

Synapse

Schwerpunktthema: Politik

- 3 «Die medizinische Forschung erprobt derzeit eine noch nie erlebte globale Zusammenarbeit in rasantem Tempo»
- 5 «Politisch bläst uns aus Bundesbern ein rauer Wind entgegen»
- 8 Ärztinnen und Ärzte im Einsatz für eine gesunde Umwelt und gesunde Menschen
- 9 Digitalisierung des ambulanten Gesundheitswesens – Fortschritte dank Corona?
- 11 Zielvorgaben und Erstberatungsstellen sind die falschen Ansätze
- 13 «Brücken bauen ist eines der inneren Themen meines Lebens»
- 16 Nachhaltige (Gesundheits-)Politik?
- 16 «SomPsyNet»: Prävention psychosozialer Belastungsfolgen in der Somatik

Das offizielle Kommunikationsorgan der Ärztesgesellschaft Baselland und der Medizinischen Gesellschaft Basel

Die Synapse finden Sie auch unter:
www.synapse-online.ch

Editorial



Tobias Eichenberger

Liebe Kolleginnen und Kollegen

Nicht ganz einfach, in diesen Zeiten ein Editorial zu schreiben.

Vieles geht uns derzeit durch den Kopf. Die Bevölkerung leidet unter den immer wieder verordneten Massnahmen und ist wie auch viele von uns «coronamüde». Viele Branchen bangen um ihre Existenz, Verschwörungstheorien und Skepsis haben Aufwind, und die diversen Virus-Mutationen bereiten uns – nicht ganz überraschend – Sorge.

Darüber geht fast vergessen, dass unser Gesundheitswesen auch noch anderen Gefahren ausgesetzt ist. Die fortgesetzte Ökonomisierung entmenschlicht zusehends unsere Medizin, und dabei möchten wir doch nur eines: Ärztinnen und Ärzte sein, für unsere Patientinnen und Patienten «da» sein.

Vielleicht bietet die aktuelle Covid-Krise aber auch Chancen. Wir werden uns zunehmend bewusst, dass vieles gar nicht so selbstverständlich ist, Werte verschieben sich, die Gesundheit rückt wieder mehr in den Vordergrund, und wir rücken (hoffentlich) – trotz Social Distancing – näher zusammen.

Die vorliegende Ausgabe beschäftigt sich schwerpunktmässig mit «der Politik» und enthält eine breite Palette von Einzelthemen dazu – wie Corona-Impfung, Umweltschutz, Digitalisierung, Sparmassnahmen – und zwei Interviews im Zusammenhang mit dem neu gewählten Zentralvorstand der FMH.

Die Redaktion der *Synapse* wünscht Ihnen eine kurzweilige Lektüre.

Herzlichst

Dr. med. Tobias Eichenberger

Sagen Sie uns Ihre Meinung

zur Synapse auf: www.synapse-online.ch

oder per Mail an synapse@emh.ch

«Die medizinische Forschung erprobt derzeit eine noch nie erlebte globale Zusammenarbeit in rasantem Tempo»



Wolfgang Kliemann

Jede Beurteilung der sich gerade erneut in Europa und Amerika verstärkt aufbauenden Corona-Pandemie ist eine Zeitkapsel. Seit Mitte Dezember 2020 laufen auf beiden Kontinenten Testversuche für verschiedene Vakzine, für die eine baldige Zulassung bei den Behörden von FDA und in der EU beantragt ist. Die Erwartungen sind gross, um der Pandemie Einhalt zu gebieten. Anthony Fauci, Direktor des National Institute of Allergy and Infectious Diseases, der in den vergangenen Monaten die Trump-Administration beraten hat, ist in gleicher Funktion bereits von President-elect Biden übernommen worden und hat medienwirksam auch hohe Popularität in Europa erreicht, auch in der Schweiz. Auf einer Tagung an der Harvard School of Public Health hat er im Dezember 2020 relativiert: «Wenn gegen Ende 2021 75 bis 80% der Amerikaner geimpft sind, können wir wieder einen Zustand von Normalität erreichen.» Er ergänzte allerdings, dass bei einer niedrigeren Impfbeteiligung von 40 bis 50% es sehr lange dauern könnte, um diesen Schutz aufzubauen. Nur so können wir die schützende Herdenimmunität erreichen. Bis zu diesem Zeitpunkt sind die bisherigen Massnahmen der öffentlichen Gesundheitsdienste, wie das Tragen von Masken und weitere Hygieneregeln, unabdingbar, um die Übertragungsrate unter Kontrolle zu halten. Der Dekan der Harvard Medical School, George Daley, warnte in der gleichen

Konferenz vor zu hohen Erwartungen an die Impfungen, die keine schnelle Lösung des Problems bringen werden, und verwies auf viele Monate mit notwendiger Infektionskontrolle und sozialer Distanz. Er fuhr fort, dass Impf-Kampagnen mit Millionen von Menschen auch Nebenwirkungen auslösen können, die unerwartet sind und hoffentlich nicht bei allen Vakzinen in der Entwicklung auftreten. Die offene Frage bleibt, ob die Impfungen nicht nur die Patienten vor einer schweren Erkrankung mit Todesfolge schützen können, sondern auch die Infektion unterbrechen und damit die Übertragung der Krankheit verhindern. Anthony Fauci sieht die Impfungen nicht als einen Ersatz, sondern als eine Ergänzung der Massnahmen des Öffentlichen Gesundheitswesens. Zeitgleich trüben Besorgnis erregende Meldungen, wie diese aus Australien, die Euphorie über den bevorstehenden Sieg über die Corona-Pandemie. Ein Vakzine-Kandidat der Universität Queensland in Melbourne (CSK LTD) ist definitiv beendet worden, als bei Patienten falsch positive HIV-Tests festgestellt wurden. Bei der Herstellung des Impfstoffes wurde ein HIV-Protein benutzt, das nicht infektiös ist, aber bei den Probanden einen positiven HIV-Test auslöste. Diese kontroversen Meldungen nähren die Impfskepsis der Bevölkerung.

Impfungen in der Medizin

Impfungen sind die erfolgreichste medizinische Massnahme, um Infektionskrankheiten zu verhindern und Menschenleben zu schützen. Die WHO schätzt, dass jährlich zwei bis drei Millionen Leben durch Impfungen gerettet werden. Trotzdem sind in vielen Ländern Impfungen in Misskredit geraten, was eine jetzt geplante Impfstrategie gegen Covid-19 erheblich erschwert. Durch die Impfung soll das Immunsystem einen Schutz gegen eine Infektionskrankheit aufbauen. Impfstoffe enthalten pathogene Erreger in einer abgeschwächten lebenden oder toten Form, oder sie enthalten Bestandteile (Proteine oder abgeschwächte Toxine) dieser Erreger. Erstmals in der Impfstoffentwicklung haben Moderna und Pfizer/BioNtech ein bisher am

Menschen unerprobtes Verfahren mit Messenger-RNA eingesetzt, um im geimpften Körper eine Immunantwort gegen Covid-19 zu induzieren.

Wenn ein genügend grosser Teil einer Bevölkerung gegen einen bestimmten Erreger geimpft wird, kann eine Herdenimmunität erreicht werden, die die Ausbreitung des Erregers im Kollektiv verhindert und auch die restlichen nicht geimpften Personen schützt. Die Pockenimpfung steht am Anfang der erfolgreichen Impfgeschichte, die, obwohl schon vorher praktiziert, von Alfred Jenner 1796 in England erfolgreich entwickelt wurde. Die Erkenntnisse der Kausalität der Infektionskrankheiten im 19. Jahrhundert führte zu einer äusserst erfolgreichen Impfstoff-Forschung und -Entwicklung. Louis Pasteur formulierte die Keimtheorie, Robert Koch erkannte den Milzbranderreger und das Tuberkulose-Bakterium. Emil von Behring und Kitasako entwickelten die passive Impfung gegen Tetanus und Diphtherie. Aber es gab auch tragische Unfälle wie bei der von Jonas Salk und Albert Sabin entwickelten Vakzine gegen Kinderlähmung mit infizierten gelähmten und toten Kindern in den USA.

Immunisierung bedeutet Stimulierung des Immunsystems gegen einen pathogenen Erreger. Die Entwicklung von Impfstoffen erfolgte auf diesem Prinzip. Die meisten Impfstoffe werden prophylaktisch vor einer Infektion verabreicht. Nach der Exposition können für einige Infektionen innerhalb eines kurzen Zeitraums auch noch schützende Immunisierungen durchgeführt werden, wie bei den Pocken oder der Tollwut, hier in Kombination mit spezifischen Hyper-Immunglobulinen als passive Impfung.

An dieser Stelle muss klar gesagt werden, dass jeder Anspruch auf absolute Sicherheit einer Immunisierung eine Illusion ist. Es gibt keine hundertprozentige Sicherheit! Auf diese grundlegende Erkenntnis werden wir noch einmal zurückkommen müssen. Es werden aber an Impfstoffe vor ihrer Zulassung durch das amerikanische FDA und die europäische EMA sehr hohe Anforderungen gestellt. Nach fest geregelten Bedingungen für Tierversuche werden Impfstoffe in drei

Phasen am Menschen geprüft. Nach erfolgreicher Prüfung der Sicherheit und Wirksamkeit in Phase I und II in kleinen Gruppen wird in Phase III an einer sehr viel grösseren Probandenzahl die Wirksamkeit erprobt und das Auftreten von möglichen Nebenwirkungen erfasst. Nach Abschluss der Phase III kann der Hersteller bei den Behörden, FDA in den USA oder EMA in Europa, die Bewilligung für den offiziellen Einsatz des Präparates beantragen. Die Kontrollmechanismen laufen allerdings noch weiter durch Inspizieren der Herstellungsbedingungen und Beobachtung in der Phase IV zur Verträglichkeit bei Tausenden von Patienten, um auch seltene Nebenwirkungen zu erkennen. Einige Impfstoffe enthalten ausser dem spezifischen Antigen ein Adjuvans, einen Stoff wie Aluminiumhydroxid, um die Immunreaktion zu verstärken. In den USA und auch mehreren europäischen Ländern hat die Beteiligung an Immunisierungen stark abgenommen, was in der jeweiligen Bevölkerung zu einer Zunahme von Infektionskrankheiten wie Masern mit erheblichen Nebenwirkungen bei jungen Erwachsenen geführt hat. Angesichts der schwerwiegenden gesundheitlichen Belastung durch die Covid-19-Pandemie, mit allen gesellschaftlichen und wirtschaftlichen Konsequenzen, diskutieren einige Staaten, wie die Bundesrepublik Deutschland, eine Wiedereinführung der gesetzlichen Impfpflicht in Abwägung des öffentlichen und privaten Interesses.

Die Corona-Virus-Situation: USA – Europa – Schweiz

Die USA und Europa durchlebten Mitte Dezember 2020 einen Hochstand an Fällen, Hospitalisierungen und Toten. Die unbekümmerten Reisen von Millionen Menschen über Thanksgiving und Infektionsraten, die täglich über 350 000 lagen, haben besonders im Südwesten Amerikas die Kapazitäten der Spitäler an den Rand der Dekompensation gebracht. Amerika erwartete einen superimponierten Anstieg der Fälle während der Feiertage. Das Gesundheitswesen ist in vielen Staaten an den Rand der Dekompensation geraten. Ähnlich erlebten die Europäer als Folgen der internationalen Reisen während der Sommerferien eine erhebliche Zunahme der Pandemie. Pfizer begann im Vereinigten Königreich mit der Impfung und erhielt Emergency Approval in Kanada. Für die USA entschied das FDA am 11. Dezember 2020 die Emergency-Genehmigung für Pfizer und BioNtech. Für den Impfstoff von Moderna stand

diese Genehmigung unmittelbar bevor und wurde inzwischen erteilt.

Mit Ausnahme der Mittelmeerländer scheint Europa der Pandemie gegenüber besser gewappnet zu sein. Trotz erheblich gestiegener Fallzahlen ist in den meisten Ländern, und auch in der Schweiz, das öffentliche Gesundheitswesen besser ausgestattet und damit handlungsfähiger und belastbarer, um die Ausbreitung der Pandemie kontrollierter zu beherrschen. Aber in beiden Kontinenten zeigt sich, dass der heroische Einsatz des medizinischen Personals während der vergangenen Monate eine Grenze erreicht hat, die eine weitere Überforderung nicht mehr zulässt. Hier steht in vielen Ländern in den kommenden Wochen eine humanitäre Krise bevor. Geschultes medizinisches Personal kann nicht durch Sofortmassnahmen rekrutiert werden. Daraus resultiert die Strategie, die sich über Monate hinziehende Impfkampagne in den USA mit dem gesamten medizinischen Personal und den alten Patienten in den Pflegeheimen zu beginnen und die Notfalldienste zu schützen. Diese Regelung erscheint für alle Gesellschaften als plausibel.

Die Schweiz

Das BAG wollte Risiko und Nutzen der Impfung sorgfältig abwägen. Die Impfung soll in erster Linie die Risikopatienten schützen. Es gilt zu intervenieren, um die Pandemie zu beherrschen, aber auch um unbekannte Nebenwirkungen zu verhindern. Es darf nichts schiefgehen, das wäre eine Katastrophe. Hier muss auch die potenzielle Gefahr des Auftretens von ADE (Antibody-Dependent Enhancement) sorgfältig abgeklärt werden, was für alle derzeit in Entwicklung befindlichen Corona-Impfstoffe gilt und an Priorität für die Sicherheit vermissen lässt.

Operation Warp Speed

Die US-Regierung hat die Operation Warp Speed (OWS) als öffentlich-private Partnerschaft initiiert, um die Entwicklung, Herstellung und Verteilung von Covid-19-Impfstoffen, -Therapeutika und -Diagnostika zu erleichtern und zu beschleunigen. OWS soll unter Einhaltung der Standards für Sicherheit und Wirksamkeit die Impfstoff-Entwicklung beschleunigen und hat dafür in mehrere potenzielle Impfstoff-Entwicklungen grosszügig investiert. Die parallele Entwicklung von Impfstoffen und gleichzeitiger Produktion in Erwartung eines genehmigungsfähigen Produktes haben

die Fertigstellung dieser Kandidaten in wenigen Monaten enorm vorangetrieben. Potenziell hat dieser beeindruckende Fortschritt allerdings eine Schwachstelle. Alle Prozesse der technischen Impfstoff-Herstellung lassen sich auch durch technische und organisatorische Massnahmen beschleunigen, aber die biologischen Prozesse selbst lassen sich nicht durch technische Massnahmen komprimieren und unterliegen ihren eigenen Gesetzmässigkeiten. Es gibt vermehrt warnende Stimmen, dass der kurzfristige Beobachtungszeitraum der Phase III der Impfstoffentwicklung nicht ausreicht, um unerkannte Komplikationen bei den Patienten auszuschliessen. Diese Einsicht rechtfertigt das vorsichtige Handeln des BAG in der Genehmigungsstrategie für die Schweiz.

Die Covid-19-Pandemie hat die Welt in eine tiefe Krise gestürzt. Daraus resultiert eine grosse Herausforderung an uns Ärzte und die Berufsgruppen, die mit uns gemeinsam im Kampf gegen diese Bedrohung vereint sind. Wir müssen diese Herausforderung annehmen und zwischen Handeln und dem Prinzip *nihil nocere* (keinen Schaden zufügen) abwägen. Die medizinische Forschung erprobt derzeit eine noch nie erlebte globale Zusammenarbeit in rasantem Tempo. Dieser Fortschritt zwingt zur täglichen Revision unseres Wissens und Handelns.

Neue Erkenntnisse sind leicht zu begreifen, wenn wir sie einmal verstanden haben. Dazu lässt Berthold Brecht seinen Galileo Galilei sagen: «Und wir werden nicht mit Siebenmeilenstiefeln vorwärtsgehen, sondern im Schneckentempo. Und was wir heute finden, werden wir morgen von der Tafel streichen und erst wieder anschreiben, wenn wir es noch einmal gefunden haben. Und was wir zu finden wünschen, das werden wir, gefunden, mit besonderem Misstrauen ansehen.»

Stand am 7. Januar 2021

Die ersten Impfstoffzulassungen in Europa und Amerika seit Mitte Dezember 2020 erfolgten unter dem Druck der aufflammenden Pandemie. Die Situation hat uns die Verletzlichkeit unserer Gesellschaften vor Augen geführt. Schon am 19. Dezember 2020 haben Swissmedic und das Bundesamt für Gesundheit die erste Zulassung eines Covid-19-Impfstoffes verkündet. Dieser frühe Beginn der Impfung von Risikogruppen in der Schweiz hat alle Erwartungen übertroffen. Es herrschte Auf-

bruchsstimmung im Kampf gegen die Pandemie, die der amerikanische Vizepräsident Mike Pence mit den Worten «*the impossible is not impossible*» zusammenfasste. Eine neue Mutation des Virus breitete sich im Süden Englands schnell aus und zeichnet sich durch eine um 70% höhere Infektiosität mit einem R-Wert um 0,4 oder höher aus, ohne die klinischen Symptome zu verändern. Die nicht erhöhte Pathogenität ist aber nur oberflächlich eine gute Nachricht. Die grössere Übertragbarkeit verändert die Pandemie in ihrer Dynamik entscheidend durch den Wechsel von einer linearen zu einer exponentiellen Ausbreitung. Inzwischen ist diese Variante auch in der Schweiz und mehreren anderen Ländern diagnostiziert worden. In Südafrika bereitet eine weitere neue Variante des Virus mit noch höherer Virulenz grosse Sorgen, die Fauci auch bald in anderen Ländern erwartet. Die Variante hat Mutationen, die eine nur schwache Wirkung jetziger Impfstoffe erwarten lässt. Damit gewinnt die Pandemie eine bisher nicht gekannte neue Dimension, die gleichzeitig mit dem Start der Massensimpfungen zusammenfällt.

Grosse Herausforderung

Das erste Quartal des neuen Jahres 2021 bleibt eine Herausforderung für alle Gesellschaften, auch für die Schweiz. Wir beginnen zu immunisieren, müssen aber gleichzeitig alle bisherigen Schutzmassnahmen streng einhalten, da ein Herdenschutz noch lange nicht erreicht sein

wird. Der Beginn der grössten globalen Immunisierungskampagne lief noch vor Jahresende 2020 in Europa an mit einem frühen Start in vielen Kantonen der Schweiz. In den USA verzögert sich der Beginn wegen Mangels an medizinischem Personal, politischer Ungewissheit, fehlender Logistik (und damit verbundenen Finanzierungsengpässen), was zum Verlust wertvoller Zeit führt und die überforderten Spitäler bedroht. Die Folgen der verzögerten Massensimpfung werden dort gravierend sein. Die sich schneller ausbreitende Variante des Covid-19 kann in kurzer Zeit zu einer Katastrophe führen, wenn die medizinischen Einrichtungen durch hohe Fallzahlen überrannt werden. Es gilt, die Intensivstationen zu entlasten, deren Kapazitäten nicht die Zahl der verfügbaren Betten, sondern das vorhandene geschulte medizinische Personal bestimmt, damit nicht die Überforderung von Ärzten und Pflegekräften zum Kollaps des Gesundheitswesens führt. Die politische Strategie des Bundesrates in der Schweiz (unter Vermeidung des strengen 'Lockdowns' beim Jahreswechsel) versucht die Ausbreitung des Virus zu verlangsamen, um Zeit zu gewinnen: «Flattening the curve», heisst die Parole. In Grossbritannien hat inzwischen die sich wie ein Feuer ausbreitende neue Virusvariante die verantwortlichen Mediziner und Impfstrategen dazu bewegt, Sofortmassnahmen zu ergreifen und vom vorgeschriebenen Weg der Applikation abzuweichen. Dazu gehört nicht nur,

die in jedem reichlich gefüllten Gefäss mit fünf Dosen Impfstoff von Pfizer/BioNtech auch die sechste Dosis zu nutzen, sondern auch die Empfehlung, nicht die zweite Dosis pro Patienten für die komplette Immunisierung zu reservieren. Die Mediziner wollen die doppelte Zahl in der Bevölkerung immunisieren, um schnell eine protektive, wenn auch schwächere Immunität bei mehr Menschen zu erreichen. Unter dem Druck der Pandemie werden die Immunisierungsvorschriften der Zulassung geändert. Das ruft Kritik von den Herstellern hervor, die sich auf die Kriterien der Zulassung ihrer Impfstoffe berufen. Epidemiologischer Druck hat immer zu Massnahmen geführt, die vorher undenkbar waren. In seinem Roman *La Peste* beschreibt Albert Camus diese Einschränkung von Freiheiten, der sich alle beugen mussten, ein Phänomen, das sich jetzt in allen unseren Gesellschaften zeigt. Die Pandemie ist eine historische Herausforderung und Schocktherapie für viele Gesellschaften und bleibt eine 'affaire à suivre'.

Wolfgang Klietmann, M.D.

Wolfgang Klietmann, M.D., ist Lecturer on Pathology Harvard Medical School und Director Reference Laboratories Massachusetts General Hospital (retired), Boston, MA, sowie Member of the Board, Spicona, Inc.

Interview mit Dr. med. Yvonne Gilli, neue Präsidentin der FMH

«Politisch bläst uns aus Bundesbern ein rauer Wind entgegen»

Synapse: Sie wurden am 28. Oktober 2020 (mit 123 von 163 Stimmen) als neue FMH-Präsidentin gewählt. Haben Sie dieses deutliche Wahlergebnis so erwartet? Was glauben Sie, hat zu diesem sehr guten Resultat geführt? Gab es einen Frauenbonus?

Dr. Yvonne Gilli: Für mich war die Klarheit dieser Wahl im ersten Wahlgang ohne Gegenkandidatur eine Überraschung. Mit dem Verzicht auf eine eigene Kandidatur sprachen mir meine Kollegen aus dem Zentralvorstand ihr Vertrauen aus für die geleistete Arbeit während der letzten viereinhalb Jahre. Natürlich freu-

ten wir uns gemeinsam über die Frauenwahl, aber ich bin überzeugt, dass der Frauenbonus allein nie genügt hätte.

Sie sind die erste Frau an der Spitze der FMH: Inwieweit fühlen Sie sich dem feministischen Aspekt dieser Wahl verpflichtet? Konkret: Inwiefern verstehen Sie Ihren neuen Job auch als Förderin von Frauenkarrieren in der Medizin?

Angesichts der starken Zunahme von Ärztinnen in der Humanmedizin ist es für jeden im Zentralvorstand klar, dass der Genderaspekt wichtig ist. Und natürlich werde ich mich auch für die Förderung

der Chancengleichheit einsetzen. Mit einem Blick zurück anerkennen wir, was bisher geleistet wurde. Zur Zeit meiner Geburt betrug die Frauenquote in der Medizin gute 10%, und heute nähert sie sich einem ausgewogenen Verhältnis. In Zukunft wird die Medizin aber weiblich sein. Bereits seit zwanzig Jahren schliessen mehr Frauen das Medizinstudium ab als Männer. Zu Beginn der ärztlichen Tätigkeit gilt es, strukturelle und kulturelle Hindernisse für gleichberechtigte Karrierechancen zu benennen und zu beseitigen. Dazu gehören Arbeitszeitmodelle, welche Beruf und Privatleben in



Dr. med. Yvonne Gilli ist Fachärztin für Allgemeine Innere Medizin und führte bisher eine eigene Praxis in Wil (SG). Zwischen 2007 und 2015 war sie Nationalrätin der Grünen Partei. 2016 wurde sie in den ZV der FMH gewählt, wo sie das Departement Digitalisierung/eHealth leitete. Am 28. Oktober 2020 wurde sie als erste Frau an die Spitze der FMH gewählt.

ein ausgewogenes Verhältnis setzen. Das ist eine Forderung von Frauen und Männern. Mit Erreichung des Facharztstitels rücken mögliche Kaderpositionen in den Vordergrund. Und hier sprechen die Zahlen eine klare Sprache zum Nachteil der Frauen und für meine Verpflichtung gegenüber dem feministischen Aspekt. Während die Assistenzärztinnen noch 58% der Ärzteschaft ausmachen, finden sich nur 12% Frauen auf Chefarzzebene.

Als (bisheriges) Mitglied des FMH-Zentralvorstandes haben Sie sich für die Digitalisierung im Gesundheitswesen eingesetzt, insbesondere bei der Einführung des elektronischen Patientendossiers (EPD). Welche Bilanz ziehen Sie bezüglich Digitalisierung in der Schweiz?

Die Bertelsmann Stiftung publizierte 2018 eine Studie, welche die Digitalisierung der Gesundheitssysteme von 17 Staaten miteinander verglich. Die Schweiz landete hart auf dem viertletzten Platz, allerdings noch vor Deutschland und Frankreich, aber weit hinter Dänemark

oder Kanada. Ich beurteile diese Bilanzierung aus dem Ausland als «traurig, aber wahr». Diese Studie benannte aber auch einen positiven Aspekt für die Schweiz: Als kleines und innovatives Land hat sie Potenzial für rasche Entwicklung. Das geschieht jetzt gerade in der Bekämpfung der Pandemie mit SARS-CoV-2. Wir sind gefordert, den elektronischen Datenaustausch zu verbessern und telemedizinische Diagnose- und Behandlungsmöglichkeiten zu nutzen. Dabei können wir aufbauen auf der Arbeit, die wir die letzten Jahre im Departement Digitalisierung und eHealth geleistet haben. Ich freue mich, an diesem Fortschritt weiter mitarbeiten zu dürfen.

Sie waren acht Jahre lang Nationalrätin der Grünen und mit der Politmechanik im Bundeshaus vertraut. Wie vernetzt sind Sie heute noch? Haben Sie auch Kontakte ins bürgerliche Lager oder in den Bundesrat?

Die Bundesräte Ignazio Cassis und Guy Parmelin waren über mehrere Jahre Kollegen von mir in der nationalrätlichen Kommission für soziale Sicherheit und Gesundheit SGK. Frau Bundesrätin Karin Keller-Sutter kommt aus der gleichen Kleinstadt Wil in der Ostschweiz wie ich und war Regierungsmitglied während meiner Zeit im Kantonsrat im Kanton St. Gallen. Mit allen übrigen Bundesrätinnen und Bundesräten arbeitete ich als Parlamentarierin zusammen, als diese ebenfalls noch Mitglieder des Parlamentes waren.

In der Schweiz ist keine Partei für sich alleine mehrheitsfähig. Um erfolgreich mitgestalten zu können, braucht es die Zusammenarbeit über mehrere Parteien. Es war für mich deshalb immer selbstverständlich, mit bürgerlichen Ratsmitgliedern Allianzen zu finden, um mehrheitsfähige Ergebnisse zugunsten der Ärzteschaft zu erzielen. Ich bin sehr froh um diese gute Vernetzung ins Bundeshaus und erachte es als grossen Vorteil, dass die politischen Entscheidungsträger mich und meine Arbeitsweise kennen.

Haben Sie sich persönliche Ziele gesetzt, die Sie in den nächsten vier Jahren als FMH-Präsidentin erreichen wollen?

Meine Motivation für die Arbeit im Zentralvorstand habe ich durch das Zitat einer chinesischen Weisheit umschrieben: «Es ist der Gegenwind, der den Drachen steigen lässt.» Auch wenn schwierige Arbeitsbedingungen unseren Zusammenhalt auf eine Zerreihsprobe stellen, werden Ausdauer, Fokussierung und Teamgeist

Erfolge ermöglichen. Letztendlich beruhen diese Qualitäten auf der intrinsischen Motivation für den Arztberuf: Interesse an Naturwissenschaften und die Erfahrung, dass die ärztliche Arbeit sinnhaft ist, weil sie kranken Menschen hilft. Als Präsidentin bin ich in der Verantwortung für die Ressorts Politik und Kommunikation, welche ich genau aus dieser intrinsischen Motivation führen möchte.

Gegenüber den Mitgliedorganisationen und gegenüber den Expertinnen und Experten, welche in den Gremien der FMH mitgestalten, möchte ich im direkten Kontakt den Zusammenhalt stärken und Dienstleistungen bereitstellen, die im ärztlichen Alltag sichtbar Nutzen bringen. Beispiele dazu sind im Bereich Praxisinformatik der Rahmenvertrag für Cloud-Dienste oder das Faktenblatt zur Telemedizin. Die komplexen Herausforderungen und die schnellen Veränderungen, welche wir gerade mit der Pandemie erleben, bedingen auch Offenheit, die FMH als Organisation in ihrer Struktur weiterzuentwickeln, weg von einem Verständnis sektoriell und departemental abgegrenzter Arbeit, hin zu vernetzter Zusammenarbeit.

Welches sind für Sie die grössten (gesundheits-)politischen Herausforderungen als FMH-Präsidentin?

Politisch bläst uns aus Bundesbern ein rauer Wind entgegen. Die zwei Kostendämpfungspakete des Bundesrates sehen degressive Tarife und ein Globalbudget vor. Letzteres ist auch das Ziel der CVP-Initiative «Für tiefere Prämien – Kostenbremse im Gesundheitswesen». Ich bin überzeugt, dass wir mit gemeinsamer Kraft diese einschneidenden Änderungen im Gesundheitssystem abwenden und bessere Lösungen einbringen können. Dazu gehört natürlich auch die Genehmigung des TARDOC durch den Bundesrat. Das wichtigste gesundheitspolitische Ziel wird es deshalb sein, die qualitativ hohe Gesundheitsversorgung für die Menschen in unserem Land zu erhalten. Dazu braucht es neben der Durchsetzung sachpolitischer Themen wie vorgängig erwähnt auch zufriedene Ärztinnen und Ärzte, welche ihrer Berufung für die ärztliche Tätigkeit unter guten Arbeitsbedingungen folgen können.

Apropos Kostendämpfung: Was halten Sie vom Kostendämpfungsmassnahmenpaket 2?

Mit dem Kostendämpfungspaket 2 schlägt der Bundesrat unter dem irreführenden Titel von Zielvorgaben die Kostensteue-

zung über ein Globalbudget vor. Im Weiteren möchte er auch für die Inanspruchnahme von Gesundheitsdienstleistungen obligatorische Erstberatungsstellen einführen, welche als Teil von sogenannten Versorgungsnetzwerken sogar Patientensteuerungsprogramme umsetzen könnten. Hinter diesen Massnahmen versteckt sich eine zentralistische und etatistische Ideologie, welche unser Verständnis einer freiheitlich und dezentral organisierten Gesundheitsversorgung ablösen soll. Ich halte diese Massnahmen für höchst problematisch und bin überzeugt, dass die Ärzteschaft sie mit allen Mitteln bekämpfen muss.

Welches ist denn für Sie der sinnvollste Ansatz (bzw. die richtige Strategie), um Kosten im Gesundheitswesen zu dämpfen?

Jede hochentwickelte Gesundheitsversorgung hat ihren Preis. Bedingung bleibt deshalb weiterhin die Bereitschaft für eine solidarische Finanzierung, an der sich sowohl der Staat als auch jeder Einzelne beteiligt. Dabei müssen nicht ökonomische, sondern fachlich-medizinische und patientenzentrierte Kriterien angewandt werden. Dazu gehören auch Rollenentflechtungen durch die Entlastung der Kantone aus konfliktbelasteten Mehrfachrollen. Eine der wichtigsten Massnahmen, die aus unserer Sicht unbedingt kommen muss: die einheitliche Finanzierung ambulanter und stationärer Leistungen (EFAS). Die uneinheitliche Finanzierung verlangsamt derzeit die Verlagerung von der teureren stationären zur kostengünstigeren ambulanten Versorgung. Weiter befürwortet die FMH den Lösungsansatz einer überregionalen Spitalplanung. Darüber hinaus muss die kostengünstigere ambulante Praxismedizin gestärkt werden, die Arbeitsbedingungen für niedergelassene Ärztinnen und Ärzte müssen attraktiv bleiben. Und nicht zuletzt müssen wir dafür sorgen, den administrativen Aufwand für Ärztinnen und Ärzte zu reduzieren, denn diese Arbeit kostet Geld, ohne dass Patienten viel davon haben.

Für wie gut halten Sie den aktuellen Zustand und Organisationsgrad der FMH bezüglich politischer Schlagkraft und Einflussnahme (Lobbying). Ist es überhaupt möglich, ein derart breites Spektrum an politischen Interessen innerhalb der FMH mit einer einzigen Stimme gegen aussen zu vertreten?

Strategisch wird es entscheidend sein, dass die Ärzteschaft die standespolitischen Interessen gegen aussen geeint

vertritt. Gelingt uns das nicht, werden wir an Bedeutung und Gestaltungskraft verlieren. «Divide et impera» war und ist eine beliebte Strategie politischer Gegner. Sie ist nicht immer einfach zu durchschauen.

Den aktuellen Zustand und Organisationsgrad der FMH beurteile ich als sehr gut. Die FMH ist nicht ein abstrakter Überbau ihrer Mitgliedorganisationen, sondern die Bündelung der berechtigten und konkreten Interessen ihrer Mitglieder. Es wird eine Hauptaufgabe des Zentralvorstandes und der Expertinnen innerhalb der FMH sein, im intensiven und kontinuierlichen Kontakt mit den Mitgliedorganisationen deren Ziele zu erfassen und wirksam zu vertreten. Das ist keine einfache Aufgabe, aber eine lohnenswerte Herausforderung. Die Aufgabe gelingt mit gegenseitiger Toleranz, der Bereitschaft zu Kompromissen und der Fokussierung auf die wichtigsten und unmittelbaren ärztlichen Kernanliegen: der Erhalt einer hohen Versorgungsqualität für die Bevölkerung und die Sicherung attraktiver Arbeitsbedingungen.

Die Ärzte sind im Vergleich mit anderen Berufsgruppen im Parlament unterdurchschnittlich vertreten. Wie interpretieren Sie das?

Das nationale Parlament ist nicht repräsentativ zusammengesetzt in Bezug auf die Bevölkerung. Nach wie vor sind Unternehmer, Juristen und Landwirte prominenter vertreten. Der Anteil der Berufspolitikerinnen nimmt zu. Der Arztberuf lässt sich nicht leicht vereinbaren mit einer nationalen parlamentarischen Tätigkeit, welche ein Arbeitspensum von 60–70 Stellenprozenten einnimmt. Das mag ein Grund sein für die Unterrepräsentation. Im Vergleich mit den Landwirten fällt auf, dass Landwirte konsequent Landwirte wählen, unabhängig von der Parteizugehörigkeit. Diesbezüglich könnten wir von ihnen lernen.

Wie beurteilen Sie die Corona-Strategie des Bundesrates? Tut er genug, um die Gesundheit der Menschen in der Schweiz überhaupt zulässig, eine Güterabwägung (Bundesrat Ueli Maurer) vorzunehmen zwischen Gesundheit und Wirtschaft?

Diese zugespitzte Wortwahl hat viele Menschen schockiert, jedoch denke ich, dass die Antwort darauf nicht ganz so einfach ist. Es ist ja nicht so, dass die psychische und physische Gesundheit der Menschen von wirtschaftlichen Faktoren gänzlich unabhängig wäre. Die

Frage formuliert aus meiner Sicht ein ethisches Dilemma, auf das es keine einfache Antwort gibt. Der deutsche Wirtschaftsethiker Enste formulierte es vergangenen Frühling gegenüber dem ZDF wie folgt: «Da gibt es immer nur zwei schlechte Entscheidungen.» Er plädierte für breit und interprofessionell abgestützte Konsens-Entscheidungen, an denen Politiker, Ethikerinnen, Ökonomen und Ärztinnen beteiligt sind. Gerade dafür fehlen uns aber die Strukturen, und es ist herausfordernd und schwierig, diese mitten in einer schweren Krise zu schaffen.

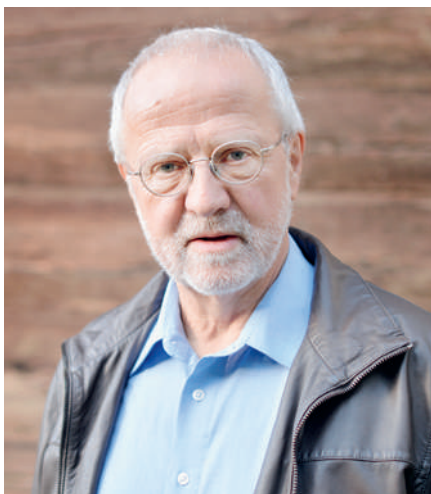
Das Schweizer Gesundheitswesen gehört heute schon zu den besten und leistungsfähigsten der Welt (z.B. gemäss aktueller Umfrage des Commonwealth Fund). Was kann die FMH dazu beitragen, dass das so bleibt?

Ärztinnen und Ärzte spielen für eine exzellente und leistungsfähige Gesundheitsversorgung eine zentrale Rolle. Sie brauchen attraktive Arbeitsbedingungen, welche es ihnen erlauben, sich auf ihre medizinische Fachkompetenz zu konzentrieren. Das heisst auch, dass ökonomische Fehlanreize wie wesentliche variable Lohnanteile oder Mengenanreize für medizinische Dienstleistungen zu bekämpfen sind. Das stärkt die Glaubwürdigkeit der Ärzteschaft in der Bevölkerung und schafft Vertrauen, dass die ärztliche Expertise im Dienst der Qualität der medizinischen Versorgung steht. Sehr wichtig für die Arbeitszufriedenheit von Ärztinnen und Ärzten ist auch die Menge an Zeit, die sie effektiv mit ihren Patienten verbringen, das heisst also Reduktion der Administrativlast. Und weiter ist auch die Therapiefreiheit sehr wichtig für die Arbeitszufriedenheit, weil Ärztinnen und Ärzte dann eben die Medizin wählen, die ihren Patienten aus ihrer Sicht am besten hilft.

Gegenüber den politischen Entscheidungsträgern, welche aktuell in erster Linie auf ökonomische Sparziele fokussieren, gilt es, konkret aufzuzeigen, welche Folgen aus dieser einseitigen Perspektive resultieren im Hinblick auf Kosten und Gesundheitsversorgung. Und wir müssen auch Lösungsansätze bieten. EFAS und die Einreichung des TARDOC zur Genehmigung sind zwei konkrete und wichtige Massnahmen. Um sie voranzutreiben, braucht die FMH politische Allianzen. Sich für diese zu engagieren und sie zu erhalten ist eine wichtige Aufgabe der FMH, um Wirkung zu erzielen.

Die Fragen stellte Bernhard Stricker, Redaktor Synapse

Ärztinnen und Ärzte im Einsatz für eine gesunde Umwelt und gesunde Menschen



Bernhard Aufderreggen

Wir Menschen stehen in einem engen Verhältnis zu unserer Umwelt. Das wurde mir schon während meiner Ausbildung, aber insbesondere durch meine klinische Arbeit als Hausarzt bewusst. Zum einen im positiven Sinne: Sauerstoff, Wasser, Nahrungsmittel und soziale Kontakte machen menschliches Leben erst möglich.

Zum anderen können uns Umwelteinflüsse krankmachen: Luftverschmutzung, Lärm, ionisierende und nichtionisierende Strahlung, Verseuchung von Böden und Trinkwasser. Sie betreffen meist die ganze Bevölkerung. Der einzelne Mensch ist ihnen oft ausgeliefert. Zum Schutz sind gesellschaftliche, also politische Massnahmen notwendig. Das Ziel der Ärztinnen und Ärzte für Umweltschutz (AefU) ist eine Politik, die krankmachende Umwelteinflüsse beseitigt und vermeidet.

Medizin und Umwelt

Medizinerinnen und Mediziner hatten immer eine wichtige Rolle beim Aufdecken dieser Zusammenhänge. So bewegte 1848 ein Schlüsselerlebnis den berühmten Mediziner, Pathologen und Politiker Rudolf Virchow dazu, fortan naturwissenschaftliche Erkenntnisse mit gesellschaftlichen Beobachtungen zu verbinden. Die preussische Regierung schickte ihn nach Oberschlesien, um den Ausbruch einer Fleckfieber-Epidemie zu erforschen. Virchow stellte fest, dass vor allem Hunger, Armut und mangelnde Hygiene die Leiden der Bevölkerung

verursachten. Sein Rezept: politische und soziale Reformen. Der denkwürdige Ausspruch: «Die Medizin ist eine soziale Wissenschaft, und die Politik ist weiter nichts als Medizin im Grossen», stammt von ihm. In dieser Tradition wenden die AefU bei ihrer Arbeit die medizinischen Prinzipien von Vorsorge, Diagnose auf wissenschaftlicher Basis und zielführende Therapieempfehlungen auf den Umweltschutz an. Wir fokussieren uns auf Teilbereiche (Nischen), um exemplarisch den Zusammenhang zwischen Umweltverschmutzung und Entstehung oder Förderung von Krankheiten nachzuweisen. Als «Therapie» empfehlen wir Schutzmassnahmen für den Einzelnen, aber allem voran Massnahmen an der Quelle des Problems.

Umweltschutz ist Gesundheitsschutz

Bereits 1972 machte der «Club of Rome» in seinem Buch *Die Grenzen des Wachstums* die Endlichkeit der Ressourcen dieser Erde deutlich: «Wenn die gegenwärtige Zunahme der Weltbevölkerung, der Industrialisierung, der Umweltverschmutzung, der Nahrungsmittelproduktion und der Ausbeutung von natürlichen Rohstoffen unverändert anhält, werden die absoluten Wachstumsgrenzen auf der Erde im Laufe der nächsten hundert Jahre erreicht.» Aktuell zeigen die Klimajugend und die Wissenschaft auf, dass wir diesen Grenzen so nahe sind wie wohl nie zuvor.

Der Gedanke, mit der Umwelt ebenso die Gesundheit des Menschen zu schützen, findet sich auch in eidgenössischen Gesetzen. Das Umweltschutzgesetz (USG) von 1983 soll «Menschen, Tiere und Pflanzen, ihre Lebensgemeinschaften und Lebensräume gegen schädliche oder lästige Einwirkungen schützen». Zudem konkretisierte das USG erstmals das auf Verfassungsstufe festgeschriebene **Vorsorgeprinzip**: Einwirkungen, die schädlich oder lästig werden könnten, sind unabhängig von der vorbestehenden Umweltbelastung so weit zu begrenzen, als dies technisch und betrieblich möglich und wirtschaftlich tragbar ist. Auf diesem Prinzip basieren zahlreiche weitere Erlasse, so die Luftreinhalteverordnung oder die Begrenzung nichtionisierender Strahlen (NIS).

Saubere Luft

Seit den 1980er Jahren zeigten immer mehr Studien die gewaltige Krankheitslast, die verschmutzte Luft verursacht. Die AefU haben mit Kampagnen, politischen Interventionen und durch die Mitarbeit in der Eidgenössischen Kommission für Lufthygiene (EKL) zur rascheren, wissenschaftlichen Aufarbeitung des Themas und auch zu Massnahmen gegen die Luftverschmutzung beigetragen. Seitdem gab es zwar Erfolge. Das Ziel einer generell «gesunden» Luft ist jedoch noch lange nicht erreicht. Wir fordern die Verminderung und Vermeidung von Luftverschmutzung an der Quelle, also beim Verkehr, bei den Heizungen und in der Industrie. Der Kampf für saubere Luft ist immer auch Klimaschutz.

Mehr Ruhe

Die AefU engagieren sich seit Jahren für mehr Ruhe. Denn Lärm macht krank. Er ist ein Stressor. In lärmigen Gebieten leiden Menschen häufiger an Herz-Kreislauf-Erkrankungen. Sie schlafen schlechter und fühlen sich belästigt. Die geistige Leistung von Kindern ist eingeschränkt. Seit vielen Jahren haben die AefU Einsatz in der Eidgenössischen Kommission für Lärmbekämpfung (EKLB). Aktuell setzen wir uns für ein verlängertes Nachtflugverbot von 22 bis 6 Uhr ein. Zudem wollen wir Tempo 30 auf Strassen innerorts. Das reduziert nicht nur den Lärm, sondern verursacht auch weniger Unfälle und Luftverschmutzung.

Weniger Strahlung

Über die gesundheitlichen Konsequenzen der Mobilfunkstrahlung und insbesondere der Technologien für den Mobilfunkstandard 5G ist wenig bekannt. Das zeigten wir in unserer Fachzeitschrift OEKOSKOP¹ kürzlich auf. Deshalb fordern wir im Sinne des Vorsorgeprinzips, dass die nichtionisierende Strahlung (NIS) die geltenden Grenzwerte strikte einhalten muss. Deren Lockerung ist für uns inakzeptabel. Wir betreiben eine Beratungsstelle für Betroffene. Dabei stellen wir fest: viele Menschen leiden unter der Belastung des Mobilfunks. Die Internationale Krebsagentur (IARC) stuft NIS als möglicherweise Krebs fördernd ein. Bei Bund, Kantonen und Gemeinden setzen

wir uns entsprechend für eine zurückhaltende Bewilligungspraxis von 5G-Antennen ein. Mit unserer langjährigen Arbeit haben wir das Problembewusstsein in der Schweiz geschärft.

Gutes Trinkwasser, fruchtbarer Boden, giftfreie Nahrung

«2xJa für eine gesündere und umweltfreundlichere Landwirtschaft»: Die AefU unterstützen die Trinkwasser- und die Pestizidverbotsinitiative, die im Juni 2021 zur Abstimmung kommen. Denn in unseren Nahrungsmitteln und im Trinkwasser steckt zu oft ein Cocktail an Pestiziden.

Unsere Böden sind vielerorts verschmutzt, z.B. im Oberwallis grossflächig mit Quecksilber aus der Chemikalienproduktion der Lonza. Seit 2014 drängen wir den Pharmakonzern, diese Quecksilberbelastung sauber aufzuräumen. Mit Erfolg! Gleiches verlangen wir bei der Lonza-Deponie Gamsenried bei Brig (VS) und im Basler Klybeckquartier, bevor dort auf den ehemaligen Chemiearealen von

BASF und Novartis ein neuer Stadtteil entstehen kann.

Schutz des Klimas

Schon in den 1990er Jahren warnten die AefU vor den gesundheitlichen Folgen des Klimawandels. Aber noch heute sind fossile Brennstoffe das Lebenselixier unserer Industrie – und gefährden die Lebensgrundlage des Menschen. Daran erinnert uns die Klimajugend rund um Greta Thunberg schonungslos. Auch das Gesundheitswesen trägt zur klimaschädlichen CO₂-Belastung bei. Sie führt in der Schweiz zu Hitzewellen, häufigeren Unwettern, neuen vektorübertragenen Krankheiten und verändert pollenbedingte Allergien. Die weltweiten Auswirkungen wie der ansteigende Meeresspiegel, Migrationsbewegungen und damit verbunden gewaltsame Auseinandersetzungen werden auch uns betreffen. Die AefU sehen die Ärztinnen und Ärzte in der Pflicht, auf die gesundheitlichen Folgen des Klimawandels hinzuweisen sowie rasche und eingreifende Massnah-

men zu fordern. Was gut ist gegen den Klimawandel, ist gut für die öffentliche Gesundheit: Weniger Autos, mehr öffentlicher Verkehr, mehr Mobilität zu Fuss oder mit dem Velo bringen gesündere Luft, mehr Ruhe und körperliche Bewegung. Weniger Fleischkonsum führt zu weniger Krebserkrankungen und beeinflusst den Herz-Kreislauf-Bereich positiv.

Wir von den AefU erachten die Klimakatastrophe als eine der grössten Bedrohungen der Menschheit. Wir unterstützen die Forderungen nach einer schnellstmöglichen Reduktion der Treibhausgase auf netto null.

Dr. med. Bernhard Aufdereggen

Dr. med. Bernhard Aufdereggen ist Präsident der Ärztinnen und Ärzte für Umweltschutz (AefU). Weitere Infos: www.aefu.ch

Digitalisierung

Digitalisierung des ambulanten Gesundheitswesens – Fortschritte dank Corona?



Reto Misteli

Wie schon aus verschiedenen Studien und Ratings bekannt, deckt die Corona-Krise den Rückstand in der Digitalisierung im schweizerischen Gesundheitswesen schonungslos auf. Analoge Kommunikation per Fax im Meldewesen übertragbarer Krankheiten, fehlende oder schlechte statistische Daten zu Fallzahlen, Testraten, Positivitätsraten und zudem fehlende Übersicht über die materiellen, personellen und infrastrukturellen Ressourcen waren (und sind) nur die offensichtlichsten Schwachstellen.

Die Krise erlaubte es aber in kürzester Zeit, pragmatische und brauchbare digitale Lösungen gemeinsam mit den verschiedensten Partnern zu realisieren und diese Schritt für Schritt zu optimieren. Dazu gehört zum Beispiel die Administration der Abklärungsstationen BL und statistische Tools mit aktuellsten Daten als Führungsinstrumente für die Krisenstäbe. In kurzer Zeit wurden viele brauchbare weitere Instrumente geschaffen: vom BAG realisierte digitale (HIN-geschützte) Meldeformulare, Swiss Covid App, Vergabe der Covid-Codes für die App für Testärzte (auch HIN-basiert), Anmeldeportale für die Impfungen und Weiteres. Viele dieser Applikationen oder Programme waren in der ersten Phase nicht überzeugend und litten an Kinderkrankheiten, waren aber brauchbar. Dank regelmässiger Optimierung auf der Basis von Rückmeldungen der User wurden sie schnell wesentlich verbessert und benutzerfreundlicher. Für mich als langjährigen Vertreter der Hausärzteschaft in diversen eHealth-Gremien und -Gruppen ist diese Corona-

zeit aus diesen Gründen eine optimale Phase. Denn nun wurden innert kürzester Zeit Forderungen von uns umgesetzt, welche wir schon vor mehr als 15 Jahren an verschiedensten Orten der Politik, der Behörden, der Standespolitik, aber vor allem auch gegenüber der IT-Industrie, immer wieder formuliert haben.

Die Gründe für den digitalen Aufschwung

Welches sind die Gründe, dass in dieser Krise verschiedenste digitale Hilfsmittel in so kurzer Zeit realisiert werden konnten? Aus meiner Sicht sind dies:

- Klare **Führung** (in der Krise) mit Fokus auf definierte Ziele, welche dank digitalen Mitteln zeitgerecht zu erreichen sind
- **Finanzen** standen zur Verfügung oder wurden rasch bewilligt.
- **Zusammenarbeit** mit Fachleuten der IT und den Benutzern (User) unkompliziert und pragmatisch
- Klare **politische Unterstützung** in diesen Prozessen ohne direkte Einflussnahme auf das Endprodukt

- Gute **Akzeptanz** in der Anwendung von digitalen Hilfsmitteln aufseiten der Ärzteschaft
- Vorher gemachte **Vorbereitungen**, einerseits der technischen Infrastruktur, andererseits bezüglich z.B. Datenschutz und Datensicherheit (z.B. HIN), aber auch bereits praxistaugliche IT-Lösungen, welche nur angepasst werden mussten.

Wie soll es nun weitergehen nach der Coronakrise im Hinblick auf die weitere Entwicklung der endlich in Schwung gekommenen Digitalisierung im Gesundheitswesen? Was muss unternommen werden, damit der angestossene Prozess weiterläuft?

Sicher sind die oben erwähnten Gründe auch weiterhin wichtig in der weiteren Entwicklung.

Führung: Hier ist zu hoffen, dass das BAG unter der neuen Leitung mit der neu geschaffenen Abteilung «digitale Transformation» den Lead übernimmt und die Lehren aus den bisherigen Versäumnissen und Fehlentwicklungen zieht, damit dringend nötige Verbesserungen angestossen werden können. Diesbezügliche Aussagen von A. Levy (neue Direktorin BAG) und Sang-Il Kim (Leiter Abteilung Digitale Transformation im BAG) am Mini-Gipfel Digitale Transformation der IG eHealth vom 23.10.2020 (auf www.ig-ehealth.ch abrufbar) stimmen mich diesbezüglich vorsichtig optimistisch.

Seitens der FMH ist sich die AG eHealth unter der Leitung der neu gewählten FMH-Präsidentin Y. Gilli dieser Problematik sehr bewusst und erarbeitet praxisnahe Lösungsansätze.

Finanzen: Bisherige Erfahrungen mit vielen eHealth-Projekten haben gezeigt, dass ohne gesicherte Finanzierung solche Projekte rasch zum Erliegen kommen. Die Hoffnung, dass sich solche Projekte rasch selbst refinanzieren, wurde fast immer enttäuscht. Aus Ärztesicht braucht es neben der gesicherten Grundfinanzierung entweder einen merklichen Nutzen mit Erleichterung unserer täglichen Arbeit oder eine gerechte Entschädigung. Diese sind ja im bestehenden TARMED nicht gegeben sind. TARDOC kann auch in dieser Beziehung Verbesserungen bringen.

Zusammenarbeit: Dass eine verbesserte Zusammenarbeit zwischen allen Beteiligten (Auftraggeber, Realisatoren und Benutzer) unabdingbar zum raschen Erreichen der gesteckten Ziele ist, haben wir nun alle in der Krise wieder erfahren.

Politische Unterstützung: Viele parlamentarische Vorstösse, aber auch Aussagen wichtiger politischer Schlüsselpersonen drängen auf eine rasche Entwicklung auf dem Gebiet der Digitalisierung. Allerdings wird hier aus meiner Sicht übermässig auf das EPD gesetzt.

Akzeptanz: Wenn uns Ärzten gut brauchbare digitale Möglichkeiten angeboten werden, welche angemessen honoriert werden, sind diese auch rasch akzeptiert. Die generelle Skepsis gegenüber Neuem und Unbekanntem ist aus meiner Sicht immer weniger bemerkbar.

Anforderungen an die Zukunft

Wo unter anderem sind in nächster Zeit weitere Entwicklungsschritte aus Sicht des Praktikers dringend nötig?

Interoperabilität in der Verwaltung von Gesundheitsdaten: Wurden früher Patientendaten unter verschiedenen Partnern im Gesundheitswesen per Brief oder Fax ausgetauscht und physisch in der Krankenakte abgelegt, erfolgt heute der digitale Austausch meist mittels Mail und PDF-Dokumenten, welche dann digital archiviert werden. Dies ist jedoch erst der erste Schritt einer Digitalisierung. Der Gewinn hiervon liegt lediglich in der Geschwindigkeit der Kommunikation und der Platzersparnis für die Ablage. Die Übertragung vieler PDF-Dateien und auch deren Ablage erfolgt dann wieder manuell und nicht automatisiert.

Beispiel aus der Hausarztpraxis: Erhalte ich einen Spitalaustrittsbericht digitalisiert als PDF, wird dieser von der MPA zuerst geöffnet, dem Patienten zugeordnet, in unserem Ablagesystem angeschrieben und dann zur Kenntnisnahme für mich bereitgestellt. Ich muss dann in meiner elektronischen Krankenakte die Diagnosen ergänzen, allfällige Medikationsänderungen manuell nachtragen und Weiteres zum Procedere entweder von Hand oder mittels 'copy paste' in die KG übertragen. Diese Schritte müssten eigentlich digital vorbereitet werden, und wir sollten nur noch bestätigen, dass die automatisierte Zuordnung etc. korrekt ist und entsprechende Änderungen übernommen werden sollen oder eben nicht.

Seit vielen Jahren gibt es Bestrebungen, die klinischen Daten strukturiert zu erfassen und entsprechend auszutauschen, damit sie ohne weitere Prozesse in ein anderes System abgelegt werden können. Dies funktioniert aktuell nur mit

den Labordaten, da diese am einfachsten zu standardisieren sind.

Standardisierungen für Arztberichte, Untersuchungsberichte und Medikation sind vorhanden, aber schwierig in unsere bestehenden Prozesse zu implementieren. Als erster Schritt in diese Richtung wäre es sinnvoll, die wichtigsten klinischen Daten unserer Patienten in einem 'critical data set' zur Verfügung zu stellen, zum Beispiel für Diagnosen und aktuelle Medikation.

Grosse Erwartungen wurden in das **elektronische Patientendossier** (EPD) gelegt, um diese Entwicklungen zu beschleunigen. Leider ist das EPD nicht in eine solche Richtung unterwegs. Das EPD wurde als Ablagesystem für Patientendokumente konstruiert und nicht als gewinnbringendes Werkzeug für unseren Praxisalltag. Eigentlich hätte das EPD im Frühjahr 2020 betriebsbereit sein sollen, insbesondere die Spitäler hätten bis zu diesem Zeitpunkt fähig sein müssen, Daten darin abzulegen. Aber die Einführung des EPD hat sich massiv verzögert. Nicht aus Gründen der Pandemie, sondern weil der Zertifizierungsprozess für die Stammgemeinschaften (welche solche EPDs betreiben) immer wieder geändert und angepasst wurde, so dass bis jetzt noch keine Stammgesellschaft eine Zertifizierung erhalten hat. Aktuell wird mit einem Start im Frühjahr 2021 gerechnet. Um die Anliegen der Ärzteschaft an das EPD zu optimieren, wurde eine Arbeitsgruppe der FMH gebildet, welche versucht, das EPD den Bedürfnissen der Ärzteschaft entsprechend weiterzuentwickeln. Dies nur einige Anmerkungen zur Digitalisierung aus Praktikersicht. Es gibt noch sehr viel Handlungsbedarf in diesem Gebiet, hoffentlich helfen uns die Erfahrungen aus der Pandemie, die längst nötigen Entwicklungsschritte rasch und zielgerichtet voranzutreiben.

Dr. med. Reto Misteli

Dr. med. Reto Misteli ist Facharzt Allgemeine Innere Medizin FMH in Zunzgen und Leiter AG eHealth der Ärztesgesellschaft Baselland

Zielvorgaben und Erstberatungsstellen sind die falschen Ansätze



Josef Widler

Zielvorgaben

Die Idee, mit Budgetierung von medizinischen Leistungen die Gesundheitskosten zu senken, ist international gescheitert, denn Kosteneinsparungen sind mit vergleichbaren Massnahmen in anderen Ländern nie in der beabsichtigten Form eingetreten. So auch in der Schweiz nicht. Aufgrund der während der LeiKoV gewonnenen Erfahrungen und deren Auswirkung auf die ambulante Versorgung sind mittelfristig folgende vom Bundesrat vermutlich nicht geplanten Effekte zu erwarten:

«Entfremdung des Arztberufs»: Verlagerung der Erbringung ambulanter Leistungen von ärzteigenen Praxen in von Investoren betriebene ambulante Institutionen (siehe aktuelles negatives Beispiel der Kette «Mein Arzt»). Eine Reduktion von Leistungskosten durch weitere Tarifsenkungen wird dadurch kaum eintreten, eher eine – kurzfristige – Erhöhung von Leistungsmengen und Kosten aufgrund der ökonomischen Ziele der Investoren.

Verlagerung der Erbringung ambulanter Leistungen vom arztambulanten in den spitalambulanten Sektor: Spitäler bieten bereits jetzt durch die Strategie «ambulant vor stationär» gezielt mehr ambulante Leistungen an und bauen ihre Ambulatorien weiter aus. Ihre Betriebskosten sind erwiesenermassen höher als in Arztpraxen und werden bereits heute mit Steuermitteln quersubventioniert.

Wenn die Taxpunktwerte der spitalambulanten Leistungen weiter sinken, wird es keine Kostendämpfung, sondern eine Verlagerung der Finanzierung der Kosten vom Prämien- zum Steuerzahler geben. Zur Erreichung der Kostenziele ist nur das Instrument der Tarifsenkung vorgesehen. Die AGZ hat in den Verhandlungen mit Krankenversicherern seit dem Jahr 2015 erfahren, dass diese nicht daran interessiert sind, über Alternativen zur gescheiterten Kostendämpfungsstrategie via Preissenkungen zu verhandeln.

Kostensituation wird unvollständig interpretiert

Das Schweizer Gesundheitssystem kostet nicht viel mehr als andere Gesundheitssysteme. Die Schweiz hat zwar auf den ersten Blick mit einem Ausgabenanteil am Bruttoinlandsprodukt (BIP) von 12% eines der teuersten Gesundheitssysteme. Betrachtet man aber nur die staatlichen und obligatorischen Gesundheitsausgaben, beträgt der Anteil am BIP allerdings nur 7,8%; die Schweiz ist damit gleichauf mit Österreich und Belgien und hat geringere obligatorische Ausgaben als das Vereinigte Königreich (8,0%), die Niederlande (8,2%), Dänemark (8,4%), Norwegen (9,0%), Japan (9,3%), Schweden (9,3%), Frankreich (9,4%), und Deutschland (9,9%). Einen beträchtlichen Anteil der Gesundheitsausgaben zahlen die Menschen in der Schweiz aus der eigenen Tasche. Es ist deshalb unredlich, dass der Bundesrat bei seinem Kostendämpfungsziel auf den 12%-Anteil der Gesamtgesundheitskosten am BIP abstellt. Ehrlicherweise müsste er sich auf die 7,8% Pflichtkosten beziehen. Damit liegt die Schweiz aber nicht an der Spitze, sondern im Mittelfeld. Der These einer Anspruchsmentalität der Grundversicherten zulasten der Versichertengemeinschaft steht die Realität eines relativ hohen Eigenfinanzierungsanteils der konsumierten Gesundheitsleistungen respektive der Bereitschaft und der Kapazität eines grossen Teiles der Bevölkerung zu dieser Eigenfinanzierung gegenüber. In Deutschland machen die staatlichen und obligatorischen Ausgaben für das Gesundheitssystem mit fast 10% am BIP erstens deutlich mehr und zweitens fast alle Gesamtausgaben aus, die bei 11,7% liegen.

Reiche Volkswirtschaften geben mehr für ihre Gesundheitsversorgung aus – nicht nur absolut, sondern auch in Relation zum Einkommen. Das weist nicht auf einen Missstand hin, sondern ist Folge davon, dass der Gesundheit neben anderen Konsumausgaben mit zunehmendem Wohlstand ein grösserer Stellenwert zukommt und die Gesundheitsversorgung zugänglicher und qualitativ besser ist. Die Annahme, die Entwicklung der Gesundheitskosten müsse sich parallel zur wirtschaftlichen Entwicklung bewegen, ist somit falsch und wird der steigenden Nachfrage von Gesundheitsleistungen in einer reichen Volkswirtschaft nicht gerecht.

Zielvorgaben beseitigen Ineffizienzen nicht, sondern rationieren Leistungen

Das Kostendämpfungspaket enthält keine Massnahmen zur gezielten Beseitigung der angeblich grossen Ineffizienzen. Anstelle eines gezielten Angehens von postulierten Ineffizienzen werden mit Kostenzielen alle Leistungen über einen Kamm geschoren. Damit können aber keine Ineffizienzen beseitigt werden, sondern notwendige medizinische Leistungen werden rationiert. Das bedeutet, die knappen Ressourcen können aufgrund unvollständiger Information nicht sinnvoll am medizinischen Bedarf ausgerichtet werden. Medizinisch notwendige Leistungen werden nicht mehr allen Patienten zur Verfügung gestellt werden können bzw. in die nächste Budgetperiode verschoben werden. Die Folge ist, dass immer mehr Leistungen vorenthalten werden müssen, und lange Wartezeiten mit den damit verbundenen Folgekosten.

Zielvorgaben senken die Kosten nicht

Die Kantone Genf, Waadt und das Tessin kennen bereits Zielvorgaben im Spitalbereich. Ein dämpfender Effekt auf das Ausgabenwachstum kann dort nicht bestätigt werden. Zielvorgaben führen zu Folgekosten wegen unterlassener Behandlungen. Wenn beispielsweise eine ältere Patientin aufgrund einer Knie-Operation nur ein halbes Jahr länger selbstständig wohnen kann, ist die Operation für die Gesellschaft bereits günstiger.

Unwirtschaftliche Leistungen werden bereits kontrolliert und nicht vergütet

Eine mögliche Überlegung des Bundesrats hinter der Einführung von Zielvorgaben ist, dass Ärztinnen und Ärzte unter einem Kostenziel unwirksame und/oder unwirtschaftliche Leistungen weglassen. Das unterstellt den Ärztinnen und Ärzten, mit vollem Bewusstsein unwirksame und/oder unwirtschaftliche Leistungen zu erbringen. Das ist nicht der Fall, denn es gibt bereits heute Kontroll- und Sanktionsmechanismen bei unwirtschaftlicher Leistungserbringung (Wirtschaftlichkeitsverfahren) und bei falscher oder auffälliger Tarifierung (Tarifcontrolling). Krankenversicherer kontrollieren heute systematisch die Kosten, Leistungserbringung und Tarifierung und fordern Vergütungen zurück. Der Spielraum für die unwirtschaftliche oder exzessive Anwendung von Leistungen ist daher bereits heute gering.

Stärkung von Qualität und Wirtschaftlichkeit ist die sinnvollere Alternative

Durch diese gesetzlich verankerte, umfassende Qualitätsstrategie werden sich alle Ärztinnen und Ärzte an Qualitätsmessungen und Massnahmen zur Qualitätsentwicklung beteiligen. Diese Massnahmen werden ab dem Jahr 2022 in Qualitätsverträgen zwischen den Verbänden der Leistungserbringer und der Versicherer verbindlich vereinbart werden (Art. 58a KVG). Qualitätsmassnahmen wie bspw. Smarter Medicine oder die Stärkung fachspezifischer Qualitätsstandards haben einen kostendämpfenden Effekt, bei gleichzeitiger Erhaltung und Förderung der Versorgungsqualität.

Erstberatungsstellen

Die Massnahme «Erstberatungsstelle» schränkt die Wahlfreiheit der Patienten

unnötig ein, ist versicherungsökonomisch unsinnig, führt zu unnötigen Mehrleistungen und zusätzlichem Aufwand und stärkt die Grundversorgung nicht.

Die Bevölkerung will die freie Wahl

Bei der «Erstberatungsstelle» handelt es sich um eine krasse Form der Einschränkung des freien Zugangs zu Leistungserbringern. Eine verpflichtende Erstberatungsstelle hebt die freie Arztwahl auf. Kein Bürger soll mehr direkt den Leistungserbringer seiner Wahl aufsuchen können. Das entspricht nicht dem Willen der Bevölkerung.

Gleichwohl haben sich heute schon über drei Viertel (77%) der Deutschschweizer Versicherten freiwillig für eine Grundversicherung mit einem alternativen Versicherungsmodell (Hausarztmodell, Telmed-Modell, HMO-Modell) entschieden (INFRAS 2019). Und laut INFRAS-Studie* (INFRAS 2019) suchen 97% der Versicherten mit Hausarztmodell und 99% der Versicherten mit HMO-Modell immer oder meistens zuerst ihre Erstberatungsstelle auf. Auch die Standardversicherten konsultieren in 80% der Fälle zuerst ihre Hausärztin bzw. ihren Hausarzt. Insgesamt suchen 89% der Patientinnen und Patienten ungeachtet des Versicherungsmodells für die Erstkonsultation immer oder meistens den persönlichen Hausarzt oder die eigene HMO-Praxis auf.

Eine verpflichtende Erstberatungsstelle ist versicherungsökonomisch unsinnig

Versicherte, die sich für die Standardversicherung entschieden haben, zahlen höhere Prämien und tragen also die allfälligen Mehrkosten, die ihre Versicherungsform verursacht, selbst. 7% der Versicherten wählen heute den direkten Weg zum Spezialisten. Der

Besuch der Erstberatungsstelle wird also ein notwendiges Übel sein und führt bei den Grundversorgerinnen und -versorgern lediglich zu höherem Aufwand und vollen Wartezimmern.

Pro-Kopf-Pauschalen für die Erstberatung führen zu falschen Anreizen

Bei knappen Ressourcen sind Ärztinnen und Ärzte gezwungen, sich auf ein möglichst gesundes Patientengut zu konzentrieren und komplizierte Fälle mit erhöhtem Behandlungs- bzw. Abklärungsbedarf so gut es geht zu vermeiden. Eine wichtige Voraussetzung für die erfolgreiche Umsetzung des «Modells Erstberatungsstelle» sind ausreichende und gut ausgebildete Hausärztinnen und Hausärzte, qualitativ gute Netzwerke von Hausärzten und Spezialisten und ein Tarifsystem, das vor allem den Zeitbedarf für eine Erstberatung und die weitere Koordination des Behandlungsprozesses angemessen abbildet.

Fazit

Durch Zielvorgaben wird keine Kostensenkung erreicht, sondern eine Verschlechterung der Versorgungsqualität. Eine obligatorische Erstberatungsstelle belastet die Grundversorgung unnötig und führt zu einer weiteren Verknappung der Verfügbarkeit von Grundversorgerinnen und zu vollen Wartezimmern.

Dr. med. Josef Widler

*Siehe auch Studie AGZ.

Dr. med. Josef Widler ist Präsident der Ärztesgesellschaft des Kantons Zürich

«Brücken bauen ist eines der inneren Themen meines Lebens»

Synapse: Worauf führen Sie Ihre gute Wahl am 28. Oktober 2020 in den Zentralvorstand der FMH zurück?

Dr. med. Jana Siroka: Seit über zehn Jahren bin ich in der Standespolitik von uns Schweizer Ärztinnen und Ärzten tätig – zuerst beim VSAO Basel, dann beim VSAO Zürich. Parallel dazu entstanden immer mehr Berührungsfelder mit anderen Stakeholdern im Gesundheitswesen – wie zum Beispiel mit kantonalen Ärztegesellschaften, Fachgesellschaften, H+ und der FMH selbst. Ich denke, diese breite Vernetzung und meine Art, sachorientiert und konstruktiv mit allen Akteuren zusammenzuarbeiten, haben zusammen mit der Unterstützung des VSAO Schweiz zum guten Wahlergebnis geführt.

Welches werden Ihre gesundheitspolitischen Schwerpunkte sein, mit denen Sie sich im FMH-Zentralvorstand beschäftigen werden?

Das Wichtigste für mich ist, ein Fundament zu legen für eine hervorragende Zusammenarbeit zwischen Spitalärzten und niedergelassenen Kollegen, aber auch zwischen Generalisten und Spezialisten, wie beispielsweise zwischen Internisten und Intensivmedizinerinnen. Dies ist insbesondere relevant, da wir unsere Interessen gegenüber anderen Stakeholdern im Gesundheitswesen nur dann stark einbringen können, wenn wir Ärzte und Ärztinnen zusammenhalten. Des Weiteren werde ich mich mit aller Kraft für die Tarifautonomie und therapeutische Freiheit sowohl im ambulanten als auch im stationären Bereich einsetzen. Meine Vision ist es, dass wir Ärztinnen und Ärzte unbesehen von ökonomischen Zwängen die Medizin machen können, welche wirksam, sicher und individuell auf unsere Patientinnen und Patienten eingeht.

Sie waren u.a. vier Jahre Präsidentin der VSAO-Sektion Zürich: Welche politischen Erfahrungen und Erkenntnisse aus dieser Zeit nehmen Sie mit in Ihre Arbeit für den ZV FMH?

Beim VSAO Zürich habe ich ungefähr 5000 Spitalärztinnen und -ärzte vertreten. Ich hatte dort die etwas absurde Situation, als Assistenzärztin einer der

Intensivstationen des USZ Verhandlungen mit dem CEO oder mit dem ärztlichen Direktor des USZ zu führen. Aus dieser Zeit weiss ich, dass es einem stets bewusst sein muss, welchen Hut man trägt. Am Anfang war das sehr aufregend, mit der Zeit habe ich gemerkt, dass überall mit Wasser gekocht wird. Auch in einem grossen, universitären Spital ist sicher, dass man eine hohe Frustrationstoleranz hat. Dass man weiss, auf welche Art man charmant immer wieder auf das gleiche Thema zurückkommt, d.h. in der Verpackung freundlich, aber im Inhalt klar bleibt. Und essentiell ist bei aller Klarheit für die eigenen Ziele Verständnis für eine andere Position. Das spürt das Gegenüber. Damit können sich Lösungswege öffnen.

Wichtig ist auch, die eigenen Schwächen zu kennen und Kolleginnen und Kollegen im Team zu haben, welche einen ergänzen. Susanne Hasse, die Geschäftsführerin des VSAO Zürich und Rechtsanwältin, war ein grossartiger «Sparringpartner» – mit ihr hat es echt Spass gemacht! Sie war immer gut vorbereitet, ich mehr dynamisch mit Talent für Networking. Wir sind als Duo konsistent glaubwürdig und verbindlich aufgetreten, damit erwirbt man sich das Vertrauen der Gesprächspartner. Und dieses Vertrauen ist zentral.

Mit der Zeit kommt dann eine gehörige Portion Gelassenheit dazu und das Wissen, «auch wenn eine Partie mal verloren geht, ist nicht aller Tage Abend».

Wie steht es um die aktuelle Arbeitssituation der Assistenz- und Oberärzte in den Spitälern heute? Besteht Handlungsbedarf?

Leider besteht diesbezüglich immer noch eine prekäre Situation. 2020 hat der VSAO Schweiz erneut eine Umfrage zu den Arbeitsbedingungen durchgeführt. Gemäss Auswertung durch das Institut Demoskop verstossen die Arbeitszeiten bei über 60% von fast 3000 teilnehmenden Assistenz- und Oberärztinnen und -ärzten immer noch gegen das Gesetz. Jede zweite Person steht im Wochenschnitt länger als die rechtlich zulässigen 50 Stunden im Dienst. Hochgerechnet auf ein Vollzeitpensum sind es im Mittel



Dr. med. Jana Siroka ist Fachärztin für Innere und Intensivmedizin und seit 2020 Leiterin Notfall an der Klinik Arlesheim. Foto: Christian Jaeggi

nach wie vor gegen 56 Stunden. Es werden dabei nicht einmal alle geleisteten Stunden erfasst. Die Erhebung zeigt zudem, dass eine grosse Mehrheit der VSAO-Mitglieder – und zwar Männer und Frauen – weniger als die gesetzlich maximal festgelegten 50 Stunden pro Woche arbeiten will. Eine Gruppe von Assistenzärztinnen und -ärzten hat in diesem Zusammenhang von sich aus eine Umfrage für eine 42-Stunden-Woche lanciert, die ein grosses Echo fand. Auch eine in Folge vom VSAO Schweiz durchgeführte Befragung ergab eine klare Zustimmung der 42-Stunden-Woche unter Spitalärztinnen und -ärzten. Ich sehe das berechtigte Bedürfnis, Beruf und Privatleben besser in Einklang zu bringen. Ich sehe aber auch diverse kritische Punkte und Hürden auf diesem

Weg. Als Mitglied des Vorstandes VSAO Schweiz werde ich den Prozess um die erst mal interne VSAO-Diskussion der 42-Stunden-Woche eng mitverfolgen.

Haben Sie sich persönlich bestimmte gesundheitspolitische Ziele gesetzt für Ihre Arbeit im ZV FMH? Welches Ressort würden Sie bevorzugen?

Ich habe das Ressort stationäre Versorgung und Tarife übernommen. Ich freue mich sehr auf die Zusammenarbeit mit meinem Team bei der FMH und kann auf deren fundierte Expertise und Erfahrung zurückgreifen. Durch die Übernahme dieses Ressorts bin ich zum Verwaltungsratsmitglied der SwissDRG AG gewählt worden. Im Spannungsfeld zwischen den Interessen der kantonalen Gesundheitsbehörden, der Versicherer, H+ und der FMH werde ich mich nach allen Kräften einsetzen, in dem stark von Ökonomisierung beeinflussten Bereich die therapeutische Freiheit der Spitalärztinnen und -ärzte zu erhalten. Und mich damit gleichzeitig einsetzen für eine individuelle und qualitativ hochstehende Patientenversorgung.

Welche sind für Sie die grössten politischen Baustellen, die die FMH in den nächsten vier Jahren bearbeiten muss?

Für mich selbst stellt sich immer wieder die Frage nach dem Zusammenhalt der FMH. Nur dann, wenn wir als Schweizer Ärzte und Ärztinnen zusammenhalten, können wir eine gewichtige Stimme in der Schweizer Gesundheitspolitik sein und bleiben. Ein ganz wichtiges Thema sind für uns die zwei Kostendämpfungs-massnahmenpakete des Bundes. Da hat es Massnahmen drin, die aus unserer Sicht die gute medizinische Versorgung in der Schweiz beeinträchtigen. Wir werden uns hier weiterhin mit viel Engagement einsetzen, um die Anliegen der Ärztinnen und Ärzte sowie auch der Patientinnen und Patienten zu vertreten. Ein weiteres zentrales Anliegen ist die Ablösung des TARMED durch einen neuen, sachgerechten und zeitgemässen Tarif. Hier arbeitet die FMH mit Hochdruck daran, dass der neue Tarif TARDOC, welchen die FMH mit curafutura und der MTK entwickelt hat, vom Bundesrat genehmigt wird. Eine weitere wichtige Aufgabe sind die Erhaltung der Attraktivität des Arztberufes und gute Arbeitsbedingungen für Ärztinnen und Ärzte. Insbesondere müssen wir an der Verein-

barkeit von Privatleben, Familie und Beruf arbeiten. Es gibt gemäss ReMed gerade bei jungen Ärztinnen und Ärzten zunehmend Burnouts und Sinnkrisen. Dies ist tragisch, und wir müssen alles daransetzen, diese Kolleginnen und Kollegen zufrieden im schönsten Beruf der Welt zu halten.

Wie hat sich aus Ihrer Sicht die Situation der Frauen in der Medizin in den letzten Jahren verändert? Sind Frauen und Männer in der Medizin gleichgestellt?

Seit vor 150 Jahren die erste Frau an der Universität Zürich ihr Medizinstudium abschloss, hat sich sehr viel getan. Heute sind über 70% der Medizinstudierenden Frauen. Künftig wird ein Grossteil der Stellen von Frauen besetzt werden. Leider gibt es dennoch auch in der Medizin immer noch Fälle von mehr oder weniger offener Diskriminierung von Frauen in verschiedenen Bereichen. Wenn wir uns anschauen, dass von den 70% der Studienabgänger fifty-fifty Oberärztinnen und -ärzte werden, können wir beobachten, dass ab Stufe Leitender Ärztinnen und Ärzte und vor allem auch Chefärztinnen und -ärzte die männlichen Kollegen immer noch klar dominieren. Es sollte im Interesse von uns allen liegen, dass hier ein Systemwechsel stattfindet, denn je diverser – auch geschlechtermässig – ein Team ist, desto besser ist seine Performance.

Wo besteht beim Thema Frauen in der Medizin am meisten Handlungsbedarf?

Meiner Meinung nach sind das die oben genannten Bereiche von Karriere in Wissenschaft und Spitalhierarchie, aber es gibt auch mehr oder weniger verdeckte Ungleichheiten im Bereich des Lohnes. Schwierigkeiten gibt es ebenfalls bei der Vereinbarkeit von Familie und Beruf. Hier wünschen Frauen und Männer zu gleichen Teilen eine bessere Vereinbarkeit. Denn der junge Arzt möchte heute in vielen Fällen seine Kinder ebenfalls aufwachsen sehen und würde gerne Teilzeit arbeiten. Dies ist also kein spezifisches Frauenthema.

Wie beurteilen Sie die Corona-Strategie des Bundesrates?

Der Bundesrat hat die schwierige Aufgabe, immer wieder eine Interessenabwägung zu machen zwischen wirtschaftlichen Anliegen, sozialen Kosten von Corona-Massnahmen und epidemiologi-

schen Argumenten. Diese schwierige Aufgabe bewältigt der Bundesrat aus meiner Sicht – v.a. im europaweiten Vergleich – mit Augenmass. Massgeblich dabei ist unser föderalistisches System, welches ich bei allen Unzulänglichkeiten sehr schätze! Wenn die Pandemie-Situation sich erst einmal entspannt hat, wird man rückwirkend aufarbeiten müssen, was evtl. hätte besser laufen können. Eine Herausforderung ist sicher die Abstimmung und die Kommunikation der verschiedenen Akteure. Hier würde ich mir wünschen, dass die Ärztinnen und Ärzte als sehr wichtige Anspruchsgruppe von den Behörden früher und konsequenter einbezogen würden. Denn wir Ärztinnen und Ärzte sehen in der Praxis sowohl die Angstpatienten, die zunehmenden Depressionen und Existenzängste bis hin zur massiv gestiegenen häuslichen Gewalt. Wir sehen aber auch den beatmeten Patienten und seine Angehörigen, das Long-Covid-Syndrom. Das hilft uns Ärztinnen und Ärzten im einseitigen medialen Dauerfeuer Augenmass zu halten und gerade auch die gravierenden Kollateralschäden der Corona-Massnahmen ernst zu nehmen.

Sind Sie für ein Impf-Obligatorium des Spitalpersonals?

Nein. Meines Erachtens gehört es zu unseren demokratischen Grundwerten, dass hier die Freiheit des Einzelnen hochgehalten wird. Auch würde es meinem Ethos als Ärztin im Innersten widerstreben, wenn ich einem Menschen eine medizinische Handlung aufzwingen müsste. Noch dazu geht es bei Impfungen um eine medizinische Handlung zur Prävention bei gesunden Menschen. Hier muss man deutlich vorsichtiger sein bei der Abwägung von Risiko und Nutzen, als wenn man eine Krankheit behandelt. Ich plädiere klar für eine fundierte Aufklärung der Chancen und Risiken einer Impfung, welche dazu führt, dass die Menschen – also auch Gesundheitspersonal – sich freiwillig dagegen oder dafür entscheiden. Dazu kommt, dass wir bisher nicht wissen, ob eine Impfung zu einer sterilen Immunität führen wird. Wenn das nicht der Fall ist, wäre das Worst-case-Szenario, dass geimpftes Personal im Gesundheitswesen sich mit Covid-19 infiziert, asymptomatisch bleibt und dann ihren Patientinnen und Patienten in Spital oder Praxis das Virus weitergibt. Hier brauchen wir mehr wissenschaftliche Daten.

Sie sind Fachärztin für Innere Medizin und für Intensivmedizin und seit Frühling 2020 Leiterin Notfallmedizin in der Klinik Arlesheim und verbinden damit Schulmedizin mit Anthroposophischer Medizin. Zu welchem medizinischen Selbstverständnis hat diese Kombination bei Ihnen geführt? Welche Rolle spielen dabei die Patienten?

Für diese Frage bin ich dankbar. Denn letztendlich geht es hier um die Patienten. Ich verstehe mich dabei als Mitglied in einem Team. Ein Team, in dem die Patientinnen und Patienten die Kapitäne sind. Die Zeit des Halbgottes in Weiss ist endgültig vorbei. Ich verstehe mich als beratend, unterstützend und nur in akuten Notfällen ohne Patienten-Consent entscheidend. Den allergrössten Teil meiner Weiterbildung habe ich im schulmedizinischen Bereich absolviert. Vom kleinen Regionalspital im Kanton Solothurn bis hin zum Unispital Basel, Baselland und Zürich. Die Anthroposophische Me-

dizin begleitete mich dabei immer als Grundhaltung, in der individuelle Betreuung und Behandlung von Patienten ein zentrales Element spielen. Als Intensivmedizinerin hatte ich viel mit Patienten und ihren Angehörigen in Extremsituationen oder sogar an der Schwelle zwischen Leben und Tod zu tun. Auch hier hat mir meine Auseinandersetzung mit dem anthroposophischen Menschenbild unschätzbare Dienste geleistet. Die Integration von Schulmedizin und Anthroposophischer Medizin war und ist mir dabei immer Selbstverständlichkeit gewesen. An der Klinik Arlesheim habe ich Kolleginnen und Kollegen gefunden, für die das ebenfalls gilt.

Sie haben in einem Text in der SAEZ vom März 2020 Ihr politisches Programm unter den Begriff «Brücken bauen» zusammengefasst. Am Schluss schreiben Sie: «So bin ich wieder in der Region Basel mit in meinen Lieblingsdisziplinen und zu-

gleich am Schweizer Zentrumsspital für Anthroposophische Medizin – um weitere Brücken zu bauen». Welche Brücken meinen Sie?

Brücken bauen ist eines der inneren Themen meines Lebens. Brücken zwischen konventioneller und integrativer Medizin, Brücken zwischen verschiedenen Berufsgruppen, Brücken zwischen Medizinstudierenden und Chefärztinnen. Hierarchische Strukturen haben zunehmend ausgedient. Teamfähigkeit, Interdisziplinarität, pragmatische Lösungsansätze und ein soziales Miteinander, welches mich mit jedem Tag freudig zur Arbeit gehen lässt, sind meine Ziele dabei. Die Zusammenarbeit mit der Kantonalen Ärztesgesellschaft Baselland ist einer der Bereiche, in denen ich mich als Spitalärztin mit meinen niedergelassenen Kollegen als Brückenbauerin verstehe.

Die Fragen stellte Bernhard Stricker, Redaktor Synapse

Nachhaltige (Gesundheits-)Politik?



Karin Hirschi

An die Politik werden hohe Ansprüche gestellt: sie sollte bewährt, umsichtig und vorausschauend sein, vor allem aber «nachhaltig», zumindest bis vor kurzem – unter Corona hat der jahrzehntelang erfolgreiche Begriff etwas gelitten. Dennoch: «Nachhaltig» ist in aller Munde, und alle meinen zu wissen, was es bedeutet. So ungefähr, jedenfalls. Es hat etwas mit dem Schonen von Ressourcen zu tun und mit dem Weltklima, mit äusserst wichtigen Themen also! Und

von diesem Sprungbrett aus hat sich der Begriff in fast jeden anderen Bereich hineinkatapultiert. Ja, man könnte fast sagen, er hat sich zum «Schlagwort par excellence» gemausert. Und das gerade deswegen, weil niemand so genau weiss, was damit gemeint ist: Gummibegriffe waren schon immer beliebt in der Politik. So lässt sich mit dem Nachweis (oder zumindest mit dem Hinweis), dass etwas «nachhaltig» sei, fast jeder politische Schritt legitimieren. Was «nachhaltig» ist, ist diskussionslos gut und gefälligst zu genehmigen. Wer an etwas «Nachhaltigem» zweifelt, riskiert, abqualifiziert zu werden als einer, dem es egal ist, was mit unserem Planeten Erde passiert. Besonders praktisch hat sich erwiesen, dass man nicht begründen muss, warum etwas «nachhaltig» ist, es reicht, wenn man dies feststellt. Genauso lassen sich mit dem Urteil «nicht nachhaltig» missliebige Vorschläge politischer Gegner elegant und bequem vom Tisch wischen. Keine Energieverschwendung also mit aufwendigem Nachdenken! Ein solches Vorgehen muss als wahrhaft «nachhal-

tig» bezeichnet werden; wie viel Energie wurde so schon gespart!

Gehört man jedoch zu jenen Mitbürgern, die noch immer Energie verschwenden mit Nachdenken, schleicht sich ein Unbehagen ein, gerade auch im Hinblick auf die «Nachhaltigkeit» in der Diskussion über Gesundheitskosten. Hier gibt es zahlreiche Synonyme für «nachhaltig», meist enthalten sie das Teilwort «Kosten». Das vereinfacht die Gesundheitspolitik gewaltig! «Nachhaltig» ist, was «kostensparend» ist. Qualität? Menschlichkeit? Was hat das schon mit «Nachhaltigkeit» zu tun?

Dabei geht vergessen: Kein Gesundheitswesen hat je «rentiert», keines war je in diesem Sinn «nachhaltig». Gewiss sollen wir mit den bestehenden Mitteln verantwortungsvoll umgehen, das Gesundheitswesen aber auf «Nachhaltigkeit» zu reduzieren heisst, es zu zerstören.

Dr. med. Karin Hirschi,
Mitglied der Redaktion Synapse

Universitäres Zentrum für Hausarztmedizin beider Basel (uniham-bb)



UNI
BASEL

«SomPsyNet»: Prävention psychosozialer Belastungsfolgen in der Somatik

Ein Basler Modellprojekt zur kollaborativen Versorgung

Im Projekt «SomPsyNet» wird für Patient*innen aus SOMatischen Akutspitälern zur Prävention PSYchosozialer Belastungsfolgen ein Versorgungs-NETZwerk aufgebaut und nachhaltig etabliert. Das Modellprojekt des Gesundheitsdepartements des Kantons Basel-Stadt und des Universitätsspitals Basel (USB) / Klinik für Psychosomatik wird in Zusammenarbeit mit der Frauenklinik des USB, dem Bethesda Spital, der Universitären Altersmedizin Felix Platter, dem St. Claraspital und in Kooperation mit mehr als zwanzig weiteren Partnern aus der Basler Gesundheitsversorgung, unter anderem dem Universitären Zentrum für Hausarztmedizin beider Basel, durchgeführt. Hausärzt*innen kommt an der Schnittstelle zwischen stationärer und ambulanter Versorgung eine wichtige Koordinationsfunktion zu. Daher freuen sich die

Projektverantwortlichen über die Gelegenheit, «SomPsyNet» in der *Synapse* auf der Seite des Universitären Zentrums für Hausarztmedizin beider Basel unter anderen den hausärztlich tätigen Kolleginnen und Kollegen vorstellen zu dürfen. Das Projekt wird durch die Stiftung Gesundheitsförderung Schweiz in Zusammenarbeit mit dem Bundesamt für Gesundheit für die Jahre 2019–2022 mit circa zwei Millionen Franken gefördert.

Hintergrund

In der Schweiz sind 2,2 Millionen Einwohner von nichtübertragbaren Krankheiten (*non-communicable diseases*, NCD), einschliesslich psychischer Störungen, betroffen. In der Gesundheitsversorgung durch die Spitäler steht die Prävention von NCD noch am Anfang. Bereits eingeführt wurden präventive Ansätze zum

Beispiel im kardiovaskulären Bereich, in der Diabetologie und in der Krebsfrüherkennung. Die nationale NCD-Strategie «Prävention nichtübertragbarer Krankheiten» möchte dies intensivieren: Spitäler, Ärzt*innen und weitere Gesundheitsversorger sollen verstärkt zur Prävention beitragen. Auch der Kanton Basel-Stadt engagiert sich seit 2018 mit dem Projekt «SomPsyNet» im Bereich «Prävention in der Gesundheitsversorgung (PGV)». Patient*innen mit körperlichen Erkrankungen in Schweizer Akutspitälern sind häufig auch psychosozial belastet. Somatisch-psychische Multimorbidität betrifft mehr als 30% aller Patient*innen in somatischen Akutspitälern (Rose et al. 2011). Häufigste psychische Komorbiditäten sind Depressionen, Anpassungs- und Angststörungen, Sucht, demenzielle Erkrankungen und andere hirnganische

Störungen sowie funktionelle somatische Syndrome. Ein Problem ist, dass somatisch-psychische Multimorbidität häufig unerkannt oder unbeachtet und deshalb unbehandelt bleibt. Eine Studie des Schweizerischen Gesundheitsobservatoriums (OBSAN) zur somatisch-psychischen Multimorbidität (Tuch 2018) fand in somatischen Akutspitälern bei 11% aller Patient*innen auch die Diagnose einer «psychischen und Verhaltensstörung» gemäss ICD-10. Bei einer erwarteten Prävalenz psychischer Störungen bei Patient*innen somatischer Spitäler von mehr als 30% blieben somit fast 2/3 der Fälle unterdiagnostiziert und unbehandelt. Am häufigsten diagnostiziert wurden gemäss ICD-10 demenzielle Erkrankungen und andere hirnorganische Störungen, depressive und andere affektive Störungen und Suchterkrankungen. Gegenüber rein somatisch Erkrankten wiesen somatisch-psychisch multimorbide Patient*innen folgende signifikante Unterschiede auf: Die Betroffenen waren älter (67 versus 57 Jahre) und hatten mehr chronische Krankheiten. Somatisch-psychische Multimorbidität ging einher mit längeren Spitalaufenthalten (7,6 versus 5,0 Tage) und einer höheren Rehospitalisierungsrate (3,2 vs. 2,5%); dies resultierte in 28% höheren Kosten.

Stepped and Collaborative Care Model (SCCM) für eine Integrierte Versorgung

SomPsyNet ist primär ein Versorgungsprojekt. Das Ziel ist, Patient*innen mit psychischen und/oder sozialen Belastungen bereits während des Spitalaufenthalts frühzeitig zu erkennen und zeitnah geeignete Unterstützungsangebote zu vermitteln, um eine bedarfsgerechte und koordinierte Behandlung zu ermöglichen. Die Vision von SomPsyNet ist, hierfür ein Schweregrad-gestuftes und kooperatives Versorgungsmodell (Stepped and Collaborative Care Model, SCCM, s. Abbildung) zu etablieren. Repräsentant*innen der gesamten Versorgungskette treffen sich als SomPsyNet-Konsortium* (s. Liste Artikelende) in einer jährlichen Generalversammlung. Sie sind in ausgewählten Arbeitsgruppen (somatische Spitäler, Schnittstellen, Patient*innen) und *Work packages* (Evaluation, Screening, Dokumentation, Intervention, Schulung, Nachhaltigkeit) in die Ausgestaltung des Projekts eingebunden. Eine Online-Plattform unterstützt bei der Vernetzung und Koordination der verfügbaren Behandlungsangebote. Diese Vernetzung soll systembezogen dazu beitragen, Kommunikation und Austausch an Schnittstellen zu optimieren, die Kosteneffizienz zu verbessern und idea-

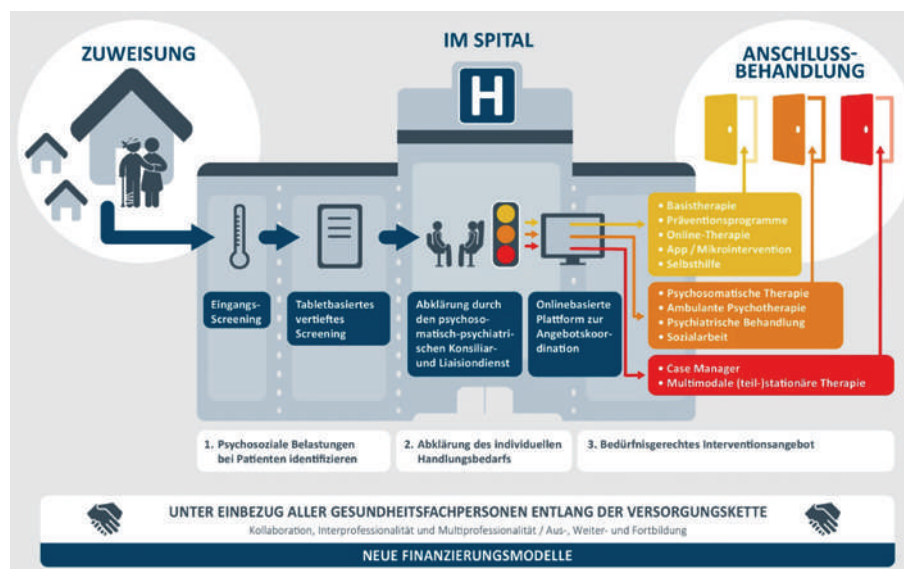


Abbildung: Versorgungsmodell Stepped and Collaborative Care Model (SCCM) zur Prävention psychosozialer Belastungsfolgen in der Akutpsychiatrie

lerweise die Kosten zu senken. Primäres Projektziel ist, die Lebensqualität der Patient*innen zu steigern. Bezogen auf die Prävention ist die Intention sekundärpräventiv (nach Erstmanifestation: Früherkennung zur Schadensbegrenzung) bzw. tertiärpräventiv (bei chronischer Erkrankung: Rehabilitation zur Schadensrevision).

Zweistufiges Screening auf psychosoziale Belastung

Innerhalb des SCCM soll jede Person, die aufgrund einer somatischen Erkrankung auf eine der am Projekt beteiligten Spitalstationen aufgenommen wird – ihr Einverständnis vorausgesetzt –, auf psychosoziale Belastungen gescreent werden. Dieses Screening erfolgt zweistufig:

- Schritt 1: Patient*in, Pflegeperson und Ärzt*in füllen je ein sog. Distress- oder Belastungs-Thermometer aus (visuelle Analogskala [VAS] 0–10), das als *Red flag* für psychosoziale Belastung fungiert. Zusätzlich wird erfasst, wann der letzte Spitalaufenthalt war und ob es sich um eine Rehospitalisierung handelt.
- Schritt 2: Daran anknüpfend erfolgt eine vertiefte Tablet-basierte Befragung mit Screening durch etablierte, standardisierte Fragebögen auf Depressivität (PHQ-8), Ängstlichkeit (GAD-7) und somatische Belastungsstörung (SSD-12). Mitarbeitende der entsprechenden Stationen werden via Online-System und face-to-face über die Studie informiert sowie für ihre Rolle im Screening geschult und damit zugleich für das Erkennen psychosozialer Belastungen sensibilisiert.

Psychosomatisches Konsil

Bei den im Schritt 2 positiv auf psychosoziale Belastung gescreenten Patient*innen

finden – bei entsprechender Zustimmung – während des stationären Aufenthalts idealtypisch zwei ca. 40-minütige psychosomatische Konsilkontakte statt. Diese werden von Mitgliedern der psychosomatischen Konsilteams der beteiligten Spitäler, in der Regel Ärzt*innen oder Psycholog*innen, durchgeführt und finden meist im Patientenzimmer statt. In den Konsilkontakten soll ein Arbeitsbündnis aufgebaut, Verständnis für die psychosoziale Belastung geweckt und eine Erfahrung von Entlastung sowie Aktivierung eigener Ressourcen und Kompetenzen ermöglicht werden. Neben einer diagnostischen Einordnung geht es darum, gemeinsam Problembereiche zu identifizieren, in denen die Patient*in Unterstützung benötigt und wünscht. Dementsprechend erhält sie maximal drei auf den individuellen Bedarf zugeschnittene Behandlungsempfehlungen, beispielsweise die Fortführung aktivierender Physiotherapie, sozialdienstliche Beratung, die Aufnahme einer ambulanten Psychotherapie oder/und eine unterstützende Psychopharmakotherapie. Zur Vermittlung konkreter Unterstützungsangebote wird die Patient*in über eine hierfür aufgebaute Online-Plattform zur Angebotsvermittlung informiert (s. unten). Die Behandlungsempfehlungen werden in den Konsilbericht und – wo möglich – in den Austrittsbericht integriert.

Schnittstellen-Management und Weiterbehandlung

1. **Abgabe der Empfehlungen / des Konsilberichts an die Patient*in:** Im Zentrum des Versorgungsmodells steht die Patient*in, die in ihrer Autonomie, ihren Ressourcen und Kompetenzen gestärkt werden soll.
2. **Klärung, wer die Koordinationsfunktion bei der Umsetzung der Empfehlun-**

gen übernimmt: Mit der Patient*in wird geklärt und im Konsilbericht festgehalten, ob sie die Umsetzung der Empfehlungen selbst in die Hand nimmt oder ob sie bei der Koordination Unterstützung benötigt und – falls ja – durch wen. Als Koordinationsperson kommt in der Regel die Hausärzt*in in Frage, daneben Angehörige, mit denen die Patient*in ihren Bedarf bespricht, oder andere Personen, zum Beispiel im Rahmen eines Case-Managements (Spital, Versicherung, Arbeitgeber, Ligen, Gesundheitsdepartement) oder einer Spitex (Dienst für «spitalexterne Hilfe und Pflege»). Bei Bedarf kann die Patient*in einen Termin in der Psychosomatischen Ambulanz der zuständigen Einrichtung vereinbaren.

3. Die Hausärzt*in erhält den Austrittsbericht, gegebenenfalls auch den psychosomatischen Konsilbericht. Bei der Unterstützung zur Umsetzung der Empfehlungen kommt den Hausärzt*innen typischerweise eine zentrale Koordinationsfunktion zu.

4. Online-Plattform zur Angebotsvermittlung: Zusammen mit zahlreichen Partner*innen, unter anderem Doc24.ch ist eine Online-Plattform im Aufbau, die verfügbare Angebote übersichtlich auflistet. Sie deckt ein breites Spektrum ab von Fachpersonen für Medizin, Psychosomatik, Psychiatrie und Psychotherapie, Angeboten für spezifische Erkrankungen und Behandlungssituationen, komplementären Therapieangeboten, Selbsthilfe und sozialer Unterstützung bis hin zu tagesklinischen und stationären Angeboten. Die Online-Plattform dient als Hilfestellung für das Auffinden passender Unterstützungsmöglichkeiten durch die Patient*innen selbst, Angehörige, Hausärzt*innen oder andere Koordinationspersonen.

5. Folge-Telefonat ca. 4–6 Wochen nach Entlassung als dritter Konsilkontakt: In einem telefonischen Nachgespräch wird exploriert, wie es der Patient*in aktuell geht, wie der Verlauf bis hierhin war und ob sie die Empfehlungen umsetzen konnte. Falls nein, wird geklärt, ob die Unterstützung bei der Koordination zur Umsetzung der Empfehlungen funktioniert, wo gegebenenfalls Hindernisse liegen und was oder wer bei deren Bewältigung helfen könnte. Auch hier sind die behandelnden Hausärzt*innen primäre Ansprechpartner*innen. Bei Bedarf kann die Patient*in einen Termin in der Psychosomatischen Ambulanz der zuständigen Einrichtung vereinbaren.

Phasenweise Einführung des SCCM

Das Versorgungsmodell SCCM wird schrittweise in den Spitälern auf den verschiedenen Stationen eingeführt, wobei der Beginn von Phase 2 auf den an der Evaluationsstudie (s. unten) beteiligten Stationen randomisiert erfolgt:

- **Phase 0** (ca. bis Oktober 2020): In dieser Phase erfolgte *Treatment as usual*.
- **Phase 1** (ca. seit Oktober 2020): Neu wird die Einschätzung der psychosozialen Belastung durch Patient*in, Pflegefachpersonal und Ärzt*in jeweils mit einem Distress-Thermometer (VAS 0–10) in den Spitalalltag eingeführt, noch ohne die Konsequenz einer möglichen Konsilauslösung. Diese Phase entspricht einer Sensibilisierung des Spitalpersonals bezüglich der psychosozialen Belastung der Patient*innen.
- **Phase 2** (ca. ab März 2021): Mit dieser Phase erfolgt die Implementierung des vollständigen SCCM (zweistufiges Screening, ggf. resultierendes psychosomatisches Konsil inkl. Bahnung einer geeigneten Schweregradgestuften Anschlussbehandlung).

Evaluationsstudie

Für die Nachhaltigkeit von SomPsyNet wird das Bereitstellen von Evidenz als entscheidend erachtet. Das Projekt wird in Zusammenarbeit mit dem Schweizerischen Tropen- und Public Health-Institut (Swiss TPH) und dem Institute of Pharmaceutical Medicine (ECPM) der Universität Basel in ausgewählten Bereichen wissenschaftlich evaluiert. Studiendesign ist ein *stepped wedge – cluster randomized trial* (SW-CRT), der eine phasenweise Einführung des Versorgungsmodells auf den beteiligten Stationen vorsieht, wobei der Startzeitpunkt der Implementierung des vollständigen SCCM (Phase 2, s. oben) randomisiert stattfindet. Hauptziel der Evaluationsstudie ist die Überprüfung der Wirksamkeit des Versorgungsmodells SCCM. Dazu erfolgt eine Basisbefragung im Rahmen des stationären Aufenthalts sowie eine Nachbefragung psychosozial belasteter Patient*innen sechs Monate später. Ausserdem werden qualitative Interviews mit unterschiedlichen Akteur*innen des SCCM durchgeführt. Ergänzend erfolgen gesundheitsökonomische Analysen auf der Grundlage von Krankenversicherer-Daten in Kooperation mit dem ECPM. Wir erwarten, dass in den beteiligten Spitälern bis zu 3000 Patient*innen aus den Bereichen Innere Medizin, Rheumatologie, (muskuloskeletale) Rehabilitation, Gynäkologie und Geriatrie in die Studie eingeschlossen werden, von denen ca. 300 Patient*innen ein Konsilangebot erhalten. Die Ethikkommission Nordwest-

und Zentralschweiz (EKNZ) hat die Durchführung der Studie genehmigt (Project-ID 2019–01724). Die Studie ist unter ClinicalTrials.gov registriert (Identifizier: NCT04269005).

Ausblick

Am Donnerstag, 20.5.2021, 13.15–18.15 Uhr soll im Rahmen von SomPsyNet der «1. Tag der Psychosozialen Gesundheit» im Hotel Odelya in Basel stattfinden, zu dem wir Sie an dieser Stelle herzlich einladen (Link: <https://www.gesundheit.bs.ch/sompsynet/fuer-fachpersonen/veranstaltungen.html>). Das vorgestellte Versorgungsmodell und -netzwerk ist eines der ersten seiner Art und weist einen Pioniercharakter auf. Im Erfolgsfall besteht die Gelegenheit zur Multiplikation des SCCM auf andere Regionen der Schweiz.

Geldgeber

Das Projekt SomPsyNet wurde von Gesundheitsförderung Schweiz (GFCH) in Zusammenarbeit mit dem Bundesamt für Gesundheit (BAG) unter Projekt-Nr. 18.191/K50001 gefördert und durch eigene Mittel des Gesundheitsdepartements des Kantons Basel-Stadt, der Klinik für Psychosomatik des Universitätsospitals und der Universität Basel, des Bethesda Spitals, der Universitären Altersmedizin FELIX PLATTER und des St. Claraspitals unterstützt. Die externen Geldgeber des Projekts waren weder an der Gestaltung des Studiendesigns noch bei der Sammlung, Analyse und Interpretation der Daten, beim Erstellen des Textes oder bei der Entscheidung, den Artikel/Beitrag zur Veröffentlichung einzureichen, beteiligt.

Literatur:

- 1 Rose M, Wahl I, Crusius J, Löwe B. Psychische Komorbidität. Eine Herausforderung in der Akutversorgung. Bundesgesundheitsbl. 2011;54:83–9.
- 2 Tuch A. Somatisch-psychische Komorbidität in Schweizer Akutspitälern. OBSAN Bulletin 01/2018; <https://www.obsan.admin.ch/de/publikationen/somatisch-psychische-komorbiditaet-schweizer-akutspitaelern> (letzter Zugriff: 31.12.2020).

Autor*innen:

Rainer Schaefer¹, Klaus Bally², Alexander Frick¹, Seraina Caviezel¹, Iris Banteli¹, Anja Studer³, Lara Riedo³, Marco Bachmann⁴, Sibyl Tschudin⁵, Andreas Dörner⁶, Thomas Leyher^{7,8}, Matthias Schwenkglens⁹, Günther Fink^{10,11}, Kaspar Wyss^{10,11}, Christina Karpf⁹, Gunther Meinschmidt^{12,13} und das SomPsyNet-Konsortium*

¹Klinik für Psychosomatik, Universitätsspital und Universität Basel, Basel, Schweiz

²Universitäres Zentrum für Hausarztmedizin beider Basel

³Gesundheitsdepartement des Kantons Basel-Stadt, Basel, Schweiz

⁴Klinik für Psychiatrie und Psychosomatik, Bethesda Spital AG, Basel, Schweiz

⁵Frauenklinik, Universitätsspital und Universität Basel, Schweiz

⁶St. Claraspital, Medizinische Klinik, Basel, Schweiz

⁷Alterspsychiatrie, Universitäre Altersmedizin FELIX PLATTER, Basel, Schweiz

⁸Zentrum für Alterspsychiatrie, Universitäre Psychiatrische Kliniken, Basel, Schweiz

- ⁹ Institut für Pharmazeutische Medizin (ECPM), Universität Basel, Basel, Schweiz
- ¹⁰ Schweizerisches Tropen- und Public Health-Institut, Basel, Schweiz
- ¹¹ Universität Basel, Basel, Schweiz
- ¹² Abteilung für Klinische Psychologie und Verhaltenstherapie, Internationale Psychoanalytische Universität Berlin, Berlin, Deutschland
- ¹³ Abteilung für Klinische Psychologie und Epidemiologie, Fakultät für Psychologie, Universität Basel, Basel, Schweiz

* SomPsyNet-Konsortium:

- Rainer Schaefer, Klinik für Psychosomatik, Universitätsspital und Universität Basel, Basel, Schweiz
- Klaus Bally, Universitäres Zentrum für Hausarztmedizin beider Basel
- Alexander Frick, Klinik für Psychosomatik, Universitätsspital und Universität Basel, Basel, Schweiz
- Seraina Caviezel, Klinik für Psychosomatik, Universitätsspital und Universität Basel, Basel, Schweiz
- Iris Banteli, Klinik für Psychosomatik, Universitätsspital und Universität Basel, Basel, Schweiz
- Anja Studer, Gesundheitsdepartement des Kantons Basel-Stadt, Abteilung Prävention, Basel, Schweiz
- Lara Riedo, Gesundheitsdepartement des Kantons Basel-Stadt, Abteilung Prävention, Basel, Schweiz
- Marco Bachmann, Klinik für Psychiatrie und Psychosomatik, Bethesda Spital AG, Basel, Schweiz
- Sibyl Tschudin, Frauenklinik, Universitätsspital und Universität Basel, Schweiz
- Andreas Dörner, St. Claraspital, Medizinische Klinik, Basel, Schweiz
- Thomas Leyhe, Alterspsychiatrie, Universitäre Altersmedizin FELIX PLATTER, Basel, Schweiz; Zentrum für Alterspsychiatrie, Universitäre Psychiatrische Kliniken, Basel, Schweiz
- Matthias Schwenkglenks, Institut für Pharmazeutische Medizin (ECPM), Universität Basel, Basel, Schweiz
- Günther Fink, Schweizerisches Tropen- und Public Health-Institut, Basel, Schweiz; Universität Basel, Basel, Schweiz
- Kaspar Wyss, Schweizerisches Tropen- und Public Health-Institut, Basel, Schweiz; Universität Basel, Basel, Schweiz
- Christina Karpf, Gesundheitsdepartement des Kantons Basel-Stadt, Abteilung Prävention, Basel, Schweiz
- Gunther Meinschmidt, Klinik für Psychosomatik, Universitätsspital und Universität Basel, Basel, Schweiz; Abteilung für Klinische Psychologie und Verhaltenstherapie, Internationale Psychoanalytische Universität Berlin, Berlin, Deutschland; Abteilung für Klinische Psychologie und Epidemiologie, Fakultät für Psychologie, Universität Basel, Basel, Schweiz
- Nicola Julia Aebi, Schweizerisches Tropen- und Public Health-Institut, Basel, Schweiz; Universität Basel, Basel, Schweiz
- Gabriele Bales, Universitäre Altersmedizin FELIX PLATTER, Basel, Schweiz

- Katharina Sophie Barthelmeß, Klinik für Psychosomatik, Universitätsspital und Universität Basel, Basel, Schweiz
- Stefano Bassetti, Klinik für Innere Medizin, Universitätsspital Basel, Basel, Schweiz; Departement Klinische Forschung, Universitätsspital und Universität Basel, Basel, Schweiz
- Reto Baumgartner, Sozialversicherungsanstalt Basel-Landschaft, Binningen, Schweiz
- Stefanie Bosman, St. Claraspital, Medizinische Klinik, Basel, Schweiz
- Virginie Bourquin, Klinik für Psychosomatik, Universitätsspital und Universität Basel, Basel, Schweiz
- David Büchel, Klinik für Psychosomatik, Universitätsspital und Universität Basel, Basel, Schweiz
- Luka Damjanov, Klinik für Psychosomatik, Universitätsspital und Universität Basel, Basel, Schweiz
- Lukas Ebner, Klinik für Psychosomatik, Universitätsspital und Universität Basel, Basel, Schweiz
- Jennifer Erb, Klinik für Psychosomatik, Universitätsspital und Universität Basel, Basel, Schweiz
- Peter Ettl, Stiftung Rheinleben, Basel, Schweiz
- Elvira Fasel, Klinik für Psychiatrie und Psychosomatik, Bethesda Spital AG, Basel, Schweiz
- Lavinia Flückiger, Gesundheitsdepartement des Kantons Basel-Stadt, Abteilung Sucht, Basel, Schweiz
- Johanna Fremmer, Klinik für Psychosomatik, Universitätsspital und Universität Basel, Basel, Schweiz
- Florian F. Grossmann, Bereich Medizin, Fachbereich Pflege, Universitätsspital Basel, Basel, Schweiz
- Anja Hermann, Direktion Pflege/MTT, Universitätsspital und Universität Basel, Basel, Schweiz
- Matthew Hotopf, Department of Psychological Medicine, Institute of Psychiatry, Psychology and Neuroscience, King's College London, London, Vereinigtes Königreich
- Lydia Isler-Christ, Sevogel-Apotheke, Basel, Schweiz; Baselstädtischer Apotheker-Verband, Basel, Schweiz
- Maria C. Katapodi, Departement Klinische Forschung, Universität Basel, Basel, Schweiz; University of Michigan School of Nursing, Ann Arbor, MI, USA
- Robert C. Keller, Schweizerische Herzstiftung, Bern, Schweiz
- Sabrina Klimmeck, Bereich Medizin, Universitätsspital Basel, Basel, Schweiz
- Melinda Kress, Klinik für Psychosomatik, Universitätsspital und Universität Basel, Basel, Schweiz
- Yvonne Künstle, Klinik für Psychosomatik, Universitätsspital und Universität Basel, Basel, Schweiz
- Undine E. Lang, Klinik für Erwachsene, Universitäre Psychiatrische Kliniken (UPK), Basel, Schweiz
- Peter Schwob, Verband der PsychotherapeutInnen beider Basel VPB, Basel, Schweiz
- Sonja Seelmann, Klinik für Innere Medizin, Universitätsspital Basel, Basel, Schweiz
- Gayoung Son, Klinik für Psychosomatik, Universitätsspital und Universität Basel, Basel, Schweiz
- Thomas Steffen, Gesundheitsdepartement des Kantons Basel-Stadt, Medizinische Dienste, Basel, Schweiz
- Friedrich Stiefel, Service de Psychiatrie de Liaison, Centre Hospitalier Universitaire Vaudois, Lausanne, Schweiz
- Marion Tegethoff, Institut für Psychologie, RWTH Aachen, Aachen, Deutschland
- Corinne Urech, Gyn. Sozialmedizin und Psychosomatik, Frauenklinik, Universitätsspital und Universität Basel, Basel, Schweiz
- Thomas von Allmen, Gesundheitsdepartement des Kantons Basel-Stadt, Gesundheitsversorgung, Basel, Schweiz
- Lilly-Sophie Walzer, Klinik für Psychosomatik, Universitätsspital und Universität Basel, Basel, Schweiz
- Sybille Werner, Klinik für Psychosomatik, Universitätsspital und Universität Basel, Basel, Schweiz
- Andrea Wetz, Rheumaliga beider Basel, Basel, Schweiz
- Dragana Weyermann, Patientenstelle Basel, Basel, Schweiz
- Christoph Zäh, Klinik für Psychosomatik, Universitätsspital und Universität Basel, Basel, Schweiz
- Diana Zwahlen, Klinik für Psychosomatik, Universitätsspital und Universität Basel, Basel, Schweiz

Weitere Infos:

<https://www.gesundheit.bs.ch/sompsynet.html>

<https://gesundheitsfoerderung.ch/pgv/geofoerderte-projekte/sompsynet.html>

Kontakt: sompsynet@usb.ch

Ansprechpartner*innen:

- Gesundheitsdepartement Basel-Stadt: Lara Riedo, MSc; Anja Studer, MSc; Tel.: +41 (0)61 267 45 88, E-Mail: lara.riedo@bs.ch; anja.studer@bs.ch
- USB / Klinik für Psychosomatik: Dr. phil. Iris Banteli, PhD; Tel.: +41 (0)61 328 57 45, E-Mail: iris.baenteli@usb.ch

Impressum

Anschrift der Redaktion

Redaktion Synapse
EMH Schweizerischer Ärzteverlag AG
Farnsburgerstrasse 8, CH-4132 Muttenz
E-Mail: synapse@emh.ch

Mitglieder der Redaktion

Dr. med. Tobias Eichenberger, Facharzt für Urologie FMH
Dr. med. Burkhard Gierer, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie FMH
Dr. med. Karin Hirschi-Schiegg
Dr. med. Christiane Leupold-Gross, Fachärztin für Allgemeine Innere Medizin FMH
Dr. med. Carlos Quinto MPH, Facharzt für Allgemeinmedizin FMH
Bernhard Stricker, lic. phil., Redaktor BR, Bern
Ruedi Bienz, ehemaliger Geschäftsführer EMH

Verantwortlicher Fortbildungskalender

Dr. med. Julian Mettler, E-Mail: julian.mettler@hin.ch
www.fortbildungskalender-synapse.ch

Verlag

EMH Schweizerischer Ärzteverlag AG
Farnsburgerstrasse 8, CH-4132 Muttenz
Tel. 061 467 85 55, Fax 061 467 85 56
E-Mail: verlag@emh.ch
www.emh.ch

© 2021 by EMH Schweizerischer Ärzteverlag AG, Basel.
Alle Rechte vorbehalten. Nachdruck, elektronische Wiedergabe und Übersetzung, auch auszugsweise, nur mit schriftlicher Genehmigung des Verlages gestattet.

Layout, Satz, Litho

EMH Schweizerischer Ärzteverlag AG, Muttenz

Druck

Vogt-Schild Druck AG, Derendingen

Erscheinungsweise

erscheint sechsmal jährlich

Abonnementskosten

Jahresabonnement CHF 50.–

Inserate

EMH Schweizerischer Ärzteverlag AG
Farnsburgerstrasse 8, CH-4132 Muttenz
Tel. 061 467 85 04, Fax 061 467 85 56
E-Mail: info@emh.ch

«Synapse» im Internet: www.synapse-online.ch

Redaktionsschluss der nächsten Ausgabe: 22.3.2021

printed in
switzerland



Geschäftsstelle Ärztesgesellschaft Baselland

Hofackerstrasse 40A, CH-4132 Muttenz
Tel. 061 465 50 50, E-Mail: aeg-bl@hin.ch
www.aerzte-bl.ch



Sekretariat Medizinische Gesellschaft Basel

Dr. Jennifer Langloh-Wetterwald
Freie Strasse 3/5, CH-4001 Basel
Tel. 061 560 15 15, Fax 061 560 15 16
E-Mail: info@medges.ch
www.medges.ch