

# SCHWEIZERISCHE ÄRZTEZEITUNG & SWISS MEDICAL FORUM

Ausgabe 36  
6. September 2023



**30 Beschlussprotokoll**  
Alles zur ersten ordentlichen  
Ärzttekammer 2023

**12 Gesetzesrevision**  
Datenschutzgesetz: das  
gilt es zu beachten

**28 Urnengang**  
Was bedeuten die Wahlen  
für das Gesundheitswesen?

**44 Schlüsselfigur im Spital**  
Oberärztinnen und Oberärzte  
müssen gestärkt werden

# Ein politischer Herbst



**Sandra Ziegler**  
PhD, MS,  
Geschäftsführerin EMH  
sandra.ziegler[at]emh.ch

Die nationalen Wahlen stehen bald wieder an. Und so wird sich in diesen Tagen mancher Arzt und manche Ärztin fragen, welche Kandidatinnen und Kandidaten die Anliegen der Ärzteschaft in den gesundheitspolitischen Geschäften wohl am besten vertreten werden. In ihrem Leitartikel auf Seite 28 blickt Yvonne Gilli auf die letzte Legislatur zurück und analysiert das politische Geschehen in Bezug auf Tarifpartnerschaft, Globalbudget, staatliche Kontrollen und falsche Anreize.

## Yvonne Gilli blickt auf die letzte Legislatur zurück und analysiert die Auswirkungen der Politik auf die Patientenversorgung.

Ganz im Zeichen der Standespolitik und des Mottos «Choose your battles wisely» stand auch die Frühjahrs-Ärzttekammer 2023, die am 8. Juni 2023 im Kongresshaus Biel stattfand. Wo die Kräfte gebündelt werden und wo der Fokus für die kommende Zeit liegt, entnehmen Sie dem Protokoll, das wir ab Seite 30 publizieren.

Ein weiteres wichtiges Thema, das auch an der Ärztekammer behandelt wurde, ist das total revidierte Datenschutzgesetz. Dieses ist am 1. September 2023 in Kraft getreten. An den Grundsätzen der Datenbearbeitung ändert sich

zwar nichts, aber Ärztinnen und Ärzte mit eigener Praxistätigkeit müssen ein paar wichtige Punkte berücksichtigen. Im Hintergrundartikel auf Seite 12 finden Sie Antworten zu den häufigsten Fragen und Hinweise zu weiteren Hilfsmitteln.

## Die Oberarztstätigkeit bietet eine spannende, dynamische und immer wieder aufs Neue herausfordernde Arbeit.

Leserinnen und Lesern, die weniger politisch interessiert sind, empfehle ich den Übersichtsartikel im Swiss Medical Forum auf Seite 44. Darin geht es um die Förderung von Oberärztinnen und Oberärzten in Spitälern. Diese nehmen zwar eine wichtige und facettenreiche Drehscheibenfunktion im Spital wahr zwischen medizinischer Versorgung, klinikinternen Aufgaben, Lehre und persönlicher Weiterbildung, sehen aber häufig keine Perspektive in dieser Position und ziehen weiter. Der Artikel beleuchtet die Skills, die für die Tätigkeit benötigt werden, und zeigt Wege auf, wie die Attraktivität der Tätigkeit gesteigert werden kann.

Anzeige



**KUNSTDRUCKE**  
EMH Schweizerischer Ärzteverlag

Paul Klee und  
August Macke –  
Kunstdrucke



Diese und weitere  
Kunstdrucke finden Sie hier:  
[shop.emh.ch/collections/  
kunstdrucke](http://shop.emh.ch/collections/kunstdrucke)

## Im Fokus



12

## Datenschutzgesetz – das gilt es zu beachten

**Gesetzesrevision** Seit dem 1. September ist das totalrevidierte Datenschutzgesetz in Kraft. Ärztinnen und Ärzte bearbeiten regelmässig Personendaten und sind deshalb besonders betroffen. Die Abteilung Digitalisierung/eHealth und der Rechtsdienst der FMH haben Antworten auf die wichtigsten Fragen zusammengestellt.

Reinhold Sojer, Iris Herzog-Zwitter



18

## Wie Kliniken ihre Leute im Haus halten

**Fachkräftemangel** Hohe Anforderungen und unregelmässige Arbeitszeiten sind in der Gesundheitsbranche normal. Deshalb müssen Arbeitgeber mit attraktiven Angeboten punkten. Dazu gilt es, die eigenen Stärken zu kennen und auch regionale Trümpfe auszuspielen. Vier Gesundheitseinrichtungen zeigen, wie das geht.

Roger Rügger



80

## Wie viel Abfall produzieren wir?

**Nachhaltigkeit** Die sozioökologische Transformation ist alternativlos. Gerade in der Schweiz, wo das Gesundheitswesen einen signifikanten Anteil zum Co2-Ausstoss beiträgt. Unser Autor Christian Abshagen schreibt über die Mosaiksteine auf dem Weg zu einem «healthier tomorrow».

Christian Abshagen

## Inhaltsverzeichnis

3	<b>Editorial von Sandra Ziegler</b> Ein politischer Herbst	30	<b>Ärztammer</b> Beschlussprotokoll der ersten ordentlichen Ärztkammer 2023
<b>8</b>	<b>REDAKTIONELLE INHALTE</b>	40	<b>Personalien</b>
8	<b>News</b>	<b>41</b>	<b>SWISS MEDICAL FORUM</b>
8	<b>Auf den Punkt</b> Das Leiden nach der Geburt	42	<b>Weekly Briefing von Lars C. Huber und Martin Krause</b>
12	<b>Hintergrund</b> Datenschutzgesetz – das gilt es zu beachten	44	<b>Übersichtsartikel</b> Eine Schlüsselfigur im Spital, die gestärkt werden muss
18	<b>Hintergrund</b> Wie Kliniken ihre Leute im Haus halten	50	<b>Medizinisches Schlaglicht</b> Kinder mit Atemwegsallergien – Empfehlungen zur Immuntherapie
22	<b>Forum</b> Worte und Taten	54	<b>Der besondere Fall</b> Semiokklusivverband an den Zehen nach Erfrierung dritten Grades
24	<b>Forum</b> Briefe an die Redaktion	<b>69</b>	<b>SCHWERPUNKT: NEUROLOGIE</b>
76	<b>Wissen</b> Neue Strategie gegen Blutkrebs	69	Lebensqualität bei Demenz
78	<b>Porträt</b> Helene Kloss – die erste Prosektorin der Schweiz	72	Lebensqualität und Prävention stehen im Zentrum
80	<b>Praxistipp</b> Wie viel Abfall produzieren wir?	74	Wirtschaftlichkeit nicht-medikamentöser Interventionen bei Demenz
82	<b>Zu guter Letzt von Stefan Kuster</b> (Un)bewusst inkompetent	<b>58</b>	<b>SERVICES</b>
<b>27</b>	<b>FMH</b>	58	<b>Stellenmarkt</b>
28	<b>Leitartikel des Zentralvorstandes</b> Was bedeuten die eidgenössischen Wahlen für das Gesundheitswesen?	63	<b>FMH Services</b>

## Impressum

## Schweizerische Ärztezeitung

Offizielles Organ der FMH, der Verbindung der Schweizer Ärztinnen und Ärzte  
Kontakt: Tel. +41 61 467 85 72, redaktion.saez@emh.ch, www.saez.ch

**Redaktion:** Rahel Gutmann, Lucas Vallois, Sarah Bourdely, Gabriele Hellwig, Bahador Saberi, Christelle Grisnaux, Caroline Murphy (Redaktionsassistentin), Tamy Markowitsch (Schwerpunktredaktion).  
Die Mitglieder des Advisory Boards finden Sie online unter [www.saez.ch](http://www.saez.ch)

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

© FMH Die Schweizerische Ärztezeitung ist eine Open-Access-Publikation. Auf der Basis der Creative-Commons-Lizenz CC BY-NC-ND 4.0 «Namensnennung – Nicht kommerziell – Keine Bearbeitung 4.0 international» haben Nutzerinnen und Nutzer das Recht, das Werk zu vervielfältigen, zu verbreiten und öffentlich zugänglich zu machen. Der Name der Verfasserin / des Verfassers ist in jedem Fall klar auszuweisen. Die kommerzielle Nutzung ist nur mit ausdrücklicher vorgängiger Erlaubnis von EMH und auf der Basis einer schriftlichen Vereinbarung zulässig.

## Swiss Medical Forum – Schweizerisches Medizin-Forum

Das Swiss Medical Forum ist das offizielle Weiter- und Fortbildungsorgan der FMH und eine offizielle Weiter- und Fortbildungszeitschrift der SGAIM. Es ist Mitglied des «Committee on Publication Ethics» (COPE) und ist gelistet im «Directory of Open Access Journals» (DOAJ), womit es die Vorgabe des SIWF an eine Zeitschrift mit Peer-Review erfüllt.  
Kontakt: Tel. +41 61 467 85 58, office@medicalforum.ch, www.medicalforum.ch. Manuskripteinreichung online: [www.manuscriptmanager.net/smf](http://www.manuscriptmanager.net/smf)

**Wissenschaftliche Redaktion:** Prof. Dr. med. Nicolas Rodondi, Bern (Chefredaktor); Prof. Dr. med. Martin Krause, Müllheim (Stellvertretender Chefredaktor); PD Dr. med. Carole Elodie Aubert, Bern; Prof. Dr. med. Stefano Bassetti, Basel; Prof. Dr. med. Idris Guessous, Genf; Prof. Dr. med. Lars C. Huber, Zürich; Prof. Dr. med. Gérard Waeber, Lausanne; Prof. Dr. med. et phil. Maria M. Wertli, Baden.  
Die Mitglieder des Advisory Boards finden Sie online unter [www.medicalforum.ch](http://www.medicalforum.ch)

**Redaktion im Verlag:** Magdalena Mühlemann (Leiterin Redaktion), Dr. med. Ana M. Cettuzzi-Grozaj (Managerin Medizinisches Lektorat), Dr. med. Susanne Redle (Managerin Peer-Review), Maria João Brooks (Redaktionsassistentin).



printed in  
switzerland



© Sergiu Vălenas / Unsplash

Auch mit der neuen Behandlungsmöglichkeit für postpartale Depression bleibt die Herausforderung, die Krankheit überhaupt zu erkennen.

#### Auf den Punkt

## Das Leiden nach der Geburt

**Postpartale Depression** Sie ist eine Gefahr für die Gesundheit von Eltern und Kind. Erstmals wurde jetzt in den USA eine Behandlung gegen postpartale Depression in Pillenform zugelassen. In der Schweiz liegt noch kein Antrag auf Zulassung vor.

Adrian Ritter

Die US-Arzneimittelbehörde FDA hat dem Medikament Zurzuvae von Sage Therapeutics Anfang August die Zulassung erteilt [1]. Es ist das erste orale Medikament gegen postpartale Depression. Zurzuvae war in zwei randomisierten, doppelblinden, placebokontrollierten Multizenterstudien geprüft worden. Die Patientinnen in den Gruppen, die den Wirkstoff erhielten, zeigten dabei gemäss FDA eine signifikant stärkere Verbesserung der Symptome im Vergleich zu denjenigen in den Placebo-Gruppen.

Das stösst auch in der Schweiz auf Interesse. «Es ist sehr wertvoll, dass nun ein orales Antidepressivum spezifisch für die postpartale Depression verfügbar ist», sagt Prof. Dr. med. Daniel Surbek, Chefarzt an der Universitätsklinik für Frauenheilkunde am Inselspital Bern und Präsident der Kommission Qualitätssicherung der Schweizerischen Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe.

#### Schneller wirksam

Zwischen 10 und 20% der Frauen [3] erleiden nach der Geburt eine postpartale Depression – umgangssprachlich bisweilen als postnatale oder Wochenbettdepression bezeichnet. Auch Väter können davon betroffen sein [4]. Davon zu unterscheiden ist der «Baby-Blues», der meist nur kurz dauert und als normale Reaktion auf hormonelle Veränderungen gilt. Die postpartale Depression hingegen ist eine ernste Erkrankung, welche die Gesundheit der Mutter beziehungsweise des Vaters, des Kindes und auch ihre Beziehung gefährdet. Die Depression beginnt meist nach der Geburt, kann aber auch bereits in späten Stadien der Schwangerschaft auftreten.

«Bei der Behandlung wurden bisher vor allem herkömmliche Antidepressiva wie selektive Serotonin-Wiederaufnahmehemmer verwendet», sagt Surbek. Zudem stand ein anderer Wirkstoff von Sage Therapeutics seit 2019 in der

Form einer intravenösen und damit stationären Behandlung zur Verfügung – allerdings nicht in der Schweiz.

Für Surbek liegen die Vorteile von Zurzuvae in Pillenform auf der Hand: «Einerseits ist damit auch eine ambulante Behandlung möglich. Zudem wirkt das neue Medikament im Vergleich zu herkömmlichen Antidepressiva deutlich schneller – bereits nach wenigen Tagen.» Die Wirkung soll dabei mindestens vier Wochen anhalten – das Medikament wird zwei Wochen lang täglich eingenommen.

### Mit Psychotherapie kombinieren

Allerdings gilt es gewisse Einschränkungen zu beachten. So darf Zurzuvae nicht während der Schwangerschaft verschrieben werden. Stillen ist während der Behandlung nicht möglich. Und auch das neue Medikament wird wie herkömmliche Antidepressiva nicht bei allen Patientinnen wirksam sein, wie die Psychiaterin Katherine Wisner von der Northwestern University Feinberg School of Medicine in einem Kommentar in den JAMA Medical News zitiert wird [5]. Selektive Serotonin-Wiederaufnahmehemmer und Zurzuvae seien bisher nicht in einem direkten Vergleich untersucht worden. Wisner rechnet bei beiden Medikamenten mit einem Ansprechen von rund 60% der Patientinnen.

Noch unklar ist bei Zurzuvae auch die langfristige Wirksamkeit. Zudem hat die neue Behandlungsoption Nebenwirkungen – zu den häufigsten gehören unter anderem Schläfrigkeit, Schwindel und Erkältungen. Für den Gynäkologen Daniel Surbek ist zudem klar: «Jede medikamentöse Behandlung der postpartalen Depression sollte immer einhergehen mit einer psychiatrisch-psychologischen Therapie.»

### Zu oft ein stilles Leiden

Für Sage Therapeutics war die Zulassung von Zurzuvae durch die FDA nicht nur ein Freudentag. Man zeigte sich zugleich «sehr enttäuscht» [2], dass das Medikament nicht auch für die Behandlung von schweren Depressionen allgemein zugelassen wurde. Die FDA befand die Evidenzlage als dünn. Die nächsten Schritte von Sage diesbezüglich stehen noch aus.

Surbek hofft, dass Zurzuvae für die Behandlung der postpartalen Depression bald auch in der Schweiz zur Verfügung stehen wird. Gemäss Sage Therapeutics liegt der Schwerpunkt allerdings vorerst auf dem Markteintritt in den USA. Auch mit der neuen Behandlungsmöglichkeit bleibt die grosse Herausforderung, die Krankheit überhaupt zu erkennen. Noch zu oft wird sie gemäss dem Verein Postpartale Depression Schweiz [6] gar nicht behandelt.



### Literatur

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

### Persönlich

## LUKS engagiert erfahrene Pädiaterin



Dr. med. Iris Bachmann Holzinger

**LUKS** Dr. med. Iris Bachmann Holzinger ist neue Co-Chefärztin des Kinder- und Jugendnotfallzentrums am Luzerner Kantonsspital LUKS. Ab September leitet sie gemeinsam mit Mirjam Liechti, Bereichsleiterin Pflege, das neue interdisziplinäre Zentrum im Kinderspital. Bachmann Holzinger absolvierte ihr Medizinstudium an der Universität Bern. 2009 erlangte sie den Facharzttitel Kinder- und Jugendmedizin. Von 2010 bis 2014 war sie Oberärztin auf der Notfallstation des Kinderspitals in Luzern, bevor sie in die Notfallstation des Universitäts-Kinderspitals Zürich wechselte. Zuletzt war Bachmann Holzinger dort als Oberärztin mit Spezialfunktion tätig und führte in einer Co-Leitung das Simulations- und Trainingszentrum.

## Neuer Chefarzt am Kantonsspital Glarus



Dr. med. Urs Derungs

**KSGL** Dr. med. Urs Derungs übernimmt ab September die Stelle des Chefarztes und Departementsleiters der Chirurgie, Gynäkologie und Geburtshilfe am Kantonsspital Glarus KSGL. Damit wird er Mitglied der Geschäftsleitung, wie es in einer Mitteilung heisst. Derungs ist aktuell als Leitender Arzt Chirurgie am KSGL angestellt. Das Medizinstudium absolvierte der Facharzt für Allgemeine Chirurgie und Gefässchirurgie an der Universität Bern. Während seiner Laufbahn war er unter anderem als Oberarzt Chirurgie im Kantonsspital Graubünden und als Oberarzt Herz- und Gefässchirurgie im Inselspital in Bern tätig. Nebst der Allgemein-, Gefäss-, Viszeral- und Thoraxchirurgie gehört auch die Traumatologie zum breiten Spektrum des 53-Jährigen.

## Michel Adamina wechselt nach Freiburg



Prof. Dr. med. Michel Adamina

**HFR** Der neue Chefarzt der Abteilung für Chirurgie am Freiburger Kantonsspital heisst Prof. Dr. med. Michel Adamina. Er tritt im April 2024 die Nachfolge von Prof. Dr. med. Bernhard Egger an, der in Pension geht. Adamina leitet aktuell die kolorektale Chirurgie am Kantonsspital Winterthur und ist bekannt für minimalinvasive laparoskopische und robotergestützte Darmchirurgie. Er studierte Medizin in Lausanne und erwarb 2009 den Titel in allgemeiner Chirurgie an der Universität Basel. Zwischen 2006 und 2009 bildete er sich in Toronto und Cleveland in Kolorektalchirurgie weiter. 2009 wechselte Adamina ans Spital St. Gallen, wo er sich auf die Chirurgie fortgeschrittener Krebserkrankungen und die intraperitoneale Chemotherapie spezialisierte.

## Aus der Wissenschaft

## Kalte Luft als Heilmittel

**Pädiatrie** Eine Studie des Universitätsklinikums Genf (HUG) und der Universität Genf hat ergeben, dass der Kontakt mit kalter Aussenluft die Schwere der Symptome von Pseudokrapp bei Kindern verringert. Kinder im Alter zwischen sechs Monaten und drei Jahren leiden häufig an dieser Obstruktion der oberen Atemwege. Die meisten Fälle sind zwar harmlos, aber sie machen drei bis fünf Prozent der Notaufnahmen und 72-Stunden-Wiederaufnahmen von Kindern unter zwei Jahren aus. Falscher Krupp wird mit Steroiden behandelt, eine Besserung der Symptome tritt in der Regel 30 Minuten nach der Verabreichung ein. «Wir wollten herausfinden, ob eine 30-minütige Exposition gegenüber kalter Aussenluft die Symptome vor dem Einsetzen der Steroidwirkung verringern kann. Da dies der Fall ist, ist dies eine wertvolle erste Empfehlung an die Eltern, die sie zu Hause anwenden können», argumentiert Laurence Lacroix-Ducardonnoy, die Autorin der Studie.

doi.org/10.1542/peds.2023-061365

## Stille Schlaganfälle

**Neurologie** Blutverdünner verhindern nicht unbedingt Schlaganfälle. Dies zeigt eine Studie der Kardiologieabteilung des Universitätsspitals Basel, an der über 2400 Patientinnen und Patienten mit Vorhofflimmern teilnahmen. Diese Form der Herzrhythmusstörung betrifft jeden dritten Menschen nach dem 55. Lebensjahr. Die Forschenden konnten anhand regelmässiger MRT-Untersuchungen des Gehirns über einen Zeitraum von zwei Jahren zeigen, dass sechs Prozent der Studienteilnehmenden einen Schlaganfall erlitten, obwohl 90 Prozent der Untersuchten Blutverdünner eingenommen hatten. Die meisten dieser Schlaganfälle verliefen still, beeinträchtigten aber langfristig die kognitiven Fähigkeiten. Die Analyse, die kürzlich in der renommierten Fachzeitschrift «Stroke» veröffentlicht wurde, unterstreicht, dass das Schlaganfallrisiko bei Personen mit Bluthochdruck mit dem Ausmass der Schädigung der weissen Substanz des Gehirns in Zusammenhang stand.

doi/suppl/10.1161/STROKEA

## Vermischtes

## Durch die Kraft der Gedanken wieder sprechen



© Viacheslav Iacobchuk / Dreamstime

Künstliche Intelligenz: Brain-Computer-Interface lässt Gelähmte wieder sprechen.

**Gesichtslähmung** Gehirn-Computer-Schnittstellen ermöglichen es, Sprache besser zu dekodieren als je zuvor. In zwei Studien gelang es Menschen mit Gesichtslähmung zu sprechen, und zwar mit bisher unerreichter Präzision und Geschwindigkeit. Zwei dieser sogenannten Brain-Computer-Interfaces (BCI) sind nun im Fachjournal «Nature» vorgestellt worden. Sie übersetzen neuronale Signale auf zellulärer Ebene in Text oder Wörter, die von einer synthetischen Stimme diktiert werden. Es sei denkbar, dass sich jemand mit Gesichtslähmung in Zukunft flüssig unterhalten könne, glaubt Francis Willett, Mitautor der ersten Studie und Neurowissenschaftler an

der Stanford Universität in Kalifornien. Im März 2022 implantierten er und sein Team Silikonmikroelektroden in die mit der Sprachproduktion verbundenen Gehirnareale. Die erzeugten elektrischen Signale wurden aufgezeichnet und über Kabel an einen Algorithmus weitergeleitet, der 62 Wörter pro Minute entschlüsselte. In der zweiten Studie der Universität Kalifornien wurden 253 Elektroden in der Grosshirnrinde der Patientin angebracht. Von nun an war ihre Leistung fünfmal schneller, nämlich 78 Wörter pro Minute. Ein drahtloses Gerät soll in Zukunft die Unabhängigkeit und die sozialen Interaktionen betroffener Menschen maximieren, so die Forschenden.

## In Zahlen

## Der Nachwuchs in der Medizin



Das BAG wertet jährlich Daten aus dem Medizinalberuferegister aus: **2022** wurden in der Schweiz **1209** eidgenössische Titel in Humanmedizin verliehen, **60%** davon an Frauen. Die neuen Ärztinnen und Ärzte waren im Durchschnitt **27** Jahre alt.

Von den **2109** verliehenen eidgenössischen Weiterbildungstiteln entfielen **653** auf die Allgemeine Innere Medizin. Die Geschlechterverteilung variiert je nach Fachrichtung sehr stark.



Am 31. Dezember 2022 verfügten **37082** Ärztinnen und Ärzte über eine Berufsausübungsbewilligung, davon waren **41%** Frauen. **51%** der Ärztinnen und Ärzte, die über eine Berufsausübungsbewilligung verfügen, besitzen einen Facharztstitel.

© Viachm / Dreamstime; Fourleaflover / Dreamstime; Fish405 / Dreamstime

## Kopf der Woche

# Neue Präsidentin für die swimsa



Valeria Scheiwiller

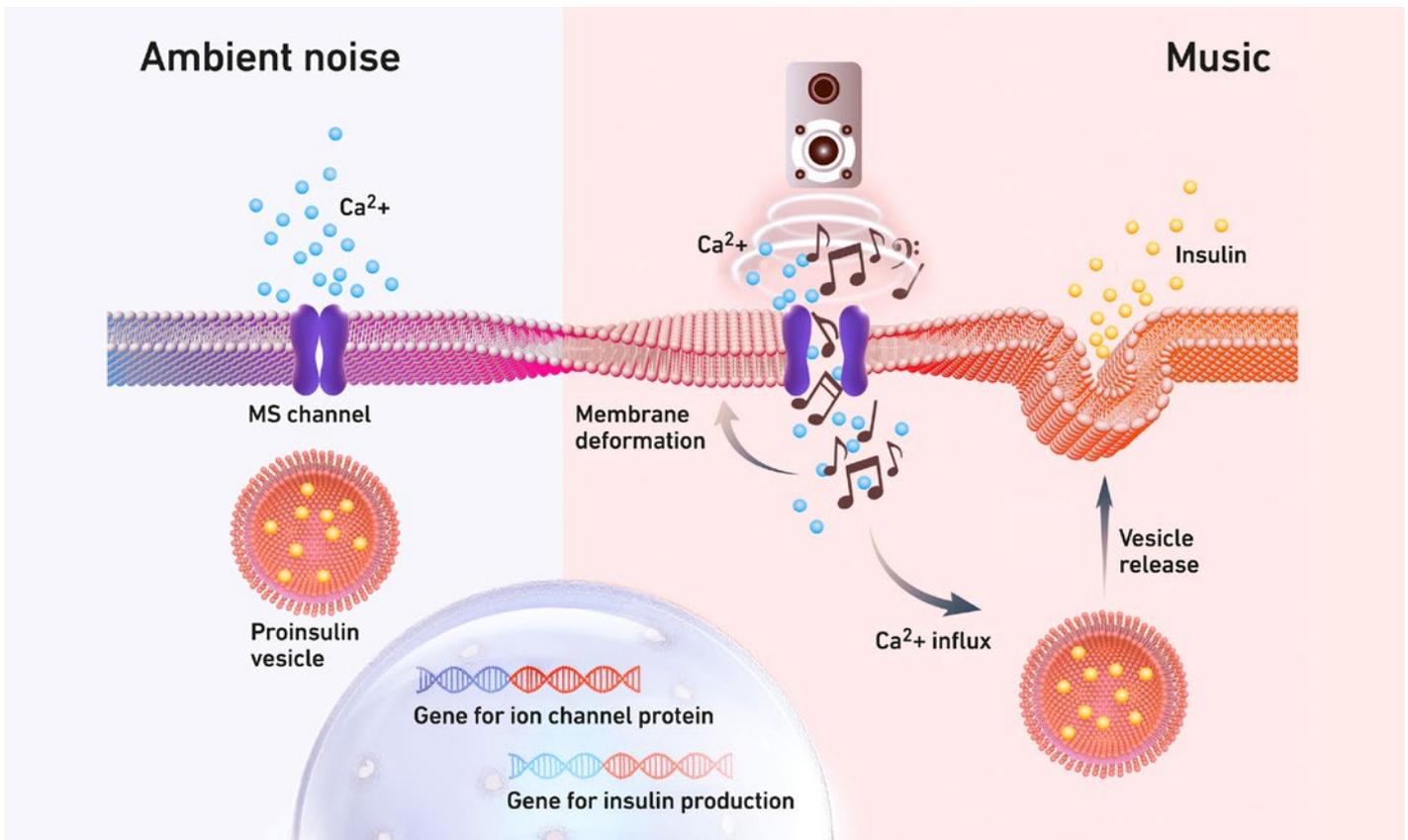
**Engagement** Wer könnte die Schweizer Medizinstudierenden besser repräsentieren als eine Frau? Schliesslich sind heute rund zwei Drittel der angehenden Ärztinnen und Ärzte in der Schweiz weiblichen Geschlechts. Valeria Scheiwiller, die ab September das Präsidium der Swiss Medical Students Association übernimmt, sieht sich aber als Repräsentantin aller Medizinstudierenden in der Schweiz und freut sich darauf, die Organisation authentisch zu leiten und die Interessen der über 9000 Verbandsmitglieder aktiv zu fördern. Die 25-Jährige hat sich «im Kopf» schon länger mit der Präsidiumsübernahme befasst. Nun, im letzten Studienjahr, hat der Zeitpunkt endlich gepasst. «Die Zeit als Medizinstudentin neigt sich dem Ende entgegen. Meine Erfahrungen möchte ich gerne weitergeben und so hoffentlich viele weitere Studierende dazu inspirieren, sich ehrenamtlich innerhalb der swimsa oder unserer assoziierten Vereine zu engagieren.»

Scheiwiller wird der swimsa bis zum 1. September 2024 vorstehen. Während dieser Zeit will die gebürtige Zürcher Oberländerin insbesondere den Austausch zwischen den Studierenden fördern. «Ich möchte sie anregen, sich ausserhalb ihrer Komfortzone zu bewegen, den Status quo zu hinterfra-

gen und sich auch mit medizinisch und ethisch kritischen Fragestellungen zu beschäftigen.» Die Studierenden hätten mit ganz unterschiedlichen Problemen zu kämpfen, je nachdem, an welchem Punkt des Medizinstudiums sie sich befänden: «Studierende der ersten beiden Jahre setzen sich vor allem damit auseinander, wie sie ihre Prüfungen bestehen, während jene im vierten Studienjahr fieberhaft auf der Suche nach einer guten Unterassistentenstelle sind.» Oft seien die beliebten Stellen bereits zwei Jahre vor Stellenbeginn besetzt, was zu grosser Frustration bei den Studierenden führen könne.

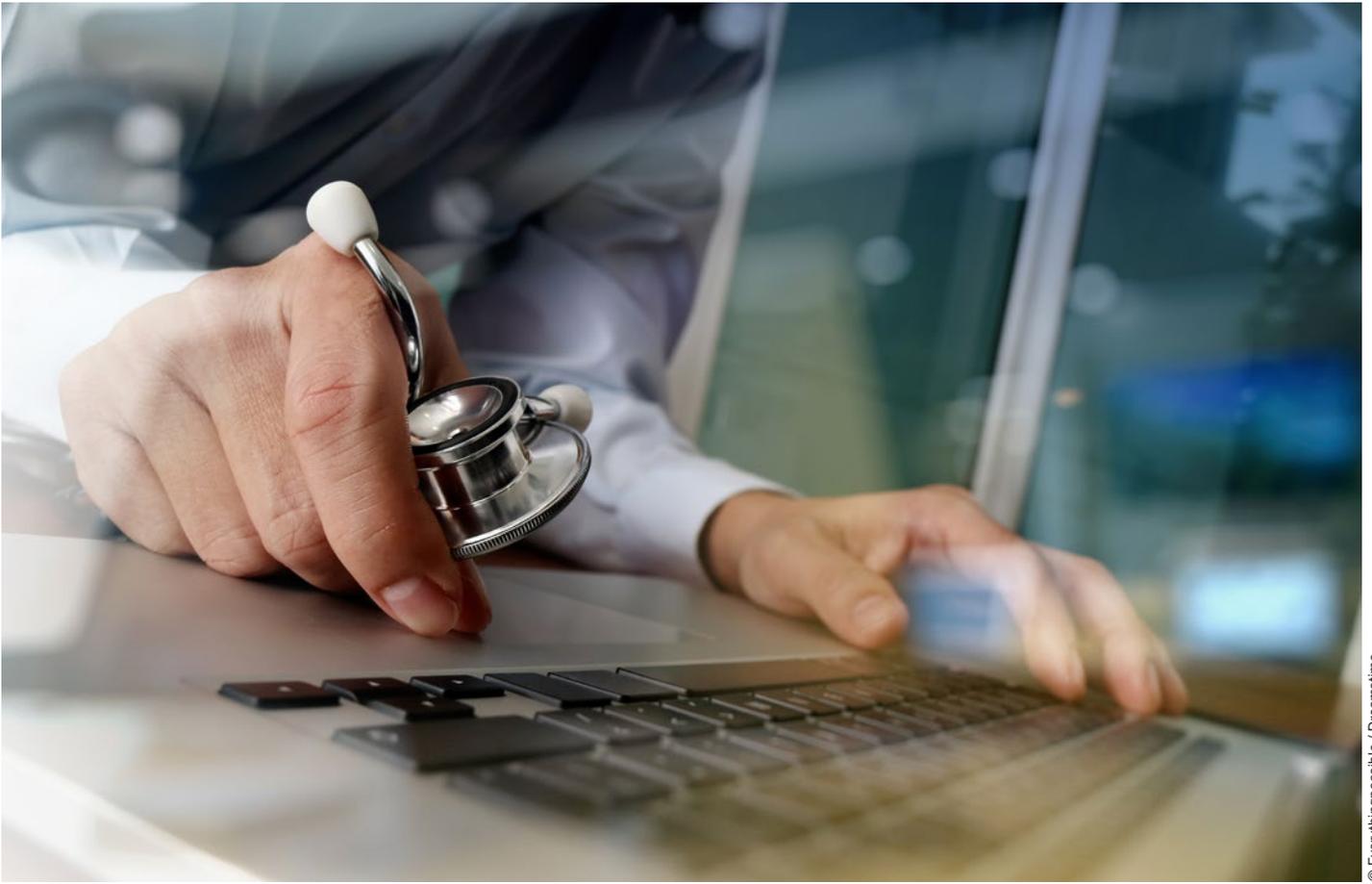
Die neue Präsidentin der swimsa kennt die Sorgen der Medizinstudierenden in der Schweiz aus eigener Erfahrung und kann adäquat auf verschiedene Anliegen eingehen. Für ihre eigene berufliche Zukunft hat Valeria Scheiwiller schon ganz konkrete Pläne, die sie nach der Absolvierung des Staatsexamens 2024 in Angriff nehmen will: «Als vernetzte Person sehe ich mich ganz klar beim Lösen von konkreten systemischen Problemen unseres Gesundheitswesens. Deshalb strebe ich nach meiner Grundausbildung als Assistenzärztin die Fachrichtung Public Health und Prävention an.» Ein Vorhaben, bei dem Scheiwiller ihre Zeit als swimsa-Präsidentin bestimmt zugutekommen wird.

## Aufgefallen



© ETH Zürich

**Diabetes** Forschende der ETH Zürich in Basel haben synthetische Zellen entwickelt, die Insulin produzieren, wenn Musik gespielt wird. Eingeschlossen in Kapseln, die in den Körper implantiert werden, setzen diese veränderten Zellen das Insulin frei, wenn eine bestimmte Schallwelle in der Nähe erklingt. Die Ergebnisse waren besonders gut bei dem Lied «We Will Rock You» der Band Queen. (doi: 10.1016/PIIS2213-8587(23)00153-5)



© Everythingpossible / Dreamstime

Praxisärztinnen und -ärzte sollten sich mit dem neuen Datenschutzgesetz auseinandersetzen.

# Datenschutzgesetz – das gilt es zu beachten

**Gesetzesrevision** Seit dem 1. September ist das totalrevidierte Datenschutzgesetz in Kraft. Ärztinnen und Ärzte bearbeiten regelmässig Personendaten und sind deshalb besonders betroffen. Die Abteilung Digitalisierung/eHealth und der Rechtsdienst der FMH haben Antworten auf die wichtigsten Fragen zusammengestellt.

Reinhold Sojer, Iris Herzog-Zwitter

## Welches sind die wichtigsten Neuerungen im totalrevidierten Datenschutzgesetz (DSG)?

- Ausbau der Informationspflichten: Neu informiert der Verantwortliche die betroffene Person angemessen über die Beschaffung von Personendaten; diese Informationspflicht gilt auch, wenn die Daten nicht bei der betroffenen Person beschafft werden (Art. 19 DSG).
- Ausbau des Auskunftsrechts der betroffenen Personen: Einer betroffenen Person sind alle Informationen zur Verfügung zu stellen, die erforderlich sind, damit sie ihre Rechte nach dem Datenschutzgesetz geltend machen kann und eine transparente Datenbearbeitung gewährleistet ist (Art. 25 DSG).
- Durchführung einer Datenschutz-Folgenabschätzung

(DSFA), wenn eine Bearbeitung geplant ist, die voraussichtlich ein hohes Risiko für die Persönlichkeits- oder Grundrechte der betroffenen Person mit sich bringt (Art. 22 DSGVO).

- Verpflichtung der Verantwortlichen und Auftragsbearbeiter unter bestimmten Voraussetzungen, ein Verzeichnis der Bearbeitungstätigkeiten zu führen (Art. 12 DSGVO).
- Konkretisierung der Bearbeitung durch Auftragsbearbeiter (Art. 9 DSGVO).
- Benennung eines Datenschutzberaters (Art. 10 DSGVO).
- Meldepflicht bei Verletzungen der Datensicherheit. Die Meldung ist an den Eidgenössischen Datenschutz- und Öffentlichkeitsbeauftragten (EDÖB) vorzunehmen (Art. 24 DSGVO).

### Welche Pflichten entstehen für Ärztinnen und Ärzte mit eigener Praxistätigkeit?

Je nach Praxisstruktur sind Ärztinnen und Ärzte unterschiedlich betroffen. Eine DSFA etwa ist nur durchzuführen, wenn die bisherigen Datenbearbeitungen nach dem 1. September 2023 geändert werden, zum Beispiel bei der Eröffnung einer neuen Arztpraxis. Für Verantwortliche und Auftragsbearbeiter gibt es Vorgaben zur Führung eines Verzeichnisses der Bearbeitungstätigkeiten. Der Bundesrat sieht allerdings Ausnahmen für Unternehmen vor, die weniger als 250 Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter beschäftigen und deren Datenbearbeitung ein geringes Risiko von Verletzungen der Persönlichkeit der betroffenen Personen mit sich bringt.

### Gibt es Unterschiede je nach Grösse der Praxis?

Ja, die Grösse spielt eine Rolle, weil eine Leitlinie des neuen Datenschutzgesetzes der risikobasierte Ansatz bildet: Je höher das Risiko der Datenbearbeitungen im Hinblick auf die Persönlichkeitsrechte ist, desto strenger werden die Pflichten der Verantwortlichen ausgelegt. Mit dem Umfang der Datenbearbeitungen sind demnach technische und organisatorische Massnahmen zu treffen, um das Risiko der Verletzung von Persönlichkeitsrechten zu minimieren.

### Welche Anlaufstellen gibt es für Ärztinnen und Ärzte, um sich beraten zu lassen?

Wir empfehlen, die Hilfestellungen der FMH zu verwenden. Grössere Gruppenpraxen oder Praxisgemeinschaften sind zudem gut beraten, entsprechende Beratungsdienstleistungen wahrzunehmen oder einen Datenschutzberater bei der Umsetzung der Datenschutzerfordernisse einzubeziehen.

### Welche Hilfsmittel und Vorlagen stellt die FMH zur Verfügung?

- Infoblatt mit Informationen über die Änderungen des revidierten Datenschutzgesetzes
- Datenschutzerklärung, die im Fall des Angebots einer eigenen Webseite verwendet werden kann
- Vorlagen und ein Leitfaden für eine Geheimhaltungs- und Auftragsbearbeitungsvereinbarung
- Vorlage und ein Leitfaden für das Verzeichnis der Bearbeitungstätigkeiten
- Leitfaden für die Aufbewahrung und Archivierung von Patientendaten sowie eine Anleitung für Auskunfts- und Herausgabegesuche der Krankengeschichte

- Checkliste und eine Prozessbeschreibung bei Datenschutzverletzungen im Zusammenhang mit der Meldepflicht
- Vorlage für eine Einwilligungserklärung

### Wann kommen die Hilfsmittel zum Einsatz?

Die Hilfsmittel stellen ein Grundset dar, welches bedarfsgerecht genutzt werden kann. Sie kommen zum Einsatz, wenn zum Beispiel Patienten und Patientinnen um die Herausgabe ihrer Personendaten ersuchen oder wenn eine Datenschutzverletzung vorliegt. Da solche Vorkommnisse nicht tagtäglich geschehen, ist es wichtig, dass Hilfestellungen dazu vorhanden und die Verantwortlichkeiten klar geregelt sind.

### Müssen die Vorlagen an den jeweiligen Kontext angepasst werden?

Die Vorlagen müssen hinsichtlich der Bedürfnisse der Arztpraxen angepasst werden. Dies betrifft insbesondere die Datenschutzerklärung sowie die Einwilligungserklärung.

### Wann müssen die Patientinnen und Patienten das Einwilligungsfeld unterzeichnen?

Das Einwilligungsfeld ist durch die Patienten, die sich in Behandlung befinden, einmal zu unterzeichnen. Bei späteren Änderungen oder Bekanntgaben von gesundheitsrelevanten Personendaten müssen Patientinnen und Patienten wieder informiert werden. Auch dies muss dokumentiert werden.

### Können Patientendaten weiterhin digital aufbewahrt und verschickt werden?

Das neue DSGVO verlangt wie bis anhin, dass technische und organisatorische Massnahmen bei der Aufbewahrung und Übermittlung von digitalen Daten ergriffen werden müssen. Diese sind beispielsweise physikalische Zugriffskontrollen, Verwendung von sicheren Passwörtern, verschlüsselte Übertragung der Daten, zum Beispiel per HIN-Mail, etc. Die FMH stellt diesbezüglich Empfehlungen zum IT-Grundschutz für ihre Mitglieder zur Verfügung.

### Neu zählen auch genetische und biometrische Daten zu den besonders schützenswerten Gesundheitsdaten. Welche Daten umfasst das?

Genetische Daten sind Informationen über das Erbgut einer Person, die durch eine genetische Untersuchung gewonnen werden, einschliesslich des DNA-Profiles über genetische Untersuchungen beim Menschen. Bei den biometrischen Daten handelt es sich um Fingerabdrücke, Gesichtsbilder, Bilder der Iris oder Aufnahmen einer Stimme. Bei den biometrischen Daten gilt, dass sie eine natürliche Person identifizieren. Das heisst, diese Daten müssen durch ein technisches Verfahren gewonnen werden, das auch die Identifikation der Person beinhaltet. Gewöhnliche Fotografien sind hiervon ausgenommen.

### Ändert sich für die medizinischen Praxisassistentinnen und -assistenten etwas am Zugang zu Patientendaten?

Grundsätzlich ändert sich nichts für MPAs am Zugang zu Patientendaten. Sie sind wie bis anhin «Hilfspersonen», die dem Verantwortlichen für die Datenbearbeitung unterstehen und auf dessen Weisung zur Erfüllung seiner Aufgaben handeln. Leider wird oftmals vergessen, dass der Zugriff auf

die Daten in einer Arztpraxis, wie vom DSG verlangt, nachvollziehbar sein muss. Insofern ist zu empfehlen, dass die MPA über ein persönliches Benutzerkonto verfügt, um nachvollziehen zu können, wer zu welchem Zeitpunkt auf die Personendaten zugegriffen hat.

#### **Müssen die bestehenden Verträge mit externen Dienstleistern erneuert werden?**

Wir gehen davon aus, dass die Dienstleister ihre Verträge hinsichtlich des neuen Datenschutzgesetzes rechtzeitig anpassen, sofern sie dies nicht bereits getan haben. Daneben gibt es jedoch Situationen, bei denen Dienstleister Tätigkeiten in der Arztpraxis durchführen und zufällig mit schützenswerten Personendaten in Berührung kommen. Wir empfehlen in diesem Fall, eine Geheimhaltungsvereinbarung abzuschliessen.

#### **Was ist zu beachten, wenn die Datenbearbeitung ausgelagert wird?**

Bei der Datenbearbeitung durch einen Auftragsbearbeiter handelt es sich typischerweise um ein Outsourcing der Datenbearbeitung, etwa beim Einsatz von elektronischen Krankengeschichten in einer Arztpraxis, die vom Anbieter in der Cloud betrieben werden. Diese Daten dürfen nur so bearbeitet werden, wie der Verantwortliche selbst es tun dürfte. Zudem muss sich der Verantwortliche vergewissern,

dass der Auftragsbearbeiter in der Lage ist, den Datenschutz und die Datensicherheit zu gewährleisten. Konkret sind die vertraglichen Vereinbarungen und damit verbundenen Risiken ohne vertiefte Fachexpertise kaum verständlich für Laien. Die FMH hat deshalb einen Rahmenvertrag für Cloud-Lösungen mit IT-Providern erarbeitet, welcher jetzt aktualisiert wird.

#### **Was passiert bei Missachtung der neuen Vorschriften?**

Es können hohe Bussen von bis zu 250 000 CHF gesprochen werden, wenn eine vorsätzliche strafbare Handlung gemäss DSG gegeben ist. Verstösse gegen das Datenschutzgesetz können auch zivilrechtliche Folgen nach sich ziehen. Das trifft insbesondere dann zu, wenn die Mindestanforderungen an die Datensicherheit fahrlässig nicht eingehalten werden.

#### **Was sollen Arztpraxen tun, die noch nicht alle neuen Bestimmungen umsetzen?**

Wir empfehlen allen Arztpraxen, sich mit dem DSG auseinanderzusetzen. Auch ist es wichtig zu wissen, welche Bestimmungen die Arztpraxen treffen. Wir verweisen gern auf die umfassenden Hilfestellungen, welche die FMH auch auf der Webpage zugänglich gemacht hat.

## Interview

## Es müssen alle die Verantwortung wahrnehmen

### Reinhold Sojer, weshalb wurde das Datenschutzgesetz totalrevidiert?

Die Revision des Datenschutzgesetzes war aufgrund der raschen Entwicklung im Bereich der Digitalisierung notwendig. Gleichzeitig war es für die Schweiz unumgänglich, dass eine Annäherung an die Datenschutzregelungen der Europäischen Union stattfindet. Die neuen Bestimmungen sollen die Transparenz über die Datenbearbeitungen erhöhen. Bürgerinnen und Bürger, über die Daten beschafft oder bearbeitet werden, sollen ihre Daten besser kontrollieren und besser darüber bestimmen können.

### Weshalb ist die Ärzteschaft besonders von den Änderungen betroffen?

Grundsätzlich betreffen die Regelungen all diejenigen, die Personendaten bearbeiten, das heisst alle Branchen. Ärztinnen und Ärzte sind hiervon jedoch besonders betroffen, da sie regelmässig sensible Personendaten bearbeiten. Gleichzeitig muss betont werden, dass sich an den Grundsätzen für eine rechtmässige Datenbearbeitung nichts ändert. Praxisärztinnen und -ärzte, die bislang die heute geltenden Datenschutzbestimmungen eingehalten haben, erfüllen in einem hohen Mass die neuen Bestimmungen.

### Die FMH stellt ihren Mitgliedern verschiedene Hilfsmittel und Vorlagen zur Verfügung. Wer war an der Ausarbeitung beteiligt?

Die Ausarbeitung wurde durch den Rechtsdienst der FMH und unseren Datenschutzberater Bruno Baeriswyl eng begleitet. Unterstützt wurden wir durch weitere Experten und Expertinnen in den Bereichen Datenschutz sowie IT-Sicherheit. Ein herzlicher Dank geht an unsere klinisch tätigen Ärztinnen und Ärzte, welche in Arbeitsgruppen die Ergebnisse hinsichtlich der Umsetzbarkeit in Arztpraxen validiert haben.

### Haben Sie bereits Rückmeldungen von Arztpraxen erhalten, die die Unterlagen nutzen?

Ja. Die Rückmeldungen waren bislang positiv. Selbstverständlich gibt es auch negative Meinungen, die sich auf die zusätzlichen Aufwände seitens der Ärzteschaft beziehen. Die FMH ist nicht verantwortlich für die Regelungen im neuen Datenschutzgesetz. Sie ist aber bestrebt, ihren Mitgliedern konkrete und praxistaugliche Hilfestellungen zur Umsetzung anzubieten.

### Insgesamt klingt es so, als würden die Neuerungen vor allem Mehraufwand für die Ärzteschaft verursachen.

Ja, das bedeutet Mehraufwand. Unbefriedigend und auch unhaltbar ist, dass die Praxisärztinnen und Praxisärzte immer noch mit einem Tarif arbeiten müssen, der vor der Digitalisierung erarbeitet wurde. Es ist also wichtig zu differenzieren zwischen den in der Schweiz verhältnismässigen Anforderungen an Datenschutz und Datensicherheit und dem dringenden Bedarf einer Tarifierung, welche die



© Eve Kohler

Dr. rer. biol. hum. Reinhold Sojer ist Leiter der Abteilung Digitalisierung/eHealth der FMH.

zusätzlichen Infrastrukturkosten auch betriebswirtschaftlich angemessen berücksichtigt.

### Ist die Digitalisierung also mehr Fluch als Segen?

Dass wir in der Schweiz auf die Vorteile der Digitalisierung in Arztpraxen aufgrund der neuen Datenschutzbestimmungen verzichten möchten, wage ich zu bezweifeln. Fest steht jedoch, dass die angesprochene Verantwortung von allen wahrgenommen werden muss. Sie darf nicht nur auf den Schultern der Praxisärztinnen und -ärzte lasten. Auch Anbieter der Praxis-IT und weiterer Dienstleistungen wie Labor oder Bildgebung stehen in der Pflicht.

Interview: Rahel Gutmann

# Wie Kliniken ihre Leute im Haus halten

**Fachkräftemangel** Hohe Anforderungen und unregelmässige Arbeitszeiten sind in der Gesundheitsbranche normal. Deshalb müssen Arbeitgeber mit attraktiven Angeboten punkten. Dazu gilt es, die eigenen Stärken zu kennen und auch regionale Trümpfe auszuspielen. Vier Gesundheitseinrichtungen zeigen, wie das geht.

Roger Rügger

Der Arbeitsmarkt ist für Fachpersonen attraktiv. In verschiedenen Branchen können sich Expertinnen und Experten Jobs mit idealen Anstellungsbedingungen aussuchen. Dies gilt auch für Ärztinnen und Ärzte, um die Kliniken und Praxen weibel. Es gilt für die Arbeitgebenden, zu den Mitarbeitenden Sorge zu tragen. Denn wenn das Verhältnis nicht stimmt, gibt es genug Alternativen.

Die Situation ist in manchen Unternehmen schwierig, auch weil der Nachwuchs dem Beruf den Rücken kehrt. Immer mehr junge Assistenzärztinnen und Assistenzärzte verlassen die Branche [1]. (Eine Herausforderung für Kliniken und Spitäler, aber auch eine Chance, mit Vorzügen zu punkten. Wie es gelingt, Ärzte und Ärztinnen längerfristig zu binden, wird auf verschiedene Weise gehandhabt. Je nach Region können spezifische Trümpfe ausgespielt werden. Wir haben bei mehreren Betrieben nachgefragt. Dabei hat sich gezeigt, wie vielschichtig und regional verschieden die Ansätze sind – und dass sich manche Kliniken offensichtlich auf dem richtigen Weg befinden.

## Zu den grossen Stärken des Hôpital du Jura zählt seine Lage – es liegt quasi «mitten in der Natur».

### Überschaubare Grösse

So ist etwa die Fluktuation im Hôpital du Jura ziemlich stabil, wie Olivier Guerdat, Leiter Kommunikation und Marketing, auf Anfrage mitteilt. «Zunächst einmal hat das Krankenhaus mit insgesamt rund 1820 Mitarbeitenden, darunter fast 200 Ärztinnen und Ärzte, eine überschaubare Grösse. Die Arbeitsatmosphäre ist angenehm und vielleicht weniger unpersönlich als in grossen Einrichtungen.» Als besonderen Pluspunkt erachtet Guerdat die Lage der Klinik. Die Region

zeichne sich durch einen sehr angenehmen Lebensraum aus, weit weg von Belästigungen wie Lärm und Staus, und es bestehe keine Wohnungsnot.

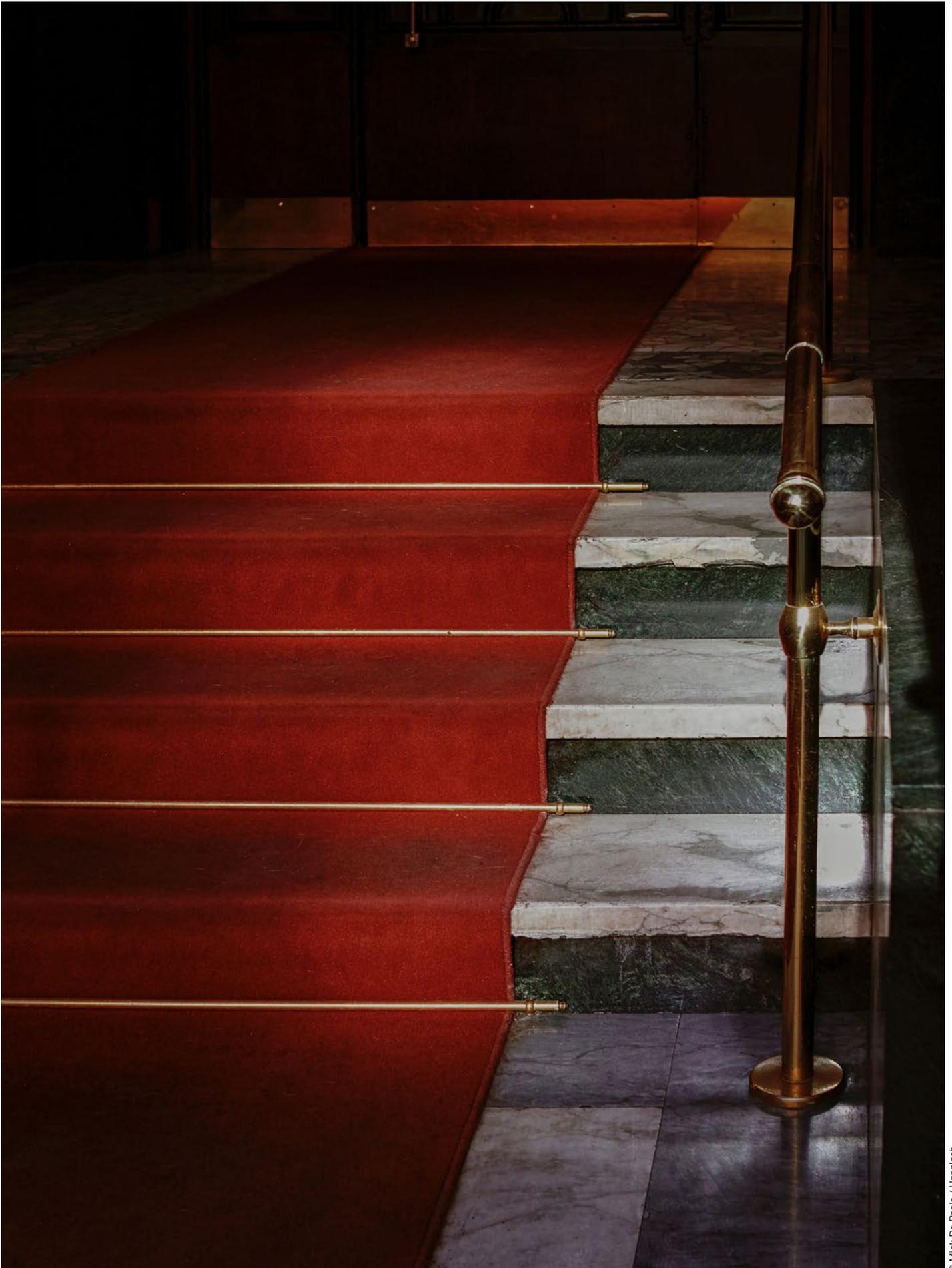
Diese grossen Stärken würden bei der Begrüssung von neuen Mitarbeitenden gerne hervorgehoben. «Wir leben zwar praktisch mitten in der Natur, haben aber trotzdem schnellen Zugriff auf Kultur und Sport. Da sind etwa die Nähe zu Basel mit seinen Museen und dem internationalen Flughafen sowie der gut erreichbare Bahnhof Belfort-Montbéliard mit einer TGV-Verbindung, die es ermöglicht, in knapp zweieinhalb Stunden nach Paris zu gelangen.»

### Tiefe Lebenskosten

Ein gewichtiger Punkt im Arbeitsmarkt ist der Lohn. Hier müsse sich das Hôpital du Jura nicht verstecken, ist Guerdat überzeugt. Bei den Gehältern der Ärztinnen und Ärzte sei man im Vergleich zu Krankenhäusern derselben Grösse «relativ wettbewerbsfähig». Nicht allein das Gehalt, sondern auch die Lebenskosten würden zu Buche schlagen. Der Jura zählt gemäss mehreren Wirtschaftsstudien zu den Regionen, in denen das in den Haushalten verbleibende Geld nach Steuern, laufenden Ausgaben und Mieten zu den günstigsten in der Schweiz gehört.

«Dies liegt vor allem an den Mietpreisen und den Häusern, die zum Beispiel im Gegensatz zur Region Genfersee sehr erschwinglich sind. Ärztinnen und Ärzte, die eine Familie gründen wollen, finden hier ein sehr günstiges, angenehmes und vorteilhaftes Umfeld», betont Guerdat.

Weitere Gründe, weshalb die Fluktuation im Juraspital stabil gehalten werden kann, ist das Arbeitsumfeld. «Wir versuchen dies interessant zu gestalten. Zum Beispiel, indem wir auf die Bedürfnisse der Ärzte und Ärztinnen eingehen. So passen wir etwa deren Arbeitszeit und die Räumlichkeiten so weit wie möglich den entsprechenden Bedürfnissen an. Wir sind zudem bestrebt, die Medizinerinnen und Mediziner von administrativen Aufgaben zu entlasten.»



© Mick De Paola / Unsplash

Fachkräften wird der rote Teppich ausgerollt: Wie es gelingen kann, Ärztinnen und Ärzte langfristig zu binden, zeigen unsere Beispiele.

### Administrativ entlasten

Administration ist einer der Punkte, dem auch im Schweizer Paraplegiker-Zentrum (SPZ) in Nottwil immer mehr Gewicht gegeben wird. So werden Arztdisponentinnen und Arztdisponenten angestellt, welche die Ärztinnen und Ärzte auf den Stationen administrativ entlasten und ihnen dadurch mehr Zeit mit den Patientinnen und Patienten ermöglichen, wie Marcel Unterasinger, Leiter HR, ausführt.

Auch die Präsenzzeit ist klar geregelt. «Wir bieten attraktive Anstellungsbedingungen mit einer 48-Stunden-

## Im Schweizer Paraplegiker-Zentrum werden Disponentinnen und Disponenten angestellt, um die Ärzteschaft administrativ zu entlasten.

Woche, Zeiterfassung mit Kompensation, wenigen Diensten im Verhältnis zu anderen Spitälern und einer Beteiligung an externen Weiterbildungskosten.» Man sei stets bestrebt, die Arbeits- und Anstellungsbedingungen zu verbessern. Als Beispiele nennt er die Reduktion der Dienstbelastungen, Gehaltserhöhungen oder aber geringere Hürden für Beförderungen. In diesem Zusammenhang stehen auch die Perspektiven für Einsteigende. So etwa mit Anstellungen als stellvertretender Oberarzt und stellvertretende Oberärztin mit klaren inhaltlichen und finanziellen Entwicklungsperspektiven. Diesbezüglich sei man in Nottwil in den vergangenen Monaten viel offener geworden, da man beobachte, dass auch in anderen Häusern Beförderungen zu Oberarzt oder Leitender Ärztin grosszügiger vergeben würden als früher.

### Treue belohnen

Insofern seien die Ansprüche der Bewerbenden entsprechend höher geworden. Auch die Ausgewogenheit zwischen Beruf und Privatleben ist ein wichtiges Thema, beschreibt Unterasinger. «Wir ermöglichen sehr viel mehr Teilzeitarbeit, weil dies ein zunehmendes Bedürfnis ist. «Die Leute fordern diese viel aktiver ein als noch vor ein paar Jahren.» Teilzeitstellen seien bei Assistenzärztinnen von 60 bis 100 Prozent möglich. Bei 60 Prozent bietet die Klinik ein Job-Sharing an. Zudem bestehe die Möglichkeit für unbezahlte Urlaube und eine Pensumsreduktion während der Anstellungszeit. Auch die Treue wird belohnt. Als Dienstaltersgeschenk gibt es vier Wochen alle zehn Jahre und einen Tag alle fünf Jahre. Auch die Möglichkeit für ein Sabbatical besteht. Neu gibt es auch die Option eines Langzeitferienkontos. Nicht zuletzt unterstützt das SPZ Mitarbeitende bei der Wohnungssuche. Es steht ihnen eine hauseigene Kindertagesstätte zur Verfügung, die flexibel auf die Bedürfnisse von Mitarbeitenden im Gesundheitswesen eingehen kann.

Als zentral erachtet Unterasinger den spannenden und sinnstiftenden Arbeitsinhalt. Weitere Pluspunkte sind klare Entwicklungsperspektiven, gekoppelt an eine attraktive Gehaltsentwicklung mit guter Balance zwischen Arbeit und Privatleben. Zudem werde es sehr geschätzt, dass die Klinik neben der klinischen Tätigkeit auch im Bereich Forschung interessante Perspektiven anbieten kann.

Das SPZ punktet zudem gemäss Unterasinger bei Ärztinnen, wie bei allen anderen Mitarbeitenden, mit dem Gesamtangebot des Campus. «Bei uns können die Mitarbeitenden verschiedene sportliche Tätigkeiten ausüben. Neben dem Hallenbad, Fitnessraum und einer Aussensportanlage gibt es einen Seeanstoss sowie diverse Kurse.» Da im SPZ im Allgemeinen flache Hierarchien gepflegt würden, kenne man sich untereinander gut und pflege einen wertschätzenden Umgang miteinander.

### Teilzeit auf allen Stufen

Die Spitäler Schaffhausen bieten die Möglichkeit der Teilzeitarbeit auf allen Kaderstufen. Gemäss dem Kommunikationsverantwortlichen Lukas Feurer ist das inzwischen ein «Must». Was im Unternehmen attraktiv für Ärzte ist, ist die individuelle Betreuung – etwa wenn es um die Erlangung eines Facharzt-Titels oder eines Schwerpunkt-Titels geht oder bei der Laufbahnplanung. Die Weiterbildungsmöglichkeiten intern und extern mit entsprechender finanzieller Unterstützung sind gemäss Feurer äusserst attraktiv: «Etwa wenn eine Ärztin oder ein Arzt für eine bestimmte Dauer in ein Partnerspital geht, um Zusatzkenntnisse zu erwerben, die wir als Weiterbildung intern nicht anbieten können. Kommt die Person anschliessend zurück, erfolgt der nächste Karriereschritt.»

Auch beim Lohn sei das Unternehmen konkurrenzfähig. Was die Möglichkeit der Teilzeitarbeit betrifft, erläutert Feurer: «Wir haben sowohl im oberärztlichen Bereich als auch im Bereich der Leitenden Ärztinnen und Ärzte einzelne Mitarbeitende mit Minimalpensen.» Dabei unterstreicht er: «Dies funktioniert aber nur, wenn die Person den Klinikbetrieb sehr gut kennt und die Facharztausbildung abgeschlossen ist.»

## Die Spitäler Schaffhausen bieten die Möglichkeit der Teilzeitarbeit auf allen Kaderstufen.

Für Ärztinnen und Ärzte mit Familie oder Familienplanung seien die Spitäler Schaffhausen ein idealer Arbeitgeber. So sei eine hauseigene Kita für die Rückkehr von Ärztinnen nach Mutterschaftsurlauben zentral. Zudem bestehe die Bereitschaft, bei Assistenzärztinnen die Assistenzzeit nach einem Mutterschaftsurlaub und nachfolgender Reduktion des Arbeitspensums zu verlängern.

### Zulagen erhöht

Mit einem Massnahmenpaket für seine Mitarbeitenden will das Luzerner Kantonsspital (LUKS) dem Fachkräftemangel entschlossen begegnen. Gemäss einer Mitteilung von Anfang Juli setzt das LUKS mit der Initiative «Magnet LUKS Gruppe – Spitäler mit Anziehungskraft» bei der Suche nach Fachkräften auf eine Vorwärtsstrategie, bei der sich die Mitarbeitenden aktiv einbringen können. Mit ersten Erfolgen, wie das LUKS ausführt [2]. So sei im Rahmen des Jahresabschlusses eine zusätzliche Einmalzahlung von 0,4 Prozent des Jahreslohnes 2022 zur regulären Lohnerhöhung gesprochen worden.

Ausserdem werden die Zulagen für Spätschicht, Nachtschicht sowie für Dienste an Samstagen erhöht, wie der Mitteilung weiter zu entnehmen ist. Der Zusatzverdienst kann auch in Freizeit reinvestiert werden, indem Ferien gekauft werden. «Mit den beschlossenen Massnahmen steigern wir die Attraktivität der mit Familie und Freizeit schwieriger zu vereinbarenden, in einem Spitalbetrieb aber sehr wichtigen Spät-, Nacht- und Wochenenddienste deutlich», wird Michael Döring, CNO/Leiter Gruppenbereich Pflege und Soziales, in der Mitteilung zitiert. Dies entspreche einem grossen Wunsch der Mitarbeitenden, wie sich bei der Mitwirkung rund um die Magnet-Initiative gezeigt habe.

## Das Luzerner Kantonsspital will mit einem Massnahmenpaket Fachkräfte im Beruf und im Unternehmen halten.

Von den beschlossenen Massnahmen erhofft sich das LUKS als attraktive Arbeitgeberin Fachkräfte im Beruf und im Unternehmen halten und neue hinzugewinnen zu können, wie Benno Fuchs, CEO und Vorsitzender der Geschäftsleitung, ergänzt: «Anspruch des LUKS ist es, im Rahmen des Machbaren laufend in attraktive Arbeitsbedin-

gungen und damit in unsere Mitarbeitenden zu investieren – und dies trotz sehr schwierigen finanziellen Rahmenbedingungen.»

### Die Stärken suchen

Die Beispiele zeigen, wie verschieden die Kliniken und Spitäler zugange gehen, um attraktiv für Ärzte und Ärztinnen zu sein. Dabei gilt es wohl, die eigenen Stärken zu suchen. Olivier Guerdat vom Hôpital du Jura bringt es auf den Punkt: «Die Erwartungen der Mitarbeitenden sind sehr unterschiedlich, auch bei Ärzten und Ärztinnen. Manche wollen ein gutes Gehalt und Zeitpläne, die ein Privatleben ermöglichen. Andere haben Spass daran, Projekte zu entwickeln und zusätzliche Schulungen am Arbeitsplatz zu absolvieren. Einige legen Wert darauf, in der Ausbildung tätig sein zu können.» Um attraktiv zu sein, müsse man flexibel sein und sich an die Bedürfnisse der Einrichtung und die Erwartungen der Ärztinnen und Ärzte anpassen.



### Literatur

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



Marc Reynaud de la Jara, Yvonne Gilli und Chloé Anaïs Rosenfeld im Kongresshaus in Biel.

## Worte und Taten

**Ärzttekammer** Als Partner der FMH vertrat die Swiss Medical Students' Association (swimsa) die Medizinstudierenden in der Ärztekammer. Ein spannender Einblick und eine Inspiration für die Ärztinnen und Ärzte von morgen.

**W**er hätte gedacht, dass wir bei der Ärztekammer mit einem ehemaligen Schweizer Bundespräsidenten sprechen würden? Die swimsa und die FMH sind schon seit einiger Zeit Partner, was uns ermöglicht, die Studierenden bei der Ärztekammer zu vertreten. Es ist eine Ehre und ein Vergnügen, dort zu sein. Es ist wichtig, dass wir über das Gesundheitssystem informiert bleiben. So können wir unsere Rechte verteidigen und die Studierenden mit ihrem zukünftigen beruflichen Umfeld vertraut machen.

### Wichtige Themen für die swimsa

Während der Ärztekammer wurden Themen angesprochen, die für die swimsa von grosser Bedeutung sind. Ein Beispiel ist das Klimagesetz, das die CO<sub>2</sub>-Neutralität bis 2050 zum Ziel hat. Die Mitglieder stimmten dafür, dass die FMH dieses Ziel offiziell unterstützt. Wir freuen uns über die Angleichung der Bestimmungen von Ärztinnen und Ärzten, Assistenzärztinnen und Assistenzärzten und Medizinstudierenden. Wir schätzen die ermutigende Entscheidung der heutigen Ärzteschaft, die

zukünftigen Generationen zu unterstützen. Wir konnten die FMH zu ermutigen, sich für dieses Gesetz einzusetzen. Vielen Dank an die Delegierten des Verbands Schweizerischer Assistenz- und Oberärztinnen und -ärzte, die die Abstimmung vorangetrieben haben.

Ein weiteres Beispiel ist der Zulassungsstopp, mit dem die Zahl von Fachärztinnen und Fachärzten in den einzelnen Kantonen begrenzt werden soll. Die Medizinstudierenden hatten sich bereits in der Schweizerischen Ärztezeitung zu diesem Thema geäussert. Unsere Befürchtungen beziehen sich auf die möglichen Auswirkungen auf unsere Berufskarrieren. Die FMH hat die Fragen aus dem Plenum beantwortet und die jüngsten politischen Entwicklungen in dieser Angelegenheit erläutert. Diese detaillierten Informationen helfen uns dabei, die Umsetzung dieser neuen Regeln besser zu verstehen. Im Juni dieses Jahres beschloss die swimsa, die Studierenden über die sozialen Netzwerke darauf aufmerksam zu machen. Ziel ist es, zu verhindern, dass die zukünftigen Ärztinnen und Ärzte von dieser Änderung überrumpelt werden.

### Reger Austausch

Die Teilnahme an der Ärztekammer ist auch wegen der Möglichkeiten zum Austausch mit Ärztinnen und Ärzten verschiedener Fachrichtungen, die in der ganzen Schweiz praktizieren, so beliebt. Es ist sehr inspirierend zu erfahren, wie sie sich langfristig politisch engagieren – für sich selbst und für ihre Patientinnen und Patienten. Wir danken den Mitgliedern des Zentralkomitees der FMH, insbesondere der Präsidentin Yvonne Gilli, dass sie sich die Zeit genommen haben, mit uns zu diskutieren. Es sind diese informellen Interaktionen, die der swimsa helfen, die Funktionsweise der FMH und ihr Engagement besser zu verstehen und uns so darauf vorzubereiten, die engagierte Ärzteschaft von morgen zu sein. Und das Allerbeste: Sogar Bundesrat Ignazio Cassis hatte ein paar Minuten Zeit, um uns von der Karriere einiger Ärztinnen und Ärzte in der Diplomatie zu erzählen!

Abschliessend möchten wir der FMH für ihre bedeutende politische und finanzielle Unterstützung danken. Die Ratschläge und Meinungen unserer Partner bringen uns unserem Ziel, die Rechte der Studierenden zu verteidigen, einen Schritt näher. Durch unsere Zusammenarbeit mit der FMH fühlen wir uns gehört und unterstützt. Die Erfahrung früherer Generationen macht viele unserer Projekte realisierbar. Dies zeigt, wie wichtig die Weitergabe dieses Wissens für die Studierenden ist.

*Marc Reynaud de la Jara, ehemaliger Liaison Officer FMH, swimsa*

*Chloé Anaïs Rosenfeld, neue Liaison Officer FMH, swimsa*

### Was ist die swimsa?

Die swimsa (Swiss Medical Students' Association) ist das Organ der über 10000 Medizinstudierenden in der Schweiz. Sie trägt zu mehr als 20 lokalen Projekten im Bereich der öffentlichen Gesundheit bei und ermöglicht vielen Studierenden einen internationalen Austausch im Klinikalltag und in der Forschung.

Sie spielt eine aktive Rolle bei der Organisation der medizinischen Ausbildung und organisiert die Swiss Medical Students' Convention, die jedes Semester über 400 Studierende aus der ganzen Schweiz zusammenbringt. Seit September 2022 hat die swimsa auch eine Stimme im Advisory Board der Schweizerischen Ärztezeitung.

# Briefe an die Redaktion

## *p-Wert-Dogmatik und Leitlinienhörigkeit*

Brief zu: Sven Streit. «Kritisch denken und besser kommunizieren», Schweiz Ärztztg. 2023;104(14–15):80

Ich danke Prof. Sven Streit herzlich für seinen Aufruf zum kritischen Umgang mit der Evidenz in der Beratung unserer Patienten und Patientinnen. «In der Tat: Prospekte zeigen uns schöne Säulendiagramme und tiefe p-Werte», schreibt Sven Streit, wirft aber die Frage auf, was diese für uns Hausärzte und für unsere Patienten wirklich bedeuten. Mir ist zum Beispiel aufgefallen, dass die Werbeprospekte und die Leitlinien für die neuen Antikörper zur Lipidsenkung stets die – tatsächlich! – eklatante und statistisch hochsignifikante LDL-Senkung anführten. Hinsichtlich der für mich wichtigeren klinischen Endpunkte wie kardiovaskuläre und Gesamtmortalität aber gab es in den ersten Zulassungsstudien sogar tendenziell schlechtere Resultate. (Aber, da nicht signifikant, blieben diese unerwähnt.) Unterdessen erreichte die mit 8.4 Jahren Beobachtungszeit längste Studie auch zu diesen Endpunkten statistisch (knapp) signifikante Resultate. Nur: Bei angepriesener relativer Risikoreduktion nach median 5 Jahren Anwendung von 20–23% lag die absolute Risikoreduktion gerade mal bei 1–2%, die NNT also bei 50–100. Bei jährlichen Kosten des Antikörper-Lipidsenkers von 6067.10 Franken liegen die Kosten zur statistischen Senkung der 5-Jahres-Mortalität für einen einzigen von 50–100 Patienten damit bei satten 1.5 bis 3 Mio. Franken. Kann ich dafür geradestehen? Wie kommuniziere ich das meinen Patienten? Wann relativieren wir endlich solche p-Wert-Dogmatik und Leitlinienhörigkeit?

Dr. med. Hans Ulrich Albonico, Langnau

## *Zerstörung unserer sinnvollen, guten Berner Spital-Landschaft*

Brief zu: Böhm I. Schweizer Spitallandschaft im Wandel. Schweiz Ärztztg. 2023; 104 (27–28): 12–15

Frau Ines Böhm schreibt in ihrem Artikel sehr viel Richtiges. Vor allem ihre Aussage über die Dreiecksbeziehung zwischen Kantonen, Politik und Bevölkerung. Vor allem die Stimme der Bevölkerung handelt sie aber

recht stiefmütterlich ab. Ich wage bei der Bevölkerung eher von den Patienten zu sprechen, denn diese «Leidenden» spüren die Veränderungen, von denen sie schreibt, dass sie häufig wenig Interesse an einer Beschneidung des Angebots haben. Weil ja jedes Spital und jede Gesundheitsorganisation, ja auch die politischen Behörden immer lauthals beteuern, dass immer das Wohl des Patienten im Vordergrund aller Massnahmen und Überlegungen stehen, dies aber als reine schöne Floskel gebrauchen, muss dies am Berner Beispiel widerlegt werden.

Die Insel-Gruppe hat im Mai beschlossen, die Spitäler Münsingen (Ende Juni) und das Tiefenauspital (Ende 2023) zu schliessen und zwar unverhofft und mit nicht differenziert kommunizierten, ja vagen Begründungen wie Schulden und Personalmangel. Das bedeutet, dass vom bewährten Prinzip der Dreiteilung Hausarzt – Spital der Grundversorgung – Zentrumsspital abgewichen wird. Es wird also circa 180 000 Mitgliedern der Bevölkerung die Grundversorgung abgeschafft. Jede grössere Wundversorgung, jede Verstauchung, jede Blinddarm- und Gallenblasen-Operation, jede Herzinsuffizienz muss ins Inselspital (mit riesigen Wartezeiten), um nur einige zu nennen.

Wandel ist nötig, aber nicht Zerstörung.

Dr. med. Wolf Zimmerli, Oberdiessbach

## *Umfassende Information gefordert*

Brief zu: Hohl F. Gesundheit für alle: 75 Jahre WHO. Schweiz Ärztztg. 2023;104(2932):16-18

Aufgabe der Schweizerischen Ärztezeitung ist es auch, unter Ärztinnen und Ärzten die fachliche Auseinandersetzung über zentrale Themen der Gesundheit zu ermöglichen oder zu stärken. Gerade in polarisierten Fragen findet diese Auseinandersetzung heute kaum mehr statt. So auch betreffend die Rolle der WHO.

Es kommt nicht von ungefähr, dass diese Sonderorganisation der UNO von immer mehr Menschen sehr kritisch beobachtet und kommentiert wird. Ein PR-Artikel wie derjenige von F. Hohl ist hier wenig hilfreich, er verbreitet lediglich Nebelschwaden über Entwicklungen, die unsere volle Aufmerksamkeit verdienen. Nora Kronig Romero, Vizedirektorin des BAG, freut sich, dass die Mitglieds-

staaten in Zukunft höhere Beiträge an die WHO bezahlen werden. Ob damit der Einfluss der nichtstaatlichen Geldgeber – ihr Beitrag beläuft sich heute auf über 80% – eingedämmt werden kann, ist zu bezweifeln.

Der vom Vorsteher des BAG, Bundesrat Alain Berset, begrüsst Pandemievertrag hat mehr «Governance» der WHO zum Ziel, so bestätigt von deren Generaldirektor an der Münchner Sicherheitskonferenz 2022. Die Aussage, dass mit diesem Vertrag die Souveränität der Staaten im Umgang mit gesundheitlichen «Notsituationen» durch die WHO nicht eingeschränkt werden wird, ist nicht haltbar. Was im Artikel unterschlagen wird, sind die sehr bedenklichen Änderungen in den «Internationalen Gesundheitsvorschriften» (IHR, 2005) der WHO, die gleichzeitig mit dem Pandemievertrag Verpflichtungen für die Mitgliedstaaten schaffen, wo es bisher einzig um Empfehlungen ging.

Literatur zu Pandemievertrag und IHR ist in Hülle und Fülle vorhanden. Als Mitglied der FMH erwarte ich, von meiner Standesorganisation adäquat informiert zu werden. Ärztinnen und Ärzte stehen im Gegensatz zu Politikern in der medizinischen Versorgung der Bevölkerung an der Front – sie haben das Recht, umfassend statt einseitig und verharmlosend informiert zu werden.

Dr. med. Sabine Vuilleumier-Koch, Greifensee

## **Briefe einreichen**

Briefe an die Redaktion reichen Sie online ein unter:

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

Neuhausen, im September 2023

# Chargenrückruf von Brimo-Vision® Augentropfen Charge 22E060 (Zulassungsnummer 67312)

In Absprache mit Swissmedic informiert OmniVision AG über einen vorsorglichen Rückruf der Charge 22E060 von Brimo-Vision®, Augentropfen, aufgrund einer möglichen Kontamination der Charge 22E060 mit Salbutamolsulfat.

Bisher liegen uns keine Meldungen von unerwünschten Arzneimittelwirkungen vor, die im Zusammenhang mit der Abweichung stehen könnten.

Wir bitten Sie, Ihre Bestände zu überprüfen. Falls Sie Packungen von Brimo-Vision®, Augentropfen der Charge 22E060 erhalten haben, bitten wir Sie, diese für den Vertrieb zu sperren und umgehend via umgekehrten Vertriebsweg (d.h. an Ihren jeweiligen Lieferanten) zu retournieren.



Die mit Brimo-Vision® belieferten Patienten sollten unverzüglich über den vorsorglichen Rückruf informiert und aufgefordert werden, die betroffenen Packungen zurückzugeben.

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

Wenn Sie Fragen zu diesem vorsorglichen Rückruf haben oder weitere Informationen wünschen, wenden Sie sich bitte an den Kundendienst von OmniVision AG unter [fvp@omnivision.ch](mailto:fvp@omnivision.ch) oder 078 200 64 05.

Anzeige

## MARKET

Swiss Health Web

Und vieles mehr – speziell  
für medizinisches Fachpersonal

Gesucht? Gefunden!

- Immobilien
- Möbel

- Geräte
- Nachfolge

- Vertretung
- Diverses

market.swisshealthweb.ch

# FMH



28

## Was bedeuten die eidgenössischen Wahlen für das Gesundheitswesen?

**Eidgenössische Wahlen** In der letzten Legislatur wurden so viele gesundheitspolitische Geschäfte behandelt wie selten. Gleichzeitig schlittert das Gesundheitswesen «dem Abgrund entgegen». Welche Auswirkungen hat die eidgenössische Politik auf die Patientenversorgung und wie können Sie mit Ihrer Stimme Einfluss nehmen?

**Yvonne Gilli**



30

## Beschlussprotokoll der ersten ordentlichen Ärztekammer 2023

**Ärztekammer** Die Frühjahrs-Ärztekammer 2023 fand am 8. Juni 2023 im Kongresshaus Biel statt.

**Katharina Meister**



Mehr staatliche Regulierung soll Einsparungen bringen, schafft aber Fehlanreize und Administration.

## Was bedeuten die eidgenössischen Wahlen für das Gesundheitswesen?

**Eidgenössische Wahlen** In der letzten Legislatur wurden so viele gesundheitspolitische Geschäfte behandelt wie selten. Gleichzeitig schlittert das Gesundheitswesen «dem Abgrund entgegen» [1]. Welche Auswirkungen hat die eidgenössische Politik auf die Patientenversorgung und wie können Sie mit Ihrer Stimme Einfluss nehmen?



**Yvonne Gilli**  
Dr. med., Präsidentin der FMH

In diesen Tagen finden alle Schweizerinnen und Schweizer wieder die Wahlunterlagen in ihren Briefkästen und überlegen, wie sie ihre Listen ausfüllen. Bei dieser Wahl fliessen viele Aspekte ein, für uns Ärzte und Ärztinnen dürfte vor allem die Gesundheitspolitik wichtig sein. Doch wie lässt sich abschätzen, ob sich ein Kandidierender für ein zukunftsfähiges Gesundheitswesen einsetzen wird? Bei den Bisherigen ist es ratsam sich ihr Abstimmungsverhalten in der

letzten Legislatur anzusehen [2]. Bei neuen Kandidierenden bietet Orientierung, wie sich ihre Partei in der letzten Legislatur gesundheitspolitisch verhalten hat.

### Legislatur im Kostenröhrenblick

Die letzte Legislatur stand – wieder einmal – unter dem Stern der Kostendämpfung. Dieses sinnvolle Vorhaben wurde aber nicht mit Hilfe zielführender Reformen vorangetrieben. Stattdessen wurde mit Kostenkatastrophen-

Rhetorik vor allem staatliche Mikroregulierung gefördert. Dies spart keinerlei Kosten, schafft aber viel Administration. Über viele Vorstösse zur vermeintlichen «Kostendämpfung» bestand Einigkeit unter verschiedensten Parteien. Die Kostenbremse-Initiative wurde zwar nur von der Mitte-Partei unterstützt. Auf den bundesrätlichen indirekten Gegenvorschlag, der Kostenziele plant, traten jedoch die Nationalrätinnen und -räte fast aller Parteien grossmehrheitlich ein. Eine Ausnahme bildete hier lediglich die SVP, die eine solche Regulierung ablehnte sowie eine Minderheit innerhalb der Grünen, die sich enthielt.

### Aufweichung der Tarifpartnerschaft

Die Politik ist sich zwar einig, dass Kosten gedämpft werden sollen, darüber wie dies genau geschehen soll, gehen die Meinungen jedoch auseinander. In der letzten Legislatur stand weiterhin das Tarifwesen im Fokus der Politik. Der Nationalrat forderte beharrlich neue Kompetenzen des Bundesrats für die stationären Tarife – obwohl die Tarifpartnerschaft gut funktioniert [3]. SP, Grüne, Grünliberale und Teile der Mitte forderten unverzügliche Eingriffe des Bundesrats in den ambulanten Tarif, die nur knapp mit Stimmen der SVP, der FDP und des anderen Teils der Mitte abgelehnt wurden [4].

Vor allem die Linke versprach, dass mehr staatliche Kompetenzen und Regulierung Einsparungen bringen würden. Das Gegenteil trifft zu: Nur *sachgerechte* Tarife können Fehlansätze verhindern und Effizienz fördern – und betriebswirtschaftlich korrekte Tarife gewährleistet am besten ein System, in dem Kostenträger und Leistungserbringer hart miteinander ringen. Wo die Tarifgestaltung *politischen* Motiven folgt, verabschiedet man sich von der Sachgerechtigkeit – und damit von einem funktionierenden und effizienten Gesundheitswesen. Doch leider ist das Tarifwesen eine sehr komplexe Materie und vielen nicht bewusst, wie folgenschwer hier bereits kleine Eingriffe in Gesetzestexte sein können.

### Globalbudget knapp verhindert

Wie die Forderung von mehr staatlichen Tarifkompetenzen mit unzutreffenden Versprechen verknüpft wird, zeigte in der letzten Legislatur die Debatte um den hartnäckig vorangetriebenen Artikel 47c KVG. Dieser sollte eine «Kostensteuerung» ermöglichen und «ungerechtfertigte» Kostensteigerungen korrigieren. Tatsächlich hätte dieser Gesetzesartikel eine Budgetierung eingeführt, weil eine vorab fixierte «gerechtfertigte» Kostengrenze hätte eingehalten werden müssen. Für diese Form des Globalbudgets stimmten neben der SP und den Grünen auch

die Mitte und die Grünliberalen. Verhindert wurde es durch Stimmen der SVP und FDP.

### Über Staatstarife zur Staatsmedizin?

Die nächste Legislatur wird neue Angriffe auf die Tarifpartnerschaft bringen. Aktuell möchte die Politik «differenzierte Tarife» schaffen. Dabei ignoriert sie, dass Tarife *immer* differenziert *sind*: Es ist ihr einziger Daseinszweck den Wert verschiedener Leistungen zu differenzieren. Meist kritisiert die Politik sogar, die vielen Tarifpositionen seien zu differenziert. Wo die Politik «differenzierte Tarife» anpreist, sind tatsächlich *Behördentariife* gemeint, die politischen Zielen folgen. Das Versprechen so die Grundversorgung zu fördern, ist unglaublich. Die Grundversorgung würde kaum attraktiver, wenn die Vergütung der Hausärzte politischer Willkür ausgeliefert würde. Was ihm die Grundversorgung wert ist, zeigte der Bund zuletzt als er den Hausärzten 14.50 Franken für eine Corona-Impfung zahlen wollte. Auch Bundesrat Alain Berset gescheiterte Pläne, Hausärzte neu als Erstberatungsstellen mit staatlichen Pauschalen zu vergüten, sprechen für sich.

An der Tarifpolitik hängt folglich viel mehr als das ärztliche Einkommen – sie kann die Versorgungssituation prägen: Über die Tarife lässt sich budgetieren oder auch Strukturpolitik betreiben, indem man z.B. Spitäler den Praxen gegenüber bevorteilt. So entschied das Parlament in dieser Legislatur auch, dass ambulante Leistungen in Praxis und Spital nicht nach der gleichen Tarifstruktur vergütet werden müssen [5]. Das Prinzip «gleiche Leistung, zwei Tarife» unterstützten mit Ausnahme der SVP alle Parteien [6].

### Linke für Prävention und Klima

Während die Linke, die Mitte und die Grünliberalen im Tarifbereich für zunehmende Bundeskompetenzen, Behördentariife und Budgetierung stimmten, unterstützten dieselben Parteien in anderen Themenfeldern ärztliche Anliegen. Hervorzuheben ist hier die «Kinder ohne Tabak»-Initiative. Hier unterstützten im Parlament mit der SP und den Grünen ausschliesslich die linken Parteien und die Grünliberalen stärkere Einschränkungen der Tabakwerbung, während die SVP, die FDP und die Mitte dagegen stimmten [7]. Auch der Einsatz der FMH für «planetary health» um dem Klimawandel als grösster gesundheitlicher Bedrohung unseres Jahrhunderts entgegenzutreten [8], wird von der linken Seite des Parlaments und insbesondere den Grünen stärker unterstützt. Zudem hat die Linke, gemeinsam mit den Grünliberalen, der Mitte und der FDP gegen Teile der SVP, Ausnahmen von der neuen Zulassungsrege-

lung befürwortet, was deren schädliche Auswirkungen zumindest teilweise mildert [9].

### Differenzen innerhalb der Parteien

Auch wenn die Parteien häufig einheitlich abstimmen, sollte man die Möglichkeit unseres Wahlsystems nutzen einzelne Personen zu würdigen. Immer wieder stehen Parlamentarier auch gegen die Parteilinie für das Gesundheitswesen ein. Z.B. dürfte die Mitte-Partei in der Ärzteschaft viele Sympathien verloren haben, seit uns ihr Parteipräsident als «Profiteure eines Kartells» diffamiert hat, die sich im Paradies der Selbstbedienung nicht «beim Geldzählen stören» lassen möchten [10,11]. Aber auch wenn die Mitte eine schädliche politische Agenda vorangetrieben hat, gilt es zu differenzieren. Diese Partei ist in vielen politischen Geschäften entscheidend – und verfügt auch über Kandidierende, die sich glaubwürdig für ein zukunftsfähiges Gesundheitswesen einsetzen und nicht nach Parteidoktrin, sondern nach Sachlage entscheiden.

### Was also wählen?

Wie Sie bei der Wahl mit Blick auf das Gesundheitswesen stimmen sollten, hängt stark davon ab, welche Themen Ihnen am wichtigsten erscheinen. Wer bürgerlich wählt, darf darauf hoffen, dass die Tarifpartnerschaft erhalten bleibt, wird aber weniger Unterstützung für Präventionsanliegen und Klimapolitik bekommen. Wer links oder grünliberal wählt, muss mit Behördentariifen und einer zunehmenden Verstaatlichung unserer Gesundheitsversorgung rechnen, darf aber mehr Einsatz für die Prävention und das Klima erwarten. Wer die Mitte wählt, fördert konsequente Kostenpolemik – es sei denn, er stärkt diejenigen Personen, die innerhalb der Mitte für einen breiteren Blick eintreten. Und wer eine starke Tarifpartnerschaft und eine starke Prävention sowie «planetary health» wünscht, der sollte sich innerhalb der Partei seiner Wahl engagieren und Sachkompetenz und Differenzierungen in der Gesundheitspolitik stärken.



### Literatur

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



© Stephan Marthaler

Die Frühjahrs-Ärzttekammer 2023 fand am 8. Juni 2023 im Kongresshaus Biel statt.

# Beschlussprotokoll der ersten ordentlichen Ärztekammer 2023

**Katharina Meister**  
Protokollführerin

*Am Ende des Beitrags befindet sich ein Glossar der verwendeten Abkürzungen. Die männliche Form steht stellvertretend für beide Geschlechter.*

**Donnerstag, 8. Juni 2023**

## 1. Begrüssung und Mitteilungen

Nach Erreichen des Quorums eröffnet *Dr. med. Yvonne Gilli / Präsidentin FMH* die Frühjahrs-Ärzttekammer 2023 im Kongresshaus Biel. Sie heisst alle Delegierten herzlich willkommen. Zusammen mit dem Generalsekretär Stefan Kaufmann werden die üblichen organisatorischen Punkte erörtert und beschlossen.

## Gäste

Bruno Baeriswyl, Datenschutzverantwortlicher; Nicole Beutler, Les Tailleurs Communication SA; Alessandra Köchli, Les Tailleurs Communication SA; Chloé Rosenfeld, Vizepräsidentin swimsa; Markus Lehmann, Geschäftsführer FMH Services AG; Katharina Meister, Protokollführerin; Fabian Mollet, Revisionsgesellschaft BDO; A. Giatgen Spinaz, Vizepräsident SIWE; Corinna Timm, Dolmetscherin; Stefanie Götzmann, Dolmetscherin; Sulpice Piller, Dolmetscherin; Stefan Marthaler, Fotograf.

Speziell begrüsst wird Franziska Lenz, die neue Leiterin der Abteilung Politik und Kommunikation der FMH.



Yvonne Gilli, Präsidentin FMH.

© Stephan Marthaler

## 1.1. Einführung der Präsidentin

*Yvonne Gilli, Präsidentin FMH «Choose your battles wisely» (Yvonne Gilli vergleicht den Wirkungskreis der FMH mit einem Schachspiel mit mehreren Gegnern):* Alle Aktivitäten der FMH dienen einem Gesamtziel, aber wir müssen uns entscheiden, was im Fokus unseres standespolitischen Handelns stehen soll. Mehr Themen bewirtschaften zu wollen, ist verlockend, heisst aber auch, mehr Spieler einzusetzen. Ressourcen sind beschränkt, Fachpersonen sind rar, deshalb versuchen wir konsequent, auf Qualität, statt auf Quantität zu setzen, unsere Kräfte zu bündeln, um auf die wichtigsten Themen zu fokussieren. Warum ist ein Fokus so wichtig?

- Wer gezielt Themenbereiche auswählt,
- setzt Ressourcen wirksam ein
- agiert dort, wo es etwas zu gewinnen gibt
- zeigt nach innen und aussen Prioritäten
- sendet klare Botschaften und
- erhöht seine Erfolgchancen deutlich

### Erfolge 2022

Wir bewältigen ein breites Spektrum an Aufgaben – vieles ist vorgegeben. Was also ist der zentrale Fokus? Wir müssen darauf achten, dass alle ausgelösten Aktivitäten im Sinne unseres Gesamtziels stehen. Wir arbeiten für gute berufliche Rahmenbedingungen, die unseren Mitgliedern eine sinnhafte Berufsausübung und responsible care erlauben und erbringen für unsere Mitglieder wichtige Dienstleistungen. 2022 konnten wir

- im Parlament ein Globalbudget verhindern
- auf die einseitige Kostenfokussierung des Parlamentes im Sinne einer Schadensminderung einwirken
- die dringend benötigte Tarifrevision vorantreiben mit der Gründung der neuen Organisation für ambulante Arzttarife (OAAAT AG)
- im stationären Bereich ST Reha verabschieden
- die Zertifizierung der ärztlichen Gemeinschaft zur Umsetzung des elektronischen Patientendossiergesetzes (AD Swiss) erreichen und deren digitale Dienstleistungen weiterentwickeln
- wichtige Allianzen mit weiteren Leistungserbringenden erfolgreich pflegen
- die positive Präsenz in den Medien stärken

### Aktuelles aus der Politik

Der **indirekte Gegenvorschlag** des Bundesrats zur Kostenbremse-Initiative der Mittepartei beinhaltet unter anderem Kosten- und Qualitätsziele, zusätzliche Tarifkompetenzen für Behörden sowie eine für Patienten und **Ärzteschaft** unzumutbare Regulierung zur Kostenübernahme von Labordienstleistungen.

Im **zweiten Kostendämpfungspaket** war ein neuer stark regulierter Leistungserbringer vorgesehen, um die Koordination interprofessionell erbrachter Leistungen gegenüber den Versicherern in Rechnung zu stellen. Dank einer Allianz praktisch aller Akteure des Gesundheitswesens konnte diese Neuregulierung erfolgreich bekämpft werden.

Sowohl Gegenvorschlag als auch zweites Kostendämpfungspaket sind aber noch in der parlamentarischen Beratung, so dass aktuelle Beschlüsse noch nicht abschliessend sind.

Das **EPD** in der aktuellen Ausgestaltung dient nicht einer besseren medizinischen Versorgung. Es ist als reine PDF-Ablage konzipiert. Eine tiefe Integration in Klinik- und Praxisinformationssysteme fehlt. Da der Mehrwert weder für die ärztlichen Leistungserbringenden noch für die meisten Patienten und Patientinnen überzeugt, wird sich die FMH nicht an der ab Juli 2023 geplanten Werbekampagne des BAG beteiligen. Die FMH wird sich weiter engagieren für eine funktionale Weiterentwicklung des elektronischen Patientendossiers.

Die **Initiative zur medizinischen Versorgungssicherheit** konzentriert sich auf die Verfügbarkeit von Heilmitteln und medizinischen Gütern und fordert Massnahmen für deren Erforschung, Entwicklung und Herstellung. Die FMH begrüsst, dass die Vereinigung Ärzte und Ärztinnen mit Patientenapotheke (APA) im Initiativkomitee vertreten ist, insbesondere im Hinblick auf eine ärztfreundliche Umsetzung dieses wichtigen Anliegens.

### Standespolitik

Die Delegierten der Ärztekammer stellen **«das Parlament» der Ärzteschaft** in der Schweiz. Ihre Rolle zu Gunsten guter beruflicher Rahmenbedingungen bedingt

- das Auftreten gegenüber der Öffentlichkeit mit einer **gemeinsamen Stimme**
- die Bündelung der **Kräfte** auf standespolitische Kernthemen
- die Sicherstellung des Informationsflusses zwischen FMH – Delegierten – und Mitgliedern, wobei die Delegierten hier eine Brückenfunktion wahrnehmen, ohne die der Informationsfluss abbricht.
- eine aktive und **unterstützende Mitglieder-Basis**

Als Teil der von der Ärztekammer beschlossenen Imagekampagne lanciert die FMH den Podcast «An meiner Seite», und zeigt darin aus verschiedener Perspektive den durch Patrick Rohr moderierten Dialog zwischen einem Patienten und seiner Ärztin. Die FMH stellt für die Wartebereiche von Spitälern und Praxen Kartonseller zur Verfügung mit einem QR-Code, so dass Patienten und Patientinnen wäh-



Michael Köppli, Politiker und Kommunikationsplaner.

rend der Wartezeit auf den Podcast aufmerksam werden und ihn hören können.

Auch diese Imagekampagne funktioniert nur, wenn Sie den Podcast propagieren und die Kartonseller nutzen! (Kartonseller sind zu beziehen via [kommunikation\[at\]fmh.ch](mailto:kommunikation[at]fmh.ch)).

### Fazit: Fokus und gebündelte Kräfte!

- **«Choose your battles»** – wir brauchen einen bewussten Fokus auf die Tätigkeiten, wo wir realistisch eine spürbare Wirkung erzielen können.
- **Herausfordernde politische Themenfelder** begrenzen sich leider nicht auf den indirekten Gegenvorschlag zur Mitte-Initiative und das zweite Massnahmenpaket.
- **Einflussnahme in der Politik** und für die Aussenwirkung kann nur mit gemeinsamem Einsatz und **IHRER Unterstützung** gelingen.

## 2. Überraschungsgast

*Michael Köppli, Kommunikationsplaner, Ökonom, Grossrat Kanton Bern* erläutert die Komplexität unseres politischen Wahlsystems. Gesamterneuerungswahlen stehen vor der Tür: Wie wählen wir effizient und effektiv für die nächste Legislatur und wie können Ärzte auf die Schweizer Politik Einfluss nehmen?

Wahlprogramme oder die Wahlhilfe Smartvote helfen bei der Auswahl der Kandidaten – aber im Wahlkampf wird viel versprochen! Wertvoller ist eine **Analyse des Leistungsausweises** und des Wahlverhaltens der Politiker. In vielen Kantonen werden Ärztinnen und Ärzte auf Wahllisten sein und der erste Reflex ist sicher, man wählt Berufskolleginnen und Berufs-

kollegen ins Parlament. Dieser Reflex ist nicht falsch, aber das Wahlsystem ist kompliziert und es kann sein, dass man am Schluss doch nicht den gewünschten Effekt erreicht. Neue Politiker haben es oft schwer im Parlament und es ist nicht sicher, dass sie Spuren hinterlassen können. Trotzdem braucht es **engagierte Ärztinnen und Ärzte im Parlament!**

- Die **Einflussnahme** im politischen Prozess läuft über Vernehmlassungen, Lobbying im Parlament, in Kommissionen, Fraktionen und in der Öffentlichkeit über Medienarbeit und Kampagnen.
- Effektiver als Medienmitteilungen sind **direkte Gespräche** mit Journalisten oder Gastartikel in nationalen Medien oder Fachmagazinen.
- Über eine erfolgreiche **Volksabstimmung** oder ein **Referendum** kann die Richtung der Politik über längere Zeit geprägt werden, doch der Aufwand dafür ist beträchtlich und muss mit einer breiten Allianz vorbereitet werden.

### 3. Mitteilungen aus dem SIWF

*Monika Brodmann Maeder, Präsidentin SIWF:* Als ersten Punkt möchte ich die jährliche **Zufriedenheitsumfrage der ETH** aufgreifen. Da im Moment die Arbeitszeit und vor allem auch die Zeit, die für die Weiterbildung aufgewendet werden muss, gross in Diskussion ist, fokussiere ich für einmal auf die Rückmeldungen zur Zufriedenheit mit dem Zeitmanagement: Die rund 9000 Ärztinnen und Ärzten in Weiterbildung (Rücklauf ca. 70%) vergeben Noten von 3–4.5 (max. 6). Generell besteht die Kritik, dass ungenügend strukturierte Wei-



Monika Brodmann Maeder, Präsidentin SIWF.

terbildung angeboten wird. Global gesehen scheiden die Weiterbildungsstätten aber eindeutig besser ab, besonders eindrücklich ist dabei, dass die Betriebs- und Führungskultur die wichtigsten Determinanten in der Weiterbildungsqualität darstellen und nicht – wie wir vielleicht denken – die Evidence-based Medicine!

Das aktuelle Hauptprojekt, die **Reform der ärztlichen Weiterbildung** mit Akkreditierung 2025, ist gut unterwegs. Mit der Umstellung der Weiterbildung auf ein kompetenzbasiertes System mit EPAs hat sich das SIWF einem Grossprojekt angenommen. Der nächste Schritt wird die Erstellung eines Masterplans sein, um die Implementierung zu planen und zu definieren. Die EPA-Kommission konnte durch Prof. Matthias Widmer und Prof. Pierre-André Michaud erweitert werden. Die Selbstbeurteilungsberichte der Fachgesellschaften müssen bis 30.06.2023 vorliegen. Ab September 2023 sind virtuelle Roundtables AAQ-FG geplant.

Und wir haben uns in ein weiteres Projekt begeben, das uns sehr wichtig ist: die **allgemeinen Lernziele**. Da werden Themen angesprochen wie Medizinethik, Ökonomie und Patientensicherheit und es wird einiges an Arbeit auf uns zukommen. Wir haben erfreulicherweise zusammen mit der FMH ein Mandat für Patientensicherheit herausgeben können und drei ausgewiesene Experten auf diesem Gebiet gewinnen können. Wir sind sehr gespannt auf deren Output.

**SIWF-Projektförderung:** Im Rahmen der Summer School 2023 sind Workshops in Winterthur und Neuchâtel geplant. Bei der Projektförderung sind 39 Projekte eingegeben worden, die bis Mitte Juni durch die Jury (Hauptverantwortung Eva Hennel) beurteilt und am MedEd 2023 präsentiert werden.

*Christoph Hänggeli, Geschäftsführer SIWF,* berichtet über das **Jahr der Rekorde 2022:** 1928 Facharzttitel, 215 Visitationen, 45% Fortbildungsdiplome, 119 Einsprachen und ein Umsatz von 11 Mio. haben nicht nur Freude gemacht, sondern auch unsere Mitarbeitenden und unsere Kunden stark gefordert.

**Leading Case Geriatrie:** Nach dem Bundesverwaltungsgerichtsentscheid 2022 muss die MEBEKO auch **privatrechtliche Schwerpunkttitle und Fähigkeitsausweise** anerkennen. Dies stellt unsere hochwertigen Schwerpunkte grundsätzlich in Frage, weshalb wir das EDI dazu bewogen haben, beim Bundesgericht Beschwerde zu führen. Der Bundesgerichtsentscheid ist noch hängig.

**Auslagerung der Schwerpunkte:** Das SIWF bleibt für alle Qualifikationen verantwortlich und bestimmt über neue Titel, über Abschaffung von Titeln, über Qualitätsstandards und über die Revision von Programmen. Es wird nicht mehr zwischen monodisziplinä-



Christoph Hänggeli, Geschäftsführer SIWF.

ren und interdisziplinären Schwerpunkten unterschieden, sondern nur zwischen eidgenössischen Facharzttiteln, privatrechtlichen Schwerpunkten und Fähigkeitsausweisen. Die Auslagerung wird nach einem erstellten Masterplan erfolgen und es wird mehrere Jahre dauern, bis dieses Projekt abgeschlossen ist.

Die interkantonale Vereinbarung über die **Finanzierung der ärztlichen Weiterbildung** ist seit Mai 2023 bei 22 Kantonen in Kraft. Die Weiterbildungsstätten erhalten Fr. 15 000/AA/Jahr. Noch ist aber vieles zu klären, da die Kantone unterschiedliche Grundlagen verwenden möchten, und Herausforderungen bezüglich Kontrolle, massgebende Zahlen, Plausibilisierung sind noch zu bestehen. Ein Treffen zwischen H+, BfS, SIWF und GDK ist geplant.

## 4. Jahresberichte 2022

### 4.1. Jahresbericht des SIWF

*Christoph Hänggeli, Geschäftsführer SIWF,* informiert, dass der Jahresbericht unter [report2022.siwf.ch](http://report2022.siwf.ch) publiziert wurde. Besonders zu erwähnen ist die international beachtete Weiterbildungsreform.

#### Antrag

**Die Ärztekammer beschliesst, den Jahresbericht 2022 des SIWF zu genehmigen.**

#### Beschluss

**Der Antrag wird mit grosser Mehrheit bei 0 Gegenstimmen und 2 Enthaltungen angenommen.**

### 4.2. Jahresbericht der FMH

*Stefan Kaufmann, Generalsekretär FMH,* informiert, dass auch der Jahresbericht der FMH



Der Zentralvorstand der FMH.

unter [report2022.fmh.ch](http://report2022.fmh.ch) online ist. Es war ein intensives vergangenes Jahr, die Erfolge wurden im Referat der Präsidentin erwähnt. Er dankt für die gute und engagierte Arbeit und Zusammenarbeit innerhalb des Generalsekretariats in Bern und Olten, mit dem SIWF, dem ZV sowie den Mitgliederorganisationen.

#### Antrag

Die Ärztekammer beschliesst, den Jahresbericht 2022 der FMH zu genehmigen.

#### Beschluss

Der Jahresbericht wird einstimmig genehmigt.



Stefan Kaufmann, Generalsekretär FMH.

## 5. Jahresrechnung 2022

### 5.1. Erfolgsrechnung des SIWF

*Christoph Hänggeli, Geschäftsführer SIWF:* Die SIWF-Erfolgsrechnung schliesst mit einem unerwartet hohen Gewinn. Der Rekordgewinn von 1,705 Mio. resultiert durch die erhöhte Anzahl erteilter Facharzttitel und Anerkennung von ausländischen Diplomen und entspricht einem weit höheren Ertrag als budgetiert (TCHF 49), während der Aufwand mit dem Budget übereinstimmt.

### 5.2. Erfolgsrechnung der FMH

*Ralf Novacek, Leiter Abteilungen Finanzen & Dienste:* Die Jahresrechnung präsentiert einen Aufwandüberschuss von 2,229 Mio., budgetiert war ein Ertragsüberschuss von TCHF 133. Der negative Finanzerfolg hat das Jahr 2022 geprägt, weiter wurde die Rechnung belastet durch nicht aufgelöste Rückstellungen. Es sind deutlich weniger Reserven aufgelöst worden als budgetiert. Die laufende Rechnung 2023 wird weniger belastet sein bei weiterhin unbesetzten Stellen und durch die Verschiebung der ambulanten Tarif-Einführungsvorbereitung ins 2024.

### 5.3. Konsolidierte Jahresrechnung 2022 der FMH

*Ralf Novacek, Leiter Abteilungen Finanzen & Dienste:* Die konsolidierte Jahresrechnung 2022 schliesst mit einem Verlust in der Höhe von TCHF 524. Budgetiert war ein Gewinn von TCHF 600. Das Ergebnis wird wie folgt verwendet: Zuweisung des Verlusts von 2,229 Mio. an das Kapital der FMH, Zuweisung des Gewinns von 1,705 Mio. an die Reserve des SIWF.

### 5.4. Konzernrechnung 2022 der FMH

*Ralf Novacek, Leiter Abteilungen Finanzen & Dienste:* Die Konzernrechnung konsolidiert



Ralf Novacek, Leiter Abteilungen Finanzen &amp; Dienste.

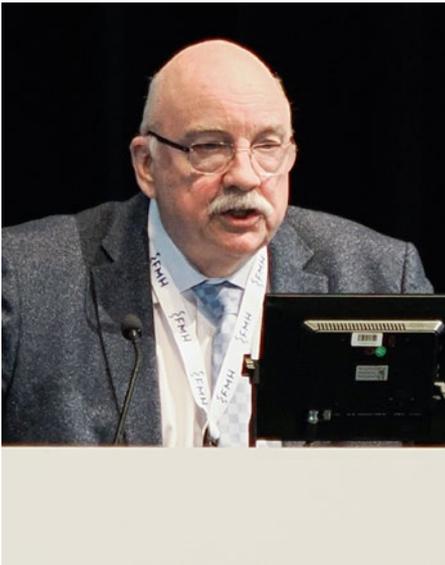
folgende Beteiligungen: HIN, EMH, ats-tms, OAAT AG, AD Swiss Net AG, SwissDRG AG, NewIndex AG. Das Jahresergebnis beträgt -289 TCHF.

### 5.5. Bericht der Revisionsstelle

*Fabian Mollet, Revisionsgesellschaft BDO,* hat keine Ergänzungen zu den Jahresergebnissen, bestätigt das interne Kontrollsystem und empfiehlt der Versammlung, die Rechnung zu genehmigen.

### 5.6. Bericht der Geschäftsprüfungskommission

*Dr. Philippe Vuillemin, Präsident GPK,* präsentiert den Bericht der GPK, der die Kontrolle der Amtsführung von ZV, DV, GS und SIWF obliegt. Die GPK hat die zuständigen Stellen konsultiert, die notwendigen Berichte eingeholt



© Stephan Marthaler

Dr. Philippe Vuillemin, Präsident GPK.

und kontrolliert. Sie empfiehlt der Ärztekammer die Annahme der zu genehmigenden Jahresrechnungen.

#### Beschlussantrag

Die Ärztekammer beschliesst, den Bericht der GPK zum Geschäftsbericht und zur Jahresrechnung 2022 der FMH und des SIWF zur Kenntnis zu nehmen.

#### Beschluss

Der Antrag wird einstimmig angenommen.

#### Beschlussantrag

Die Ärztekammer beschliesst, die Jahresrechnung 2022 zu genehmigen. Im Detail genehmigt sie folgende Rechnungen:

1. Die Erfolgsrechnung 2022 des SIWF
2. Die Erfolgsrechnung 2022 der FMH
3. Die konsolidierte Jahresrechnung 2022 der FMH
4. Die Konzernrechnung 2022 der FMH

#### Beschluss

Der Antrag wird mit grosser Mehrheit bei 0 Gegenstimmen und 5 Enthaltungen angenommen.

## 6. Dechargen-Erteilung

### 6.1. Dechargen-Erteilung Vorstand SIWF

#### Beschlussantrag

Die Ärztekammer beschliesst, den Empfehlungen der Kontrollstelle sowie der Geschäftsprüfungskommission (GPK) zu folgen und dem Vorstand SIWF für das Geschäftsjahr 2022 Decharge zu erteilen.

#### Beschluss

Der Antrag wird einstimmig angenommen.

### 6.2. Dechargen-Erteilung Zentralvorstand FMH

#### Beschlussantrag

Die Ärztekammer beschliesst, den Empfehlungen der Kontrollstelle sowie der Geschäftsprüfungskommission (GPK) zu folgen und dem Zentralvorstand FMH für das Geschäftsjahr 2022 Décharge zu erteilen.

#### Beschluss

Der Antrag wird einstimmig angenommen.

## 7. Bestätigungswahlen von nominierten DV-Delegierten und DV-Ersatzdelegierten

### 7.1. Bestätigungswahl von nominierten DV-Delegierten

Die antragstellenden Organisationen beantragen der Ärztekammer, die folgenden neuen Delegierten für die Delegiertenversammlung der FMH zu bestätigen:

#### VEDAG

##### Bisher

Hans-Anton Vogel,  
Bühler,  
bis 30.06.2023

##### Neu

Jürg Lymann,  
Walenstadt,  
ab 01.07.2023

#### KHM/CMR

##### Bisher

Heidi Zinggeler Fuhrer,  
Chur

##### Neu

Monika Reber,  
Langnau

#### VSAO/ASMAC

##### Bisher

Aurore Verdon,  
Neuenburg

##### Neu

Aileen Bodenmann,  
Vésénaz

#### SFSM

##### Bisher

Gieri Cathomas,  
Allschwil

##### Neu

Tobias Ehmann,  
Horw

#### Beschluss

Die DV-Delegierten werden einstimmig bestätigt.

### 7.2. Bestätigungswahl von nominierten DV-Ersatzdelegierten

Die antragstellende Organisation beantragt der Ärztekammer, die folgende neue Ersatzdelegierte für die Delegiertenversammlung der FMH zu bestätigen:

#### VSAO/ASMAC

##### Bisher

Vakant

##### Neu

Alexandra Filips,  
Zuchwil

#### Beschluss

Die DV-Ersatzdelegierte wird einstimmig bestätigt.

## Überraschungsgast

Ignazio Cassis, Arzt und Bundesrat, im Gespräch mit Yvonne Gilli, Präsidentin FMH: Sie führen einen lebendigen Dialog, im Rahmen dessen Herr Bundesrat Cassis spontan, sympathisch und engagiert über seine Arbeit und aus seinem Leben berichtet und Fragen beantwortet. Antworten auf Fragen über die Herausforderungen und Charakteristika zu seinen zahlreichen Perspektiven, welche er im Verlaufe seiner beruflichen und politischen Laufbahn erfahren durfte und frühere Tätigkeiten vom



© Stephan Marthaler

Yvonne Gilli, Präsidentin FMH, im Gespräch mit Bundesrat Ignazio Cassis.



Mehrere Anträge wurden der Versammlung zur Abstimmung vorgelegt.

Kantonsarzt im Tessin über das Vizepräsidium der FMH und politisch vom Nationalrat bis zum Bundesrat und Bundespräsidenten umfassten. Offenheit, Freude an neuen Aufgaben und ein humanistisches Gedankengut tragen ihn in seiner Motivation und anhaltenden Begeisterung. In der 175-jährigen Geschichte des Schweizer Bundestaates ist Herr Bundesrat Cassis erst der zweite Arzt im Bundesrat. Auch im Parlament ist die Berufsgruppe der Ärzte und Ärztinnen seit jeher nicht zahlreich vertreten.

Während seiner bisherigen Zeit im Bundesrat konnten wichtige gesundheitspolitische Themen neu angepackt werden. Dazu gehört die Tarifreform der ambulanten ärztlichen Tarife (Tardoc). Selbst Arzt, ist es ihm ein Anliegen, auch in der Verwaltung Ärzte und Ärztinnen dort einzusetzen, wo diese wichtigen und spezifischen Kompetenzen einbringen können. Dies gilt nicht nur für das Gesundheitsdepartement, sondern beispielsweise auch für das Auswärtigesdepartement, dem Herr Bundesrat Cassis vorsteht. Arzt sein bedeutet weit mehr, als Patienten zu betreuen. Heute gelte es, auch diejenigen gesellschaftlichen Komponenten zu berücksichtigen, welche die Kraft haben, die Medizin und die gesundheitliche Versorgung

der Bevölkerung zu beeinflussen. Neben den Ärzten braucht es deshalb die Expertise beispielsweise ebenso in den Naturwissenschaften wie auch in der Theologie oder Soziologie.

Den Delegierten gibt Herr Bundesrat Cassis mit diesem Gespräch auch mit, wie wichtig es ist, dass die Ärzteschaft sich gesellschaftspolitischen Themen stellt und sich breit engagiert.

## 9. Änderungen in den Statuten

Es sind keine Änderungen in den Statuten traktandiert.

## 10. Änderungen in der Geschäftsordnung

Es sind keine Änderungen in der Geschäftsordnung traktandiert.

## 11. Änderungen in der Standesordnung

### 11.1. Anpassung Art. 7 und Art. 33: Telemedizin

Alexander Zimmer, Zentralvorstand FMH:  
Die Schaffung eines Anhangs zum anlässlich

der ÄK vom 10.12.2009 in der Standesordnung eingeführten «Art. 33ter Medizinische Telekonsultation» ist nie umgesetzt worden. Der ZV hat deshalb diese Pendeiz aufgenommen und 2021 eine Arbeitsgruppe Telemedizin eingesetzt. Der damals beschlossene Anhang genügt den heutigen Gegebenheiten der praktizierten Telemedizin nicht mehr, weshalb ein ausführlicher Praxisleitfaden erarbeitet wurde, dessen Publikation im 4. Quartal 2023 erfolgen wird.

Im Rahmen der Diskussion über die Änderungen der Standesordnung stellt Monique Lehky Hagen, Walliser Ärztesgesellschaft, folgenden Antrag (Anpassung an die französische Übersetzung «*Le devoir d'assistance personnelle comprend également les visites médicales à domicile qui s'imposent*»):

### Antrag Monique Lehky Hagen, Walliser Ärztesgesellschaft

Die Ärztekammer beschliesst, den Art. 7 Abs. 2 der Standesordnung wie folgt abzuändern: Art. 7 Absatz 2: Die Pflicht zur persönlichen Betreuung umfasst für freipraktizierende Ärzte und Ärztinnen insbesondere auch die ärztlichen Hausbesuche.

Nach einer angeregten Diskussion zieht M. Lehky Hagen den Antrag zurück. Obwohl der Antrag Teile des im Rahmen der Telemedizin zu revidierenden Artikels 7 betrifft, steht das Anliegen in keinem Zusammenhang mit der Telemedizin.

#### Beschlussantrag

Die Ärztekammer beschliesst, die vorgeschlagenen Änderungen der Standesordnung (Streichung Art. 33ter, Streichung Art. 7 Abs 3 und Ergänzung Art. 7 Abs 1) bezüglich Telemedizin zu genehmigen.

#### Beschluss

Der Antrag wird mit grosser Mehrheit bei 1 Gegenstimme und 7 Enthaltungen angenommen.

### 11.2. Revision der Richtlinien Information und Werbung (Anhang 2)

Julien Duruz, Leiter Dienst Standesverfahren FMH AG: Aus einer Umfrage von 2019 resultierte der Aktualisierungsbedarf der Richtlinien Information und Werbung, worauf eine Arbeitsgruppe eingesetzt wurde. Ein erster Entwurf 2021 war zu detailliert. Der Grundsatz des Werbeverbotes sollte beibehalten werden und gleichzeitig mehr Spielraum bei den neuen Kommunikationskanälen bieten und zudem keine Mischung von Empfehlungen und Pflichten beinhalten. Nach einer zweiten Vernehmlassung 2022 liegt nun ein definitiver Vorschlag zur Abstimmung bereit. Aufgrund der unterschiedlichen kantonalen Gesetzesgrundlagen und Praxen kann die revidierte Richtlinie keine gesamtschweizerischen Detailregeln definieren. Der neue Entwurf fokussiert auf die Formulierung von Grundsätzen, welche bei Bedarf von den Basisorganisationen ergänzt werden können.

#### Beschlussantrag

Die Ärztekammer beschliesst, den vorgelegten Revisionsentwurf des Anhangs 2 zur Standesordnung der FMH (Richtlinien «Information und Werbung») anzunehmen.

#### Beschluss

Der Antrag wird mit grosser Mehrheit bei 0 Gegenstimmen und 1 Enthaltung angenommen.

### 12. Mitgliedschaft Basisorganisation Standortbestimmung

Claudia Blackburn, Leiterin Abteilung Mitgliedschaften DML: Standortbestimmung nach Änderung Art. 8 der FMH-Statuten. Ziel ist, dass die Umsetzung der Statutenänderung zu keinen markanten Mitgliederverschiebungen zwischen den Basisorganisationen führt, praktikabel und generell gut akzeptiert ist.

Seit Inkrafttreten der Statutenänderung kommt die hauptberufliche Tätigkeit der FMH-Mitglieder als Kriterium für die Zuteilung zu einer Basisorganisation zum Einsatz. Die Ankündigung des Zulassungstopps hat in den letzten zwei Jahren zu überdurchschnittlich vielen Neuaufnahmen im ambulanten Sektor geführt. Im stationären Sektor konnten durch Kampagnen des VSAO und des VLSS erfolgreich Neumitglieder gewonnen werden. Das Potential bleibt weiterhin gross. Bis anhin hat die Statutenänderung zu keinen markanten Verschiebungen von Mitgliedern zwischen Basisorganisationen geführt und wird generell gut akzeptiert.

#### Beschlussantrag

Die Ärztekammer nimmt die Standortbestimmung zur Kenntnis.

### 13. Parolenfassung «Klima- und Innovationsgesetz» Volksabstimmung vom 18. Juni 2023

Ordnungsantrag auf Nicht-Eintreten auf das Traktandum 13: Parolenfassung «Klima und Innovationsgesetz» Volksabstimmung vom 18. Juni 2023

Eingereicht von Marcel Weber, Präsident SFSM

Der Antrag auf Nichteintreten wird mit 50 Ja, 66 Nein und 6 Enthaltungen abgelehnt.

Federico Mazzola, Co-Präsident VSAO Zürich, und Nora Bienz, Vize-Präsidentin VSAO Schweiz, stellen den Antrag zur Parolenfassung vor. Die FMH hat sich mit der **Planetary Health-Strategie** dazu bekannt, sich für den Klimaschutz einzusetzen und den Klimawandel als grösste gesundheitliche Bedrohung zu bekämpfen. Sie sollte nun auch eine **gemeinsame Stimme für die Gesundheit der zukünftigen Generationen** abgeben, um die zentrale Bedeutung von Planetary Health zu unterstützen. Ärztinnen und Ärzte haben als Berufsgruppe mit dem weltweit höchsten Vertrauen der Bevölkerung eine besondere Verantwortung, sich für den Schutz und die Förderung der Gesundheit einzusetzen.

Durch eine Ja-Parole zu diesem «Klimaschutzgesetz» können drei strategische Ziele erreicht werden:

- **Aufklärung und Sensibilisierung** der allgemeinen Bevölkerung: Die FMH nimmt ihre Rolle als «Health Advocate» wahr und kommuniziert gegenüber Öffentlichkeit/Medien und Politik zu Fragen rund um die Thematik Gesundheitsschutz im Zusammenhang mit Planetary Health.
- **Reduktion Treibhausgas-Emissionen & Ressourcenschonung durch Klimaschutzpolitik:** Die FMH, ihre Mitgliederorganisa-

tionen sowie ihre Mitglieder unterstützen nach Möglichkeit gesundheitsrelevante Klimaschutzmassnahmen auf allen Ebenen.

- Die FMH und ihre Mitgliederorganisationen positionieren sich in Fachkommissionen und -gremien zur **Förderung eines nachhaltigen Gesundheitssystems** und der planetaren Gesundheit.

Indem wir uns für eine Ja-Parole bei der Klimainitiative einsetzen, zeigen wir unsere Entschlossenheit, die Gesundheit der Menschen und die Gesundheit unseres Planeten zu schützen, unabhängig von parteipolitischen Interessen.

#### Beschlussantrag

Die Ärztekammer beschliesst die Ja Parole zur Volksabstimmung vom 18. Juni 2023 zum «Klima- und Innovationsgesetz» und kommuniziert diese gegenüber ihren Mitgliedern und der Öffentlichkeit.

#### Beschluss

Der Antrag wird mit 99 Ja, 9 Nein und 17 Enthaltungen angenommen.

### 14. Aktualitäten Zulassungsrecht: Anliegen der angeschlossenen Organisationen

Christoph Bosshard, Vizepräsident FMH: Am 1. Juli 2021 ist Art. 55a KVG «Beschränkung der Anzahl Ärzte und Ärztinnen, die im ambulanten Bereich Leistungen erbringen» in Kraft getreten. Aus dem Kreis der AMGE wird darum gebeten, die Thematik anlässlich der Ärztekammer vom 08. Juni 2023 erneut zu traktandieren.

**Zusammenarbeit in den Kantonen:** Neu können die Kantone bei nachgewiesener Unterversorgung Ausnahmen für Ärztinnen und Ärzte in bestimmten Fachgebieten machen. Diese als dringlich erklärte Änderung ist am 18. März 2023 in Kraft getreten und ist bis zum 31. Dezember 2027 befristet. Die FMH hat sich vergeblich dafür eingesetzt, dass die Kantone bei bestehender oder drohender Unterversorgung eine Ausnahmeregelung für alle Weiterbildungstitel hätten anwenden können.

**Berechnung der Höchstzahlen:** Die Datengrundlage für die Festlegung der Versorgungsgrade sowie für das Angebot sind ungenügend, nicht transparent und nicht nachvollziehbar. Der Fahrplan der Kantone bei der Umsetzung der Höchstzahlen und der Anpassung der gesetzlichen kantonalen Grundlagen ist sehr unterschiedlich. Einige Kantone haben bereits die kantonale Gesetzgebung angepasst oder sind damit weit fortgeschritten – zum Teil basierend auf eigenen Berechnungen.

**Weiterbildung/Karriereplanung/Qualitätssicherung:** Die FMH hat sich klar dafür

ausgesprochen, die Ausnahme nicht auf einzelne Weiterbildungstitel zu beschränken, sondern die Ausnahmen für alle Facharzttitel aufgrund einer potenziellen oder bestehenden Unterversorgung zu gewähren.

#### Beschlussantrag

**Die Ärztekammer nimmt den aktuellen Stand zum Zulassungsrecht zur Kenntnis.**

## 15. Hilfsmittel neues Datenschutzgesetz (DSG)

*Alexander Zimmer, Zentralvorstand FMH:* Das total revidierte Datenschutzgesetz tritt am 1. September 2023 in Kraft. An den Grundsätzen für eine rechtmässige Datenbearbeitung ändert sich nichts. Zur Unterstützung von Ärztinnen und Ärzten mit eigener Praxistätigkeit stellt das Departement Digitalisierung/eHealth verschiedene Hilfsmittel zur Verfügung (Neues Datenschutzgesetz | FMH).

Das «Infoblatt Datenschutz» enthält Informationen über die Änderungen des revidierten DSG sowie eine Anleitung, wie die Hilfsmittel in den Arztpraxen situativ zu verwenden sind. Die Anleitung sowie die Verweise auf die Hilfsmittel wurden auf der Webseite der FMH dreisprachig publiziert.

Entsprechende Kommunikationsmassnahmen (Publikation auf Webseite, Weekly, Mailing, Soziale Medien) erfolgen in Zusammenarbeit mit der Abteilung Kommunikation und die in der Ärztekammer vertretenen Organisationen werden entsprechend über die Kommunikationsmassnahmen informiert.

#### Beschlussantrag

**Die Ärztekammer nimmt die Hilfsmittel zum neuen Datenschutzgesetz (DSG) zur Kenntnis.**

## 16. Ambulante Tarifrevision

*Urs Stoffel, Zentralvorstand FMH:* TARDOC bleibt ein grosses Thema und beschäftigt uns weiter, auch nachdem im letzten Herbst nun doch der Durchbruch zur gemeinsamen **Tariforganisation Organisation für ambulante Arzttarife AG (OAAAT AG)** gelungen ist.

Ende 2022 wurde die Version 0.3 der **ambulanten Pauschalen** durch die sts SA veröffentlicht. Die FMH hat eine Task Force «Ambulante Pauschalen» mit allen Fachgesellschaften zusammengestellt. Ziel ist es, möglichst viele Informationen über die medizinische Sachgerechtigkeit der Pauschalen zu generieren und mögliche finanzielle Auswirkungen besser zu verstehen.

Die beiden Tarifprojekte TARDOC und ambulante DRG-Pauschalen wurden grundsätzlich als Tarifierungsprojekte gegenseitig anerkannt. Ab 1.1.2023 sieht das Gesetz die



Regel Austausch im Kongresshaus Biel.

Förderung von Pauschalen vor und nach Einreichung der beiden Tarifwerte beim Bundesrat Ende 2023 gehen beide Tarifierungsprojekte in die gemeinsame Tariforganisation OAAAT AG über. Ab 2024 wird die OAAAT AG operativ die Pflege und Weiterentwicklung der beiden eingereichten Tarifstrukturen wahrnehmen.

**Weiteres Vorgehen:** Die sts AG wird bis Ende Juni 2023 eine Version 1.0 der ambulanten Pauschalen erarbeiten, die Arbeiten an TARDOC sind abgeschlossen. Im zweiten Semester sollen die beiden Tarifwerke den internen Gremien der Tarifpartner vorgelegt werden und danach eine gemeinsame Einreichung mit separaten Genehmigungsgesuchen erfolgen. Per 1. Januar 2025 soll der TARMED endlich durch die genehmigten Tarifstrukturen abgelöst werden.

## 17. Informationen aus Zentralvorstand und Generalsekretariat

Diese Informationen sind einsehbar auf myFMH (Dokument «04 CM \_Rapports des departements»).

## 18. Varia

### 18.1. Information zu den Aktivitäten der Swiss Taskforce for Ukrainian Healthcare

*Dr. med. Conrad E. Müller:* Partnerschaften zwischen ukrainischen und Schweizer Spitalern und NGOs unterstützen weiterhin die Ukraine auf 4 Tätigkeitsfeldern: Partnerships between Hospitals, Care for young patients and their families, Medical education networks sowie Support with needed medical equipment.

Die Swiss Taskforce for Ukrainian Healthcare organisiert NGO-Treffen, Austausch und Fallbesprechungen zwischen Ärzten, ATLS- und Video-Kurse, die Behandlung von ukrainischen Kindern in der Schweiz sowie die Unterstützung von Gesundheitsorganisationen mit mehr als 300 Tonnen medizinischem Material an 20 verschiedene Spitäler und 6 NGOs.

### 18.2. Informationen aus dem Wallis

*Monique Lehky Hagen, Walliser Ärztesgesellschaft,* stellt die **«Petition für eine qualitativ hochstehende ambulante Gesundheitsversorgung im Wallis für alle»** vor, die die Walliser Ärztesgesellschaft am 11.02.2023 lanciert hat. Der Kanton Wallis leidet unter überlasteten Notfalldiensten im Winter und unterdurchschnittlicher Ärzte-Abdeckung.

Die Ärztesgesellschaften sind eingeladen, die Petition zu unterstützen.

### 18.3. Termine DV und ÄK

#### Daten DV 2023 – 2025

Mittwoch, 28. Juni 2023

Donnerstag, 14. September 2023

Mittwoch, 29. November 2023

Mittwoch, 31. Januar 2024

Donnerstag, 25. April 2024

Mittwoch, 26. Juni 2024

Donnerstag, 12. September 2024

Mittwoch, 27. November 2024

Donnerstag, 30. Januar 2025

Mittwoch, 30. April 2025

Mittwoch, 25. Juni 2025

Donnerstag, 11. September 2025

Mittwoch, 26. November 2025

### Daten ÄK 2023 – 2025

Donnerstag, 09. November 2023

Donnerstag, 06. Juni 2024 (Gesamterneuerungswahlen)

Donnerstag, 07. November 2024

Donnerstag, 05. Juni 2025

Donnerstag, 06. November 2025

Die Präsidentin schliesst die Sitzung um 17:45 Uhr und dankt den Delegierten für ihre engagierte Mitarbeit und die interessanten Diskussionen.

### Glossar

#### Abkürzungen

A+

AD Swiss Net AG

AMGE

ATLS

ats-tms

BAG

BfS

BDO

curafutura

DV

DSG

EDI

EPA

EPD

ETH

FMCH

FMH

GDK

GPK

GS

H+

KÄG

KHM/CMPR

medswiss.net

MEBEKO

NewIndex AG

NGO

OAAT

pharmasuisse

santésuisse

SFSM

SGK-N

SIWF

StaO

ST Reha

sts AG

Swiss DRG

Tarmed

TARDOC

VEDAG

VLSS

VSAO/ASMAC

VSÄG/SMVS

ZV

#### Erläuterung

Akademien der Wissenschaften Schweiz

Fachstelle für sicheren Austausch von Patientendaten zwischen Ärzten, Pflegenden und Therapeuten

Ärztegesellschaft des Kantons Genf

Advanced Trauma Life Support

Tarifpartnerschaft: arztarief schweiz – tarif médical suisse

Bundesamt für Gesundheit

Bundesamt für Statistik

Wirtschaftsprüfungs-, Treuhand- und Beratungsgesellschaft BDO AG

Krankenversicherer CSS, Helsana, Sanitas und KPT

Delegiertenversammlung FMH

Bundesgesetz über den Datenschutz

Eidg. Departement des Innern

Entrustable professional activities

Elektronisches Patientendossier

Eidgenössische Technische Hochschule Zürich

Foederatio Medicorum Chirurgicorum Helvetica

Verbindung der Schweizer Ärztinnen und Ärzte

Gesundheitsdirektorenkonferenz

Geschäftsprüfungskommission

Generalsekretariat FMH

Die Spitäler der Schweiz

Kantonale Ärztegesellschaft

Kollegium für Hausarztmedizin

Dachverband der Schweizer Ärztenetzwerke

Medizinalberufekommission

Ärzteigener Datenpool

Non-governmental organisations

Organisation für ambulante Arzttarife AG

Schweizerische Apothekerverband

Branchenorganisation der Schweizer Krankenversicherer

Swiss Federation of Specialities

Kommission für soziale Sicherheit und Gesundheit des Nationalrates

Schweizerisches Institut für ärztliche Weiter- und Fortbildung

Standesordnung

Stationäre Tarifstruktur für die Rehabilitation

Solutions tarifaires suisses AG

Swiss Diagnosis Related Groups

Ärztliche Leistungsstruktur

Neue Tarifstruktur ambulante ärztliche Leistungen

Verband Deutschschweizer Ärztegesellschaften

Verein leitender Spitalärzte Schweiz

Verband Schweizerische Assistenz- und Oberärzte/-innen

Walliser Ärztegesellschaft/Société Médicale du Valais

Zentralvorstand

# Personalien

## Todesfälle / Décès / Decessi

*Anna Bettina Hunger* (1977), † 8.3.2023,  
Fachärztin für Allgemeine Innere Medizin,  
8152 Glattbrugg

*Gérard Robert Chatel* (1944), † 8.7.2023,  
Spécialiste en pédiatrie, 1223 Cologny

*Pierre Louis Barthe* (1935), † 11.8.2023,  
Facharzt für Endokrinologie/Diabetologie  
und Facharzt für Allgemeine Innere Medizin,  
4053 Basel

## Praxiseröffnung / Nouveaux cabinets médicaux / Nuovi studi medici

### GE

*Baptiste Waeber*, Spécialiste en médecine  
interne générale, Membre FMH, Av. Cardinal  
Mermillod 1, 1227 Carouge GE

## Ärztegesellschaft des Kantons Bern Ärztlicher Bezirksverein Bern Regio

Zur Aufnahme als ordentliches Mitglied  
haben sich angemeldet:

*Dietmar Bignion*, Facharzt für Chirurgie und  
Facharzt für Handchirurgie, Mitglied FMH,  
Praxis für Handchirurgie, Maulbeerstrasse 10,  
3011 Bern

*Medea Salzmann*, Fachärztin für Kinder- und  
Jugendmedizin, KJP Muri AG, Mettlengässli  
4, 3074 Muri. b. 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 Auf-

nahme der Gesuche und über allfällige Ein-  
sprachen.

## Ärztegesellschaft des Kantons Zug

Zur Aufnahme als ausserordentliches Mitglied  
haben sich angemeldet:

*Alexandra Sabrina Kohl Schwartz*, Fachärztin  
für Gynäkologie und Geburtshilfe, Mitglied  
FMH, Bahnhofstrasse 32, 6300 Zug

Einsprachen gegen diese Kandidaturen müs-  
sen innerhalb 14 Tagen seit dieser Veröffent-  
lichung schriftlich und begründet beim Sekre-  
tariat der Ärzte-Gesellschaft des Kantons Zug  
eingereicht werden. Nach Ablauf der Einspra-  
chefrist entscheidet der Vorstand über Gesuch  
und allfällige Einsprachen.

# SWISS MEDICAL FORUM

Seit 2001 veröffentlicht das SMF praxisorientierte Beiträge aus dem gesamten Spektrum der Medizin. Es ist das offizielle Weiter- und Fortbildungsorgan der FMH und eine offizielle Weiter- und Fortbildungszeitschrift der SGAIM. Das SMF ist Mitglied von COPE und erfüllt die Kriterien des SIWF an ein Journal mit Peer-Review.



1276

## Eine Schlüsselfigur im Spital, die gestärkt werden muss

**Nachwuchs** Welche Bedeutung hat eine Oberärztin oder ein Oberarzt für eine Klinik? Welche Kompetenzen sind notwendig, um die Aufgaben als Oberärztin oder Oberarzt meistern zu können? Was sind die Herausforderungen bei der oberärztlichen Tätigkeit heute und in Zukunft? Ziel dieses Artikel ist es, die Wichtigkeit der Oberärztin und des Oberarztes aufzuzeigen.

**Martin Perrig, Stefan Breitenstein, Christine Roten**



1282

## Immuntherapie für Kinder mit Atemwegsallergien

**Schlaglicht** Die Allergen-Immuntherapie ist eine wirksame, verträgliche und ursächliche Behandlungsmethode bei Atemwegsallergien mit sekundärpräventivem Nutzen. Dieser Artikel beschreibt die praktischen Aspekte in Bezug auf Kinder und Jugendliche in der Schweiz.

**Peter Andreas Eng, Oliver Fuchs et al.**



1286

## Semiokklusivverband an den Zehen nach Erfrierung dritten Grades

**Wundmanagement** Ein 58-jähriger Kutschenführer hatte sich im Rahmen einer längeren Kälteexposition eine Erfrierung mit Blasenbildung über der gesamten Grosszehe zugezogen. Erst 21 Tage danach erfolgte bei progredienten Schmerzen eine hausärztliche Vorstellung und eine notfallmässige Zuweisung ans Spital.

**Maria K. Schmelzer, Michel L. Conti, Bernd Gaechter**

## Journal Club

## Weekly Briefing

Prof. Dr. med. Lars C. Huber, Prof. Dr. med. Martin Krause

Wissenschaftliche Redaktion Swiss Medical Forum

## Memo

## Manschettengrösse beim Blutdruckmessen

Für eine korrekte Blutdruck-(BD-)Messung muss die Manschettengrösse basierend auf dem Oberarmumfang gewählt werden. Die Breite und Länge des Luftkissens sollen dabei 40% und 80% des Oberarmumfanges betragen. Vereinfachend stehen in praxi kleine, normale, grosse und extragrosse Manschetten zur Verfügung. Wie stark weichen die BD-Werte ab, wenn stets mit der «normalen» Manschette gemessen wird? Wenn eine «kleine» richtig gewesen wäre, war der gemessene BD 4 mm Hg zu tief. Wenn eine «grosse» korrekt gewesen wäre, war der BD 5 mm Hg zu hoch. Wenn – bei Adipositas zum Beispiel – eine «extragrosse» richtig gewesen wäre, war der BD 20 mm Hg zu hoch. Will man korrekt BD messen, sollten die vier Manschettengrössen an der BD-Messstelle in Reichweite sein.

JAMA Intern Med. 2023, doi.org/10.1001/jamainternmed.2023.3264. Verfasst am 21.8.2023\_MK

## Noch besser?

## Impfen gegen Clostridioides difficile

Die Morbidität von *Clostridioides-difficile*-Infektionen ist hoch. Da Rezidive nach Antibiotikatherapie häufig sind, werden Alternativen evaluiert. Eine davon ist die Prävention mittels Vakzine. Die bisherigen Studien – alle Firmen- gesponsert – weisen für den Impfstoff eine gute Immunogenizität und Verträglichkeit sowie ein gutes Sicherheitsprofil auf. Die neueste Publikation basiert auf 300 gesunden 65–85-jährigen Personen, die nach drei Impfdosen hohe neutralisierende Antikörpertiter aufgewiesen hatten. 48 Monate später waren diese Titer fast unverändert. Mit einer vierten Boosterdosis stiegen diese nochmals signifikant an, zeigten dann innerhalb 36 Monaten einen leichten Abfall. Auch wenn diese Resultate beeindrucken, die Vakzine überzeugt wohl erst dann, wenn sie Erkrankungen verhindern kann.

J Infect Dis. 2023, doi.org/10.1093/infdis/jiad307. Verfasst am 22.8.2023\_MK

## Erstaunlich

## «KI-Nase»: Parkinson riechen?

Unlängst wurde berichtet, dass Hunde Corona-infizierte Personen riechen können. Wir scheiden bei dieser Infektion volatile Substanzen aus, die von Schnüffelhunden erkannt werden. Dies scheint auch bei Morbus Parkinson der Fall zu sein. Werden Hunde trainiert, die spezifische Ausdünstung bei Morbus Parkinson zu erkennen, zeigen sie eine hohe Treffsicherheit in der Erkennung von entsprechenden Patientinnen und Patienten, unabhängig davon, ob diese unter Behandlung stehen: Sensitivität 91%, Spezifität 95%. Es wird vermutet, dass die erhöhte Produktion der Talgdrüsen bei Morbus Parkinson von den Hunden «erschnüffelt» wird. Die Autorschaft hat die Vision, dass auch eine künstliche elektrische Nase diesen Talg erkennen könnte. Die Treffsicherheit dieser «KI»-Nase ist noch unbekannt.

Am J Med. 2023, doi.org/10.1016/j.amjmed.2023.01.023. Verfasst am 19.8.2023\_MK

## CME

## Postvirale olfaktorische Störungen

- Es gibt quantitative und qualitative Riechstörungen sowie Kombinationen. Quantitativ: Hyposmie = partieller, Anosmie = vollständiger Verlust. Qualitativ: Parosmie = Geruchswahrnehmung, die nicht der Realität entspricht.
- Der transiente Geruchsverlust während grippeartigen Infektionen ist häufig und durch die Schleimhautentzündung im oberen Nasenbereich leicht erklärbar. Persistiert die Störung nach dem Infekt, liegt eine postvirale olfaktorische Störung vor.
- Rhino-, Influenza-, Parainfluenza-, Corona-, Adeno-, Entero- und Epstein-Barr-

Viren verursachen postinfektiöse olfaktorische Störungen.

- Weil COVID-19 in bis zu 50% postinfektiöse Geruchsstörungen verursachte, erwachte ein grosses mediales und wissenschaftliches Interesse an dieser Pathologie.
- Pathogenetisch werden Verlust des olfaktorischen Epithels und entzündliche Veränderungen der sensiblen olfaktorischen Neuronen sowie des Bulbus olfactorius postuliert.
- Die Parosmie wird durch aberrierende Regeneration der sensorischen Neuronen erklärt. Neuronen, die zuvor schlechten Geruch vermittelt haben, regenerieren mit dem Riechepithel, aus dem zuvor gute Gerüche nach zentral geleitet wurden.
- Die Erholungsphase dauert lange, bis zu zwei Jahre. In 30% der Fälle ist die

Heilung vollständig, in 65% deutlich besser und in 5% bleibt ein relevanter Schaden. Für die Parosmie ist die Prognose ähnlich.

- Die bestuntersuchte und wahrscheinlich erfolgreichste Behandlung ist olfaktorisches Training. Dabei müssen täglich über einen längeren Zeitraum verschiedene Duftstoffe identifiziert werden.
- Es gibt keine Evidenz, dass topische oder systemische Kortikosteroide, intranasales Vitamin A oder orale Omega-3-Fettsäuren die Heilung begünstigen.

BMJ Medicine. 2023, doi.org/10.1136/bmjmed-2022-000382. Verfasst am 24.8.2023\_MK

## Procalcitonin

Neue Studien –  
negative Daten

Wie hoch ist der diagnostische Wert von Biomarkern (C-reaktivem Protein [CRP] und Procalcitonin [PCT]) zur Prädiktion einer bakteriellen Koinfektion bei einer COVID-Pneumonie? Gering – zumindest, wenn diese Werte nur einmalig (hier bei Spitalertritt) bestimmt werden. Das findet eine retrospektive Multizenterstudie [1], die die Daten von 4076 auf Intensivstationen behandelten COVID-Erkrankten analysierte. In 133 Fällen (3%) wurde bereits bei Eintritt eine ambulant erworbene Pneumonie im Sinne einer Koinfektion diagnostiziert. Neben den Befunden aus Klinik und Bildgebung musste auch mindestens ein respiratorisches Pathogen in Blut, Sputum oder Trachealsekret nachgewiesen werden und/oder ein positives Urinantigen für Pneumokokken oder Legionellen vorliegen. Im Kollektiv mit Pneumonie lag das CRP bei Eintritt im Mittel bei 163 mg/l, das PCT bei 0,26 ng/ml, im Kollektiv ohne bakterielle Koinfektion bei 131 mg/l respektive 0,19 ng/ml. Der Unterschied zwischen den in beiden Gruppen erhöhten Mittelwerten war bescheiden, der Overlap und die Varianz waren gross. Damit sind diese Werte, alleine oder in Kombination, weder zum «rule-in» noch zum «rule-out» einer bakteriellen Koinfektion bei COVID-Erkrankten brauchbar. Laut Autorschaft müssten die Werte stets im grösseren klinischen Kontext gelesen werden. Eine Binsenwahrheit! Als relevante Limitation ist anzumerken, dass die Prävalenz von Koinfektionen in dieser Studie mit 3% sehr tief lag. Angesichts der schwierigen Erregeridentifikation bei vielen Pneumonie-Erkrankten liegt möglicherweise eine hohe Dunkelziffer vor.

Eine zweite retrospektive Studie [2] hat die Aussagekraft von PCT und positiven Blutkulturen untersucht: Bei 739 130 Patientinnen und Patienten (in 65 Spitälern!) wurden bei Spitalertritt Blutkulturen abgenommen, zeitgleich erfolgte bei 10% eine PCT-Bestimmung. Bei einem Cut-off von  $\geq 0,5$  ng/ml zur Prädiktion einer Bakteriämie lagen Sensitivität (68,2%) und Spezifität (65,6%) in einem Bereich ohne diagnostischen Nutzen. Jedoch fanden sich beträchtliche Unterschiede je nach Schweregrad und Pathogen. Bei tiefem PCT ( $< 0,1$  ng/ml) fand sich ein negativer Prädiktionwert für das Vorliegen einer Bakteriämie von fast 95%. Klinische Konsequenzen wurden daraus aber nicht abgeleitet: die Rate empirischer Antibiotikatherapien bei «positivem» und «negativem» PCT-Wert war praktisch identisch.

1 Intensive Care Med. 2023, doi.org/10.1007/s00134-023-07161-1.  
2 Crit Care Med. 2023, doi.org/10.1097/CCM.00000000000005968.  
Verfasst am 15.8.23\_HU

## Lungenembolie



Dr. med. B. Feil, Institut für Radiologie und Nuklearmedizin, Spital Zurich

Computertomographische Pulmonalisangiographie, Axialschnitt: Zentrale Lungenembolie mit an der Bifurkation des Truncus pulmonalis reitendem Thrombus.

Thrombolyse bei intermediärem  
Risiko?

Im Rahmen einer klinischen Entscheidungsfindung wird folgende Vignette präsentiert: Eine 33-jährige Patientin ohne relevante medizinische Vorgeschichte stellt sich mit Schwellung des rechten Unterschenkels und akuter Dyspnoe vor. Blutdruck: 116/80 mm Hg, Puls: 122/min, Atemfrequenz: 26/min, native Sauerstoffsättigung: 92%. Das Elektrokardiogramm zeigt eine Sinustachykardie, die kardialen Biomarker (Troponin, natriuretisches Peptid) sind erhöht. Eine thorakale Angio-Computertomographie findet einen reitenden Thrombus in der Pulmonalisbifurkation, eine Echokardiographie ergibt eine moderate rechtsventrikuläre Dilatation. Diese junge Patientin weist mit diesen Hinweisen auf eine rechtsventrikuläre Dysfunktion ein kleines, aber relevantes Risiko für eine kardiopulmonale Verschlechterung auf.

Die Leserschaft wurde gefragt, ob sie sich in diesem Setting für eine Thrombolyse zusätzlich zur Heparintherapie oder für eine isolierte parenterale Heparintherapie entscheiden würde.

Das Thema ist kontrovers – zwei Experten diskutieren beide Optionen [1]. Die präsentierten Daten unterstützen meines Erachtens aber vor allem die alleinige Heparintherapie: Ältere Arbeiten haben zwar gezeigt, dass sich unter Thrombolyse der pulmonale Gefässwiderstand und die Perfusionsdefekte schneller normalisieren. Diese Unterschiede nivellieren sich aber bereits nach wenigen Tagen. Zwei grosse kontrollierte Studien haben gezeigt: Eine Lysetherapie bei hämodynamisch stabilen Patientinnen und Patienten mit rechtsventrikulärer Dysfunktion führt nicht zu einem Überlebensvorteil. Unter Lysetherapie kam es zwar seltener zu einer hämodynamischen Dekompensation (1,6 vs. 5%), Todesfälle als Folge der Dekompensation waren aber in beiden Gruppen selten (0,2 vs. 0,6%). Umgekehrt lag das Risiko für relevante Blutungsereignisse um ein Mehrfaches höher in der Fibrinolysegruppe, insbesondere das Risiko für hämorrhagische Schlaganfälle, wobei letztere ausschliesslich im Kollektiv  $> 65$  Jahre beobachtet wurden. Die aktuellen Guidelines sprechen sich bei intermediärer Risikosituation gegen eine Lysetherapie aus.

Interessant: In einer Online-Abstimmung (3852 Teilnehmende) haben sich 54% für, 45% gegen eine Lysetherapie ausgesprochen. Auch wenn die aktuelle Datenlage eher dagegenspricht, ist es im klinischen Alltag oft schwierig auszuhalten, auf eine zusätzliche Therapieoption zu verzichten.

N Engl J Med. 2023, doi.org/10.1056/NEJMclde2301330.

Verfasst am 17.8.23\_HU

Der Oberarzt, die Oberärztin

# Eine Schlüsselfigur im Spital, die gestärkt werden muss

Welche Bedeutung hat eine Oberärztin oder ein Oberarzt für eine Klinik? Welche Kompetenzen sind notwendig, um die Aufgaben als Oberärztin oder Oberarzt meistern zu können? Was sind die Herausforderungen bei der oberärztlichen Tätigkeit heute und in Zukunft? Ziel dieses Artikel ist, die Wichtigkeit der Oberärztin und des Oberarztes für ein Spital und den ärztlichen Nachwuchs aufzuzeigen.

Dr. med. Martin Perrig<sup>a</sup>, Prof. Dr. med. Stefan Breitenstein<sup>b</sup>, Dr. med. Christine Roten<sup>a</sup>

<sup>a</sup> Universitätsklinik für Allgemeine Innere Medizin (KAIM), Inselspital Bern, Bern; <sup>b</sup> Klinik für Viszeral- und Thoraxchirurgie, Kantonsspital Winterthur, Winterthur

## Die Bedeutung des Oberarztes und der Oberärztin in einer Klinik

Die Oberärztin und der Oberarzt gewährleisten eine hohe medizinische Qualität der Versorgung von Patientinnen und Patienten und übernehmen eine Schlüsselrolle in jeder Klinik: Sie sind die Schnittstelle zwischen dem ärztlichen Kader (Leitender Arzt / Leitende Ärztin, Chefarzt/Chefärztin, Direktor/Direktorin), den Assistenzärztinnen und -ärzten sowie Studierenden und dem nicht ärztlichen Team bei der Betreuung von Patientinnen und Patienten (Abb. 1) und stellen den Informationsfluss zwischen diesen in die Betreuung involvierten Personengruppen sicher. Unabhängig vom Fachgebiet übernehmen sie die medizinische Verantwortung für einen spezifischen Klinikbereich (Bettenstation, Poliklinik, Notfallstation, Intensivstation etc.) und überwachen die klinische Arbeit des ärztlichen Teams. Sie stellen damit einen Grossteil der klinischen Aus- und Weiterbildung des ärztlichen Nachwuchses sicher. Je nach Fach und Klinik sind sie zudem selbstständig klinisch tätig (Durchführung von Operationen, Sprechstunden u.a.).

Durch ihre Position und Tätigkeiten übernehmen Oberärztinnen und -ärzte auch Management- und Planungsaufgaben, zum Beispiel die Koordination des Patientenflusses zwischen Notfall- und Bettenstation, die ärztliche Dienstplanung oder die Qualitätssicherung (Spitalhygiene, kritische Ereignisse).

Insbesondere in Universitätskliniken beteiligen sich Oberärztinnen und -ärzte an Forschungsprojekten und leisten somit einen wichtigen Beitrag zur Entwicklung ihres Faches und sind Teil des akademischen Nachwuchses.

In der Schweiz finden sich unterschiedliche Bezeichnungen für Personen in dieser Position: Stellvertretender Oberarzt oder Stellvertretende Oberärztin, «Chef de clinique» oder «Capo clinica». Im englischsprachigen Raum

spricht man von «Attending», «Attending Physician» oder «Chief Resident» [1, 2].

Oberärzte und -ärztinnen befinden sich in einem Spannungsfeld zwischen medizinischer Versorgung, klinikinternen Aufgaben, Lehre und eigener persönlicher Weiterbildung (z.B. Erwerb von Facharzttitel, Schwerpunkttitel, Fähigkeitsausweisen etc.). Die vielen Facetten ihrer Aufgaben machen ihre Funktion sehr abwechslungsreich und attraktiv, sind aber auch herausfordernd und verlangen viel Flexi-

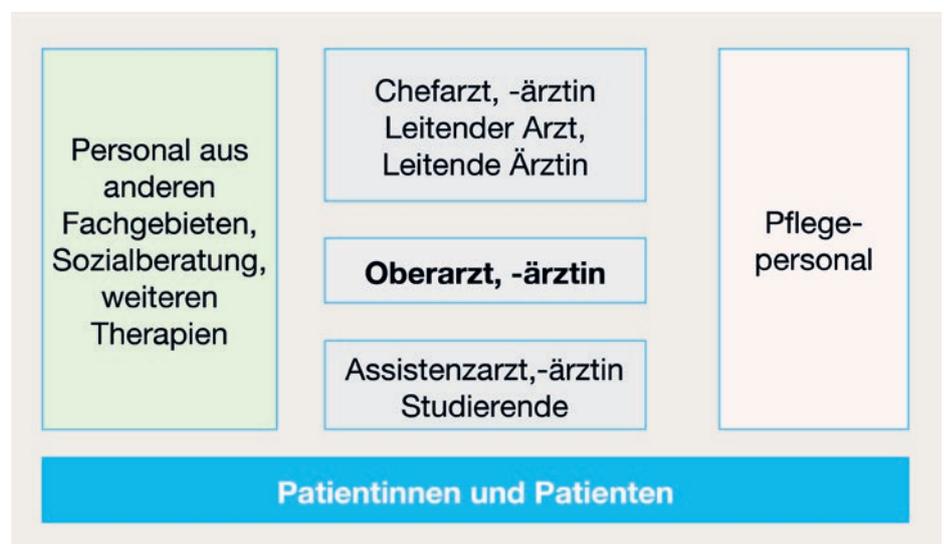


Abbildung 1: Position des Oberarztes und der Oberärztin im Spital.

bilität. Die verschiedenen Aspekte bieten eine spannende und lehrreiche Arbeit im Spital. Die Zusammenarbeit mit verschiedenen Personen- und Berufsgruppen (Patienten und Patientinnen, Studierende, Assistenzärzte und -ärztinnen, Klinik- und Pflegeleitung etc.) und die Möglichkeit der Mitwirkung und Einflussnahme auf verschiedenen Ebenen können zu grosser Genugtung und Befriedigung führen.

## Transition zur Oberärztin oder zum Oberarzt – eine grosse Herausforderung

Der Übergang von der Assistenzärztin zur Oberärztin oder vom Assistenzarzt zum Oberarzt wird oft als sehr herausfordernd und auch belastend empfunden und birgt die Gefahr, in eine chronische Überforderungssituation zu geraten. Kombiniert mit fehlender Unterstützung kann dies zum Ausbrennen führen [1, 2]. Der Funktionswechsel kommt häufig abrupt und ohne beziehungsweise mit nur ungenügender Vorbereitung. Insbesondere die nicht klinischen Aufgaben sind anspruchsvoll [3]: der Schritt von der supervisierten Assistenz Tätigkeit zur eigenständigen, Verantwortung übernehmenden oberärztlichen Position wird als sehr gross erlebt.

Um eine bessere Vorbereitung auf die oberärztliche Position zu erreichen, ist es wichtig zu definieren, welche Aufgaben und dazugehörigen Kompetenzen als relevant und herausfordernd erlebt werden, und zu evaluieren, ob diese während der fachärztlichen Weiterbildung oder in spezifischen Curricula («Faculty Development») besser erworben werden könnten.

In einer multizentrischen Studie in internistischen Kliniken in der Schweiz konnten in Interviews mit Assistenz-, Ober- und Chefärztinnen und -ärzten folgende Themen als besonders herausfordernd definiert werden [4]: 1. die Übernahme der Rolle des «Teamleaders», 2. die Balance zwischen Gewährleistung der Sicherheit für die Patientinnen und Patienten und Schaffung einer Lernumgebung für die Assistenzärzte und -ärztinnen und 3. die Übernahme der Verantwortung bei der medizinischen Fallführung sowie 4. die Entscheidungsfindung bei unklaren medizinischen Situationen von Patientinnen und Patienten.

Um diese Herausforderungen anpacken zu können, brauchen Oberärztinnen und -ärzte neben fundierter medizinischer Expertise in ihrem Fach auch Kompetenzen in der Führung eines Teams, in der Kommunikation und im Teaching. Kenntnisse über die Organisation und die Finanzierung des Gesundheitswesens sowie die Qualitätssicherung sind unerlässlich für einen verantwortungsbewussten Umgang mit den medizinischen Ressourcen. Ein persönliches «Netzwerk» aus erfahrenen Kollegin-

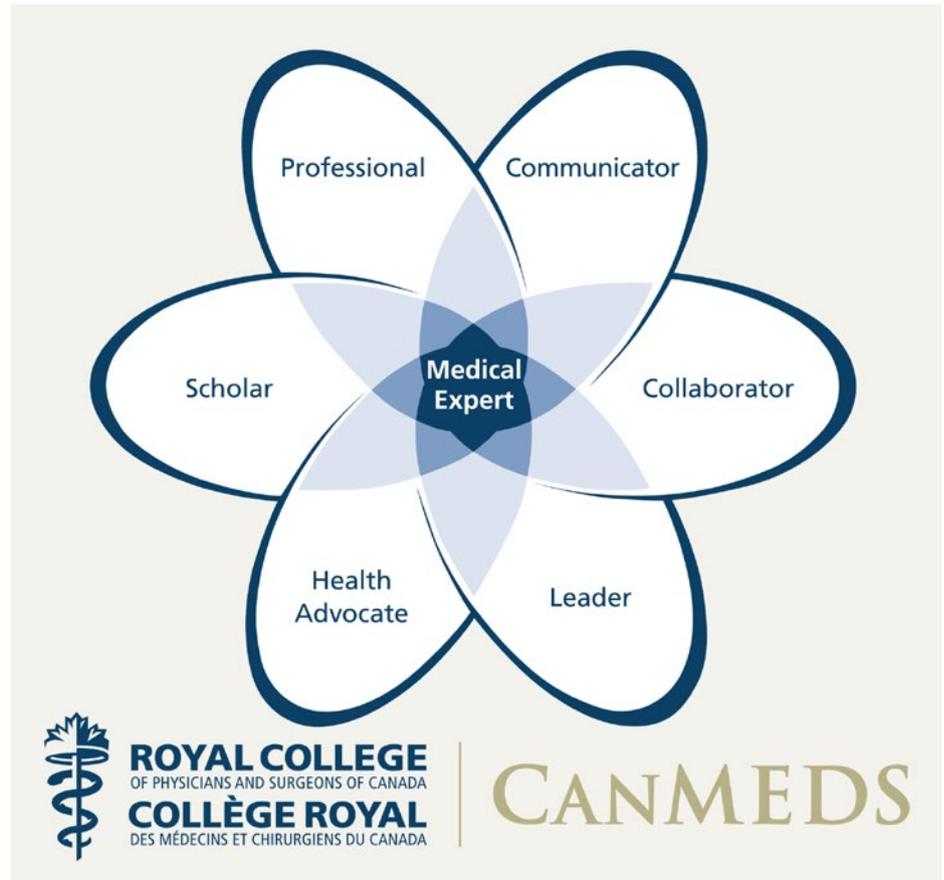


Abbildung 2: CanMEDS-Rollen ([www.royalcollege.ca/rcsite/canmeds/canmeds-framework-e](http://www.royalcollege.ca/rcsite/canmeds/canmeds-framework-e)).

nen und Kollegen innerhalb der Klinik und des Spitals gibt zusätzliche Sicherheit bei neuen und unklaren Fragestellungen.

### «Basic Skills»: Was braucht es?

Eine solide, breite Erfahrung im eigenen Fachgebiet ist Voraussetzung für die klinische Supervision und direkte Betreuung von Patientinnen und Patienten (Spezialsprechstunden, operative Eingriffe u.a.). Das Fachwissen und die notwendigen klinischen Fertigkeiten werden durch die Fachgesellschaften in den Weiterbildungsprogrammen inhaltlich definiert. Mit Nachweis der vorgegebenen Weiterbildungsjahre, Absolvieren der Prüfungen und erforderlichen Kurse sowie der Erfüllung der Arbeitsplatz-basierten Assessments wird durch das Schweizerische Institut für Weiter- und Fortbildung (SIWF) der entsprechende Facharztstitel verliehen [5]. Dieser bildet die Basis für die selbstständige Anwendung des Fachwissens und der Fertigkeiten im klinischen Alltag.

Die rein klinische Facharztreihe basierend auf Wissen und Fertigkeiten allein genügt nicht, um die Verantwortung für die Betreuung der Patientinnen und Patienten sowie der darin involvierten Personen übernehmen zu können. Eine Vielzahl von zusätzlichen persönlichen Skills im Umgang mit und in der Führung von Mitarbeitenden ist nötig, um die oberärztliche

Tätigkeit erfolgreich umzusetzen. Diese wichtigen Kompetenzen sind in den «Allgemeinen Lernzielen» des SIWF beschrieben [6] und basieren auf den Rollen des «Medical Expert» [7] (Abb. 2):

Dazu gehören unter anderem Sicherheit in der Kommunikation («communicator»), Routine in der interprofessionellen und interdisziplinären Zusammenarbeit im Team («collaborator»), eine wissenschaftliche Herangehensweise an klinische Problemstellungen in Diagnostik und Therapie und die Vermittlung von Wissen und Fertigkeiten an jüngere, unerfahrenere Kolleginnen und Kollegen («scholar») sowie eine professionelle Haltung im ärztlichen Alltag («professional»).

### Spezifische Kompetenzen sind gefragt Teamführung, Leadership und Kommunikation

Die Führung eines medizinischen Teams bedeutet die Übernahme von Verantwortung für die Aktivitäten und die Weiterbildung von Assistenzärztinnen und -ärzten sowie Studierenden. Zur Führungsrolle gehört es, stets den Überblick über die Abteilung zu haben, zum Beispiel über die jeweilige Situation der einzelnen Patientinnen und Patienten oder die vorhandenen Ressourcen (Belastung der Ärztinnen

und Ärzte, Patientenaufkommen und -entlassungen, freie Betten, Kapazitäten des Pflegepersonals etc.). Die Einnahme dieser übergeordneten Perspektive braucht Übung und bereitet anfänglich Schwierigkeiten. Neue Oberärztinnen und -ärzte bewegen sich zu Beginn oft zwischen assistenzärztlicher und oberärztlicher Rolle hin und her [4]. Dabei entsteht das Risiko für Missverständnisse mit unklarer Zuständigkeit und Verantwortlichkeit für konkrete Aufgaben innerhalb des Teams und Hemmungen bezüglich der Übernahme einer Leadership-Rolle in Konfliktsituationen.

Um den Informationsfluss zu sichern, sind gut definierte Tagesstrukturen (Rapporte, Besprechungen von Patienten und Patientinnen etc.) und eine klare Kommunikation hilfreich [6]. Zum Beispiel können Formulierungen in Ich-Form die Wichtigkeit einer Information unterstreichen. Eine positive, motivierende Grundhaltung ist unterstützend, damit Aufgaben mit der entsprechenden Priorität umgesetzt werden. Bei zunehmend limitiert vorhandenen Ressourcen nimmt die Bedeutung der oberärztlichen Führung zu, denn die Betreuung von Patientinnen und Patienten wird durch eine klare Teamführung effizienter und höherstehender. Gutes klinisches Outcome korreliert mit erfolgreichem klinischen Leadership [8, 9]. Dieser Effekt konnte konkret für Notfall-Situationen, bei denen ein «hands-off approach» des Teamleaders unabdingbar ist, nachgewiesen werden [10, 11].

### Teaching Skills

Teaching ist neben der medizinischen Supervision eine der Hauptaufgaben von Oberärztinnen und -ärzten. Sie sind direkt für die klinische Aus- und Weiterbildung zuständig und tragen aktiv zum Erfolg der Klinik als Weiterbildungsstätte bei. Damit leisten sie einen essenziellen Beitrag zur Sicherung eines gut ausgebildeten Nachwuchses und garantieren auch qualitativ hochstehende Bewerbungen von Assistenzärztinnen und -ärzten für die Klinik. Das Teaching durch die Oberärztinnen und -ärzte wird in der Regel ohne spezifisch erworbene Fertigkeiten und Wissen über effizientes Unterrichten durchgeführt. Es gibt einfach zu erwerbende Lehrmethoden, die mit etwas Übung gut in den klinischen Alltag integriert werden können [12–15]: Dazu gehören beispielsweise «clinical reasoning», die Anwendung von richtigen Fragetechniken, um theoretisches Wissen im Alltag anzuwenden und zu erweitern, die gezielte Instruktion und Supervision von Eingriffen bei invasiv tätigen Fachärzten und -ärztinnen und systematische Fallbesprechungen. Ein weiteres zentrales Element für den Lernerfolg sind die direkte und konkrete Rückmeldung an die Assistenzärztinnen

und -ärzte zu ihrer Performance und das Besprechen von weiteren Lernzielen durch ein systematisches, konstruktives und zeitnahes Feedback [16–18].

Die Einführung von EPAs («entrustable professional activities») verstärkt die Bedeutung der direkten Interaktion (insbesondere in Form von Feedback) mit den Ärztinnen und Ärzten in Weiterbildung. Durch EPAs wird der erreichte Selbstständigkeits-Level für eine fachärztliche Aktivität eingeschätzt. Dies soll es erlauben, den Assistenzärztinnen und -ärzten eine stufengerechte Übernahme von Verantwortung in der Weiterbildung zu übertragen. Um das Konzept der EPAs erfolgreich umsetzen zu können, braucht es Oberärztinnen und -ärzte, die in der differenzierten Beurteilung der klinischen Aktivitäten geschult und geübt sind.

### Kenntnisse über Qualitätssicherung und Finanzierung des Gesundheitswesens

Kostendruck, Finanzierungsprobleme und Fachkräftemangel im Gesundheitswesen wirken sich spürbar auf die Organisation der Spitäler und die Patientenprozesse in den Abteilungen aus (kürzere Aufenthalte, ambulant vor stationär etc.). Dies beeinflusst den Aufgaben- und Verantwortungsbereich der Oberärzte und -ärztinnen und verlangt eine flexible Anpassung der Abläufe. In diesem oftmals spannungsgeladenen Kontext ist es eine grosse Herausforderung, eine gute medizinische Versorgung sicherzustellen. Deshalb ist es sehr wichtig, dass Oberärztinnen und -ärzte wissen, mit welchen Instrumenten man medizinische Qualität messen und sichern kann (z.B. «Critical Incident Reporting System» [CIRS], Morbiditäts- und Mortalitätskonferenzen [MoMoKo]) [19]. Grundkenntnisse über die Finanzierung des Gesundheitswesens (Kostenträger, Versicherungen, «Diagnosis Related Groups» [DRG] etc.), Spitalorganisation und -management helfen den Oberärztinnen und -ärzten, diese Veränderungen und deren Auswirkungen auf die Betreuung der Patientinnen und Patienten einzuschätzen und richtig einzuordnen [20, 21].

### Vorbereitung auf die zukünftigen Tätigkeiten als Oberärztin/-arzt

Facharztgesellschaften, SIWF und Spitäler sollten die zukünftigen Oberärztinnen und Oberärzte fokussierter und besser auf ihre Aufgaben vorbereiten und Ressourcen dafür einsetzen. Dazu gehören neben der Sicherstellung einer breiten klinischen Weiterbildung zum Facharzt oder zur Fachärztin auch die zusätzlichen Schulungen für die oben beschriebenen Kompetenzen.

Aktuell entstehen in verschiedenen Kliniken Faculty-Development-Programme, in denen zusätzliche Kompetenzen in Kommunikation,

Leadership, Teaching oder Qualitätssicherung erworben werden können. Das SIWF erweitert fortlaufend sein Angebot von Teach-the-Teachers-Kursen, die Leadership- und Teaching-Themen behandeln [22].

Die Einführung der EPAs ermöglicht es, den Assistenzärzten und -ärztinnen bewusster Autonomie und Kompetenzen zu übertragen, was sie gezielter auf die Eigenverantwortung in ihrer zukünftigen oberärztlichen Funktion vorbereitet.

Die persönliche Begleitung durch eine Kollegin oder einen Kollegen mit mehr Erfahrung kann neue Oberärztinnen und Oberärzte sehr wertvoll bei Unsicherheiten unterstützen, insbesondere bei neuen, herausfordernden Aufgaben, wie der Beurteilung und Betreuung einer unklaren Patientensituation, dem Umgang mit schwierigen Mitarbeitenden oder dem Management einer Abteilung bei Kapazitätsengpässen. Coaching und Mentoring geben Sicherheit, haben einen positiven Einfluss auf die Verhinderung eines Burn-outs und können Impulse für die weitere Karriereplanung geben [23].

### Oberärztin/-arzt – ein überholtes Modell oder Modell der Zukunft?

Trotz ihrer Rolle als Garant einer qualitativ hochstehenden Betreuung von Patientinnen und Patienten und ihrer massgeblichen Beteiligung an der Aus- und Weiterbildung wird die Arbeit als Oberarzt oder Oberärztin weder durch sie selbst noch durch das Spital als genügend attraktiv wahrgenommen, um länger in dieser Funktion zu bleiben: Viele junge Kolleginnen und Kollegen verlassen nach ein paar Jahren ihre oberärztliche Stelle im Spital. Auch hier macht sich der Fachkräftemangel bemerkbar. Mögliche Gründe dafür sind in Tabelle 1 zusammengefasst.

Fachgesellschaften, Spitäler und Kliniken müssen die Rolle der Oberärzte und -ärztinnen neu überdenken und aufwerten: Es braucht Entwicklungsperspektiven mit klar definierten Verantwortungsbereichen und Kompetenzerweiterungen, Möglichkeiten zur Teilzeitarbeit und finanzielle Anreize, um die Attraktivität der oberärztlichen Position in einem multidisziplinären Setting zu erhöhen.

Ein stabiles Team aus Oberärzten und -ärztinnen spart einer Klinik durch seine eingespielte, hochstehende Expertise und beispielhafte Teamarbeit Ausgaben und Zeitressourcen. Die breiten Kompetenzen von erfahrenen Oberärzten und -ärztinnen in der Aus- und Weiterbildung werten die Attraktivität einer Klinik sowohl als Weiterbildungsstätte als auch als Arbeitgeberin auf und werden in der jährlichen SIWF-Weiterbildungsstätten-Beurteilung sichtbar. Um den Stab an Oberärztinnen und

**Tabelle 1: Warum bleiben Oberärztinnen/Oberärzte nicht langfristig im Spital?****Mögliche Gründe**

Überforderung aufgrund von ungenügenden Kompetenzen in zusätzlichen, für die Ausübung der oberärztlichen Funktion relevanten Aufgaben

Fehlende Karrieremöglichkeiten

Einschränkende, belastende Dienste und unregelmässige Arbeitszeiten

Wenige Möglichkeiten für Teilzeitarbeit in der stationären Betreuung von Patientinnen und Patienten

Ungenügende finanzielle Entlohnung im Vergleich zur privatärztlichen Tätigkeit

Fehlende Wertschätzung

-ärzten im Spital halten zu können, müssen jedoch aktive Massnahmen geschaffen werden.

**Schaffung von Perspektiven**

Die Fachgesellschaften, Klinikleitungen respektive Spitäler sollten die Durchführung von Faculty-Development- und Teach-the-Teachers-Kursen (z.B. als fixes oberärztliches Curriculum) durch entsprechend geschulte Tutorinnen und Tutoren aufbauen [22]. Im Moment erfolgt die Teilnahme an diesen Kursen meist freiwillig, sie werden aus Eigeninitiative oder Interesse oft in der Freizeit besucht (mit den meist fünf bezahlten Weiterbildungstagen werden vor allem die fachspezifischen Weiterbildungen absolviert) und oft von den Teilnehmenden selbst finanziert. Die Absolvierung dieser Kurse sollte deshalb aktiv (mit Extrazeit) und finanziell unterstützt werden. Spezifische Kompetenzen für im Spital und in der Weiterbildung tätige Fachärztinnen und -ärzte sollen in Facharzttitelanforderungen Eingang finden. Als Beispiel sei hier die Weiterbildung zur Spitalinternistin oder zum Spitalinternisten in der Allgemeinen Inneren Medizin erwähnt, die eine hervorragende fachliche Vorbereitung auf die oberärztliche Funktion in der Betreuung von zunehmend komplexen und multimorbiden Patientinnen und Patienten bietet.

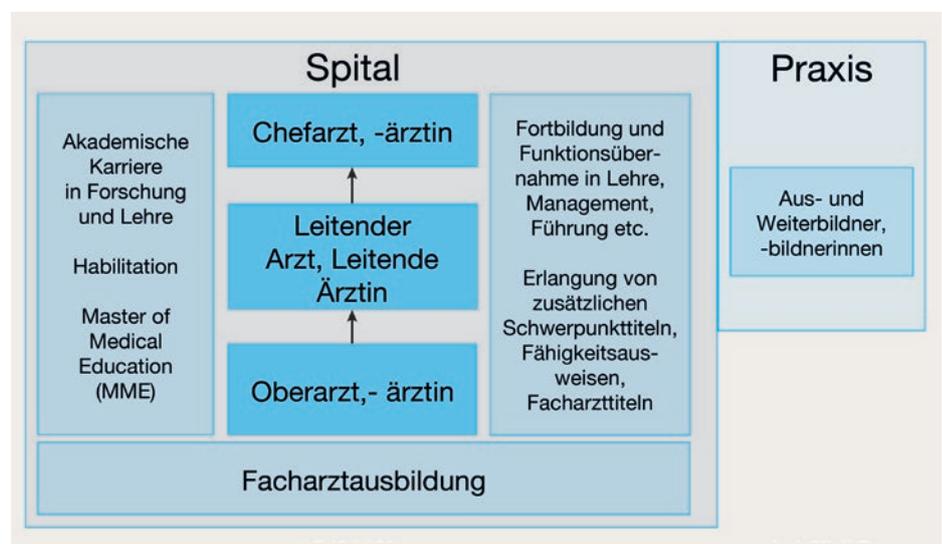
Die Kliniken sollten mit ihren Kaderärztinnen und -ärzten ein strukturiertes und gezieltes Mentoring für Oberärzte und -ärztinnen aufbauen, mit einer systematischen Evaluation von Oberarztkandidatinnen und -kandidaten. Sie sollten diesen konkrete Karriereperspektiven in der Klinik ermöglichen, ob mit oder ohne Forschungsaktivität (Abb. 3). Oberärztinnen und -ärzte mit zusätzlichen Kompetenzen und Aufgaben in Teaching, Sonographie, Einsatzplanung oder Qualitätsmanagement können mit einer zusätzlichen Bezeichnung und definierten Verantwortungsbereichen anerkannt werden, um ihre wichtige Rolle auch

ohne akademische Karriere aufzuwerten. Ebenso können mittels eines Masterstudiengangs (z.B. Medical Education, Public Health etc.) oder eines «Certificate in Advanced Studies» im Gesundheitswesen weitere Fertigkeiten und Wissen erworben werden, die zum Beispiel eine Beförderung zum Spitalfacharzt oder zur Spitalfachärztin ermöglichen.

Akademisch tätige Oberärztinnen und -ärzte entwickeln ihre Karriere in der Regel in einem universitären Umfeld und leisten dadurch einen wichtigen Beitrag zur Entwicklung ihres Faches. Innerhalb der Klinik und des Spitals braucht es Karrierepfade, sodass Oberärztinnen und -ärzte in eine leitende Funktion mit mehr Verantwortung und Aufgaben befördert werden können und ihre Expertise nicht verloren geht. Die oberärztliche Tätigkeit ist aber auch eine hervorragende Vorbereitung für all diejenigen, die später in einer hausärztlichen Praxis tätig sein werden.

Neben der Einhaltung der Arbeitszeiten können innovative Dienstplanmodelle, zum Beispiel mit Anpassung von Schichtdiensten an

das Patientenaufkommen, eine in den Schichtdienst integrierte Weiterbildung, geschützte Bürozeiten für Zusatzaufgaben und geplante Kompensationen die Dienst- und Arbeitsbelastung reduzieren. Der Einsatz von klinischen Fachspezialisten und -spezialistinnen der Pflege wäre nicht nur für die Assistenzärzte und -ärztinnen sondern auch für die Oberärztinnen und -ärzte eine Unterstützung (z.B. durch Mithilfe bei der Triage der stationären Patientenaufnahme, die Betreuung und Supervision von unkomplizierten stationären Patientinnen und Patienten oder die Übernahme von einfachen Sonographien). Der Einsatz in Netzwerken von Kliniken verschiedener Grösse und mit unterschiedlichen Spezialisten und Spezialistinnen oder Auslandsaufenthalte im Rahmen eines oberärztlichen Curriculums mit Erwerb spezifischer klinischer Kompetenzen (Zentrumsspital, Fachklinik, interdisziplinärer Notfall etc.) können eine enorme Bereicherung der Arbeit als Oberärztin oder Oberarzt sein und sie/ihn für spezifische Tasks tauglich machen (z.B. den Einsatz auf der akuten Notfallstation).

**Abbildung 3:** Karrieremöglichkeiten.

Die Möglichkeit der Teilzeitarbeit und des Jobsharings sollte in Zukunft nicht nur bei der ambulanten, sondern auch bei der stationären Arbeit eine Selbstverständlichkeit sein. Die kommenden Generationen fordern von Arbeitgebenden ein hohes Mass an Flexibilität und Freiheit bei der Vereinbarkeit von Beruf und Privatleben [24].

Die Entlohnung für die Oberärztinnen und -ärzte muss vergleichbar sein mit der Tätigkeit in der Praxis, um die Arbeit am Spital konkurrenzfähig zu machen.

Der Miteinbezug in relevante klinische Projekte und Entscheidungen sowie Teambuildingevents sind eine zusätzliche Möglichkeit, um die oberärztliche Tätigkeit in der Klinik aufzuwerten.

All diese «Investitionen» in den Stab der Oberärztinnen und -ärzte werden durch ein konstantes, exzellent ausgebildetes Team «belohnt». Ein modernes Modell der oberärztlichen Position ist die Zukunft für eine qualitativ hochstehende Betreuung von Patientinnen und Patienten und für die Aus- und Weiterbildung unverzichtbar.

## Ausblick

Der Fachkräftemangel und der Kostendruck werden neben der medizinischen Versorgung auch die klinische Weiterbildung der Ärztinnen und Ärzte unweigerlich beeinflussen, vor allem auch bei fehlendem oberärztlichem Nachwuchs. Ein verstärkender Faktor beim Fachkräftemangel werden auch die Bedürfnisse der kommenden Generationen nach mehr Möglichkeiten für Teilzeitanstellungen sein.

Fachlich fundiert ausgebildet und mit zusätzlichen Kompetenzen ausgerüstet, übernimmt das Team der Oberärztinnen und -ärzte eine tragende Rolle in diesem von Veränderungen geprägten Umfeld: sie stellen die Qualität der Versorgung und die Aus- und Weiterbildung des Nachwuchses sicher. In ihrer Drehscheibenfunktion werden sie zum Garanten für die medizinische Qualität im Spital. Sie zeichnen sich durch fundierte fachärztliche Expertise und zusätzliche Kompetenzen in Teaching, Kommunikation, Leadership und Spitalmanagement aus. Ihre Rollen sind vielfältig, spannend und facettenreich [6, 7].

## Korrespondenz

Dr. med. Martin Perrig  
Universitätsklinik für Allgemeine Innere Medizin (KAIM)  
Inselspital  
Freiburgstrasse 16p  
CH-3010 Bern  
martin.perrig[at]insel.ch

## Disclosure Statement

Die Autoren haben deklariert, keine potentiellen Interessenskonflikte zu haben.

## Das Wichtigste für die Praxis

- Oberärzte und -ärztinnen gewährleisten durch ihre Supervision eine hohe Qualität und Sicherheit in der Versorgung der Patientinnen und Patienten in einer Klinik. Durch die abwechslungsreichen Aufgaben und die interdisziplinäre Tätigkeit bietet die Rolle eine spannende, vielfältige, dynamische und immer wieder aufs Neue herausfordernde Arbeit.
- Oberärztinnen und -ärzte führen ein ärztliches Team und sichern die klinische Aus- und Weiterbildung des ärztlichen Nachwuchses im Spital.
- Oberärzte und -ärztinnen brauchen zur Erfüllung ihrer Aufgaben medizinische Expertise in ihrem Fach, Kompetenzen im Bereich der «Allgemeinen Lernziele des Medical Expert» und Kenntnisse in Teamführung, Kommunikation, Teaching und Gesundheitswesen.
- Um die Herausforderungen im Spannungsfeld zwischen Kostendruck, medizinischer Versorgung, Fachkräftemangel und klinisch-ärztlicher Nachwuchsförderung meistern zu können, wird die Funktion des Oberarztes und der Oberärztin für jedes Spital in Zukunft an Bedeutung gewinnen.

## Literatur

- 1 Westerman M, Teunissen PW, van der Vleuten CP, Scherpier AJ, Siegert CE, van der Lee N, Scheele F. Understanding the transition from resident to attending physician: a transdisciplinary, qualitative study. *Acad Med.* 2010;85(12):1914–9.
- 2 Westerman M, Teunissen PW, Fokkema JP, van der Vleuten CP, Scherpier AJ, Siegert CE, Scheele F. The transition to hospital consultant and the influence of preparedness, social support, and perception: A structural equation modelling approach. *Med Teach.* 2013;35(4):320–7.
- 3 Morrow G, Burford B, Redfern N, Briel R, Illing J. Does specialty training prepare doctors for senior roles? A questionnaire study of new UK consultants. *Postgrad Med J.* 2012;88(1044):558–65.
- 4 Roten C, Baumgartner C, Mosimann S, Martin Y, Donzé J, Nohl F, et al. Challenges in the transition from resident to attending physician in general internal medicine: a multicenter qualitative study. *BMC Med Educ.* 2022;22(1):336.
- 5 Schweizerisches Institut für ärztliche Weiter- und Fortbildung (SIWF) [Internet]. Bern: SIWF; c2023 [abgerufen am 05.08.2023]. Weiterbildungsordnung 2000. Verfügbar unter: [https://www.siwf.ch/files/pdf29/wbo\\_2000\\_d.pdf](https://www.siwf.ch/files/pdf29/wbo_2000_d.pdf)
- 6 Schweizerisches Institut für ärztliche Weiter- und Fortbildung (SIWF) [Internet]. Bern: SIWF; c2023 [abgerufen am 05.08.2023]. Lernzielkatalog Allgemeine Lernziele für die Weiterbildungsprogramme 2014. Verfügbar unter: [https://www.siwf.ch/files/pdf17/allg\\_lz\\_d.pdf](https://www.siwf.ch/files/pdf17/allg_lz_d.pdf).
- 7 Royal College of Physicians and Surgeons of Canada (RCP). Ottawa ON Canada: RCP; c2023 [abgerufen am 05.08.2023]. CanMEDS 2019. Verfügbar unter: <http://www.royalcollege.ca/rcsite/canmeds/canmeds-framework-e>.
- 8 Neily J, Mills PD, Young-Xu Y, Carney BT, West P, Berger DH, et al. Association between implementation of a medical team training program and surgical mortality. *JAMA.* 2010;304(15):1693–700.

- 9 Wheelan SA, Burchill CN, Tilin F. The link between teamwork and patients' outcomes in intensive care units. *Am J Crit Care.* 2003;12(6):527–34.
- 10 Kim MM, Barnato AE, Angus DC, Fleisher LA, Kahn JM. The effect of multidisciplinary care teams on intensive care unit mortality. *Arch Intern Med.* 2010;170(4):369–76. 24;170(10):867.
- 11 Cooper S, Wakelam A. Leadership of resuscitation teams: 'Lighthouse Leadership'. *Resuscitation.* 1999;42(1):27–45.
- 12 Neher JO, Stevens NG. The one-minute preceptor: shaping the teaching conversation. *Fam Med.* 2003;35(6):391–3.
- 13 Irby DM, Wilkerson L. Teaching when time is limited. *BMJ.* 2008;336(7640):384–7.
- 14 Khin-Htun S, Kushairi A. Twelve Tips for Developing Clinical Reasoning Skills in the Pre-Clinical and Clinical Stages of Medical School. *Med Teach.* 2019;41(9):1007–11.
- 15 Wolpaw TM, Wolpaw DR, Papp KK. SNAPPS: a learner-centered model for outpatient education. *Acad Med.* 2003;78(9):893–8.
- 16 van de Ridder JM, Stokking KM, McGaghie WC, ten Cate OT. What is feedback in clinical education? *Med Educ.* 2008;42(2):189–97.
- 17 Wisniewski B, Zierer K, Hattie J. The Power of Feedback Revisited: A Meta-Analysis of Educational Feedback Research. *Front Psychol.* 2020;10:3087.
- 18 Ende J. Feedback in clinical medical education. *JAMA.* 1983;250(6):777–81.
- 19 Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissenschaften (SAMW). Erhebung, Analyse und Veröffentlichung von Daten über die medizinische Behandlungsqualität. Bern: SAMW; 2009.
- 20 Bundesamt für Statistik. Kosten und Finanzierung des Gesundheitswesens. Neuchâtel: BfS; 2022.
- 21 Roten C, Perrig M, Hg. Die oberärztliche Tätigkeit – eine neue Herausforderung. 1. Aufl. Göttingen: Hogrefe; 2021.
- 22 Schweizerisches Institut für ärztliche Weiter- und Fortbildung (SIWF) [Internet]. Bern: SIWF; c2023 [abgerufen am 05.08.2023]. Teach the Teacher. Verfügbar unter: <https://siwf.ch/siwf-projekte/cbme/teach-the-teachers.cfm>.
- 23 Swendiman RA, Edmondson AC, Mahmoud NN. Burnout in surgery viewed through the lens of psychological safety. *Ann Surg.* 2019;269(2):234–5.
- 24 Maurer S. Die Generation Z ist eher wertkonservativ. *SÄZ.* 2023;104(23):16–20.



**Dr. med. Martin Perrig**  
Universitätsklinik für Allgemeine Innere Medizin (KAIM), Inselspital, Bern

Schlaglicht: Allergologie und Immunologie

# Kinder mit Atemwegsallergien – Empfehlungen zur Immuntherapie

Die Allergen-Immuntherapie ist eine wirksame, verträgliche und ursächliche Behandlungsmethode bei Atemwegsallergien mit sekundärpräventivem Nutzen. Dieser Artikel beschreibt die praktischen Aspekte in Bezug auf Kinder und Jugendliche in der Schweiz.

Dr. med. Peter Andreas Eng<sup>a,b,c,\*</sup>; PD Dr. med. Oliver Fuchs<sup>d,e,\*</sup>, MD PhD

Für die Arbeitsgruppe (alphabetisch geordnet): Dr. med. Felicitas Bellutti Enders<sup>f</sup>; Dr. med. Monika Borer<sup>g</sup>; Dr. med. Annette Carrard<sup>h</sup>; Prof. Dr. med. Philippe Eigenmann<sup>i</sup>; Dr. med. Giovanni Ferrari<sup>j,k</sup>; Prof. Dr. med. Arthur Helbling<sup>l</sup>; KD Dr. med. Michael Hitzler<sup>m</sup>; KD Dr. med. Alice Köhli<sup>n</sup>; Dr. med. Alena Kuhn<sup>o</sup>; Prof. Dr. med. Roger Lauener<sup>p</sup>; PD Dr. med. Caroline Roudit<sup>q,r,s</sup>; Dr. med. Michèle S. Roth<sup>f</sup>; Prof. Dr. med. Peter Schmid-Grendelmeier<sup>f</sup>; Dr. med. Caroline Schneider<sup>s,t</sup>

<sup>a</sup> Pädiatrische Pneumologie und Allergologie, Kinderklinik, Kantonsspital Aarau, Aarau; <sup>b</sup> Löwenpraxis, Luzern; <sup>c</sup> Medizinisches Zentrum Hochdorf, Hochdorf; <sup>d</sup> Zentrum für Dermatologie und Allergologie, Luzerner Kantonsspital, Luzern; <sup>e</sup> Universität Bern, Bern; <sup>f</sup> Pädiatrische Allergologie, Universitäts-Kinderspital beider Basel, Basel; <sup>g</sup> Cabinet médical, Villars-sur-Glâne; <sup>h</sup> Kinder- und Jugendpraxis Wabern, Wabern; <sup>i</sup> Unité d'allergologie pédiatrique, Hôpitaux Universitaires Genève, Genève; <sup>j</sup> Allergiestation, Dermatologische Klinik, Ospedale Regionale di Bellinzona e Valli, Bellinzona; <sup>k</sup> Studio Medico di Allergologia e Immunologia, Lugano; <sup>l</sup> Poliklinik für Allergologie und klinische Immunologie, Inselsspital, Universitätsspital Bern, Bern; <sup>m</sup> Pädiatrische Pneumologie und Allergologie, Kinderspital, Luzerner Kantonsspital, Luzern; <sup>n</sup> Pädiatrische Allergologie, Klinik für Kinder und Jugendliche, Kantonsspital Baden, Baden; <sup>o</sup> Pädiatrische Allergologie, Kinderklinik, Inselsspital, Universitätsspital Bern, Bern; <sup>p</sup> Pädiatrische Allergologie, Kinder- und Jugendmedizin, Ostschweizer Kinderspital, St. Gallen; <sup>q</sup> Praxis Kinderallergiedoktor, Zürich; <sup>r</sup> Allergiestation, Dermatologische Klinik, Universitätsspital Zürich, Zürich; <sup>s</sup> Clinique unité immuno-allergologie et rhumatologie pédiatrique, Département femme-mère-enfant (DFME), Centre Hospitalier Universitaire Vaudois (CHUV), Lausanne; <sup>t</sup> Cabinet d'allergologie pédiatrique, Lausanne

\* Peter Eng ist Erstautor, Oliver Fuchs ist Letztautor

## Einführung

Die Allergen-Immuntherapie (AIT) ist die einzige ursächliche Behandlung der allergischen Rhinitis (AR) bzw. Rhinokonjunktivitis (ARC) und des allergischen Asthmas (AA) mit krankheitsmodifizierender Wirkung [1, 2]. Kinder können schon früh Sensibilisierungen gegen Pollen von Frühblühern oder Gräsern und Hausstaubmilben entwickeln. Relevante Symptome können ab dem dritten Lebensjahr auftreten, selten auch früher. Im weiteren Verlauf kann sich das Sensibilisierungsspektrum ausweiten und als AR/ARC und/oder AA manifestieren [3–5].

Obwohl Kinder die Zielgruppe für eine frühe Intervention sind und Spontanremissionen selten, werden in Europa nur 1–5% der Kinder mit AR/ARC mit einer AIT behandelt [5, 6]. Das Risiko für eine Zunahme des Schweregrades oder die Progression zu einem AA erhöht sich mit der Dauer der AR/ARC [7], vor allem bei nicht adäquater Therapie. Zudem können Sensibilisierungen dazukommen oder ein saisonales zu einem perennialen AA wer-

den [8, 9]. Bei Kindern ist deshalb eine AIT auch bei leichten Symptomen mit dem Ziel der Sekundärprävention indiziert [10–13].

Kinder können symptombedingt oder als Folge von unerwünschten Arzneimittelwirkungen der symptomatischen Therapie eine erhebliche Reduktion ihrer Lebensqualität infolge von Schlafproblemen sowie kognitiver und körperlicher Einschränkungen aufweisen [14–15]. Anders als die symptomatische Therapie hat die AIT den Vorteil einer langanhaltenden Wirksamkeit auch nach Absetzen (Carry-over-Effekt) [16–18]. Dies wurde in Studien mit Real-World-Daten bestätigt [19–21].

Schweizer Allergologinnen und Allergologen sowie in der Kinderallergologie tätige Ärztinnen und Ärzte haben ein Merkblatt (s. im Online-Appendix des Artikels) entwickelt, das die wichtigsten Aspekte bei der Wahl von Anwendungsform und Präparat für die AIT von Atemwegsallergien bei Kindern zusammenfasst und die Durchführung unterstützen soll. Es bezieht sich auf die in der Schweiz zugelassenen Präparate.

## Indikationsstellung der AIT bei Kindern

Eine AIT ist bei Kindern ab fünf Jahren möglich. Aktuelle Fachinformationen der Präparate sind auf [www.swissmedicinfo.ch](http://www.swissmedicinfo.ch) publiziert. Voraussetzung zur Durchführung einer AIT ist der Nachweis einer Sensibilisierung (im Pricktest oder durch spezifisches Immunglobulin E [IgE] im Serum) und passender klinischer Symptome mit kausaler Assoziation. Hinweisend ist auch die zeitliche Korrelation zwischen Sensibilisierung und Symptomen. Wichtig: Betroffene können IgE gegen verschiedene Allergene bilden, aber nur Symptome bezüglich einzelner oder weniger Allergene zeigen. Dann müssen die AIT-Präparate nur Auslöser abbilden. Bei einer eindeutigen Polyallergie können mehrere Präparate eingesetzt werden [22].

## Auswahl der AIT-Form bei Kindern

Nach einer Entscheidung für die AIT sollte die geeignete Anwendungsform einvernehmlich

von der Ärztin oder dem Arzt, dem Kind und dessen Eltern ausgewählt werden («shared decision making»). Dies erhöht die Therapietreue während der AIT [23]. Sie sollte gut in den Alltag des Kindes und der Eltern integrierbar sein.

### Anwendungsform

Die AIT kann sublingual (SLIT) mit Tabletten/Tropfen mit 30-minütiger Überwachung nach Ersteinnahme in der Praxis und anschliessend täglich zu Hause oder subkutan durch Injektionen (SCIT) in der Arztpraxis mit jeweils 30-minütiger Überwachung erfolgen. Die SCIT wird zunächst per Aufdosierung mit Injektionen in typischerweise wöchentlichem Abstand eingeleitet und dann während der Erhaltungsphase im Abstand von vier bis maximal acht Wochen (gemäss Fachinformation der einzelnen Präparate) mit gleichbleibender Dosis fortgesetzt. Je nach Präparat wird eine prä-saisonale, prä-/co-saisonale oder perenniale Therapie empfohlen. Beim prä-saisonalen Schema (mögliche Alternative zum perennialen Schema bei SCIT «Pollen») werden die Injektionen vor dem Pollenflug gestoppt. Das prä-/co-saisonale Protokoll kann als Alternative zum perennialen Schema bei der SLIT «Pollen» angewendet werden [1].

### Adhärenz

Beide AIT-Formen sollen für eine nachhaltige Wirksamkeit über mindestens drei Jahre konsequent durchgeführt werden [1, 2]. Die Therapietreue ist für SCIT und SLIT über drei Jahre vergleichbar. Bei beiden wurden im ersten Behandlungsjahr die meisten Therapieabbrüche festgestellt. Eine gute Aufklärung über Therapieform, Eintritt der Wirksamkeit und Verlauf möglicher Nebenwirkungen ist daher ebenso wichtig wie eine gute Begleitung der Betroffenen bei Therapiestart [24].

Zur Sicherung der Adhärenz bei der Anwendung der SLIT sind regelmässige Kontakte, gegebenenfalls auch per Telefon, zu empfehlen. Wichtig ist, dass Betroffene eine Routine für die Anwendung entwickeln (Einnahme zu fester Tagesszeit, Nutzung von Erinnerungen wie das

sichtbare Deponieren der Tablettenpackung, Wecker, Mobiltelefon). Für eine erfolgreiche SCIT sind Planung und Einhaltung der vereinbarten Termine entscheidend.

Bei beiden AIT-Formen werden Verlaufskontrollen während oder kurz nach der Pollensaison respektive spätestens nach sechs Monaten bei Hausstaubmilben-Extrakt empfohlen. Wenn keine Besserung feststellbar ist, sollte eine Reevaluation von Indikation, Präparat, Dosierung und Adhärenz vorgenommen werden. Gegebenenfalls ist die Zuweisung an einen Spezialisten oder eine Spezialistin mit Erfahrung in der AIT bei Kindern zu bedenken, um über einen möglichen Präparatewechsel zu diskutieren. Im Verlauf der AIT sollen regelmässige klinische und in Abhängigkeit von Symptomen und bestehendem AA lungenfunktionelle Kontrollen erfolgen [2]. Falls nach ein bis zwei Jahren AIT keine subjektive Wirksamkeit eingetreten ist, soll über einen Therapieabbruch entschieden werden.

### Für Kinder geeignete AIT-Präparate

In der Schweiz sind für die drei häufigsten Allergene (Gräser, Birkengewächse, Hausstaubmilben) von der Swissmedic zugelassene SLIT- und SCIT-Präparate verfügbar. Diese sind im Merkblatt (s. Online-Appendix), einschliesslich der in der Fachinformation aufgeführten Daten klinischer Studien, aufgeführt.

### Wirksamkeitsnachweis

Doppelblinde, plazebokontrollierte Studien mit hohen Fallzahlen ergeben die höchste Evidenz für den Wirksamkeitsnachweis eines Extrakts. Neue Präparate werden erst nach Erfüllung stringenter Kriterien zugelassen. Für ältere, insbesondere SCIT-Präparate, ist ein solcher Wirksamkeitsnachweis oft nicht gegeben, da zur Zulassung andere Anforderungen bestanden. Bei mehreren Präparaten derselben Anwendungsform sollte dasjenige mit besser belegter Wirksamkeit für Kinder und Jugendliche gewählt werden. Vom Einsatz individuel-

ler, insbesondere nicht homologer Allergenmischungen (zum Beispiel Gräser mit Birke) wird abgeraten [1, 2]. Eine Mischung führt zu einer Allergenverdünnung, was möglicherweise die Wirksamkeit verringert [25].

### Sublingual oder subkutan

Die beiden AIT-Formen stellen Alternativen mit jeweils Vor- und Nachteilen dar (Tab. 1) und ermöglichen eine personalisierte Therapie. Empfehlungen für die eine oder andere AIT-Form aufgrund von Metaanalysen sind mit Vorsicht zu geniessen [26]. Wichtig ist eine präparatespezifische Beurteilung der Wirksamkeit und Sicherheit. Generalisierte Aussagen im Sinne einer Übertragung der Aussagen zur Wirksamkeit einzelner Präparate auf alle Präparate einer AIT-Form sind nicht möglich [1, 2]. Die Eigenschaften von SLIT und SCIT hinsichtlich Organisation, Sicherheit, Wirksamkeit, Kosten, Therapiebegleitung und Verlaufskontrollen sind im Merkblatt ausführlich beschrieben.

### Durchführung der AIT

Praktische Aspekte zur sicheren Durchführung einer AIT in der Praxis sind in den Tabellen 2 und 3 zusammengefasst.

### Sicherheits- und Nebenwirkungsprofil der AIT

Die AIT ist bei sachgerechter Applikation, indikationsbezogener Patientenselektion und Durchführung in einer mit dieser Therapieform erfahrenen Praxis sicher und gut verträglich [2, 12]. Die Betroffenen müssen in gutem Allgemeinzustand sein, zudem müssen Begleiterkrankungen (insbesondere Asthma) kontrolliert sein, um das Auftreten schwerer systemischer Nebenwirkungen zu verhindern [2].

### Sublinguale Immuntherapie (SLIT)

Generell hat die SLIT ein günstigeres Sicherheitsprofil als die SCIT [1, 2, 12]. In der Regel sind Nebenwirkungen mild, treten vor allem bei der Einleitung als oropharyngealer Juckreiz,

**Tabelle 1: Vor- und Nachteile der verschiedenen Routen einer allergenspezifischen Immuntherapie**

Route	Vorteile	Nachteile
<b>Sublinguale Immuntherapie (SLIT)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Durchführbarkeit auch bei Kindern im Vorschulalter möglich, keine Injektionen</li> <li>Hohe Sicherheit</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Risiko einer ungenügenden Compliance</li> <li>Tägliche Extrakteinnahme erforderlich</li> <li>Evtl. störende lokale enorale Nebenwirkungen</li> <li>Nicht geeignet bei vorliegender eosinophiler Ösophagitis (EoE)</li> </ul>
<b>Subkutane Immuntherapie (SCIT)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Gute Kontrolle der Compliance</li> <li>Kontrolle der Wirksamkeit durch regelmässige Arztvisiten</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Viele Arztvisiten</li> <li>Höheres Risiko für Nebenwirkungen</li> <li>«Spritzenangst»</li> </ul>

**Tabelle 2: Empfehlungen zur Durchführung einer sublingualen Immuntherapie (SLIT)**

<b>Durchführung</b>	Gemäss aktueller Fachinformation des gewählten Präparates.
<b>Erste Dosis</b>	Unter ärztlicher Aufsicht und 30-minütiger Beobachtung.
<b>Beginn mit Pollen-AIT</b>	Zwei (bis vier) Monate vor dem erwarteten Beginn der Pollensaison.
<b>Unterbrechung der SLIT</b>	In der Regel drei bis sieben Tage, dann Wiederbeginn mit Erhaltungsdosis bei: <ul style="list-style-type: none"> <li>• akuter Entzündung/Verletzung der Mund-/Rachenschleimhaut</li> <li>• zahnärztlichen Eingriffen/ Verlust von Milchzähnen</li> <li>• akuter Gastroenteritis</li> <li>• Asthmaexazerbation</li> <li>• Fieber</li> </ul>
<b>Anzahl unterschiedlicher Extrakte</b>	Simultane Gabe mehrerer Tabletten/Tropfen möglich. Therapiestart der verschiedenen Präparate zeitlich staffeln.
<b>Überprüfung der Verträglichkeit und Adhärenz</b>	Alle drei Monate, in der Regel bei Abgabe einer neuen Packung.

AIT: Allergen-Immuntherapie.

**Tabelle 3: Empfehlungen zur Durchführung einer subkutanen Immuntherapie (SCIT)**

<b>Durchführung/Überwachung</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Vor der Injektion Verträglichkeit der letzten Injektion erfragen und festhalten.</li> <li>• Vor der Injektion Allgemeinbefinden überprüfen und nach interkurrenten Erkrankungen fragen.</li> <li>• Intervall, Extrakt und Dosis überprüfen und dokumentieren.</li> <li>• Vor Injektion sicherstellen, dass Betroffene richtigen Extrakt in richtiger Dosierung erhalten, z.B. durch Vorlesen der Namen der Betroffenen und der Allergenextrakte.</li> <li>• Nach Injektion mindestens 30-minütige Beobachtung in der Praxis.</li> <li>• Vor Entlassung Kontrolle der Injektionsstelle durchführen.</li> </ul>
<b>Keine Injektionen</b>	Bei bereits bestehenden allergischen Symptomen und bei akutem, vor allem fieberhaftem Infekt.
<b>Körperliche Belastung/Sport</b>	Kurz bzw. mindestens eine Stunde vor der Injektion und für den Rest des Tages keine körperliche Belastung/Sport.
<b>Dosisreduktion während Pollensaison</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Bei Betroffenen mit Asthma wird typischerweise die Reduktion der Erhaltungsdosis gemäss Fachinformation während der ersten Saison empfohlen.</li> <li>• Keine Dosisreduktion ist notwendig bei beschwerdefreien Betroffenen mit Rhinokonjunktivitis (ohne Asthma).</li> </ul>
<b>Überschreiten des Injektionsabstands</b>	Dosis gemäss Fachinformation reduzieren.
<b>Anzahl unterschiedlicher Extrakte</b>	Gabe von bis zu drei Extrakten ist möglich, evtl. 30 Minuten Pause zwischen den einzelnen Injektionen; nach letzter Injektion 30-minütige Beobachtung.

enorales Misempfinden oder Mund-/Rachenschleimhautschwellungen auf und nehmen ein bis drei Wochen danach ab [2, 12, 27]. Wichtig ist die entsprechende Aufklärung vor Beginn der SLIT, da sonst ein frühzeitiger Therapieabbruch droht [24]. Zur Reduktion lokaler Symptome können Antihistaminika als Prämedikation vorübergehend eingesetzt werden [2].

### Subkutane Immuntherapie (SCIT)

Die häufigste Nebenwirkung der SCIT ist eine verstärkte Lokalreaktion. Sie ist durch lokale Kühlung und Antihistaminika gut behandelbar. Selten können systemische Reaktionen bis zur Anaphylaxie auftreten. Jede Praxis, die eine AIT durchführt, muss auf die Behandlung von anaphylaktischen Reaktionen vorbereitet sein, was die Möglichkeit zur Injektion von Adrenalin und entsprechend geschultes Personal ein-

schliesst [2]. Risikofaktoren hierfür sind akute Infekte, manifestes Asthma und bestehende allergische Symptome [28]. Aluminiumsalze sind die am häufigsten eingesetzten Adjuvantien in SCIT-Extrakten [29]. Risiken durch Aluminium als Adjuvantien werden immer wieder kritisch diskutiert. Nach derzeitiger Erkenntnis stellt dessen Anwendung kein Risiko für toxische Effekte bei Kindern oder Erwachsenen dar [2].

### Ausblick

Kinder mit Atemwegsallergien sind auch in der Schweiz unterversorgt, gleichzeitig sinkt die Anzahl der Allergologinnen und Allergologen. Daher sollten auch Grundversorgerinnen und Grundversorger die Möglichkeiten einer AIT für Kinder kennen und in Zusammenarbeit mit

Allergologinnen und Allergologen durchführen können. Kinder mit Atemwegsallergien sollten bereits früh mit einer AIT behandelt werden, um den weiteren Verlauf langfristig günstig beeinflussen zu können [10]. Junges Alter, kurze Krankheitsdauer, Beschränkung der Allergie auf die oberen Luftwege und Sensibilisierung auf eines oder wenige Allergene sind diesbezüglich wichtige prognostische Faktoren für eine erfolgreiche AIT.

### Take-Home-Messages

– Die Allergen-Immuntherapie (AIT) ist die einzige kausale Behandlung allergischer Erkrankungen der Atemwege. Bei Kindern sollte die AIT auch bereits bei leichteren Formen und möglichst früh zum Einsatz kommen, um den natürlichen Verlauf der

Allergiekarriere im Sinne einer sekundären Prävention günstig zu beeinflussen.

- Für die Behandlung von Kindern sollten AIT-Präparate bevorzugt werden, deren Wirksamkeit und Sicherheit in Studien mit Einschluss von Kindern und Jugendlichen dokumentiert ist, idealerweise in doppelblinden, plazebokontrollierten Arbeiten.
- Wichtig für eine erfolgreiche AIT sind die Selektion der dafür geeigneten Betroffenen, die Auswahl des richtigen Extrakts, der das für die allergische Erkrankung verantwortliche Allergen in hoher Konzentration enthält, sowie eine genügend lange Dauer der AIT (mindestens drei Jahre).
- Betroffene und Eltern sollten in die Wahl der Darreichungsform (SLIT oder SCIT; prä-saisonal, prä-/co-saisonal oder perennal) einbezogen werden («shared decision making»), um die bestmögliche Therapie-treue zu erreichen.

#### Korrespondenz

Dr. med. Peter Andreas Eng  
Konsiliararzt Pädiatrische Pneumologie und  
Pädiatrische Allergologie  
Kantonsspital Aarau AG  
Tellstrasse 25  
CH-5001 Aarau  
peter.eng[at]ksa.ch

PD Dr. med. Oliver Fuchs, MD PhD  
Chefarzt Allergologie  
Luzerner Kantonsspital  
Spitalstrasse  
CH-6000 Luzern 16  
oliver.fuchs[at]luks.ch

#### Disclosure Statement

PAE: Provision of study materials for this manuscript from ALK-Abello AG; honoraria for lectures from ALK-Abello AG; support for attending Annual Congress of EAACI form Allergopharma; Swiss representative and Co-author of S2K Guidelines (D/A/CH) of allergen immunotherapy. OF: Support for Round Table Meeting by ALK-Abello AG; support for attending EAACI 2023 by ALK-Abello AG. PE: Honoraria for lectures from GSK, Synlab, ThermoFisher Scientific; honoraria for participating on a Data Monitoring or Advisory Board from Novartis. GF: Organisation of the Round Table Meeting by ALK-Abello AG, no financial support received. AKö: Travel support from Allergopharma/Dermapharm. AKu: Funding by ALK-Abello AG for participation at the EAACI congress 2022. RL: Research grant for CK-CARE from Kühne Foundation; consulting fees for Advisory Boards from LEO, Milupa, ALK-Abello AG; honoraria for lectures from Menarini, OM S.A. CR: Consulting fees from Aimmune, Aha; honoraria for lectures from ALK-Abello AG, University of Bern. PSG: Support for Round Table Meeting by ALK-Abello AG; research grant from Christine Kühne Center for Allergy and Research an Education CK-CARE; consulting fees (Advisory Board) from Novartis; speakers fees from ALK-Abello AG, Bencard, Novartis, Stallergens. The other authors have declared having no potential conflicts of interest.

#### Literatur

1 Roberts G, Pfaar O, Akdis CA, Ansotegui IJ, Durham SR, Gerth van Wijk R, et al. EAACI Guidelines on Allergen Immunotherapy. *Allergy*. 2018;73(4):765–98.  
2 Pfaar O, Ankermann T, Augustin M, Bubel P, Böing S, Brehler R, et al. Leitlinie zur Allergen-Immuntherapie bei IgE-vermittelten allergischen Erkrankungen. S2k-Leitlinie

der Deutschen Gesellschaft für Allergologie und klinische Immunologie (DGAKI), der Gesellschaft für Pädiatrische Allergologie und Umweltmedizin (GPA), des Ärzteverbandes Deutscher Allergologen (AeDA), der Österreichischen Gesellschaft für Allergologie und Immunologie (ÖGAI), der Schweizerischen Gesellschaft für Allergologie und Immunologie (SGAI), der Deutschen Dermatologischen Gesellschaft (DDG), der Deutschen Gesellschaft für HNO-Heilkunde, Kopf- und Halschirurgie (DGHN-KHC), der Deutschen Gesellschaft für Kinder- und Jugendmedizin (DGKJ), der Gesellschaft für Pädiatrische Pneumologie (GPP), der Deutschen Gesellschaft für Pneumologie und Beatmungsmedizin (DGP), des Deutschen Berufsverbandes der HNO-Ärzte (BVHNO), des Berufsverbandes der Kinder- und Jugendärzte (BVKJ), des Bundesverbandes der Pneumologen (BDP) und des Berufsverbandes der Deutschen Dermatologen (BVDD). *Allergologie*. 2022;45(9):643–702.  
3 Kulig M, Bergmann R, Klettke U, Wahn U, Tacke U, Wahn U. Natural course of sensitization to food and inhalant allergens during the first 6 years of life. *J Allergy Clin Immunol*. 1999;103(6):1173–9.  
4 Tsuge M, Ikeda M, Matsumoto N, Yorifuji T, Tsukahara H. Current insights into atopic march. *Children (Basel)*. 2021;8(11):1067.  
5 Westman M, Stjärne P, Asarnej A, Kull I, van Hage M, Wickman M, Toskala E. Natural course and comorbidities of allergic and nonallergic rhinitis in children. *J Allergy Clin Immunol*. 2012;129(2):403–8.  
6 Bufe A, Roberts G. Specific immunotherapy in children. *Clin Exp Allergy*. 2011;41(9):1256–62.  
7 Dondi A, Tripodi S, Panetta V, Asero R, Businco AD, Bianchi A, et al. Pollen-induced allergic rhinitis in 1360 Italian children: comorbidities and determinants of severity. *Pediatr Allergy Immunol*. 2013;24(8):74–51.  
8 Burge JA, Walters EH, Byrnes GB, Matheson MC, Jenkins MA, Wharton CL, et al. Childhood allergic rhinitis predicts asthma incidence and persistence to middle age: a longitudinal study. *J Allergy Clin Immunol*. 2007;120(4):863–9.  
9 Shaaban R, Zureik M, Soussan D, Neukirch C, Heinrich J, Sunyer J, et al. Rhinitis and onset of asthma: a longitudinal population-based study. *Lancet*. 2008;372(9643):1049–57.  
10 Calderon MA, Gerth van Wijk R, Eichler I, Matricardi PM, Varga EM, Kopp MV, et al. Perspectives on allergen-specific immunotherapy in childhood: An EAACI position statement. *Pediatr Allergy Immunol*. 2012;23(4):300–6.  
11 Matricardi PM. Allergen-specific immunoprophylaxis: toward secondary prevention of allergic rhinitis? *Pediatr Allergy Immunol*. 2014;25(1):15–8.  
12 Eng PA, Szépfalusi Z, Matricardi PM. Allergenspezifische Immuntherapie im Kindesalter – neue Entwicklungen. *Allergologie*. 2015;6:287–300.  
13 Gradman J, Halken S. Preventive effect of allergen immunotherapy on asthma and new sensitizations. *J Allergy Clin Immunol Pract*. 2021;9(5):1813–7.  
14 Papapostolou G, Kiotseridis H, Romberg K, Dahl Å, Bjermer L, Lindgren M, et al. Cognitive dysfunction and quality of life during pollen season in children with seasonal allergic rhinitis. *Pediatr Allergy Immunol*. 2021;32(1):67–76.  
15 Walker S, Khan-Wasti S, Fletcher M, Cullinan P, Harris J, Sheikh A. Seasonal allergic rhinitis is associated with a detrimental effect on examination performance in United Kingdom teenagers: case-control study. *J Allergy Clin Immunol*. 2007;120(2):381–7.  
16 Valovirta E, Petersen TH, Piotrowska T, Laursen MK, Andersen JS, Sørensen HF, et al. Results from the 5-year SQ grass sublingual immunotherapy tablet asthma prevention (GAP) trial in children with grass pollen allergy. *J Allergy Clin Immunol*. 2018;141(2):529–38.  
17 Eng PA, Borer-Reinhold M, Heijnen IA, Gnehm HP. Twelve-year follow-up after discontinuation of pre-seasonal grass pollen immunotherapy in childhood. *Allergy*. 2006;61(2):198–201.  
18 Jacobsen L, Niggemann B, Dreborg S, Ferdousi HA, Halken S, Host A, et al. Specific immunotherapy has long-term preventive effect of seasonal and perennial asthma: 10-year follow-up on the PAT study. *Allergy*. 2007;62(8):943–8.

19 Fritzsche B, Contoli M, Porsbjerg C, Buchs S, Larsen JR, Elliott L, et al. Long-term real-world effectiveness of allergy immunotherapy in patients with allergic rhinitis and asthma: results from the REACT study, a retrospective cohort study. *Lancet Reg Health Eur*. 2021;13:100275.  
20 Vogelberg C, Klimek L, Brügggenjürgen B, Jutel M. Real-world evidence for the long-term effect of allergen immunotherapy: current status on database-derived European studies. *Allergy*. 2022;77(12):3584–92.  
21 Zielen S, Devillier P, Heinrich J, Richter H, Wahn U. Sublingual immunotherapy provides long-term relief in allergic rhinitis and reduces the risk of asthma: a retrospective, real-world database analysis. *Allergy*. 2018;73(1):165–77.  
22 Pfaar O, Angier E, Muraro A, Halken S, Roberts G. Algorithms in allergen immunotherapy in allergic rhinoconjunctivitis. *Allergy*. 2020;75(9):2411–4.  
23 Sánchez J. Adherence to allergen immunotherapy improves when patients choose the route of administration: subcutaneous or sublingual. *Allergol Immunopathol (Madr)*. 2015;43(5):436–41.  
24 Allam JP, Andreasen JN, Mette J, Serup-Hansen N, Wüstenberg EG. Comparison of allergy immunotherapy medication persistence with a sublingual immunotherapy tablet versus subcutaneous immunotherapy in Germany. *J Allergy Clin Immunol*. 2018;141(5):1898–901.e5.  
25 European Medicines Agency. Guideline on allergen products: production and quality issues [Internet]. London: EMA; 2008 [abgerufen am 18.08.2023]. Verfügbar unter: [https://www.ema.europa.eu/en/documents/scientific-guideline/guideline-allergen-products-production-quality-issues\\_en.pdf](https://www.ema.europa.eu/en/documents/scientific-guideline/guideline-allergen-products-production-quality-issues_en.pdf)  
26 Dhami S, Nurmatov U, Arasi S, Khan T, Asaria M, Zaman H, et al. Allergen immunotherapy for allergic rhinoconjunctivitis: a systematic review and meta-analysis. *Allergy*. 2017;72(11):1597–631.  
27 Casale TB, Cox LS, Wahn U, Golden DBK, Bons B, Didier A. Safety review of 5-grass pollen tablet from pooled data of clinical trials. *J Allergy Clin Immunol Pract*. 2017;5(6):1717–27.e1.  
28 Kannan JA, Epstein TG. Immunotherapy safety: what have we learned from surveillance surveys? *Curr Allergy Asthma Rep*. 2013;13(4):381–8.  
29 Kramer MF, Heath MD. Aluminium in allergen-specific subcutaneous immunotherapy – a German perspective. *Vaccine*. 2014;32(33):4140–8.



#### Appendix

Der Online-Appendix ist verfügbar unter:  
<https://doi.org/10.4414/smfm.2023.09491>.



**Dr. med. Peter Andreas Eng**  
Pädiatrische Pneumologie und Allergologie, Kinderklinik, Kantonsspital Aarau; Löwenpraxis, Luzern; Medizinisches Zentrum Hochdorf, Hochdorf



**PD Dr. med. Oliver Fuchs**  
Zentrum für Dermatologie und Allergologie, Luzerner Kantonsspital, Luzern

## Wundmanagement

# Semiokklusivverband an den Zehen nach Erfrierung dritten Grades

Dr. med. univ. (AT) Maria K. Schmelzer, Dr. med. Michel L. Conti, Dr. med. Bernd Gaechter  
Klinik für Chirurgie, Spital Oberengadin, Samedan

## Einleitung

Bei den meisten thermischen Verletzungen handelt es sich um Verbrennungen. Gerade in Mitteleuropa treten in Verbrennungszentren Erfrierungen im Vergleich zu Verbrennungen im Verhältnis 1 zu 35 auf [1], dementsprechend ist der Erfahrungsschatz im Umgang mit Erfrierungen vor allem in kleineren Spitälern nicht mit dem bei Verbrennungen zu vergleichen. Trotz ähnlicher Klinik ist – besonders aufgrund der unterschiedlichen Pathophysiologie – das Vorgehen im Vergleich zu dem bei Verbrennungen ein anderes. Da Bergsteiger und Bergsteigerinnen (vor allem aus höher gelegenen Gebirgsanteilen) sowie Wintersport Treibende und unter Kälteexposition Arbeitende zur Risikogruppe gehören, möchten wir anhand eines Fallbeispiels die Besonderheiten des initialen Managements, der weiteren Therapiemöglichkeiten und des Verlaufs darstellen [1].

## Fallbericht

### Anamnese

Ein 58-jähriger Kutschenführer wurde durch den Hausarzt zugewiesen. Der Patient hatte sich 21 Tage zuvor im Rahmen einer längeren Kälteexposition eine Erfrierung mit Blasenbildung über der gesamten Grosszehe rechts zugezogen. Im Verlauf war die Haut abgestorben, der Patient hatte diese selbst entfernt und die Wunde lokal mittels verschiedener, teils desinfizierender Wundsalben behandelt. Erst 21 Tage nach der Erfrierung erfolgte bei pro-

redienten Schmerzen eine hausärztliche Vorstellung mit anschliessender Vorstellung bei uns. Der Tetanusschutz war initial unklar. Es bestanden keine Vorerkrankungen. Der Patient war Raucher (20 Packungsjahre).

### Status und Diagnostik

Bei der Vorstellung auf unserer Notfallstation waren die Vitalparameter normwertig. Die rechte Grosszehe zeigte distal eine Nekrose des gesamten distalen Drittels, die Haut in diesem Bereich war bereits durch den Patienten bis über die



**Abbildung 1:** Klinischer Befund initial, Ansicht von oben. Nekrotischer Nagel (gelber Pfeil), freiliegender nekrotischer Knochen (blauer Pfeil). Ein schriftlicher Informed Consent zur Publikation liegt vor.

Nagelfalz hinaus komplett entfernt worden. Das Gewebe war livide, feucht und ödematös aufgeschwollen, der Nagel war noch partiell adhären, jedoch vital, der Nagelkranz lag etwa 3 mm frei. Die Sensibilität war vermindert. Eine putride Kollektion bestand nicht (Abb. 1).

Hinweise auf eine vaskuläre Erkrankung (arteriell oder venös) ergaben sich beim klinischen Status nicht. Zur Beurteilung der ossären Situation wurde eine Röntgenaufnahme des Vorfusses veranlasst. Hier zeigte sich im Bereich der Endphalanx distal eine osteopore Knochenstruktur, eine klare Osteolyse war nicht abgrenzbar.

In Zusammenschau der nun, eine Woche posttraumatisch, vorliegenden Befunde deuten wir die Erfrierung durch die klinisch bestehende Mitbeteiligung des Nagels und Knochens als Erfrierung dritten Grades und stellten die Indikation zur Kürzung des frei liegenden, distal bereits nekrotischen Knochens sowie zum Debridement des aktuell demarkierten nekrotischen Gewebes.

### Therapie

Im Zuge des Debridements wurden das nekrotische Weichteilareal an der Zehenspitze und der Nagelkranz entfernt. Die nun vorhandene Wundhöhle wurde mit einer Undecylenamidopropylbetain- und Polihexanid-haltigen Lösung (Prontosan®) und Ringerlösung gespült und mit einer mehrlagigen, silberionenhaltigen, antimikrobiellen Primärwundauflage (Aquacell plus®) versorgt, die restlichen Wundflächen wurden

mittels Natriumhyaluronat- und Silbersulfadiazin-haltigen Medizinalgazen (Ialugen Plus®) verbunden. Es wurde keine prophylaktische antibiotische Therapie verabreicht, als antiphlogistische Therapie begannen wir mit Ibuprofen. Der Patient blieb zur Analgesie und initialen Wundpflege für zwei Nächte stationär und wurde anschliessend durch das hausinterne Wundambulatorium weiter betreut. Der Tetanusschutz wurde von uns bei initial unklarem Impfstatus und verspäteter Vorstellung erst im Verlauf aufgefrischt.

### Verlauf

In den initialen Kontrollen berichtete der Patient weiterhin über starke Schmerzen, klinisch zeigte sich neben einer serösen Hypersekretion eine vermehrte Bildung von Fibrinbelägen. Da der Befund sonst reizlos erschien, erfolgte ein einmaliger Versuch mittels eines Snap™-Vakuumverbands. Diese Therapie musste jedoch schmerzbedingt abgebrochen werden. Anschliessend entschieden wir uns bei weiterhin sonst reizlosen Weichteilen und fehlenden Zeichen für eine Osteolyse im Röntgenbild, einen semiokklusiven Folienverband (Verwendung einer Polyurethanfolie [OP-Site-Folie®]) anzulegen. Darunter berichtete der Patient bereits nach wenigen Tagen über eine deutliche Besserung der Schmerzen. Klinisch war der Weichteildefekt der Grosszehe ebenfalls rasch rückläufig, sodass sich bereits nach einer sieben-tägigen Therapie die Wundhöhle nahezu vollständig aufgefüllt hatte (Abb. 2) und der Patient im Alltag nun schmerzfrei war.

Insgesamt hatte der Patient über eine Dauer von drei Wochen einen Folienverband. Wie in der Literatur häufig beschrieben, kam es auch in diesem Fall zu einer starken, unange-



**Abbildung 2:** Klinischer Befund sechs Wochen postoperativ. Ein schriftlicher Informed Consent zur Publikation liegt vor.

nehmen Geruchsentwicklung. Diese war erst in der letzten Woche der Therapie aufgetreten und sistierte sofort nach Stoppen der Anwendung des Folienverbands. Im weiteren Verlauf beschrieb der Patient eine nur noch diskret vorhandene schmerzhafte Kälteintoleranz der Grosszehe.

### Diskussion

Erfrierungen stellen in Mitteleuropa keine häufige Entität auf den Notfallstationen dar. Risikofaktoren sind neben dem Klima (in der Schweiz sind v.a. Bergsteiger betroffen) und der Dauer der Kälteexposition (auch bei weniger tiefen Temperaturen kann es in Städten v.a. bei Obdachlosen zu Erfrierungen kommen) psychosoziale Faktoren (Alkohol und Drogenkonsum) sowie Komorbiditäten (periphere arterielle Verschlusskrankheit, Traumata).

In unserem Fall war eine berufsbedingt besonders lange Kälteexposition bei der Arbeit als Kutscher im Winter erfolgt. Speziell machte unseren Fall auch, dass sich der Patient nicht sofort medizinisch vorgestellt, sondern sich drei Wochen lang selbstständig behandelt und abgestorbenes Gewebe selbst debridiert hatte.

Während es detaillierte Aussagen in den Leitlinien hinsichtlich der Präklinik, des Aufwärmens, möglicher Diagnostik, verschiedener Lyseverfahren, der Indikation zum Debridement und zu Amputation sowie supportiver medikamentöser Therapie gibt, findet sich bei der Literaturrecherche zur weiteren Wundbehandlung nach Debridement nur wenig.

Wie oben bereits erwähnt, konnten wir auf einige Aspekte der empfohlenen Initialbehandlung keinen Einfluss mehr nehmen. Hierzu zählen: vorsichtiges Erwärmen, gegebenenfalls in aseptischer Lösung, initiale Analgesie mit nicht steroidalen Antirheumatika, Verbandsmanagement mittels gepolstertem, trockenem, sterilem Verband, Tetanusauffrischimpfung bei nicht intaktem Impfstatus, gegebenenfalls Thrombolyse innert 24 Stunden, gegebenenfalls erweiterte Bildgebung zur Abschätzung des späteren Nekroseausmasses mittels Angiographie und Technetium-99-Knochenscan innert 4–24 Stunden nach Erwärmen [1–3].

Ein regelmässiges Debridement war bereits durch den Patienten begonnen worden. Hierbei waren die Dermis im distalen Drittel komplett, die subkutane Schicht partiell bereits abgetragen worden, sodass der knöcherne Nagelkranz freigelegt hatte. Dadurch war uns der Entscheid genommen worden, die Demarkierung abzuwarten und dann erst ein Debridement durchzuführen.

Die Guidelines der «Wilderness Medical Society» geben die klare Empfehlung, die komplette Demarkierung (Zeitintervall 1–3

Monate) abzuwarten und nur im Falle einer nicht beherrschbaren Infektion oder eines Kompartmentsyndroms früher operativ vorzugehen [2, 3]. Unsere Entscheidung hatten wir aufgrund des bereits nach Debridement frei liegenden nekrotischen Knochens getroffen, der eine Gewebendeckung nicht möglich gemacht hätte. Entsprechend der Guidelines war keine prophylaktische antibiotische Abschirmung erfolgt, eine antiphlogistische Therapie mit Ibuprofen war wie empfohlen [1–3] etabliert worden, als Alternative wird in der Literatur wegen der gleichzeitigen thrombozytenaggregationshemmenden Wirkung auch Acetylsalicylsäure empfohlen [2, 3].

Empfohlene Wundaufgaben sind vor allem Polyurethan-Schaumverbände und silberbasierte Schaumstoffe [3]. In unserem Fall hatten wir wegen der mazerierten, hyperseziernden Weichteile initial eine Wundaufgabe mit einer Hydrofiber-Silber-Wundaufgabe, später mit einem Vakuumverband versucht, beides ohne Besserung der Situation.

Bei Fingerkuppenamputationen ist die Anwendung eines Semiokklusivverbands bereits Standard, auch hier zeigt sich immer wieder eine erstaunlich rasche Defektauffüllung [4]. Studien zu der Anwendung nach Erfrierungen sind nahezu inexistent, bei unserer Recherche hatten wir lediglich einen Case Report gefunden, in dem Folienverbände bei der Behandlung von Fingerkuppenamputationen mit Erfolg angewendet worden waren [5]. Auch bei uns hatte sich sowohl bezüglich der Schmerzsymptomatik als auch der Weichteildeckung und Hypersekretion eine rasche Verbesserung der Situation gezeigt. Im Vergleich zu Defekten und Weichteilverletzungen nach Quetschtraumata mit Fingerkuppenamputation kommt es bei einer Erfrierung durch andere Pathomechanismen (zelluläre Dehydratation, intravasale Koagelbildung, Embolisierung der Mikrozirkulation) im Rahmen der Erfrierung und Wiedererwärmung zu einem Gewebeschaden oder -untergang [2]. In der Konsequenz liegen in beiden Situationen neben gegebenenfalls bereits nekrotischen Weichteilen auch perifokal noch stark in Mitleidenschaft gezogene Weichteile vor. Das Exsudat, das sich unter Folienverbänden bildet, beinhaltet neben potentiell pathogenen Bakterien, die allerdings kaum je zu Infektionen führen, vor allem Wachstumsfaktoren, die in der Angiogenese von Bedeutung sind («platelet-derived growth factor» [PDGF], «vascular endothelial growth factor» [VEGF], «growth factor» [GF]) [4].

Wie schon vielfach bei der Anwendung an Fingerkuppen beschrieben, scheint dieser Mechanismus auch bei der Anwendung an Zehen gleichermaßen zu funktionieren. In unserem Fall stellt sich die Frage, warum der Patient eine

Wundheilungsstörung entwickelt hatte. Klinisch hatte uns kein Hinweis auf eine arterielle oder venöse Gefässerkrankung vorgelegen, der Patient war nicht an Diabetes mellitus erkrankt. Weiterführende angiologische Abklärungen zur Beurteilung der Mikrozirkulation waren von uns nicht veranlasst worden. Es hatten keine verminderte Temperatur oder Rekapillarierungszeit der Grosszehe bestanden, sodass für uns klinisch zumindest keine Beeinträchtigung der Mikrozirkulation vorgelegen hatte. Prommersberger et al. [5] verwendeten den Semiokklusivverband am Finger, obwohl sie «zweifelsohne [von] Zell- und Gewebsschäden am gesamten Finger» ausgingen. Im Vergleich zur Defektfüllung nach Amputationsverletzungen im Rahmen von Quetschtraumata oder Schnittverletzungen, war der Heilungsprozess nach der Erfrierung des Fingers deutlich verlängert. Prommersberger et al. führten dies auf die Zell- und Gewebsschäden zurück.

In unserem Fall ist es unklar, ob noch eine persistierende Störung des Gewebes respektive der Durchblutung (v.a. der Mikrozirkulation) nach dem Debridement des nekrotischen Gewebes vorgelegen hatte. Demnach können wir nicht mit Sicherheit sagen, ob unser Folienverband trotz gegebenenfalls noch eingeschränkter Mikrozirkulation und Gewebeschäden so ein gutes Ergebnis gezeigt hatte oder nur funktionieren konnte, weil in diesem Fall keine solche Störung vorgelegen hatte. Klinisch waren wir jedoch nicht von einer höhergradigen Einschränkung ausgegangen.

Bislang ist uns, auch nach sorgfältiger Literaturrecherche, kein Beispiel für die Anwendung von Folienverbänden an Zehen nach thermischen oder mechanischen Traumata bekannt. Wir sehen darin eine Behandlungsoption, die bei gezielter Anwendung nach Ausschluss von Infektionen und relevanten Durchblutungsstörungen (inkl. Mikrozirkulation) und bei guter Compliance des Anwenders sehr gute Ergebnisse erzielen kann und Verwendung finden sollte.

#### Korrespondenz

Dr. med. univ. Maria K. Schmelzer  
Klinik für Chirurgie  
Spital Oberengadin  
Via Nuova 3  
CH-7503 Samedan  
katharina[at]schmelzer.ws

#### Informed Consent

Ein schriftlicher Informed Consent zur Publikation liegt vor.



Dr. med. univ. (AT) Maria K. Schmelzer  
Klinik für Chirurgie, Spital Oberengadin,  
Samedan

## Das Wichtigste für die Praxis

- Aufwärmen in warmem Wasser (37–39 °C) mit antiseptischem Zusatz, bis die Haut rot/violett ist.
- Supportive Massnahmen: antibiotische Absicherung nur bei zusätzlichem signifikantem Trauma oder infiziertem Gewebe; Tetanusauffrischung bei fehlendem Impfschutz.
- Weichteilmanagement: Eröffnen grosser milchiger/klarer Blasen, Belassen von intakten und hämorrhagischen Blasen; steriler, gut polsternder, trockener Verband (bei offenen Wunden antibakterielle Wundauflagen); Schienung und/oder Entlastung zum Schutz; Beobachten von Reperfusionsoedemen.
- Analgesie und antiphlogistische Therapie (Ibuprofen, ggf. Acetylsalicylsäure)
- Zeitnahe Überweisung schwerer Fälle in Verbrennungszentren; bei weniger schweren Fällen Abwarten der Demarkierung für ein definitives Debridement, dabei regelmässige Wundkontrollen und Verbandswechsel mit Auflage silberbasierter Schaumstoffe; semiokklusive Folienverbände als Option zur Defektdeckung nach dem Debridement [1–3].

#### Disclosure Statement

Die Autorin und die Autoren haben deklariert, keine potentiellen Interessenskonflikte zu haben.

#### Literatur

- 1 Sachs C, Lehnhardt M, Daigeler A, Goertz O. The triaging and treatment of cold-induced injuries. *Dtsch Arztebl Int.* 2015;112(44):741–7.
- 2 McIntosh SE, Freer L, Grissom CK, Auerbach PS, Rodway GW, Cochran A, et al. Wilderness Medical Society clinical practice guidelines for the prevention and treatment of frostbite: 2019 Update. *Wilderness Environ Med.* 2019;30(4S):S19–32.
- 3 Lindford A, Valtonen J, Hult M, Kavola H, Lappalainen K, Lassila R, et al. The evolution of the Helsinki frostbite management protocol. *Burns.* 2017;43(7):1455–63.
- 4 Boudard J, Loisel F, El Rifaï S, Feuvrier D, Obert L, Pluvy I. Fingertip amputations treated with occlusive dressings. *Hand Surg Rehabil.* 2019;38(4):257–61.
- 5 Prommersberger KJ, van Schoonhoven J, Lanz U. Behandlung drittgradiger Fingerkuppenerfrierungen eines Bergsteigers mit Semiokklusivverbänden. *Handchir Mikrochir Plast Chir.* 2001;33(2):95–100.

# Seminare / Séminaires

## 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)

**K04**, Donnerstag, 7. September 2023, 09.00 – 16.30 Uhr, **Zürich, Volkshaus**

**K05**, Donnerstag, 2. November 2023, 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 vor-sorgeplanerischen 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 Grundstückgewinnsteuer)

**K09**, Donnerstag, 14. September 2023, 13.30 – 18.00 Uhr, **Zürich, Volkshaus**

**K10**, Donnerstag, 9. November 2023, 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.)

**K15**, Donnerstag, 16. November 2023, 13.15 – 17.45 Uhr **Oltten, Stadttheater Oltten**

## Healthcare Marketing für Ärzte/-innen sowie Fach- & Führungskräfte aus dem Gesundheitswesen

**Zielgruppe:** Ärztinnen und Ärzte, die vor einer Einzel- oder Gruppenpraxisgründung stehen, eine Praxisübernahme planen oder ihre Praxis unternehmerischer betreiben möchten. Führungskräfte in medizinischen Organisationen.

### Themen

- Verändertes Umfeld: Gesundheitsmarktsituation und Trends
- Marketing heisst gesehen werden: Wofür steht meine Praxis? Wie definiere ich mich?
- Einführung ins Branding: Je besser die Analyse desto treffsicherer die strategische Positionierung
- Juristische Hürden: Nach welchen rechtlichen Grundlagen richtet sich die ärztliche Werbung?
- Kommunikationsplanung: In welchen Medien und auf welchen Werbeträgern sollen wir kommunizieren?
- Erfolgreiche Praxisbeispiele

**K62**, Freitag, 15. September 2023, 14.00 – 17.00 Uhr, **Webinar**

## Digital Marketing – Social Media & Co.

**Zielgruppe:** Ärztinnen und Ärzte, die vor einer Einzel- oder Gruppenpraxisgründung stehen, eine Praxisübernahme planen oder ihre Praxis unternehmerischer betreiben möchten. Führungskräfte in medizinischen Organisationen. Mitarbeitende von Marketing und Kommunikationsabteilungen von Spitälern, Kliniken und Heimen. Und alle anderen an diesem Thema Interessierten.

### Themen

- Einführung in das digitale Marketing: Welche Medientypen gibt es?
- Go Digital: Stellenwert des digitalen Marketings und aktuelle Trends
- Suchmaschinenmarketing: Instrumente wie SEO und SEA verstehen
- Social Media Marketing: Die richtige Wahl von Kanal und Content- Praxisadministration (Leistungserfassungs- und Abrechnungssysteme)
- Kritische Würdigung: Chancen & Risiken des digitalen Marketings
- Rechtliche Vorgaben: Nach welchen rechtlichen Rahmenbedingungen richtet sich die ärztliche Onlinewerbung?
- Online Marketing Strategie: Wie entwickle ich eine digitale Strategie?
- Erfolgreiche Praxisbeispiele
- Offener Austausch

**K64**, Donnerstag, 28. September 2023, 16.00 – 17.30 Uhr, **Webinar**

## 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** (gestion d'un cabinet, facturation)
- **Assurances** (questions d'assurances et de prévoyance)

**K22**, Jeudi, 7 septembre 2023, 09.00 – 17.30 h, **Lausanne, Hôtel Alpha Palmiers**

**K23**, Jeudi, 2 novembre 2023, 09.00 – 17.30 h, **Genève, Crowne Plaza**

## 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)

**K25**, Jeudi, 16 novembre 2023, 13.30 – 18.30 h, **Genève, Crowne Plaza**

Anmeldung/  
Inscription/

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



**Einkauf**

| Einfach  
Zeit und Geld  
sparen

bis 25%  
Rabatt

Der Einkaufsort für Ärzte und Praxen  
**Medikamente, medizinische Geräte,  
medizinisches Verbrauchsmaterial etc.  
zum Spezialtarif**

- Sonderkonditionen bei Vertragslieferanten
- Verlängerte Zahlungsfristen und Sammelrechnung
- Direktbestellung bei zahlreichen Vertragslieferanten

**CONSULTING**

**FMH Consulting Services AG**  
Burghöhe 1  
6208 Oberkirch  
Tel. 041 244 60 60  
mail@fmhconsulting.ch  
www.fmhconsulting.ch





© Jos Schmid, Zürich

Die durchschnittliche Lebenserwartung liegt in der Schweiz bei über achtzig Jahren.

# Lebensqualität bei Demenz

**Individualität** Den Menschen mit Demenz ein gutes Leben zu ermöglichen, ist eine gesellschaftliche und wissenschaftliche Priorität. Was verstehen wir jedoch heute unter Lebensqualität und was benötigt es, um Lebensqualität bei Menschen mit Demenz ressourcenorientiert und individualisiert zu erfassen?

Dr. phil., betr. oec. Sandra Oppikofer

**E**ine gute Lebensqualität ist in den letzten Jahren zu einem Schlüsselbegriff für die Gesundheitsversorgung geworden. Ältere Menschen unterscheiden sich jedoch stark in ihren Vorstellungen eines guten und qualitätsvollen Lebens. So zeigen qualitative Studien, dass ältere Menschen unter Lebensqualität nicht nur Gesundheit, sondern vor allem auch Familie, soziale Kontakte und Teilhabe, Aktivität, Spiritualität und vieles mehr verstehen [1, 2]. Bei aller Uneinigkeit darüber, was Lebensqualität beinhaltet, ist man sich heute darüber einig, dass Lebensqualität ein multidimensionales, ganzheitliches Konstrukt darstellt, welches interdisziplinär und aus verschiedenen Perspektiven betrachtet werden muss.

## Gesundes Altern

2021 hat die WHO die Dekade des gesunden Alterns ausgerufen und dabei ein neues Gesundheitsverständnis vorgeschlagen [3]. Gesundes Altern ist dabei nicht durch eine bestimmte Schwelle der Funktionsfähigkeit oder Gesundheit definiert. Es geht vielmehr darum, ein Umfeld und Möglichkeiten zu schaffen, die es den Menschen ermögli-

## Für Sie zusammengefasst von der:

Nationalen Demenzkonferenz | 11.05.2023 | Bern

chen, ihr ganzes Leben lang das zu sein und zu tun, was sie persönlich wertschätzen. Jeder Mensch kann in diesem Verständnis gesundes Altern erleben. Das Freisein von Krankheit oder Gebrechen ist dabei keine Voraussetzung. In diesem Verständnis kann auch bei Multimorbidität Lebensqualität erreicht werden.

### Lebensqualität – auch bei Demenz?

In einer umfassenden Studie [4] wurden aus einer Analyse von 198 Lebensqualitätsstudien mit über 37 000 Personen mit Demenz 43 Lebensqualitäts-Faktoren untersucht. Faktoren, welche Beziehungen, soziales Engagement und funktionale Fähigkeiten widerspiegelten, wurden mit einer besseren Lebensqualität in Verbindung gebracht. Faktoren, die hingegen auf eine schlechtere körperliche und geistige Gesundheit (einschliesslich Depressionen und anderer neuropsychiatrischer Symptome) sowie auf ein schlechteres Wohlbefinden der Pflegenden hinweisen, waren mit einer schlechteren Lebensqualität verbunden.

### Messung der Lebensqualität bei Demenz

Mit zunehmender Wichtigkeit der evidenzbasierten klinischen Praxis und der Einbeziehung patientenbezogener Ergebnisse ist die Lebensqualität auch eine wichtige Zielgrösse von Massnahmen im Gesundheits- und Sozialwesen. Um jedoch Aussagen zur Lebensqualität von Menschen mit Demenz zu machen, braucht es Masse, die nicht nur valide und reliabel ist, sondern auch individuell bedeutsam.

Nun gibt es eine grosse Anzahl von demenzspezifischen Lebensqualitätsskalen. Die Wahl dieser Masse hat entscheidende ethische Implikationen, denn die verschiedenen Masse der Lebensqualität spiegeln unterschiedliche grundlegende Ansichten darüber wider, was ein gutes Leben ausmacht. Zudem steht ein Grossteil der derzeit vorhandenen Instrumente in der Kritik, defizitorientiert zu sein und individuelle Sichtweisen kaum oder nicht ausreichend zu berücksichtigen.

### Individualisierte Messmethoden

Es besteht deshalb ein Bedarf an Messmethoden und Instrumenten, welchen ein ressourcenorientiertes und individualisiertes Verständnis von Lebensqualität bei Demenz zu Grunde liegt, so wie dies beispielsweise das Modell des gesunden Alterns der WHO beschreibt. Um die Einschränkungen standardisierter Messverfahren zu umgehen, hat man begonnen, individualisierte Erfassungsinstrumente der Lebensqualität zu entwickeln. Dabei benennen und bewerten etwa die Befragten die für ihre Lebensqualität entscheidenden Bereiche selbst, wie dies beispielsweise im Schedule of Individualized Quality of Life (SEIQOL) gemacht wird [5]. Dieses personalisierte Instrument gibt Personen die Möglichkeit, einerseits bedeutsame Lebensbereiche auszusuchen und andererseits deren Wichtigkeit sowie aktuelle Zufriedenheit mit den Bereichen für sich anzugeben.

Eine andere Möglichkeit der Individualisierung wurde in einer Untersuchung [6] durch sogenannte «Prä-Fragen» eingeführt, um die Bereiche von standardisierten Demenz-Lebensqualitätsinstrumenten zu personalisieren. So zum Beispiel bei den zwei häufig eingesetzten Instrumenten «Dementia Quality of Life» [7] und «Quality of life-

Alzheimers Disease» [8]). Dabei werden Personen gebeten, auf einer visuellen Analogskala anzugeben, wie wichtig einzelne Lebensqualitätsbereiche für ihre eigene Lebensqualität sind.

Mehrere Faktoren wie verhaltensbedingte und nicht kognitive Symptome, aber auch Symptome wie beispielsweise Schwierigkeiten beim abstrakten Denken und Anosognosie können die selbstberichtete Lebensqualität bei Demenz beeinflussen. Diese Einschränkungen können zwar die Bewertungen der an Demenz erkrankten Menschen beeinflussen, doch Einschätzungen der Lebensqualität durch Fremdpersonen wie Ärzte oder Angehörige unterscheiden sich immer von denen der von Demenz betroffenen Person selbst. So zeigen Studien [9], dass pflegende Angehörige die Lebensqualität der Person mit Demenz in der Regel niedriger bewerten als die Menschen mit Demenz selbst. Dies wird auf Faktoren der erlebten Belastung, depressive Stimmung und Projektion zurückgeführt.

Angesichts des subjektiven Charakters der Lebensqualität ist es deshalb wichtig, die Selbsteinschätzungen der Betroffenen einzuholen, wo immer dies möglich ist und die selbstberichtete Lebensqualität so lange wie möglich zu bevorzugen. Ist dies nicht mehr möglich, bieten Beobachtungsinstrumente des Verhaltens und des emotionalen Ausdrucks Alternativen.

### Korrespondenz

sandra.oppikofer[at]zfg.uzh.ch



### Literatur

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



#### Dr. phil. Betr. oec. Sandra Oppikofer

Leitung Entwicklung und Evaluation ZfG und Senior Innovation Development and Partner Manager HLC an der Universität Zürich am Healthy Longevity Center und Zentrum für Gerontologie.

# Lebensqualität und Prävention stehen im Zentrum

**Demenz** Sofort erscheinen in uns Bilder, oft verbunden mit persönlichen Erfahrungen. Demenz ist eine grosse menschliche Herausforderung für die Betroffenen, ihr Umfeld aber auch die gesamte Gesellschaft. Gerade weil keine Heilung möglich ist, rückt die Frage der Lebensqualität von Menschen mit Demenz und die Prävention mit ins Zentrum.

Dr. med. Thomas Steffen

Die Zahlen sind besorgniserregend. In der Schweiz leben gegenwärtig rund 150 000 Menschen mit Demenz. Jährlich kommt es zu 32 200 Neuerkrankungen. Demenz verursacht heute jährlich Kosten in Höhe von rund 11,8 Milliarden Franken. Tendenz dieser Zahlen ist aufgrund der demografischen Entwicklung steigend [1]. Einziger Lichtblick aus epidemiologischer Sicht ist der Rückgang der altersspezifischen Inzidenz, welche in verschiedenen Ländern beobachtet werden kann [2].

Die primären Demenzformen sind bisher leider nicht heilbar. In dieser Situation kommt dem Erhalt einer möglichst guten Lebensqualität und den präventiven Bemühungen eine zentrale Rolle zu. Doch was beinhaltet die Lebensqualität bei Demenz und welche Möglichkeiten hat man hier zur Verfügung neben den pharmakologischen, nicht kurativen Behandlungen?

Lebensqualität ist nach der Weltgesundheitsorganisation (WHO) die subjektive Wahrnehmung einer Person über ihre Stellung im Leben in Relation zur Kultur und den Wertsystemen, in denen sie lebt und in Bezug auf ihre Ziele, Erwartungen, Standards und Anliegen [3]. Wichtig ist daraus die Erkenntnis, dass es keine allgemeingültige Lebensqualität gibt. Vielmehr gibt es verschiedene Aspekte, welche die jeweilige Lebensqualität prägen und ausmachen [4]. So sind denn auch gemäss den medizin-ethischen Richtlinien der Schweizerischen Akademie der Medizinischen Wissenschaften (SAMW) die «Betreuung und Behandlung von Menschen mit Demenz» [5, 6] die folgenden sozialen und gesundheitlichen Lebensbedingungen zentrale Voraussetzung für eine gute Lebensqualität von Menschen mit Demenz:

- körperliche Gesundheit
- Unabhängigkeit
- soziale Teilhabe
- sinngebende Alltagsgestaltung
- Erfahren von Respekt und Wertschätzung
- Möglichkeit zum Ausüben von Alltagsaktivitäten
- gute Wohnbedingungen

Dabei ändern die Bedürfnisse im Verlauf der Demenzerkrankung. So stehen in der frühen Phase die Auseinandersetzung mit der Krankheit und die gezielte Unterstützung bei der selbständigen Lebensführung im Vordergrund. Im weiteren Verlauf wird die Unterstützung im täglichen Leben immer wichtiger. Bei schwerer Demenz wird beispielsweise die Teilhabe an pflegerischen Handlungen immer bedeutender, weil dadurch nicht nur die Funktionalität, sondern auch die individuellen Bedürfnisse berücksichtigt werden [5].

Aufgrund der abnehmenden Fähigkeit zur selbständigen Gestaltung des eigenen Lebens kommt der Betreuungs- und Behandlungsqualität eine entscheidende Rolle zu. Hier hat erfreulicherweise gerade auch bei den nichtmedikamentösen Therapien in den letzten Jahrzehnten eine breite Entwicklung hin zu einem ganzheitlichen Betreuungsangebot stattgefunden. So sind heute medizinische Therapien wie Ergotherapie, Logopädie, Physiotherapie oder Neuropsychologie, aber auch nichtmedizinische Leistungen wie zum Beispiel die Musiktherapie wichtige, mögliche Bestandteile einer ganzheitlichen Patientenbetreuung geworden. Auch zeigen Studien zum gezielten Erlernen und Trainieren von kognitiven Strategien günstige Effekte [7].

Die Lebensqualität kann demnach bei einem an Demenz erkrankten Menschen gezielt verbessert werden. Wie steht es aber bei Thema Demenz mit der Prävention? Häufig herrscht hier in der Bevölkerung noch immer das falsche Bild vor, dass keine präventiven Möglichkeiten bestehen. Dies stimmt nicht. Heute sind rund ein Dutzend Risikofaktoren für eine Demenzentwicklung bekannt.

## Für Sie zusammengefasst von der:

Nationalen Demenzkonferenz 2023 | 11.05.2023  
Kongresszentrum Kreuz in Bern

Dazu gehören eine geringere Bildung, Bluthochdruck, Hörminderung, Rauchen, Adipositas, Depression, Bewegungsmangel, Diabetes und eingeschränkte soziale Kontakte. Neuere Belege weisen darauf hin, dass übermässiger Alkoholkonsum, Schädel-Hirn-Trauma und Luftverschmutzung mit zu den Risikofaktoren zählen [2].

Diese Risikofaktoren dürften für etwa 40% der Demenzerkrankungen verantwortlich sein und können demnach mit präventiven Massnahmen verhindert oder verzögert werden. Mit Blick auf die verschiedenen Risikofaktoren wird klar, dass sich auch hier eine lebenslange Prävention lohnt.

Mit Prävention kann ein wesentlicher Beitrag zur Eindämmung der Kosten bedingt durch die Zunahme von Demenzerkrankungen geleistet werden, was sich schon heute im Rückgang der altersspezifischen Inzidenz der Demenz zeigt. Diese erheblichen Kosten fallen nicht nur im Gesundheitswesen, sondern in grossem Umfang auch im Sozialbereich bei betreuenden Angehörigen, in Gemeinden und Kantonen und bei der Alters- und Hinterlassenenversicherung (AHV) an [8].

### Fazit

Die Frage rund um die Lebensqualität bei Menschen mit Demenz und die Möglichkeiten der Prävention werden immer noch unterschätzt. Es lohnt sich deshalb schon früh, in der ärztlichen Beratung auch den Nutzen eines gesun-

den, aktiven Lebensstils zur Demenzprävention hervorzuheben. Patientinnen und Patienten jeden Alters, die rauchen, schlecht hören, sich wenig bewegen, an Bluthochdruck oder Übergewicht leiden, sollten spezifisch auf das erhöhte Risiko für eine Demenz in der ärztlichen Praxis hingewiesen werden. Für Prävention ist es nie zu früh oder zu spät.

### Korrespondenz

thomas.steffen[at]public-health.ch



### Literatur

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



#### Dr. med. Thomas Steffen

Facharzt für Prävention und Public Health. Präsident von Public Health Schweiz und Stiftung Patientensicherheit Schweiz.

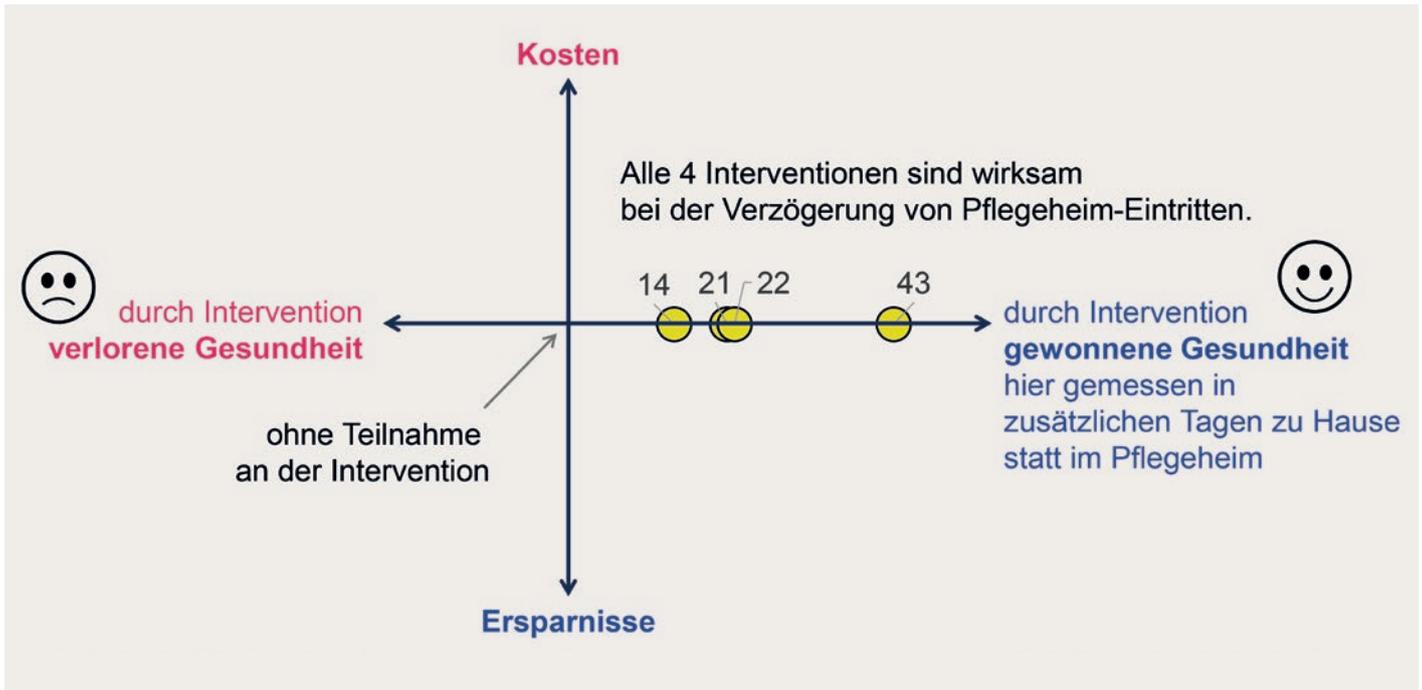


Abbildung 1: Wirksamkeit von vier nicht-medikamentösen Interventionen im Kosten-Wirksamkeits-Diagramm

# Wirtschaftlichkeit nicht-medikamentöser Interventionen bei Demenz

**Kostenmessung** Alle Behandlungen, die von der Krankenversicherung übernommen werden, müssen wirksam und wirtschaftlich sein. Bei Menschen mit Demenz sind nicht-medikamentöse Interventionen oft die einzige Möglichkeit zur Verbesserung der Lebensqualität. Was braucht es, um ihre Wirtschaftlichkeit zu zeigen?

Prof. Dr. oec. publ. Simon Wieser

**B**isher gibt es keine krankheits-verändernden Behandlungen für Demenz. Die vorhandenen Medikamente können den Verlauf zwar manchmal verlangsamen, jedoch nicht stoppen. Die neuen Medikamente konnten bisher kaum überzeugen. Deshalb sind nicht-medikamentöse Interventionen meist die einzige Option.

Gemäss Krankenversicherungsgesetz müssen Behandlungen, deren Kosten von der obligatorischen Krankenversicherung übernommen werden sollen, drei Kriterien erfüllen: Sie müssen *wirksam* sein, also nachgewiesen die Gesundheit verbessern oder Leid lindern. Sie müssen

*zweckmässig* sein, sich also für die Behandlung des spezifischen Patienten oder der spezifischen Patientin eignen. Und sie müssen *wirtschaftlich* sein, also ein angemessenes Kosten-Nutzen-Verhältnis aufweisen. Dieses Prinzip gilt

## Für Sie zusammengefasst von der:

Nationalen Demenzkonferenz 2023 | 11.05.2023  
Kongresszentrum Kreuz in Bern

sowohl für Medikamente wie für die Pflege zu Hause oder beispielsweise die Ergotherapie.

Aber was ist ein angemessenes Kosten-Nutzen-Verhältnis? Um diese Frage zu beantworten, gilt es zu verstehen, was der Nutzen und die Kosten einer Behandlung sind und wie man diese messen kann. Bei Demenz ist die Beurteilung von Nutzen und Kosten besonders schwierig.

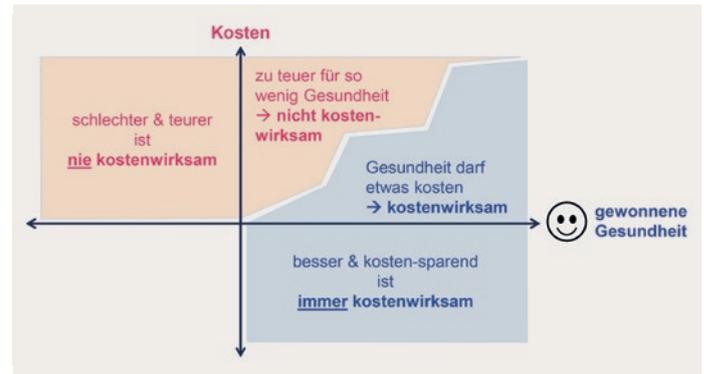
Bei den Kosten sollten nicht nur die Kosten der neuen Behandlung, sondern auch andere und möglicherweise vermiedene Kosten berücksichtigt werden. Die höchsten Kosten von Demenz entstehen oft im Pflegeheim. Diese Kosten fallen zu einem grossen Teil nicht bei der Krankenversicherung, sondern bei den Gemeinden, Kantonen und der AHV an. Die betreuenden Angehörigen sind besonders stark betroffen und tragen neben der psychischen Belastung auch ein erhöhtes Krankheitsrisiko und die finanzielle Last. Gemäss einer internationalen Gruppe von Expertinnen und Experten in der gesundheitsökonomischen Evaluation von Demenzbehandlungen sollten die Kosten der Angehörigen bei der Entscheidung zur Kostenübernahme immer berücksichtigt werden [1].

Der Nutzen einer erfolgreichen Behandlung von Menschen mit Demenz liegt meist in der Verbesserung der Lebensqualität. In gesundheitsökonomischen Evaluationen wird diese mit standardisierten Instrumenten wie beispielsweise Befragungen der Betroffenen gemessen. Gerade bei fortgeschrittener Erkrankung kann es aber sehr schwierig sein, die Betroffenen zu ihrer Lebensqualität zu befragen. Deshalb werden oft nicht die Menschen mit Demenz, sondern ihre Betreuenden befragt. Die Lebensqualitäts-Gewichte weisen auf eine stark abnehmende Lebensqualität bei fortschreitender Demenz hin. Gemäss einer aktuellen Studie sinkt die Lebensqualität von 80% bei leichter kognitiver Beeinträchtigung auf 25% bei schwerer Demenz im Pflegeheim (100% entspricht einem Zustand in voller Gesundheit) [2].

Bei der Beurteilung der Wirtschaftlichkeit einer nicht-medikamentösen Behandlung gilt es, wie bei einem Medikament, die Kosten und den Nutzen der Behandlung zu vergleichen. Zur Illustration dient hier das Beispiel einer aktuellen US-amerikanischen Studie zu vier nicht-medikamentösen Interventionen [3]. Sie misst die Wirksamkeit der Intervention in zusätzlich «gewonnenen» Tagen zu Hause statt im Pflegeheim, im Unterschied zur Vergleichsgruppe von Menschen mit Demenz, die in der Zufallsauswahl nicht in Interventionen eingeschlossen wurden.

Abbildung 1 zeigt die Wirksamkeit der vier Interventionen im Kosten-Wirksamkeits-Diagramm. Das Diagramm besteht aus einer horizontalen Wirksamkeitsachse und einer vertikalen Kostenachse. Die Achsen schneiden sich bei der Situation der Vergleichsgruppe, die nicht an der Intervention teilgenommen hat. Die Abstände vom Achsenschnittpunkt stellen also die Differenz der Wirksamkeit bzw. der Kosten zur Vergleichsgruppe dar. Die vier Punkte rechts vom Achsenschnittpunkt auf der Wirksamkeitsachse zeigen, dass alle vier Interventionen zu einer Verzögerung von Pflegeheim-Eintritten geführt haben. Je nach Intervention lag die Verzögerung bei zwischen durchschnittlich 14 und 43 Tagen.

Für die Beurteilung der Wirtschaftlichkeit sind zusätzlich Informationen zu den Kosten bzw. den Ersparnissen durch die Intervention nötig. Obwohl die Interventionen mit Kosten verbunden sind, können sie, wenn sie andere



**Abbildung 2:** Verschiedene Kombinationen von Wirtschaftlichkeit im Kosten-Wirksamkeits-Diagramm

Kosten vermeiden, zu Ersparnissen führen. In diesem Fall zum Beispiel durch die Vermeidung der Kosten des Aufenthalts im Pflegeheim. Die Kosten im Diagramm entsprechen also den Netto-Kosten.

Abbildung 2 stellt die Wirtschaftlichkeit in verschiedenen Kombinationen von Kosten und Wirksamkeit im Kosten-Wirksamkeits-Diagramm dar. Der Begriff «wirtschaftlich» wird hier mit den in gesundheitsökonomischen Evaluationen verwendeten Begriffen «kostenwirksam» oder «kostensparend» ersetzt. Interventionen, die nicht wirken und Kosten verursachen, sind nie wirtschaftlich, während solche, die wirksam sind und Kosten sparen, immer wirtschaftlich sind. Schwieriger ist die Beurteilung der Wirtschaftlichkeit, wenn die Intervention wirksam ist und höhere Kosten verursacht. Interventionen, die sehr wirksam sind und wenig kosten, sind ziemlich sicher wirtschaftlich, denn Gesundheit darf ja durchaus etwas kosten. Interventionen, die hingegen kaum wirken und viel kosten, sind kaum wirtschaftlich. Wo genau hier die Grenze zwischen wirtschaftlich und nicht-wirtschaftlich ist, ist eine der grossen Fragen im Gesundheitswesen.

Bei der Wirtschaftlichkeit der vier Interventionen unterscheiden sich die Ergebnisse je nachdem, ob die Kosten der Angehörigen berücksichtigt werden oder nicht. Ohne die Kosten der Angehörigen waren drei der Interventionen kostenwirksam und eine Intervention war kostensparend. Mit den Kosten der Angehörigen waren alle vier Interventionen kostensparend.

**Korrespondenz**  
wiso[at]zhaw.ch



#### Literatur

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



**Prof. Dr. oec. publ. Simon Wieser**  
Institutsleiter am Winterthurer Institut für Gesundheitsökonomie ZHAW.

# Neue Strategie gegen Blutkrebs

**Pharmakoskopie** Umfassende Tumoranalysen bilden die Grundlage für die Präzisionsmedizin in der Onkologie. Mit einer vollautomatisierten Plattform können ETH-Forschende neu Hunderte Wirkstoffe gegen Krebs gleichzeitig testen. Die Pharmakoskopie zeigt auf, welche Behandlung individuell am wirksamsten ist.

Leonie Dolder

**D**as Multiple Myelom ist eine eher seltene Krebsart. Es gehört jedoch zu den häufigsten Tumoren des Knochenmarks und des blutbildenden Systems. Trotz Behandlung kehrt der Tumor häufig wieder, denn die Krebszellen werden oft resistent gegen die Medikamente. Nach mehreren Behandlungsrunden steht nicht selten keine wirksame Therapie mehr zur Verfügung. Umso wichtiger ist es, neue Wirkstoffe zu finden. Prof. Dr. Berend Snijder, Professor für molekulare Systembiologie an der ETH Zürich, testet mit seinem Team auf einer eigens entwickelten Test-Plattform verschiedene Behandlungsmethoden. Eine von ihm geleitete Studie wurde soeben in der Fachzeitschrift *Nature Cancer* veröffentlicht [1].

**Berend Snijder hat die Pharmakoskopie für die Behandlung von Blutkrebs etabliert. Seither hat er sie auf andere Krebsarten erweitert.**

## Einzelne Zellen bestimmen Therapie

Der Molekularbiologe hat mit seinem Team 138 Knochenmarkbiopsien von 89 Myelom-Erkrankten untersucht. Dies betraf Gewebeproben aus allen Krankheitsstadien. Die Forschenden nutzen in der Studie die Pharmakoskopie, welche Berend Snijder eigens dafür entwickelt hat: Mehrere hundert verschiedene Krebsmedikamente und Kombinationen davon können dabei auf einer Platte mit 384 Vertiefungen in einem Durchgang gleichzeitig untersucht werden.

Daraus, wie die Zellen reagieren, leiten die Forschenden ab, bei welchem Betroffenen welche Behandlung am meisten Erfolg verspricht. «Wenn wir eine Knochenmarkbiopsie erhalten, sind darin sowohl gesunde Blutzellen wie auch Krebszellen zu finden. Um die beste Behandlung zu bestimmen,

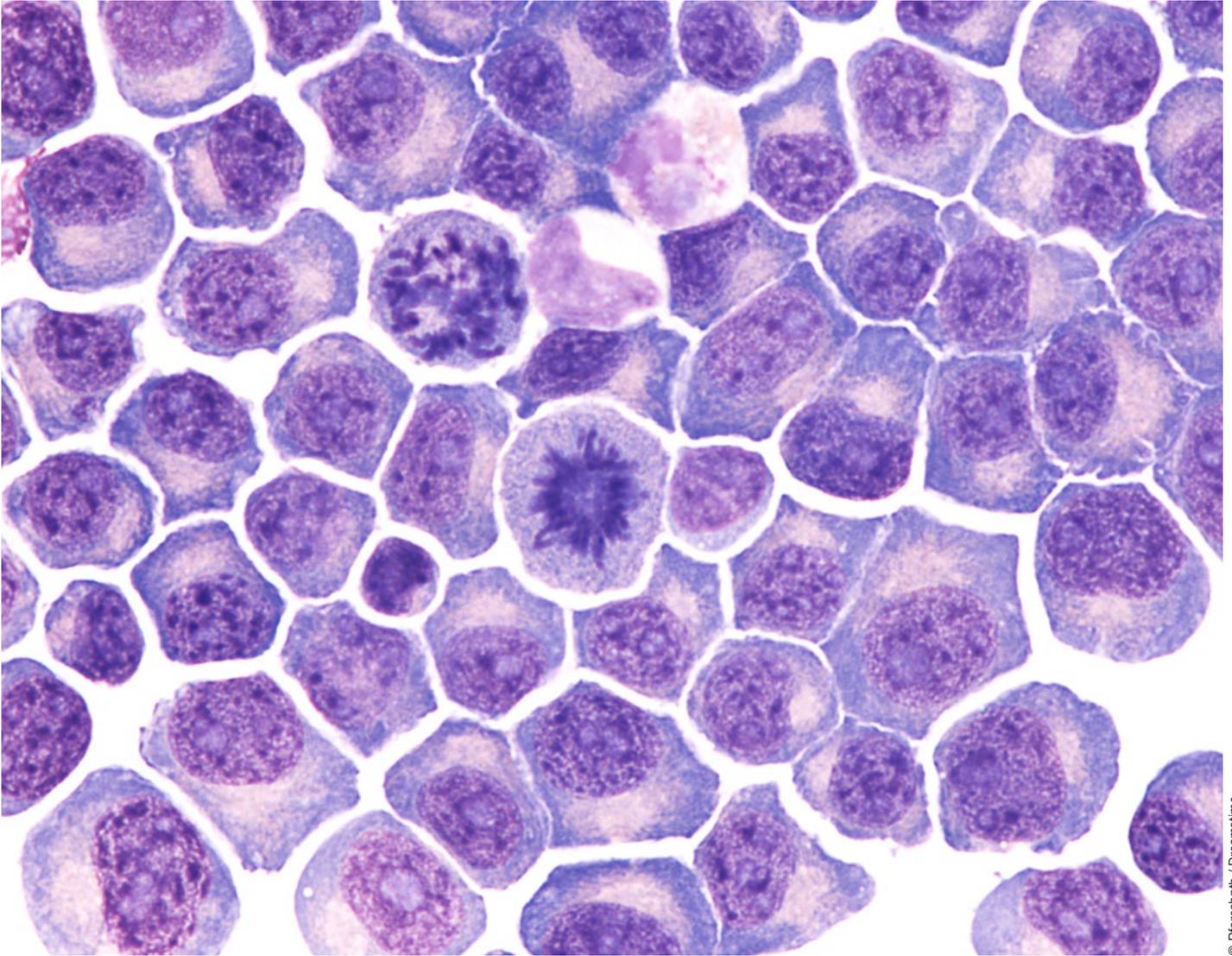
testen wir mehrere Medikamente gleichzeitig, und schauen, welche dieser Behandlungen die Krebszellen eliminiert, aber die gesunden Zellen nicht beeinträchtigt,» so Berend Snijder. Beim weitgehend automatisierten Ablauf wertet das System die Reaktion jeder einzelnen Zelle aus – nach 24 Stunden liegt das Resultat vor.

**Daraus, wie die Zellen reagieren, leiten die Forschenden ab, bei welchem Betroffenen welche Behandlung am meisten Erfolg verspricht.**

## Beispiel für personalisierte Medizin

Berend Snijder hat die Pharmakoskopie zuerst für die Behandlung von Blutkrebs, unter anderem für Leukämie und das Multiple Myelom, etabliert. Seither hat er sie auch auf andere Krebsarten erfolgreich erweitert. Dies sei möglich, so Snijder, weil sie die Methode so weiterentwickelt haben, dass sie verschiedenste Arten von Krebsmaterial, einschliesslich Blut, Biopsien und Resektionen, verwenden können. «Unsere Vision ist es, die Pharmakoskopie in die Klinik zu bringen, um dadurch routinemässig funktionelle Tests zur anschliessend optimalen Behandlung einzusetzen.» Dies würde in einer personalisierten Behandlung der Betroffenen resultieren und damit hoffentlich deren Krankheitsverlauf verbessern. Um die Plattform für die klinische Routine zur Verfügung zu stellen, müssen er und sein Team nun die notwendigen Zertifikate für deren klinischen Einsatz erhalten.

Prof. Dr. med. Adrian Ochsenbein, Direktor und Chefarzt der Universitätsklinik für Medizinische Onkologie am Inselspital Bern, war nicht an der Studie beteiligt. Als unabhängiger Experte sagt er: «Personalisierte Medizin ist gerade



© Floreshpith / Dreamstime

Die Datenmenge macht's: Berend Snijder und sein Team haben für ihre Plattform 138 Knochenmarkbiopsien von Myelom-Erkrankten untersucht.

in der Onkologie sehr wichtig, um die Wirksamkeit zu erhöhen und unnötige Nebenwirkungen zu vermeiden. Die Analyse der Gene des Tumors, der Tumorproteine und des Metaboloms sowie in vitro drug testing werden in Zukunft helfen, die bestmögliche Therapie zu bestimmen. Allerdings müssen all diese Methoden in einer klinischen Studie getestet werden, bevor sie bei Patientinnen und Patienten Anwendung finden können.»

### **In Zukunft wird es wichtig sein, dass man die verschiedenen Aspekte der Tumor-Biologie berücksichtigt.**

#### **Individuelle Eigenschaften als Fokus**

Neue Resultate in der Krebsforschung zeigen deutlich, dass keine zwei Tumoren gleich sind [2]. Dies muss sich auch in deren Behandlung widerspiegeln, sind sich beide Experten einig. Verschiedene Formen der personalisierten Medizin, etwa aufgrund der Genetik, beeinflussen bereits heute den Krankheitsverlauf positiv. In Zukunft wird es wichtig sein,

dass man die verschiedenen Aspekte der Tumor-Biologie berücksichtigt – unter anderem die genetischen Komponenten und den zellulären Aufbau des Tumors. Aufschlussreich ist aber auch, wie Tumorzellen auf Medikamente reagieren. Berend Snijder glaubt, dass dabei funktionelle Methoden wie die Pharmakoskopie eine wichtige Rolle spielen werden. Denn sie versuchen, genau diese verschiedenen Aspekte in Betracht zu ziehen. Der Experte und sein Team arbeiten daran, die Plattform weiterzuentwickeln, um auch solide Tumore wie beispielsweise Melanome und Dickdarmkrebs untersuchen zu können.



#### **Literatur**

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

# Helene Kloss – die erste Prosektorin der Schweiz

**Unvergessen** Sie erlebte zwei Weltkriege und die spanische Grippe: Helene Kloss legte eine beeindruckende Karriere hin. Trotz widriger Umstände wurde sie zur ersten Prosektorin der Schweiz und leitete als eine der ersten Chefärztinnen das Institut für Pathologie des Kantonsspitals in Luzern.

Iris Ritzmann, Eberhard Wolff

**E**s war eine Männerwelt, in die Helene Kloss 1887 geboren wurde. Die Enkelin eines politischen Flüchtlings aus Polen war eine ausgezeichnete Schülerin. Als solche durfte Helene mit sechs Jahren das Knabengymnasium Bern besuchen. Das war alles andere als selbstverständlich, waren doch erst seit kurzer Zeit Mädchen zugelassen. Nachdem Helene Kloss die Matura als Klassenbeste bestanden hatte, studierte sie Medizin an den Universitäten Bern und Zürich – als eine der noch immer raren Studentinnen.

## Nachdem Helene Kloss die Matura als Klassenbeste bestanden hatte, studierte sie Medizin an den Universitäten Bern und Zürich.

Ihre erste Stelle nahm sie im Herbst 1912 als Volontärassistentin am Pathologischen Institut der Universität Bonn an, erlernte logisches Vorgehen und genaues Arbeiten und verfasste ihre Dissertation. Das Fach Pathologie war damals eine Leitdisziplin der modernen Medizin [1].

### Das Elend des Ersten Weltkriegs

Als frischgebackene «Frau Doktor» wechselte Helene Kloss an das Pathologische Institut der Berliner Charité, damals die weltweit grösste und bekannteste pathologische Institution.

Mit Beginn des Ersten Weltkriegs veränderte sich die Situation in Deutschland abrupt. Während deutsche Männer aus umliegenden Ländern kriegsbegeistert heimkehrten, reiste Kloss – und mit ihr zahlreiche andere Auslandschweizerinnen und -schweizer – noch im August 1914 in die Schweiz zurück. Erfolgreich bewarb sie sich auf eine Stelle am Pathologischen Institut der Universität Lausanne. Sie nahm nicht nur die Stelle der ersten Assistentin ein, sondern vertrat den deutschen Chefarzt Hermann Beitzke, der zum Militärdienst nach Deutschland musste. Da sie als Frau

nicht einberufen werden konnte, war sie eine ideale Kriegsviertelvertretung [1]. Inzwischen hatte Beitzke einen Ruf als Institutsdirektor nach Düsseldorf erhalten, war aber noch im Kriegseinsatz. Auf seine Bitte hin verliess Kloss Lausanne und wirkte ab Frühling 1917 in Düsseldorf als stellvertretende Direktorin. In und ausserhalb des Sektionssaals erlebte sie mitten im Krieg das Elend der deutschen Zivilbevölkerung und der Soldaten mit, und schliesslich – nach Beitzkes Rückkehr – die Spanische Grippe. Erst im Herbst 1919 kehrte sie in die Schweiz zurück, aus Heimweh, wie es in einem Empfehlungsschreiben heisst [2]. Sie begab sich vorerst nach Zürich, um sich am Bakteriologischen Institut weiterzubilden.

### Weiblichkeit als Hindernis

Als im November 1919 die Leitung des im selben Jahr gegründeten Bakteriologisch-Pathologischen Instituts in Luzern unerwartet neu besetzt werden sollte, bewarb sie sich. Nur drei Bewerbungen waren eingegangen. «Es ist kaum zweifelhaft», liess der Spitaldirektor den Regierungsrat Ende November 1919 wissen, «dass Fr. Dr. Helene Kloss bezüglich fachlicher Ausbildung und Erfahrung» weit über den beiden Mitbewerbern stehe. Die Entscheidung fiel damals trotzdem schwer. «Ein gewisses Hindernis für die Wahl der Fr. Kloss ist ihre Weiblichkeit», hiess es. Man sei «nicht an weibliche Vertreterinnen gewöhnt». Doch da die Bewerberin als Prosektor nicht «mit dem grossen Publikum» verkehren müsse, positive Berichte über ihren Charakter

## Frauen in der Medizin

Die Porträtserie stellt in lockerer Folge historische weibliche Persönlichkeiten aus dem medizinischen Umfeld der Schweiz vor. Jede dieser Frauen beschritt eigenwillig ihren Weg. Und nicht selten weisen ihre Geschichten erstaunliche Bezüge zur Gegenwart auf.

vorlägen und sie auch bei ihrer persönlichen Vorstellung «durchaus den Eindruck eines ruhigen, bestimmten, klaren und gesetzten Charakters» gemacht habe, wurde Helene Kloss dennoch zur Wahl empfohlen [2]. Noch im Dezember 1919 trat sie als eine der frühen Schweizer Chefärztinnen ihr Amt an.

### Leiterin des Pathologischen Instituts in Luzern

Die Luzerner Einrichtung war schlicht und kam den Bedürfnissen des aufstrebenden Fachs nicht nach. Auch für Helene Kloss war es keine Wunschstelle. Gerne hätte sie an einem Universitätsinstitut geforscht. Doch genauso, wie sich aus damaliger Perspektive das Luzerner Kantonsspital mit ihr als Frau zufriedengeben musste, musste sie sich als Frau mit Luzern begnügen. Sie verzichtete in der Folge auf eigene Publikationen und stürzte sich regelrecht in die Arbeit.

### Genauso, wie sich das Luzerner Kantonsspital mit ihr als Frau zufriedengeben musste, musste sie sich als Frau mit Luzern begnügen.

1922 musste sie sich aus gesundheitlichen Gründen beurlauben lassen und verbrachte einige Monate in einem Lungensanatorium. Gestärkt kam sie zurück und erhob die Arbeit im Institut «zum Pflichtenheft ihres Lebens», wie ihre ehemalige Sekretärin Hedwig Trinkler schildert [1]. Die Arbeitsleistung der Pathologin war enorm. Innerhalb der ersten 16 Jahre ihrer Tätigkeit steigerte ihr Institut die bakteriologischen Untersuchungen auf das Sechsfache, die histologischen gar auf das Zehnfache, während die Zahl der Autopsien auf das Zweieinhalbfache anstieg. Zugleich setzte sich die neue Institutsleiterin energisch für eine zeitgemässe Unterbringung der Pathologie ein. Im Frühling 1933 konnte ein modernes Gebäude bezogen werden, das über neunzig Jahre seinen Zweck erfüllen sollte.

Kaum gab es einen Abend, den Kloss nicht im Sektionsaal oder am Mikroskop verbrachte, auch samstags. Sie war überzeugt, dass «nur äusserste Genauigkeit und Gewissenhaftigkeit des Pathologen» fruchtbringend sein könnten, auch wenn Zeitdruck bestehe [2]. Doch die Arbeit türmte sich, sie kam mit den Untersuchungen und Gutachten nicht mehr nach. Sie formulierte Anträge auf mehr Mitarbeitende, die jedoch von der Finanzdirektion abgelehnt wurden. Für Freizeit, Freundschaften, gar eine eigene Familie war keine Zeit. Ihre kleine Mansarde bewohnte sie als Untermieterin ohne Telefonanschluss. Mehr konnte sie sich nicht leisten. Denn Lohnansprüche stellte sie für sich selbst nicht.

### Der Zweite Weltkrieg hinterlässt Spuren

Es kamen die Jahre des Zweiten Weltkriegs. Hatte Helene Kloss schon zuvor keine Vertretung gehabt, so musste sie jetzt auch noch auf ihre Assistenten verzichten, die zur Landesverteidigung einberufen wurden. Zugleich fielen zusätzliche Aufgaben an: Sektionen von internierten und verunglückten Militärpersonen, komplizierte Gutachten, neue, zeitaufwändige Untersuchungstechniken. Die Rückstände wuchsen weiter und es trafen Reklamationen ein.



Helene Kloss im Jahr 1950.

Helene Kloss machte weiter, hielt durch, bis der Krieg vorbei war. 1946 brach sie zusammen, sie war am Ende ihrer Kräfte. Eine Herzkrankheit wurde diagnostiziert, sie musste ins Spital. Obschon sie ihre Arbeit liebte, bat sie um vorzeitige Entlassung in den Ruhestand. Verbittert und voller Scham zog sie sich immer mehr zurück. Sie schrieb Briefe an die ehemaligen Mitarbeitenden, wollte nicht vergessen werden. Ihre letzten Lebensjahre verbrachte Helene Kloss in der Psychiatrischen Klinik Münsingen, wo sie 1977 verstarb. Erst Aldo Colombi, ehemaliger Leiter der Nephrologie am Kantonsspital in Luzern, rief 2002 die erste Prosektorin wieder in Erinnerung [3].



### Literatur

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

# Wie viel Abfall produzieren wir?

**Nachhaltigkeit** Die sozioökologische Transformation ist alternativlos. Gerade in der Schweiz, wo das Gesundheitswesen einen signifikanten Anteil zum CO<sub>2</sub>-Ausstoss beiträgt. Unser Autor Christian Abshagen schreibt über die Mosaiksteine auf dem Weg zu einem «healthier tomorrow».

Christian Abshagen

*Ich habe Dinge gehört, welche ich zuvor noch nie (in meinem Medizinstudium) gehört habe. Es hat meinen Horizont erweitert und ich konnte viel Neues lernen.»*

Wissen Sie, wie viel Wäsche in Ihrem Spital pro Tag gewaschen wird? Wie steht es um den Wasserverbrauch bei Dialysen und Interventionen wie z. B. Zystoskopen? Kennen Sie die Abfallkategorien und deren Entsorgungswege Ihrer Gesundheitseinrichtung? Welche Mengen Müll fallen bei Ihren Eingriffen an? Gelingt Ihnen die Abschätzung des Energieverbrauchs Ihres medizinischen Geräteparks? Und wie viele Emissionen verursacht Ihre Sprechstundentätigkeit Tag für Tag?

Keine Sorge, auch wiederholtes ratloses Kopfschütteln auf diese Fragen ist nicht ehrenrührig. Das wäre nur desinteressiertes Achselzucken und das Beiseitelegen dieser Kolumne. Denn all die oben genannten Themen sind gesundheitsrelevant und haben zudem eine gewichtige ethische Komponente. Es ist weithin bekannt, dass unser Gesundheitswesen einen signifikanten Anteil der Treibhausgasemissionen der Schweiz verursacht. Andere Umweltfussabdrücke wie der Verbrauch von Frischwasser und Materialressourcen schlagen vermutlich leider noch höher zu Buche [1]. Eine aktuelle Publikation [2] veranschaulicht zudem, wie dramatisch das Ungleichgewicht zwischen Verursachung durch Gesundheitssysteme in Hocheinkommensländern einerseits und der Verwundbarkeit durch die gesundheitlichen Folgeeffekte in Niedrigeinkommensländern andererseits ist.

Und weil jede Veränderung damit beginnt, die Augen zu öffnen und sich bewusst zu werden, kam es zu jenem Zitat am Anfang des Beitrags. Es stammt von einer Person im Masterstudium Humanmedizin, die an der letzten Winter School «Green hospital» der Universität Basel teilgenommen hat. Während einer Woche steigen die Studierenden hierbei in die Maschinerie eines Spitals, erhalten Einblicke in das Energiemanagement, verfolgen Abfall vom Ort der Entstehung bis zur Übergabe an den Entsorger, besuchen Wäscherei und Abwasserreinigungsanlage, betrachten Materialverbräuche aus den Perspektiven von OP, Anästhesie, Einkauf und Sterilisation.

Das alles mit dem Ziel, angehenden Ärztinnen und Ärzten ein besseres Verständnis für die enormen Ressourcenverbräuche zu vermitteln, die mit unserer Diagnostik und Therapie einhergehen, und sie in ihrer Kreativität für innovative, zukunftsfähigere Lösungen zu stimulieren.

Aus genau den gleichen Gründen beginnen erste Fachabteilungen damit, sich mittels sogenannten Waste audits Klarheit darüber zu verschaffen, welche Ressourcen in ihrer Leistungserstellung verkonsumiert werden und welche Abfälle dabei anfallen. Die Ergebnisse fördern Offensichtliches ebenso zu Tage, wie sie überraschende Erkenntnisse bringen. Fast immer finden sich Ansatzpunkte für erste sofortige Veränderungen, die oftmals mit Einsparungen in Kosten und Material einhergehen. Ebenso häufig demaskieren sie schmerzhaft Brüche und Absurditäten in unserem heutigen System.

Selbstredend müssen bei der – nach wissenschaftlichem Konsens [3] – alternativlosen sozialökologischen Transformation mehrere Handlungsebenen zugleich adressiert werden: Die individuelle und die strukturelle, die politische und die wirtschaftliche, die regionale und die globale.

Und so sind die oben ausgeführten Ansätze nur zwei Mosaiksteine auf dem Weg in ein «healthier tomorrow». Das Wunderbare daran jedoch ist, dass sie erlebbar machen, dass das, was man als Individuum beginnt, sehr schnell über das Selbst hinausgeht.

Probieren Sie es doch einmal aus! In Ihrer Abteilung, Ihrer Institution. Und berichten Sie gerne von Ihren Erfahrungen. Vielleicht darf ich sie zu einem späteren Zeitpunkt an dieser Stelle teilen und wir fügen dem Mosaik weitere Steine hinzu.



## Literatur

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



### Dr. Christian Abshagen

Leiter der Fachstelle Nachhaltigkeit am Universitäts-  
spital Basel und Dozent an der Hochschule für Life  
Science FHNW.



© Luca Bartulović

# (Un)bewusst inkompetent



**Stefan Kuster**

Prof. Dr. med., Chefarzt  
Infektiologie/Spitalhygiene,  
Kantonsspital  
St. Gallen, Mitglied Advisory  
Board der Schweizerischen  
Ärztezeitung

Der Dunning-Kruger-Effekt besagt, dass Menschen mit geringer Kompetenz auf einem bestimmten Gebiet dazu neigen, ihr eigenes Können zu überschätzen. Sie sind nicht in der Lage, ihre eigene Unwissenheit oder Inkompetenz zu erkennen, sind also unbewusst inkompetent. «Ja, das gibt's», werden Sie sagen. Schon oft erlebt, gerade in der Medizin. Bei anderen.

Ich schreibe dieses «Zu guter Letzt» vor den grossen Sommerferien – einer Zeit, wo bei vielen die Batterien nur noch halbvoll und die Vorfreude auf etwas Entspannung gross ist. Die Seele baumeln lassen, Neues entdecken, den Bürostuhl loslassen. Sind Sie gut darin, den Alltag und Vergangenes loszulassen? Ich jedenfalls hatte gerade heute eine E-Mail-Ping-Pong-Kommunikation mit einem Kollegen, der schon die erste Nachricht mit «viele Grüsse vom Sandstrand» abgeschlossen hat. Können Sie den Laptop zu Hause lassen, den Praxischat ignorieren oder gar das Telefon mal im Hotelzimmer einschliessen? (Ich gehe nota bene davon aus, dass Sie kein Teenager sind.) Sie werden sagen: «Ja, kein Problem!». Sicher? Was würden aber Ihre Mitarbeitenden oder gar Ihre Angehörigen dazu sagen?

Das Gesundheitswesen ist ein ständiges Loslassen: Der Patient, der von uns geht oder die Patientin, die lieber zu einem anderen Arzt wechselt. Oder veraltete Sichtweisen, die durch neue Erkenntnisse abgelöst werden. Neue Technologien ersetzen Altbewährtes und sollen uns die Arbeit erleichtern. Die junge Auszubildende, die gerne mehr Verantwortung übernehmen möchte oder der Praxischlüssel, der definitiv an die Nachfolgerin übergeben werden kann. Wir alle werden sagen, dass wir in diesen Situationen meist keine Probleme haben, loszulassen. Aber grüsst da nicht vielleicht doch der Dunning-Kruger-Effekt aus der Ferne, vom Sandstrand sozusagen?

Die Kehrseite der Medaille sind dann Situationen, wo wir selbst von anderen verlangen, Altbewährtes loszulassen und in eine andere Richtung aufzubrechen. Und dann mit

Erstaunen feststellen, dass unsere Wünsche oder innovativen Ideen immer wieder bei der «späten Mehrheit» (Neudeutsch: late adopters) und den «Nachzüglern» (sogenannte laggards) am hinteren Ende der Change-Adoption-Kurve auf grosse Skepsis oder gar Ablehnung stossen. «Wir haben es schon immer so gemacht, da muss man nichts ändern» oder: «Dieser Trend geht dann schon wieder vorbei, es lohnt sich nicht, grad auf jeden Zug aufzuspringen!», haben Sie sicher auch schon gehört und sich geärgert, weil Ihre Idee nun wirklich sehr gut und Ihr Anliegen dringlich und berechtigt war. Wann haben Sie aber selbst zuletzt diese Sätze benutzt?

**Das Gesundheitswesen ist ein ständiges Loslassen. Wir alle werden sagen, dass wir damit meist keine Probleme haben.**

Ich wünsche Ihnen, dass es Ihnen mit aufgeladenen Batterien nach den Ferien noch besser gelingt, Dinge loszulassen und Veränderungen anzustossen oder anzunehmen. Riskieren Sie auch im Herbst den Sprung ins kalte Wasser, es ist erfrischend und lohnt sich!

Übrigens: Ich gebe zu, mein Laptop für die Ferien steht schon bereit. Ich habe das immer schon so gemacht. Obwohl das nicht nötig ist, das weiss ich. Nicht, weil meine Frau ihren auch dabei hat und einer ja eigentlich reichen würde. Sondern weil ich ihn wirklich nicht benötige, meinen Kolleginnen und Kollegen an der Klinik sei Dank. Aber nächstes Mal lasse ich ihn zu Hause. Ich kann das mit dem Loslassen. Ganz sicher.