Dabei stehen die Empfehlungen der Top-5-Listen auch in einer für Laien verständlichen Sprache zur Verfügung, um gemeinsame Entscheidungen zu unterstützen. Weitere Informationen zum Trägerverein und eine Übersicht über die bestehenden Top-5-Listen sind zu finden unter [www.smarter-medicine.ch](http://www.smarter-medicine.ch).

### Das Wichtigste in Kürze

- Die Schweizerische Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe (SGGG) hat im Rahmen der Kampagne «smarter medicine» fünf Massnahmen definiert, auf die – unter gewissen Umständen – künftig verzichtet werden soll.
- Die fünf aufgeführten Interventionen, darunter etwa die operative Entfernung harmloser Ovarialzysten, nützen den Patientinnen nichts oder wenig, haben aber unerwünschte Aus- und Nebenwirkungen.
- Es ist ein zentrales Anliegen der SGGG, die hohe Qualität der Gynäkologie in der Schweiz sicherzustellen und gleichzeitig dazu beizutragen, dass Patientinnen vor unnötigen Behandlungen geschützt werden.



In der Schweiz sind rund 500 Menschen von Albinismus betroffen. Die seltene Krankheit äussert sich durch eine gestörte Melaninbildung, die ein erhöhtes Hautkrebsrisiko zur Folge hat (Albertshakirov / Dreamstime.com).

# Wichtige Anlaufstellen bei seltenen Krankheiten

Koordinationsgruppe der Zentren für seltene Krankheiten (kosek)

Für Personen mit einer seltenen Krankheit ist der Weg zur Diagnose oft lang und beschwerlich. Unterstützung erhalten sie in Zentren für seltene Krankheiten. In diesen wird interdisziplinär gearbeitet und geforscht. So kommen Betroffene schneller zur richtigen Diagnose, das Wissen über seltenen Krankheiten wächst und auch die Vergütung der Leistungen wird einfacher.

Eine Krankheit gilt als selten, wenn sie weniger als 5 von 10 000 Einwohner betrifft [1]. Bei rund 8000 seltenen Krankheiten leben in der Schweiz schätzungsweise 500 000 bis 600 000 betroffene Menschen [2]. Diese treffen meist viele Herausforderungen im Gesundheitssystem an. Zentren für seltene Krankheiten bieten eine neue, unterstützende Dienstleistung für Betroffene und Ärzteschaft an.

## Seltene Krankheiten in der Schweiz

Seltene Krankheiten sind oft komplex, lebensbedrohlich oder chronisch invalidisierend. Häufig treten sie

bereits bei Geburt oder im Kindesalter auf und sind genetisch bedingt. Aktuell gibt es nur für etwa 5% der Krankheiten eine spezifische Therapie.

Für Betroffene stellen die seltenen Krankheiten eine vielschichtige Herausforderung dar: Kein Land und kein Zentrum verfügt über Fachwissen für alle seltenen Krankheiten. Wenn vorhanden, gibt es meist wenige Anlaufstellen, die kaum bekannt sind. Betroffene bleiben somit häufig jahrelang ohne Diagnose, werden an mehrere Fachpersonen verwiesen, bevor sich die geeignete Stelle findet, und werden falsch behandelt. Wenn Anlaufstellen gefunden sind, ist die Vergütung der diagnostischen Schritte mittels aufwendiger biochemischer und genetischer Tests nicht immer

gewährleistet. Und oftmals fehlen auch Informationen zu nicht-medizinischen Aspekten der Krankheit (zum Beispiel zur Vergütung von Hilfsmassnahmen oder Therapieleistungen). Dies kann zu sozialer Benachteiligung sowie Isolation der Betroffenen führen.

Für das Schweizerische Gesundheitssystem sind seltene Krankheiten ebenfalls eine vielschichtige Herausforderung: In der Schweiz gibt es keine epidemiologischen Daten zu seltenen Krankheiten, wodurch die Forschung zu seltenen Krankheiten erschwert wird und Betroffene im System unsichtbar sind. Die Vergütung der medizinischen Leistungen stellt ausserdem eine zusätzliche Herausforderung dar. Oft bedarf es vertiefter Recherchen über die Krankheit, spezifischer Gutachten und aufwendiger Kostengutspracheverfahren bei Versicherern.

Auf politischer Ebene verabschiedete der Bundesrat 2014 aufgrund dieser vielschichtigen Problematik das Nationale Konzept «Seltene Krankheiten» (NKSK) [3] als Reaktion auf zwei vorangehende Postulate.

## Die Versorgung sicherstellen

Im Jahr 2017 wurde im Rahmen des Nationalen Konzepts «Seltene Krankheiten» die nationale Koordination seltene Krankheiten (kosek) gegründet. Diese setzt sich zusammen aus Leistungserbringern (Allianz Kinderspitäler der Schweiz, Verein Universitäre Medizin Schweiz, Verein nicht-universitäre Kliniken und Spitäler), einer Patientendachorganisation (ProRaris), den kantonalen Gesundheitsbehörden (über die Schweizerische Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren) und der Schweizerischen Akademie der medizinischen Wissenschaften. Ihre Arbeit konzentriert sich vollumfänglich

auf die Verbesserung der Versorgung von Menschen mit seltener Krankheit in der Schweiz, gemäss ihrem Versorgungsmodell (s. Abb. 1).

Gemäss diesem Versorgungsmodell sollen Patientinnen und Patienten mit Diagnose einer seltenen Krankheit in krankheitsspezifischen Referenzzentren und Versorgungsnetzwerken betreut werden. Betroffene ohne klare Diagnose und Verdacht auf eine seltene Krankheit sollen in Zentren für seltene Krankheiten (kurz ZSK) betreut werden.

## Was Betroffene erleben

Frau K. ist zum Zeitpunkt der Diagnose 42-jährig, lebt in einer Partnerschaft und bezieht als gelernte Sekretärin aufgrund ihrer Myopathie und depressiven Verstimmungen eine 50-prozentige IV-Rente. Die Familienanamnese ist unauffällig. Die belastungsabhängigen Muskelschmerzen begannen im Alter von circa zehn Jahren. In der Pubertät wurden zwei Episoden von Rhabdomyolyse mit Myoglobinurie beschrieben (nach Skitag und postinfektiös). Aufgrund der Schmerzen

## Personen mit einer seltenen Krankheit bleiben häufig jahrelang ohne Diagnose, werden mehrfach weiterverwiesen und falsch behandelt.

wurde Frau K. als Adoleszente vom Schulturnen dispensiert. Seither bestehen rezidivierende, belastungsabhängige und Kälte induzierte Muskelschmerzen mit variablen CK-Werten von normal bis max. 5500U/L. Eine Muskelbiopsie mit Histologie wurde mit 13 Jahren durchgeführt, welche jedoch normal ausfiel.

Da man ihr die Beeinträchtigung und Schmerzen nicht ansehe, werde sie häufig missverstanden, gibt Frau K. an. Schmerzbedingt ist die Patientin häufig zu Hause isoliert, depressiv verstimmt und pflegt nur wenige soziale Kontakte.

Andere Organbeteiligungen wurden ausgeschlossen und in den letzten 25 Jahren gab es keine wesentliche Progression. Die Schmerztherapie mit NSAR erfolgt mit mässigem Erfolg. Im Rahmen einer Reevaluation wurde die Diagnose einer metabolischen Myopathie gestellt (Abbaustörung der langkettigen Fettsäuren; VLCAD; ORPHA:26793). Diätetische Massnahmen und eine Therapie mit Bezafibrat führten zu einer deutlichen Besserung der belastungsabhängigen Muskelschmerzen und Reduktion der Schmerztherapie.

Dieser Fall widerspiegelt die Probleme vieler Personen mit seltenen Krankheiten (SK): eine langjährige diagnostische Odyssee mit unklarer, zermürender Krankheit, ohne Diagnose und ohne Therapie über Jahre.

## Koordinationsgruppe der Zentren für seltene Krankheiten:

Dr. h.c. Anne-Françoise Auberson, Mitglied der Patientenorganisation Unirares, Dr. Colette Balice-Bourgeois, Koordinatorin Centro Malattie Rare della Svizzera Italiana, Ente Ospedaliero Cantonale, Bellinzona, Prof. Dr. med. Matthias Baumgartner, Prof. Dr. med. Felix Beuschlein, Dr. med. Corinne Rüegger, Koordinatoren des Zentrums für seltene Krankheiten Zürich, PD Dr. med. Stefan Bilz, PD Dr. med. Thomas Hundsberger, Prof. Dr. med. Dagmar L'Allemand-Jander, Koordinatoren des Zentrums für seltene Krankheiten St. Gallen, Dr. med. Loredana D'Amato Sizonenko, Koordinatorin des Zentrums für seltene Krankheiten Genf, Dr. phil. Claudio Del Don, Präsident Associazione Malattie Genetiche Rare, Prof. Dr. med. Christoph Henzen, Dr. med. Daniela Kaiser, Koordinatoren Zentrum für seltene Krankheiten Luzern, Prof. Dr. med. Henrik Köhler, Koordinator Zentrum für seltene Krankheiten Aargau, Prof. Dr. med. Jean-Marc Nuoffer, Koordinator Zentrum für seltene Krankheiten Bern, Prof. Dr. med. Mike Recher, Dr. med. Andreas Wörner, Koordinatoren des Zentrums für seltene Krankheiten Basel, Dr. Alessandra Strom, Koordinatorin Zentrum für seltene Krankheiten Waadt, Dr. med. dent. Alfred Wiesbauer, Vize-Präsident ProRaris, M. Sc. Christine Guckert Delasoie, wissenschaftliche Mitarbeiterin kosek (Koordination).



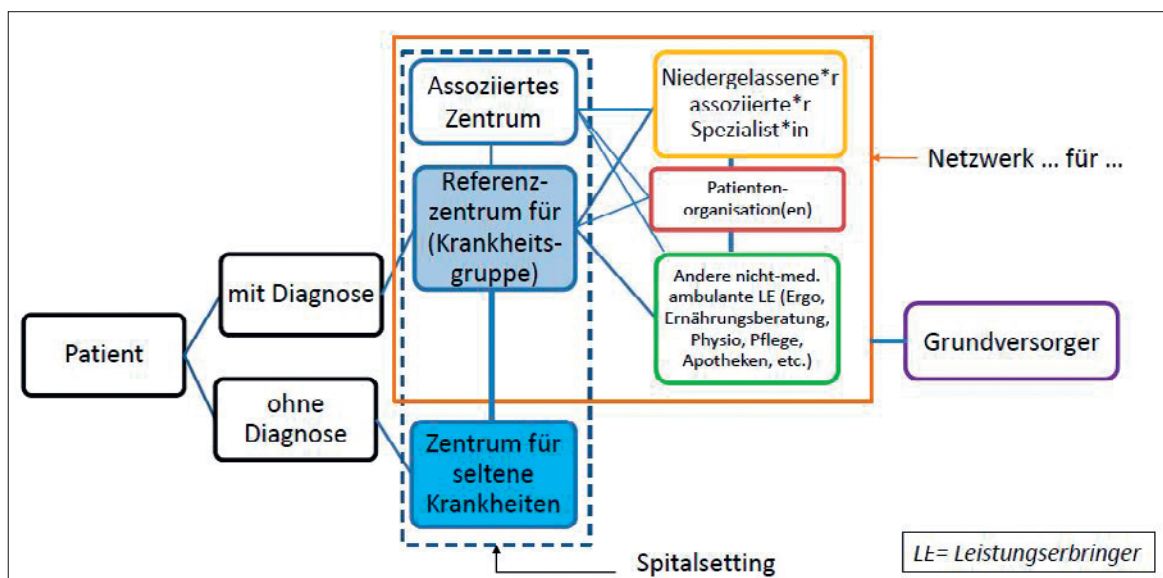


Abbildung 1: Das Versorgungskonzept der nationalen Koordination seltene Krankheiten [4].

## Aus Erfahrungsberichten lernen

Für Betroffene ist der Weg bis zur Diagnosestellung ein echter Hindernislauf: Es braucht Geduld und Ausdauer, die Ärzteschaft von der Existenz der Symptome zu überzeugen. Die folgenden Auszüge aus Erfahrungsberichten von Patientinnen und Patienten sollen einen Einblick geben in den holprigen Weg der Betroffenen auf der Suche nach Anerkennung, einer Diagnose und medizinischer und psychosozialer Betreuung:

«Es dauerte acht Monate, bis ich endlich eine Diagnose bekam. Ich musste regelmässig in die Notaufnahme gehen [...], damit man mir schliesslich glaubte, dass ich ernsthafte Atemprobleme hatte. [...] Bis sich endlich eine Lungenspezialistin fand, die sich die Zeit nahm, mir zuzuhören und vor allem den Mut hatte, ernsthafte Schritte zu unternehmen.» (männlicher Patient, 44 Jahre)

Steht die Diagnose fest, ist dies für Betroffene noch keine Garantie für eine angemessene psychosoziale Betreuung oder eine wirksame medizinische Behandlung. In dieser Situation sind Betroffene oft auf sich allein gestellt, obwohl sie in ihrer Gesundheit beeinträchtigt sind:

«Allein den grossen Schmerz, die Trauer, den Verlust der Mobilität, auch wenn er unsichtbar ist, die Unsicherheit, die mit dem Gefühl verbunden ist, der Gesellschaft ‹zur Last› zu fallen, das stark verminderte physische und psychische Selbstbild, die Energie, die nach und nach verschwindet, während man immer mehr davon braucht, um jedes neue Problem, das sich ankündigt, anzugehen, zu bewältigen [...]. Die schlimmsten Symptome meiner Krankheit (quälende Schmerzen in den Vorfüssen) sind

absolut unsichtbar. Ich lande regelmässig in der Notaufnahme, um in Momenten grossen Leidens auf ein offenes Ohr zu stossen.» (weibliche Patientin, 59 Jahre)

Die Betroffenen sind auch mit dem Unverständnis der Berufswelt für ihre Krankheit konfrontiert:

«Es ist nicht einfach, seinem zukünftigen Arbeitgeber erklären zu müssen, dass wir in unserer Gesundheit beeinträchtigt sind und dass wir jederzeit aus irgendwelchen medizinischen Gründen fehlen können.» (männlicher Patient, 44 Jahre).

## Erwartungen der Betroffenen

Die Erwartungen der Patientinnen und Patienten an die Zentren für seltene Krankheiten sind vielfältig:

- Orientierung und Information:

«Um den Patienten herum sollte ein Netzwerk von Spezialisten aufgebaut werden, um seine bestmögliche Betreuung zu gewährleisten. Es gibt Strukturen, aber der Patient verliert sich darin und weiss oft nicht mehr, an welche dieser sogenannten Strukturen er sich wenden soll.» (männlicher Patient, 68 Jahre)

- Die Koordination der Behandlung:

«Ich träume von einem Bezugsarzt, der mich in meiner Gesamtheit sieht, die Symptomatik zusammenfasst, die Behandlung zentralisiert, mir glaubt und vertraut.» (weibliche Patientin, 59 Jahre).

- Zugang zu psychosozialer Unterstützung für nicht diagnostizierte Betroffene: Diese müssen für das Zentrum für seltene Krankheiten weiterhin



Tabelle 1: Kontaktangaben der anerkannten Zentren für seltene Krankheiten

<b>Zentrum für seltene Krankheiten des Kantonsspitals Aarau (KSA)</b>		
<a href="https://www.ksa.ch/seltene-krankheiten">https://www.ksa.ch/seltene-krankheiten</a>	crd[at]ksa.ch	Tel: 062 838 49 04
<b>Zentrum für seltene Krankheiten Basel: ein gemeinsames Angebot von Universitäts-Kinderspital beider Basel (UKBB) und Universitätsspital Basel (USB)</b>		
<a href="https://www.ukbb.ch/de/medizin-mehr/universitaetszentrum-seltene-krankheiten-basel.php">https://www.ukbb.ch/de/medizin-mehr/universitaetszentrum-seltene-krankheiten-basel.php</a>	rarediseasesbasel[at]ukbb.ch	Tel: 061 704 10 50
<b>Zentrum für seltene Krankheiten des Inselspitals Bern</b>		
<a href="https://www.seltenkrankheiten.ch/de/">https://www.seltenkrankheiten.ch/de/</a>	rare[at]insel.ch	Tel: 031 664 07 77
<b>Centre pour Maladies Rares des Hôpitaux universitaires de Genève (HUG)</b>		
<a href="https://www.info-maladies-rares.ch/">https://www.info-maladies-rares.ch/</a>	contact[at]infomaladiesrares.ch	Tel : 0848 314 372
<b>Centre pour Maladies Rares du Centre hospitalier universitaire vaudois (CHUV)</b>		
<a href="https://www.info-maladies-rares.ch/">https://www.info-maladies-rares.ch/</a>	contact[at]infomaladiesrares.ch	Tel : 0848 314 372
<b>Zentrum für seltene Krankheiten am Luzerner Kantonsspital (LUKS)</b>		
Erwachsene: <a href="https://www.luks.ch/standorte/standort-luzern/innere-medizin/leistungsangebot-innere-medizin-luzern/zentrum-fuer-seltene-krankheiten">https://www.luks.ch/standorte/standort-luzern/innere-medizin/leistungsangebot-innere-medizin-luzern/zentrum-fuer-seltene-krankheiten</a>		
Pädiatrie: <a href="https://www.luks.ch/standorte/standort-luzern/kinderspital/leistungsangebot-kinderspital/zentrum-fuer-seltene-krankheiten">https://www.luks.ch/standorte/standort-luzern/kinderspital/leistungsangebot-kinderspital/zentrum-fuer-seltene-krankheiten</a>	zentrumseltenkrankheiten[at]luks.ch	Tel: 041 205 73 33
<b>Ostschweizer Zentrum für seltene Krankheiten: ein gemeinsames Angebot von Kantonsspital St. Gallen (KSSG) und Ostschweizer Kinderspital (OKS)</b>		
<a href="https://www.kssg.ch/zsk-o">https://www.kssg.ch/zsk-o</a>	info.zsk-o[at]kssg.ch (Erwachsene) Info.zsk-o[at]kispisg.ch (Kinder)	Tel: 071 494 12 22 (Erw.) 071 243 71 11 (Kinder)
<b>Centro per le Malattie Rare Svizzera Italiana (CMRSI)</b>		
<a href="https://www.eoc.ch/Centri-specialistici/NSI/Neurologia/centri-specialistici/Centro-malattie-rare.html">https://www.eoc.ch/Centri-specialistici/NSI/Neurologia/centri-specialistici/Centro-malattie-rare.html</a>	centromalattierare[at]eoch.ch	Tel: 091 811 88 96
<b>Zentrum für seltene Krankheiten Zürich: ein gemeinsames Angebot von Universitäts-Kinderspital Zürich, Universitätsspital Zürich, Universitätsklinik Balgrist und dem Institut für Medizinische Genetik der Universität Zürich</b>		
<a href="https://www.usz.ch/zentrumseltenkrankheiten/">https://www.usz.ch/zentrumseltenkrankheiten/</a>	Kontakt für ärztliche Fachpersonen: seltenkrankheiten[at]usz.ch Kontakt für Betroffene: selten[at]kispi.uzh.ch	Tel: 044 266 35 35

«existieren» und alle Informationen, die ihnen helfen können, bekommen.

- Die Zentren für seltene Krankheiten sollen das Fachwissen der Betroffenen nutzen und mit ihnen zusammenarbeiten.

## Aufgaben der Zentren

Zentren für seltene Krankheiten sind interdisziplinäre Anlaufstellen, an die sich Betroffene mit unklarer Diagnose wenden können, um vertiefte Abklärungen zu machen und eine Diagnose zu erhalten. Die Zentren ar-

### Zentren für seltene Krankheiten sind interdisziplinäre Anlaufstellen, an die sich Betroffene mit unklarer Diagnose wenden können.

beiten krankheitsübergreifend und koordinieren die Fachexpertise der beteiligten Expertinnen und Experten. Sobald eine Diagnose vorliegt, werden die Patientinnen und Patienten durch krankheitsspezifische Referenzzentren und Fachpersonen weiter betreut. Zentren für seltenen Krankheiten unterstützen darüber hinaus Informationsangebote für Betroffene von

seltenen Krankheiten und Krankheitsversorger (wie zum Beispiel Helplines und Homepages), organisieren Weiterbildungen und beteiligen sich an der Forschung. Insgesamt verfügen neun Spitäler in der Schweiz über solche Strukturen und haben diese durch die kosek anerkennen lassen (siehe Tabelle). Es bestehen Angebote für Pädiatrie und Erwachsenenmedizin. Diese decken zusammen alle Landesteile und drei Landessprachen ab und stellen so eine gute Versorgung für die gesamte Schweizer Bevölkerung sicher.

Zwei Komponenten sind dabei besonders wichtig:

#### 1. Leicht zugängliche Informationen

Diese Erreichbarkeit erfolgt über verschiedene Kanäle: eine Webpage des jeweiligen Spitals, welche das Zentrum für seltene Krankheiten vorstellt, sowie eine Helpline, wo die Ärzteschaft sowie Betroffene sich direkt telefonisch, per E-Mail oder per Kontaktformular informieren können, welche Angebote am Spital beziehungsweise regional oder national zur Verfügung stehen.

2. Eine spezialisierte Sprechstunde zur Diagnosefindung  
In sogenannten Sprechstunden ohne Diagnose wird in interdisziplinären Konsultationen durch mehrere spezialisierte Fachpersonen eine vertiefte Anamnese und klinische Untersuchung durch-

geführt und bei Bedarf mit weiterer Diagnostik ergänzt. Für diese Sprechstunden können nach Bedarf verschiedene Fachärztinnen und -ärzte (zum Beispiel aus der Genetik, Rheumatologie oder Pädiatrie) beigezogen werden. Wird eine Diagnose gestellt, kann die Weiterbetreuung an einem krankheitsspezifischen Referenzzentrum erfolgen.

### Was das für die ärztliche Praxis bedeutet

Ärztliche Fachpersonen, die Personen mit Verdacht auf eine seltene Krankheit betreuen, welche zum Beispiel unklare Symptom-Befund-Konstellationen haben oder generell Informationen zu seltenen Krankheiten benötigen, können sich per E-Mail oder über die Helpline beim nächsten Zentrum melden. Auch Fragen zu bestehenden spezifischen Sprechstunden für bekannte

### Bei der Triage in den Zentren für seltene Krankheiten werden die bisherigen Betreuungspersonen miteinbezogen.

seltene Krankheiten werden beantwortet. Die Triage einer Anmeldung von medizinischen Fachpersonen oder einer Anfrage von Betroffenen oder deren Angehörigen erfolgt grundsätzlich unter umfänglichem Einbezug der bisherigen Betreuerinnen und Betreuer. So soll sichergestellt werden, dass primärärztliche Strukturen, in denen die Patientin oder der Patient und das Umfeld bereits bekannt ist, von Beginn an involviert werden und keine doppelte Agenda im Aufsuchen medizinischer Betreuung begünstigt wird. Die Helpline hat hierbei beratenden Charakter und soll vorrangig über die vorhandenen Angebote und nächsten sinnvollen Schritte informieren. Betroffene können sich auch direkt im Zentrum melden, in der Regel ist jedoch eine Zuweisung der behandelnden Ärztin oder des behandelnden Arztes erforderlich, damit ein Angebot erfolgen kann.

### Koordination der Zentren

Die Zentren für seltene Krankheiten verfügen jeweils über eine Koordinationsperson. Diese stellt die Verfügbarkeit der spezifischen Strukturen vor Ort sicher und vertritt das jeweilige Zentrum in der Koordinationsgruppe der kosek. Die Gruppe, zu der auch Patientenorganisationen gehören, trifft sich viermal pro Jahr und gleicht gemeinsame Herausforderungen (wie Dokumentation von seltenen Krankheiten, Darstellung von spezialisierten Leistungen, Koordination des Helpline-Angebots) miteinander ab. Die verschiedenen Zentren koordinieren sich auch untereinander, wo-

durch ein Wissensaustausch unter anderem über lokal bestehende Angebote stattfindet.

### Noch nicht alle Herausforderungen gelöst

In der Schweiz gibt es derzeit neun Zentren für seltene Krankheiten, welche versuchen, den Anforderungen der Patientinnen und Patienten mit einer seltenen Krankheit gerecht zu werden. Die Informationsplattformen der verschiedenen Zentren und die Fortbildungsveranstaltungen für Gesundheitsfachleute oder Betroffene sensibilisieren zusätzlich für dieses Thema.

Betroffene ohne Diagnose und mit Verdacht auf eine seltene Krankheit sollten möglichst wohnortsnah einem der Zentren zugewiesen werden, um eine effiziente, koordinierte Abklärung mit bereits involvierten Spezialistinnen und Spezialisten und betreuenden hausärztlichen Fachpersonen zu erreichen. Die differentialdiagnostische Aufarbeitung der oft Jahre zurückreichenden Patientengeschichten ist eine zeitintensive Herausforderung, welche leider häufig sowohl personell als auch finanziell in den Spitälern nicht adäquat abgedeckt ist.

Eine Herausforderung, welche in Zukunft im Rahmen des Nationale Konzepts «Seltene Krankheiten» angegangen werden muss, ist die finanzielle Sicherung der geschaffenen Strukturen. Eine gesetzliche Regelung mit entsprechender Finanzierung gewisser Massnahmen im Bereich seltener Krankheiten wird aktuell umgesetzt (Motion 21.3978). Für den Fortbestand der gerade etablierten Versorgungsstrukturen wird ebenfalls nach Lösungen gesucht, zum Beispiel durch kantonale Leistungsaufträge.

### Das Wichtigste in Kürze

- In der Schweiz leben schätzungsweise 500000 bis 600000 Menschen mit einer seltenen Krankheit. Die Diagnose und die Abrechnung stellen bei seltenen Krankheiten eine grosse Herausforderung für das Gesundheitssystem dar.
- Im Jahr 2014 wurde das Nationale Konzept «Seltene Krankheiten» verabschiedet und 2017 die Nationale Koordination seltene Krankheiten (kosek) gegründet. Die kosek konzentriert sich auf die Verbesserung der Versorgung von Menschen mit einer seltenen Krankheit.
- Wichtiger Teil der Versorgung sind Zentren für seltene Krankheiten. Sie dienen als interdisziplinäre Anlaufstellen, arbeiten krankheitsübergreifend und koordinieren die Fachexpertise aller Beteiligten.
- In der Schweiz verfügen neun Spitäler über solche Strukturen. Zwei zentrale Komponenten der Zentren sind die Verfügbarmachung von Informationen und das Anbieten einer Sprechstunde zur Diagnosefindung.
- Weitere Informationen unter: [www.kosekschweiz.ch](http://www.kosekschweiz.ch)

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



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



Viacheslav Iacobchuk | Dreamstime.com

Die SAMW veröffentlicht überarbeitete Richtlinien

# Zusammenarbeit von medizinischen Fachpersonen mit der Industrie

**Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissenschaften (SAMW)**

Die Zusammenarbeit von medizinischen Fachpersonen mit der Industrie ist seit Langem etabliert. Sie liegt grundsätzlich im Interesse einer guten Gesundheitsversorgung und trägt zum medizinischen Fortschritt bei. Gleichzeitig kann sie zu Interessenkonflikten führen. Die Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissenschaften (SAMW) hat ihre Richtlinien zum Thema aktualisiert.

Wenn medizinische Fachpersonen und Gesundheitsorganisationen mit der Industrie zusammenarbeiten, können Eigeninteressen und Interessenkonflikte das professionelle Verhalten beeinflussen. Interessenbindungen einzelner Akteure im Gesundheitswesen stehen immer wieder im Fokus der Medien, geben Anlass zu Diskussionen in der Öffentlichkeit und zu Vorstössen im Parlament. Die Zusammenarbeit von medizinischen Fachpersonen mit der Industrie wird national und international durch verschiedene gesetzliche Bestimmungen, Berufsordnungen und Verhaltenskodizes geregelt. Die aktualisierten Richtlinien «Zusammenarbeit von medizinischen Fachpersonen mit der Industrie» sind an einen breiten Adressatenkreis weit über die Ärzteschaft hinaus gerichtet und haben langfristige Veränderungen in Richtung Transparenz zum Ziel.

## **Gesetzliche Bestimmungen ergänzen**

Als Verhaltenskodex seitens Ärzteschaft hat die SAMW bereits 2002 «Empfehlungen zur Zusammenarbeit von Ärzteschaft und Industrie» veröffentlicht. Die pharmazeutische Industrie regelt die Zusammenarbeit im Pharmakodex, im Pharma-Kooperations-Kodex und im Medtech-Kodex. Die Kodizes konkretisieren und ergänzen die rechtlichen Bestimmungen. Die SAMW-Empfehlungen wurden 2005 und Ende 2012 überarbeitet (in Kraft seit 1.1.2013); seit 2005 haben sie Richtlinien-Charakter. Diverse Entwicklungen, namentlich die Anfang 2020 in Kraft getretene Verordnung über Integrität und Transparenz im Heilmittelbereich (VITH), erforderten eine umfassende Überarbeitung der SAMW-Richtlinien aus dem Jahr 2013. Während zwei Jahren beschäftigte sich eine breit abge-

stützte Arbeitsgruppe (siehe Kasten unten) mit der Überarbeitung der Richtlinien. Sie standen vom 29. November 2021 bis zum 25. Februar 2022 in der öffentlichen Vernehmlassung und die von den SAMW-Gremien verabschiedete definitive Fassung wurde Ende August 2022 veröffentlicht. In der Vernehmlassung

### **Transparenz ist unerlässlich, um die Glaubwürdigkeit von medizinischen Fachpersonen und das in sie gesetzte Vertrauen zu erhalten.**

gingen über 60 Stellungnahmen von Fachgesellschaften, kantonalen Ärztesellschaften und weiteren Berufsorganisationen ein; 58 stimmten den Richtlinien grundsätzlich zu. Die meisten Rückmeldungen betrafen das Kapitel Aus-, Weiter- und Fortbildung.

Die neuen Richtlinien wenden sich nicht mehr ausschliesslich an die Ärzteschaft, sondern auch an Pharmazeuten, Pflegefachpersonen, Hebammen und weitere medizinische Fachpersonen, die mit der pharmazeutischen Industrie, der Medizintechnik und IT-Industrie sowie kommerziellen medizinischen Laboratorien im Gesundheitsbereich zusammenarbeiten. Nachfolgend werden weitere wichtige Neuerungen beschrieben.

### **Handlungsprinzipien als Orientierung**

Aus ethischer Sicht ist es unerlässlich, dass sich medizinisches Handeln am Patientenwohl und den Interessen der Gesellschaft orientiert und nicht von Eigeninteressen und Interessenkonflikten geprägt ist. Wie bereits in den Vorgängerversionen formulieren die Richtlinien Handlungsprinzipien als Orientierung

(vgl. Kap. 3). Diese sollen dazu beitragen, Interessenkonflikte zu erkennen, zu vermeiden, und transparent und proaktiv mit ihnen umzugehen.

- Trennungsprinzip
- Transparenzprinzip
- Äquivalenzprinzip
- Vier-Augenprinzip
- Dokumentationsprinzip
- Kontentrennungsprinzip

Neu wurde das «Prinzip der Aussenwahrnehmung» aufgenommen. Dieses besagt, dass Aktivitäten stets so auszugestalten sind, dass die Öffentlichkeit jederzeit davon Kenntnis erhalten kann.

### **Umstrittenes Transparenzprinzip**

Besonders hervorzuheben ist das Transparenzprinzip (Kap. 3.2.2.), das bereits in den Vorgängerversionen zentral war. Die Forderung, dass geldwerte Leistungen oder Vorteile offengelegt werden müssen und deren Umfang öffentlich zugänglich sein soll, wurde in der Vernehmlassung kontrovers aufgenommen. Aus Sicht

### **Eine Offenlegung von Kooperationen und erhaltenen Beträgen darf nicht dazu führen, dass Fachpersonen angegriffen werden.**

der SAMW ist jedoch Transparenz unerlässlich, um die Glaubwürdigkeit von medizinischen Fachpersonen und das in sie gesetzte Vertrauen zu erhalten. Andere Länder sind hier schon viel weiter als die Schweiz. So stellt beispielsweise das französische Ministerium für Gesundheit und Soziales eine öffentliche Plattform zur Verfügung, auf der die Unterstützung der Ärztinnen und Ärzte durch die Industrie sichtbar sind: <https://www.transparence.sante.gouv.fr/pages/accueil/>.

Die kritischen Stimmen in der Vernehmlassung äusserten die Befürchtung, dass einzelne Ärztinnen oder Ärzte in Medienberichten angeprangert werden könnten, wenn Informationen über Kooperationen und erhaltene Beträge aus dem Kontext gerissen oder unvollständig verbreitet werden. Die SAMW ist sich dieser Gefahr bewusst und hält in den Richtlinien fest, dass eine solche Offenlegung differenziert ausgestaltet und die unterschiedlichen Formen der Zusammenarbeit berücksichtigt werden müssen. Sie darf nicht dazu führen, dass einzelne Fachpersonen oder Institutionen zu Unrecht angegriffen werden. Um eine solche Offenlegung sinnvoll auszugestalten, braucht es eine Übergangsfrist und Stakeholdergespräche, die mitunter von der SAMW begleitet werden. Der breite Zugang zu all diesen Daten wird langfristig dazu beitragen, das Vertrauen der Bevölkerung zu stärken und dadurch

### **Zusammensetzung der Arbeitsgruppe**

- Prof. Dr. med. Daniel Scheidegger, Arlesheim, Vizepräsident SAMW (Vorsitz)
- Dr. med. Werner Bauer, Küssnacht, Ärztliche Fort- und Weiterbildung (SIWF)
- Jörg Baumann, Bern, Swiss MedTech (bis Februar 2021)
- PD Dr. med. Peter Berchtold, Bern, Schweizerische Patientenorganisation (SPO) (ab Juni 2021)
- Prof. Dr. med. Thierry Buclin, Lausanne, klinische Pharmakologie
- Prof. Dr. med. Sophie de Seigneux Matthey, Genève, Nephrologie
- Susanne Gedamke, M.A., Zürich, Schweizerische Patientenorganisation (SPO) (bis Mai 2021)
- Prof. Dr. med. Michele Genoni, Zürich, Chirurgie, FMCH
- lic. iur. RA Jürg Granwehr, Zürich, scienceindustries
- Katja Grünenfelder, Zürich, Swiss Medtech (ab März 2021)
- Prof. Dr. med. Dr. phil. Paul Hoff, Zollikon, Präsident ZEK
- Dr. med. Christian Rohrmann, Oensingen, Hausarztmedizin
- lic. iur. Michelle Salathé, MAE, Basel, Recht und Ethik (wissenschaftliche Begleitung)
- Dr. phil. David Shaw, Basel, Ethik
- lic. iur. Stéphanie Studer Scherl, Genève, Recht
- Prof. Dr. pharm. Ursula von Mandach, Zürich, Perinatale Pharmakologie, SAPP und SAPHW
- Yvonne Willems Cavalli, MsC, Bellinzona, Pflegepersonal (SBK)



auch das Risiko zu verringern, dass einzelne Personen auf der Grundlage von (meist) unvollständigen oder nicht validierten Informationen angeprangert werden.

### Aus-, Weiter- und Fortbildung finanzieren

Im Unterschied zu anderen Berufsgruppen sind es Ärztinnen und Ärzte gewohnt, dass ihre Fortbildung durch die Industrie gesponsert wird. Mehr noch: Auch Spitäler als Arbeitgeber und die Politik haben sich an diese historisch gewachsene Abhängigkeit gewöhnt; weder Kantone noch Spitäler bezahlen auf strukturierte Weise etwas an die Fortbildung von angestellten Ärztinnen und Ärzten – anders als bei Pflege- und anderen Gesundheitsberufen. Umso bedenklicher ist es, dass die Ärzteschaft angegriffen wird wegen ihrer Verflechtung mit der Industrie, solange es keine anderen möglichen Geldquellen gibt. Eine nachhaltige Lösung kann deshalb nur mit politischer Unterstützung erreicht werden.

Die SAMW ist überzeugt, dass diese historisch gewachsene Unterstützung durch die Industrie längerfristig von neuen Finanzierungsmodellen abgelöst werden muss. Diese Forderung führte in der Vernehmlassung

### Im Unterschied zu anderen Berufsgruppen sind es Ärztinnen und Ärzte gewohnt, dass ihre Fortbildung durch die Industrie gesponsert wird.

zu kritischen Rückmeldungen. Im Bewusstsein, dass die Abkehr vom bisherigen Finanzierungsmodell nur ein längerfristiges Ziel sein kann, wurde die Forderung nicht als eigenständiger Teil der Richtlinien formuliert, sondern in der Präambel festgehalten.

Wie die Vorgängerversion enthalten die aktuellen Richtlinien differenzierte Vorgaben zur Ausgestaltung der Aus-, Weiter- und Fortbildung. Neu werden beispielsweise virtuelle Veranstaltungen (Kap. 4.3.4.) sowie der Verkauf von (virtuellen) Werbeflächen und die Vermietung von Standplätzen (Kap. 4.3.6), aber auch Pro-

dukt- und Anwendungsschulungen (Kap. 4.4.) geregelt. Die finanzielle Unterstützung von Rahmenprogrammen, selbst wenn diese von untergeordneter Bedeutung sind, ist nicht zulässig (Kap. 4.3.3.). Die Richtlinien halten fest, dass der Verkauf von Werbeflächen resp. die Vermietung von Standplätzen pauschal im Veranstaltungsbudget auszuweisen sind. In der Vernehmlassung nicht unumstritten war die Vorgabe, dass Budget und Rechnung gegenüber der unterstützenden Industrie auf Anfrage offenzulegen sind und dass Überschüsse zweckgebunden, das heisst für Aus-, Weiter- und Fortbildung weiterzuverwenden sind (Kap. 4.3.5).

### Forschung und Entwicklung

In den Vorgängerversionen wurden diverse Aspekte geregelt, die mittlerweile durch Regelungen im Humanforschungsgesetz und den Ausführungsverordnungen abgedeckt sind. Als bislang in den Richtlinien nicht behandeltes Thema werden neu Start-ups, Spin-offs und Lizenzvereinbarungen behandelt (Kap. 5.3.). Die klinische Erprobung von neuen Medizinprodukten oder -verfahren durch intellektuell und/oder finanziell beteiligte Ärztinnen und Ärzte ist ein heikles Thema. Die Richtlinien schliessen eine Mitwirkung bei den Indikations- und Kontraindikationskriterien nicht aus. Eine Beteiligung an der Indikationsstellung zum Einsatz eines noch nicht zugelassenen Medizinprodukts oder eines Verfahrens bei einem einzelnen Patienten muss jedoch unterbleiben.

### Medizinische Dienstleistung

Unter dem Kapitel «Medizinische Dienstleistung» werden neu diverse Aktivitäten behandelt vom Einkaufen, Verschreiben, Abgeben und Anwenden von Arzneimitteln (Kap. 6.1.), dem Umgang mit Musterpackungen (Kap. 6.2.), Medizinproduktmuster (Kap. 6.3.) bis hin zum Einsitz in Beratungsgremien und Gremien, die Leitlinien ausarbeiten (Kap. 6.4.). Vor der Zusage zur Mitwirkung in einem solchen Gremium müssen der Bedarf und die Begründung für eine solche Beratungstätigkeit geklärt sein. Auf eine Mitwirkung in einem Beratungsgremium, das ausschliesslich Marketing-Zwecken dient, ist zu verzichten.

Abschliessend gilt festzuhalten, dass die Richtlinien nie für alle Einzelfälle direkt anwendbare Lösungen bieten können. Sie sind in der Praxis von allen Beteiligten im Sinne ihres Geistes nach bestem Wissen und Gewissen anzuwenden und einzuhalten.

v.clerc[at]samw.ch

### Das Wichtigste in Kürze

- Die SAMW hat die Richtlinien «Zusammenarbeit Ärzteschaft – Industrie» aktualisiert und spricht neu mehr Berufsgruppen im Gesundheitswesen an.
- Sechs Handlungsprinzipien sollen Orientierung bieten und dazu beitragen, Interessenkonflikte zu erkennen, zu vermeiden und transparent und proaktiv mit ihnen umzugehen.
- In der Vernehmlassung besonders kontrovers diskutiert wurde das Transparenzprinzip; die Umsetzung soll deshalb mit Übergangsfristen und Stakeholdergesprächen begleitet werden.
- Das etablierte Sponsoring ärztlicher Fortbildung durch die Industrie muss längerfristig durch neue Finanzierungsmodelle abgelöst werden, die auch von der Politik mitgetragen werden.

# Briefe an die SÄZ

## Politique des drogues: un sujet permanent

«It's time for a new international convention that accepts that the war on drugs has failed» («Le temps est venu pour une nouvelle convention internationale qui accepte que la 'Guerre à la drogue' a échoué») (magazine Time du 22 août 2022, p. 8). Ce n'est pas affirmé par n'importe qui, mais bien par le nouveau président de la Colombie, Gustavo Petro, dont le pays est au centre de la problématique. Parlant donc d'une réalité qu'il vit, les méfaits multiples, depuis des décennies, de cette guerre mise en route en particulier par les Etats-Unis du président Nixon.

Si juste. En réalité, pratiquement tous les responsables concernés sont conscients de cet échec, mais il est si difficile de revenir clairement, explicitement, sur plus d'un demi-siècle de dogmatisme et d'obnubilation.

Chez nous, les professionnels et les institutions demandent de longue date qu'on en vienne à des attitudes basées sur les faits. Considérant l'ensemble des produits psychotropes potentiellement nuisibles à la santé de la même manière, en fonction de critères comparables.

Et qu'on laisse à l'Histoire les rêves du genre «Just say NO – Dites simplement Non à la drogue», dont les faits tels que nous les avons vécus ont démontré l'inefficacité, voire le caractère contre-productif, en passant aux jeunes notamment des messages qui suscitent la confusion. Ce ne sont pas les injonctions, le cas échéant punitives, qui vont améliorer la situation, mais le dialogue et des explications objectives – et l'existence de centres de conseil et de prise en charge appropriés, bien sûr.

Au plan international, forte notamment de son expérience à la tête du Département fédéral de l'intérieur et donc de l'Office fédéral de la santé publique, Ruth Dreifuss s'engage depuis des années pour une approche équilibrée, dans le cadre de la Commission globale en matière de drogues qu'elle a présidée. Le travail de cette commission a déjà fait bouger les lignes, mais on reste loin du but qu'une nouvelle approche soit adoptée rapidement par les instances internationales concernées.

*Dr méd. Jean Martin, Echandens,  
ancien médecin cantonal vaudois*

## Jod im Vollsatz

Jodmangel verursacht Kröpfe (groteske Wucherungen der Schilddrüse) und Kretine (Kleinwuchs, grosser Kropf, oft Schielen, teils blind und schwerhörig). Diese waren in der Schweiz bis vor 100 Jahren die häufigste schwere nicht übertragbare Krankheit (non-communicable diseases: NCD), heute verschwunden.

Theodor Kocher (1841–1917), der erste Nobelpreisträger der Schweiz, wurde vor allem wegen der Kropfchirurgie berühmt. Ein Landarzt berichtete über die Langzeitfolge «Cachexia strumipriva».

Der meteorologisch interessierte Heinrich Hunziker (1879–1982) publizierte als Landarzt in Adligenswil die Korrelationen des Längenwachstums von Rekruten mit der Jodversorgung über das Salz. Hans Eggenberger (1881–1946), Chirurg in Herisau, schätzte die natürliche Aufnahme von Jod bei Schulkindern und Rekruten in Korrelation zu Kropf und Kretinismus. Diese gelten nach wie vor als relevant [1].

Hans Eggenberger jodierte 1922 eigenhändig in einem Schuppen der Appenzellerbahn das Salz und deklarierte es als Vollsatz. Damit erreichte er, dass sogar die Appenzeller dieses Salz akzeptierten.

Das besondere Verdienst dieser beiden Ärzte bleibt, dass sie das Verfahren nicht patentierten. Sie dosierten vorsichtig, um Nebenwirkungen zu vermeiden. Die Dosis konnte deshalb im Verlauf des letzten Jahrhunderts kontinuierlich erhöht werden.

Heute verkaufen Reformhäuser (Bahnhofgebäude St. Gallen) und Apotheken «gesundes» Himalaya-Salz und nicht jodiertes Meersalz in der Stadt der «Kaderschmiede». Sollte «zufällig» wie in Tschernobyl radioaktives Jod freigesetzt und über die Luft zu uns gelangen, werden diese Menschen vermehrt radioaktives Jod aufnehmen.

Das Vertrauen in eine gute ökonomische Marktwirtschaft, gesunde Ernährungswissenschaft und Gesundheitspolitik bröckelt heute wie die Akzeptanz der Impfungen. Vertrauen aber bleibt das Wichtigste zur Bildung der Resilienz eines Volkes in allen Krisen.

*Dr. med. Markus Gassner, Grabs*

- 1 Hunziker Heinrich, Eggenberger Hans. Die Prophylaxe der grossen Schilddrüse, gleichzeitig ein Stück vergleichende Klimatologie in der Schweiz und ein Leitfaden für systematische naturwissenschaftliche Forschungen. Verlag Ernst Bircher. 1924, p. 317.

## Briefe

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

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

**Die Leserbriefe geben die Meinung des Verfassers oder der Verfasserin wieder. Der Inhalt eines 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.**

# Mitteilungen

## Facharztprüfungen

### Facharztprüfung zur Erlangung des Facharztstitels Gynäkologie und Geburtshilfe

**Datum:**

Basisexamen und Schlussexamen 1. Teil:  
Samstag, 17. Juni 2023

**Ort:**

Basisexamen und Schlussexamen 1. Teil:  
BERNEXPO Gelände

**Anmeldefrist:**

Basisexamen und Schlussexamen 1. Teil:  
vom 1. Dezember 2022 – 31. Januar 2023 bis  
16:00 Uhr

Weitere Informationen finden Sie auf der  
Website des SIWF unter [www.siwf.ch](http://www.siwf.ch) →  
Weiterbildung → Facharzttitel und Schwer-  
punkte → Gynäkologie und Geburtshilfe

### Facharztprüfung zur Erlangung des Facharztstitels Gynäkologie und Geburtshilfe

**Datum:**

Schlussexamen 2. Teil: wird von den  
Kandidaten selbständig vereinbart.

**Ort:**

Schlussexamen 2. Teil: die mündliche  
Prüfung findet an einem persönlich  
vereinbarten Termin in der Regel am  
aktuellen Weiterbildungsort des Kandidaten  
statt.

**Anmeldefrist:**

Schlussexamen 2. Teil: für das Herbstsemester  
2023: 1. Mai – 30. Juni 2023 bis 16:00  
für das Frühlingsemester 2024: 1. November  
– 31. Dezember 2023 bis 16:00

Weitere Informationen finden Sie auf der  
Website des SIWF unter [www.siwf.ch](http://www.siwf.ch) →  
Weiterbildung → Facharzttitel und Schwer-  
punkte → Gynäkologie und Geburtshilfe

### Schwerpunktprüfung zur Erlangung des Schwerpunktes Reproduktionsmedizin und gynäkologische Endokrinologie zum Facharzttitel Gynäkologie und Geburtshilfe

**Datum:**

Wird von den Kandidatinnen und Kandida-  
ten selbstständig vereinbart.

**Ort:**

Die mündliche Prüfung findet an einem  
persönlich vereinbarten Termin in der Regel  
am aktuellen Weiterbildungsort der  
Kandidatin oder des Kandidaten statt.

**Anmeldefrist:**

Für das Herbstsemester 2023: 1. Mai – 30. Juni  
2023 bis 16:00  
Für das Frühlingsemester 2024: 1. November  
– 31. Dezember 2023 bis 16:00

Weitere Informationen finden Sie auf der  
Website des SIWF unter [www.siwf.ch](http://www.siwf.ch) →  
Weiterbildung → Facharzttitel und Schwer-  
punkte → Gynäkologie und Geburtshilfe

### Schwerpunktprüfung zur Erlangung des Schwerpunktes Fetomaternale Medizin zum Facharzttitel Gynäkologie und Geburtshilfe

**Datum:**

Wird von den Kandidatinnen und Kandida-  
ten selbstständig vereinbart.

**Ort:**

Die mündliche Prüfung findet an einem  
persönlich vereinbarten Termin in der Regel  
am aktuellen Weiterbildungsort der  
Kandidatin oder des Kandidaten statt.

**Anmeldefrist:**

Für das Herbstsemester 2023: 1. Mai – 30. Juni  
2023 bis 16:00  
Für das Frühlingsemester 2024: 1. November  
– 31. Dezember 2023 bis 16:00

Weitere Informationen finden Sie auf der  
Website des SIWF unter [www.siwf.ch](http://www.siwf.ch) →  
Weiterbildung → Facharzttitel und Schwer-  
punkte → Gynäkologie und Geburtshilfe

### Schwerpunktprüfung zur Erlangung des Schwerpunktes Operative Gynäkologie und Geburtshilfe zum Facharzttitel Gynäkologie und Geburtshilfe

**Datum:**

Wird von den Kandidatinnen und Kandida-  
ten selbstständig vereinbart.

**Ort:**

Die mündliche Prüfung findet an einem  
persönlich vereinbarten Termin in der Regel  
am aktuellen Weiterbildungsort der  
Kandidatin oder des Kandidaten statt.

**Anmeldefrist:**

Für das Herbstsemester 2023: 1. Mai – 30. Juni  
2023 bis 16:00  
Für das Frühlingsemester 2024: 1. November  
– 31. Dezember 2023 bis 16:00

Weitere Informationen finden Sie auf der  
Website des SIWF unter [www.siwf.ch](http://www.siwf.ch) →  
Weiterbildung → Facharzttitel und Schwer-  
punkte → Gynäkologie und Geburtshilfe

### Schwerpunktprüfung zur Erlangung des Schwerpunktes Urogynäkologie zum Facharzttitel Gynäkologie und Geburtshilfe

**Datum:**

Wird von den Kandidatinnen und Kandida-  
ten selbstständig vereinbart.

**Ort:**

Die mündliche Prüfung findet an einem  
persönlich vereinbarten Termin in der Regel  
am aktuellen Weiterbildungsort der  
Kandidatin oder des Kandidaten statt.

**Anmeldefrist:**

Für das Herbstsemester 2023: 1. Mai–30. Juni  
2023 bis 16:00  
Für das Frühlingsemester 2024:  
1. November–31. Dezember 2023 bis 16:00

Weitere Informationen finden Sie auf der  
Website des SIWF unter [www.siwf.ch](http://www.siwf.ch) →  
Weiterbildung → Facharzttitel und Schwer-  
punkte → Gynäkologie und Geburtshilfe

### Schwerpunktprüfung zur Erlangung des Schwerpunktes Gynäkologische Onkologie zum Facharzttitel Gynäkologie und Geburtshilfe

#### Datum:

Wird von den Kandidatinnen und Kandidaten selbstständig vereinbart.

#### Ort:

Die mündliche Prüfung findet an einem persönlich vereinbarten Termin in der Regel am aktuellen Weiterbildungsort der Kandidatin oder des Kandidaten statt.

#### Anmeldefrist:

Für das Herbstsemester 2023: 1. Mai–30. Juni 2023 bis 16:00

#### Für das Frühjahrssemester

2024: 1. November–31. Dezember 2023 bis 16:00

Weitere Informationen finden Sie auf der Website des SIWF unter [www.siwf.ch](http://www.siwf.ch) → Weiterbildung → Facharzttitel und Schwerpunkte → Gynäkologie und Geburtshilfe

### Jean Wertheimer Förderpreis 2023

Der Preis möchte einen jungen Forscher resp. eine junge Forscherin fördern, indem er resp. sie zur Unterstützung eines originellen wissenschaftlichen Projekts im Bereich der klinischen Forschung in der Alterspsychiatrie beiträgt. Die eingereichten Arbeiten müssen sich durch ihren innovativen Aspekt auszeichnen und ihre klinische Bedeutung nachweisen.

Der Jean-Wertheimer-Preis wird an eine einzige Person verliehen. Die Preissumme beträgt 10 000 CHF. Der Preis wird dem Preisträger persönlich anlässlich der Jahresversammlung der Schweizerischen Gesellschaft für Alterspsychiatrie überreicht.

#### Jury

Die Jury entscheidet bis Ende Mai 2023, wem der Preis verliehen wird.

Sie wird von Prof. J. Popp geleitet und hat als weitere Mitglieder Prof. U. Hemmeter, Prof. S. Klöppel, Prof. P. Unschuld, Prof. E. Savaskan und Prof. A. von Gunten.

Die Jury ist in allen ihren Entscheidungen frei und unabhängig. Die Entscheidungen können nicht angefochten werden, der Rechtsweg ist ausgeschlossen. Nicht berücksichtigte Projekte werden ohne Begründung an den Absender zurückgeschickt, ohne dass damit eine positive oder negative Beurteilung verbunden ist. Die Vergabe des Preises kann ausgesetzt werden, wenn die eingereichten Projekte als qualitativ oder quantitativ unzureichend erachtet werden.

#### Einreichung

Die eingereichte Arbeit muss hauptsächlich in der Schweiz durchgeführt worden sein. Der Arbeitsort des Hauptautors muss sich in der Schweiz befinden. Die Arbeit kann in Deutsch, Französisch, oder Englisch eingereicht werden.

## Wir veröffentlichen Ihre Inhalte

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

### Mögliche Themen:

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

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



Weitere Informationen finden Sie unter [saez.ch](http://saez.ch) → Autorenrichtlinien





Folgende Dokumente müssen der Bewerbung beiliegen:

- Lebenslauf und Liste der Veröffentlichungen
- Begleitschreiben, in dem die Relevanz der eingereichten Arbeit dargelegt wird
- Zusammenfassung des wissenschaftlichen Projekts und der bisherigen Ergebnisse, falls vorhanden (Master- und Doktorarbeiten, Publikationen, Kongressbeiträge usw.), im Umfang von maximal einer A4-Seite
- Im Rahmen des Projekts möglicherweise bereits publizierte Originalarbeiten
- Das Projekt und die Originalarbeiten dürfen nicht, falls vorhanden, bereits einen anderen wissenschaftlichen Preis erhalten haben oder für einen solchen Preis ausgewählt worden sein. Parallele Teilnahmen an mehreren Wettbewerben müssen bei der Einreichung angekündigt werden.
- Der Preis wird für qualitativ hochwertige Projekte vergeben und nicht für laufende oder abgeschlossene Arbeiten.

Bewerbungen für den Jean Wertheimer Förderpreis 2023 sind schriftlich bis zum 31.12.2022 einzureichen an:

SGAP-SPPA  
 Prof. Julius Popp  
 Luzernerstrasse 11  
 6353 Weggis  
 Tel. (Sekretariat): +41 78 208 00 83  
 E-Mail-Adresse: info[at]sgap-sppa.ch

### Neue Website des Schweizerischen Expertenkomitees für Reisemedizin

Das Schweizerische Expertenkomitee für Reisemedizin (EKRM) – ein Organ der Schweizerischen Gesellschaft für Tropen- und Reisemedizin (FMH) – hat die Website Safetravel® neu aufgesetzt und zu [www.healthytravel.ch](http://www.healthytravel.ch) umbenannt.

Die Website bietet kostenlos grundlegende reisemedizinische Empfehlungen für Laien. Fachpersonen können zudem mit einem kostenpflichtigen Abonnement (PRO-Version) zusätzliche Informationen und Empfehlungen beziehen (zum Beispiel vertiefende länderspezifische Informationen oder Empfehlungen zu Impfungen und medikamentöser Prophylaxe). Alle Informationen können für die reisemedizinische Beratung von Patientinnen und Patienten genutzt und individuell für die Reisenden zusammengestellt werden. Eine Probeversion ist verfügbar.

Die Website [www.healthytravel.ch](http://www.healthytravel.ch) wird vom Bundesamt für Gesundheit (BAG) unterstützt; sie befindet sich im Aufbau und wird laufend mit zusätzlichen Inhalten und Updates erweitert. Sie ersetzt ab sofort das Dokument *Reisemedizin: Impfung und Malariaschutz bei Auslandsreisen*, das bisher jährlich auf [www.bag.admin.ch/reisemedizin](http://www.bag.admin.ch/reisemedizin) aktualisiert wurde.

Bitte beachten: Seit Juli 2021 werden die Inhalte und Empfehlungen auf [www.tropimed.ch](http://www.tropimed.ch) nicht mehr vom EKRM verfasst.

Fragen zu Healthy Travel PRO werden gerne beantwortet unter [info\[at\]healthytravel.ch](mailto:info[at]healthytravel.ch).

### Preisausschreibung der Schweizerischen Gesellschaft für Klinische Pharmakologie und Toxikologie (SGKPT)

Um junge Wissenschaftler im Bereich der klinischen Pharmakologie und Toxikologie zu unterstützen und zu fördern, vergibt die SGKPT jedes Jahr einen mit 1000 CHF dotierten Preis für die beste Arbeit in diesem Bereich. In Frage kommen theoretische, experimentelle oder klinische Arbeiten (MD-, PhD- oder Master-Thesis) im Bereich der klinischen Pharmakologie und Toxikologie. Die Arbeit muss von einer Schweizerischen Universität in den zwei vorhergehenden Jahren des Eingabjahres akzeptiert worden sein. Der Autor respektive die Autorin sollte nicht älter als 40 Jahre alt sein, die Mitgliedschaft in der SGKPT hingegen ist keine Bedingung für die Vergabe dieses Preises.

Das Manuskript der Arbeit (bei mehr als zehn A4-Seiten mit einer Zusammenfassung) in einer der vier Landessprachen oder in Englisch ist dem Sekretär der SGKPT einzusenden (Adresse siehe [www.clinpharm.ch](http://www.clinpharm.ch)). Eine Kopie der Imprimatur, Curriculum Vitae und, falls vorhanden, eine Liste der Publikationen sollten dem Dossier ebenfalls beigefügt werden. Das Dossier sollte elektronisch übermittelt werden (pdf-Format). Die Einreichfrist endet am 01.03.2023.

August 2022

# Vorübergehende Auslieferung von Palexia<sup>®</sup> retard mit fehlerhaften Patienteninformation

## Livraison temporaire de Palexia<sup>®</sup> retard avec des informations destinées aux patients incorrectes

**Wir informieren Sie hiermit in Absprache mit Swissmedic, dass die folgenden Chargen von Palexia<sup>®</sup> retard fehlerhafte Patienteninformation in der deutschen Version enthält. Die französische und italienische Versionen der Patienteninformation sind korrekt, ebenso die entsprechende Fachinformation unter [www.swissmedicinfo.ch](http://www.swissmedicinfo.ch).**

**Nous vous informons par la présente, en accord avec Swissmedic, que les lots suivants de Palexia<sup>®</sup> retard comportent une information destinée aux patients contenant des erreurs dans la version allemande. Les versions française et italienne de l'information destinée aux patients sont correctes, de même que l'information professionnelle correspondante sur [www.swissmedicinfo.ch](http://www.swissmedicinfo.ch).**

### Betroffene Chargen / Lots concernés:

Produkt / Produit	Chargen-Nummer / Numéro de lot:	Verfalldatum / Date de péremption:
PALEXIA RETARD 100MG 60 TABL	124S01	31.08.2024
PALEXIA RETARD 100MG 60 TABL	288S02	31.07.2024
PALEXIA RETARD 100MG 60 TABL	303S02	30.09.2024
PALEXIA RETARD 150MG 60 TABL	157S02	31.05.2024
PALEXIA RETARD 150MG 60 TABL	167S05	31.08.2024
PALEXIA RETARD 200MG 60 TABL	104S05	31.01.2024
PALEXIA RETARD 200MG 60 TABL	122S04	30.09.2024
PALEXIA RETARD 250MG 60 TABL	103S01	29.02.2024
PALEXIA RETARD 25MG 30 TABL	122S05	30.06.2024
PALEXIA RETARD 25MG 60 TABL	132S03	31.10.2024
PALEXIA RETARD 50MG 30 TABL	409S03	30.09.2024
PALEXIA RETARD 50MG 60 TABL	410S03	30.09.2024
PALEXIA RETARD 50MG 60 TABL	405S01	30.09.2024
PALEXIA RETARD 50MG 60 TABL	320S03	31.03.2024
PALEXIA RETARD 100MG 60 TABL	242S04	30.04.2024
PALEXIA RETARD 25MG 60 TABL	122S02	30.06.2024
PALEXIA RETARD 25MG 60 TABL	114S04	31.03.2024
PALEXIA RETARD 50MG 30 TABL	356S06	31.05.2024
PALEXIA RETARD 150MG 60 TABL	143S02	29.02.2024

Wir weisen explizit darauf hin, dass die **Tabletten stets unzerkaut und ungeteilt** mit ausreichend Flüssigkeit (vorzugsweise mit einem Glas Trinkwasser) eingenommen werden **müssen**.

Nous attirons explicitement l'attention sur le fait que les comprimés **doivent toujours être avalés entiers, sans être mâchés**, avec suffisamment de liquide (de préférence avec un verre d'eau).

### Meldungen über unerwünschte Arzneimittelwirkungen (UAW):

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

### Déclaration d'effets indésirables du médicament (EIM):

Pour le **signalement de tout effet indésirable**, Swissmedic encourage les personnes concernées à utiliser l'outil de déclaration d'effets indésirables développé à cet effet.

L'utilisation de l'Electronic Vigilance System (EIViS) permet de faire la déclaration des EI par saisie directe ou par téléchargement de fichier xml. Vous pourrez trouver toutes les informations nécessaires sous [www.swissmedic.ch](http://www.swissmedic.ch).

## Korrektur deutsche Patienteninformation / Correction de l'information destinée aux patients allemande:

## Text Patienteninformation / Texte de l'information destinée aux patients

**Was ist Palexia retard und wann wird es angewendet?**

Der Wirkstoff in Palexia ist das zentral wirksame Schmerzmittel (Analgetikum) Tapentadol. Seinen schmerzlindernden Effekt erzielt es durch seine Wirkung an spezifischen Nervenzellen des Rückenmarks und des Gehirns.

Palexia retard wird zur Behandlung von starken akuten Schmerzen angewendet.

**Art der Anwendung**

Palexia retard ist oral einzunehmen.

Die Tabletten sollten stets unzerkaut und ungeteilt mit ausreichend Flüssigkeit (vorzugsweise mit einem Glas Trinkwasser) eingenommen werden. Die Tabletten können unabhängig von den Mahlzeiten eingenommen werden.

## Korrigierter Text / Texte corrigé

**Was ist Palexia retard und wann wird es eingenommen?**

Der Wirkstoff in Palexia **retard** ist das zentral wirksame Schmerzmittel (Analgetikum) Tapentadol. Seinen schmerzlindernden Effekt erzielt es durch seine Wirkung an spezifischen Nervenzellen des Rückenmarks und des Gehirns.

Palexia retard wird zur Behandlung von starken **chronischen** Schmerzen angewendet.

**Art der Anwendung**

Palexia retard ist oral einzunehmen.

Die Tabletten **müssen** stets unzerkaut und ungeteilt mit ausreichend Flüssigkeit (vorzugsweise mit einem Glas Trinkwasser) eingenommen werden. Die Tabletten können unabhängig von den Mahlzeiten eingenommen werden.

**Die Tablettenmatrix könnte nicht vollständig verdaut worden sein und sie kann deshalb im Stuhl ganz oder teilweise wiedergefunden werden. Dies ist kein Grund zur Besorgnis, da der Wirkstoff der Tablette bereits in den Körper aufgenommen wurde, und was Sie sehen, ist lediglich die scheinbar unversehrte Tablettenmatrix.**

Andere Chargen von Palexia® retard oder andere galenische Formen von Palexia® (Palexia® Filmtabletten oder Palexia® Lösung zum Einnehmen) sind von diesem Problem nicht betroffen.

Les autres lots de Palexia® retard ou les autres formes galéniques de Palexia® (Palexia® comprimés pelliculés ou Palexia® solution buvable) ne sont pas concernées par ce problème.

Wir bitten Sie um Entschuldigung für die Unannehmlichkeiten und sind bemüht, Sie baldmöglichst wieder mit Palexia® retard mit einer korrekten Patienteninformation beliefern zu können.

Nous vous prions de nous excuser pour ce désagrément et nous nous efforcerons de vous fournir à nouveau Palexia® retard avec une information destinée aux patients correcte dans les meilleurs délais.

Grünenthal Pharma AG  
Sändli 2  
CH-8756 Mitlödi

Zürich, August 2022

# Wichtige sicherheitsrelevante Information zu XALKORI® (Crizotinib): Sehstörungen, Einschliesslich des Risikos schweren Sehverlusts, Notwendigkeit der Überwachung bei pädiatrischen Patienten

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

## Zusammenfassung

- Sehstörungen sind ein bekanntes Risiko bei Crizotinib und wurden in klinischen Studien mit pädiatrischen Patienten mit einer Vielzahl an Tumorarten, einschliesslich anaplastische Lymphomkinase (ALK)-positivem anaplastischem grosszelligem Lymphom (ALCL) und ALK-positivem inflammatorischen Myofibroblasten-Tumor (IMT), bei 44% der mit Crizotinib behandelten Patienten berichtet.
- Da pädiatrische Patienten Veränderungen des Sehvermögens möglicherweise nicht spontan melden oder bemerken, sollten medizinische Fachpersonen die Patienten und Betreuer über die Symptome von Sehstörungen und das Risiko eines Sehverlusts informieren und sie auffordern, sich an ihren Ophthalmologen zu wenden, wenn visuelle Symptome oder Sehverlust auftreten.
- Pädiatrische Patienten sollten auf Sehstörungen überwacht werden. Vor Beginn der Behandlung mit Xalkori ist eine ophthalmologische Beurteilung durchzuführen. Eine weitere ophthalmologische Beurteilung, einschliesslich der Retina, wird innerhalb von 1 Monat nach Beginn der Behandlung mit Xalkori, danach alle 3 Monate und bei Auftreten allfälliger neuer visueller Symptome empfohlen.
- Bei Auftreten von Sehstörungen 2. Grades sollten medizinische Fachpersonen eine Dosisreduktion in Betracht ziehen. Bei Auftreten von Sehstörungen 3. und 4. Grades sollte die Xalkori-Therapie während der Abklärung vorübergehend unterbrochen bzw. dauerhaft abgesetzt werden, wenn keine andere Ursache ermittelt wird.

## Hintergrundinformationen

Xalkori ist seit März 2012 für erwachsene Patienten mit ALK-positivem fortgeschrittenem, nichtkleinzelligem Lungenkarzinom (NSCLC) und seit März 2017 für erwachsene Patienten mit ROS1-positivem NSCLC zugelassen.

Sehstörungen wurden bei 1084 der 1722 (63%) erwachsenen Patienten mit fortgeschrittenem ALK-positivem oder ROS1-positivem NSCLC berichtet, die in klinischen Studien mit Xalkori behandelt wurden. Bei 4 (0,2%) Patienten wurde ein schwerer Sehverlust (Grad 4) berichtet. Als mögliche Gründe für einen Verlust des Sehvermögens wurden Optikusatrophie oder eine Sehnervstörung genannt.

Seit Juni 2022 ist Xalkori für die Behandlung pädiatrischer Patienten (≥6 bis <18 Jahre) mit rezidiviertem oder refraktärem systemischem ALK-positivem ALCL oder mit nicht resezierbarem, rezidivierendem, oder refraktärem ALK-positivem IMT indiziert.

In klinischen Studien mit pädiatrischen Patienten mit einer Vielzahl an Tumorarten, einschliesslich ALK-positivem ALCL oder ALK-po-

sitivem IMT wurden bei 48 von 110 (44%) der mit Xalkori (Crizotinib) behandelten Patienten Sehstörungen berichtet. Die häufigsten visuellen Symptome waren verschwommenes Sehen, Sehverschlechterung, Photopsie und Mouches volantes. Ein Patient mit IMT hatte eine Sehnervstörung Grad 3, die bereits bei Baseline bestand.

Die Arzneimittelfachinformation für Xalkori enthält Warnhinweise und Vorsichtsmassnahmen bezüglich der Wirkungen auf das Sehvermögen.

## Empfehlungen für Fachpersonen

Sehstörungen sind bei pädiatrischen Patienten schwieriger zu erkennen, da sie ohne gezielte Befragung zu den Symptomen und ohne Untersuchungen möglicherweise keine Veränderungen des Sehvermögens melden oder bemerken. Für pädiatrische Patienten mit ALK-positivem ALCL oder ALK-positivem IMT wird daher Folgendes empfohlen:

- Informieren Sie Patienten und Betreuer über die Symptome von Sehstörungen (z.B. wahrgenommene Lichtblitze, Verschwommensehen,

Lichtempfindlichkeit, Glaskörpertrübungen) und das mögliche Risiko eines Sehverlusts.

- Durchführung einer Augenuntersuchung zu Behandlungsbeginn bei Patienten mit ALCL oder IMT vor Einleitung der Xalkori-Therapie.
- Durchführung von weiteren ophthalmologischen Kontrolluntersuchungen, einschliesslich einer Netzhautuntersuchung innerhalb 1 Monat nach Einleitung der Xalkori-Behandlung und anschliessend alle 3 Monate sowie bei Auftreten neuer visueller Symptome. Die ophthalmologische Abklärung sollte bestkorrigierte Sehschärfe, Netzhautfotografien, Gesichtsfelder, optische Kohärenztomographie (OCT) und andere indizierte Beurteilungsmethoden beinhalten.
- Bei Patienten, die Sehstörungen 2. Grades entwickeln, sollte eine Dosisreduktion von Xalkori in Erwägung gezogen werden.
- Bis zur Abklärung des Vorliegens von Sehstörungen 3. oder 4. Grades sollte die Behandlung mit Xalkori unterbrochen und bei Bestätigung von Sehstörungen 3. oder 4. Grades ohne Ermittlung einer anderen Ursache dauerhaft abgebrochen werden.

Die Schweizer Fachinformation für Crizotinib wurde aktualisiert. Die aktualisierte Arzneimittelinformation wird unter [www.swissmedicinfo.ch](http://www.swissmedicinfo.ch) publiziert.

## 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](http://www.swissmedic.ch) zu finden.

## Kontaktangaben

Sollten Sie weitere Fragen haben oder zusätzliche Informationen benötigen, so wenden Sie sich bitte an Pfizer Medical Information, Tel.: +41 43 495 7111 oder [medical.information@pfizer.com](mailto:medical.information@pfizer.com).

## Beilagen

Für weitere Informationen verweisen wir auch auf die Arzneimittelfachinformation von XALKORI® unter [www.swissmedicinfo.ch](http://www.swissmedicinfo.ch).





Rechtsschutz

| Einfach zu  
seinem Recht  
kommen

Sonderkon-  
ditionen für  
Mitglieder von  
FMH Services

Recht haben ist nicht gleich Recht bekommen  
**Rechtsschutzversicherung für angestellte  
und selbständige Ärzte**

- Privat-, Verkehrs- und Berufsrechtsschutz in einem
- Prämien sparen dank exklusiven Rahmenvertragskonditionen
- Deckung bei Streitigkeiten infolge Überarztung

**INSURANCE**

**Roth Gygax & Partner AG**  
Moosstrasse 2  
3073 Gümligen  
Tel. 031 959 50 00  
mail@fmhinsurance.ch  
www.fmhinsurance.ch



Von der FMH Services Genossenschaft empfohlenes, rechtlich und wirtschaftlich selbstständiges Unternehmen.

# Seminare / Séminaires / Seminari

## Praxiseröffnung/-übernahme

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

### Themen

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

### Daten

<b>K04</b>	Donnerstag 08. September 2022 09.00 – 16.30 Uhr	Zürich Volkshaus
<b>K05</b>	Donnerstag 03. November 2022 09.00 – 16.30 Uhr	Basel Hotel Victoria

## Praxisübergabe/-aufgabe

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

### Themen

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

### Daten

<b>K09</b>	Donnerstag 15. September 2022 13.30 – 18.00 Uhr	Zürich Volkshaus
<b>K10</b>	Donnerstag 10. November 2022 13.30 – 18.00 Uhr	Basel Hotel Victoria

## Praxissoftware-Workshop

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

### Themen

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

### Datum

<b>K15</b>	Donnerstag 17. November 2022 13.15 – 17.45 Uhr	Olten Stadttheater
------------	--	-----------------------

## Tarifwerk TARMED – Einführungskurs

**Zielgruppe:** Ärztinnen und Ärzte, die kurz vor einer Praxiseröffnung oder Praxisübernahme stehen. Die Teilnehmerzahl ist begrenzt.

### Themen

- **Fakten** (gesetzliche und vertragliche Grundlagen)
- **Struktur** (Tarifbrowser, Grundstruktur, Regelhierarchie, Leistungsblöcke, Leistungsgruppen)
- **Generelle Interpretationen** («Allgemeine Grundleistungen», «Hauptleistungen, Zuschlagsleistungen», «Nichtärztliche Leistungserbringung» usw.)
- **Parameter einer Tarifposition** («Quantitative und Qualitative Dignität», «Ärztliche Leistung AL», «Assistenz», «Raumbelegung» usw.)
- Tarifpositionen aus dem **Kapitel 00 Grundleistungen und weitere fachspezifische Kapitel**
- Praxislabor und Präsenzdiagnostik
- Organisationen und Informationsquellen

### Daten

<b>K72</b>	Dienstag 06. September 2022 13.30 – 16.45 Uhr	Olten Hotel Arte
<b>K73</b>	Dienstag 08. November 2022 13.30 – 16.45 Uhr	Olten Hotel Arte

## Ouverture et reprise d'un cabinet médical

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

### Contenu

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

- **Assurances** (questions d'assurances et de prévoyance)

### Dates

<b>K22</b>	Jeudi 01 septembre 2022 09.00 – 17.15 h	Lausanne Hôtel Alpha-Palmiers
<b>K23</b>	Jeudi 03 novembre 2022 09.00 – 17.15 h	Genève Hôtel Royal

## Remise et cessation d'un cabinet médical

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

### Contenu

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

### Date

<b>K25</b>	Jeudi 10 novembre 2022 13.30 – 18.30 h	Genève Crown Plaza
------------	--	-----------------------

## Apertura e rilevamento di uno studio medico

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

### Contenuto

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

### Data

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

Anmeldung/  
Inscription/  
Registrazione

[www.fmhservices.ch](http://www.fmhservices.ch)





Riskmanagement

# Einfach alle Risiken im Griff



Jederzeit  
bereit

## Die alltäglichen Risiken kennen **Evaluation Ihrer persönlichen Situation.**

- Analyse der Risiken innerhalb des Praxisbetriebes
- Einstufung nach Eintretenswahrscheinlichkeit und Schadenausmass
- Erarbeitung von geeigneten Massnahmen
- Aufbau eines Monitoring-Systems

### CONSULTING

FMH Consulting Services AG

Burghöhe 1

6208 Oberkirch

Tel. 041925 00 77

mail@fmhconsulting.ch

www.fmhconsulting.ch





Schütteln wir wieder Hände? Nach Aufhebung der Massnahmen zur Bekämpfung von COVID-19 muss der Umgang mit den Patientinnen und Patienten neu ausgehandelt werden (charlesdeluvio / Unsplash).

## Hygieneregeln nach COVID-19

# Handschlag – ja oder nein?

Andreas Kronenberg<sup>a</sup>, Luzia Renggli<sup>b</sup> und Qualitätszirkel Bern1 mediX Bern

<sup>a</sup> Prof. Dr. med., Praxis Bubenberg, Bern und Institut für Infektionskrankheiten, Universität Bern; <sup>b</sup> M. Sc., Institut für Infektionskrankheiten, Universität Bern

Wie gestaltet sich der Umgang im täglichen Miteinander nach Aufhebung der Corona-Massnahmen? Das wollten Hausärztinnen und -ärzte aus dem Kanton Bern mit einer Umfrage herausfinden. Sie haben in ihren Praxen nachgefragt, wie gross die Bereitschaft zum Verzicht auf die Begrüssung per Handschlag und zum Tragen einer Maske ist.

Die Begrüssung per Handschlag geht bis in die Antike zurück und ist in vielen europäischen Ländern die traditionelle Begrüssungsformel. Man vermutet, dass sie initial eine Geste des Friedens darstellte. Man zeigte dem Gegenüber, dass man keine Waffe trägt: Durch das Schütteln wurde sicherstellt, dass das Gegenüber nichts im Ärmel versteckt [1].

Auch in Schweizer Arztpraxen ist die Begrüssung per Handschlag sicherlich weit verbreitet, obwohl sich einzelne Ärztinnen und Ärzte, wie zum Beispiel augenärztliche Fachpersonen, bereits vor der COVID-Pandemie davon distanzieren. Genauere Angaben dazu

### Mitglieder Qualitätszirkel mediX Bern

Dr. med. Andreas Gerber, Praxis Egghölzli; Dr. med. Christine Gerber Rihs, Praxis Bubenberg 11; Dr. med. Stefan Henzi, Ärztezentrum Fellergut; Dr. med. Daniel Horat, Gemeinschaftspraxis Brunnmatt; Dr. med. Marianne Kämpf, Gemeinschaftspraxis Königsstrasse, Liebefeld; Prof. Dr. med. Andreas Kronenberg, Praxis Bubenberg 11; Dr. med. Gianni Melideo, Ärztezentrum Fellergut; Dr. med. Madeleine Mosimann, Ärztezentrum Fellergut; Dr. med. Véronique Rigamonti, Gemeinschaftspraxis Morillon; Dr. med. Alexandra Röllin, Gemeinschaftspraxis Brunnmatt; Dr. med. Thomas Staub, Praxis Schlossgraben; Dr. med. Marianne Wendel-Beck, Praxis Bubenberg 11; Dr. med. Urs Wiprächtiger, Praxis Egghölzli.



**Tabelle:** Merkmale der Studienpopulation

Variable		Kategorie <sup>1</sup>		
		Arzt/Ärztin (n = 11)	MPA (n = 50)	Patient/in (n = 706)
Alter	<20	–	16%, N = 8	2%, N = 12
	20–34	–	50%, N = 25	15%, N = 105
	35–49	9%, N = 1	8%, N = 4	16%, N = 115
	50–65	91%, N = 10	26%, N = 13	25%, N = 178
	65–75	–	–	19%, N = 134
	> 75	–	–	23%, N = 159
	Keine Angabe	–	–	0%, N = 3
Geschlecht	Männlich	45%, N = 5	–	39%, N = 272
	Weiblich	55%, N = 6	100%, N = 50	61%, N = 429
	Andere	–	–	0%, N = 2
	Keine Angabe	–	–	0%, N = 3
Gesundheit	Leide an immunsupprimierender Erkrankung	–	4%, N = 2	10%, N = 68
	Nehme immunsupprimierende Medikamente	–	2%, N = 1	6%, N = 39
	Immunsystem schwächer (subjektiv)	–	–	12%, N = 86
	Gutes Immunsystem	100%, N = 11	94%, N = 47	69%, N = 487
	Keine Angabe	–	–	4%, N = 26
Impfstatus	Mindestens 1x geimpft	–	10%, N = 5	4%, N = 29
	Vollständig geimpft	45%, N = 5	46%, N = 23	63%, N = 446
	Genesen	–	4%, N = 2	7%, N = 48
	Genesen und vollständig geimpft	55%, N = 6	38%, N = 19	22%, N = 157
	Nicht geimpft und nicht genesen	–	2%, N = 1	2%, N = 17
	Keine Angabe	–	–	1%, N = 9
Ausbildung	Berufslehre	–	78%, N = 39	35%, N = 249
	Fachmittelschule/Gymnasium	–	12%, N = 6	17%, N = 119
	Grundschule	–	2%, N = 1	9%, N = 61
	Höhere Fachschule/Uni	100%, N = 11	8%, N = 4	36%, N = 251
	Keine Angabe	–	–	4%, N = 26

<sup>1</sup>In zehn Fragebogen fehlte die Angabe zu Kategorie und zu den *Denominator*-Daten (hier nicht aufgeführt).

lassen sich nicht finden. In der Hausarztpraxis dient der Handschlag auch der ersten körperlichen Kontaktaufnahme und hat einen gewissen diagnostischen Wert, werden doch Kräftigkeit, Feuchtigkeit und Hauttemperatur intuitiv erfasst.

### Pandemie veränderte Gepflogenheiten

Mit dem Ausbruch der COVID-19-Pandemie [2] wurde vieles anders. Zwei Tage nach der Meldung des ersten Falles in der Schweiz am 25. Februar 2020 [3] wurde mit der Lancierung der schweizweiten Informationskampagne «So schützen wir uns» des Bundesamts für Gesundheit von der Begrüssung per Handschlag abge-

### In der Hausarztpraxis hat der Handschlag auch einen diagnostischen Nutzen.

raten. Diese Empfehlung wurde beibehalten bis zur Aufhebung aller Massnahmen ab 1. April 2022, wobei im Kanton Bern empfohlen wurde, in Praxen weiter-

hin eine Gesichtsmaske zu tragen. Völlige Unklarheit bestand im Mai 2022 bezüglich der vorgesehenen Dauer der Massnahmenaufhebung, der Haltung bezüglich Begrüssung per Handschlag und der Ansichten der Patientinnen und Patienten zu diesem Thema. Mittels einer Umfrage wollten wir deshalb die aktuellen Meinungen und Haltungen gegenüber Maskentragpflicht und Begrüssung per Handschlag in der Phase der allgemeinen Lockerungen erfragen.

### Umfrage in der eigenen Praxis

Im Rahmen des MediX Qualitätszirkels (QZ) führten die Mitglieder im April 2022 eine Umfrage unter den Ärztinnen und Ärzten, den medizinischen Praxisassistentinnen (MPA) und den Patientinnen und Patienten in den Praxen zu diesen Themen durch. Alle QZ-Teilnehmenden hatten Anfang April 2022 konsekutiv den nächsten 50 Patienten und Patientinnen einen Fragebogen zu deren Einstellung bezüglich Maskentragpflicht (Mehrfachantworten möglich)

und Begrüssung in der Hausarztpraxis (Einfach-Antwort) abgegeben.

Die Teilnahme war freiwillig und anonym, erfasst wurden zusätzlich einige demografische Daten (Tabelle 1). Nach einer deskriptiven Analyse führten wir eine logistische Regression zur Identifizierung von erklärenden Variablen zu den Outcomes «Handschlag» und «Maskentragpflicht» durch. Variablen, welche das Modell nicht signifikant verbessert haben (Likelihood Test, Signifikanzniveau  $P < 0.05$ ) wurden für das finale Modell schritt-

weise rückwärts eliminiert. Die Auswertung erfolgte mit R vers. 4.1.2.

Insgesamt nahmen 16 Ärztinnen und Ärzte aus 9 Praxen an der Umfrage teil. Es wurden 777 Personen befragt (11 ärztliche Fachpersonen, 50 MPA, 706 Patientinnen und Patienten, 10 ohne Angabe der Kategorie).

### 64% der Ärzteschaft und MPA würden in Zukunft auf den Handschlag verzichten.

Da die Umfrage freiwillig war, sind die Resultate indikativ, aber nicht zwingend repräsentativ (*selection bias*). Die Gruppen unterschieden sich bezüglich Alter, Geschlecht und Ausbildung (Tabelle 1).

### Grosse Bereitschaft zum Maskentragen

In der Bereitschaft, auch in Zukunft eine Maske zu tragen, waren sich die Gruppen der MPA und der Patientinnen und Patienten ähnlich (Abbildung 1). In allen Gruppen war die Mehrheit der Personen bereit, die Maske zumindest situativ (in Wintermonaten oder während eines Infekts des oberen Atemwegs) weiterhin zu tragen (ärztliche Fachpersonen 100%, MPA 80%, Patientinnen und Patienten 80%). Sobald möglich keine Maske mehr zu tragen, war nur für 9% der Ärztinnen und Ärzte, jedoch für 42% der MPA und 32% der Patientinnen und Patienten zumindest eine valable Option. Der Grossteil der Personen, die bereit wären, bei Infekten der Atemwege eine Maske in der Praxis zu tragen, würde dies auch im öffentlichen Verkehr so handhaben.

### Zurückhaltung beim Handschlag

Bezüglich der Wiedereinführung der Begrüssung per Handschlag in der Praxis waren sich ärztliche Fachpersonen und MPA ähnlicher und deutlich zurückhaltender als Patientinnen und Patienten (Abbildung 2). 64% der Ärztinnen und Ärzte und MPA würden in Zukunft auf eine Begrüssung per Handschlag verzichten und immerhin 37% der Patientinnen und Patienten würden ebenfalls generell davon absehen. Deutlich mehr Patientinnen und Patienten (29%) scheinen in dieser Frage aber noch verunsichert und würden vorerst die nächste Wintersaison abwarten, während keine der ärztlichen Fachpersonen diese Option wählte.

In der logistischen Regression korrelierte die Bereitschaft, die Begrüssung mit Handschlag wieder aufzunehmen, mit dem Anliegen, die Maske nicht mehr zu tragen ( $P < 0.01$ ). Alle anderen untersuchten Variablen zeigten keine signifikante Assoziation, weder mit dem Wunsch eines Handschlags zur Begrüssung noch mit der Bereitschaft, eine Maske zu tragen.

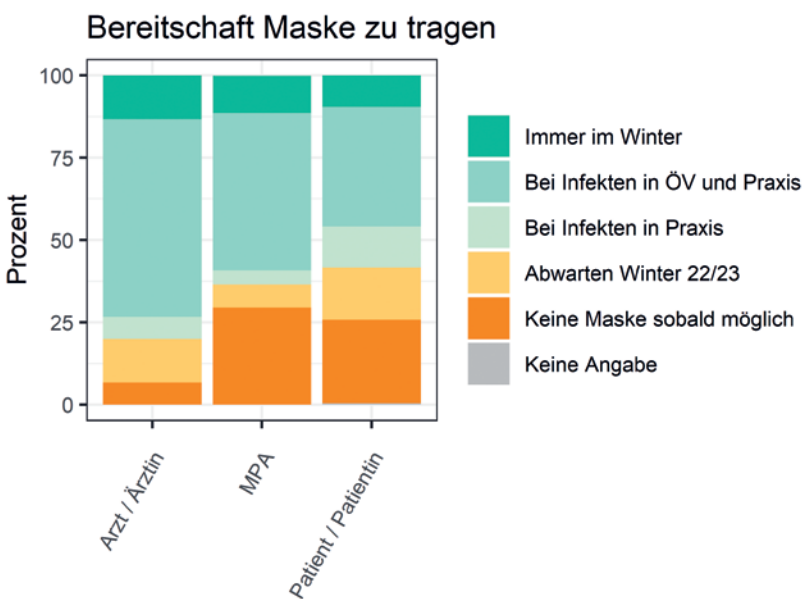


Abbildung 1: Wie steht es um die Bereitschaft, Maske zu tragen (Angaben in Prozent).

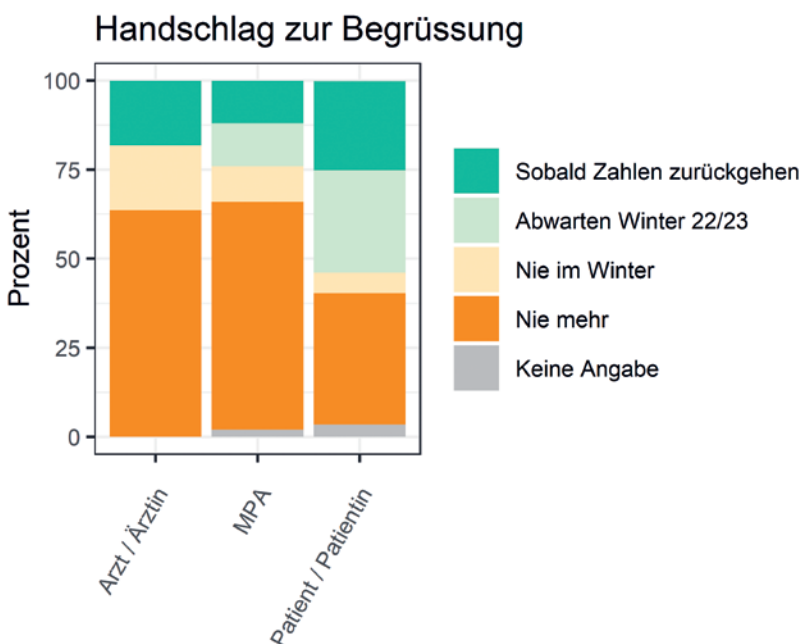


Abbildung 2: Wie steht es um den Handschlag? (Angaben in Prozent).

## Maske nicht nur bei COVID-19 effektiv

Die Umfrage zeigt, dass die Bereitschaft, unter bestimmten Bedingungen weiterhin eine Gesichtsmaske zu tragen, auch bei Patientinnen und Patienten im April 2022 mit 58,5% Ja-Anteil bei den Antworten hoch war. Die Mehrheit dieser Personen wäre weiterhin bereit, bei Symptomen einer Atemwegsinfektion auch im öffentlichen Verkehr freiwillig eine Maske zu tragen. Die Propagation des freiwilligen Maskentragens bei Atemwegsinfekten könnte somit auch in Zukunft durchaus auf eine wesentliche Resonanz stossen. Dies hätte nicht nur Auswirkungen auf die COVID-Infektionsrate, führten die Massnahmen während der COVID-Pandemie doch auch zu einem signifikanten Rückgang anderer Atemwegsinfektionen [4] und der Antibiotikaverschreibungen im ambulanten Setting. (In der Schweiz konnte zwischen 2019 und 2021 ein Rückgang der Antibiotikaverschreibungen im ambulanten Bereich von 9 auf 7,4 (–18%) *defined daily doses* (DDD) pro 1000 Einwohner beobachtet werden [5]). Allerdings ist noch nicht geklärt, wie viel die Maskentragpflicht zu diesem Effekt beiträgt.

## Die neue «alte» Normalität

Während die Empfehlungen zum Maskentragen bisher stets recht klar von der öffentlichen Hand bestimmt wurden, fehlen klare Leitlinien bezüglich Begrüssung per Handschlag nach Aufhebung aller Massnahmen vollständig. Obwohl eine Übertragung von COVID-19 per Hand oder über Oberflächen möglich ist, bleibt die Übertragung per Tröpfchen sicher-

lich der Hauptübertragungsweg. Reinigung und Desinfektion schützen gut vor Übertragung durch direkten Kontakt mit Oberflächen [6]. Zudem ist die gründliche Händedesinfektion vor und nach dem Patientenkontakt auch ausserhalb der COVID-Pandemie medizinischer Standard [7].

Die Begrüssung mit Handschlag hat vor allem in der Schweiz eine hohe Tradition und wird von vielen Ärztinnen und Ärzten als erste (auch körperliche) Kontaktaufnahme geschätzt und teilweise auch diagnostisch genutzt. Trotzdem war in unserer Umfrage die Mehrheit von ihnen bereit, in Zukunft generell auf dieses Begrüssungsritual zu verzichten. Dies wohl auch, weil sich zwischenzeitlich andere Begrüssungsformen wie Nicken oder leichte Berührung an der Schulter beim Geleiten ins Sprechzimmer etabliert haben.

Die Autorinnen und Autoren sind der Meinung, dass allen Patientinnen und Patienten mit oberen Atemwegsinfektionen das Tragen einer Atemschutzmaske in den Praxisräumlichkeiten weiterhin nahegelegt werden sollte. Zudem sollte ihnen empfohlen werden, die Maske auch im öffentlichen Verkehr zu tragen. Dies sollte selbstverständlich auch für das Praxispersonal gelten. Im Sprechzimmer sollten individuelle Entscheidungen möglich sein, zum Beispiel wenn aus nachvollziehbaren Gründen bei älteren Personen auf die Maske verzichtet wird oder wenn bei nahem Kontakt zu immunsupprimierten Personen trotz fehlender Infektzeichen eine Maske getragen wird. Eine Berührung im individuellen Gespräch erscheint situativ nach wie vor von grosser Wichtigkeit und – bei entsprechender Händedesinfektion – auch unbedenklich.

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



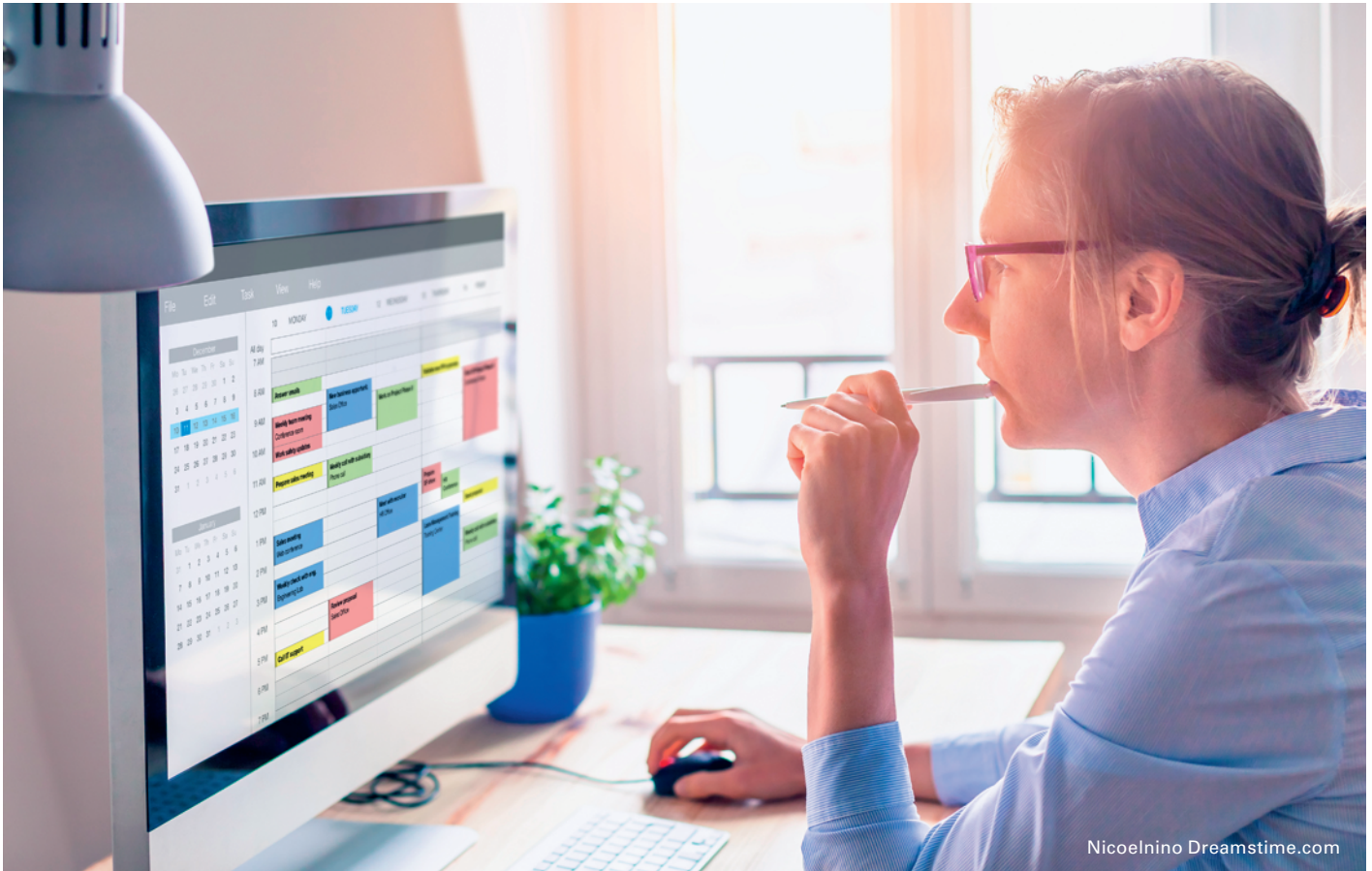
### Das Wichtigste in Kürze

- Die Mitglieder des MediX Qualitätszirkels Bern haben ärztlichen Fachpersonen, medizinischen Praxisassistentinnen (MPA) sowie Patientinnen und Patienten zu deren Haltung gegenüber Handschlag in der Arztpraxis und Tragen von Masken befragt.
- In allen Gruppen war die Mehrheit bereit, die Maske zumindest situativ trotz Aufhebung der Corona-Massnahmen weiterhin zu tragen. Beim Handschlag waren ärztliche Fachpersonen und MPA zurückhaltender als Patientinnen und Patienten.
- Gemäss den Autorinnen und Autoren sollte Personen mit oberen Atemwegsinfektionen empfohlen werden, in der Arztpraxis und den öffentlichen Verkehrsmitteln eine Maske zu tragen. Der Handschlag erscheint ihnen jedoch bei richtiger Händedesinfektion unbedenklich.

### L'essentiel en bref

- Les membres du cercle de qualité MediX de Berne ont interrogé les professionnels de la santé, les assistants médicaux (AM) ainsi que les patients sur leur attitude vis-à-vis du port du masque et de la poignée de main dans le cabinet médical.
- Dans tous les groupes, la majorité était prête à continuer de porter le masque, du moins dans certaines situations, malgré la levée des mesures sanitaires. En ce qui concerne la poignée de main, les professionnels de la santé et les AM étaient plus réticents que les patients.
- Selon les auteurs, il faudrait recommander aux personnes souffrant d'infections des voies respiratoires de porter un masque au cabinet médical et dans les moyens de transport. La poignée de main leur semble toutefois sans danger si les mains sont correctement désinfectées.

redaktion.saez[at]emh.ch



Nicoelnino Dreamstime.com

# Wie die optimale Dienstplanung gelingt

**Gregor Lindner<sup>a,b</sup>, Emanuel Plüss<sup>a</sup>, Michael Haidinger<sup>a</sup>, Svenja Ravioli<sup>a</sup>**

<sup>a</sup> Klinik für Allgemeine Innere und Notfallmedizin, Bürgerspital Solothurn, Solothurn, Schweiz

<sup>b</sup> Universitäres Notfallzentrum, Inselspital, Universitätsspital Bern, Bern, Schweiz

Die Dienstplanung ist für Spitäler eine Herausforderung: gesetzliche Rahmenbedingungen, Wünsche der Mitarbeitenden und der zunehmende ökonomische Druck erschweren die Planung. Zudem gilt es, Engpässe und Überkapazitäten zu vermeiden. Im Folgenden stellen wir ein Modell zur Dienstplanoptimierung am Beispiel einer interdisziplinären Notfallstation und unsere Erfahrungen damit vor.

Die Dienstplanung ist ein zentraler Teil der administrativen Tätigkeiten in einer Klinik. Häufig gestaltet sie sich aufgrund unterschiedlicher Faktoren herausfordernd. Je nach Abteilungs- bzw. Teamgrösse wird das Planen komplexer: Gesetzliche Rahmenbedingungen, Anforderungen durch Gesamtarbeitsverträge, Mitarbeiterbedürfnisse und nicht zuletzt individuelle Anforderungen des betreffenden Bereichs sind ein-

flussnehmende Faktoren, welchen Rechnung getragen werden muss.

## Optimale Planung ist essenziell

In Zeiten sich verknappender Ressourcen, zunehmend auch durch Personalmangel im Bereich Pflege und Ärzteschaft, ist eine optimale Einsatzplanung essen-



			00:00	01:00	02:00	03:00	04:00	05:00	06:00	07:00	08:00	
2019	Montag	Patientenaufkommen	Mittelwert	8,0	6,7	5,0	4,3	3,6	3,3	3,3	4,0	5,0
			Stabw	3,5	2,8	3,1	2,3	2,0	2,0	2,3	2,6	2,6
	Patienteneintritte	Mittelwert	1,7	1,3	1,3	0,8	1,0	0,9	1,5	1,6	3,0	3,0
		Stabw	1,3	1,1	1,2	1,0	1,1	1,1	1,2	1,3	1,7	
	Dienstag	Patientenaufkommen	Mittelwert	7,8	6,8	4,8	4,0	3,5	3,5	3,6	3,8	4,6
			Stabw	3,1	2,8	2,4	2,1	2,3	2,1	2,1	2,3	2,1
	Patienteneintritte	Mittelwert	1,9	1,0	1,0	0,8	1,1	1,0	1,3	1,6	2,0	
		Stabw	1,3	0,9	1,2	0,8	1,0	1,0	1,2	1,2	1,6	
	Mittwoch	Patientenaufkommen	Mittelwert	6,4	5,5	4,2	3,7	3,0	2,7	2,4	2,9	3,7
			Stabw	3,4	3,0	2,3	2,1	1,8	1,8	1,6	1,5	1,8
	Patienteneintritte	Mittelwert	1,3	1,1	1,1	0,7	0,6	0,6	1,3	1,4	2,3	
		Stabw	1,3	1,1	1,1	0,8	0,8	0,9	1,3	1,3	1,5	
	Donnerstag	Patientenaufkommen	Mittelwert	7,5	6,4	5,2	4,0	3,4	3,6	3,3	3,5	4,2
			Stabw	2,9	2,8	2,5	2,1	1,9	1,9	2,0	1,5	2,1
	Patienteneintritte	Mittelwert	1,8	1,4	0,8	0,7	1,1	0,7	1,4	1,5	2,8	
		Stabw	1,2	1,2	0,7	0,8	1,1	0,8	1,1	1,2	1,6	
	Freitag	Patientenaufkommen	Mittelwert	7,6	6,6	5,1	4,0	3,3	3,0	3,1	3,6	3,8
			Stabw	3,2	2,8	2,2	1,9	1,9	1,8	1,8	1,9	1,8
	Patienteneintritte	Mittelwert	1,9	1,3	1,1	0,7	0,8	0,7	1,2	1,3	1,9	
		Stabw	1,2	1,4	1,1	0,7	0,9	0,8	1,0	0,9	1,4	
	Samstag	Patientenaufkommen	Mittelwert	8,8	7,8	6,1	4,8	4,0	3,5	3,3	3,4	4,3
			Stabw	3,2	3,0	3,3	2,5	2,6	2,4	2,1	1,9	2,1
	Patienteneintritte	Mittelwert	1,9	1,3	1,2	1,1	0,7	0,9	1,4	1,5	2,4	
		Stabw	1,2	1,5	1,1	1,1	0,8	1,0	1,2	1,2	1,9	
Sonntag	Patientenaufkommen	Mittelwert	6,9	6,5	5,4	5,0	4,8	4,6	4,4	4,6	4,9	
		Stabw	3,5	3,3	2,8	3,2	3,3	2,7	2,5	2,9	2,9	
Patienteneintritte	Mittelwert	2,3	1,9	1,4	1,4	1,6	1,2	1,6	1,5	1,7		
	Stabw	1,5	1,1	1,4	1,3	1,5	1,0	1,2	1,2	1,5		

Abbildung 1: Beispiel für Konsultationszahlen eines Jahres spezifiziert für den Wochentag und unterteilt in neu ankommende sowie Gesamtzahl an Patientinnen und Patienten, welche sich im Notfallzentrum in Behandlung befanden.

ziell. Gerade in der Notfallmedizin ist es unerlässlich, Personalknappheit und dadurch entstehende Engpässe in der Versorgung der Patientinnen und Patienten zu vermeiden. Andererseits sollen ungenutzte Vorhalteleistungen und damit verbundene Leerläufe

**Gerade in der Notfallmedizin ist es unerlässlich, Personalknappheit zu vermeiden.**

Video-Anleitung  
Eine detaillierte Schritt-für-Schritt-Anleitung sehen Sie via QR-Code auf Youtube.



für das Personal möglichst gering gehalten werden. Konsultationszahlen können abhängig von Tageszeit und Wochentag, aber auch saisonal stark schwanken, was die optimale Planung der Schichten zusätzlich erschwert. Ein objektives Modell zur Errechnung der idealen Schichtstärke abhängig von Tageszeit und Wochentag anstelle eines starren Dienstplans wäre wünschenswert, steht aber in der heutigen

Realität der Dienstplanung an schweizerischen Notfallzentren nicht zur Verfügung. Im Folgenden zeigen wir die Vorteile eines solchen Systems zur der optimierten Dienstplanung mit dem kostenlosen Add-In «Solver» für Microsoft Excel am Beispiel eines interdisziplinären Notfallzentrums. Eine Schritt-für-Schritt-Anleitung ist zudem online auf Youtube verfügbar (<https://t.ly/sdfz>).

**Bessere Voraussage durch bessere Daten**

Die Grundlage des Modells bilden möglichst umfassende und detaillierte historische Daten zu Konsultationszahlen der entsprechenden Klinik: Konkret werden

**Die Grundlage des Modells bilden umfassende und detaillierte historische Daten.**

Mittelwert, Standardabweichung und Maximum des Patientenaufkommens pro Wochentag benötigt. Zudem sollte eine Unterscheidung zwischen im Zeitraum neu angekommenen und sich während des Zeitraums bereits in Behandlung befindlichen Patientinnen und Patienten erfolgen. Abbildung 1 zeigt ein Beispiel einer solchen Datengrundlage anhand des interdisziplinären Notfallzentrums des Bürgerspitals in Solothurn. Vorab individuell zu definieren ist, für welches Auslastungsniveau die Berechnung erfolgen soll: Im konkreten Beispiel wird der Mittelwert plus eine Standardabweichung, entsprechend der 84. Perzentile des Patientenaufkommens, angewandt, um eine Reservekapazität zur Vermeidung von Flaschenhälsen, Wahrung der Patientensicherheit und Zumutbarkeit für die Mitarbeitenden zu gewährleisten. Median und Maximalwert sind als Richtwerte für das Patientenaufkom-

ED Shift plan optimisation						
<b>Objective</b>						
Working hours (minimum)		79				
<b>Decision variables</b>						
Number of doctors		07:00	08:00	09:00	10:00	
		2	2	3	3	
<b>Constraints</b>						
Minimum number of doctors present	≥	2				
Maximum number of new patients/hour/doctor	≤	3	0.68344067	0.46830628	0.49223932	
Maximum number of patients/doctor in parallel	≤	5	0.32510336	0.29321141	0.33108418	
<b>Consultation numbers</b>						
Monday	Total patients	Mean	07:00	08:00	09:00	10:00
		STD	3.9	4.5	6.5	9.2
	84th percentile	6.2	6.8	9.1	12.3	
	New arrivals	Mean	1.6	2.8	4.1	4.9
		STD	1.3	1.5	2.0	2.2
	84th percentile	2.9	4.3	6.1	7.1	

Abbildung 2: Darstellung von Zielwert, Entscheidungsvariablen sowie Nebenbedingungen inklusive Konsultationen in Microsoft Excel.

ED Shift plan optimisation			
<b>Objective</b>			
Working hours (minimum)			79
<b>Decision variables</b>			
Number of doctors		07:00	2
<b>Constraints</b>			
Minimum number of doctors present	≥	2	
Maximum number of new patients/hour/doctor	≤	3 =D10/D30	0.4
Maximum number of patients/doctor in parallel	≤	5	0.32510336 0.2
<b>Consultation numbers</b>			
<b>Monday</b>			
Total patients	Mean		07:00 3.9
	STD		2.3
	84th percentile		6.2
New arrivals	Mean		1.6
	STD		1.3
	84th percentile		2.9

Abbildung 3: Definition einer Nebenbedingung.

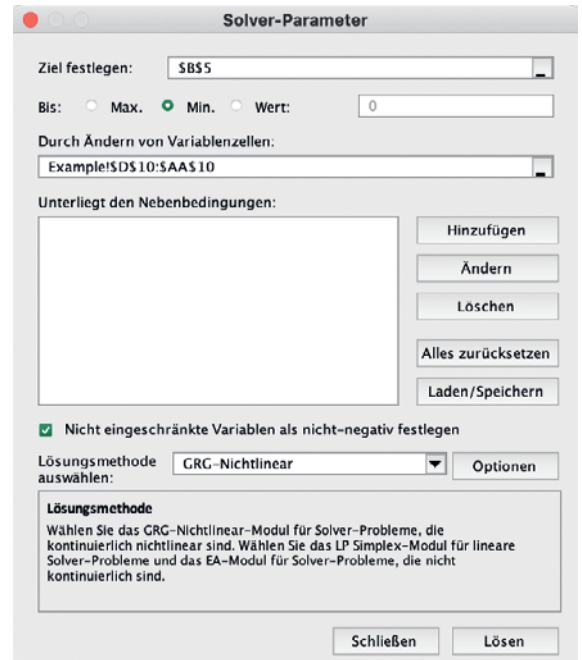


Abbildung 4: Auswahl des Zielwertes und der Entscheidungsvariablen im Solver Add-In.

men ungeeignet. Bei der Verwendung des Medians an 50% der Tage wird das Aufkommen höher sein, bei Verwendung des Maximalwerts droht ein ineffizienter Ressourceneinsatz.

### Terminologie und Set-up

Zur Erstellung des Modells werden im Vorfeld drei Klinik-spezifische Parameter definiert:

- Zielwert (Objective):** Ziel des Modells, hier «Minimum» oder «Maximum» der benötigten ärztlichen Arbeitsstunden pro Arbeitstag, um die definierten Nebenbedingungen (Constraints) zu erfüllen.
- Entscheidungsvariablen (Decision Variables):** Parameter mit Auswirkung auf den Zielwert. Im konkreten Beispiel ist das die Anzahl der benötigten Ärztinnen und Ärzte zu jeder Tageszeit. Der Zielwert stellt die Summe der Entscheidungsvariablen dar.
- Nebenbedingungen (Constraints):** Die Nebenbedingungen sind die zu erfüllenden Konditionen: Wie viele Ärztinnen oder Ärzte müssen zu einer gewissen Zeit mindestens oder immer anwesend sein. Wie viele Patientinnen oder Patienten pro Stunde maximal neu angenommen bzw. wie viele Patientinnen oder Patienten maximal parallel durch eine Ärztin oder einen Arzt betreut werden können.

Am Beispiel des interdisziplinären Notfallzentrums am Bürgerspital Solothurn wurden die Nebenbedingungen wie folgt definiert (Abbildung 2):

- Minimum zwei Ärztinnen und Ärzte müssen zu jedem Zeitpunkt vor Ort sein.
- Maximal drei Patientinnen und Patienten können pro Stunde durch einen Arzt oder eine Ärztin behandelt werden.
- Maximal fünf Patientinnen und Patienten können parallel durch einen Arzt oder eine Ärztin betreut werden.

Nun können die historischen Konsultationszahlen, wie oben beschrieben, ergänzt werden (Abbildung 2). Als nächstes muss zwischen den individuellen Konditionen (Nebenbedingungen) und der Anzahl benötigter Ärztinnen und Ärzte im Tagesverlauf (Entscheidungsvariablen) ein Bezug hergestellt werden. Die minimale Anzahl an Ärztinnen und Ärzten ist von Ta-

### Nach Ergänzung sämtlicher Parameter kann «Solver» zur Berechnung aktiviert werden.

geszeit und Patientenaufkommen unabhängig und bleibt unverändert. Hinsichtlich maximaler Anzahl neuer Patientinnen und Patienten pro Stunde, im Beispiel definiert als drei, kann die Anzahl der Ärztinnen und Ärzte durch die neu eingetroffenen Patientinnen und Patienten in jeder Stunde des Tages dividiert werden. Da der Wert von drei neuen Patientinnen und Patienten pro Ärztin und Arzt nicht überschritten werden darf, ist die Nebenbedingung als  $\frac{3}{0.33}$  zu definieren (Abbildung 3). Hinsichtlich der Nebenbedingung «maximal fünf Patientinnen und Patienten par-

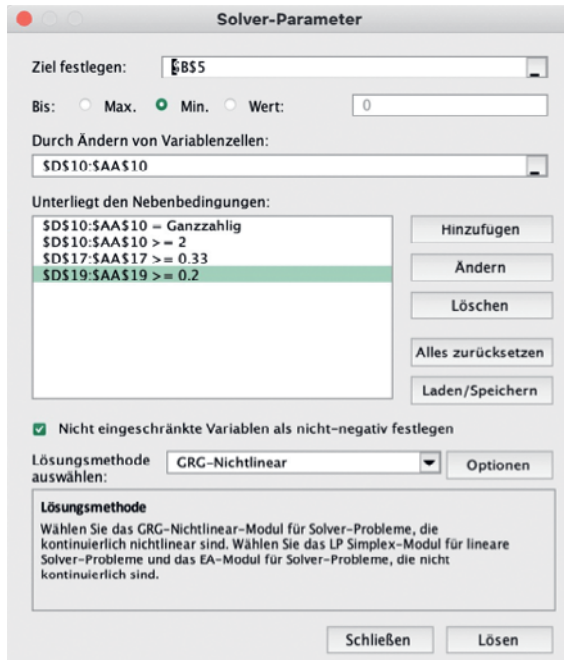


Abbildung 5: Eingabe der Nebenbedingungen im Solver Add-In.

allel pro Ärztin und Arzt» ist das Vorgehen analog mit dem Unterschied, dass die Entscheidungsvariable je Stunde des Tages durch die Zahl der sich in Behandlung befindender Patientinnen und Patienten zu dividieren ist. Im Beispiel ist die Nebenbedingung somit als  $\geq 0.2$  zu definieren (Abbildung 3).

### Konkrete Durchführung

Nach Ergänzung sämtlicher benötigter Parameter kann «Solver» unter dem Reiter «Daten» beim Punkt

«Analysetools» zur Berechnung aktiviert werden. Hier müssen nun Zielwert, also die minimalen ärztlichen Arbeitsstunden pro Tag, festgelegt und Entscheidungsvariablen, also Anzahl benötigter Ärztinnen und Ärzte zu jeder Tageszeit, angewählt werden (Abbildung 4). Als nächstes sind die definierten Nebenbedingungen wie in Abbildung 5 dargestellt anzuwählen.

Nach Auswahl von «Simplex-LP» für ein lineares Modell der Lösungsmethode kann durch Klick auf «Lösen» die Berechnung erfolgen. In den entsprechenden Feldern werden nun Zielwert und Entscheidungsvariablen, also die zu jeder Stunde des Tages benötigte Anzahl der Ärztinnen und Ärzte angegeben (Abbildung 6). Idealerweise wird das Modell für jeden Wochentag individuell errechnet, damit ein bedarfsgerechter Dienstplan erstellt werden kann.

### Vorteile und Limitationen des Modells

Zu den Vorteilen des vorgestellten Modells zählt die Individualisierbarkeit: Je nach Bedürfnissen der Klinik oder Abteilung und Anforderungen an den Schichtplan können die Nebenbedingungen mehr oder weniger umfangreich definiert werden. Einmal aufgesetzt

**Das Modell ist für alle Berufsgruppen anwendbar, wo Nachfrage-abhängige Schichtplanung notwendig ist.**

kann das Modell jederzeit benutzt werden, um zu überprüfen, ob die aktuelle Schichtplanung noch mit den Konsultationszahlen vereinbar ist oder ob Anpassungen empfehlenswert wären. Das Modell ist für alle

Download: Excel-Tabelle  
Laden Sie via QR-Code eine Beispieltabelle runter.  
Um alle Funktionen nutzen zu können, muss das Excel-Add-In Solver installiert sein.



ED Shift plan optimisation				07:00	08:00	09:00	10:00	11:00	12:00
<b>Objective</b>									
Working hours (minimum)			79						
<b>Decision variables</b>									
Number of doctors				2	2	3	3	4	4
<b>Constraints</b>									
Minimum number of doctors present	$\geq$		2						
Maximum number of new patients/hour/doctor	$\leq$	0.33	0.68344067	0.46830628	0.492239316	0.421572093	0.581319217	0.695566484	
Maximum number of patients/doctor in parallel	$\leq$	0.2	0.325103381	0.293211411	0.331084178	0.243841227	0.25410285	0.215947732	
<b>Consultation numbers</b>									
Monday	Total patients	Mean		3.9	4.5	6.5	9.2	12.0	14.1
		STD		2.3	2.3	2.5	3.1	3.7	4.5
New arrivals		84th percentile		6.2	6.8	9.1	12.3	15.7	18.5
		Mean		1.6	2.8	4.1	4.9	4.7	3.9
		STD		1.3	1.5	2.0	2.2	2.2	1.8
		84th percentile		2.9	4.3	6.1	7.1	6.9	5.8

Abbildung 6: Ergebnis des Optimierungsmodells.

Berufsgruppen anwendbar, wo Nachfrage-abhängige Schichtplanung notwendig ist (Ärztenschaft, Pflege, Hotellerie, Raumpflege usw.).

Limitierend für das Modell ist wie immer die Datengrundlage: die verwendeten historischen Daten sollten möglichst repräsentativ für die aktuelle Situation sein, also nicht zu weit zurückliegen und keine ausserordentlichen Ereignisse in überrepräsentierter Stärke aufweisen. Ausserdem sollten sie über einen repräsentativen Zeitraum erhoben sein. Nach Errechnung des Bedarfs müssen auf Basis dessen die Schichten gemäss deren jeweiligen Längen definiert werden.

### Erfahrungen unseres Notfallzentrums

Das interdisziplinäre Notfallzentrum am Bürgerspital Solothurn setzt sich aus einer Notfallstation und einer ambulanten Notfallpraxis zusammen, welche im Jahr 2021 gemeinsam rund 42000 Konsultationen gezählt haben. Die Notfallpraxis wird mit Unterstützung von Hausärztinnen und Hausärzten aus der Region und einer Ärztin oder einem Arzt aus unserem Team in einem Zweischichtsystem betrieben und ist daher von der individualisierten Planung ausgenommen.

An der interdisziplinären Notfallstation erfolgt die optimierte Dienstplanung bei den Ärztinnen und Ärzten nun seit gut sechs bis zwölf Monaten anhand des beschriebenen Modells. Durch die Umstellung auf

einen individualisierten wochentagbasierten Dienstplan konnte eine bedarfsgerechtere Ressourcenverteilung mit weniger Schichten bei gleichbleibender Arbeitsbelastung erreicht werden. Ergänzend wurde für Tage mit durchschnittlich weniger Konsultationszahlen ein Pikettdienst geschaffen, damit unerwartete Spitzen problemlos bewältigt werden können. Durch

### Letztlich wird ein ideales individualisiertes Abstimmen aller erforderlichen Parameter im Schichtbetrieb ermöglicht.

die kontinuierliche Erfassung der Konsultationszahlen kann die objektive Berechnung der notwendigen Schichtstärke zu jeder Zeit eines Wochentags beliebig oft neu erfolgen und die Dienstplanung dem Bedarf angepasst werden. Excel Solver ist somit ein kostengünstiges, ubiquitär verfügbares Werkzeug, womit der Bedarf objektiviert und vorhandene Flaschenhälse aufgezeigt werden. Letztlich wird ein ideales individualisiertes Abstimmen von Vorhalteleistung und Nachfrage mit maximaler Patientensicherheit, Vermeidung von Overcrowding und Stressreduktion bei Mitarbeitenden im Schichtbetrieb ermöglicht.

Aufgrund der positiven Ergebnisse im ärztlichen Dienstbetrieb werden am Bürgerspital Solothurn aktuell Berechnungen für den Schichtbetrieb des Notfallpflegepersonals durchgeführt, um auch hier etwaiges Optimierungspotenzial identifizieren zu können.

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



**Korrespondenz:**  
[lindner.gregor\[at\]gmail.com](mailto:lindner.gregor[at]gmail.com)

Für die Arztpraxis und MPA-Lernende

## Ausbildungsprogramm für die Lehrbetriebe



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

shop.emh.ch



EMHMedia  
SCHWEIZERISCHER ARZTEVERLAG  
EDITIONS MEDICALES SUISSES







## Medizinische Begutachtung

# Qualitätssicherung durch unabhängige Kommission

**Marco Weiss**

Dr. iur., Rechtsanwalt, Zürich.

Der Wunsch nach einheitlichen Qualitätskriterien in der medizinischen Begutachtung stand schon lange im Raum. Die diesjährige IV-Reform und eine neu einberufene Kommission sollen nun langfristig für mehr Transparenz sorgen. Warum dies wichtig ist, erklärt Marco Weiss.

Oft wird die mangelhafte Qualität von medizinischen Gutachten, welche frei praktizierende Ärztinnen und Ärzte oder spezielle medizinische Abklärungsstellen (wie die MEDAS) zu Händen der Invaliden-, Unfall- und Krankenversicherungsträger verfassen, thematisiert. Die geltend gemachte mangelhafte Qualität kann dabei verschiedene Ursachen haben. Im Vordergrund stehen formelle und materielle Mängel.

### Vorwurf Gefälligkeitsgutachten

Als formeller Mangel wird in der Praxis häufig vorgebracht, dass die frei praktizierenden Ärztinnen und Ärzte und besonderen medizinischen Gutachterstellen nicht unabhängig agieren, da diese von schweizerischen Sozialversicherungsträgern wirtschaftlich abhängig seien. Im Zentrum dieser Argumentation steht

immer der Vorwurf von «Gefälligkeitsgutachten» im Raum [1]. Hierbei wird häufig übersehen, dass zwischen den frei praktizierenden Ärztinnen und Ärzten oder speziellen medizinischen Begutachtungsstellen (wie den MEDAS) eine gesetzlich vorgesehene Zusammenarbeit besteht (Art. 44 ATSG) und der Einwand der angeblichen «Gefälligkeitsgutachten» von den Gerichten in den allermeisten Fällen nicht gehört wird [2].

### Risiko mangelhaftes Gutachten

Im Gegensatz zu den formellen Mängeln spielen materielle Mängel von medizinischen Gutachten in der Praxis eine wesentliche Rolle. Unter materiellen Mängeln sind solche zu verstehen, welche ein medizinisches Gutachten nicht beweiskräftig erscheinen lassen können.

Für den Beweiswert eines medizinischen Gutachtens ist entscheidend, ob dieses für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben worden ist, in der Beurteilung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen des Experten begründet sind [3]. Mit anderen Worten: Sofern ein medizinisches Gutachten nicht auf eigenen Untersuchungen beruht, die Aktenlage nicht vollständig berücksichtigt, widersprüchlich oder nicht begründet ist, hat es keinen Beweiswert. Für materielle Mängel eines Gutachtens können viele Gründe sprechen, etwa weil Akten oder geltend gemachte gesundheitliche Beschwerden der begutachtenden Person nicht gehörig Berücksichtigung gefunden haben.

### Krankheit ist jede Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit, die nicht Folge eines Unfalles ist.

Schwierig sind die Fälle, in welchen das medizinische Gutachten allein aus juristischer Sicht – und damit nicht aus medizinischer Sicht – widersprüchlich ist oder nicht richtig begründet erscheint. Die divergierende Sichtweise zwischen Jurisprudenz und Medizin kann etwa darin begründet liegen, dass beide von einem unterschiedlichen Gesundheitsbegriff ausgehen: Für den Juristen ist der gesetzliche Gesundheitsbegriff massgebend (vgl. Art. 3 ATSG), nach welchem Krankheit jede Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit ist, die nicht Folge eines Unfalles ist und die eine medizinische Untersuchung oder Behandlung erfordert oder eine

Arbeitsunfähigkeit zur Folge hat. Hingegen ist für den Mediziner der biopsychosoziale Krankheitsbegriff massgebend [4].

### Einführung von Begutachtungsleitlinien

Zur Vermeidung von formellen und materiellen Mängeln haben sowohl Juristen und Mediziner zu Recht auf die Einführung von Leitlinien bestanden [5]. Zum 1. Juli 2020 sind nun auch die Begutachtungsleitlinien Versicherungsmedizin massgebend, welche die fächerübergreifenden Aspekte der Begutachtung in versicherungsmedizinischen Fragen regeln. In ihrer Ausführlichkeit sind diese «auf komplexe Gutachten in allen

### Eine unabhängige Stelle für das Qualitätsmanagement von medizinischen Gutachten wird schon seit Jahren gefordert.

Versicherungsbereichen der Sozialversicherung (v.a. Invalidenversicherung, Unfallversicherung, Militärversicherung) und der Privatversicherung (v.a. Haftpflichtversicherung, Krankentaggeldversicherung, Ansprüche bei Personenschäden) ausgerichtet» [6].

Ferner ist im Schrifttum und in der Praxis seit Jahren die Forderung im Raum, dass der Gesetzgeber eine unabhängige Stelle schafft, welche sich mit dem Qualitätsmanagement betreffend medizinische Gutachten beschäftigt [7]. So hat das Bundesgericht bereits im Leitentscheid BGE 137 V 210, welcher das medizinische Begutachtungsverfahren in der Schweiz erheblich verändert hat, die Einführung einer unabhängigen Stelle für das Qualitätsmanagement von medizinischen Gutachten empfohlen. Aber erst zum 1. Januar 2022 hat der Gesetzgeber nun die Eidgenössische Kommission für Qualitätssicherung in der medizinischen Begutachtung geschaffen, welche das medizinische Begutachtungsverfahren in der Sozialversicherung regulieren soll.

### Revision des Sozialversicherungsrechts

Zum 1. Januar 2022 hat der Gesetzgeber den für das medizinische Begutachtungsverfahren grundlegenden Art. 44 ATSG vollkommen revidiert und erheblich erweitert. Eine Erweiterung verleiht dem Bundesrat die Kompetenz, eine Kommission mit Vertreterinnen und Vertretern der verschiedenen Sozialversicherungen, der Gutachterstellen, der Ärzteschaft, der Neuropsychologinnen und Neuropsychologen, der Wissenschaft sowie der Patienten- und Behindertenorganisationen zu schaffen. Diese soll die Zulassung als Gutachter-

stelle, das Verfahren zur Gutachtenerstellung und die Ergebnisse der medizinischen Gutachten überwachen. Die Kommission besteht aus der Präsidentin oder dem Präsidenten und 12 Mitgliedern (vgl. Art. 7o ATSV). Davon vertreten: zwei Personen die Sozialversicherungen; eine Person die Gutachterstellen; drei Personen die Ärzteschaft; eine Person die Neuropsychologinnen und Neuropsychologen; zwei Personen die Wissenschaft; eine Person das versicherungsmedizinische Ausbildungswesen; zwei Personen die Patienten- und Behindertenorganisationen. Es ist positiv zu werten, dass der Gesetzgeber besonderen Wert darauf gelegt hat, dass die Eidgenössische Kommission für Qualitätssicherung in der medizinischen Begutachtung transparent und interdisziplinär zusammengesetzt ist.

### Überwachung der Qualitätskriterien

Die Aufgabe der Kommission liegt hauptsächlich darin, Empfehlungen betreffend die medizinische Begutachtung im Sozialversicherungsverfahren abzugeben (vgl. Art. 7p Abs. 1 lit. a – d ATSV). Die Empfehlun-

Sodann überwacht die Kommission die Einhaltung der Empfehlungen durch die Sachverständigen und Gutachterstellen (Art. 7p Abs. 2 ATSV). Stellen die Versicherungsträger oder Durchführungsorgane der einzelnen Sozialversicherungen etwa eine systematische Nichteinhaltung der von der Kommission vorgegebenen Kriterien durch Gutachterstellen fest, so können die Versicherungsträger oder Durchführungsorgane der einzelnen Sozialversicherungen der Kommission die notwendigen Unterlagen und Gutachten für eine Überprüfung der Qualität zukommen lassen (Art. 7p Abs. 5 ATSV). Wann eine systematische Nichteinhaltung der Kriterien vorliegt und wann nicht, wird sich in der Praxis noch zeigen. Es ist anzunehmen, dass der Tatbestand der systematischen Nichteinhaltung eine gewisse Intensität und damit regelmässige Verstösse gegen die vorstehend genannten Kriterien verlangt. Einzelne Verstösse werden mutmasslich nicht ausreichen, um eine Überprüfung der Qualität von Gutachten durch die Kommission in die Wege zu leiten.

### Einheitliche Standards schaffen

Mit der Eidgenössischen Kommission für Qualitätssicherung in der medizinischen Begutachtung ist ein Organ geschaffen worden, welches das medizinische Begutachtungsverfahren in der Sozialversicherung – neben der Setzung von medizinischen Leitlinien – weiter standardisieren soll. Im Rahmen ihrer Kompetenzen hat die Kommission die einzigartige Möglichkeit, um vereinheitlichte Standards im medizinischen Begutachtungsverfahren der Schweiz zu schaffen. Gleichzeitig hat die Kommission gewisse Kontrollmechanismen, um die Qualitätssicherung in der medizinischen Begutachtung durchzusetzen.

### Bei systematischer Nichteinhaltung der Qualitätskriterien durch Gutachterstellen kann eine Überprüfung eingeleitet werden.

gen umfassen: Anforderungs- und Qualitätskriterien für das Verfahren zur Erstellung von Gutachten; Kriterien für die Tätigkeit sowie die Aus-, Weiter- und Fortbildung von Sachverständigen; Kriterien für die Zulassung von Gutachterstellen und deren Tätigkeit; Kriterien und Instrumenten für die Beurteilung der Qualität von Gutachten.

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



[marco.weiss\[at\]baerkarrer.ch](mailto:marco.weiss[at]baerkarrer.ch)

### Das Wichtigste in Kürze

- Zum 1. Januar 2022 hat der Bundesrat den für das medizinische Begutachtungsverfahren grundlegenden Art. 44 ATSG revidiert.
- Im Zuge dessen wurde die «Eidgenössische Kommission für Qualitätssicherung in der medizinischen Begutachtung» eingesetzt.
- Die Kommission hat vornehmlich die Aufgabe, Anforderungs- und Qualitätskriterien für das Verfahren zur Erarbeitung von medizinischen Gutachten auszuarbeiten.
- Sie wird überwachen, ob diese Kriterien durch die Sachverständigen und die Gutachterstellen eingehalten werden und kann Empfehlungen aussprechen.

### L'essentiel en bref

- Le 1<sup>er</sup> janvier 2022, le Conseil fédéral a révisé l'art. 44 LPGa, qui est fondamental pour le processus d'expertise médicale.
- Dans le cadre de cette révision, la «Commission fédérale d'assurance qualité des expertises médicales» a été mise en place. Elle débutera ses activités le 1<sup>er</sup> janvier.
- La commission a pour tâche principale d'élaborer des critères d'exigence et de qualité pour la procédure d'élaboration des expertises médicales.
- Elle surveillera en outre si ces critères sont respectés par les experts et les centres d'expertises et pourra émettre des recommandations officielles.



## Persönliche Impfberatung

## Reden statt lesen

Philip Tarr<sup>a</sup>, Bernhard Wingeier<sup>b</sup><sup>a</sup> Medizinische Universitätsklinik und Infektiologie/Spitalhygiene, Kantonsspital Baselland, Bruderholz, Universität Basel; <sup>b</sup> Abteilung Pädiatrie, Klinik Arlesheim, Arlesheim BL

Die neu aufgelegte Broschüre zu Kinderimpfungen der Stiftung für Konsumentenschutz (SKS) kann Eltern als eine Grundlage für ihre Impfentscheidung dienen. Sie will Meinungen gegenüberstellen – allerdings ersetzt sie nicht die persönliche Impfberatung.

Als im Jahr 2004 eine Neuauflage der SKS Broschüre erschien, wurde sie harsch kritisiert. Die SÄZ druckte vernichtende Stellungnahmen und fachliche Richtigstellungen der eidgenössischen Kommission für Impffragen EKIF (14 Seiten!) und der Fachgesellschaften, ein 6-seitiges Interview mit der damaligen EKIF-Präsidentin sowie Kommentare des Bundesamts für Gesundheit (BAG) [1–4]. Die Broschüre sei «Propaganda», «Ideologie», sie schüre «Misstrauen gegenüber den Ärzten» und bringe die Gesundheitsbehörden «in Verruf». Das BAG erkannte in der Bevölkerung eine «vielfältig zusammengesetzte Impfgegnerschaft», deren Ziele «bis zur kritischen Haltung gegenüber einzelnen Impfungen» reichen [4].

## Die Behörden und das Vertrauen

Wie haben sich die Zeiten geändert. Während der Covid-19 Pandemie hiess es: Druck erzeugt Gegendruck. Die Bekämpfung einer «Impfgegnerschaft» scheint heute wie damals nicht zielführend, um die Impfraten zu steigern. Spätestens während der Pandemie ist zudem klar geworden, dass einseitig positive behördliche Kommunikation (Impfungen sind «wirksam und sicher» [5]) vor allem die ohnehin impffreundlich

## Es braucht keine aufgeregten Diskussionen zu einer möglichen Impfpflicht wie in Deutschland

eingestellten Personen erreicht und – ebenso wie behördliche Richtigstellungen von Impffalschaussagen – paradoxe Konsequenzen haben kann, nämlich die Förderung von Verschwörungstheorien, Impfskepsis und Misstrauen in die Behörden [6–8].

Australische Expertinnen und Experten gehen noch weiter: Wenn Behörden beharrlich den Grund für (zu) tiefe Covid-19-Impfraten in der Impfskepsis suchen, dann lenken sie ab vom eigentlichen Problem: ihren eigenen, insuffizienten Anstrengungen [9] (Stichworte: zielgruppengerechte Impfkommunikation, z.B. für bildungsferne Gruppen, Immigranten sowie Wählerinnen und Wähler von staatskritischen Parteien). Das in der Pandemie verlorene Vertrauen müssen die Behörden erst wieder aufbauen. Es braucht auch keine aufgeregten Diskussionen zu einer möglichen Impfpflicht wie in Deutschland [10–13] – erst wenn Behörden abweichende Meinungen zulassen, können sie «auf nachhaltige Legitimation rechnen» [14].

## Broschüre stellt Meinungen gegenüber

Was hat das alles mit der SKS Broschüre zu tun? Ziemlich viel, denn ihr Konzept besteht ja darin, «Informationen und Meinungen *verschiedener Akteure* aus dem



Pexels / CDC



Gesundheitswesen einander gegenüber[zustellen]». Der SKS verzichtet bewusst auf Impfpfehlungen – die Eltern sollen selber die verschiedenen Meinungen «abwägen» und eine Impfsentscheidung «treffen, die Sie verantworten können». Die Forschung von uns (Nationales Forschungsprogramm NFP74 zu Impfskepsis [15]) und anderen zeigt, dass impfskeptische Eltern kaum ein Informationsdefizit haben (wie die EKIF Präsidentin 2005 vermutete [3]), sondern sogar überdurchschnittlich viele Impfinformationsquellen konsultieren, also auch Bücher lesen, Zweitmeinungen bei impfkritischen Ärztinnen und Ärzten oder Medien einholen und sich darin verlieren können [16,17].

Hier könnte die Broschüre also die Informationsbedürfnisse der Eltern unterstützen. Sie präsentiert jeweils, eine Impfung nach der anderen, die offizielle BAG/EKIF Impfpfehlung. Danach folgen die Empfehlungen der WHO, der deutschen und US-Behörden sowie die Ansichten von zwei impfkritisch eingestellten Websites und des prominenten Münchner Kinderarztes und Buchautors Dr. Martin Hirte. Ob das Konzept, die verschiedenen Sichtweisen einander gegenüberzustellen, die impfbesorgten Eltern überzeugt oder sie im Gegenteil zusätzlich verwirrt, müsste man sie selbst fragen. Unsere NFP74 Forschungsgruppe bevorzugt eine andere Strategie: Die Schul- und Komplementärmedizin an einen Tisch zu bringen und eine neue Sprache zu finden, in der Form von gemeinsam geschriebenen Fortbildungsartikeln, mit dem Ziel der Synthese und Gewichtung der verschiedenen Meinungen [18–23]. Das funktioniert erstaunlich produktiv und soll die Schweizer Ärzteschaft bei der Impfberatung unterstützen.

### Broschüre ist nicht immer aktuell

Die SKS Broschüre hat sich über die Jahre verändert, und im positiven Sinn: Längst widerlegte Themen wurden fallengelassen, z. B. dass die MMR Impfung Autismus verursachen kann oder dass Kombinationsimpfungen weniger wirksam als Einzelimpfungen sind

oder schlechter vertragen werden. Bei hartnäckigen behördlichen Dogmen (z.B. hohe Wirksamkeit der Grippeimpfung [24]) ist der Hinweis auf die schwache Datenlage willkommen. Leider ist die Broschüre nicht immer auf dem aktuellen Stand. So gibt es z.B. seit Herbst 2020 solide Daten, dass die HPV Impfung nicht nur Dysplasien, sondern auch Zervixkarzinome zuverlässig verhindert [25]. Solch wichtige Evidenz darf in der SKS Broschüre nicht fehlen.

### Impfberatung ergebnisoffen gestalten

Unsere Forschung zeigt: Viele Eltern wünschen sich einen offeneren Diskurs mit ihrem Arzt und breitere Informationen [26, 27]. Somit ist das Ziel der Broschüre begrüssenswert. Statt dass Eltern nur passiv ärztliche Anordnungen entgegennehmen, gilt heute die gemeinsame Entscheidungsfindung als zentral [28, 29] – auch beim Impfscheid [30–32]. Der SKS betont zu Recht: Eltern sollen sich Fragen zu Impfungen stellen können, «ohne dabei generell als unsolidarisch oder

### Eltern sollen sich Fragen zu Impfungen stellen können, «ohne dabei generell als unsolidarisch oder impfkritisch abgestempelt zu werden»

impfkritisch abgestempelt zu werden». Die Nationale Ethikkommission fordert, dass wir die Autonomie der Patientinnen und Patienten respektieren, selbst wenn uns ihre Entscheide falsch scheinen [33]. Interessant ist, wie die EKIF Präsidentin diese medizin-kulturellen Veränderungen (und den Vertrauensmangel in die Behörden) schon 2005 klar erkannte [3].

Auf ein detailliertes Quellen- und Literaturverzeichnis verzichtet die Broschüre leider – die Leserinnen und Leser werden auf die Homepage des SKS verwiesen. Insbesondere die impfkritischen Aussagen von Martin Hirte erscheinen so oft als plakativ, weil die Literaturangaben fehlen. Wer sich kritisch mit Hirtes Aussagen auseinandersetzen will, müsste seine Bücher kaufen.

Kurz, Eltern stehen nach dem Lesen der SKS Broschüre für ihre persönliche Impfsentscheidungsfindung vor dem Problem der Wertigkeit der sich teils widersprechenden Angaben. Gerade in diesem sensiblen Bereich lässt die Broschüre die Eltern allein und kann eine persönliche Impfberatung nicht ersetzen. Am besten geschieht diese durch die immer wieder durch Eltern als vertrauenswürdigste Quelle: Die Hausärztinnen oder Kinderärzte. Diese gestalten im Jahr 2022 die Impfberatung nicht direktiv, sondern am besten ergebnisoffen. Und dies gilt für Schul- wie Komplementärmedizinerinnen und Komplementärmediziner.

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



[philip.tarr\[at\]junibas.ch](mailto:philip.tarr[at]junibas.ch)



**Abbildung 1:** Kinder-Impfungen – eine Entscheidungshilfe, Konsumentenschutz, Bern: Stiftung Konsumentenschutz 2022, 4. überarbeitete Auflage, 112 Seiten



# Die Suche nach dem Röntgenbild im Datenlabyrinth

**Werner A. Golder**

Prof. Dr. med. Dr. phil. Avignon, Frankreich

Die Betrachtung von radiologischem Bildmaterial will geübt sein. Weshalb die elektronische Speicherung der Daten die Arbeit sogar erschweren kann und wieso Radiologinnen und Radiologen auf die eigenständige Analyse der Aufnahmen dennoch nicht verzichten sollten.

Die flachen Plastikscheiben, auf denen seit mehr als zwei Jahrzehnten das radiologische Bildmaterial gespeichert wird, sind ein grosser Gewinn für die Dokumentation und Organisation in der bildgebenden Diagnostik. Sie beanspruchen im Gegensatz zu den Röntgentüten und -hüllen, in denen man die Filme und Papierabzüge früher verstaut hat, verschwindend wenig Platz, sie helfen, Silber und andere wertvolle

Werkstoffe einzusparen und sie sind zum Wegbereiter der elektronischen Patientenakte geworden. Inzwischen werden auch die meisten Krankenblätter sowie die Unterlagen zu praktisch jedem Gutachten, gerade wenn sie viele hundert Seiten umfassen, auf Disketten gespeichert. Die Platzersparnis, die die Scheiben bieten, wird durch die Möglichkeit ergänzt, die Datensätze sowohl vorangegangener wie nachfolgender bild-

gebender Diagnostik in den Speicher zu integrieren und auf diese Weise für die Aufnahmen ein veritables Arsenal zu schaffen. So eine Schatzkammer kann aber nur dann wirklich von Nutzen sein, wenn man sie unkompliziert öffnen, das Gesuchte rasch finden und die Fundstücke ohne Zeitverzögerung in Augenschein nehmen kann. Gerade da aber hakt es immer noch und immer wieder.

### Holzweg Datenträger

Es ist nicht so einfach, den Zugang zum elektronischen Speicher zu finden, wie er von den Instituten gefüllt wird. Von einem unmittelbaren Zugriff, wie man ihn bei der kunstlosen Röntgentüte hatte, ist man jedenfalls weit entfernt. Wenn die Tasche nicht gerade überquoll, was in von der Projektionsradiographie dominierten Zeiten auch nur selten der Fall war, stiess man rasch auf die gesuchten Filme, konnte man ebenso schnell die zum Vergleich geeigneten Voraufnahmen ausfindig machen, die Bilder gegen ein Fenster oder eine Lampe halten, wenn erforderlich, in wechselndem Einfallswinkel betrachten oder ganz professionell an einen jalousiebewehrten Leuchtkasten hängen. Der Griff nach den Bildern dauerte jedenfalls in der Regel weniger lange als deren Betrachtung und Beurteilung. Heute sind die Anlaufzeiten länger – manchmal sogar viel länger. Da schiebt man die CD/



Bei der Betrachtung von digitalen Röntgenbildern muss das medizinische Fachpersonal viel Zeit und Geduld aufbringen. Trotzdem lohnt sich der Blick ins virtuelle Dossier.  
© Owen Beard Unsplash

DVD in den Laptop, wartet unterschiedlich lange, bis sie vom DICOM-Viewer erkannt und geräuschvoll inkorporiert worden ist, bis man aufgefordert wird, sie zu öffnen, bis man an die Übersichtsdarstellung der gespeicherten Bilddateien gelangt und das Angebot bekommt, diese in beliebiger Reihenfolge zu öffnen. Jeder Schritt gelingt unkalkulierbar schnell oder langsam und zwischen jedem Schritt kann unvorhersehbar wenig oder viel Zeit vergehen.

Was der Computer und die CD/DVD an Minuten brauchen, um sich dem Betrachtenden zu öffnen, ist manchmal aber noch wenig im Vergleich mit der zeitlichen Investition, die man für die Identifizierung der richtigen Tasten, Pfeile und Symbole auf dem Bildschirm zu leisten hat. Diese Belastung wird besonders dann unangenehm spürbar, wenn man mit einem Programm arbeiten muss, das ein Format besitzt, mit dem man noch nicht vertraut ist. Es ist unglaublich, wie

### Der Griff nach den Bildern dauerte in der Regel weniger lange als deren Betrachtung und Beurteilung.

viele Software-Varianten der Benutzerin oder dem Benutzer im Lauf der Zeit begegnen können. Und es ist unfassbar, dass sich beim Design bisher nicht auf eine wenigstens basiseinheitliche Konfiguration der Programme geeinigt werden konnte; die Möglichkeit zu individueller Angebotsoptimierung und Verfeinerungen im Detail wäre ja unabhängig davon gegeben. So bleibt nach einer groben, aber wohl nicht ganz unzutreffenden Schätzung und unter Berücksichtigung eigener Erfahrungen mindestens jede zweite CD/DVD, die radiologische Daten trägt, ungeöffnet und damit unbeachtet in den Akten liegen. Was für ein Defizit auf dem Weg zur Fachinformation! Was für ein Verzicht auf eigenständige Beurteilung des Bildmaterials! Was für ein intellektueller Verlust!

### Ungeöffnete Schatzkammern

Da böte sich also die Chance, die Dokumente einzeln oder in Gruppen frei wählbarer Grösse und Anordnung auf dem Bildschirm zu betrachten, da könnte man nicht nur die Orientierungen und Kontraste abwandeln, sondern auch Distanzen, Winkel, Flächen und Volumina messen, Dichte und Signalstärke punktuell und im Verlauf quantifizieren, aus dem Datensatz nahezu beliebige Rekonstruktionen erstellen und zur Erleichterung und Verbesserung der Verlaufskontrolle Bilddatensätze von Untersuchungen an verschiedenen Terminen nebeneinander projizieren. All dies will erst einmal erlernt sein, bevor man es zeitsparend prakti-



zieren kann. Freilich verliert die computerassistierte Bildanalyse auch für diejenigen, die nicht regelmässig, sondern nur ab und zu damit arbeiten, mit der Zeit ihren Schrecken, zumal vergleichbare Programme in anderen Bereichen der Datenverarbeitung eingesetzt werden. Die der Vorbereitung auf Operationen und andere Interventionen dienende selbständige Betrachtung und Analyse der bildgebenden Diagnostik gehört inzwischen in vielen Disziplinen zur Alltagsarbeit. Entsprechend gewandt gehen viele Fachpersonen bei der Sichtung und Auswertung des Bildmaterials vor

### **Digitale Datenträger eröffnen die Möglichkeit, die bildgebende Diagnostik in ihrer ganzen Breite und Tiefe nachzuvollziehen.**

und überprüfen unter anderem die im Befundbericht dokumentierten Messwerte. Aber die Quantifizierung ist nur ein und nicht der wichtigste Aspekt der Evaluation. Entscheidend sind die Beurteilung der erkrankten Organe und der krankhaften Befunde, der Beziehung der Läsionen zum benachbarten intakten Gewebe und die Identifizierung von Neben- und Zufallsbefunden. Man kann sich als zweitbetrachtende Person vom Befundbericht leiten lassen oder zunächst selbst auf die Suche gehen und die eigenen Beobachtungen abschliessend mit den vom radiologisch-ärztlichen Fachpersonal dokumentierten Aussagen vergleichen. Die CD/DVD eröffnen den Auftraggebenden von Röntgenuntersuchungen jedenfalls die Möglichkeit, die bildgebende Diagnostik in ihrer ganzen Breite und Tiefe nachzuvollziehen und, wenn man auch die Anhänge öffnet, so wichtige wie häufig in den Berichten

vernachlässigte Zusatzinformationen wie die über die Strahlendosis und Dauer der Untersuchung zu erhalten.

### **Diagnose bleibt Interpretationssache**

Die Möglichkeit der Sichtung und Kontrolle des Datenmaterials am Bildschirm ist ein Alleinstellungsmerkmal der bildgebenden Diagnostik; andere Disziplinen wie die Pathologie haben nichts damit Vergleichbares zu bieten. Die Prüfung der auf CD/DVD gespeicherten Bilder gibt dem Heilkundigen auch die Möglichkeit, die Probleme der radiologischen Diagnose und Differenzialdiagnostik nachzuvollziehen und die besonderen Herausforderungen, die von den sogenannten Grenzfällen ausgehen, besser zu verstehen. Ausnahmsweise ergibt sich vielleicht sogar die Situation, dass man im Anschluss an die Bildbetrachtung den Kollegen oder die Kollegin der Radiologie kontaktieren möchte, um sich über einen mehrdeutigen Befund oder eine schwierige Differenzialdiagnose auszutauschen. Solange die Ärztinnen und Ärzte, die den radiologischen Befundbericht unterzeichnet haben, noch alleine und ohne computerisierte Assistenz nach der diagnostischen Wahrheit suchen, kann man dann mit einem für das eigene Verständnis und das Schicksal der Patientin oder des Patienten fruchtbaren Dialog rechnen. Wenn allerdings eines Tages die Befunde regelhaft unter der Ägide der Künstlichen Intelligenz erstellt werden, wird es keinen Draht mehr geben, an dessen anderem Ende man sowohl Antworten auf Einzelfragen als auch aus erster Hand Auskunft über den langen Weg hin zur verantwortlichen Interpretation der bildgebenden Diagnostik erwarten kann.

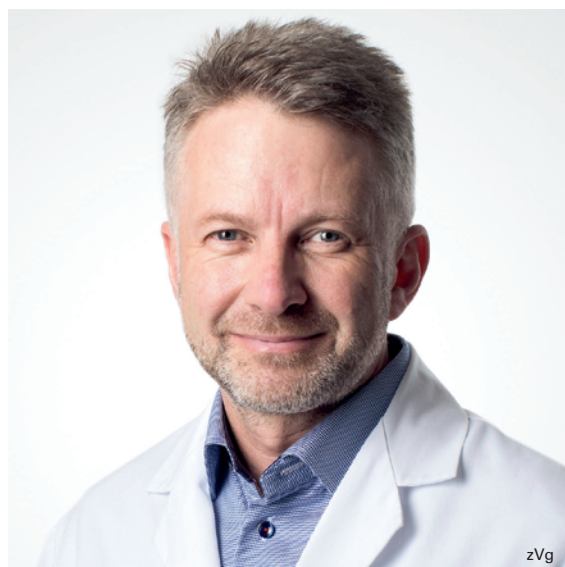
werner.golder[at]orange.fr



# Zum ersten Mal wird ein Arzt aus der Schweiz Präsident der IPEG

Mit Prof. Dr. med. Philipp Szavay wurde erstmals ein Vertreter der Schweizer Ärzteschaft zum Präsidenten der weltweit grössten internationalen Fachgesellschaft für minimal-invasive Kinderchirurgie IPEG (International Pediatric Endosurgery Group) gewählt. Darüber hinaus wurde er zum Repräsentanten der Schweizerischen Gesellschaft für Kinderchirurgie der Schweizerischen Chirurgenkammer (Swiss College of Surgeons) ernannt. Der renommierte Chirurg für minimal-invasive Eingriffe (Schlüsselloch- oder Endochirurgie) bei Kindern und Jugendlichen ist seit 2013 Chefarzt der Kinderchirurgie am Kinderspital des Luzerner Kantonsspitals (LUKS). Seine Behandlungsschwerpunkte umfassen die minimal-invasive Kinderchirurgie mit Laparoskopie, Thorakoskopie, Kinderurologie sowie Fehlbildungen der Thoraxwand (Trichterbrust).

«Wir gratulieren Philipp Szavay herzlich zu dieser grossen Anerkennung, die mit den beiden Wahlen verbunden ist. Wir sind sehr stolz, mit ihm einen international bestens vernetzten Spezialisten am LUKS zu haben», sagt Benno Fuchs, CEO und Vorsitzender der Geschäftsleitung des LUKS.



Prof. Dr. med. Philipp Szavay

## Eine CFO für das Kantonsspital Graubünden



Susanne Burtscher

Der Verwaltungsrat des Kantonsspitals Graubünden hat Susanne Burtscher zur Leiterin und Chief Financial Officer (CFO) des neu zusammengesetzten Departementes «Management Services» ernannt. Sie tritt die Position per 1. Dezember 2022 an. Im neuen Departement werden die Bereiche Finanzielles Rechnungswesen, HRM (Human Resource Management), Patientenadministration und Kodierung sowie Controlling und Planung zusammengefasst. Susanne Burtscher nimmt als CFO auch Einsitz in der Geschäftsleitung des Kantonsspitals Graubünden. Susanne Burtscher ist diplomierte Betriebswirtin mit Schwerpunkt Rechnungswesen/Controlling und hat etliche Weiterbildungen unter anderem in den Bereichen Controlling, Betriebswirtschaft und Leadership absolviert. Sie war während zwei Jahrzehnten in unterschiedlichen Positionen in der Hilti Gruppe tätig, zuletzt als Leiterin Business Development & Finance einer Unternehmenseinheit.

ernannt. Sie tritt die Position per 1. Dezember 2022 an. Im neuen Departement werden die Bereiche Finanzielles Rechnungswesen, HRM (Human Resource Management), Patientenadministration und Kodierung sowie Controlling und Planung zusammengefasst. Susanne Burtscher nimmt als CFO auch Einsitz in der Geschäftsleitung des Kantonsspitals Graubünden. Susanne Burtscher ist diplomierte Betriebswirtin mit Schwerpunkt Rechnungswesen/Controlling und hat etliche Weiterbildungen unter anderem in den Bereichen Controlling, Betriebswirtschaft und Leadership absolviert. Sie war während zwei Jahrzehnten in unterschiedlichen Positionen in der Hilti Gruppe tätig, zuletzt als Leiterin Business Development & Finance einer Unternehmenseinheit.

## Yvonne Feri élué nouvelle présidente de ProRaris Berne



A gauche:  
Anne-Françoise Auberson  
A droite:  
Yvonne Feri

L'argovienne Yvonne Feri a été élué nouvelle présidente de l'Alliance Maladies Rares Suisse (ProRaris) en juin 2022. Elle succède à la pionnière et docteur honoris causa Anne-Françoise Auberson, qui avait assuré la présidence pendant dix ans. La Dre Therese Stutz

Steiger et le Dr Alfred Wiesbauer, co-vice-présidents de ProRaris soulignent: «Avec Yvonne Feri, nous avons gagné une personnalité avec un poids politique et une grande motivation pour notre association, qui est déjà engagée dans le domaine des maladies rares.»

Yvonne Feri est active en politique depuis 1993, conseillère nationale depuis 2011 et membre de la Commission de la sécurité sociale et de la santé publique. Elle préside les fondations Protection de l'enfance Suisse et Promotion de l'allaitement maternel Suisse et a déjà déposé et défendu des interventions politiques sur les maladies rares par le passé.

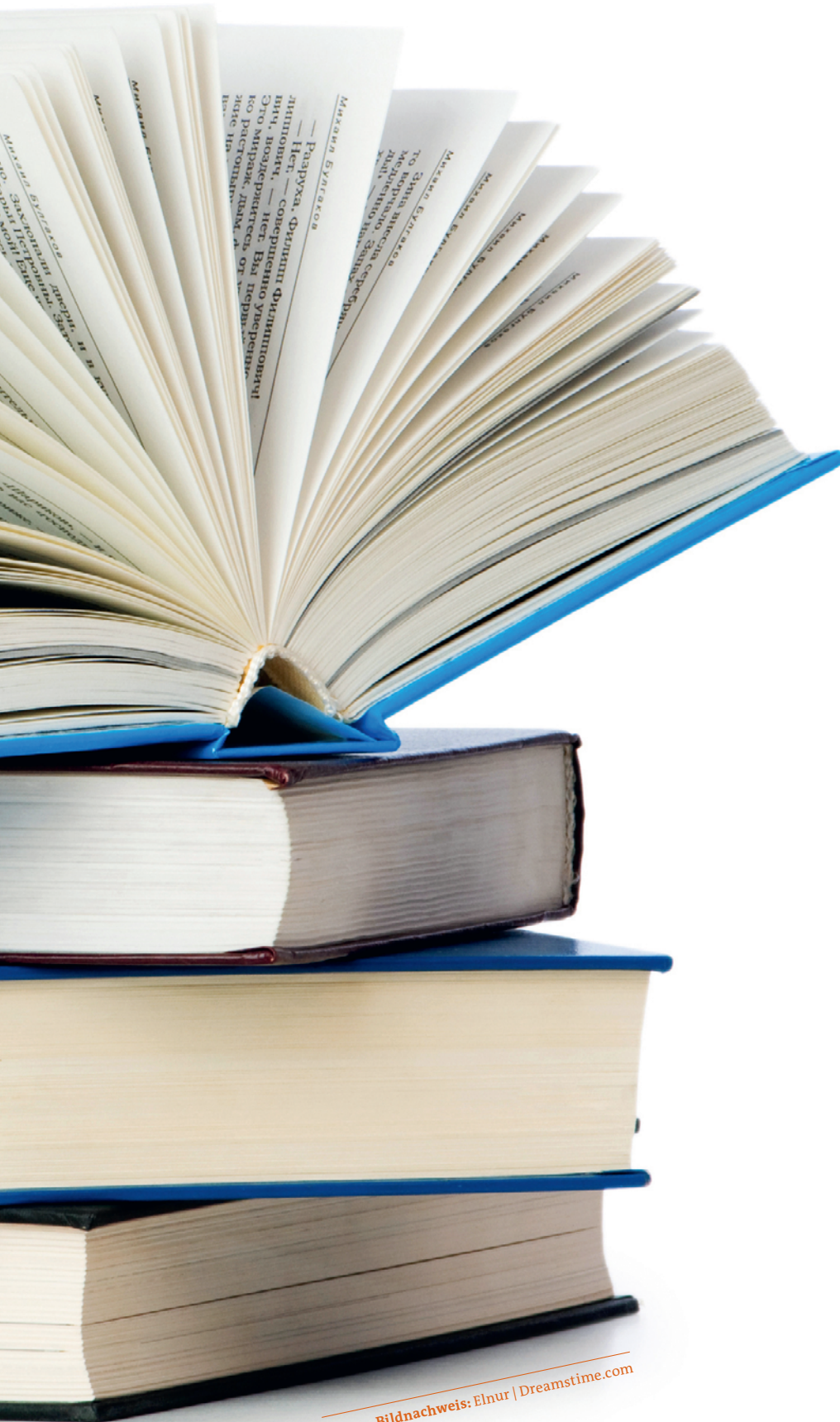
## Le CISO des HUG intègre la task force pour la cybersécurité



Franck Calcavecchia

Franck Calcavecchia, Chief Information Security Officer (CISO) des Hôpitaux Universitaires de Genève (HUG) depuis 2010, a été désigné comme nouveau membre de la division Santé publique de l'Office fédéral pour l'approvisionnement économique du pays (OFAE).

L'OFAE au sein du DFER (Département fédéral de l'économie, de la formation et de la recherche) a notamment la charge de renforcer la résilience des infrastructures critiques (Energie, Industrie, Alimentaire, santé, logistique, Télécommunication/informatique) du pays, en incluant notamment la cyber sécurité. Franck Calcavecchia aura pour mission d'alimenter l'OFAE avec les meilleures pratiques de sécurité dans un groupe de travail réunissant les responsables de la sécurité des systèmes d'information des principaux hôpitaux (HUG, CHUV, HVS, EOC, Zurich, Bâle, Lucerne, Saint-Gall, Zollikerberg).



Ratgeber



Waltraut Barnowski-Geiser  
**Krankheitsscham  
 – die verborgene  
 Emotion. Erkennen,  
 verstehen, helfen**

Stuttgart: Klett-Cotta-Verlag; 2022

Autorin Waltraut Barnowski-Geiser gibt in diesem Werk ihre jahrelange Erfahrung mit dem Thema Krankheitsscham weiter, welche sie seit ihrer Kindheit bis zur erfahrenen Therapeutin geprägt hat.

Sie beschreibt verschiedene Facetten der «Scham» und zeigt auf, wie die damit verknüpften Empfindungen wie etwa Peinlichkeit, Versagensängste, Trauer oder Schuld ineinander verschachtelt sind.

Etliche Fallbeispiele helfen bei der Erkenntnis des vielseitigen Krankheitsbildes Scham. Betroffene versuchen, ihre unerwünschten Empfindungen zu verbergen oder zu verdrängen, so dass sich die Emotion tief im Inneren verschliesst. Dies kann auch ein Schutz sein. Denn bereits in der Kindheit entstandene, verdrängte Scham kann die seelische, körperliche und geistige Entwicklung hindern und im jungen Erwachsenenalter in Beruf, Gesundheit oder Beziehung störend wirken. Die Person erinnert sich dann aber oft nicht mehr an den Auslöser für plötzlich auftretende Probleme wie akute Schmerzen unbekannter Ursache, ständige Ängste, Wutausbrüche oder gar soziale Zurückgezogenheit, welche das tägliche Leben unaufhörlich beeinflussen.

Therapiemethoden wie Körpertherapie, Bildarbeit oder Musiktherapie, werden abschliessend als Türöffner beschrieben, um tief im Inneren die «beschämte Emotion» zu berühren, um zu erkennen und aufzulösen. Dies bedingt, dass Klientinnen oder Klienten bereit sind sich nach innen zu richten und mit Mut und Geduld in therapeutischer Begleitung die Prozesse zuzulassen.

*Eveline Maegli*  
 Redaktionsassistentin SÄZ

Bildnachweis: Elnur | Dreamstime.com



Erfahrungs-  
bericht

Daniela Kuhn  
**Eingesperrt,  
ausgeschlossen.**

Zürich: Limmat Verlag;  
2020

Von März bis September 2020 galten in der Schweiz in Langzeitinstitutionen rigorose Besuchs- und Ausgehverbote. Familie und Freunde nicht sehen zu können, traf die in der Regel auf Besuche angewiesenen Personen besonders hart. So konnten die meist bettlägerigen oder – noch gravierender – demenzkranken Personen die Massnahmen oft nicht nachvollziehen.

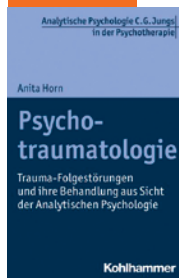
Die Zürcher Journalistin und Autorin Daniela Kuhn hat die leidvollen Geschichten, die sich hinter verschlossenen Türen abgespielt haben, noch im selben Jahr dokumentiert. Sie sprach in allen drei Landesteilen mit Bewohnerinnen und Bewohnern von Langzeitinstitutionen und deren Angehörigen. Es entstand eine eindrückliche Reportage in Buchform, bestehend aus 17 Aufzeichnungen von äusserst schmerzvollen Erfahrungen. Sie berühren und empören zugleich und stellen ein wertvolles Zeugnis einer Episode dar, die hoffentlich einmalig bleibt.

Die Öffentlichkeit erfuhr kaum etwas über die Situation der rund 130 000 Personen in Langzeitinstitutionen – es war kein Thema. Und so erstaunt es wenig, dass auch das Buch wenig Echo hervorrief. Die Berner Rechtsprofessorin Franziska Sprecher konstatiert in ihrem Nachwort dieses Versagen von Politik und Medien. Sie setzt sich kritisch mit der Verhältnismässigkeit und Rechtsstaatlichkeit der Massnahmen auseinander und fordert, künftig die Grundrechte aller Menschen zu wahren, analog zur Stellungnahme der Nationalen Ethikkommission und mehrerer engagierter Beiträge in der SÄZ.

*Iris Ritzmann*

*Prof. Dr. med. et lic. phil, Universität Zürich,  
Mitglied der Redaktion Medizingeschichte*

## Sachbuch



Anita Horn  
**Psychotraumatologie;  
Trauma-Folgestörungen  
und ihre  
Behandlung aus Sicht  
der Analytischen  
Psychologie**

Stuttgart: Kohlhammer;  
2020

Psychotraumatologie ist ein brandaktuelles Thema – der Krieg in der Ukraine und die Pandemie hinterlassen deutliche Spuren. In dieser Situation hat Anita Horn ihr sehr kompaktes Buch geschrieben – 142 Seiten.

Sie stellt die neuere Entwicklung in der Diagnostik der Trauma-Folgestörungen dar. Dann beschreibt sie die wichtigsten Elemente dieser Störungen – Scham, Schuld, Dissoziationen inkl. körperlicher Symptome etc. – und stellt diese in einen entwicklungspsychologischen Zusammenhang. Ihre Überlegungen reichert sie an mit archetypischem Material, vor allem mit dem Mythos der Medusa, und entwickelt so ein psychodynamisches Konzept der Störung auf der Basis der Analytischen Psychologie. Perseus hat Medusa ja nur bezwingen können, weil er sie nicht direkt angesehen hat, sondern über einen Spiegel.

Bei den Behandlungsmöglichkeiten legt sie einen Schwerpunkt auf handlungsorientierte Methoden: Kreativitäts- und bewegungsorientierte Therapien – Malen, Sandspiel, Tanzen. So entsteht ein angenehm humanes, so gar nicht technisches Bild der Therapien, die aber trotzdem oder vielleicht gar deshalb erfolgreich sein können.

Das Buch gibt dem Anfänger einen ersten Überblick über ein schwieriges Thema und der erfahrene Therapeut bekommt im sehr lebendigen Text immer wieder Anregungen für seine Arbeit.

*Gerold Roth, Effretikon*

## Essai



Sophie Woeldgen  
**Génération fluide  
– Enquête sur  
le genre**

Genève: Labor et Fides  
(Les Explorations de  
heidi.news); 2022

Les multiples *coming out* und die Debats sur l'identité de genre et les orientations sexuelles sont devenus un phénomène de société – dont l'ampleur impressionne. Le dernier des documentaires sur les développements sociétaux que publie le média heidi.news traite du domaine LGBTIQ+. La journaliste Sophie Woeldgen a recueilli les témoignages de personnes et familles concernées et ceux d'intervenants professionnels.

Ce que vivent les personnes est en général devenu plus «facile» dans le passé récent («les *millennials* font tomber les frontières de genre»), mais il reste des difficultés, des rejets. La compréhension est la clé de l'acceptation, dit Adèle Zufferey, de la Fondation Agnodice, organisation pionnière. Cela apparaît dans le portrait de la famille de Miya, jeune femme trans (à savoir qui se sent femme mais dont le sexe assigné était masculin), avec notamment les annonces à sa mère puis à son père. L'auteure a aussi fait une étude de «l'étrange business des opérations chirurgicales de réassignation sexuelle».

Un chapitre présente les plusieurs réalités de «troisième genre» qui existent et sont (ou ont été) socialement acceptées ailleurs: dans les îles du Pacifique, qu'a étudiées l'anthropologue Niko Besnier, les «vierges jurées» d'Albanie qui font vœu de virginité et vivent en hommes, les hijras d'Inde, les «berdaches» amérindiens rencontrés par les premiers explorateurs. Sont évoqués les *coming out* qui ont marqué en Occident (David Bowie, Freddy Mercury, Lady Gaga). Est traitée la question du langage épïcène et on trouve un utile abécédaire des termes du domaine, encore insuffisamment connus.

*Jean Martin*

*Dr méd., membre de la rédaction*

Teilen Sie Ihre literarischen  
Entdeckungen mit uns!

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

Partagez vos découvertes  
littéraires!

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

# Tempora mutantur...

**Hans Stalder**

Prof. Dr. med., Mitglied der Redaktion



Wenn man älter wird, wächst die Fülle der Erinnerungen, und wenn man wie ich das Glück hatte, seine Grosseltern gut gekannt zu haben, können diese Erinnerungen mehr als ein Jahrhundert umfassen. Dies ermöglicht es, bestimmte Fakten in einem anderen Licht zu sehen und auch festzustellen, wie sehr man sich selbst verändert hat: *...nos et mutamur in illis*.

Zum Beispiel die Rolle der Frau: Meine Grossmutter leitete ein kleines Unternehmen. Mit acht Kindern in 17 Jahren war sie die Herrin des Hauses. Sie musste das Putzen, Kochen, das monatliche Waschen mit Bügeln am nächsten Tag, Geburtstage, die täglichen Einkäufe (es gab weder Kühlschrank noch Waschmaschine) und die Ausgaben organisieren. Während mein Grossvater als Chirurg arbeitete, war sie für die Erziehung der Kinder zuständig. Sie interessierte sich kaum für Politik und hätte Nein zum Frauenstimmrecht gestimmt. Sie

**Bevor wir andere kritisieren, sollten wir uns daran erinnern, wie viel sich bei uns in weniger als einem Jahrhundert verändert hat.**

ging nie aus dem Haus, ohne, wie damals alle Frauen, sich mit einem Hut zu bedecken. Ich kannte sie gut und ich glaube, sie war glücklich – wir alle feierten fröhlich ihre diamantene Hochzeit mit meinem Grossvater. Auf der Welt gibt es immer noch Gesellschaften, die diese Veränderungen noch nicht durchgemacht haben und bei denen es üblich ist, dass Frauen sich um den Haushalt kümmern und ihr Haar bedecken. Wenn wir sie kritisieren, sollten wir uns daran erinnern, wie sehr sich die Rolle der Frau bei uns in weniger als einem Jahrhundert verändert hat!

Meine Grosseltern mit ihren acht Kindern durften während des Ersten Weltkriegs nur ein einziges Zimmer auf 17 Grad heizen. Wenn wir uns daran erinnern, wird es uns leichter fallen, in diesem Herbst die Temperatur in unseren Zimmern und Büros von 23 auf 21 Grad zu senken. Oder weniger Fleisch zu essen. Selbst ich habe die Zeit erlebt, als Butter, Mehl, Fleisch und Milch während und nach dem Zweiten Weltkrieg rationiert wurden.

## ...nos et mutamur in illis

Wie man sich im Laufe der Jahre verändern kann! Als junger Student war ich ein grosser Befürworter davon, einen Teil der Altstadt von Basel abzureissen, um Platz für Autos zu schaffen. Wir waren modern und glaubten an den Fortschritt! Glücklicherweise rettete eine Volksabstimmung einen Teil dieser schönen Stadt!

An der medizinischen Abteilung, die ich zwischen 1978 und 1986 leitete, gab es auch ein Krankenhaus für chronisch Kranke mit einem hervorragenden Pflorgeteam. Dort wurde seit mehreren Jahren eine sechzigjährige Patientin behandelt, die nach einem Schlaganfall komatös geblieben war – künstliche Ernährung, kein Dekubitus. Als ihre Tochter mich anflehte, sie sterben zu lassen, lehnte ich entschieden ab. War ich nicht an den hippokratischen Eid gebunden? Man muss bedenken, dass mein Kollege am Triemli-Spital, Dr. med. Urs Peter Haemmerli, einige Jahre zuvor suspendiert und strafrechtlich verfolgt worden war, weil er einige Patienten hatte sterben lassen. Die meisten Ärzte und auch ich selbst haben unsere Einstellung zum Thema Sterbehilfe geändert. Ist es nicht begreiflich, wenn bei anderen Kollegen oder in anderen Gesellschaften diese Veränderungen noch nicht stattgefunden haben?

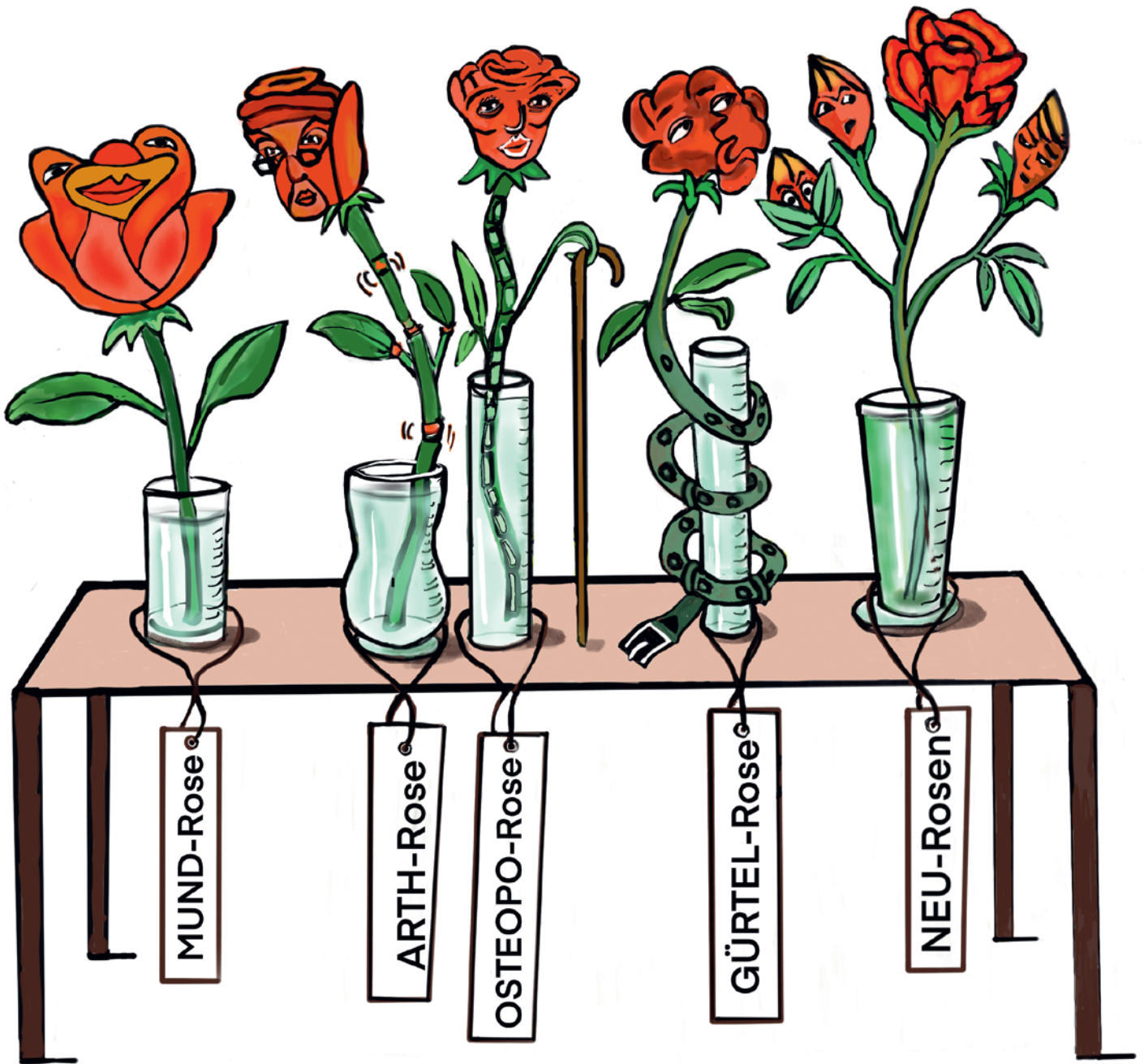
Oder die Ethik: Können Sie sich vorstellen, dass es während des oben genannten Zeitraums keine Ethikkommission im Kanton gab? «Ich bin die Ethik», sprach mein Chirurgenkollege, als ich bei einem Treffen der Chefärzte die Einrichtung einer solchen Kommission vorschlug.

Und es gibt noch viele weitere Beispiele: Homosexualität war eine Krankheit, Intensivpflege war nur den unter 70-Jährigen vorbehalten, die Dienste dauerten von Freitag bis Montagmorgen, Burnout gab es noch nicht...

*Tempora mutantur.* Auch die *Schweizerische Ärztezeitung* wird sich verändern. *Nos et mutamur in illis?* Das wird sich zeigen! Es ist bekannt, dass in meinem Alter *mutare* etwas schwieriger wird, und Sie werden verstehen, wenn ich nach über 15 Jahren als Amateurredakteur kein x-tes «Zu guter Letzt» mehr abfassen möchte.

[hans.stalder\[at\]saez.ch](mailto:hans.stalder[at]saez.ch)





Abschieds-  
cartoon