

vsao Journal

Das Journal des Verbandes Schweizerischer Assistenz- und Oberärztinnen und -ärzte

Digital

Von Maschinen und Menschen

Seite 28

Politik

Die Umfrage zeigt
Bedenkliches

Seite 6

Reisemedizin

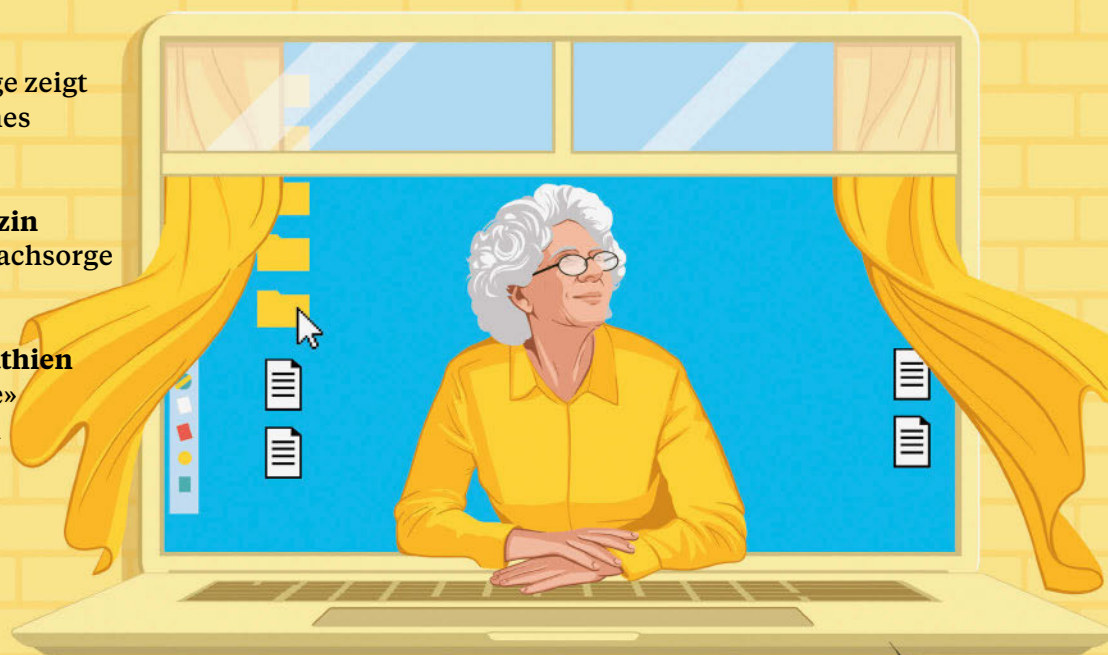
Vor- und Nachsorge

Seite 52

Tendinopathien

«Handfeste»
Schmerzen

Seite 54



Bei uns sind Sie im Vorteil!



Medizinerin oder Mediziner ist man nicht nur während der Arbeitszeit.

Notfallhilfe im Flugzeug, bei einem Autounfall, als Passant oder Besucher. Mit der individuellen Zusatzdeckung Notfall-Hilfeleistung der Allianz und des mediservice vsao-asmac sind Sie rund um die Uhr und weltweit bedarfsgerecht geschützt.

Durch die **Zusatzdeckung Notfall-Hilfeleistung** in Ihrer Privathaftpflichtversicherung sind Schäden, die durch die Leistung von Notfallhilfe entstehen, prämienfrei mitversichert. Auch sämtliche Nebenleistungen wie Anwalts-, Gerichtskosten oder Zinsen sind gedeckt und Ihr Selbstbehalt entfällt. **Eine Versicherung für all diejenigen, die in ihrer Arbeit mehr als nur einen Beruf sehen.**

4 wichtige Vorteile

Prämienfreie Mitversicherung von Schäden, die durch die Leistung von Notfallhilfe entstehen	Deckung sämtlicher Nebenleistungen (Zinsen, Anwalts- und Gerichtskosten etc.)	Weltweiter Schutz rund um die Uhr	Kein Abzug des vereinbarten Selbstbehalts
---	---	-----------------------------------	---

Kontaktieren
Sie uns jetzt für
eine individuelle
Offerte



Allianz Suisse
Firmen-/Verbandsvergünstigungen

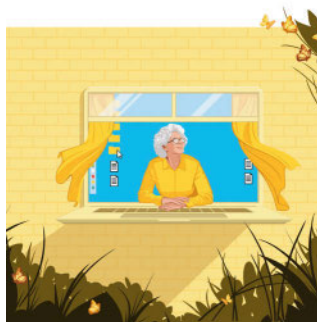
Postfach | 8010 Zürich
T +41 58 358 50 50 | verguenstigungen@allianz.ch

oder die Generalagentur in Ihrer Nähe

ALLIANZ.CH

allianzsuisse   

 **mediservice**
vsao | asmac



Digital
Von Maschinen und Menschen
Coverbild: Stephan Schmitz

Editorial

- 5 Wie intelligent darfs denn sein?

Politik

- 6 Lange Arbeitszeiten, Erschöpfung und mehr Teilzeit
- 9 Neue Kräfte für alte Probleme

Weiterbildung / Arbeitsbedingungen

- 12 «Von Patientinnen und Patienten erhalte ich nur positive Rückmeldungen»
- 15 Auf den Punkt gebracht
- 16 Die «Allgemeinen Lernziele» in der ärztlichen Weiterbildung: Umfrage des SIWF
- 18 SIWF-Award: Besonderes Engagement für die Weiterbildung
- 21 Im AA-Universum

vsao

- 22 Neues aus den Sektionen
- 26 vsao-Inside
- 27 vsao-Rechtsberatung

Fokus: Digital

- 28 Entscheidung und Würde im Zeitalter der KI
- 30 Rückkehr zum Ursprung der Sprache
- 34 Die Kinder des Silicon Valleys
- 36 Virtuelle Neurorehabilitation
- 40 KI ist keine Pandemie
- 42 Wer hats erfunden?
- 44 Wer hat wie lange Zugriff?
- 46 Wir wollen nur das Beste?
- 50 Kommt die Post morgen noch?

Perspektiven

- 52 Aktuelles aus der Reisemedizin: Vor- und Nachsorge Herausforderungen der Reisemedizin
- 54 Aus der «Praxis»: Tendinopathien – häufige Diagnosen in der Handchirurgie
- 59 Der besondere Ort

mediservice

- 60 Briefkasten
- 62 Auf die Plätze, fertig, loslassen
- 64 Wer zahlt bei Ausfall wegen Krankheit?

Medpension

- 65 Langfristig erfolgreich für unsere Versicherten
Der Geschäftsbericht 2022 ist online

- 66 Impressum

Allgemeine Innere Medizin

32 h

15. – 18.11.2023 Zürich 

Innere Medizin

20. – 24.06.2023 Zürich 
39 SGAIM

Hausarzt Fortbildungstage

07. – 08.09.2023 Basel 
14 SGAIM

14. – 15.09.2023 Bern 
14 h

22. – 23.09.2023 Luzern 
14 SGAIM

Allergologie

13 h

04. – 05.12.2023 Zürich 

Diabetes

09. – 11.11.2023 Zürich 
21 SGAIM / 20 SGED

EKG – Aufbaukurs

23. – 24.10.2023 Zürich 
14 SGAIM / 16 SSAPM

Gynäkologie

24 h

30.11. – 02.12.23 Zürich 

Kardiologie

14 h

10. – 11.11.2023 Zürich 

Nephrologie

08. – 09.09.2023 Zürich 
12 SGN / 11 SGAIM

Pädiatrie

24 h

23. – 25.10.2023 Zürich 

Psychiatrie und Psychotherapie

24 h

30.11. – 02.12.23 Zürich 

Psychologie

21 h

07. – 09.12.2023 Zürich 

Rheumatologie

14 h

20. – 21.06.2023 Zürich 

Update Refresher

Information / Anmeldung

Tel.: 041 567 29 80 | info@fomf.ch

www.fomf.ch

 Hybrid: Teilnahme vor Ort oder via Livestream



PROFITIEREN SIE VON EXKLUSIVEN VORTEILEN.



Dank der Partnerschaft zwischen mediservice vsao-asmac und SWICA sowie dem BENEVITA Bonusprogramm erhalten Sie bis zu 30 Prozent* Prämienrabatt auf ausgewählte Zusatzversicherungen.

*Mehr erfahren
Telefon 0800 80 90 80 oder swica.ch/mediservice

In Partnerschaft mit



WEIL GESUNDHEIT
ALLES IST **SWICA**



Catherine Aeschbacher
Chefredaktorin vsao Journal

Wie intelligent darfs denn sein?

Ein genialer Unternehmer baut in seiner Fabrik menschenähnliche Maschinen, die er als Arbeitssklaven weltweit verkauft. Eines Tages lehnen sich diese Maschinen auf und töten nicht nur ihren Schöpfer, sondern vernichten die gesamte Menschheit. Das ist – kurz zusammengefasst – die Handlung des Theaterstücks «R.U.R.» geschrieben 1920 vom tschechischen Schriftsteller Karel Čapek. Das Stück und sein Autor sind in Vergessenheit geraten, nicht jedoch der Name, den Čapek seinen Maschinen gab: «Roboter». Der Begriff hat sich global durchgesetzt. Geblieben ist die Angst, der Mensch könnte durch seine eigene Schöpfung, wenn nicht vernichtet, so doch überflügelt und dominiert werden. Diese Befürchtung prägt auch die aktuellen Diskussionen um künstliche Intelligenz KI und ChatGPT. Wie intelligent darf künstliche Intelligenz sein? Und wie erkennt man, ob etwas von Menschen geschaffen oder von Maschinen produziert ist?

In unserm Schwerpunkt «Digital» kommen sowohl die Möglichkeiten und Chancen als auch die Grenzen und Risiken von KI zur Sprache. Wir befassen uns mit der Sprache, die dank Emojis wieder zu den Ursprüngen zurückkehrt oder mit der Generation Z, der ersten Generation, die mit der Digitalisierung aufgewachsen ist. Was bringt KI für die Medizin und für Ärztinnen und Ärzte? Mit dieser Frage befassen sich gleich mehrere Beiträge. Schliesslich hat die Redaktion einen Selbstversuch unternommen und nach Stichwörtern eigene Bilder generiert. Die Resultate finden sich im Fokus-Teil. Der bekannte Comic-Zeichner und Illustrator Jared Murali hat dazu einen Kommentar verfasst.

KI hat zumindest in den Schweizer Spitälern noch nicht dazu geführt, dass Ärztinnen und Ärzte unterbeschäftigt sind. Das zeigen die Resultate der jüngsten Mitgliederumfrage. Die durchschnittliche Arbeitszeit liegt bei etwas mehr als 56 Stunden, also klar über den gesetzlichen Vorgaben. Rund die Hälfte fühlt sich denn auch ab und zu oder häufig emotional und/oder körperlich ausgelaugt. Kein Wunder, dass sich nicht wenige einen Berufsausstieg überlegen. Um dies möglichst zu vermeiden, hat der vsao zu einem Runden Tisch eingeladen. Alle wichtigen Akteure im Gesundheitswesen sind aufgerufen, gemeinsam Lösungen zu entwickeln, um einem drohenden Ärztemangel vorzubeugen. Mehr dazu im Politik-Teil.

Noch ein Wort in eigener Sache: Nach 20 Jahren wird es Zeit, die Leitung des vsao Journals in jüngere Hände zu übergeben. Es freut mich sehr, dass wir mit Regula Grünwald eine äusserst fähige Nachfolgerin gefunden haben. Ich wünsche ihr an dieser Stelle von Herzen viel Erfolg! Ihnen, verehrte Leserinnen und Leser, danke ich ebenso herzlich für Ihr ungebrochenes Interesse am vsao Journal. Es war mir immer eine Freude und eine Ehre, für Sie tätig zu sein.

Lange Arbeitszeiten, Erschöpfung und mehr Teilzeit

Die Resultate der diesjährigen Mitgliederumfrage zeigen:

Das Arbeitsgesetz wird weiterhin sehr oft missachtet.

Die Ärztinnen und Ärzte sind zunehmend müde und erschöpft, und die strukturierte Weiterbildung findet nicht im geforderten Mass statt.

Oliviero Reusser, Mitarbeiter Politik und Kommunikation, vsao



Bereits zum vierten Mal führte der vsao in diesem Jahr in Zusammenarbeit mit dem Institut Demoscope eine Mitgliederbefragung durch. Alle drei Jahre fühlt er damit seinen Mitgliedern den Puls und erfasst, wie es den Assistenz- und Oberärztinnen und -ärzten in der Schweiz geht.

Eine gute Nachricht vorneweg: Mit 3240 Antworten ist die Aussagekraft der Umfrage äusserst hoch und vergleichbar mit den früheren Befragungen. Die Mitglieder sind weiterhin motiviert, die Umfrage zu beantworten und so einen für die

Arbeit des Verbandes enorm wertvollen Beitrag zu leisten. Alle Mitglieder, die in der Schweiz als Assistenz- oder Oberärztinnen und -ärzte arbeiten, erhielten einen persönlichen Zugang zum Fragebogen mit über 20 Fragen rund um Themen wie die Arbeitszeit, die persönliche Belastung, die Weiter- und Fortbildung und die Delegierbarkeit von administrativen Aufgaben. Dank diesen Antworten können die Entwicklungen in Bezug auf die Arbeitsbedingungen der Ärztinnen und Ärzte über einen längeren Zeitraum hinweg verglichen werden.

Das Arbeitsgesetz wird regelmässig missachtet

Die meisten Erkenntnisse der Umfrage sind leider unerfreulich. Auch in der diesjährigen Umfrage zeigt sich, dass die gesetzlich maximal erlaubte Höchstarbeitszeit von 50 Stunden pro Woche bei einem grossen Teil der Befragten regelmässig überschritten wird. So arbeiten 43% im Schnitt mehr als 52 Stunden pro Woche. Hochgerechnet auf ein 100-Prozent-Pensum betrug die durchschnittliche wöchentliche Arbeitszeit 56,3 Stunden und lag damit sogar leicht höher als 2019 (55,7

Veränderungen 2013 bis 2022

	2022	2019	2016	2013	Veränderung 2019 bis 2022	Veränderung 2013 bis 2022
Durchschnittliche wöchentliche Arbeitszeit						
Gemäss Arbeitsvertrag	45.0 Std.	45.0 Std.	45.5 Std.	46.0 Std.	-	signifikant ↓
Beschäftigungsgrad/Pensum gemäss Arbeitsvertrag	90.3%	91.1%	92.2%	91.4%	signifikant ↓	signifikant ↓
Effektiv erbracht	50.7 Std.	50.6 Std.	51.3 Std.	51.2 Std.	↑	↓
Effektiv erbracht, aufgerechnet auf ein 100%-Pensum	56.3 Std.	55.7 Std.	55.6 Std.	56.6 Std.	signifikant ↑	↓
Differenz effektive durchschnittliche Arbeitszeit und wöchentliche Arbeitszeit gemäss Arbeitsvertrag	5.8 Std.	5.8 Std.	5.8 Std.	5.2 Std.	-	signifikant ↑
Gemeldet/registriert	48.2 Std.	48.1 Std.	48.6 Std.	48.7 Std.	↑	↓
Gemeldet/registriert, aufgerechnet auf ein 100%-Pensum	53.6 Std.	52.9 Std.	52.7 Std.	53.8 Std.	signifikant ↑	↓
Differenz effektive durchschnittliche Arbeitszeit und gemeldet/registriert	2.3 Std.	2.5 Std.	2.6 Std.	2.2 Std.	↓	↑
Kumulierte Überstunden	133.8 Std.	137.3 Std.	141.0 Std.	140.8 Std.	signifikant ↓	signifikant ↓
Arbeitet nie 7 Tage am Stück	64%	60%	54%	46%	signifikant ↑	signifikant ↑
Abweichung Arbeitsgesetz	68%	62%	66%	69%	signifikant ↑	↓

↓ Positive/tendenziell positive Veränderung
= Wert hat abgenommen

↑ Positive Veränderung
= Wert hat zugenommen

↑ Negative/tendenziell negative Veränderung
= Wert hat zugenommen

DemoSCOPE III

Stunden). Das zeigt, dass dringender Handlungsbedarf besteht. Auch die Tatsache, dass 86 % der Antwortenden maximal bis zu 42 Stunden pro Woche arbeiten möchten, ist ein deutlicher Hinweis, dass eine Reduktion der Wochenarbeitszeit längst überfällig ist.

Nicht nur für die Wochenarbeitszeit gibt es Regelungen im Arbeitsgesetz. Dieses schreibt auch vor, dass nicht mehr als sieben Tage am Stück gearbeitet werden darf und dass die kumulierte Überzeit pro Jahr nicht mehr als 140 Stunden betragen darf. Die Anzahl der Antwortenden, bei denen gegen das Gesetz verstossen wird, ist frappant: Bei 68 % der Ärztinnen und Ärzte ist dies der Fall. Dass vor allem die Wochenarbeitszeit zu diesem hohen Wert beiträgt, wird bei einem Blick auf die kumulierten Jahresüberstunden ersichtlich. Mit einem Mittelwert von 133,8 Stunden sind diese zwar weiterhin hoch, aber weniger hoch als in früheren Jahren. Dies gilt natürlich nur für diejenigen, die diese Zahlen überhaupt kennen: So wissen auch dieses Jahr rund ein Drittel aller Befragten gar nicht, wie viele kumulierte Überstunden sie geleistet haben. Eine deutliche Verbesserung ist bezüglich der Regelung, dass nicht mehr als sieben Tage am Stück gearbeitet werden darf, feststellbar: Der Anteil von Personen, bei denen dies nie der Fall war, ist von 46 % im Jahre 2013 auf mittlerweile 64 % deutlich gewachsen. Allerdings:

Beide positive Entwicklungen sind vermutlich mindestens teilweise darauf zurückzuführen, dass der Anteil der teilzeitarbeitenden Ärztinnen und Ärzte weiter gestiegen ist. 2022 waren es 33 %, die in einem Teilzeitpensum beschäftigt waren, gegenüber 27 % im Jahr 2019.

Die Belastung wird immer stärker

Erschreckend an den Umfrageresultaten ist vor allem die Entwicklung bei den Auswirkungen der zu hohen Arbeitszeiten. Immer mehr Ärztinnen und Ärzte fühlen sich immer öfter müde und ausgelaugt. Nur 33 % der Befragten geben an, sich nur ab und zu oder noch weniger oft müde zu fühlen – dies ist eine deutliche Verschlechterung gegenüber den 44 % im Jahre 2019. 4 von 10 Ärztinnen und Ärzte fühlen sich mittlerweile meistens oder häufig emotional und körperlich erschöpft und ausgelaugt. Es liegt auf der Hand, dass da auch der Gedanke, den Beruf aufzugeben und auszusteigen, immer häufiger vorkommt. Über 50 % der vsao-Mitglieder denken ab und zu oder sogar häufig: «Ich kann nicht mehr.»

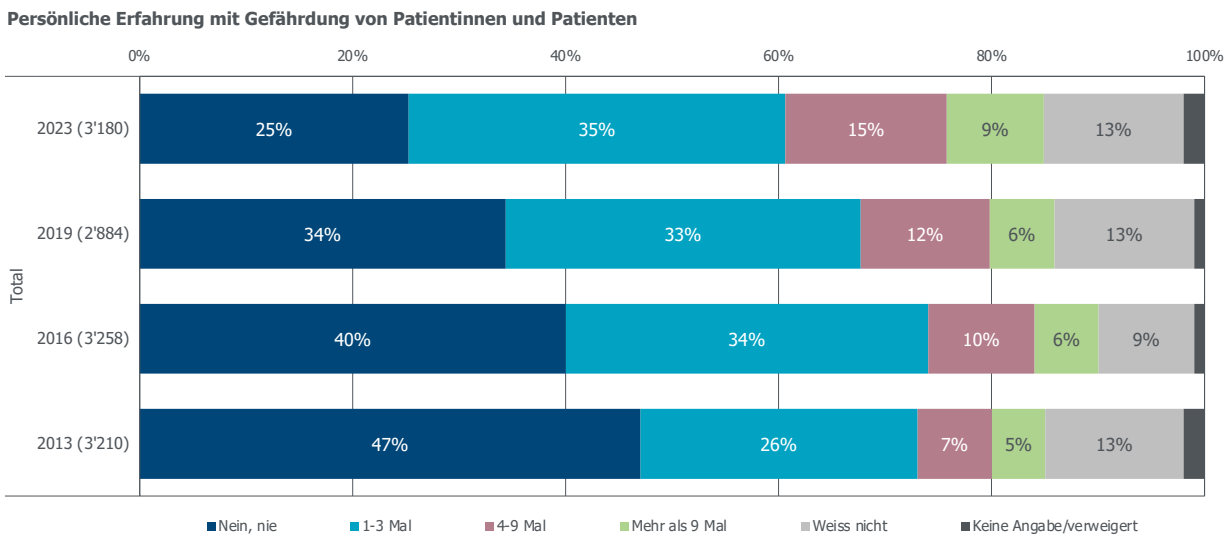
Patientengefährdung nimmt zu

Natürlich hat dies auch Folgen für die Patientinnen und Patienten. Der Anteil der vsao-Mitglieder, welche in den vergangenen zwei Jahren nie erlebt haben, dass eine Patientin oder ein Patient aufgrund der

beruflich bedingten Übermüdung von Ärztinnen und Ärzten gefährdet wurde, ist von 47 % im Jahre 2013 auf 25 % gesunken. Hingegen hat rund ein Viertel in den vergangenen zwei Jahren mehr als viermal eine Gefährdung beobachtet. Es lässt sich nicht oft genug wiederholen: Die Qualität der medizinischen Behandlung hängt direkt vom Wohlbefinden und der damit verbundenen Leistungsfähigkeit der Ärztinnen und Ärzte ab.

Zum ersten Mal wurden im Rahmen der Mitgliederbefragung auch Fragen zu der Situation in der Weiter- und Fortbildung gestellt. Jede Weiterbildungsstätte muss gemäss der Weiterbildungsordnung des SIWF den Assistenzärztinnen und -ärzten mindestens vier Stunden strukturierte Weiterbildung pro Woche anbieten. Auch hier zeigt sich, dass es noch viel Verbesserungspotenzial gibt: Mehr als drei Viertel der Befragten konnten nur drei Stunden oder weniger in Anspruch nehmen. Etwas besser funktioniert es bei den Oberärztinnen und -ärzten mit der Fortbildung. So konnten 41 % immerhin sieben oder mehr Fortbildungstage der mindestens zehn in der Fortbildungsordnung vorgeschriebenen Tage in Anspruch nehmen. Das Angebot der Weiter- und Fortbildung liegt klar in der Verantwortung der Arbeitgebenden, welche dafür auch Geld von den Kantonen erhalten. Diese wird offensichtlich noch nicht angemessen wahrgenom-

Veränderungen 2013 bis 2022



DemoSCOPE

men: 43 % aller Assistenzärztinnen und -ärzte vertreten die Meinung, dass der fehlende Wille des Spitals, die Weiterbildung anzubieten, ausschlaggebend dafür ist, dass sie sie nicht wahrnehmen können.

Negative Effekte der Pandemie

Auch nach den Auswirkungen der Covid-19-Pandemie wurde gefragt – mit wenig ermutigenden Erkenntnissen. 43% der

Befragten geben an, dass die Arbeitsbelastung gegenüber 2019 deutlich gestiegen ist, 38% finden, dass sich die Stimmung unter den Angestellten verschlechtert hat. Nur rund ein Fünftel ist der Meinung, dass sich die Situation mittlerweile wieder normalisiert hat.

Der vsao bedankt sich ganz herzlich bei allen Teilnehmenden. Die ausführlichen Ergebnisse stehen auf der vsao-Web-

site zur Verfügung. Auch wenn die meisten Erkenntnisse der Umfrage wenig Gutes verheissen, hat der vsao damit sehr aussagekräftige Daten in der Hand, die für die Verbesserung der Situation genutzt werden können.



Bilder: Adobe Stock, zvg

Neue Kräfte für alte Probleme

Obgleich Themen wie schlechte Arbeitsbedingungen und mangelnde Weiterbildung sich scheinbar gebetsmühlenartig wiederholen, tut sich etwas. Das zeigen die Diskussionen und Berichte an der Frühjahrssitzung des Zentralvorstands vsao. Ebenso erfreulich ist die Tatsache, dass der Verband Nachwuchs zu mobilisieren versteht.

Catherine Aeschbacher, Chefredaktorin vsao Journal. Bild: Severin Nowacki

Blickt man auf die Arbeitsbedingungen, scheinen die Verbesserungen vielerorts nur im Schneckentempo voranzugehen. Blickt man auf den Verband, sind viele Anstrengungen im Gang, um die Situation zu ändern. Und erfreulicherweise haben die Sektionen weniger Mühe als auch schon, neue Vorstandsmitglieder zu gewinnen. Gleichzeitig verstärkt sich die Zusammenarbeit untereinander, so werden beispielsweise Ideen für erfolgreiche Aktionen quasi als Blaupausen weitergereicht. Auch für Aufgaben auf nationaler Ebene finden sich so viele Interessierte, dass der Zentralvorstand die Qual der Wahl hat. So geschehen an der Frühjahrssitzung des vsao-Zentralvorstands Ende April in Bern. Zu besetzen war ein Sitz in der Delegiertenversammlung der FMH sowie der Sitz eines oder einer Ersatzdelegierten. Als ordentliche Delegierte wurde Aileen Chen, langjähriges Mitglied der Sektion Genf, gewählt. Ihre Wahl ist umso willkommener, als mit Aileen Chen eine Vertreterin der Romandie die vsao-Vertretung in der DV FMH verstärken wird. Ersatzdelegierte ist neu Alexandra Filips, Vizepräsidentin des VSAO Zürich. Besetzt werden konnten ferner die vakanten Sitze in der Ärztekammer.

Vom Blütenstand der Rose

Von einem Rosenkrieg zu sprechen, wäre übertrieben, aber die Wahl der Spitalrose 2022 gab doch Anlass zu angeregten Diskussionen. Die alljährliche Auszeichnung für besondere Verdienste in den Bereichen Arbeitsbedingungen und/oder Wei-

terbildung stand diesmal im Zeichen der strukturierten Weiterbildung. Diese hat bekanntlich unter Corona stark gelitten und sich bis heute nicht richtig erholt. Unter diesen Vorzeichen ist es speziell begrüssenswert, dass gleich drei Institutionen von den Sektionen für eine Auszeichnung nominiert wurden. So die Psychiatrie St.Gallen. Diese gewährt ihren Assistenzärztinnen und -ärzten sechs Stunden interne, strukturierte Weiterbildung pro Woche sowie zehn bezahlte Tage externe Weiterbildung pro Jahr. Zudem beteiligt sich die Institution mit 6000 Franken pro Person und Jahr an den externen Weiterbildungskosten.

Die Sektion Tessin nominierte die Abteilung Innere Medizin des Ospedale Regionale di Locarno «La Carità» für die Bemühungen um eine qualitativ hochstehende Weiterbildung. Neben den vier Stunden strukturierter Weiterbildung finden in Locarno regelmässig weitere Veranstaltungen statt. Zudem hat die Abteilung eine Methode zur Qualitätsmessung der Weiterbildung entwickelt, die heute auch in andern Tessiner Spitälern zum Einsatz kommt.

Dritter Kandidat ist das Institut für Intensivmedizin des Universitätsspitals Zürich USZ, nominiert für die Dienstplanung der Assistenzärztinnen und -ärzte. Diese erfolgt auf der Basis von einem klinischen Einsatz im Umfang von 42 Wochenstunden sowie vier Stunden strukturierter Weiterbildung. Ziel ist die Trennung von ärztlicher Dienstleistung und strukturierter Weiterbildung in der Dienstplanung. Dabei handelt es sich um ein Pilotprojekt, das

seit Januar dieses Jahres läuft und auf Juni 2023 definitiv eingeführt werden soll. Und an diesem Punkt schieden sich die Geister: Einzelne Delegierte wiesen darauf hin, dass das Projekt noch nicht wirklich umgesetzt sei oder dass es in ihrer Region ebenfalls bereits Kliniken gebe, die auf einer solchen Basis planen würden. Dem hielten die Befürworter entgegen, dass eine Auszeichnung einen enormen Vorbildeffekt hätte, zeige das Projekt doch, dass auch an einem sehr grossen Spital eine solche Planung möglich sei. Das Projekt habe übrigens bereits Resonanz in der Politik gefunden, so sei in Zürich eine Motion eingereicht worden, welche die generelle Einführung dieses Modells in allen städtischen Gesundheitsorganisationen fordere. Selbst wenn für einmal eher eine Knospe als eine ausgereifte Blüte ausgezeichnet werde, sei die Rose wohlverdient. Diese Argumente vermochten das Gros der Delegierten zu überzeugen, so dass die Spitalrose 2023 nach Zürich vergeben wurde. (Eine ausführliche Würdigung erfolgt in der nächsten Ausgabe.)

Ideal und Wirklichkeit

Dass das prämierte Zürcher Modell noch fern von Selbstverständlichkeit ist, wurde nach dem Statusbericht von Nora Bienz klar. Die Vizepräsidentin vsao leitet die Arbeitsgruppe 42+4h. Um überhaupt zu wissen, wie in den Spitälern die Arbeitszeit erfasst wird, wurde eine Umfrage zur elektronischen Zeiterfassung gemacht. Von 192 angefragten Institutionen antworteten etwas mehr als 50. Diese verfügen alle über eine elektronische Zeiterfassung



Selbst wenn sich die Zustände nicht von heute auf morgen verändern – es gibt vielerorts Verbesserungen. Dafür sorgen nicht zuletzt die Mitglieder des vsao, beispielsweise die Delegierten des Zentralvorstands an ihrer Frühjahrssitzung.

und sind der Meinung, die Arbeitszeiten würden korrekt erfasst. Ob das immer zutrifft, bleibt offen. Zeigt doch die Mitgliederbefragung, dass längst nicht überall die Arbeitszeiten vollständig und korrekt erfasst werden. Neu liegt ein Mustervertrag vor, der das Modell 42+4h ausformuliert. Die Sektionen können diese Vorlage bei GAV-Verhandlungen oder andern vertraglichen Änderungen einsetzen.

Die interkantonale Vereinbarung zur Finanzierung der ärztlichen Weiterbildung ist nun in Kraft. Gleichzeitig definiert das SECO die strukturierte Weiterbildung zwingend als Arbeitszeit und hält fest, dass diese bei der Dienstplanung einzukalkulieren und als solche zu erfassen ist. Das hätte eigentlich zur Folge, dass Arbeitsverträge entsprechend angepasst und eingehalten werden müssten. Der Konjunktiv ist hier angebracht. Vieles, was eigentlich sein müsste und auf Papier auch so festgehalten ist, harrt in Realität noch der

Umsetzung. Das zeigen die Resultate der jüngsten Mitgliederbefragung. Die Situation hat sich gegenüber 2019 nicht verbessert, in einzelnen Punkten ist sogar eine Verschlechterung feststellbar (s. Artikel S.6). Überfordernde Arbeitsbedingungen führen zu Frustration und schliesslich zu einer Abwanderung, wenn nicht aus dem Beruf so doch aus der klinischen Tätigkeit. Und junge Menschen überlegen es sich zweimal, ob sie überhaupt den Arztberuf ergreifen sollen. Dazu kommt, dass jüngere Ärztinnen und Ärzte im Gegensatz zu ihren Vorgängern vermehrt Teilzeit arbeiten möchten. Geht ein Babyboomer in Pension, braucht es meist mehr als eine Person, um ihn zu ersetzen. Ein Ärztemangel ist folglich mehr als absehbar. Der vsao hat deshalb einen Runden Tisch einberufen, um mit allen Akteuren im Gesundheitswesen Lösungen zu finden. Teilnehmen werden das BAG, die GDK, H plus, die FMH, das SIWF und der VLSS. Ebenfalls

Am 18. Juni Ja zum Klimaschutz-Gesetz

Am 18. Juni 2023 stimmen die Schweizer Stimmberechtigten über das Klimaschutz-Gesetz ab. Erneut ist der CO₂-Ausstoss in der Schweiz gestiegen statt gesunken. Das befeuert die Klimakrise, deren schwerwiegende Folgen unsere Gesundheit und Lebensgrundlage gefährden. Der Klimawandel stellt die grösste gesundheitliche Bedrohung unseres Jahrhunderts dar. Die Schweiz braucht dringend ein Gesetz, mit dem sie ihr Versprechen für den Klimaschutz einlöst. Auch der vsao hat sich mit dem Gesetz befasst und die Ja-Parole beschlossen. Zudem hat sich ein «Ärzt:innen-Komitee JA zum Klimaschutz-Gesetz» konstituiert, das sich für ein Ja zum Gesetz einsetzt. Denken Sie bitte daran, am 18. Juni 2023 Ihre Stimme abzugeben. Vielen Dank!

eingeladen waren Santésuisse und Cura-futura, die auf eine Teilnahme jedoch verzichten. Ihr Desinteresse für die Anliegen der jungen Ärztinnen und Ärzte ist bezeichnend. Ziel des Runden Tisches ist es, gemeinsam Massnahmen zu entwickeln, die die einzelnen Akteure in ihren Bereichen umsetzen können.

Schwarze Zahlen und grüne Ideen

Vorsichtiges Budgetieren schützt vor unliebsamen Überraschungen. Dieser Grundsatz bestätigte sich an der Delegiertenversammlung (DV) von mediservice vsao-asmac. Da die Dienstleistungsorganisation mehr erwirtschaftet hat als budgetiert, schliesst die Rechnung 2022 mit einem Gewinn anstelle des vorhergesehenen Verlustes. mediservice-Präsident Daniel Schröpfer hob in seinem Statusbericht zwei Dienstleistungen hervor; zum einen den Praxis-Leitfaden, der neu auch auf Französisch und aktualisiert auf Deutsch vorliegt, zum andern das Online-seminar «Sprechstunde Arzt». Beide Dienstleistungen

erfreuen sich reger Nachfrage. Die Personalfuktuation ist bei mediservice traditionellerweise sehr tief. Mit Peter Scheidegger, Leiter Vertriebskoordination, und Catherine Aeschbacher, Chefredaktorin vsao Journal, verlassen im laufenden Jahr jedoch zwei Angestellte altershalber die Organisation.

Neue Entwicklungen verlangen nach neuen Ideen. Das bewahrheitet sich auch beim vsao Journal. Die steigenden Produktionskosten, sprich Papier, Energie etc., bei gleichzeitig kontinuierlich sinkenden Werbeeinnahmen lassen das Journal zunehmend in eine Schieflage geraten. Aus ökologischer Sicht stellt sich zusätzlich die Frage, ob ein Printprodukt noch Sinn macht. Marc Schällebaum, Geschäftsführer mediservice, hat zuhanden der Delegierten einen ausführlichen Bericht erstellt, der alle Pros und Contras zu dieser Frage abwägt. Die Sektionen sind aufgerufen, die Frage, in welcher Form das vsao Journal künftig erscheinen soll, ausführlich zu diskutieren, um an der Dele-

giertenversammlung im November 2023 einen Grundsatzentscheid fällen zu können. Marc Schällebaum und Mitglieder des Vorstands von mediservice sind gerne bereit, sich den Fragen der Sektionen vor Ort zu stellen.

Anzeige

Gewinnen Sie ein Thömus- Traumbike.

Jetzt teilnehmen: oekk.ch/mediservice

10% auf Zusatz-
versicherungen

Die Versicherung
mit gesundem
Bündnerverstand.

ÖKK

«Von Patientinnen und Patienten erhalte ich nur positive Rückmeldungen»

Ärztinnen und Ärzte legen zunehmend Wert auf die Vereinbarkeit ihrer medizinischen Tätigkeit mit ihrem Privatleben. Wie kann diese gelingen? Dr. Franz Martig schildert seine Erfahrungen mit einem Teilzeitpensum.

Julia Frey, Arbeitspsychologin und wissenschaftliche Mitarbeiterin, Hochschule für Angewandte Psychologie, FHNW
Brigitte Liebig, Professorin für Angewandte Psychologie, Hochschule für Angewandte Psychologie, FHNW,
Privatdozentin an der Universität Basel



Dr. med. Franz Martig (Bildquelle: Fotograf Caspar Martig)

Franz Martig ist Allgemein- und Viszeralchirurg am Stadtspital Tiefenau in Bern. Er arbeitet als Leitender Arzt in einem Pensum von 60 Prozent, was insbesondere in der Chirurgie noch Seltenheitswert hat. Sein Beispiel zeigt, wie der Arbeitsalltag mit einem reduzierten Pensum aussehen kann und was es dabei zu berücksichtigen gilt.

Als Verantwortlicher für das interne Weiterbildungsprogramm besteht die Tätigkeit von Franz Martig aus einer guten Mischung von direkter Patientenbetreuung, administrativen Tätigkeiten und Lehre. Um diese Aufgaben im Teilzeitpensum unter einen Hut zu bringen, bedarf es einiges an Planung. Zentral ist dabei auch die Kommunikation mit den Patientinnen und Patienten: «Sie gehen davon aus, dass ein Arzt 24/7 verfügbar ist. Wenn ich ihnen aber meine Situation schildere, habe ich bisher immer positive Rückmeldungen erhalten.»

Der Grund für das reduzierte Arbeitspensum: Martig ist aktiver Vater dreier Kinder. «Ehemalige Vorgesetzte aus der früheren Chirurgen-Generation sagten mir Folgendes: Wenn ich in meinem Leben etwas anders machen könnte, wäre es, meine Kinder aufwachsen zu sehen.» Folglich ist es dem Chirurgen wichtig, neben dem Beruf auch als Vater für seine Kinder anwesend zu sein.

Erfüllende Tätigkeit im Teilzeitpensum

Seine aktuelle Situation im Teilzeitpensum bewertet Martig sehr positiv. Dies war nicht immer der Fall. Als er – noch vor seiner Arbeit im Spital Tiefenau – in der stationären Versorgung als Oberarzt tätig war, arbeitete er in einem 80%-Pensum, hörte jedoch regelmässig, er sei nie da – obwohl er meist mehr als 40 Stunden in der Woche vor Ort war. Zugleich erlebte ihn seine Familie als ständig abwesend. Ein klassisches Problem der Vereinbarkeit: Mit viel Anstrengung wird versucht, den Anforderungen von Familie und Beruf gleichzeitig gerecht zu werden.

Dass Martig die Arbeitsbedingungen nun bedeutend besser erlebt, liegt an verschiedenen Faktoren: Einerseits ist das 60%-Pensum für alle ein klares Signal, dass er als Person nicht immer verfügbar ist. Andererseits erfährt seine Teilzeitarbeit auch in der Abteilung für Allgemein- und Viszeralchirurgie des Stadtspitals Tiefenau rundum Akzeptanz. So bildet für den engagierten Arzt neben der nun mög-

lichen Balance zwischen Beruf und Privatleben auch das positive Arbeitsklima eine wichtige Energiequelle.

Teilzeit gelingt, wenn...

Allmählich beginnen auch Kolleginnen und Kollegen in der Chirurgie Teilzeit zu arbeiten. Diesen Trend unterstützt Franz Martig: «Ich habe für die Möglichkeit, Teilzeit zu arbeiten, gekämpft und repräsentiere dies mit meinem aktuellen Pensum, soweit ich weiss, als einziger Mann in leitender Funktion.» Dabei ist es für ihn sehr wichtig, dass ein Teilzeitpensum nicht auf Kosten von Arbeitskolleginnen und -kollegen geht und sowohl die Qualität der Versorgung wie die Effizienz der Zusammenarbeit gewährleistet bleiben. «Ich muss wissen, was bis zur Übergabe noch erledigt werden soll, was ich persönlich abschliessen muss und was ich an Kolleginnen und Kollegen weitergeben kann.» Dazu bedarf es der Fähigkeit zu delegieren und Verantwortung abzugeben. Unterstützt durch eine gute Arbeitsatmosphäre und Kollegialität im Team ist somit auch in der Chirurgie Teilzeitarbeit möglich.

Kultureller Wandel als Schlüssel

Dass Teilzeitarbeit insbesondere in der Chirurgie gefördert werden muss, ist aus Sicht des Arztes eine absolute Notwendigkeit: «Ärztinnen und Ärzte am Anfang ihrer Laufbahn signalisieren deutlich, dass ein Wertewandel hinsichtlich einer ausgewogeneren Work-Life-Balance stattfindet. Wenn wir dem nicht nachkommen, haben wir bald ein ernstzunehmendes Nachwuchsproblem.»

Aus eigener Erfahrung betrachtet es Franz Martig als zentralen Schritt, dass sich die Grundhaltung zur Teilzeitarbeit im Spital ändert. In den vergangenen Jahren hat bereits ein gewisses Umdenken stattgefunden, doch es gibt noch Luft nach oben. «Es braucht Vorbilder, die zeigen, dass Teilzeitarbeit in der Chirurgie geht und funktioniert.»

Dieses Porträt entstand im Rahmen eines Projekts der Hochschule für Angewandte Psychologie FHNW zur Vereinbarkeit von Beruf und Privatleben im Spital (www.fhnw.ch/vereinbarkeit-im-spital). Die 2023 publizierte Wegleitung zur «Vereinbarkeit von Beruf und Privatleben für Spitalärztinnen und -ärzte» ist unter fhnw.ch/vereinbarkeit-im-spital-wegleitung-de abrufbar. Sie bietet Personalverantwortlichen, Spital- und Klinikleitungen, Berufsverbänden, der Gesundheitspolitik sowie Ärztinnen und Ärzten im stationären Gesundheitswesen zahlreiche Anregungen und Ideen zur Verwirklichung eines vereinbarkeitsfreundlichen Arbeitsumfeldes.

Kern der Wegleitung bildet ein Katalog von Massnahmen und Instrumenten, mit denen die Arbeitsbedingungen für Spitalärztinnen und -ärzte im Sinne einer besseren Balance zwischen ärztlicher Tätigkeit und Privatleben gestaltet werden können. Eine Roadmap zeigt überdies auf, wie im Rahmen der Organisationsentwicklung wichtigste Handlungsfelder für Massnahmen identifiziert und diese Schritte für Schritt im Spital- bzw. Klinikkontext umgesetzt werden können. Porträts von Ärztinnen und Ärzten sowie Spitälern und Kliniken zeigen auf, wie Vereinbarkeit im spitalärztlichen Beruf bereits gelingt. Das Eidg. Büro für die Gleichstellung von Frau und Mann unterstützte das Projekt mit Finanzhilfen. Der vsao war bei der Erarbeitung der Wegleitung in beratender Funktion involviert.

Gemeinsam mit der FHNW, dem SIWF und der Vereinigung Personalmanager:innen Schweizerischer Gesundheitsinstitute (VPSG) führte der vsao am 6. Juni 2023 in Olten einen Anlass zum Thema Vereinbarkeit durch, an dem der Leitfaden und das Projekt ebenfalls vorgestellt wurden. Mit über 50 Teilnehmenden – die meisten davon HR-Verantwortliche in Spitälern oder Weiterbildungsstättenleitende – stiess der Anlass auf grossen Anklang.

QR-Code zur Wegleitung:



Ich möchte ein junges
jetziges Vermögen.

Privat

Hausrat
Privathaftpflicht
Rechtsschutz
Gebäude
Wertsachen / Kunst
Motorfahrzeug
Ausland / Expat
Reise / Assistance
Krankenkasse
Taggeld
Unfall
Leben
Stellenunterbruch

Beruf

Arztpraxis
Gebäude
Berufshaftpflicht
Rechtsschutz
Cyber
Taggeld
Unfall

Nutzen Sie unsere Kooperationspartner und profitieren Sie von den Vorteilen und Rabatten:

- Allianz Suisse
- AXA-ARAG
- Concordia
- Helvetia
- Innova
- ÖKK
- Schweizerische Ärzte-Krankenkasse
- Swica
- Versicherung der Schweizer Ärzte Genossenschaft
- Visana
- ZURICH

Falls Sie bereits eine Versicherung bei einer der oben genannten Versicherungen besitzen, dann prüfen Sie einen Übertritt in unsere Kollektivverträge. Wir unterstützen Sie gerne dabei.

Nein sagen können

Meine E-Mails lese ich häufig, wenn ich auf irgend-etwas warten muss. Manchmal auch – ich gebe zu – an einer roten Ampel. Die unbeantworteten Mails landen dann auf meiner gedanklichen To-do-Liste. Dort stapeln sich bereits die Weiterbildungen, die ich vorbereiten sollte, die Artikel, die es zu schreiben gilt, und die Sitzungsunterlagen, die ich noch nicht gelesen habe. Es stehen Geburtstage drauf, wann ich welche Freundin sehe und mit wem ich mich dringend austauschen sollte. Dort steht der Einkauf im Food-Save-Laden statt in der Migros. Meine Trainingszeiten, aber auch wann es Wind zum Surfen gibt und dass ich waschen sollte. Der Wohnungsputz, der Besuch beim Patenkind...

Habe ich Sie beeindruckt? Oder haben Sie Mitleid mit mir? To-Do-Listen gelten ja in gewissen Kreisen als Statussymbol, sie sollen Belastung, Aktivität und damit auch Attraktivität ausstrahlen. Mitleid ist hier fehl am Platz. Mein Tatendrang ist zwar familiär geprägt, aber nicht schicksalhaft. Wir haben ja oft die Wahl.

Das Problem dieser To-do-Listen ist: Ich komme nicht ohne sie aus. Vergesse ich etwas aufzuschreiben, vergesse ich regelmässig, es zu erledigen. Zweites Problem: Ab einer gewissen Länge rauben sie mir den Schlaf. Drittes Problem: Ihre Existenz beschämt mich. Ich möchte Freundschaften nicht mit einer To-do-Liste führen.

Vor kurzem drohte mir meine To-do-Liste mit dem K.-o.-Schlag. Ich konnte mir nicht ansatzweise vorstellen, wie ich all die Pendenzen schaffen könnte. Das Fass zum Überlaufen brachte eine Kombination aus meiner Weiterbildung an der Uni, dem Einstieg in eine neue Rotation im Spital und dem Lernen für eine anstehende Prüfung. Aber auch mein Anspruch an mich, eine bessere Freundin und Tochter zu sein und eine noch stärkere Kletterin zu werden. Nicht zuletzt wollte ich eine berührende Abschiedsrede für unsere Mitgliederversammlung schreiben. Und zu alledem gehört eine weitere unglückliche Programmierung: Es fällt mir schwer zuzugeben, dass alles zu viel ist.

Meine Mitbewohnerin und mein Freund mussten eingreifen. Die beiden haben das Virus, das mich in solchen Situationen öfter zur Inaktivität verdammt, ersetzt und mich an diesem Tag aufgefangen. Sie empfahlen mir banale Dinge: Das geplante Abendprogramm und den Klettertrip am nächsten Tag absagen. Und sie haben zugehört. Mein Freund hat die Ruhe vermittelt, die ich so dringend brauchte. Meine Mitbewohnerin hat Kaffee gemacht,

mit mir im strömenden Regen die Setzlinge eingetopft und ein wunderbares Essen auf den Tisch gezaubert. Und sie hat mich später dazu gebracht, diesen Text zu schreiben. Von meinem Vater, der an den gleichen Symptomen krankt, kann ich keine Hilfe erwarten. Er versenkt mich mit dem Tucholsky-Zitat «Meine Sorgen möchte ich haben».

Ein bisschen hat er Recht. Woher kommt dieser Drang, meinen Alltag komplett durchzutakten und so hektisch zu gestalten? Eine zentrale Frage, der ich in meinem Alter nicht mehr ausweichen sollte.

Natürlich werde ich Sie jetzt nicht mit meiner inneren Spurensuche langweilen. Aber eines ist klar. Die oben geschilderte Verschnaufpause löst das Problem nur kurzfristig – wenn eine Lücke im Tag entsteht, wird der Druck, die Pendenzen abzuarbeiten, eher grösser als kleiner.

Nicolas Chamfort soll gesagt haben: «Die Fähigkeit, das Wort Nein auszusprechen, ist der erste Schritt zur Freiheit.» Das habe ich mir zu Herzen genommen und damit angefangen, Anfragen abzulehnen.

Für mich geht es nicht nur darum, die eigenen Grenzen anzuerkennen, sondern auch um den Mut, sie nach aussen sichtbar zu machen.

Dieser Artikel ist ein Schritt dahin und, wie meine Mitbewohnerin betont, ein «aktivistischer Akt» der Selbstfürsorge und der Auflehnung gegen meine innere Sucht nach Anerkennung und mein übertriebenes Leistungsethos.

Auf den Punkt gebracht



Nora Bienz,
Vizepräsidentin vsao

Die «Allgemeinen Lernziele» in der ärztlichen Weiterbildung: Umfrage des SIWF

Es gibt verschiedene Hinweise darauf, dass die «Allgemeinen Lernziele» im Rahmen der ärztlichen Weiterbildung zu wenig Beachtung finden. Das Schweizerische Institut für ärztliche Weiter- und Fortbildung (SIWF) lanciert deshalb ein Projekt, mit dem die Allgemeinen Lernziele gestärkt werden sollen. Im Hinblick darauf findet ab Juni 2023 bei Ärztinnen und Ärzte in Weiterbildung sowie bei Leiterinnen und Leitern von Weiterbildungsstätten eine Delphi-Befragung statt. Diese soll aufzeigen, welche Allgemeinen Lernziele als besonders relevant erachtet werden und prioritär umzusetzen wären.

Dr. med. Hermann Amstad, amstad-kor, Prof. Dr. med. Giatgen Spinaz, Vizepräsident SIWF,
PD Dr. med. und MME Monika Brodmann Maeder, Präsidentin SIWF

Im Rahmen der ärztlichen Weiterbildung, d. h. in der Phase zwischen Abschluss des Medizinstudiums und Erteilung eines eidgenössischen Facharzttitels, sind sowohl fachspezifische Anforderungen als auch übergeordnete, nicht fachspezifische Anforderungen, die sogenannten Allgemeinen Lernziele, zu erfüllen.

Die fachspezifischen Lerninhalte werden in den Weiterbildungsprogrammen der jeweiligen Fachgesellschaften definiert. Die Allgemeinen Lernziele (ALZ) sind im Anhang 3 der Weiterbildungsordnung (WBO) formuliert; sie stützen sich auf das CanMEDS-Modell («Canadian Medical Educational Directives for Specialists»), das in den 1990er Jahren in Kanada entwickelt wurde und sieben Rollen des ärztlichen Handelns beschreibt. Der Reiz des CanMEDS-Rollenmodells liegt darin, dass es die ganze Breite des ärztlichen Handelns mit einem einfachen Modell abbildet. Es verdeutlicht, dass die «gute Ärztin» weit mehr benötigt als Fachwissen und handwerkliches Geschick. Die Weiterbildung muss daher ausdrücklich auch die

vermeintlich weniger wichtigen Rollen einschliessen, die um den «medizinischen Experten» herum angeordnet sind. Dazu gehören beispielsweise kommunikative Fähigkeiten oder auch ärztliches Handeln im ethischen Kontext.

Problemstellung

Die ALZ sind grundsätzlich Pflichtinhalte der ärztlichen Weiterbildung und haben Umsetzungscharakter. Leider zeigt sich in der Realität, dass sie in der Weiterbildung der Assistenzärztinnen und -ärzte wenig Beachtung finden. Zum gleichen Schluss kam bereits 2016 eine Umfrage bei Leiterinnen und Leitern von Weiterbildungsstätten. Die möglichen Gründe für diesen Dornröschenschlaf sind vielfältig und werden nachfolgend skizziert.

1. Die Beschreibung der ALZ in den SIWF-Dokumenten ist uneinheitlich

Der Anhang 3 der WBO umfasst den Lernzielkatalog mit den «Allgemeinen Lernzielen für die Weiterbildungsprogramme»; dieser ist gemäss den sieben CanMEDS-Rollen strukturiert und führt im Teil A

eine Kurzversion und im Teil B eine «Ausführliche Version der Allgemeinen Lernziele» auf. Die «ausführliche Version» enthält nicht weniger als 166 Ziele, die zu erreichen sind.

Das Positionspapier «Grundsätze und Empfehlungen für die Vermittlung der Allgemeinen Lernziele» auf der Website des SIWF nimmt Bezug auf die oben erwähnte Umfrage bei den Leitenden der Weiterbildungsstätten und listet anschliessend folgende zu bearbeitende Themen auf: Kommunikation, Ökonomie und Medizin, Team- und Konfliktmanagement, Leadership, Umgang mit Fehlern, Ethische Entscheidungsfindung, Bestimmung der Arbeitsfähigkeit, «Clinical Decision Making». Der Bezug zu den CanMEDS-Rollen ist nicht mehr gegeben.

Im e-Logbuch können die angehenden Fachärztinnen und -ärzte das Erreichen der Lernziele dokumentieren. Die ALZ sind dabei in den sogenannten WBO-Kompetenzen abgebildet. Dabei handelt es sich um 22 ganz unterschiedliche Aspekte, die von Betreuung über Pharmakotherapie bis zu Selbstorganisation



- Die 22 zu beurteilenden WBO-Kompetenzen wurden bei einem maximal möglichen Wert von 4 («trifft vollständig zu») im Durchschnitt alle sehr gut bewertet, von minimal 3.62 (für Forschung am Menschen) bis maximal 3.96 (für Verhalten gegenüber Mitarbeitenden).
- Bei 25 (von 50) Assistenzärztinnen und -ärzten wurden alle 22 WBO-Kompetenzen mit dem Punktemaximum bewertet.

Diese Zahlen können zweierlei bedeuten: Entweder werden die ALZ in hohem Masse erreicht (wofür der erste Punkt spricht), oder aber – was wahrscheinlicher ist – die Bewertung wird nicht mit der notwendigen Seriosität vorgenommen (wofür der zweite Punkt spricht).

Projekt des SIWF zur besseren Vermittlung der ALZ

Das offensichtliche Unbehagen im Zusammenhang mit der Umsetzung der ALZ ist also möglicherweise darauf zurückzuführen, dass unklar ist,

- welche Lernziele tatsächlich zu vermitteln sind,
- wie diese zu vermitteln sind und
- wie deren Erfüllung zu überprüfen ist.

Aus Sicht des SIWF ist diese Situation unbefriedigend. Das SIWF möchte sich deshalb vermehrt dafür einsetzen, dass die ALZ in der ärztlichen Weiterbildung eine stärkere Beachtung erfahren. Es sieht dafür ein dreistufiges Vorgehen vor: In einem ersten Schritt sollen die Lernziele präzisiert und allenfalls priorisiert werden; danach sollen zusätzlich deren Vermittlung und schliesslich die Art der Überprüfung geklärt werden.

Im Hinblick darauf findet ab Juni 2023 bei Ärztinnen und Ärzten in Weiterbildung sowie bei Leiterinnen und Leitern von Weiterbildungsstätten eine Delphi-Befragung statt. Diese soll aufzeigen, welche ALZ als besonders relevant erachtet werden und prioritär umzusetzen wären. Die Befragung wird voraussichtlich in drei aufeinanderfolgenden Runden durchgeführt und erfolgt jeweils online.

Das SIWF dankt allen angefragten Ärztinnen und Ärzten, wenn sie sich für diese Umfrage eine Viertelstunde Zeit nehmen. Dadurch steigt die Chance, dass die ALZ in Zukunft jene Bedeutung erhalten, die ihnen in der ärztlichen Weiterbildung auch zusteht.

Korrespondenz:
contact@amstad-kor.ch

**SIWF^{FMH}
ISFM**

9. WBO-Kompetenzen

Hinweis: Bitte diesen Teil manuell ausfüllen!

Bitte beantworten Sie die Fragen im gemeinsamen Gespräch aufgrund der Erwartungen an die Facharztanwärterin oder den Facharztanwärter gemessen an ihrem oder seinem aktuellen Weiterbildungsstand bzw. -jahr.

	trifft vollständig zu	trifft eher zu	trifft eher nicht zu	trifft gar nicht zu	nicht anwendbar
Betreuung: Kann Patientinnen und Patienten umfassend beraten, begleiten und betreuen und dabei deren Autonomie gebührend respektieren	X				
Vertrauensbeziehung: Kann mit Patientinnen und Patienten und Angehörigen eine Vertrauensbeziehung aufbauen	X				
Gesprächsführung: Kann kompetent über bevorstehende diagnostische und therapeutische Massnahmen informieren („Informed Consent“) sowie schlechte Nachrichten einfühlsam und sachlich überbringen	X				
Diagnostik und Therapie: Kann eine körperliche Anamnese aufnehmen, eine korrekte klinische Untersuchung durchführen, daraus eine Arbeitsdiagnose ableiten und einen Plan zum weiteren Vorgehen aufstellen (wo möglich gemäss den Prinzipien der Evidence-Based Medicine)	X				
Ethik: Kann Instrumente zur ethischen Entscheidungsfindung anwenden und mit ethischen Problemen des beruflichen Alltags selbstständig umgehen	X				
Gesundheitsökonomie: Bewusstschäftig bei Diagnose, Therapie und Prophylaxe ein vernünftiges Kosten-Nutzen-Verhältnis („eWZV-Prinzip“)	X				
Patientensicherheit / Fehlerkultur: Erkennt tödliche Risiken, Fehler und Komplikationen und geht angemessen mit ihnen um	X				
Erkennen eigener Grenzen: Zieht andere Fachpersonen bei, wenn sie oder er sich unsicher fühlt, wenn es sich um Probleme ausserhalb der eigenen Fachkompetenz handelt oder wenn die Patienten oder der Patient dies wünscht.	X				
Pharmakotherapie: Kann die Indikationen, die Pharmakokinetik und die relevanten unerwünschten Neben- und Wechselwirkungen der eingesetzten Arzneimittel	X				

reichen. Auch hier ist der Bezug zu den CanMEDS-Rollen nicht mehr sichtbar.

2. Es ist unklar, wie die ALZ zu vermitteln sind

In den «Grundsätzen und Empfehlungen für die Vermittlung der Allgemeinen Lernziele» wird festgehalten, dass es für die Vermittlung der ALZ einer engen Kooperation zwischen Fachgesellschaften, Weiterbildungsstätten und dem SIWF bedarf. Wenn dem SIWF die Aufgabe der Definition von Grundsätzen und Richtlinien, allenfalls der Koordination zufällt, so müsste die praktische Umsetzung, notwendigerweise mit Unterstützung der Fachgesellschaften, am Ort des Geschehens, also an den Weiterbildungsstätten stattfinden. Wie genau diese Vermittlung sinnvollerweise geschehen soll (z. B. durch Kurse, Lektüre usw.), wird in diesem Dokument jedoch nicht näher erläutert.

3. Es ist unklar, wie das Erreichen der ALZ zu überprüfen ist

Im e-Logbuch ist festzuhalten, ob die ALZ bzw. die WBO-Kompetenzen erreicht wurden bzw. vorhanden sind. Bezüglich Methode, wie dies festzustellen ist, wird erwähnt, dass die entsprechenden Fragen «im gemeinsamen Gespräch aufgrund der Erwartungen an den Facharztanwärter gemessen an seinem aktuellen Weiterbildungsstand bzw. -jahr» zu beantworten seien, und zwar mit «trifft vollständig zu» bis zu «trifft gar nicht zu» bzw. «nicht anwendbar».

Für das vorgesehene Projekt haben wir in einer zufällig ausgewählten Stichprobe von 50 e-Logbüchern von Assistenzärztinnen und -ärzten kurz vor Erreichen des Facharztstitels analysiert, wie das Erreichen der 22 WBO-Kompetenzen bewertet wird. Dabei fielen vor allem zwei Punkte auf:

SIWF-Award

Besonderes Engagement für die Weiterbildung

PD Dr. med. et MME Monika Brodmann Maeder, Präsidentin des Schweizerischen Instituts für ärztliche Weiter- und Fortbildung SIWF
Dr. med. Raphael Stolz, Vizepräsident des Schweizerischen Instituts für ärztliche Weiter- und Fortbildung SIWF



Das SIWF sorgt für kompetente Ärztinnen und Ärzte.

Hat sich eine frühere Weiterbildnerin oder ein früherer Weiterbildner exemplarisch für Ihre Weiterbildung eingesetzt? Dann nominieren Sie diese Weiterbildungsverantwortlichen für ihr besonderes Engagement für den SIWF-Award! Auch dieses Jahr können sowohl Einzelpersonen als auch verantwortliche Teams einer Weiterbildungsstätte nominiert werden.

Wir freuen uns, bereits zum zehnten Mal die Ausschreibung für den SIWF-Award veröffentlichen zu können. Die zahlreichen Nominationen und das positive Echo haben uns bestätigt, dass eine solche Auszeichnung sinnvoll ist und ihren

Zweck erfüllt. Die Verleihung ist deshalb fester Bestandteil der SIWF-Agenda geworden.

Entscheidende Grundlage für eine optimale Vermittlung von Können und Wissen an die Weiterzubildenden ist das Engagement der Kaderärztinnen und Kaderärzte. Diese Aufgabe lässt sich nur beschränkt durch Pflichtenhefte definieren, viel wichtiger sind persönliches Engagement und Begeisterung. Die Belastungen in der medizinischen Arbeitswelt sind vielfältig und die zeitlichen sowie finanziellen Ressourcen werden stets knapper. Umso mehr sollten besonders aktive und motivierte Weiterbildnerinnen und Weiterbildner auch Anerkennung erhalten. Das SIWF bietet aus diesem Grund Assistenzärztinnen und Assisten-

zärzten die Möglichkeit, das ausserordentliche Engagement solcher Weiterbildungsverantwortlichen explizit zu würdigen, ohne aber eine Rangliste erstellen zu wollen.

Nominationsprozess

Für den SIWF-Award können Personen nominiert werden, die zurzeit in der ärztlichen Weiterbildung aktiv tätig sind. Im Fokus stehen Kaderärztinnen und Kaderärzte, die sich persönlich für die Weiterbildung von angehenden Fachärztinnen und Fachärzten einsetzen und besonders kompetent und initiativ bei der Weitergabe von Kenntnissen und Fertigkeiten sind. Auch dieses Jahr können verantwortliche Teams einer Weiterbildungsstätte nominiert werden. Nominationsberechtigt sind

Ärztinnen und Ärzte, die sich zurzeit in der Weiterbildung zu einem Facharztstitel oder einem privatrechtlichen Schwerpunkt befinden oder vor weniger als einem Jahr den Facharztstitel erworben haben. Eine Nomination ist dann gültig, wenn sie durch zwei Personen gemeinsam erfolgt. Sie soll die persönliche Wertschätzung für die wahrgenommene Weiterbildungsqualität und für das Engagement der Weiterbildungsverantwortlichen ausdrücken. Damit aufgrund des Nominationsprozesses keine Vorteile oder Konflikte am Arbeitsplatz entstehen können, dürfen nur Weiterbildungsverantwortliche oder Teams nominiert werden, bei welchen die Nominierenden aktuell nicht mehr angestellt sind. Die Namen der nominierenden Personen werden nicht veröffentlicht und den Nominierten auch nicht mitgeteilt. Es wird keine Rangliste der Nominierten erstellt.

Kriterien für die Nomination

- Ärztinnen und Ärzte, die sich zurzeit in der Weiterbildung zu einem Facharztstitel oder privatrechtlichen Schwerpunkt befinden oder vor weniger als einem Jahr den Facharztstitel erworben haben;
- die Nomination muss gemeinsam durch zwei Personen erfolgen;

- Nominierende dürfen aktuell nicht mehr bei der oder dem zu nominierenden Weiterbildungsverantwortlichen angestellt sein;
- die zu nominierende Person muss aktuell in der Weiterbildung tätig sein.

Jetzt Nomination einreichen!

Um jemanden zu nominieren, können Sie bis am **31. Juli 2023** auf der SIWF-Website (www.siwf.ch > SIWF-Projekte > SIWF-Award) das Online-Formular ausfüllen.

Die SIWF-Geschäftsleitung überprüft, ob die Nominierung formell korrekt ist und entscheidet abschliessend über die Gültigkeit der einzelnen Nominationen.

Alle korrekt Nominierten erhalten als Würdigung ihres Engagements in der Weiterbildung eine Anerkennungsurkunde, ein Präsent und eine kostenlose Einladung zum MedEd-Symposium am 13. September 2023 in Bern. Sie werden (nach Rückfrage) auf der SIWF-Website (www.siwf.ch) aufgeführt und am MedEd Symposium namentlich genannt.

Korrespondenz

info@siwf.ch

Jetzt Weiterbildungsverantwortliche nominieren!

Der SIWF-Award gibt die Möglichkeit, besonders engagierten und kompetenten ärztlichen Weiterbildungsverantwortlichen und auch Teams seine Anerkennung auszudrücken. Hat eine ehemalige Weiterbildnerin oder ein ehemaliger Weiterbildner bei Ihnen einen bleibenden Eindruck hinterlassen? Dann nominieren Sie sie oder ihn für den SIWF-Award.

Füllen Sie auf der SIWF-Website (www.siwf.ch > SIWF-Projekte > SIWF-Award) das Onlineformular aus.

Einsendeschluss: 31. Juli 2023

Weitere Informationen finden Sie auf www.siwf.ch. Wenn Sie Fragen haben, erreichen Sie uns unter info@siwf.ch oder unter 031 503 06 00.

Anzeige



Partnervermittlung mit Charme persönlich · seriös · kompetent

Löwenstrasse 25, 8001 Zürich
044 534 19 50
Wir freuen uns auf Ihren Anruf.

Kathrin Grüneis





MedEd SYMPOSIUM SIWF/ISFM

Schweizerisches Institut für ärztliche Weiter- und Fortbildung
Institut suisse pour la formation médicale postgraduée et continue

10. MedEd SYMPOSIUM

2023



SIWF^{FMH}
ISFM

Mit Simultan-
übersetzung
Avec traduction
simultanée

Perspektiven der ärztlichen Bildung
Perspectives de la formation médicale

Keynote Speakers 2023

Tanja Krones
Prof. Dr. med.
Zürich

Sven Staender
PD Dr. med.
Männedorf

Raphäel Bonvin
Pr Dr méd.
Fribourg

Lutz Jäncke
Prof. Dr. rer. nat.
Zürich

Save the Date
13. September 2023
Casino, Bern

Das MedEd-Symposium ist im Rahmen der erweiterten Fortbildung
in allen Fachgebieten mit **7 Credits** anerkannt (**SIWF-approved**).
Le Symposium MedEd donne droit à **7 crédits** dans toutes les disciplines
dans le cadre de la formation continue élargie (**ISFM approved**).



Anmeldung/Inscription: www.congress-info.ch/meded2023

Im AA-Universum

«Gibt es überhaupt etwas, das du alleine kannst?»

Und ehe man sich's versieht, sitzt man vor dem Spital-fotografen und posiert brav für das Bild auf dem neuen Badge, der mich als Assistenzärztin ausweist. Sass ich nicht gerade noch anonym im Uni-Hörsaal und lauschte halb beteiligt den Vorlesungen zu? Im Zentrum standen noch die Fragen, wie man am besten die Zeit totschlagen konnte oder was man für die Prüfung lernen sollte und was vernachlässigbar war. Oder man träumte vom spannenden und aufregenden, zukünftigen Klinikalltag und besprach mit den Kollegen, wo man sich am besten bewerben solle.

Plötzlich steht man mitten im Geschehen, Klemmbrett und Stationsliste unter dem Arm und in der Hosentasche ein Telefon, das im Drei-Minuten-Takt klingelt. Visite, Untersuchungen, Pflege-rapport, Verordnungen, Berichteschreiben und Dokumentationen – alles läuft parallel und muss schnell gehen. Die Frage ist nur, wie man das alles gleichzeitig unter einen Hut bringen soll. Zugleich sollte man immer souverän und selbst-sicher aussehen und ebenso handeln. Vielleicht war das der Part der Vorlesung, den man ausgelassen hatte. Von «Über-leben im Klinikalltag» habe ich während den sechs Studienjahren jedoch kaum etwas gehört. Das interessiert jetzt aber niemanden, denn Arzt ist Arzt, und es wird erwartet, dass man sich so benimmt und funktioniert. «Fake it till you make it», wurde mir gleich als erstes geraten. Alles klar.

Aber erstmal wird brav mit Namen und –«ich bin die neue Assistenzärztin» vorgestellt, am besten einfach bei allen, die einem über den Weg laufen. Wobei – Moment – war das nicht eben eine Patientin?

Während ich andauernd versuche, allen unbekannten Informationen mit einem wissenden Lächeln zu begegnen und selbstsicher durch die Gänge zu schreiten, trete ich vor lauter Aufregung am Laufmeter in Fettnäpfchen. Ich lande im falschen Patientenzimmer, spreche Patienten mit falschem Namen an oder kann mich schon wieder nicht an den Vornamen der Kollegin erinnern. Alles Dinge, die mir als UHU nie passiert wären. Nur waren das damals meine einzigen Sorgen. Und so kommt es, dass ich tatsächlich freiwillig lieber wieder als Unterassistentin fungieren oder noch lieber wieder in den langweiligen Hörsaal teleportiert werden würde. Da konnte man wenigstens noch selbst entscheiden, wann man zur Toilette ging, und zur Pause wurde regelmässig geklingelt. Gleichzeitig frage ich mich, ob ich nicht doch lieber gleich den Beruf wechseln und als Strassenmusikerin oder Bildhauerin einsteigen solle.

Genug mit Selbstmitleid, der Tag geht schliesslich weiter. Um 16.00 Uhr fühle ich mich zunehmend wie eine ausgetrocknete und hängende Pflanze. Hypovolämie und Hypoglykämie? Oder bin ich einfach noch zu schwach und zu wenig abgehärtet für den Klinikalltag? Wie auch immer – einfach weiterlächeln und so aussehen,

als würde man frisch aus der Dusche tanzen. Und als Anfängerin ja keine Schwäche zeigen.

Um 18 Uhr nach dem Abendapport frage ich mich, wo genau unterwegs meine Struktur und innere Ruhe verloren gegangen sind und ob überhaupt jemals wieder Ordnung in meinem Hirn herrschen wird.

Die Stationsliste ist so vollgekrizelt, dass ich sie selbst nicht mehr lesen kann. Mit Hitzewallungen und hochrotem Kopf sehe ich mittlerweile aus wie ein rumge-scheuchtes und zerzaustes Huhn, was mir natürlich jegliche Plausibilität als Ärztin nimmt. Und vor lauter Erschöpfung werde ich auch noch vergesslich und verliere schier die zeitliche und örtliche Orientierung (zur Person und zur Umgebung).

«Gibt es denn überhaupt etwas, das du alleine kannst?», werde ich zum Schluss noch gefragt. Ich bin mir ehrlichgesagt auch nicht mehr sicher. Wenigstens finde ich den Heimweg noch selbst.



Camille Bertossa,
Assistenzärztin im
1. Weiterbildungsjahr

Neues aus den Sektionen

Bern

Mitgliederversammlung 2023

Am 27. April fand die Mitgliederversammlung in der Aula des Progr Bern statt. Der Poetry-Slammer Remo Zumstein umrahmte die Versammlung mit schnellen und humorvollen Texten. Neben den meist unspektakulären statutarischen Traktanden waren die personellen Veränderungen an der Mitgliederversammlung sehr wichtig.



Remo Zumstein (Poetry Slam)

Acht Jahre lang hat sich Nora Bienz zuerst als Präsidentin und nachher im Co-Präsidium mit Marius Grädel-Suter zusammen unnachgiebig für die Anliegen der jungen Ärztinnen und Ärzte eingesetzt. Sie hat sich unter vier Augen ausgetauscht, aber auch den Auftritt in den Medien nicht gescheut und mit ihrer offenen Art viele Sympathien auch für schwierige Themen gewinnen können. Sie hat alle und alles unverblümt angesprochen und ist entschlossen und mit harter Arbeit an den Kernanliegen des VSAO Bern drangeblieben. Anlässlich der Mitgliederversammlung gab Nora das Co-Präsidium an Rahel Gasser weiter, welche zusammen mit Marius Grädel-Suter ins Präsidium gewählt wurde. Wir bedanken uns bei Nora Bienz ganz herzlich für ihr riesiges Engagement und wünschen ihr weiterhin gutes Wirken als Vizepräsidentin beim vsao-Dachverband! Rahel Gasser heissen wir mit grosser Freude im Präsidium willkommen.

Es ist sehr erfreulich, dass wir mit Helly Hammer, Nora Höger, Monika Moser, Lukas Bauer und Yannick Turdo fünf neue Vorstandsmitglieder begrüßen dürfen. Dario Häberli hat sich nach langjähri-

gem Wirken aus dem Vorstand zurückgezogen und wurde mit grossem Applaus verabschiedet. Wir freuen uns alle auf die Zusammenarbeit in der neuen Konstellation!

Spitalschliessungen Münsingen und Tiefenau

Die Inselgruppe AG hat aus primär wirtschaftlichen Überlegungen entschieden, die beiden Standorte Münsingen (per 30. Juni 2023) und Tiefenau (per 31. Dezember 2023) zu schliessen. Der VSAO Bern bedauert diesen Entscheid sehr und hat sich von Beginn weg mit gebündelten Kräften darauf konzentriert, dass es für möglichst viele Mitarbeitende Anschlusslösungen an den verbleibenden Standorten gibt. Ebenso, dass die betroffenen Assistenzärztinnen und -ärzte keinen Nachteil bezüglich der Weiterbildung erfahren und die Weiterbildungs- und Rotationsstellen nicht abgebaut werden.

Wir konnten uns im engen Austausch mit der Personalkommission ins Konsultationsverfahren einbringen und sind auch laufend im Austausch mit der Direktion. Es ist uns bewusst, dass es für die betroffenen Mitarbeitenden eine sehr her-



Nora Bienz (abtretende Co-Präsidentin) und Janine Junker (Geschäftsführerin)



Versammlung (v.l. n. r. Nora Bienz, Nicolas Arnold, Rahel Gasser und Marius Grädel-Suter)



Spital Münsingen

ausfordernde Situation ist und die Veränderungen schwierig nachzuvollziehen und anzunehmen sind. Dies hat die anlässlich der Mitgliederversammlung geführte Diskussion deutlich aufgezeigt. Wir nehmen das Signal ernst und setzen uns mit noch mehr Nachdruck für nachhaltige Lösungen ein.

Für rechtliche Fragen und sonstige Anliegen der Mitglieder stehen wir sehr gerne zur Verfügung und sind bestrebt, die Interessen aller gut und verständlich zu vertreten.

Zulassungsbeschränkung für Ärztinnen und Ärzte ab 1. Juli 2023

Der Kanton Bern plant per 1. Juli 2023 eine Zulassungsbeschränkung für gewisse Fachbereiche (Allgemeine Innere Medizin, Pneumologie, Orthopädie, Gastroenterologie und Chirurgie), begrenzt auf bestimmte Regionen, einzuführen. Der VSAO Bern wurde bedauerlicherweise nicht zur Vernehmlassung eingeladen und hat sich in letzter Minute der Stellungnahme der BEKAG (Ärztegesellschaft des Kantons Bern) angeschlossen. Die geplante Umsetzung ist übereilt und bezüglich der festgelegten Zahlen nicht fundiert. Wir hoffen, dass wir mit vereinten Kräften einen Kurswechsel erreichen können.

Janine Junker, Geschäftsführerin VSAO Bern



Zentralschweiz Mitgliederversammlung 2023

Am 23. März fand die Mitgliederversammlung im Eventlokal Hintermusegg in Luzern statt. Gut 30 Mitglieder hatten sich eingefunden, um über den Jahresbericht der Co-Präsidentinnen, die Finanzen und die Neuaufnahmen in den Vorstand abzustimmen. Zur Freude des Vorstandes wurden sämtliche Anträge gutgeheissen und die MV somit erfolgreich durchgeführt.

Der Vorstand konnte mit weiteren engagierten Personen ergänzt werden und setzt sich derzeit folgendermassen zusammen:

- **Co-Präsidium:** Helen Manser, Mirjam Ulmi
- **Sektionsjurist:** Eric Vultier
- **Weitere Mitglieder:** Marc Eich, Stefanie Fleischli, Mirjam Hug, Anja Moczko, Raphael Fischer, Annika Berchtold, Benedict Krischer, Leos Kayhan, Benjamin Wiludda

Um die anfallenden Aufgaben besser zu verteilen und zu koordinieren, erarbeitet der Vorstand zurzeit eine neue Organisationsform.

Stammtisch Zug

Am 20. April führten wir zum ersten Mal einen Stammtisch im Kanton Zug durch. Beim Burgerplausch in der Cheers Bar in Baar konnten sich die Teilnehmenden zu Themen, die sie im Moment beschäftigen, austauschen. Neben allgemeinen Infos über die Dienstleistungen des vsao waren Teilzeitarbeitsmodelle, Feedback und Möglichkeiten zur Verringerung der Arbeitslast der Assistenzärztinnen und -ärzte Gegenstand der Diskussionen.

Mirjam Ulmi, Co-Präsidentin VSAO Zentralschweiz

Zürich / Schaffhausen

Gemeinsam für eine Umsetzung der 42-Stunden-Woche!

Vor Ostern haben wir die Öffentlichkeit darüber informiert, dass wir den bestehenden Gesamtarbeitsvertrag für Assistenzärztinnen und -ärzte mit dem Kanton Zürich und den vier kantonalen Kliniken USZ, KSW, PUK sowie ipw auf Ende Jahr gekündigt haben. Dies hat uns auch in den vergangenen Wochen weiter beschäftigt, sei es in Form von Medienanfragen, Aufklärungsarbeit bei unseren Mitgliedern oder den Neuverhandlungen mit den Kliniken.

Wir haben unsere Mitglieder, die sich ebenfalls eine 42+4-Stunden-Woche wünschen, dazu aufgefordert, sich in einem kollektiv unterzeichneten Brief an die Spitaldirektion und/oder den Spitalrat zu wenden (auch an die Nicht-GAV-Spitäler im Kanton Zürich), um zu signalisieren, dass die 42-Stunden-Forderung ihr Bedürfnis ist.

Auf unserem Mitgliederportal www.doc-doc.ch haben wir hierfür alle nötigen Unterlagen wie Musterbriefe, Informationen über das «42+4-Stunden-Weiterbildungs-Konstrukt» wie auch eine Übersicht über die Vor- und Nachteile des GAV zur Verfügung gestellt.

Erfolgreiches Coach-my-Career-Seminar für Medizinstudierende

Die Vorbereitung unserer diesjährigen Staatsabgängerinnen und -abgänger auf ihren Berufseinstieg läuft auf Hochtouren! Über 70 Medizinstudierende haben Anfang April an unserem Coach-my-Career-Seminar teilgenommen und wertvolle Tipps für den nahenden Berufseinstieg erhalten.

In interaktiven Workshops zu Themen wie Resilienz, sicheres Auftreten oder Fit durch den Dienstdschungel konnten die Teilnehmenden 1:1 die möglichen Herausforderungen im Klinikalltag üben und bei Inputreferaten und der Podiumsdiskussion wertvolle Ratschläge von erfahrenen Ärztinnen und Ärzten mitnehmen.

Herzlichen Dank allen Teilnehmenden und Referentinnen und Referenten für ihr grosses Engagement!



Podiumsdiskussion zum Thema Vereinbarkeit und Chancengleichheit am diesjährigen Coach-my-Career-Seminar.

VSao Zürich sucht Projektmitarbeitende

Der VSao Zürich ist auf der Suche nach Medizinstudierenden und Assistenz- und Oberärztinnen und -ärzten, die unseren Berufsverband punktuell bei Projekten unterstützen möchten. In unseren Ressorts Weiterbildung, Dienstplanung, Mitglieder-Empowerment, Chancengerechtigkeit, Entlohnung, Politik und Chirurgie warten spannende Aufgaben, Projekte und Events und ein topmotiviertes Team!

Voraussetzungen? Ein grosses Herz und die Motivation, sich für die Interessen und für bessere Arbeitsbedingungen von Kolleginnen und Kollegen einzusetzen.

Melde Dich bei uns via info@vsao-zh.ch und komm einmal unverbindlich zu einer Vorstandssitzung, um einen Einblick in unsere Themen und unser Team zu erhalten.

Save the Date: Wahl-Event am 21. September 2023

Gemeinsam mit der Ärztesgesellschaft des Kantons Zürich AGZ laden wir unsere Mitglieder schon heute dazu ein, ihre

Kolleginnen und Kollegen, die bei den diesjährigen Wahlen fürs nationale Parlament kandidieren, persönlich kennenzulernen und mit ihnen zu diskutieren. Unser Wahl-Event wird am 21. September 2023 ab 18.30 Uhr in Zürich stattfinden.

Last Call: Am Donnerstag, 15. Juni 2023, findet die jährliche Mitgliederversammlung des VSao Zürich /Schaffhausen statt.

Dominique Iseppi, Kommunikationsassistentin, VSao Zürich/Schaffhausen



**Ich möchte
mehr bei
den Patienten
sein als am PC.
Geht das?**

**Das
geht!**

Gemeinsam
machen wir es
möglich!



**Wir wollen Medizin statt Bürokratie.
JETZT AUF [VSAO.CH](https://vsao.ch) MITGLIED WERDEN!**



Chiara Barbarossa



Wohnort: Gümligen, Bern
Beim vsao seit: November 2022
Der vsao für Dich in drei Worten:
Bunt, aufgeschlossen, konstruktiv

Das Bauchgefühl hat sie dazu bewogen, beim vsao zu arbeiten. Chiara hat die Wirtschaftsmittelschule in Bern absolviert und hält sich alle Optionen für die Zukunft offen – es könnte ein Studium sein oder auch eine andere Weiterbildung. Im Moment möchte sie jedoch Arbeitserfahrung sammeln und fühlt sich beim vsao bestens aufgehoben.

Als Projektassistentin Gremien und Vernetzung ist sie die unsichtbare Hand, die dafür sorgt, dass alles im Verband reibungslos läuft. Dies beinhaltet vor allem die Organisation, Vor- und Nachbereitung der Sitzungen der verschiedenen Gremien des vsao – und davon gibt es viele. Vom Geschäftsausschuss über den Zentralvorstand bis zu den Visitationen ermöglicht sie damit den vsao-Mitgliedern, sich neben ihrem Beruf zu engagieren, und leistet so einen unersetzlichen Beitrag zur Arbeit des Verbandes. Dazu gehören natürlich auch die Entschädigungen und die Gremienabrechnungen, für welche sie zuständig ist. Mit der Koordination der Termine der Visitationen sorgt sie im Weiteren dafür, dass die medizinische Versorgung und vor allem das Angebot einer qualitativ hochstehenden Weiterbildung für die Ärztinnen und Ärzte gewährleistet ist. Ihre Unterstützung schliesst auch die Studierenden ein:

So ist sie zuständig für das Sekretariat von NCWiki, einer studentischen Organisation, welche Unterlagen für die Vorbereitung der Numerus-Clausus-Prüfungen anbietet.

Am vsao schätzt sie vor allem den guten Umgang im Team sowie das Vertrauen, das ihr entgegengebracht wird. Von Beginn weg wurde ihr Verantwortung übertragen und sie konnte selbstständig arbeiten, obwohl sie direkt von der Ausbildung kam. Für sie stimmt ferner die Balance: Im vsao gibt es eine produktive Fehlerkultur, und wenn sie Unterstützung benötigt, erhält sie diese auch.

Die Buntheit und fröhliche Stimmung schätzt sie nicht nur am Arbeitsplatz, sondern auch im Privatleben. So geht sie in ihrer Freizeit gerne tanzen, am liebsten Salsa und Jazz. Ansonsten verbringt sie Zeit mit ihrem Hund – ob dieser auch mal zur Unterstützung des Teams ins Büro kommt?

Arbeitsrechtliche Folgen der Weiterbildung

Das Verhältnis zwischen Assistenzarzt und Arbeitgeber weist arbeitsrechtliche Besonderheiten auf, da das Vertragsverhältnis angestellte Ärzte betrifft, die eine Weiterbildung zur Erlangung eines Facharzttitels FMH absolvieren.

Der Tätigkeitsbereich des Assistenzarztes ist zweigeteilt. Der Arbeitsvertrag muss dem Arzt ermöglichen, seine Pflichten als Angestellter zu erfüllen und gleichzeitig die Lernziele im Rahmen seiner Weiterbildung zu erreichen, was aber mit einigen Schwierigkeiten verbunden sein kann. So muss der Arbeitsvertrag zwei Bereiche abdecken. Ein erster Teil regelt die Arbeitsleistung, ein zweiter die Fragen der Weiterbildung. Diese können auch in einem Zusatz zum Vertrag geregelt werden. Der Vertrag muss schriftlich abgeschlossen werden und bestimmte Einzelheiten beinhalten (Art. 41 Abs. 3 der Weiterbildungsordnung, WBO). Es gibt entsprechende Dokumentvorlagen auf der Website des SIWF.

Die Weiterbildungsaktivität ist ein Recht des Arztes, das er bei seinem Arbeitgeber einfordern kann.

Art. 41 WBO verlangt, dass jede Weiterbildungsstätte ein Weiterbildungskonzept erarbeiten muss. Dieses Weiterbildungskonzept bestätigt, dass die Weiterbildungsstätte eine strukturierte Weiterbildung von mindestens vier Stunden pro Woche anbietet (oder ermöglicht). Im April 2022 hat das SIWF das Merkblatt «Was ist unter strukturierter Weiterbildung zu verstehen?» herausgegeben. Darin wird anhand von Beispielen beschrieben, was darunter zu verstehen ist. Gleichzeitig erinnert es an den Anspruch aller Ärzte auf vier Stunden strukturierte Weiterbildung pro Woche.

Welches sind die arbeitsrechtlichen Folgen?

Die zweigeteilte Tätigkeit des Assistenzarztes wirkt sich konkret auf den Inhalt des Pflichtenhefts aus, das auch das Weiterbildungsprogramm beinhalten muss.

Die Anforderungen des SIWF bezüglich Weiterbildung sind mit bestimmten Rechten verbunden, die der angestellte Arzt geniesst:¹

- das Recht, über die nötige Zeit zu verfügen, um sich seiner Weiterbildung zu widmen,
- das Recht auf eine theoretische und praktische Weiterbildung, die den Anforderungen der FMH entspricht,
- das Recht, seine Weiterbildung innerhalb einer angemessenen Frist abzuschliessen,
- das Recht auf regelmässige und strukturierte Beurteilungsgespräche,
- das Recht, vom Weiterbildner ein persönliches Engagement zu verlangen.

Dazu muss die für die Weiterbildung aufgewendete Zeit bei der Erstellung des Dienstplans berücksichtigt werden und als Arbeitszeit gelten, wobei der Arbeitgeber nicht den Ausgleich ausfallender Arbeitszeit verlangen darf. Die Höchstarbeitszeit muss eingehalten werden. Gleichzeitig muss eine solide und qualitativ hochwertige Weiterbildung gewährleistet sein. Diese Ziele sind manchmal schwer zu vereinbaren.

Um anerkannt zu werden, müssen die Weiterbildungsperioden bestimmte Kriterien hinsichtlich Dauer erfüllen. Diese berücksichtigen die arbeitsrechtlichen Vorschriften, insbesondere den gesetzlichen Ferienanspruch oder die Abwesenheiten infolge Krankheit, Unfall, Mutterschaft, Wehr- und Zivildienst (Art. 31 WBO). Zeiten unverschuldeter Abwesenheit im Sinne des Arbeitsrechts

können an die Weiterbildungszeit angerechnet werden, in der Regel bis zu acht Wochen pro Jahr. Auch die Abwesenheiten wegen Schwangerschaft oder Mutterschaft können unter bestimmten Bedingungen für sechs Monate angerechnet werden, auch ausserhalb einer Weiterbildungsperiode. (vgl. Interpretation von Art. 31 WBO «Absenzen und Beurlaubungen», insbesondere in Bezug auf eine Schwangerschaft/Mutterschaft).

Die Weiterbildung von Assistenzärzten bringt also sowohl für die Ärzte als auch für ihre Arbeitgeber arbeitsrechtliche Rechte und Pflichten mit sich. Wenn Sie bei deren Umsetzung mit Schwierigkeiten konfrontiert sind, können Sie sich an den vsao wenden, der Ihnen gerne weiterhilft.

¹ Vgl. Mercedes NOVIER, Le droit du travail du médecin-assistant et du chef de clinique, Aperçu du droit fédéral et de la situation en Suisse romande, Schulthess 2016, S. 163 ff.

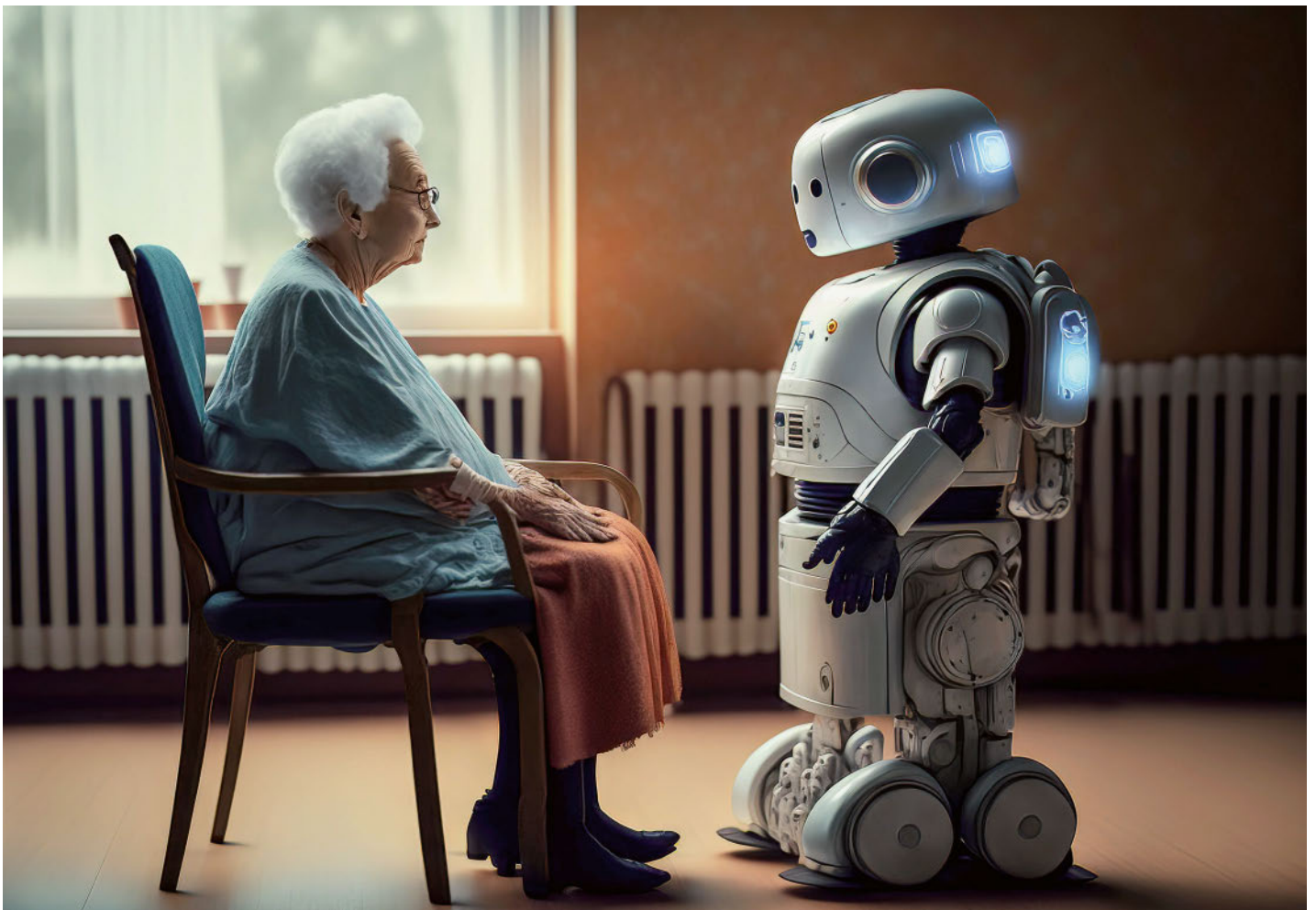


Véronique Aeby,
Rechtsanwältin, Sektion
Freiburg

Entscheidung und Würde im Zeitalter der KI

In jüngster Zeit wird im Gesundheitswesen viel über künstliche Intelligenz geschrieben und nachgedacht. Neben grossen Hoffnungen und Befürchtungen gibt es auch eine Menge neuer Begriffe: Augmented Reality, Deep Learning, Machine Learning, ChatGPT – man hat Mühe, die Konzepte zu verstehen und nicht den Anschluss zu verlieren.

Prof. Dr. Rouven Porz, Medizinethik und ärztliche Weiterbildung, Insel Gruppe, Inselspital Bern



Unethisch oder moralisch wertvoll? Wie und wo KI eingesetzt werden soll, muss die Gesellschaft als Ganzes entscheiden.

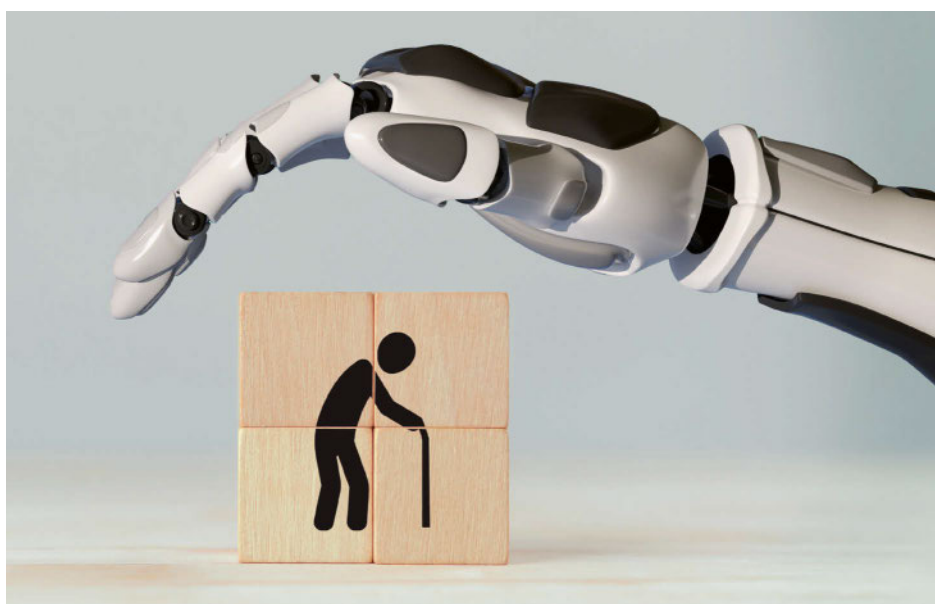
KI und die damit verbundenen Entwicklungen stellen auch uns in der Ethik vor neue Herausforderungen. Schliesslich reden wir hier über Themen, über die – ausser in Science-Fiction-Filmen – noch nie eine Generation ernsthaft nachdenken musste. In vielerlei Hinsicht müssen wir nicht zuletzt die ethische Bewertung der künstlichen Intelligenz neu erlernen. Vieles, was uns bislang klar schien, kann jetzt in Frage gestellt werden. Allein wenn ich z. B. zum Telefon greife, um im Restaurant eine Tischreservierung vorzunehmen, ist heute nicht mehr klar, ob ich mit einem echten Menschen oder mit einem Chatbot spreche. Das muss in diesem Fall kein grosses Problem sein, vielleicht ist der Chatbot freundlicher als der echte Mensch, aber es illustriert, wie sehr sich unsere Realität bald ändern könnte, auch im Gesundheitswesen.

Fakt ist, sowohl die Digitalisierung wie auch der Einsatz von künstlicher Intelligenz könnten die Medizin optimieren und effizienter machen. Gewisse Bedenken werden schnell laut: «Wir wollen keinesfalls, dass irgendwann Computer für uns entscheiden!» Darüber scheinen sich eigentlich alle Ärzte und Ärztinnen im Moment einig zu sein. Man will grundsätzlich ebenso wenig, dass Computer irgendwann Arbeitskräfte ersetzen, obwohl wir das wohl kaum vermeiden werden können. Eine verbreitete Angst ist im Weiteren, dass es würdelos sein könnte, wenn ein intelligenter Pflegeroboter irgendwann eine demente, alte Patientin pflegt, und die Dame vielleicht gar nicht versteht, dass der Pflegende kein Mensch ist.

Was ist eine Entscheidung?

Beschränken wir uns kurz auf die Themen Entscheidungen und Würde – sie beide haben direkte Auswirkungen auf die neuen Partnerschaften, die wir mit intelligenten Maschinen eingehen werden. Beide Themen werden oft genannt. Gerade weil uns KI bei Entscheidungen helfen soll und weil wir Angst haben, dass Maschinen vielleicht würdeloser mit uns umgehen werden als Menschen. Es fragt sich aber in unserer ethischen Neubewertung dieser Zusammenhänge, ob wir uns nicht sowieso schon jeden Tag bei Entscheidungen helfen lassen, und ob wir nicht – Achtung, Kehrtwende – irgendwann vielleicht würdelos mit den intelligenten Maschinen umgehen.

Was bedeutet Entscheidung? Wenn mein Navigationsgerät im Auto in einer fremden Stadt eine Tankstelle in meiner



Nähe raussucht und mich dorthin führt, trifft dann das Navigationssystem nicht bereits eine Entscheidung für mich? Wenn mir mein Musik-Streaming-Anbieter Spotify ein Lied, basierend auf meinem Hörverhalten der letzten Monate, vorschlägt, trifft dann das algorithmische System nicht bereits eine Entscheidung für mich? Nein, werden Sie jetzt vermutlich denken. Das seien keine wirklichen Entscheidungen, das seien lediglich Vorschläge. Ich bin mir da nicht mehr so sicher. Ich glaube, das könnten tatsächlich schon Entscheidungen sein, es hängt davon ab, wie man Entscheidungen definiert. Und darüber redet in der aktuellen Diskussion leider fast niemand. Wir alle glauben zu wissen, was eine Entscheidung ist. Aber ist das Ergebnis einer komplexen Rechenleistung nicht vielleicht doch schon eine Entscheidung? Insbesondere dann, wenn die Rechenleistung des Deep-Learning-Systems so komplex ist, dass ich sie weder verstehen, noch nachvollziehen, noch selbstständig interpretieren kann? Oder ist eine Entscheidung erst dann eine Entscheidung, wenn ein Mensch sie emotional eingeordnet hat? (Zum Beispiel: «Oh nein, dieses vorgeschlagene Lied gefällt mir nicht, es erinnert mich an meine erste unglückliche Liebe.»)

Wer oder was verdient Würde?

Jetzt noch ein kurzer Blick auf die Würde: Irgendwie sind wir uns alle einig, dass einem System mit künstlicher Intelligenz wohl nie die Würde zukommen kann, die wir uns als Menschen gegenseitig per se zusprechen, richtig? Auch hierüber bin mir nicht mehr so sicher, verwischt doch

die Trennlinie zwischen «künstlich» und «natürlich» zunehmend stärker. Was macht denn das «Natürliche» besser als das «Künstliche»? War Dolly ein schlechteres Schaf als andere, nur weil es durch Klonen auf die Welt gekommen ist? Hatte es deswegen weniger Anspruch auf eine artgerechte Haltung?

Ich ahne schon, Sie denken jetzt, der Vergleich hinke: Klonen sei doch nicht dasselbe, wie künstliche Intelligenz zu erzeugen. Nein, ist es sicher nicht, aber es trägt dieselbe Handschrift. Beide Techniken tragen die Handschrift eines möglichen Dual-Use-Dilemmas. Das heisst: Je nachdem, wie wir die Errungenschaften einsetzen, interpretieren und nutzen, können sie gute oder schlechte Folgen haben. Natürlich ist das bei jeder Art von Technik so. Auch ein Messer kann man verwenden, um ein Brot zu streichen, oder jemand damit umzubringen – Dual Use. Aber die Folgen könnten bei der KI weit aus verheerender sein als bei einem Messer. Und das ist es, was wir im Auge behalten müssen. Noch können wir die Richtung der Anwendung steuern. Aber diese Aufgabe und die damit einhergehende Verantwortung müssen wir auch übernehmen. Wir können sie nicht allein den Juristinnen und Juristen zuschieben, sondern müssen anfangen, darüber nachzudenken, in welche Beziehung wir uns zu welcher Art von intelligenten Maschinen setzen wollen.



Rückkehr zum Ursprung der Sprache

Vor fast viertausend Jahren wurden in Mesopotamien die Buchstaben erfunden, um die Kommunikation zu beschleunigen: Beim Handeln vergeudete man wertvolle Zeit, wenn man die Ware jedes Mal zeichnen musste. Seit etwa dreissig Jahren verwenden wir beim Schreiben nun wieder Piktogramme. Heute geht es dabei vor allem darum, Gefühle auszudrücken.

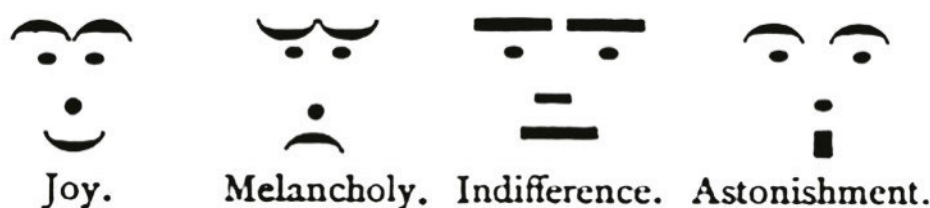
Valentina Bergonzi



Emojis schaffen Empathie: So lautete das zentrale Ergebnis des Adobe Global Emoji Trend Report 2021. Das im Übrigen niemanden überraschen dürfte, schliesslich ist jedem klar, dass «Ich kann die Abreise kaum erwarten 🤔» etwas anderes bedeutet als «Ich kann die Abreise kaum erwarten 😞».

Von Babyboomern und Millenials gleichermaßen geliebt, haben über 3000 Emojis Einzug in unsere Alltagskommunikation gehalten. In den letzten Jahren kamen zahlreiche Symbole für Lebensmittel, die Natur und verschiedene Gegenstände hinzu, doch am beliebtesten sind immer noch die Gesichter. Für den erwähnten Adobe-Report wurden die Nutzer auch gefragt, welche Kategorien sie gern erweitert sähen: «Emotionen und Gefühle» steht an erster Stelle, gefolgt von «Beziehungen».

Zum ersten Mal tauchten die kleinen «Gesichter» wahrscheinlich im März 1881 auf, als die amerikanische Satirezeitschrift Puck vier stilisierte Gesichter veröffentlichte, um typografisches Können zu demonstrieren. ▼



Achtzig Jahre später, 1963, entwarf der Werbegrafiker Harvey Ball das erste grosse, gelbe Smiley, das wir alle kennen: Eine Versicherungsgesellschaft verwendete es für eine interne Kommunikationskampagne. In den 1980er Jahren wurden Emojis dann in der Computerwelt eingeführt, und seitdem erfreuen sie sich ständig zunehmender Beliebtheit. 2015 wählten die Oxford Dictionaries ein Smiley zum «Wort» des Jahres (😄). Die digitalen Medien, über die wir immer schneller und knapper kommunizieren, haben zweifellos zum Erfolg der Emojis beigetragen, doch könnte der Wandel der Schrift auch mit den Inhalten zusammenhängen, die wir vermitteln wollen. Fehlen uns die Worte, um Gefühle auszudrücken? Oder gibt es im privaten und gesellschaftlichen Leben Veränderungen, die sich so leichter darstellen lassen? ▼

Aus einem Stier wurde ein A – die Entwicklung des Alphabets

Sicherlich mit gesellschaftlichen Veränderungen hatte es zu tun, dass die Menschen in Mesopotamien um 1700/1500 v. Chr. allmählich Piktogramme – also Symbole, die eine Sache darstellen – aufgaben und zu einem Schriftsystem übergingen, in dem jedes Symbol einem Laut entspricht.

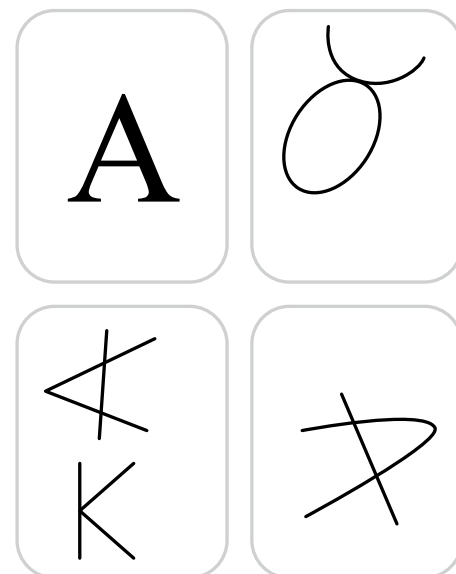
Bis zu diesem Zeitpunkt hatte man Symbole verwendet, eine Weiterentwicklung der ägyptischen Hieroglyphen, doch nun betrieb man immer regeren Handel, die Geschäftsbeziehungen weiteten sich aus, und das alte System war nicht mehr schnell genug. Man konnte sich nicht kostbare Minuten lang damit aufhalten, reihenweise Schafe oder Getreidegarben zu zeichnen.

Aus diesem erstem Schriftsystem, das protosinaitisch genannt wird, entwickelten sich verschiedene Alphabete: Hebräisch, Aramäisch (und daraus wieder das arabische und verschiedene indische Alphabete) und Phönizisch. Das phönizische Alphabet war die Grundlage für das griechische, und damit für das kyrillische und lateinische – ein Alphabet, das um

600 v. Chr. entstand und das heute weltweit etwa 50 Sprachen weltweit verwenden.

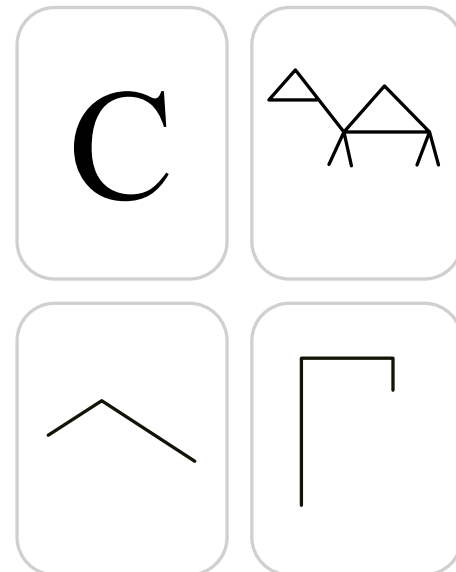
In einigen Buchstaben, die wir heute verwenden, ist das ursprüngliche Symbol noch zu erkennen. In unserem A steckt der erste Buchstabe des protosinaitischen Alphabets: *alef*. *Alef* war auch die Bezeichnung für «Stier» – Inbegriff der Landwirtschaft, der Hauptquelle des Lebensunterhalts. Deshalb die erste Position im Alphabet.

Dieselbe Bedeutung hatte im alten Ägypten eine Hieroglyphe, die einen Stier darstellte. Mit der Zeit wurde die Darstellung einfacher: Die Hörner wurden immer flacher, bis sie auf den Kopf «rutschten». Zur Zeit der Phönizier wurden mehrere Symbole gleichzeitig verwendet; die Griechen verwandelten *aleph* in *alpha* und drehten das Symbol um 180 Grad. Über die Etrusker gelangten die Buchstaben zu den



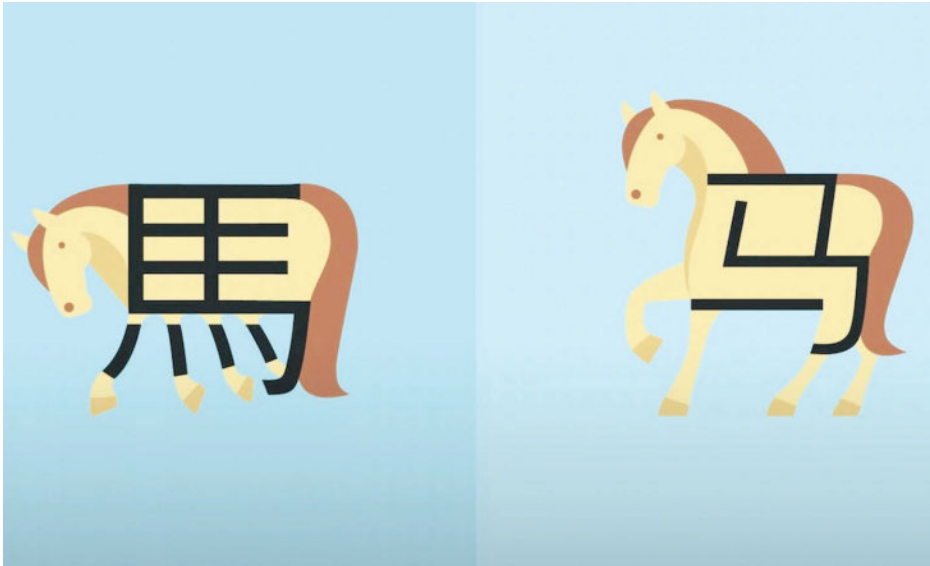
Römern, wo sie weiter vereinfacht wurden, um sie an das lateinische Schriftsystem anzupassen. ▲

Ein anderes Beispiel für einen Buchstaben, der mit einem Tier zu tun hat, ist unser C: Es leitet sich vom dritten Zeichen des protosinaitischen Alphabets ab und geht auf das Wort *gamal* zurück, was «Kamel» bedeutet. ▼



Kamele hatten und haben in Wüstenregionen grosse Bedeutung, da sie Wasser durch trockene Gebiete transportieren und lange Dürreperioden überstehen können. Um sie symbolisch darzustellen, wählte man ihr charakteristischstes Merkmal: den Buckel. Das Zeichen war im Vergleich zum protosinaitischen Original sehr einfach und schnell darzustellen und wurde auch in das hebräische Alphabet





Beispiel für eine Vereinfachung © Noma Bar

übernommen. Im griechischen Schriftsystem wurde es gedreht und begradigt und erhielt den Namen *gamma*. Für das lateinische Alphabet vereinfachte man es weiter und stellte es gedreht dar, und es wurde zum Symbol für den Laut «C» oder «K».

China vereinfacht auf seine eigene Weise

Während vom Mittelmeerraum Abwandlungen des ägyptischen Schriftsystems ausgingen, blühte im Fernen Osten das chinesische System, das seit jeher ein

Symbol mit einem Wort verbindet (sogenannte Ideogramme oder, korrekter, Logogramme). Doch auch in China stellte sich im Lauf der Jahrtausende die Frage der Schreibgeschwindigkeit.

Schon in der Antike begann man die Schriftzeichen aus praktischen Gründen zu vereinfachen: So wurde die Sonne zunächst auf Keramik oder kleinen Metalltafeln als runder Kreis dargestellt; als Bambus die Keramik ersetzte, änderte die Sonne ihre Form und wurde quadratisch, da es sehr schwierig war, auf Bambus gekrümmte Li-

nien zu zeichnen. Die wirkliche Revolution erfolgte mit der Einführung des Papiers im zweiten Jahrhundert nach Christus, als die Menschen begannen, mit Pinsel und Tinte zu schreiben. Diese Werkzeuge machten es einfacher, die Schriftzeichen auszuschnitten, und es entstand die chinesische Kalligrafie, wie wir sie heute kennen. Eine erneute Vereinfachung setzte dann die Kommunistische Partei nach 1945 durch, um dem Analphabetismus vor allem auf dem Land entgegenzuwirken.

Seitdem bevorzugt man in China bei etwa 2000 Wörtern die vereinfachte Form, und die traditionellen Schriftzeichen bleiben akademischen Kreisen vorbehalten. Dass in Taiwan und Hongkong sowie in einigen chinesischen Gemeinschaften in Kanada und den Vereinigten Staaten die vereinfachten Schriftzeichen abgelehnt werden, hat politische Gründe: Man lehnt ab, was von der kommunistischen Regierung in Peking beschlossen wurde.

:-) oder ^_^?

Seit ein paar Jahren fragen sich viele Menschen: Könnten Emojis ein neues Kapitel in der Kommunikation aufschlagen und die Barrieren zwischen den Sprachen auflösen? Nicht ganz.

:-) oder ^_^ ?



Zunächst einmal müssen wir den Unterschied zwischen Emojis, Emoticons und *Kaomoji* klären.

Emojis werden im Unicode-Zeichensatz «geschrieben» und sind heute auf Computern und Smartphones weit verbreitet. Unicode ist ein universelles Kodierungssystem, das von verschiedenen digitalen Kommunikationsplattformen verwendet wird, sodass die gezeichneten Gesichter überall auf der Welt gleich oder zumindest sehr ähnlich aussehen.

Auf einfacheren Geräten oder wenn man keine grafische Benutzeroberfläche nutzen kann oder will, verwendet man stattdessen die im Westen gebräuchlichen Emoticons oder *Kaomoji*, die japanische Variante. Emoticons und *Kaomoji* sind Smileys, die nur mit Text (Buchstaben und Interpunktion) «gezeichnet» werden. Emoticons werden von links nach rechts gelesen und es werden maximal vier Zeichen verwendet: zum Beispiel :-) für ein Lächeln. *Kaomoji* hingegen werden frontal erfasst und können aus bis zu 20 Zei-

chen bestehen: zum Beispiel ^_^, aber auch (^▽^), was noch grössere Freude ausdrückt.

Doch sind die Unterschiede nicht nur verschiedenen Computersprachen geschuldet. Piktogramme sind ein Konzentrat der jeweiligen Kultur. Um beim Lächeln zu bleiben: Der Unterschied zwischen Emoticons und *Kaomoji* lässt sich dadurch erklären, dass man im Westen das Lächeln in erster Linie mit dem Mund assoziiert: :-) oder :-D. In Japan hingegen liegt der Fokus auf den Augen. Noch deutlicher wird dies bei der Darstellung des Lächelns einer Frau: ^.^; der Mund ist nur ein Punkt, denn die Zähne zu zeigen, ziemt sich für Frauen nicht. ≡(._.)≡ – dieses Symbol versteht man ebenfalls nur in seinem kulturellen Kontext. Die *Kaomoji* stellen auch Körperteile dar, und in diesem Fall zeigen sie eine tiefe Verbeugung, eine in Japan übliche Geste der Entschuldigung.

«Ich kann die Abreise kaum erwarten ≡(._.)≡» bekommt so eine ganz andere Nuance...

Dieser Artikel erschien im «Eurac Research Magazin» und basiert mehrheitlich auf den Unterrichtsmaterialien, die vom Forschungsteam des Projekts «SMS – Sprachenvielfalt macht Schule» entwickelt wurden.

Anzeige

Spezialbehandlung für Ärzte.

Profitieren Sie von der *innova* Lohnausfallversicherung mit der Verbandslösung für Mitglieder von mediservice vsao-asmac.

Exklusiv für Mitglieder von mediservice vsao-asmac: Die Lohnausfallversicherung von *innova* mit interessanten Prämien! Schützen Sie sich vor den wirtschaftlichen Folgen eines Lohnausfalls wegen Krankheit oder Unfall und verfügen Sie über ein gesichertes Einkommen. Mit der Verbandslösung sind Sie während Ihrer gesamten Berufslaufbahn Ihren Bedürfnissen entsprechend versichert – von der Ausbildungszeit bis zu einer möglichen Selbständigkeit.

Interessiert? Verlangen Sie jetzt eine Beratung unter 031 350 44 22 oder info@mediservice-vsao.ch



Die Kinder des Silicon Valleys

Man nennt sie die Generation Z, die erste Generation, die mit digitalen Medien gross geworden ist. Wie verändert sich ihr Verhalten, ihre Sicht auf die Welt? Wie geht sie damit um, gleichzeitig im realen und im digitalen Raum zu leben?

Liz Smith, Regisseurin des ausgezeichneten Dokumentarfilms «I Am Gen Z»

Seit 2018 beschäftige ich mich mit der Generation Z und beobachte, wie sich ihr Heranwachsen grundlegend von dem der Generationen vor ihr unterscheidet. Als Generation Z werden im Allgemeinen die zwischen 1997 und 2010 Geborenen bezeichnet, so dass selbst die ältesten Mitglieder dieser Kohorte erst zehn Jahre alt waren, als das Smartphone erfunden wurde. Das Ergebnis meiner Studie war der Dokumentarfilm «I Am Gen Z». Als wir dem Film Ende 2020 den letzten Schliff gaben, fürchteten wir, dass er bald «veraltet» sein könnte. Ich schreibe diesen Artikel genau zwei Jahre später, und der Inhalt des Films ist, wenn überhaupt, noch aktueller als im Jahr 2020. Der einzige Unterschied besteht darin, dass seit der Fertigstellung des Films mehr Beweise für die Auswirkungen der digitalen Medien auf unser Leben und das Leben von Jugendlichen veröffentlicht wurden.

Erwachsene haben ihre eigenen komplizierten Beziehungen zu den sozialen Medien. Aber um zu verstehen, was sie für die Jugendlichen von heute bedeuten, ist es wichtig, sie aus deren Lebenserfahrung zu betrachten. Denken Sie an die Spielplatzpolitik, mit der wir uns in unserer Kindheit auseinandersetzen mussten, und stellen Sie sich nun vor, dass sich der Spielplatz im digitalen Raum befindet. Auf dem digitalen Spielplatz gibt es mehr Schaukeln und Rutschen, als man sich je vorstellen kann. Es gibt eine unendliche Anzahl von Freunden und Feinden. Stel-

len Sie sich vor, Sie laufen mit einem Schild über dem Kopf herum, das anzeigt, wie viele Leute Sie mögen. Und wenn die Dämmerung hereinbricht, wird der Spielplatz der Gen Z nicht geschlossen.

Likes und Followers

Soziale Medien sind in unserem Leben nur ein Zusatz, für die Generation Z sind sie ein fester Bestandteil. Über sie bauen sie soziale Bindungen auf, erhalten sie Bestätigung, sie experimentieren damit, wie sie sich der Welt präsentieren, finden ihre erste Liebe und erleben ihre ersten Trennungen. Es ist der Ort, wo sie ihr soziales Leben organisieren.

Während Erfindungen wie der Buchdruck und die Luftfahrt die Welt in einer Weise erweitert haben, die für unsere höhlenbewohnenden Vorfahren unvorstellbar gewesen ist, hat sich die Art und Weise, wie wir Freundschaften schliessen, bis vor kurzem nicht grundlegend geändert. Der Mechanismus der digitalen Medien als Mittel zum Aufbau sozialer Bindungen stellt ein völlig neues Paradigma dar. Da Signale wie Körpersprache und Berührungen wegfallen, werden neue soziale Anhaltspunkte erfunden, die den Kontext vermitteln und das Verständnis erleichtern.

Die meisten Menschen über 30 sind erstaunt darüber, wie viele «Likes» und «Follower» die Jugendlichen haben. Das liegt nicht daran, dass Jugendliche unbedingt beliebter sind als über 30-Jährige, sondern zeigt, wie zentral die sozialen Medien in ihrem Leben sind. Viele ihrer

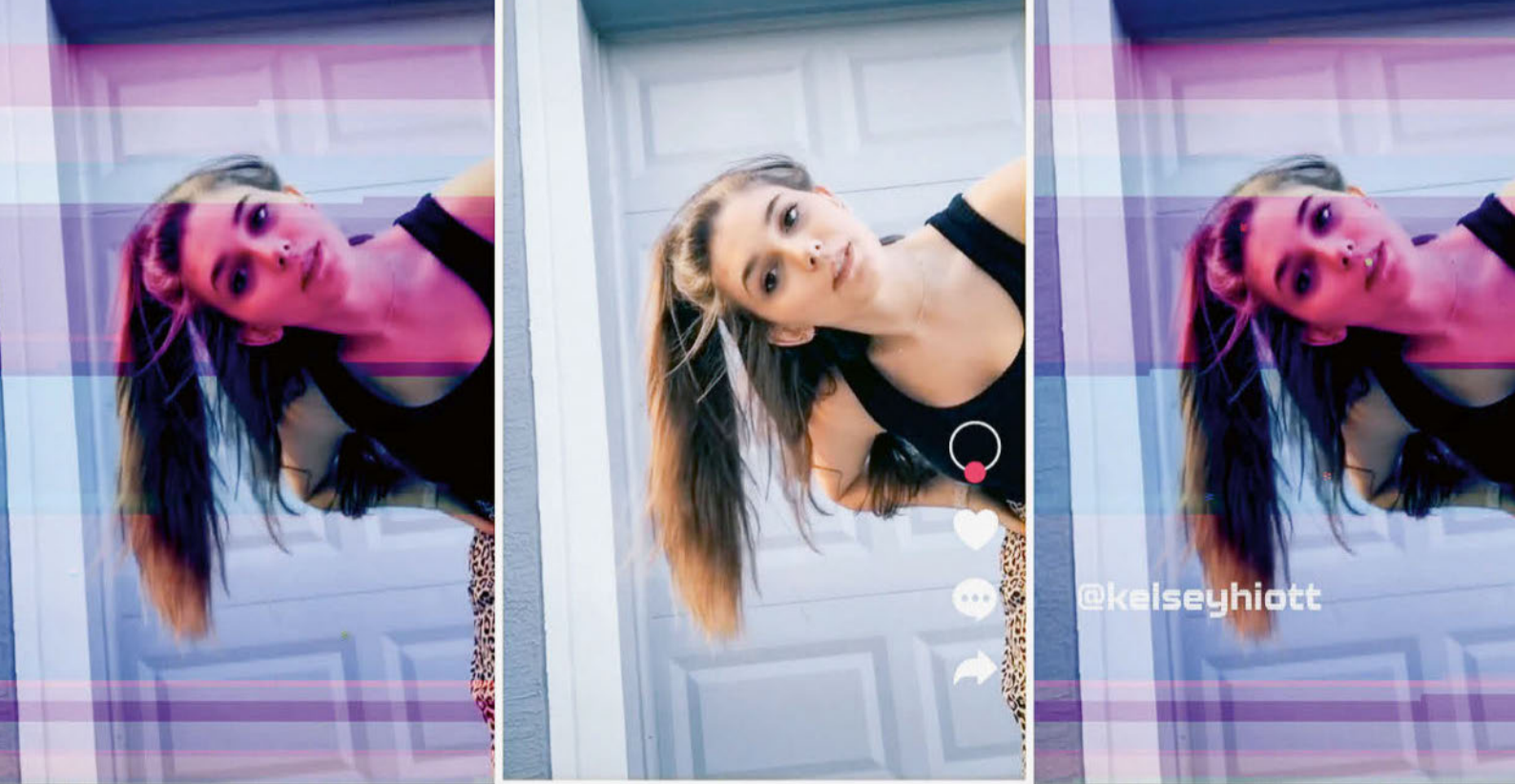
«Likes» in den sozialen Medien sind bloss Automatismen: Wenn Jugendliche durch ihre Feeds scrollen, verteilen sie Likes und Emojis im Eiltempo, denn wenn man den Beitrag eines Freundes nicht «liked», könnte das als soziale Briskierung aufgefasst werden.

Heranwachsende leben gleichzeitig in der digitalen und der physischen Welt. Für sie sind das nicht zwei getrennte, sondern völlig miteinander verwobene Zustände. Die sozialen Medien und das digitale Ökosystem haben die Generation Z zu einer hypersozialen Generation gemacht, da sich soziale Interaktionen nicht mehr nur auf die Zeit beschränken, in der man mit anderen zusammen ist.

Da sie eine hypersoziale Generation sind, mag es kontraintuitiv erscheinen, dass es Berichte über eine Zunahme von Einsamkeit in jüngeren Generationen gibt. Hat dies etwas mit dem Gefühl der Ausgrenzung zu tun, das man bekommt, wenn man durch seinen Feed scrollt und sieht, dass es anderen Menschen «besser» geht als einem selbst? Die meisten Teenager sind sich zwar bewusst, dass ihnen eine Reihe von Highlights aus dem Leben anderer präsentiert wird, aber dieses Wissen scheint wenig gegen das Gefühl der sozialen Ausgrenzung zu helfen, das diese Posts hervorrufen.

Verlust der Privatsphäre

Aus Umfragen wissen wir, dass die Generation Z grossen Wert auf ihre Privatsphäre legt, aber wie lässt sich das mit dem



Likes, die die Welt bedeuten. Für die Generation Z sind soziale Medien ein fester Bestandteil des Lebens. Begriffe wie Wahrheit oder Privatsphäre geraten dabei unter Druck.

Ausmass vereinbaren, in dem sie ihr Leben, ihre persönlichen Momente und ihre Verletzlichkeit in den sozialen Medien verbreiten? Das ist etwas, das ich eine Zeit lang nicht verstehen konnte, bis bei mir der Groschen fiel: Wir haben unterschiedliche Ideen, was Privatsphäre bedeutet.

Nicht jeder Teenager postet in den sozialen Medien, manche schauen nur von der Seite zu, manche engagieren sich überhaupt nicht, aber ob es ihnen gefällt oder nicht, sie alle leben heute in einer Gesellschaft, in der das Recht auf Privatsphäre völlig ausgehöhlt wurde.

Paradoxerweise haben uns die digitalen Medien unsere Privatsphäre genommen und uns im Gegenzug einen Mantel der Anonymität verschafft. Geschützt durch die Anonymität unserer Bildschirme sind wir eher bereit, anderen gegenüber grausam zu sein. Aber wenn die digitale Welt so vollständig in unser tägliches Leben integriert ist, wie es bei Teenagern der Fall ist, wirken die Worte, die im Schutz des Bildschirms des Täters gesagt werden, genauso hart, als wären sie einem ins Gesicht gesagt worden. Ich bin der festen Überzeugung, dass eine freie Presse unverzichtbar ist. Freie Meinungsäusserung und Mobbing sollten jedoch nicht zwei Seiten derselben Medaille sein. Es sollte möglich sein, in einer Welt mit freier Meinungsäusserung zu leben, in der Mobbing nicht akzeptiert wird.

Wenn man sein Gerät alles fragen kann und sofort eine Antwort erhält, muss man sich nicht mehr selbst um den Wis-

senserwerb kümmern. In gewisser Hinsicht ist es wunderbar, eine unendliche Nachschlagewerksbibliothek zur Hand zu haben, aber wie beeinflusst das unsere Fähigkeit, selbst zu denken oder uns einfach nur zu konzentrieren? Unsere Telefone sind heute gleichzeitig ein unendlicher Wissensspeicher und das ultimative Ablenkungsinstrument. In dieser zwiespältigen Beziehung bedrohen Smartphones unser menschliches Handlungspotential.

Die digitale Revolution und die Gesetzlosigkeit des Internets haben es böartigen Akteuren ermöglicht, Desinformationen mit einer Geschwindigkeit und in einem Ausmass zu verbreiten, wie es noch nie zuvor der Fall war. Sie reissen dabei viele Menschen mit, die auf der Suche nach dem Sinn ihrer Welt sind und die wiederum die Erzählungen dieser böartigen Akteure verstärken. Die Generation Z ist die erste Generation, die in einer Post-Wahrheits-Ära aufgewachsen ist – eine wirklich schwierige Aufgabe, durch die Welt zu navigieren. Die Generation Z ist sich der ruchlosen Auswirkungen der digitalen Medien jedoch bewusst: «Leute, ich habe eine Krise, denn ich bin mir völlig darüber im Klaren, dass TikTok für 95 Prozent meiner Geisteskrankheit verantwortlich ist, aber ich bin mir auch darüber im Klaren, dass TikTok für 95 Prozent meiner psychischen Stabilität verantwortlich ist, denn ihr seid alle manchmal lustig, ihr macht mir gute Laune ...» (Zitat aus dem Film «I Am Gen Z»).

Literatur

Orben, A., & Blakemore, S. J. (2023). How social media affects teen mental health: A missing link. *Nature*, 614 (7948), 410–412.

Primack, B. A., Shensa, A., Sidani, J. E., Whaithe, E. O., Yi Lin, L., Rosen, D., & Miller, E. (2017). Social media use and perceived social isolation among young adults in the US. *American journal of preventive medicine*, 53 (1), 1–8.

Odgers, C. L., & Jensen, M. R. (2020). Annual research review: Adolescent mental health in the digital age: Facts, fears, and future directions. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 61 (3), 336–348.

Howick, J., Kelly, P., & Kelly, M. (2019). Establishing a causal link between social relationships and health using the Bradford Hill Guidelines. *SSM-population health*, 8, 100–402.

Website: iamgenzfilm.com



Virtuelle Neurorehabilitation

Der Einsatz von virtueller Realität (VR) in der Neurorehabilitation bringt verschiedene Vorteile. Bereits der spielerische Aspekt erhöht die Freude an den Übungen, ebenso kann das Training individualisiert und vermehrt selbständig durchgeführt werden. Wichtig ist es, die technischen Möglichkeiten optimal einzusetzen.

Prof. Dr. Tobias Nef, ARTORG Center für Biomedizinische Technik & Universitätsklinik für Neurologie, Universität Bern;
Prof. Dr. Adrian Guggisberg, Universitäre Neurorehabilitation, Universitätsklinik für Neurologie, Inselspital

Virtuelle Realität (VR) kann definiert werden als der Einsatz interaktiver 2-D- oder 3-D-Simulationen (z. B. virtuelle Umgebungen und Welten), welche mittels Computer erstellt werden, um den Benutzern Umgebungen zu präsentieren, die der realen Welt ähnlich sind und sich auch so anfühlen. Darüber hinaus haben die Nutzer die Möglichkeit, mit Objekten, Ereignissen und anderen Nutzern direkt in der virtuellen Umgebung zu interagieren.

Bei der VR-gestützten Rehabilitation interagieren die Patienten mit virtuellen Umgebungen und Objekten. Die visuelle Darstellung kann über Computerbildschirme (Bild 1a) oder sogenannte Head-Mounted Displays (VR-Brillen, Bild 1b) erfolgen. VR-Brillen bestehen aus einem Display, auf welchem zwei Bilder nebeneinander angezeigt werden, eines fürs linke und eines fürs rechte Auge. Dadurch kann die virtuelle Welt stereoskopisch (dreidimensional) dargestellt werden. Der Benutzer sieht dabei nur die virtuelle Welt und kann die reale Umgebung nicht mehr sehen. Eine Spezialanwendung ist die Verwendung von transparenten VR-Brillen. Bei der sogenannten Augmented Reality sieht der Benutzer nach wie vor die reale Umgebung, welche durch zusätzliche virtuelle visuelle Elemente ergänzt werden kann. In Bild 1c greift der Benutzer eine (blau dargestellte) virtuelle Flasche und interagiert damit.

Während nicht transparente VR-Brillen technisch ausgereift und für den klinischen Einsatz bereit sind, braucht es bei den transparenten VR-Brillen noch weitere Entwicklungsschritte, insbesondere zur Verbesserung der Anwendungsfreundlichkeit und des Komforts.

In den VR-Brillen sind Beschleunigungs- und Geschwindigkeitssensoren verbaut, um die Kopfposition und die Blickrichtung zu messen und so die stereoskopischen Bilder in Echtzeit anzupassen.

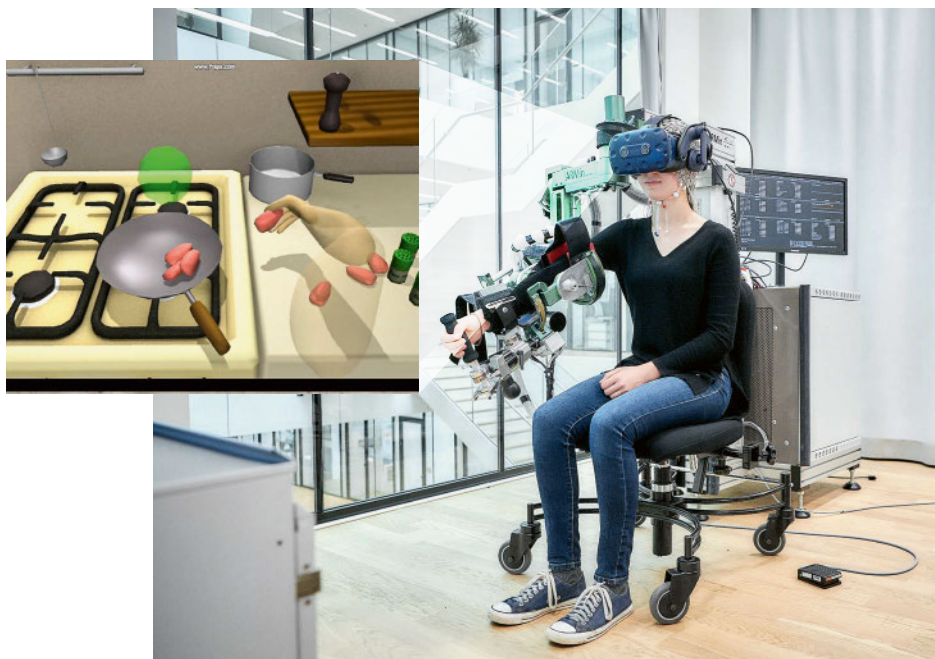


Bild 2: Armtraining mit VR-Brille und Therapieroboter. (Bild: Adrian Moser für die Universität Bern)

VR in der Rehabilitation

Die virtuelle Realität bietet mehrere Vorteile für die Neurorehabilitation. Durch eine spielerische Komponente mit reichem Feedback kann die Motivation bei einem Teil der Patienten gesteigert werden. Zudem können einige Patienten gewisse Übungen auch selbständig und möglicherweise sogar zu Hause durchführen; das Trainieren funktioneller Aufgaben ist folglich in einer höheren Frequenz als bei der traditionellen Therapie möglich. Ein oft unterschätzter Vorteil ist zudem, dass das Timing, die räumliche Verteilung und die Schwierigkeit der Aufgaben sehr genau an die individuellen Bedürfnisse der Patienten angepasst werden können, so dass mit optimaler Intensität und Konfiguration trainiert werden kann. Die Technik hat aber auch Nachteile: Insbesondere ältere und wenig technikinteressierte Patienten haben damit oft Schwierigkeiten. Zudem muss geklärt werden, ob

der Trainingseffekt im virtuellen Raum gleich gut auf die Selbständigkeit im Alltag übertragen werden kann wie ein traditionelles Training der Alltagsaktivitäten.

Ein häufiges Einsatzgebiet von VR-Brillen in der Neurorehabilitation ist das Training von motorischen Funktionen, zum Beispiel beim Armtraining nach Schlaganfall. Dazu werden in der VR-Brille Trainingsaufgaben dargestellt, welche der Patient lösen muss. In Bild 2 trägt die Patientin eine VR-Brille und ihr rechter Arm ist mit einem Therapieroboter verbunden. In dem dargestellten Beispiel muss die Patientin eine Kochaufgabe lösen. Dazu werden in der VR-Brille Kochherd und Kochutensilien dargestellt. Die Patientin kann über die Bewegung ihres Arms den in der VR-Brille dargestellten virtuellen Arm steuern und so mit den virtuellen Objekten (z. B. den Kartoffeln) interagieren. Der Therapieroboter unterstützt bei dieser Aufgabe so viel wie nötig

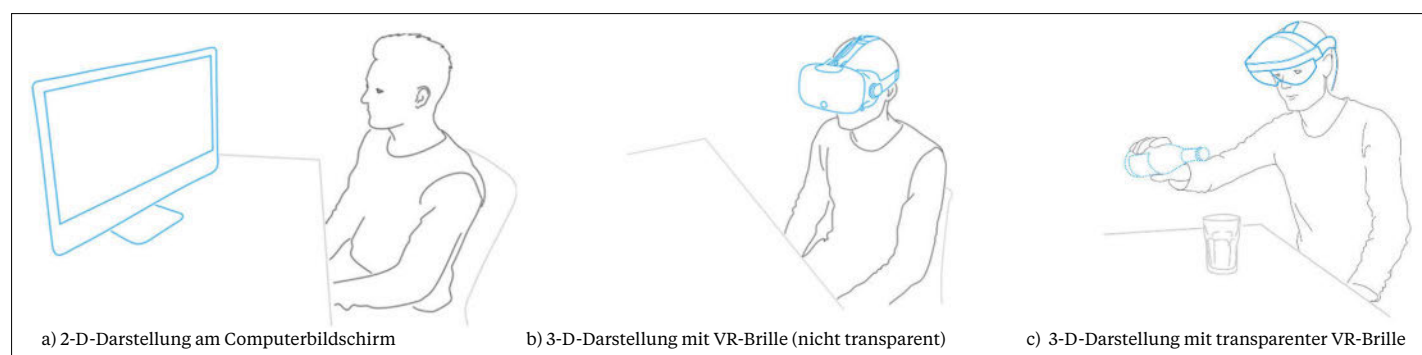


Bild 1: Darstellungsmöglichkeiten der virtuellen Realität. (Bild: Universität Bern)

(Assist as needed). Das bedeutet: Wenn ein Patient die Aufgabe lösen kann, unterstützt der Therapieroboter ihn nicht, so dass der Patient die Aufgabe aus eigener Kraft durchführt. Nur wenn ein Patient die Aufgabe nicht lösen kann, erhält er Roboterunterstützung. Ebenfalls kann mit dem Therapieroboter ein haptisches Feedback realisiert werden. Dies bedeutet, dass ein Patient z.B. das Gewicht der Pfanne spürt, wenn er sie anhebt. Oder dass der Patient einen harten Widerstand fühlt, wenn die virtuelle Hand mit dem virtuellen Ofen kollidiert. Durch die Kombination von visueller Wahrnehmung (VR-Brille), Hören (Kopfhörer) und Haptik (Roboter) können Patienten die virtuelle Welt multimodal wahrnehmen.

Da das beschriebene Setup sehr teuer ist (ca. 200 000 Fr.), haben sich in der klinischen Anwendung einfachere Systeme durchgesetzt. So kann anstelle eines motorisierten Therapieroboters ein nicht motorisierter Therapieroboter eingesetzt werden. Diese Geräte unterstützen die Patienten mittels Federn und Gegengewichten gegen die Schwerkraft und können so die Bewegung vereinfachen (Kosten ca. 60 000 Fr.). Ebenfalls können anstelle eines Roboters marktübliche Eingabegeräte verwendet werden (vgl. Bild 3). Dadurch können die Kosten auf ca. 2000 Fr. reduziert werden.

Neben der motorischen Rehabilitation können VR-Brillen auch zur kognitiven Rehabilitation eingesetzt werden. Beispielsweise für die Rehabilitation des visuellen Neglect, einer Aufmerksamkeitsstörung, welche bei Patienten mit Läsionen in der rechten Hirnhemisphäre die Wahrnehmung von Reizen auf der linken Körperseite erschwert. Durch speziell für diese Populationen angepasste Übungen können Patienten trainieren, ihre Aufmerksamkeit nach links zu verschieben. In dem in Bild 3 dargestellten Anwendung versuchen Patienten Vögel, welche von rechts nach links fliegen, zu treffen. Dank der Anlehnung an das bekannte «Moorhuhn-Schiessen-Spiel» macht das Training Spass.

VR gezielt einsetzen

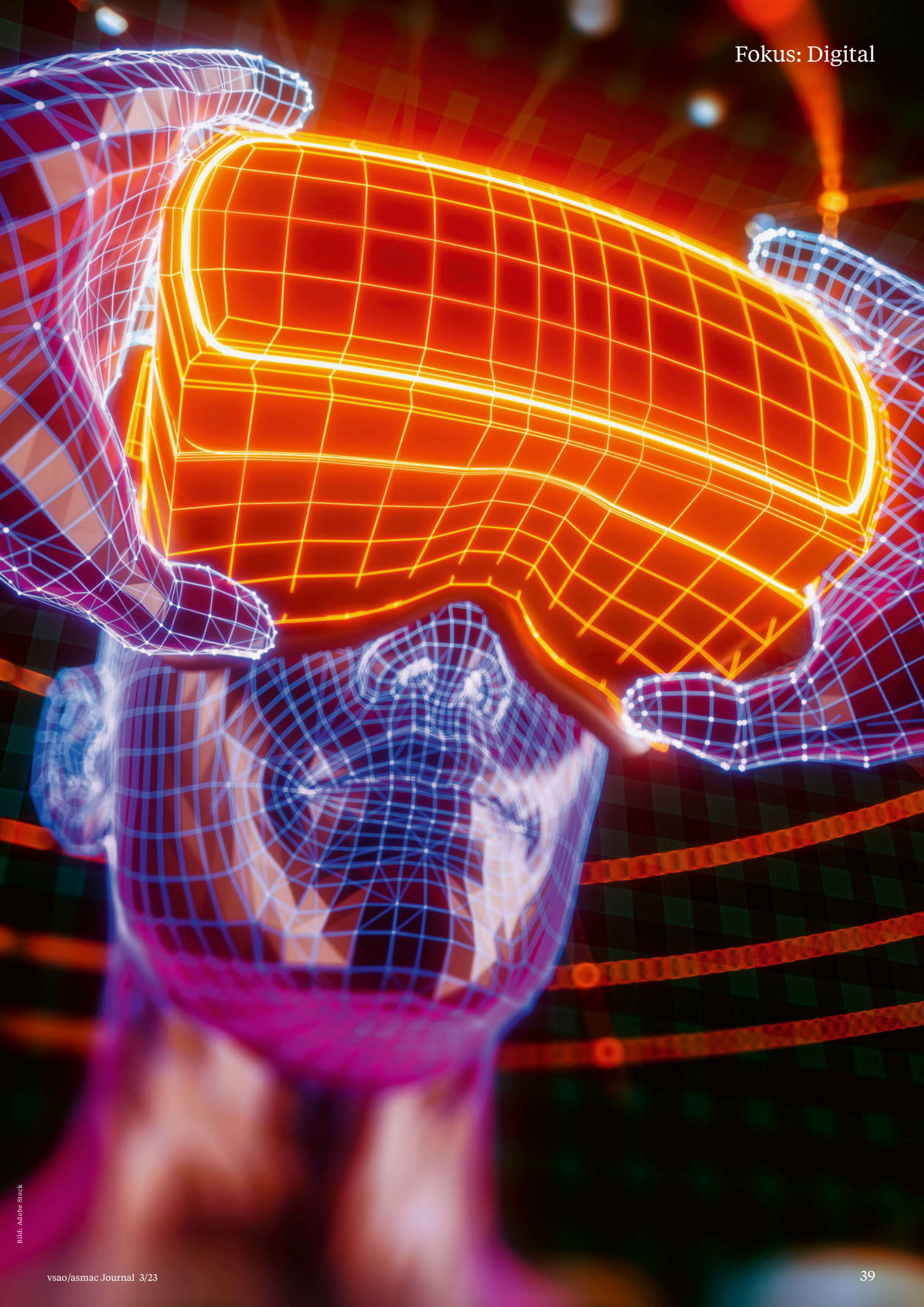
Verschiedene Wirksamkeitsstudien wurden bei Schlaganfallpatienten durchgeführt und in einem Cochrane Review zum Thema VR und Schlaganfallrehabilitation zusammengefasst. Die Metaanalyse aus dem Jahr 2017 basierte auf 72 Studien mit 2470 Personen nach einem Schlaganfall unter Verwendung verschiedener VR-Sys-



Bild 3: VR-basierte visuelle Stimulation für Patienten mit visuellem Neglect mit marktüblichen Eingabegeräten. (Bild: Adrian Moser für die Universität Bern)

teme, von denen die meisten darauf abzielen, die Gehfähigkeit zu verbessern. Die Autoren kamen zu dem Schluss, dass «VR bei der Verbesserung der Funktion der oberen Gliedmassen nicht vorteilhafter war als herkömmliche Therapieansätze». Neuere Metaanalysen fanden einen signifikanten Vorteil des VR-basierten Trainings gegenüber traditionellem Training für die Motorik der oberen Extremität und für exekutive, visuospatiale und Gedächtnisfunktionen, aber nicht für die Gangstabilität.

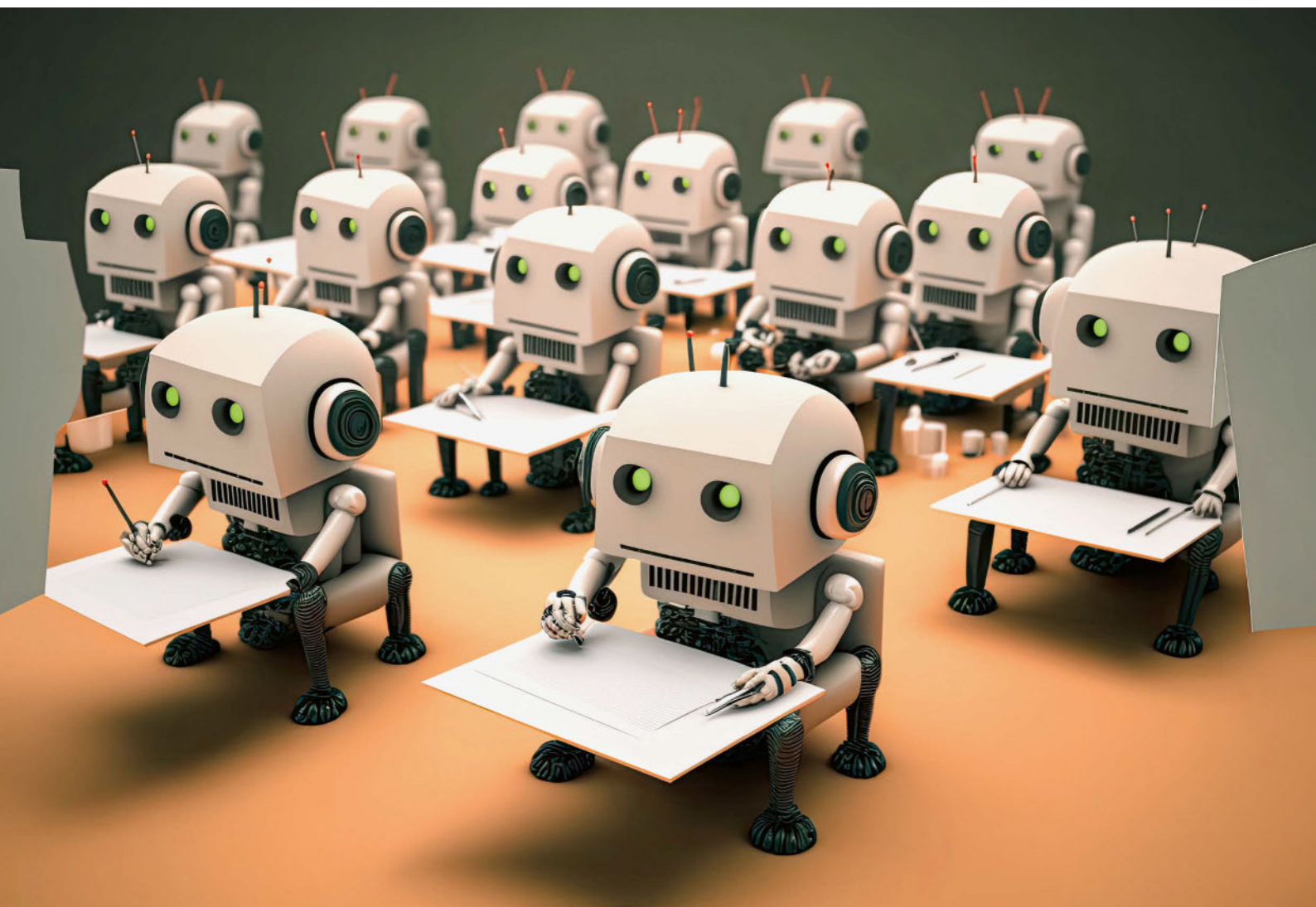
Eine aufschlussreiche Metaanalyse von Maier und Kollegen von 2019 hat aufgezeigt, dass nur diejenigen Studien einen Vorteil bringen, welche die technischen Vorteile von VR nutzen, um neurowissenschaftliche Prinzipien des Lernens umzusetzen. Beispielsweise konnten die Patienten in den erfolgreichen Studien dank VR mit höherer Intensität spezifischer oder abwechslungsreicher trainieren, oder der Schwierigkeitsgrad konnte besser an die momentane Leistungsfähigkeit der Patienten angepasst werden. Dies zeigt, dass die VR-Technik nicht automatisch einen Vorteil gegenüber dem traditionellen Training bietet, sondern nur dann, wenn die technischen Möglichkeiten zur Optimierung von neurowissenschaftlichen Prinzipien der Hirnplastizität eingesetzt werden. Aktuell bemüht sich die Forschung aktiv darum, VR in Zukunft noch gezielter einzusetzen und so ihre Wirksamkeit weiter zu steigern.



KI ist keine Pandemie

Manche glauben, dass ChatGPT das Bildungssystem untergraben könnte, und es werden Rufe laut, die Nutzung von KI in der Lehre zu regulieren. Gerd Kortemeyer spricht sich dafür aus, dies nur mit Augenmass zu tun. Denn alles andere könnte am Ende kontraproduktiv sein.

Dr. Gerd Kortemeyer, Direktor der Abteilung Lehrentwicklung und -technologie an der ETH Zürich



Für Bildungsexperten war es ein Schock zu erkennen, dass ChatGPT eine Universitätszulassungsprüfung meistern kann.

Als Covid-19 zum ersten Mal zuschlug, reagierten wir sofort, indem wir Regeln und Einschränkungen entwickelten, verkündeten und zurückzogen. Wir haben Vorschriften über Masken, Tests, Reisen und Impfungen erlassen, die teilweise widersprüchlich waren. Im Rückblick mögen uns einzelne Massnahmen lächerlich, wirkungslos oder schlicht übertrieben erscheinen – doch damals war Unvollkommenheit viel besser als Untätigkeit: Wir mussten etwas tun, um eine tödliche Pandemie einzudämmen.

KI ist keine tödliche Pandemie, aber auch hier laufen wir Gefahr, vorauseilend einschneidende und über das Ziel hinauschiessende Regeln und Vorschriften zu erlassen, um ihre Ausbreitung zu verhindern. Zugegeben, im Vergleich zu anderen disruptiven Technologien traten Tools wie ChatGPT ziemlich abrupt in die Öffentlichkeit. Unterdessen fordern Kritiker und Kritikerinnen, die Entwicklung neuer KI-Modelle komplett einzufrieren. Ganze Länder versuchen, ChatGPT zu verbieten und Verlage erweitern ihre Autorenvereinbarungen. Auch die Universitäten beeilen sich, neue Vorschriften zu erlassen. Meistens geht es dabei nicht darum, zu regulieren, wofür KI eingesetzt werden darf, sondern nur darum, wo sie verboten werden soll. Ich vermute, dass wir auch viele dieser Massnahmen in ein paar Monaten als lächerlich, ineffektiv oder schlicht als übertrieben ansehen werden.

Nach dem ersten Schock...

KI ist keine Pandemie, sondern ein Werkzeug – allerdings ein beeindruckendes. Für Bildungsexperten war es ein Schock zu erkennen, dass ChatGPT eine Universitätszulassungsprüfung meistern kann. Und nicht nur das: Das Tool hat naturwissenschaftliche Einführungskurse bestanden und kann Essays und Präsentationen mit bemerkenswert plausiblen, wenn auch fiktiven Inhalten erstellen. Ich spreche bewusst von Fiktion, denn mögen diese Texte noch so sachlich daherkommen, handelt es sich schlussendlich um eine statistisch wahrscheinliche Zusammenstellung von Textfetzen, welche nicht durch Quellen belegt werden kann – der zum Training verwendete Textkorpus ist proprietär, der Algorithmus wirbelt alles durcheinander, und wenn man ChatGPT

auffordert, Referenzen zu liefern, so sind diese komplette Fiktion.

Trotzdem: Es ist erstaunlich, wie gut ChatGPT programmieren, Sprachen übersetzen und Texte zusammenfassen kann. Wir werden Zeit brauchen, um herauszufinden, was das über KI aussagt, aber auch, was es über unser Bildungssystem aussagt.

In Schachturnieren wurde KI verboten, um den Spass der Menschen an diesem kunstvollen Spiel zu bewahren. In der Wissenschaft wird jedoch immer von uns erwartet, dass wir die leistungsfähigsten verfügbaren Werkzeuge verwenden, um die Grenzen des Wissens zu erweitern. Es kann in der Hochschulbildung daher nicht darum gehen, über ein komplettes Verbot eines Werkzeugs zu diskutieren, sondern eher um die Konsequenzen dieser Disruption dafür, was und wie wir lehren – und wahrscheinlich nur um ein paar wenige harte Grenzen gegen den Missbrauch des Werkzeugs.

«Den unveränderten Text aus einem KI-Tool zu verwenden, ist zwar kein Plagiat, aber die Aussage «Ich habe das geschrieben» wäre eindeutig eine Lüge.»

Gerd Kortemeyer

Nicht einfach «nur» ein Plagiat

Um KI Grenzen zu setzen, sind unsere Regeln, um Plagiate zu verhindern, leider nicht sehr hilfreich. Sie wurden erstellt, bevor KI alltagstauglich wurde, und sie konzentrieren sich meistens darauf, dass das geistige Eigentum eines anderen nicht als eigenes ausgegeben wird. Für KI gilt dies streng genommen nicht, es sei denn, wir gestehen KI eine eigene Persönlichkeit zu. Anstatt dass wir uns auf die Arbeit «von jemand anderem» konzentrieren, sollten wir uns darauf fokussieren, was «eigene Arbeit» bedeutet: Den Text eines KI-Tools zu verwenden, ist zwar kein Plagiat, aber die Aussage «Ich habe das geschrieben» wäre eindeutig eine Lüge.

Auf der anderen Seite können KI-Tools legitim verwendet werden, um Schreibblockaden zu überwinden und einen schnellen Überblick über «the good, the bad, and the ugly» dessen zu erhalten, was in seinem riesigen Textkorpus zu einem bestimmten Thema zu finden ist.

Dann allerdings müssen die menschlichen Autorinnen und Autoren es zu ihrer eigenen Arbeit machen, indem sie die Spreu vom Weizen trennen und Informationen aus tatsächlichen wissenschaftlichen Quellen verifizieren und validieren. Wo genau in dem Prozess «die eigene Arbeit» im Sinne einer wissenschaftlichen Leistung ansetzt, muss diskutiert werden. Ich denke aber, eine Regel, dass keine KI-generierten Wörter oder Formulierungen verwendet werden dürfen, greift zu weit. Nehmen wir uns Zeit, sinnvolle Regeln zu entwickeln. Oder haben wir es eilig, weil wir uns schämen, wenn wir ChatGPT gute Noten geben?

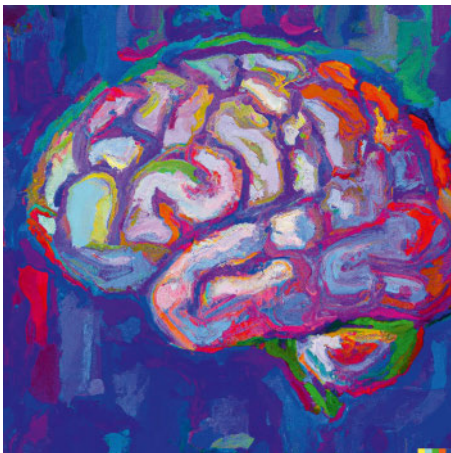
Lieber gegen Fake News impfen

Wie auch immer, Diskussionen über Betrug mit KI sind wahrscheinlich wenig konstruktiv. Die Studierenden kommen zu uns, weil sie lernen wollen und weil sie kritisches, unabhängiges Denken und letztlich Kreativität schätzen. Es liegt in unserer Verantwortung, die Fähigkeiten, Konzepte, Methoden und Kompetenzen zu vermitteln, die es ihnen ermöglichen, in einer Welt, in der KI allgegenwärtig sein wird, zu bestehen und sich zu behaupten. Während wir in Mathematik und Naturwissenschaften immer noch ein solides Fundament legen, müssen wir einige Lehrpläne überdenken. Zum Beispiel könnten einfache Programmierübungen veraltet sein. Wir müssen uns möglicherweise auf Berechenbarkeit, Algorithmen und Informationstheorie konzentrieren. Vielleicht kommen wir zum Schluss, dass zum Beispiel das händische Zusammenfassen von Texten und andere Lehrinhalte obsolet sein mögen. Stattdessen müssen wir unsere Studierenden möglicherweise gegen die Pandemie viraler Fake News, Fake Science und Deepfakes impfen.

Der Text erschien erstmals im Zukunftsblog der ETH Zürich (www.ethz.ch/zukunftsblog).

Wer hats erfunden?

Malen wie Rembrandt, Picasso oder Andy Warhol?
Kein Problem, dank KI können das heute alle. Ein entsprechendes
Programm suchen, ein paar Stichwörter eingeben und
im Handumdrehen ist das Bild da. Wie gut aber sind diese Programme?
Und sind sie bald mehr als ein lustiger Zeitvertreib?
Die Redaktion hat Bilder mit KI generiert. Gleichzeitig nimmt
der bekannte Schweizer Illustrator und Comic-Zeichner Jared Muralt
Stellung zu dieser künstlichen Kunst und legt ein eigenes,
handgemachtes Werk bei.



Maya Cosentino: Farbenfrohes Hirn im Stil der Impressionisten



Bianca Molnar: Stilleben mit aufgeschnittenen Wassermelonen im Stil Monets



Catherine Aeschbacher: Rembrandt und ein Astronaut im Stil des Barocks



Fabian Kraxner: Selbstbildnis



Kerstin Jost: Den menschlichen Körper verstehen im Stil Picassos



Marc Schällebaum: Blick aus dem Büro an einem sonnigen Tag mit einem grossen fliegenden Kraken am Himmel, fotorealistisch

Gleich das Handtuch werfen?

Die Berichte über neue KI-Programme wie z. B. MidJourney, die in Sekundenschnelle Zeichnungen und Fotos generieren können, haben in unserer Ateliergemeinschaft seit ihrer Veröffentlichung für grosse Aufregung gesorgt.

Eine Aussage unserer jüngsten Illustratorin gegenüber uns Älteren im Atelier blieb mir besonders in Erinnerung: «Ihr konntet wenigstens bis jetzt als Illustratoren arbeiten. Wir, die noch am Anfang unserer Karriere stehen, können nun gleich das Handtuch werfen!»

Ihre Aussage ist von grosser Relevanz, weil sie eine grundlegende Frage hinsichtlich KI aufwirft: «Warum soll ich so viel Zeit meines Lebens investieren und Jahre damit verbringen, etwas zu üben, unzählige Rückschläge in Kauf nehmen und jeden Tag meine Selbstzweifel überwinden, wenn es doch bereits Programme gibt, die genau das, sprich das Endresultat, perfekt in unendlichen Variationen und innert Sekunden auswerfen?» Dieser Frage müssen sich nicht nur Gestalter und Gestalterinnen stellen, diese Frage stellt sich spätestens seit Chat GPT-3 den meisten von uns. Warum sollen Studierende ihre Masterarbeiten nicht von einer KI schreiben lassen? Warum lasse ich diesen Text hier nicht von einer KI schreiben?

Entschuldigung, wenn ich abschweife, es ging ja eigentlich um Urheberrechte. Klar verwendet die KI bestehendes, von Menschen geschaffenes Material und kreiert damit neuen Content. Aber tun wir Menschen das nicht auch? Wie viele Bilder von alten Meistern habe ich kopiert, um das zu lernen, was ich heute kann? Alle meine zeichnerischen und erzählerischen Fähigkeiten habe ich von anderen Menschen gelernt. Ich lerne und analysiere durch Kopieren, genau wie die KI. Nur ist diese eben viel schneller.

Ich muss zugeben, dass ich noch nicht viel Erfahrung mit bildgenerierender KI habe. Für mich ist jedoch nicht nur das Endergebnis wichtig, sondern auch der Arbeitsprozess. Ich sehe allerdings ein enormes Potenzial für mich in Chat GPT-3. Das Programm ist äusserst vielseitig einsetzbar. Oft liefert es bei Befragungen sehr abstrakte Ideen, die meine eigene Fantasie anregen oder neue Möglichkeiten aufzeigen. Auch bei Verlags- und administrativen Arbeitsprozessen ist GPT-3 eine grosse



Hilfe. Ich betrachte KI derzeit eher als Unterstützung denn als Konkurrenz. Es bleibt abzuwarten, was die nächste Generation von KI bringt. Die Evolutionskurve wird wahrscheinlich exponentiell ansteigen, und ich denke, dass es für uns Menschen und die Gesellschaft als Ganzes immer schwieriger wird, mit den neuen Möglichkeiten und den damit verbundenen Herausforderungen Schritt zu halten. Ich glaube, wir stehen vor einer fundamentalen Veränderung unserer Gesellschaft, einer Veränderung, auf die wir nicht vorbereitet sind. Die Frage des Warum wird wohl immer wichtiger und am Ende wieder im Zentrum stehen. Die Philosophie ist vielleicht das, was uns noch bleibt. Die Frage ist nur, für wie lange?

*Jared Muralt, Illustrator,
Mitbegründer des Grafik- und
Illustrationskollektivs BlackYard*

Wer hat wie lange Zugriff?

Eine App ist schnell heruntergeladen, die AGB interessieren nicht. Das ist in der Regel kein Problem. Schwieriger wird es bei Gesundheits-Apps, die persönliche Daten enthalten. Die Juristin und Datenschutzexpertin Ursula Uttinger erklärt, worauf man im Umgang mit diesen Apps achten muss.

Cordelia Trümpy, Mitbegründerin YLAH

Frau Uttinger, wie wichtig sind Gesundheits-Apps und Datenschutz für unsere zukünftige Gesundheitsversorgung?

Ich glaube, Apps werden an Bedeutung zunehmen. In diesem Zusammenhang ist wichtig, dass wir uns der folgenden zwei Punkte bewusst sind. Einerseits der Fragen des Datenschutzes, etwa: Wo sind meine Daten gespeichert? Wer hat Zugriff auf meine Daten? Andererseits: Ist diese App ein Medizinprodukt? Falls ja, unterliegen diese Apps klaren regulatorischen Vorgaben, welche eingehalten werden müssen.

Wo sehen Sie die grössten Herausforderungen im Umgang mit Gesundheits-Apps?

Die Leute sollten verstehen, wozu sie zustimmen. Der Mensch tendiert dazu, bei einer App den AGB und Datenschutzerklärungen zuzustimmen, ohne sich ernsthaft damit auseinanderzusetzen. Und ja, daran sind wir Juristinnen und Juristen nicht ganz unschuldig. Sehr oft werden AGB in einer Sprache geschrieben, die nicht adressatengerecht ist. Um keinerlei Haftung oder/und Verantwortung übernehmen zu müssen, wird alles beschrieben und ausgeschlossen. Dadurch wird alles sehr lang und ausführlich; keiner verstehts, und in der Folge liest keiner mehr, im Glauben, es passe dann schon.

Wo sehen Sie welche Verantwortung?

Ich würde zwei Szenarien unterscheiden. Das erste: Man hört oder liest von einer App und lädt sich diese runter. Hier sehe ich ganz klar den App-Entwickler in der Verantwortung. Ich würde es begrüßen, wenn dieser klar sagen würde, welches die wichtigsten Punkte der Nutzung innerhalb einer solchen App sind, gleich zu Beginn. Das zweite Szenario: Sobald eine App von einer Gesundheitsfachperson empfohlen wird, ist diese Person mitverantwortlich. Sie sollte Betroffene klar und verständlich darüber informieren, wozu die Daten genutzt werden. Patientinnen und Patienten müssen verstehen, wozu sie einwilligen. Noch einen Schritt weiter: Wenn eine App länger nicht mehr genutzt wurde, erwarte ich, dass die App proaktiv «mitteilt», was mit den Daten gemacht wird bzw. mit wem diese geteilt werden. Denn die Realität ist: Man vergisst sehr schnell, wozu man zugestimmt hat.

Das stelle ich mir in der Praxis nicht ganz einfach vor ...

Ja. Ärzte wollen ihre Patientinnen und Patienten medizinisch betreuen und ihnen nicht unendlich viele Details erklären müssen. Ich würde es schätzen, wenn App-Anbieter die wichtigsten Punkte auf einen Blick aufzeigen würden. Übersichtlich und verständlich. Zum Beispiel: Was

wird erfasst und beurteilt, was wird damit gemacht, welche Tools werden allenfalls sonst noch angewendet, wie lange werden die Daten wo gespeichert und warum? Möchte jemand mehr wissen, sollte die Möglichkeit bestehen, sich in (alle) Details einzulesen. Aber wie erwähnt: Nicht zu Beginn einen riesigen «Wulst» kreieren, bei dem keiner versteht, wozu es geht.

Über welche drei Punkte sollte die Ärzteschaft ihre Patientinnen und Patienten informieren?

Erstens: Wo werden die Daten gehostet? Zweitens: Wie lange werden diese dort aufbewahrt? Und drittens: Wer hat Zugang zu den Daten und wie könnte dieser Zugriff allenfalls eingeschränkt werden?

Und was wäre die ideale Antwort aus Sicht der Datenschutzexpertin?

Idealerweise werden die Daten in der Schweiz oder in Europa gehostet, präziser: gerne nahe der Schweiz. Obwohl das Datenschutzgesetz in der EU und im EWR grundsätzlich überall dasselbe ist, bleibt die Frage, wie dieses umgesetzt wird. Was die Aufbewahrungsdauer anbelangt: Nur so lange, wie für die Zielerreichung wirklich notwendig ist. Bezüglich Aufbewahrungsdauer sollte differenziert werden können. Nehmen wir an, ich möchte Blutdruckverläufe diverser Patientinnen



Gesundheits-Apps sollen die Behandlung unterstützen, ohne eine zusätzliche Belastung für die Beteiligten zu sein. Transparenz hinsichtlich der Daten ist ebenso wichtig wie eine umfassende Instruktion.

und Patienten über x Jahre beobachten. Dann ist es von Seiten App-Anbieter sicher gerechtfertigt, die Daten über die entsprechende Anzahl Jahre aufzubewahren – allenfalls anonymisiert bzw. pseudonymisiert. Wenn ich hingegen Grippe-Episoden untersuche und Kranke dafür während ein paar Tagen tracke, müssen diese Daten meines Erachtens nicht während mehrerer Jahre personalisiert aufbewahrt werden.

In meinen Augen auch wichtig ist die Zugriffsberechtigung. Betroffene Personen sollen selbst entscheiden können, wer auf die Daten zugreifen kann. Primär sollten dies die Betroffenen selbst und die behandelnden Gesundheitsfachpersonen sein und nicht Dritte. Zudem sollte in einer solchen Konstellation der App-Anbieter selbst keinen Zugriff haben.

Wie entscheidend ist für Sie, ob eine App als Medizinprodukt zertifiziert ist?

Ich denke, die Abgrenzung wird immer schwieriger: Was ist ein klassisches Medizinprodukt, was ein Hilfsprodukt? Wir haben je länger je weniger anonyme Personendaten. Diese Tatsache sollte ins Bewusstsein der betroffenen Personen übergehen. Die Zertifizierung als Medizinprodukt ist für mich zweitrangig, wichtiger ist, dass Daten nur so genutzt werden, wie es transparent angegeben ist.

Zur Person



Ursula Uttinger studierte an der Universität Zürich Recht, absolvierte verschiedene Weiterbildungen insbesondere in Bezug auf Unternehmensführung. Seit 1996

beschäftigt sie sich mit Datenschutz, war in verschiedenen Unternehmen für den Datenschutz, aber auch für Legal & Compliance verantwortlich, insbesondere im Versicherungs- und Gesundheitsumfeld, führte ein KMU und unterrichtet seit 2000, heute hauptsächlich an der Hochschule Luzern. Nebenbei berät sie diverse Unternehmen in Datenschutzfragen.

YLAH AG

Die YLAH AG ist eine Medizinprodukt-Softwareanbieterin mit Sitz in Bern. Die Firma hat das erste personalisierte System für Blended Psychotherapy auf den Schweizer Markt gebracht. Das digitale Therapeutikum (DTx) kombiniert Vor-Ort-Sitzungen mit klinisch validierten Online-Therapieinhalten.

Weitere Informationen unter www.ylah.ch



Schon bald Realität? Inwieweit sollen neue Technologien die medizinische Entscheidungsfindung beeinflussen oder gar bestimmen? Und welche Rolle kommt Ärztinnen und Ärzten dann zu? Sicher ist: Jeder Einbezug von KI muss eine verbesserte Versorgungsqualität zum Ziel haben.

Wir wollen nur das Beste?

Ärzte und Ärztinnen setzen im Spitalalltag vermehrt digitale Tools ein, welche die Diagnostik, Therapie und klinische Administration in der Patientenversorgung erleichtern sollen. Die Nebenwirkung bei ihrer Anwendung kann Moral Distress sein, wenn unklar ist, ob dieser Technologieeinsatz stets dem Patientenwohl dient.

Thomas Kapitzka, Medicine & Economics Ethics Lab IBME, Universität Zürich

Die FMH veröffentlichte im Herbst 2022 eine ausführliche Publikation über die Einsatzgebiete künstlicher Intelligenz im ärztlichen Arbeitsalltag und benannte dabei auch ethische Herausforderungen. Offensichtlich haben neue innovative Softwareprogramme damit begonnen, die klinische Patientenversorgung und die ärztliche Arbeitswelt in Spitälern zu verändern. Diese Entwicklung bringt neue Aspekte mit sich, die es den Behandelnden erschweren werden, die umfassend richtigen, weil fachlich besten, und ethisch primär am Patientenwohl ausgerichteten Entscheidungen zu treffen.

Ärztliches Handeln bedeutet immer, Entscheidungen unter (Rest-)Unsicherheit treffen zu müssen. Damit verbunden ist die Verantwortung für die Konsequenzen und die Hoffnung, den bestmöglichen medizinischen Outcome für die sich anvertrauenden Patienten zu erzielen. Ärztliches Fachwissen und berufliche Expertise, ergänzt um die kollegiale Mentorenschaft durch erfahrene Ärztinnen und Ärzte, ermöglichen es von jeher, die mit den Behandlungsentscheidungen verbundenen Behandlungsrisiken bestmöglich zu berücksichtigen. Ärztliches Handeln ist somit immer auch das stetige Bemühen, Unsicherheiten in therapeutische Gewissheit zu transformieren.

Keine Chance ohne Risiken

Algorithmenbasierte Softwareprodukte scheinen ihren klinischen Benutzern eine attraktive Option anzubieten, das persönliche Handeln in der Patientenversorgung zu optimieren. Insbesondere die klinische Dokumentation, klinische Entscheidungsunterstützungssysteme und das Patientenmonitoring zur Überwachung des Therapiefortschritts und der Therapieadhärenz können eine hilfreiche Unterstützung sein. So administrativ aufwendig das Füttern dieser Digitaltools mit relevanten Informationen sein mag, so verlockend erscheint die neue Perspektive, die eigene ärztliche Entscheidung nun besser fachlich vorbereiten und begründen zu können.

Der Einbezug digital berechneter Wirkungs- und Erfolgswahrscheinlichkeiten in die ärztlichen Versorgungsentscheidungen erweitert bisherige Versorgungsmöglichkeiten um eine digitaltechnologisch erzeugte Datenrationalität. Bei Misserfolg sinken aber auch die Chancen für die Ärzteschaft, spätere Kritik an ihren

Therapieentscheidungen und auch persönliche Haftungsrisiken abwehren zu können; spätestens dann, wenn der Technologieeinsatz seinen ausdrücklichen Eingang in die allgemein anerkannten medizinisch-wissenschaftlichen Versorgungsstandards gefunden hat. Wie steht es dann um die berufsethische Verpflichtung der Ärzteschaft, das Wohl der Patientinnen und Patienten stets in den Mittelpunkt der Versorgungsüberlegungen zu stellen?

Moral Distress als Nebenwirkung

Der Einbezug entscheidungsunterstützender, wenn nicht sogar entscheidungserleichternder KI-gestützter Softwaretools am klinischen Arbeitsplatz könnte für Behandelnde zukünftig moralisch herausfordernde Situationen mit sich bringen. Eine Grundbedingung sinnhafter Berufsausübung für medizinisches Personal ist die persönliche Gewissheit, dass das eigene berufliche Handeln nicht im zermürbenden Konflikt mit den eigenen berufsethischen und versorgungsethischen Werten und moralischen Überzeugungen steht. Die anhaltenden Diskussionen in Bezug auf Ökonomisierungs-, Kommerzialisierungs- und Kommodifizierungstrends in der Patientenversorgung weisen auf die Bedeutung von Sinnhaftigkeitsfragen und Purpose-Themen insbesondere auch für den ärztlichen Berufsnachwuchs hin. Moral Distress führt zu erheblichen emotionalen Belastungen bei den Betroffenen. Diese empfinden ihr Handeln nicht nur als im Widerspruch mit ihren persönlichen Überzeugungen stehend, auch das Auseinanderfallen von eigenem moralischem Wollen und dem ihnen abverlangten tatsächlichen beruflichen Tun wird als ausweglos mit nur geringer Hoffnung auf Lösbarkeit gesehen. Niemand lebt gerne in dauerhafter Inkongruenz zwischen moralischem Wollen und klinikalltäglichem Müssen.

In einer zunehmend digitaltechnologisch eingerahmten Spitalwelt entfaltet ein technizistisches Narrativ seine Wirkung, nämlich dass intelligente Software eine auf das Patientenwohl ausgerichtete Behandlung stets effizient und ressourcenschonend unterstützt. Die Urteils kraft des Arztes und der Ärztin reicht vielleicht aber nicht mehr dafür aus, die Qualität der durch komplexe Algorithmen berechneten Wahrscheinlichkeiten bei Diagnosen, Therapieempfehlungen und Gesundheitsprädiktionen ausreichend umfänglich zu beurteilen. Das Vertrauen der Ärzte in die Richtigkeit häufig schwer erklärbarer Be-

rechnungsergebnisse der eingesetzten Kliniksoftware wird zum hilflosen Ausweg, um dem Vertrauen der Kranken in die Behandelnden gerecht werden zu können. Nicht ohne Grund betrachten die industriellen Softwareanbieter das menschliche Vertrauen in ihre neuen Technologien als wichtigste Akzeptanzbedingung für ihre kommerzielle Verwertung.

So wenig ein Mensch allein die Summe seiner mathematisch-digital abgebildeten biologischen Strukturen und Prozesse ist (auch wenn Digital-Twins-Konzepte als quasi digital-descartessche Menschensynthese es als machbar erscheinen lassen wollen), so wenig sind Ärztinnen und Ärzte am erkrankten Menschen eingesetzte Fachingenieure. Viele Ergebnisse wissenschaftlicher Evaluationen von im Gesundheitssektor eingesetzter KI-Software zeigen auf, dass die ärztliche Urteils kraft als bedeutendes Element ärztlicher Heilkunst mehr denn je gefordert ist, um die Möglichkeiten und die Grenzen dieser neuen Arbeitsinstrumente kritisch zu hinterfragen. Die Einschränkung ihrer Urteils kraft ist für die Betroffenen häufig eine belastende Begrenzung ihrer individuellen Handlungsoptionen und ihrer beruflichen wie persönlichen Autonomie.

Eine durch klinische KI-Programme eingegrenzte ärztliche Urteils kraft kann im Versorgungsalltag nicht nur Schaden für Patienten mit sich bringen, sondern bei den betroffenen Ärzten auch das destruktive Gefühl des eigenen Nicht-(mehr-)Genügens und erhebliche Selbstzweifel erzeugen. Die berufliche Unmöglichkeit, alles umfassend wissen zu können und gleichzeitig die Erwartung des Wissen-Müssens auszuhalten, wird zur moralischen Herausforderung. Die Situation, den eigenen Ansprüchen vielleicht nicht mehr genügen zu können, aber trotzdem weiterzumachen (oder weitermachen zu müssen), ist ein guter Nährboden für ungesunden und leistungsschädlichen Moral Distress bei Ärztinnen und Ärzten. Auch könnten zukünftig verstärkt psychologische Phänomene wie das Imposter-Syndrom auftreten.

Verstärkte Ökonomisierung durch digitale Industrialisierung?

Klinisch tätige Ärzte sind nicht nur Anwender neuer Technologien in der Patientenversorgung, sondern mindestens mittelbar auch Produktentwickler. Die durch die Behandlungen entstehenden neuen Datenmengen werden vielfach zur Weiterentwicklung der eingesetzten Software

genutzt. Jeder Entwicklungsfortschritt ist letztlich ein Import von professionellem Behandlungswissen in die industriell-kommerziell erschaffenen Arbeitsinstrumente. Wird jedes Mehr-Wissen der Software zum relativ gesehenen Weniger-Wissen-Müssen auf ärztlicher Seite?

Aus der erweiterten Perspektive über das Spital hinaus betrachtet, bewirkt der digitaltechnologische Fortschritt voraussichtlich Veränderungen der beruflichen Funktionsrolle von Ärzten im Gesundheitssektor. Die zukünftige Bedeutung der ärztlichen Profession könnte sich teilweise anpassen an das ökonomisch-industrielle Paradigma einer technisch effizienten Bereitstellung von Gesundheitsleistungen mittels geeigneter Gesundheitstechnologien. Die riesigen Investitionen in diese Gesundheitstechnologien werden zukünftig ihre kaufmännischen Renditen ein-

fordern. Damit ist beispielsweise eine Clinical-Decision-Support-Software immer auch ein «Business Case». Und für ihre kommerziellen Hersteller eine unternehmerische Möglichkeit, Umsätze und Gewinne zu generieren. Wem nützt es, wenn durch immer «schlauere» Produkte die tradierten Aufgaben der Ärzteschaft eingegrenzt oder sogar eingeschränkt werden? Analysen der digitaltechnologischen Geschäftsmodelle im Gesundheitssektor deuten darauf hin: Im neuen Zeitalter der branchenübergreifenden Technologiekonvergenz verschiebt sich die Wissens-, Entscheidungs- und Gestaltungsmacht deutlich hin zugunsten kommerzieller privatwirtschaftlicher Technologie-Hyperscaler und ihrer Konglomerate. Regulatorische Rahmensetzungen und ethischer Diskurs gewinnen hoffentlich in gleicher Weise an Bedeutung.

Bisher hatte die Ärzteschaft überwiegend die versorgungsethischen Folgen der Ökonomisierung im Blick. Zukünftig gilt es auch, die Rechtfertigungsversuche für eine fortschreitende Ökonomisierung der Gesundheitsversorgung und deren strukturelle Verfestigung durch digitale Industrialisierungsprozesse kritisch zu reflektieren. Der Einsatz innovativer Digitaltechnologien bei der Behandlung erkrankter Menschen sollte immer eine nachweisbare Qualitätsverbesserung der Versorgungsprozesse bewirken. Rechtzeitiges Nachdenken der angestammten medizinischen Fachleute hierüber könnte der Ärzteschaft zukünftigen moralischen Stress ersparen. Oder wie es der Arzt und Nobelpreisträger Albert Schweitzer einmal formulierte: «Das Glück trifft nur den vorbereiteten Geist.»

Anzeige

**ARAG**

Bei Ihrer Tätigkeit als medizinischer Leistungserbringer steht für Sie der Mensch im Mittelpunkt. Damit Sie sich sorglos um Ihre Patientinnen und Patienten kümmern können, kümmern wir uns um die Paragraphen. Wir sind vor einem Rechtsstreit für Sie da und unterstützen Sie, wenn es doch einmal kritisch wird.

Vorteile des Rechtsschutzes für Ärzte und Medizinalpersonen

- Persönliche Rechtsberatung und -vertretung
- Finanzieller Rückhalt und umfassende Kostenübernahme
- Absicherung auch im privaten Umfeld

Rechtsschutz für Ärzte und Medizinalpersonen

Sorglos betreuen

Informieren Sie sich jetzt und schliessen Sie unkompliziert und zum Vorteilspreis ab:
mediservice-vsao.ch/axa





Kommt die Post morgen noch?

Nächstes Jahr feiert der in Bern ansässige Weltpostverein sein 150-jähriges Bestehen. Dieses globale Diskussionsforum, das sich primär um postalische Angelegenheiten kümmert, steht mit dem Aufkommen der Digitalisierung, die die traditionelle Rolle der Post ins Wanken bringt, vor grossen Herausforderungen. Die Frage nach der Bedeutung der Post im 21. Jahrhundert stellt sich also.

Dr. Sébastien Richez, Komitee für die Geschichte von «La Poste»

Im letzten Drittel des 19. Jahrhunderts, im Kontext eines sich verschärfenden Nationalismus in Europa und imperialistischer Auseinandersetzungen, entstand eine der ältesten multinationalen Institutionen. Nach der 1865 gegründeten Internationalen Fernmeldeunion mit Sitz in Genf haben die Nationen damals entschieden, die internationale Kooperation auf ein anderes, althergebrachtes Kommunikationsmittel auszudehnen: die Post. Der 1874 gegründete Allgemeine Postverein wurde 1876 durch den Weltpostverein (WPV) mit Sitz in Bern abgelöst. Dieser umfasste nun eine grössere Anzahl Mitgliedsländer und fokussierte sich auf die Erleichterung des Handels.

Die nationale Post als Zeichen des Staates

Auch wenn die internationale Gemeinschaft zu diesem Zeitpunkt die Bedeutung der Post für den internationalen Dialog hervorhob, erkannte sie nicht, dass es sich hier um weit komplexere Dimensionen einer viel älteren Form der Diplomatie handelte.

Erwähnt sei natürlich auch, dass die Post ihren eigentlichen Ursprung bereits viel früher, sozusagen im Willen der Menschen, sich gesellschaftlich zusammenzu-

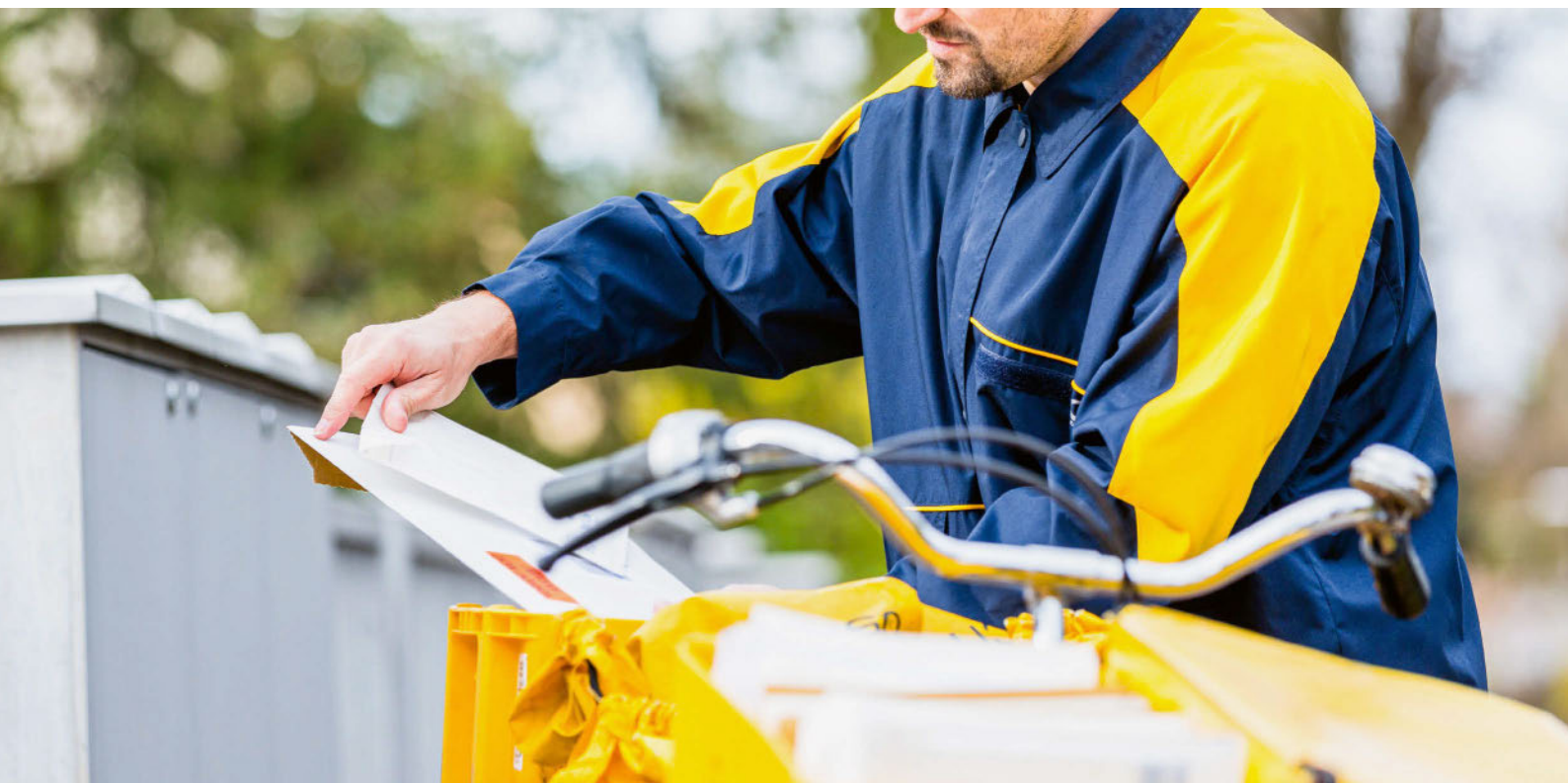
schliessen, hat. Das antike Griechenland oder das Römische Reich, das viel weiter östlich gelegene Persien oder auch China hatten ihre eigene Postorganisation. Dabei handelte es sich um frühe Formen einer Postorganisation, die entweder den politischen Mächten im Inland vorbehalten waren oder allen Menschen offen standen, die alphabetisiert waren und die die wirtschaftlichen Mittel hatten, um sie zu nutzen. Im Westen bauten weitere Akteure ihre eigenen Netzwerke für die Weiterleitung von Nachrichten auf, z.B. lokale oder regionale Behörden in autonomen Städten oder Provinzen oder auch die religiöse Welt mit den Universitäten und Klöstern. Im Ancien Régime spielten die Post- und Zollangelegenheiten eine wichtige Rolle in der Diplomatie bzw. in den bilateralen Beziehungen, von Grenze zu Grenze. Das zeigen die zahlreichen bilateralen Postabkommen, die in dieser Zeit zwecks Regelung der Postgebühren abgeschlossen wurden.

Im Laufe der Zeit wurde die Postverwaltung beinahe überall Teil der staatlichen Verwaltung. Der Aufbau der Post ging mit der Einführung von hoheitlichen Aufgaben und der Errichtung der Nationalstaaten im 19. Jahrhundert einher. Die strukturelle Stärkung des Staates bildete die Grundlage für verschiedenste Tätig-

keiten in der Verwaltung, der Industrie und dem Handel. Damit leistete die staatliche Verwaltung einen wichtigen Beitrag zur Alphabetisierung bis zum Ersten Weltkrieg, zur industriellen Revolution, der Einführung der Eisenbahn und der Telegrafie. Sie war auch Wachstumstreiberin bei der Globalisierung des Handels und dem Ausbau der staatlichen Verwaltungen in den Kolonien im Fernen Osten und in Afrika.

Neue Aufgaben und Zahlungsmöglichkeiten

Auf der Grundlage der ursprünglichen Tätigkeit, die hauptsächlich aus der Beförderung von Postsendungen, aber manchmal auch von Reisenden in Postkutschen bestand, erweiterte die Post mit der Zeit das Spektrum ihrer Dienstleistungen. Die Postzustellung breitete sich in Europa in der Zeit vor 1850 weiter aus. Die Briefpost wurde um die postlagernde Sendung und den eingeschriebenen Brief erweitert. Dazu gesellten sich auch zunehmend Zeitungen, Muster und Geschäftsdokumente. Gewisse Postorganisationen entschieden, den Versand der Pakete innerhalb ihrer Grenzen selbst zu übernehmen, während andere dies privaten Anbietern überliessen. Insbesondere die Briefmarke veränderte die Bezahlung



Ein Beruf mit Zukunft? Wird die Post – einst ein Pfeiler eines jeden Nationalstaats – zu einem Unternehmen unter vielen?
Und welche Aufgaben kommen ihr in Zukunft zu?

der Portokosten, indem sie durch die Vorfrankierung vom Empfänger zum Absender überging. Zudem brachte diese eine doppelte Revolution mit sich: territorial durch die Vereinheitlichung der nationalen Territorien hinsichtlich der Entfernungen und fiskalisch durch eine bessere Erhebung der Beförderungskosten. Darüber hinaus wurden den Kunden neue Finanzdienstleistungen angeboten, von der Postanweisung, die den Umlauf von papierlosem Geld ermöglichte, bis hin zu Spar- oder Postcheckkonten. In Frankreich beispielsweise erhielt der öffentliche Postdienst seine Rechtsstruktur im Jahr 1873.

Wie geht es weiter?

Auch wenn sich im 20. Jahrhundert dieser Zustand mehr oder weniger fortgesetzt hat, stellt das Aufkommen der Digitalisierung das Bestreben des Weltpostvereins, «die Welt als ein einziges Postgebiet» zu errichten, in Frage. Zu den Themen Tarife, Fluggebühren, Standardisierung von Postsendungen und Finanzdienstleistungsverkehr sind die Auswirkungen der neuen Technologie hinzugekommen. Mit der Folge, dass global agierende Privatunternehmen versuchen, sowohl in die Organisation einzudringen als auch die bestehenden Postunternehmen zu torpedieren.

Es stellt sich nun die Frage nach der Rolle der Post. In Frankreich wurde «La Poste» 1990 in ein Unternehmen und dann in eine Aktiengesellschaft umgewandelt. Per Gesetz wurden öffentliche Dienstleistungsaufträge festgelegt, die demnächst überholt sein könnten. Machten doch die Grundversorgung, der Beitrag zur Raumplanung, der Pressevertrieb und der Zugang zu Postbankdienstleistungen 2022 nur noch 20 Prozent der Einnahmen von «La Poste» aus. 80 Prozent erwirtschaftete sie mit marktbestimmten, wettbewerbsorientierten und diversifizierten Dienstleistungen (Bankdienstleistungen, Paketdienste, digitaler Austausch, Logistik, personenbezogene Dienstleistungen usw.). Die Frage, welche Rolle eine von der Öffentlichkeit finanzierte Institution künftig spielen sollte, wird momentan jedoch nicht gestellt.

Ab den 1880er Jahren hatte die Dritte Republik die Post mit der Zustellung der Presse zwecks Verbreitung der Meinungsvielfalt, der Zugänglichkeit der Postämter, um sich zu informieren und zu kommunizieren, zu einem Vektor der Staatsbürgerschaft gemacht. Werden die Millennials, als erste Generation, die die Post nicht mehr im traditionellen Sinn nutzt, eine andere Rolle für die Post finden? Und wird sich diese Rolle von derjenigen unter-

scheiden, von der die Babyboomer profitiert haben?

Eine der Herausforderungen besteht darin, wie die Entscheidungsträger die Post als Garantin der zwischenmenschlichen Verbindungen, zwischen und innerhalb von verschiedenen Generationen und Territorien, in einem mittelfristig instabilen Horizont planen werden.

Aktuelles aus der Reisemedizin:
Vor- und Nachsorge

Herausforderungen der Reisemedizin

Die Grenzen sind wieder offen, die Reiselust neu erwacht.
Unverändert wichtig bleibt die seriöse Vorbereitung
auf eine Reise in Risikogebiete. Und falls nach der Rückkehr Beschwerden
auftreten, sollte der Gang zum Spezialisten ohne grosse
Umwege angetreten werden.

Dr. med. Danielle Gyurech, PD Dr. med. Julian Schilling, Travel Clinic Zürich



Manchmal reicht der geschulte Blick: Die *Larva migrans* wird anamnestisch und von Auge diagnostiziert.
Die Therapie ist medikamentös. Invasive Massnahmen sind untauglich!

In unserem Praxisalltag sehen wir gesunde Menschen, die eine spannende Reise antreten, Reiserückkehrer, die oft ernsthaft krank sind, allgemeinmedizinische Fälle nach einer Reise sowie «normale» Hausarztpatienten.

Vor Reiseantritt

Eine Reisevorbereitung umfasst in der Regel die Themen Malaria und Mückenschutz, Impfungen und die optimale Ausstattung der Reiseapotheke.

Die Indikation zu einer medikamentösen Malariaphylaxe richtet sich nach dem Risiko, an einer Malaria fälziparum zu erkranken, umgerechnet auf die Reisedauer. Beispielsweise ist das Risiko in Teilen Afrikas um das Zwanzigfache höher als in weiten Teilen Südostasiens. Gute geografische Kenntnisse und die Information der Reisenden über die geplanten Routen (Höhe über Meer) erleichtern in der Beratung die Indikationsstellung. Eine Herausforderung stellen die Klimaveränderungen dar: Das Risiko, an mückenübertragenen Krankheiten zu erkranken, ändert sich in den kommenden Jahren. Dem korrekten Mückenschutz kommt in der Beratung grosse Bedeutung zu. Dengue, Chikungunya und Zika breiten sich weiter aus. Expositionsprophylaxe durch imprägnierte Kleider und DEET-Mückenspray in Konzentrationen von 40 bis 50 Prozent sind immer wichtige Themen.

Lieferengpässe sind bei verschiedenen Impfungen wie auch bei Medikamenten seit längerem ein grosses Problem. Der Lagerbewirtschaftung mit wöchentlichem Inventar kommt in der Reisemedizin folglich eine grosse Bedeutung zu. Immer mehr Praxen und seit Corona auch Apotheken impfen. Dieser Umstand wird für die Reisemedizin zunehmend zum Problem. Die Indikationsstellung, was wofür, für welche Routen und für welche Reisedauer geimpft werden soll oder muss, ist wesentlich komplexer als viele annehmen. Entsprechend oft treten Fehler auf. Das Motto «Das bisschen Reisemedizin kann ich auch» ist sicher falsch.

Der Umfang der Reiseapotheke richtet sich nach der geplanten Reise: Je schlechter die medizinische Versorgung vor Ort, desto besser muss die Ausstattung sein. Wichtig ist, dass sich Reisende möglichst selbst behandeln können und nicht auf lokale Hilfe angewiesen sind. Dazu gehört beispielsweise ein Antibiotikum mit breitem Wirkungsspektrum, antibiotikahaltige Wundsalbe, eine stark wirk-

same Salbe gegen Juckreiz sowie Einmaldosen gegen Blasenentzündungen oder Scheidenpilze für Frauen. Der Hinweis, dass viereckige Moskitonetze den zeltförmigen vorzuziehen sind, geht oft unter. Um auf einer Reise nicht täglich PET-Flaschen wegwerfen zu müssen, raten wir Reisenden der Umwelt zuliebe zu einem Wasserfilter.

Nach der Heimkehr

Reiserückkehrer leiden am häufigsten unter gastrointestinalen Beschwerden. Diese sind oft selbstlimitierend. Wenn nicht, kommen die Patienten oft erst nach einem ausgedehnten Ärztetourismus zu uns. In der Regel sehen wir, dass nach mehreren Konsultationen beim Hausarzt bereits CTs, MRIs oder Koloskopieberichte mitgebracht werden, obwohl die Differentialdiagnose oft schon anamnestisch hätte gestellt werden können. Mit wenig gezielter Stuhl- und/oder Labordiagnostik kann beispielsweise ein Verdacht auf Protozoen oder Helminthen bestätigt und behandelt werden. Wichtig ist, nicht zu basteln und die Patienten gleich zum Spezialisten zu überweisen.

Tritt nach einer Reise ohne Malariaphylaxe in ein Risikogebiet Fieber auf, muss dieses notfallmässig abgeklärt werden! Selbst wenn die Reise bereits etwas weiter zurückliegt. Wichtig ist, dass nicht unnötig Zeit verloren geht. Da nun wieder gereist werden kann, werden auch die Fälle von Malaria und vor allem Dengue wieder zunehmen. Diese Möglichkeit darf nicht ausser Acht gelassen werden, auch wenn zusätzlich zum Fieber noch eine Erkältung vorliegt. Achtung: Die meisten Praxen haben keine Schnelltests an Lager.

Dermatologische Probleme gehören auch zu den häufigen Fragestellungen bei Reiserückkehrern. Was man in Entwicklungsländern oft erst in Spätstadien sieht, gilt es in unserem Praxisalltag schon früh und aufgrund pathognomonischer Präsentation zu erkennen und richtig zu behandeln. Stiche von Sandflöhen beispielsweise jucken für mehrere Tage sehr stark, was ein häufiger Grund für eine Arztkonsultation nach einer Reise darstellt. Gelegentlich treten neue Effloreszenzen erst Tage nach Exposition auf, was die Patienten zur Überzeugung bringt, dass noch Flöhe in der Kleidung oder im Bett vorhanden sind. Zur Prävention sind die üblichen Repellenzien leider unwirksam.

Larva migrans wird durch Larven von Ancylostomen (Hakenwürmer) bei Hund und Katze verursacht. Die Diagnose ist ei-

ne reine Blickdiagnose. Zur Therapie kann lokal Thiabendazol- oder Mebendazol-salbe angewendet werden. Beide Lokaltheraeutika sind jedoch nicht einfach erhältlich. Systemisch wird Ivermectin als erste Wahl oder Albendazol eingesetzt. CAVE: Kryotherapie oder andere invasive Massnahmen! Der Versuch, die Erreger chirurgisch zu entfernen, ist wie bei der Myase ein Kunstfehler.

Neben Sonnenbrand, Wanzen, allergischen Dermatitis, Scabies oder Myasen kommen auch seltene Diagnosen vor: Kürzlich präsentierte sich ein junger Mann für eine Zweitmeinung. Die dermatologische Abteilung einer Klinik verpasste die Blickdiagnose einer Leishmaniose, was zu einem beträchtlichen «Doctor's Delay» führte.

Nicht reisebedingte Krankheiten

Nicht selten sind allgemeinmedizinische Beschwerden nach einer Reise, von denen die Patienten glauben, dass sie durch die Reise bedingt seien. Wichtig ist, den Blick aufs Ganze nicht zu verlieren. Karzinome beispielsweise manifestieren sich oft atypisch. Unabdingbar ist einmal mehr die genaue Anamnese, denn eine frühzeitige Diagnose kann für die Prognose entscheidend sein. Auch kardiovaskuläre Krankheiten sind häufig. So wollte eine Taucherin mit über 1000 Tauchgängen nach einem Tauchgang ihre Flasche aufs Boot hieven und reagierte mit einer Synkope. Anlässlich einer erneuten Tauchtauglichkeitsuntersuchung zeigte sich bei der Auskultation mit Pressversuch ein Verdacht auf ein offenes Foramen Ovale. Alle Voruntersucher verpassten das Geräusch. Der hämodynamisch relevante Befund konnte mit einem Schirm verschlossen werden.

Nicht nur in der Reisemedizin bleibt das Wichtigste die korrekte Anamnese und das Beherrschen der Untersuchungstechniken mit den Händen, den Ohren, dem Geruchssinn und den Augen. Bei jungen Kollegen sind wir oft erstaunt, dass diese Fähigkeiten in den Assistenzzeiten durch oft unnötige apparative Diagnostik ersetzt werden. Eine weitere sehr wichtige Thematik ist die interdisziplinäre Zusammenarbeit und ein breites Netzwerk. Das alte Sprichwort «Schuster bleib bei deinen Leisten» gilt mehr denn je.

Tendinopathien – häufige Diagnosen in der Handchirurgie

Inga S. Besmens, Florian S. Frueh, Esin Rothenfluh, Marco Guidi und Maurizio Calcagni
Klinik für Plastische Chirurgie und Handchirurgie, Universitätsspital Zürich, Zürich

Schmerzhafte Erkrankungen der Sehnen an Handgelenk und Hand werden unter dem Oberbegriff «Tendinopathien» zusammengefasst und sind einer der häufigsten Gründe für das Aufsuchen einer Handchirurgin oder eines Handchirurgen. Tendinopathien können in jeder Sehne auftreten, oft in der Nähe des Ansatzes oder an anatomischen Engstellen. Repetitive Belastungen stehen in einem direkten Zusammenhang mit der Ausbildung von Tendinopathien [1]. Die Diagnose der Erkrankungen aus diesem Formenkreis kann in aller Regel klinisch gestellt werden [2]. Eine ergänzende Ultraschalluntersuchung objektiviert das Krankheitsbild für Handchirurg/in und Patient/in [3]. Der pathophysiologische Hintergrund dieser Erkrankungen kann vielfältig sein und reicht von «Überbeanspruchung» bis zu rheumatologischen Krankheitsbildern wie rheumatoider Arthritis, Gicht oder CPPD (Chondrokalzinose). Die meisten dieser Erkrankungen sprechen auf eine nicht-operative Behandlung an im Sinn einer Aktivitätsmodifikation, entzündungshemmenden Medikamenten, Handtherapie und Kortikosteroidinjektionen [4]. Wenn die Symptome trotz Ausschöpfen der konservativen Massnahmen persistieren, ist zum Teil eine operative Therapie indiziert. Diese Operationen können typischerweise im ambulanten Rahmen unter WALANT (Wide Awake Local Anesthesia no Tourniquet) oder Lokalanästhesie durchge-

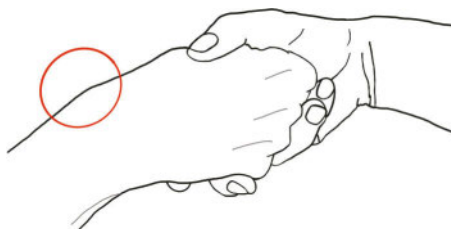


Abbildung 1. Finkelstein-Test: Die Patientin/der Patient schliesst die Faust über ihrem/seinem Daumen, passive Ulnarduktion durch die untersuchende Person verursacht Schmerzen im Bereich des 1. Strecksehnenfachs.

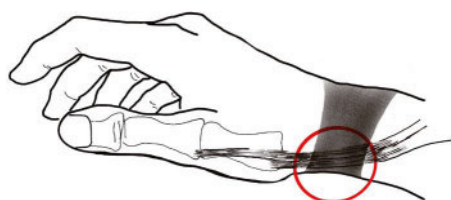


Abbildung 2. Das 1. Strecksehnenfach liegt am weitesten radial. Es führt die Sehnen des Musculus abductor pollicis longus (APL) und des Musculus extensor pollicis brevis. Der APL hat häufig mehrere Sehnenstreifen, manchmal ist das Fach zudem durch ein (fibro-) ossäres Septum unterteilt, das APL- und EPB-Sehne räumlich trennt.

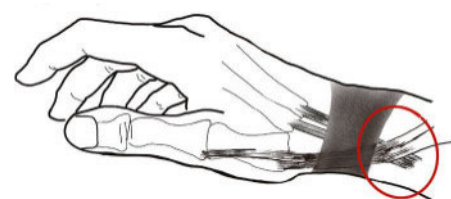


Abbildung 3. Circa 4 cm proximal des Lister-Tuberkels kreuzen die Sehnen des 1. SSF (Abductor pollicis longus, Extensor pollicis brevis) diejenigen des 2. SSF (Extensor carpi radialis longus et brevis).

führt werden. Je nach Ausdehnung des Befundes kann zudem postoperativ Handtherapie hilfreich für eine rasche Abheilung sein.

Im Anschluss stellen wir ohne Anspruch auf Vollständigkeit häufige Erkrankungen aus diesem Formenkreis vor, mit denen wir in unserem handchirurgischen Alltag regelmässig konfrontiert sind.

Tendovaginitis de Quervain

Die Tendovaginitis de Quervain wurde erstmalig 1895 von dem Berner Chirurgen Fritz de Quervain beschrieben [5]. 35 Jahre später publizierte auch der Deutsche Heinrich Finkelstein eine Fallserie und beschrieb den klinischen Test zur Diagnosestellung der Tendovaginitis de Quervain, der auch heute noch nach dem Namensgeber als Finkelstein-Test zum Einsatz kommt (Abbildung 1) [6].

Ausgelöst wird die Erkrankung durch eine Irritation der Sehnen des 1. SSF (Strecksehnenfachs) APL und EPB (Abductor pollicis longus und Extensor pollicis brevis) (Abbildung 2). Lokale Reibung in dem osteofibrösen Kanal des 1. SSF führt zu einer Schwellung und Induration des Retinaculum extensorum, welches das 1. SSF bedeckt, und einer lokalen Tenosynovitis um die genannten Sehnen. Durch die genannte Volumenzunahme am und im 1. SSF kommt es zu vermehrter Reibung. Der Prozess ist somit selbstverstärkend und die funktionelle Beeinträchtigung ist sekundär auf das gestörte Gleiten von APL und EPB innerhalb des verengten fibro-ossären Kanals zurückzuführen, was zu Schmerzen und ver-

*Der Artikel erschien ursprünglich in der «Praxis» (2021); 110 (12): 667–672.

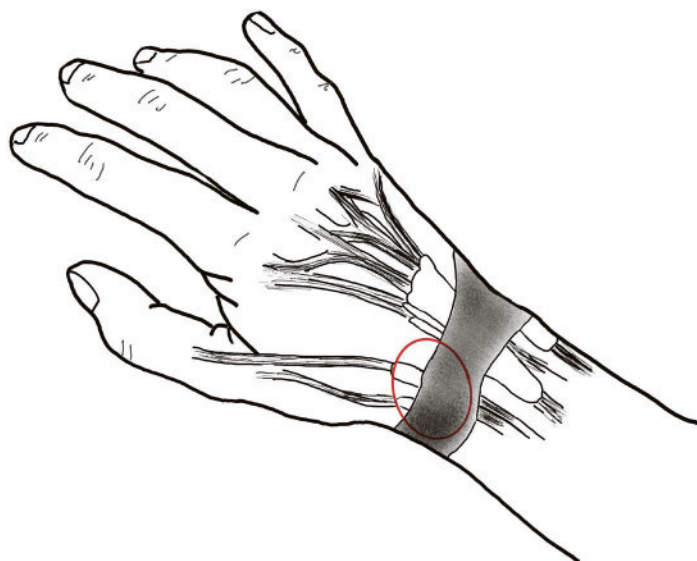


Abbildung 4. Die Sehne des Musculus extensor pollicis longus läuft allein durch das vergleichsweise lang osteofibrös geführte 3. Strecksehnenfach ulnar des Tuberculum listeri.

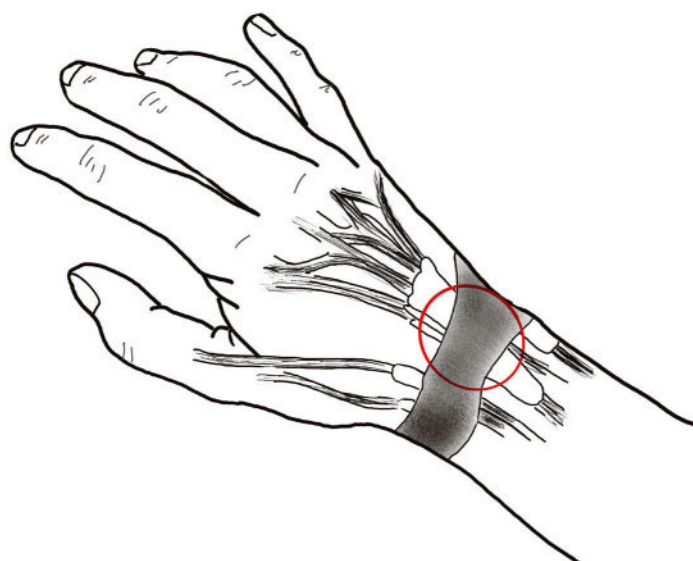


Abbildung 5. Im 4. Strecksehnenfach liegen die Sehnen des Musculus extensor digitorum und des Musculus extensor indices.

minderter Bewegung führt [7]. Bestimmte anatomische Voraussetzungen können zudem die Entstehung einer Tendovaginitis de Quervain begünstigen. Bahm et al. beschrieben bei 60 % ihrer Patientinnen und Patienten eine Septierung des 1. SSF durch ein zusätzliches Septum [8]. Klinisch präsentiert sich die Tendovaginitis de Quervain üblicherweise mit Schmerzen über dem radialeitigen Handgelenk, verstärkt bei (belasteter) Exkursion des Daumens. Der Finkelstein-Test ist in der Regel positiv. Die Diagnose kann ergänzend durch eine Ultraschallbildgebung gesichert werden. Bei einer akuten Entzündung findet sich hier ein vermehrtes Dopplersignal, und proximal und distal des osteofibrösen Kanals können häufig Flüssigkeitskolektionen oder synovialitisches Gleitgewebe dargestellt werden [9]. Die Behandlung erfolgt initial konservativ. Hier kommen Entlastung, Schienenruhigstellung, Handtherapie, nichtsteroidale Antirheumatika (NSAIDs) und/oder Kortikosteroidinjektionen in das 1. Strecksehnenfach zum Einsatz [10]. Die Steroidinjektionen erfolgen idealerweise Ultraschall-gestützt. Bei einem Scheitern der konservativen Massnahmen sollte eine Dekompression des 1. erfolgen, wobei je nach Präferenz der Operateurin/des Operateurs eine einfache Eröffnung desselben oder aber eine Erweiterungsplastik durchgeführt werden kann. Diese schützt vor dem Risiko des postoperativen Luxierens der Sehnen aus dem 1. SSF bei Exkursion im Handgelenk. Bei beiden Operationsverfahren ist zwingend auf eine Schonung der Äste des Ramus superficialis n.

radialis zu achten sowie auf die vollständige Eröffnung eines möglicherweise separat angelegten EPB-Fachs. Auch im postoperativen Verlauf kann eine handtherapeutische Anbindung sinnvoll sein.

Intersektionssyndrom

Das Intersektionssyndrom ist gekennzeichnet durch radialeitige Handgelenksschmerzen, Schwellung, Druckempfindlichkeit und zum Teil ein Krepitieren ca. 4 cm proximal des Lister-Tuberkels (Abbildung 3). In diesem Bereich nämlich kreuzen die Sehnen des 1. SSF (APL und EPB) diejenigen des 2. SSF (Extensor carpi radialis longus et brevis) [11]. Das Syndrom ist typischerweise die Folge von repetitiven Tätigkeiten und kann so zum Beispiel bei Rudererinnen und Ruderern oder Tennisspielerinnen und Tennisspielern beobachtet werden [12]. Es handelt sich um eine klinische Diagnose. Neben den oben genannten Symptomen wird die Pronation gegen Widerstand typischerweise als schmerzhaft empfunden. Auch dieses Krankheitsbild kann durch eine fokussierte Ultraschalluntersuchung bestätigt werden. Hier findet sich klassisch ein peritendinöses Ödem und eine lokalisierte Synovialitis innerhalb der Sehnenscheiden am Kreuzungspunkt zwischen dem 1. und dem 2. SSF, mit Verlust der hyperechogenen Ebene zwischen den beiden Sehnengruppen [13]. Die Behandlung umfasst eine Kombination aus Aktivitätsmodifikation, vorübergehender Ruhigstellung, Dehnungsübungen und entzündungshemmenden Medikamenten. In hartnäckigen Fällen können Steroidinjek-

tionen in die Sehnenscheide des 2. SSF loco dolenti infiltriert werden [2].

Extensor-pollicis-longus-Tenosynovitis

Die Sehne des Musculus extensor pollicis longus läuft allein durch das vergleichsweise lang osteofibrös geführte 3. Strecksehnenfach ulnar des Tuberculum listeri (Abbildung 4). Eine Tendinitis oder Tendinose im 3. SSF ist selten und wird meist in Verbindung mit einer rheumatischen Erkrankung beobachtet [14]. Sehnenrupturen bei dieser Erkrankung sind vergleichsweise häufig, sodass die Indikation zur operativen Dekompression des 3. SSF und Vorverlagerung der Extensor-pollicis-longus(EPL)-Sehne grosszügig gestellt werden sollte. Bei Vorstellung klagen die Betroffenen über Schmerzen bei aktiver oder passiver Daumenexkursion und eine lokalisierte Schwellung sowie gegebenenfalls ein Krepitieren unmittelbar distal des Lister-Tuberkels. An dieser Lokalisation besteht nur eine eingeschränkte Durchblutung der EPL-Sehne; sie ist damit hier potenziell anfällig für ischämische Rupturen [15].

Tenosynovitis des 4. Strecksehnenfachs

Die Tenosynovitis des 4. SSF ist häufig bei Personen mit rheumatoider Arthritis, sie kann allerdings auch ohne diese Grunderkrankung auftreten [16]. Die Betroffenen haben Schmerzen über dem 4. SSF sowie eine lokalisierte Druckdolenz und Schwellung (Abbildung 5). Die forcierte Extension des Handgelenks kann durch ein Im-

pingement der Sehnen zu einer Schmerz-exazerbation führen [4]. Die Therapie der Tenosynovitis des 4. SSF schliesst primär die üblichen konservativen Massnahmen wie Entlastung, Schienenruhigstellung, lokal antiphlogistische Massnahmen und NSAIDs ein. Bei Beschwerdepersistenz kann die Therapie mit Steroidinjektionen eskaliert werden. Bei einem Scheitern der konservativen Massnahmen muss stets ein mechanischer Auslöser zum Beispiel durch anatomische Varianten ausgeschlossen werden [17]. Analog kann dann die chirurgische Therapie unter Behebung der Ursache und verbunden mit einer Synovektomie erfolgen [18].

Extensor-carpi-ulnaris-Tendinopathien

Die Extensor-carpi-ulnaris(ECU)-Tendinopathie ist einer der möglichen Gründe für ulnarseitige Handgelenkschmerzen (Abbildung 6) [19]. Bestimmte Sportarten wie zum Beispiel Tennis können die Entstehung der Erkrankung begünstigen [15]. Die Erkrankten beklagen üblicherweise eine Schmerzhaftigkeit im Verlauf der ECU-Sehnenscheide und Schmerzen oder auch Schwäche bei Handgelenksexension und Ulnardeviation gegen Widerstand. Das von Ruland und Hogan beschriebene ECU-Synergie-Manöver kann helfen, ECU-Beschwerden von intraartikulären Problematiken abzugrenzen (Abbildung 7) [20]. Die Behandlung erfolgt primär konservativ durch Aktivitätsmodifikation, NSAIDs, Entlastung und eine kurzfristige Ruhigstellung des Handgelenks. Eskalierend ist eine diagnostische/therapeutische Steroidinfiltration in die ECU-Sehnenscheide möglich. Therapierefraktäre Befunde können einer operativen Revision zugeführt werden. Diese erfolgt im Sinn eines Längszugangs mittig über dem 6. SSF unter Schonung des Ramus dorsalis n. ulnaris. Das 6. SSF wird exploriert, debridiert und

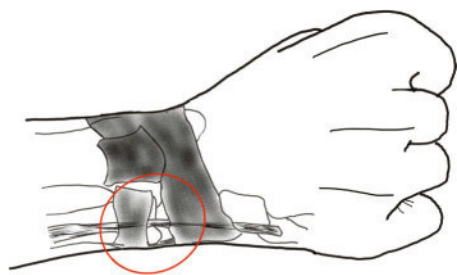


Abbildung 6. Auf der Höhe des Ulnakopfes verläuft die ECU-Sehne durch einen fibro-ossären Tunnel, dem 6. Streckerkompartiment. Zum Schutz gegen Reibung ist sie hier in eine Synovialmembran gehüllt.

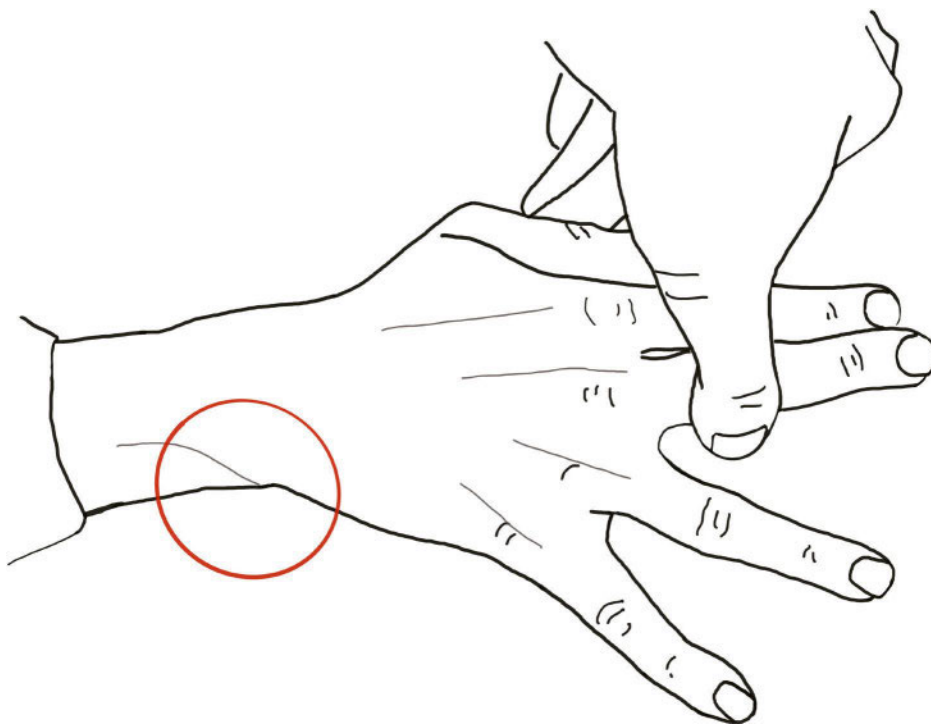


Abbildung 7. ECU-Synergietest: Die Patientin / der Patient stützt den Ellbogen in 90°-Flexion und voller Supination auf dem Untersuchungstisch ab. Das Handgelenk wird in neutraler Position gehalten, die Finger sind voll gestreckt. Die untersuchende Person fasst mit ihrer Hand den Daumen und die Langfinger der Patientin / des Patienten und palpiert mit der anderen Hand die ECU-Sehne. Die untersuchte Person abduziert dann den Daumen radial gegen Widerstand. Die Kontraktion sowohl des Flexor-carpi-ulnaris(FCU)- als auch des ECU-Muskels kann durch direkte Palpation bestätigt werden. Schmerzen entlang des dorso-ulnaren Aspekts des Handgelenks werden als positiver Test für eine ECU-Sehnentzündung bewertet.

Zusammenfassung

Tendinopathien sind einer der häufigsten Gründe für das Aufsuchen einer Handchirurgin oder eines Handchirurgen. Die Diagnose der Erkrankungen aus diesem Formenkreis kann in aller Regel klinisch gestellt werden. Eine ergänzende Ultraschalluntersuchung hilft das Krankheitsbild zu objektivieren. Die meisten dieser Erkrankungen sprechen auf eine nicht-operative Behandlung an. Falls doch eine operative Behandlung nötig wird, kann diese in der Regel ambulant unter Lokalanästhesie erfolgen. Dieser Artikel gibt eine Übersicht über die häufigsten Tendinopathien an Hand und Handgelenk, ihre Diagnostik und Therapie.

Schlüsselwörter: Handchirurgie, Tendinopathie, Sehnenscheidenentzündung, Ultraschall

Abstract: Tendinopathies – Common Diagnoses in Hand Surgery

Tendinopathies are among the most frequent reasons for consulting a hand surgeon. The diagnosis can usually be made clinically. A supplementary ultrasound examination helps to visualize the pathology. Most of these diseases respond to non-surgical treatment. If surgical treatment is necessary, it can usually be performed as an outpatient procedure under local anesthesia. This article provides an overview of the most common tendinopathies of the hand and wrist, their diagnosis and treatment.

Keywords: Hand surgery, tendinopathies, tenosynovitis, ultrasound

Résumé

Les tendinopathies sont l'un des motifs les plus fréquents de consultation d'un chirurgien de la main. Le diagnostic des maladies de ce groupe peut généralement être établi cliniquement. Un examen échographique complémentaire permet d'objectiver le tableau clinique. La plupart de ces maladies répondent à un traitement non chirurgical. Si un traitement chirurgical est nécessaire, il peut généralement être effectué en ambulatoire sous anesthésie locale. Cet article donne un aperçu des tendinopathies les plus courantes de la main et du poignet, de leur diagnostic et de leur traitement.

Mots-clés: Chirurgie de la main, tendovaginite, ténosynovite, échographie

die Sehne synovektomiert. Studien konnten zeigen, dass ein Wiederverschluss des Retinaculum über der ECU-Sehne nicht mit einem erhöhten Instabilitätsrisiko oder Subluxationen einhergeht [21]. Unserer Meinung nach sollte intraoperativ eine klinische Prüfung im Hinblick auf die Subluxationstendenz der ECU-Sehne erfolgen und im Zweifel eine Rekonstruktion des Dachs des 6. Strecksehnenfachs erfolgen.

Flexor-carpi-radialis-Tendinopathien

Die distale Insertions-nahe Anatomie der Flexor-carpi-radialis(FCR)-Sehne begünstigt aus mechanischen Gegebenheiten die Ausbildung eines lokalen Reizzustands. Die Sehne tritt am proximalen Rand des Trapezius in einen osteofibrösen Kanal ein und ist vom Karpaltunnel durch ein derbes Septum getrennt, das an seinem distalen Rand als Umlenkpunkt für den M. flexor pollicis longus fungiert. Innerhalb des Tunnels nimmt die FCR-Sehne 90 % des verfügbaren Raums ein und steht in direktem Kontakt mit der leicht aufgerauten Oberfläche des Trapezius [22]. Degenerative Veränderungen in den angrenzenden Gelenken inklusive Carpometacarpal(CMC)-1- und Scapho-Trapezio-Trapezoidal(STT)-Gelenk können eine Affektion der Sehne bedingen [23]. Die Betroffenen beklagen Schmerzen im radiopalmaren Handgelenk, oft verbunden mit einer lokalen Schwellung (Abbildung 8). Die belastete Flexion im Handgelenk insbesondere in Radialduktion verstärkt die Schmerzen. Differenzialdiagnostisch muss bei diesem Krankheitsbild bei Fehlen eines auslösenden Traumas vor allem an Ganglien und degenerative Veränderungen im Daumensattelgelenk oder STT-Gelenk gedacht werden, wobei die beiden Letztgenannten gleichzeitig Auslöser der FCR-Tendinopathie sein können. Eine fokussierte Ultraschalluntersuchung gibt hier rasch diagnostische Sicherheit. Die konventionell-radiologische Bildgebung kann zudem das Ausmaß von etwaigen degenerativen Veränderungen quantifizieren. Auch bei dieser Tendinopathie kommen therapeutisch primär die üblichen konservativen Massnahmen zum Einsatz. Steroidinfiltrationen sind möglich, es muss aber beachtet werden, dass diese eine Sehnenruptur auslösen können. Die Sehnenruptur geht typischerweise mit einer relevanten Beschwerdelinderung einher, das funktionelle Defizit ist meist gering [4].

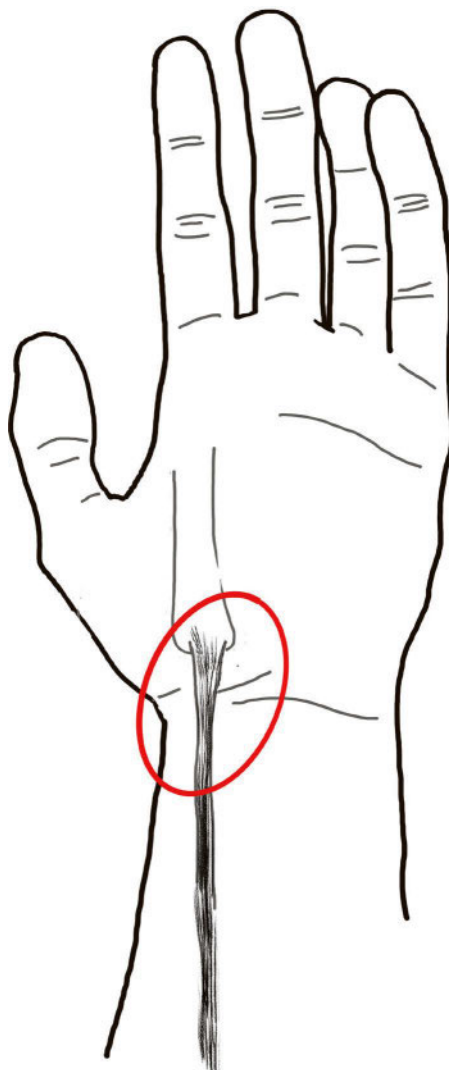


Abbildung 8. Der Musculus flexor carpi radialis verläuft in einer langen Sehne schräg über die Ulna zum radialseitigen Handgelenk. Die Sehne ist die radialste Sehne, die wir proximal des Handgelenks im Oberflächenrelief des Unterarms sehen. Die Sehne tritt am proximalen Rand des Trapezius in einen fibrös-knöchernen Kanal ein und ist vom Karpaltunnel durch ein derbes Septum getrennt, das an seinem distalen Rand als Umlenkpunkt für den M. flexor pollicis longus fungiert. Sie setzt an der Basis des Metacarpale II an.

Persistierende Beschwerden nach Ausschöpfung der konservativen Massnahmen können ein operatives Debridement rechtfertigen, insbesondere wenn die Röntgenbilder eine erhebliche ossäre Einengung des FCR-Kanals suggerieren. In diesen Fällen schützt die frühzeitige Dekompression vor einer Sehnenruptur [24].

Tendovaginitis stenosans

Die Tendovaginitis stenosans, der Triggerfinger, ist die häufigste Sehnenpathologie an der Hand. Sie betrifft etwa 2% der Bevölkerung [25], wobei Frauen ein 2- bis 6-fach höheres Erkrankungsrisiko haben [26]. Am häufigsten sind Daumen und

Key messages

- Tendinopathien sind häufig.
- Die Diagnose kann in aller Regel klinisch gestellt werden.
- Ultraschalluntersuchungen helfen, die Erkrankung zu objektivieren.
- In der Regel sollte primär eine nicht-operative Behandlung erfolgen.
- Falls eine operative Behandlung nötig wird, kann diese in der Regel ambulant in Lokalanästhesie erfolgen.

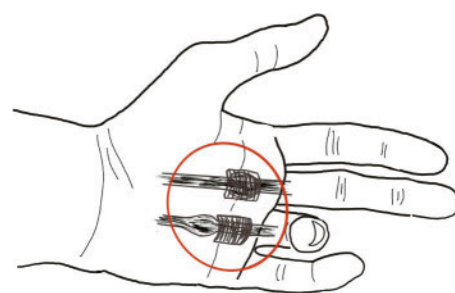


Abbildung 9. Auf der Höhe des Ulnakopfes verläuft die ECU-Sehne durch einen fibro-ossären Tunnel, dem 6. Streckerkompartiment. Zum Schutz gegen Reibung ist sie hier in eine Synovialmembran gehüllt.

Ringfinger betroffen [27]. Überlastung, Trauma, Diabetes und das gleichzeitige Vorhandensein eines Karpaltunnelsyndroms sind allesamt Risikofaktoren für die Entwicklung einer Tendovaginitis stenosans [28]. Veränderungen sowohl im A1-Ringband als auch an Flexor-digitorum-superficialis (FDS)- und Flexor-digitorum-profundus(FDP)-Sehnen führen zu dem relativen Enigma, die der Erkrankung zugrunde liegt. Die Betroffenen beklagen Schmerzen über dem A1-Ringband, zum Teil verbunden mit lokaler Schwellung und einem Krepitieren bei Exkursion des Fingers (Abbildung 9). Das sogenannte Triggern oder Schnappen des Fingers entsteht bei der Beugung des Fingers, wenn lokal volumen-vergrößerte Beugesehnen an der spezifischen anatomischen Region der FDS-Bifurkation auf das verdickte A1-Ringband treffen und hier anstehen [29]. Der akute Triggerfinger kann mit lokaler Ruhigstellung, Kühlung und NSAIDs behandelt werden. Bei bleibenden Beschwerden sollte eine Steroidinfiltration im Bereich des A1-Ringbands erfolgen [30]. Innerhalb eines Nachbehandlungszeitraums von sechs Monaten sehen wir eine Erfolgsrate von 57% nach einer einzi-

gen Injektion und von 86 % nach einer zweiten Injektion [31]. Bei Beschwerdepersistenz nach zweimaliger Steroidinfiltration ist die offene Spaltung des A1-Ringbands der Goldstandard mit einer Erfolgsrate von 99 % [32].

Im Artikel verwendete Abkürzungen

APL	Abductor pollicis longus
ECU	Extensor carpi ulnaris
EPB	Extensor pollicis brevis
EPL	Extensor pollicis longus
FCR	Flexor carpi radialis
FDS	Flexor digitorum superficialis
NSAIDs	Nichtsteroidale Antirheumatika
SSF	Strecksehnenfach
STT	Scapho-trapezio-trapezoidal

Historie

Manuskript akzeptiert: 18.06.2021

Interessenskonflikte

Es bestehen keine Interessenskonflikte.

Dr. med. Inga Besmens

Klinik für Plastische Chirurgie und Handchirurgie
Universitätsspital Zürich
Rämistrasse 100
8091 Zürich
inga.besmens@usz.ch

Literatur

- [1] Xu Y, Murrell GAC. The basic science of tendinopathy. *Clin Orthop*. 2008;466(7):1528–38.
- [2] Patrick NC, Hammert WC. Hand and wrist tendinopathies. *Clin Sports Med*. 2020;39(2):247–258.
- [3] Vögelin E. Ultrasonography: the third eye of hand surgeons. *J Hand Surg Eur Vol*. 2020;45(3):219–225.
- [4] Adams JE, Habbu R. Tendinopathies of the hand and wrist: J Am Acad Orthop Surg. 2015;23(12):741–750.
- [5] de Quervain F. On a form of chronic tendovaginitis by Dr. Fritz de Quervain in la Chaux-de-Fonds. 1895. *Am J Orthop Belle Mead NJ*. 1997;26(9):641–644.
- [6] Finkelstein H. Stenosing tendovaginitis at the radial styloid process. *JBJS [Internet]*. 1930;12(3). https://journals.lww.com/jbjsjournal/Fulltext/1930/12030/STENOSING_TENDO_VAGINITIS_AT_THE_RADIAL_STYLOID.1.aspx; letzter Zugriff: 21.06.2021.
- [7] Kutsumi K, Amadio PC, Zhao C, Zobitz ME, An K-N. Gliding resistance of the extensor pollicis brevis tendon and abductor pollicis longus tendon within the first dorsal compartment in fixed wrist positions. *J Orthop Res*. 2005;23(2):243–248.
- [8] Bahm J, Szabo Z, Foucher G. The anatomy of de Quervain's disease. A study of operative findings. *Int Orthop*. 1995;19(4):209–211.
- [9] Kluge S (ed). *Ultraschalldiagnostik der Hand* [Internet]. Berlin, Heidelberg: Springer; 2015. <http://link.springer.com/10.1007/978-3-642-44940-6>; letzter Zugriff: 03.03.2021.
- [10] Earp BE, Han CH, Floyd WE, Rozenal TD, Blazar PE. de Quervain tendinopathy: survivorship and prognostic indicators of recurrence following a single corticosteroid injection. *J Hand Surg*. 2015;40(6):1161–1165.
- [11] Browne J, Helms CA. Clinical images: Intersection syndrome of the forearm. *Arthritis Rheum*. 2006;54(6):2038–2038.
- [12] McNally E, Wilson D, Seiler S. Rowing injuries. *Semin Musculoskelet Radiol*. 2005;09(04):379–96.
- [13] Giovagnorio F, Miozzi F. Ultrasound findings in intersection syndrome. *J Med Ultrason*. 2012;39(4):217–220.
- [14] Kardashian G, Vara AD, Miller SJ, Miki RA, Jose J. Stenosing synovitis of the extensor pollicis longus tendon. *J Hand Surg*. 2011;36(6):1035–1038.
- [15] Engkvist O, Lundborg G. Rupture of the extensor pollicis longus tendon after fracture of the lower end of the radius – a clinical and microangiography study. *Hand*. 1979;os-11(1): 76–86.
- [16] Cooper HJ, Shevchuk MM, Li X, Yang SS. Proliferative extensor tenosynovitis of the wrist in the absence of rheumatoid arthritis. *J Hand Surg*. 2009;34(10):1827–1831.
- [17] Brown FE, Brown M-L. Long-term results after tenosynovectomy to treat the rheumatoid hand. *J Hand Surg*. 1988; 13(5):704–708.
- [18] Millender LH, Nalebuff EA. Preventive surgery – tenosynovectomy and synovectomy. *Orthop Clin North Am*. 1975;6(3):765–792.
- [19] Nachinolcar U, Khanolkar K. Stenosing tenovaginitis of extensor carpi ulnaris: brief report. *J Bone Joint Surg Br*. 1988;70-B(5):842–842.
- [20] Ruland RT, Hogan CJ. The ECU synergy test: An aid to diagnose ECU tendinitis. *J Hand Surg*. 2008;33(10):1777–1782.
- [21] Kip PC, Peimer CA. Release of the sixth dorsal compartment. *J Hand Surg*. 1994;19(4):599–601.
- [22] Bishop AT, Gabel G, Carmichael SW. Flexor carpi radialis tendinitis. Part I: Operative anatomy. *J Bone Jt Surg*. 1994;76(7):1009–1014.
- [23] Fitton J, Shea FW, Goldie W. Lesions of the flexor carpi radialis tendon and sheath causing pain at the wrist. *J Bone Joint Surg Br*. 1968;50(2):359–363.
- [24] Gabel G, Bishop AT, Wood MB. Flexor carpi radialis tendinitis. Part II: Results of operative treatment. *J Bone Jt Surg*. 1994; 76(7):1015–1018.
- [25] Billig JI, Speth KA, Nasser JS, Wang L, Chung KC. Assessment of surgeon variation in adherence to evidence-based recommendations for treatment of trigger finger. *JAMA Netw Open*. 2019;2(10):e1912960.
- [26] Langer D, Maeir A, Michailovich M, Luria S. Evaluating hand function in clients with trigger finger. *Occup Ther Int*. 2017;2017:1–8.
- [27] Flatt AE. Notta's nodules and trigger digits. *Bayl Univ Med Cent Proc*. 2007;20(2):143–145.
- [28] Brozovich N, Agrawal D, Reddy G. A critical appraisal of adult trigger finger: pathophysiology, treatment, and future outlook. *Plast Reconstr Surg – Glob Open*. 2019;7(8):e2360.
- [29] Chuang XL, Ooi CC, Chin ST, et al. What triggers in trigger finger? The flexor tendons at the flexor digitorum superficialis bifurcation. *J Plast Reconstr Aesthet Surg*. 2017;70(10):1411–1419.
- [30] Mol MF, Neuhaus V, Becker SJE, Jupiter JB, Mudgal C, Ring D. Resolution and recurrence rates of idiopathic trigger finger after corticosteroid injection. *HAND*. 2013;8(2):183–190.
- [31] Sato ES, Gomes dos Santos JB, Belloti JC, Albertoni WM, Faloppa F. Treatment of trigger finger: randomized clinical trial comparing the methods of corticosteroid injection, percutaneous release and open surgery. *Rheumatology*. 2012; 51(1):93–99.
- [32] Hansen RL, Søndergaard M, Lange J. Open surgery versus ultrasound-guided corticosteroid injection for trigger finger: A randomized controlled trial with 1-year follow-up. *J Hand Surg*. 2017;42(5):359–366.

Der besondere Ort

Zwischen Himmel und Aare

Bianca Molnar, Redaktionsmitglied vsao Journal

Als ich zum ersten Mal in Bern ankam, wusste ich nicht, in welcher Richtung die Innenstadt liegt. Ich lief vom Bahnhof nach links. Dann kehrte ich um und nahm den Bus Richtung Inselspital. Mein erstes Vorstellungsgespräch entstand sehr spontan, man sagte mir, ich solle «einfach kommen» und, wenn ich da sei, im Sekretariat Bescheid sagen. Anschliessend sah ich mir Bern an und fand es ein bisschen langweilig. Alles in allem nichts für mich, weder die Stadt noch die Stelle.

In den Monaten darauf keimte in mir aber die Vorstellung, ich könnte mich hier doch wohlfühlen, die Überschaubarkeit der Stadt kam mir beim Start ins «wirkliche» Erwachsenenleben entgegen.

Die darauffolgende Bewerbung und die Zusage sind jetzt zwölf Jahre her. Ich weiss nicht mehr, wann ich die Münsterplattform entdeckte. Ich erinnere mich aber an einen Moment, als ich dort sass und fühlte: Hier bin ich richtig.

Im Sommer ist die Plattform – auch «Platte» oder «Pläfe» genannt – ein perfekter Rückzugsort vom Treiben der Stadt: Hinter gusseisernen Toren rauscht der Wind durch sattgrüne Baumkronen, Boulekugeln rollen übers Kies, blitzen in der Sonne und stossen mit einem satten «Klack» aneinander, begleitet von leisem Fachsimpeln darüber, wer näher dran ist am Cochon. Lässige Männer lassen Tischtennisbälle hin und her ploppen; ihre Gesprächsthemen sind eher aus dem prallen Leben gegriffen, die Stimmen angeregt, die Oberkörper manchmal frei. Irgendwo zischt eine Bierdose.

Ich sitze gern mit einem Buch auf einer der Bänke, ziehe die Füsse aus den Sandalen und drücke sie auf den sonnenwarmen grünen Lack, neben mir einen Aperol Spritz vom Kiosk «Einstein au jardin». Dann lasse ich die Gedanken



schweifen. Die Geräuschkulisse bietet, neben dem «Plopp» und dem «Klack» noch das Tosen der Aare weit unten beim Schwellenmätteli, das Reden und Lachen der Erwachsenen, das vergnügte Schreien der Kinder und ab und zu den mächtigen Schlag der wirklich sehr lauten Münster-glocke.

Dass sie vor Hunderten von Jahren ein Friedhof war, merkt man der Münsterplattform nicht mehr an. Heute wird hier das Leben gefeiert, und seit vor ein paar Jahren ein griechischer Grillstand Einzug gehalten hat, gelingt das noch besser.

In der Version des Films «Dällebach Kari» von 1970 gibt es eine Szene, in der Kari und seine Jugendliebe Annemarie auf einer dieser Bänke sitzen und über die Zukunft sprechen. Man kann zu der Bank hingehen und sieht dem Baum neben ihr an, wie viele Jahre seither vergangen sind.

Auch viele meiner Erinnerungen spielen auf der Platte: Hier habe ich mit Freunden gelacht und diskutiert, auf nächtlichen Spaziergängen die Sterne

angesehen und zu neuen Ideen gefunden. Meine Geschichte fügt sich ein in den Strom der anderen Geschichten, die hier spielten.

Mit meinem Start ins «echte Leben» bin ich ganz zufrieden. Und wenn ich im «Einstein au jardin» in der Schlange stehe und die Aare mit ihrem magischen Türkis die Rahmen der Panoramafenster fast auszufüllen scheint, denke ich jedes Mal: Diese Aussicht soll mein nächstes Wohnzimmer haben.



Bianca Molnar
ist seit 2021 Redaktionsmitglied des vsao Journals. Nach Stationen in der Radiologie, der Erwachsenen- und Kinder- und Jugendpsychiatrie sowie der Medizinethik arbeitete sie zuletzt als Oberärztin i.V. in der Radiologie.

Briefkasten

Fake Shops: zu gut, um wahr zu sein

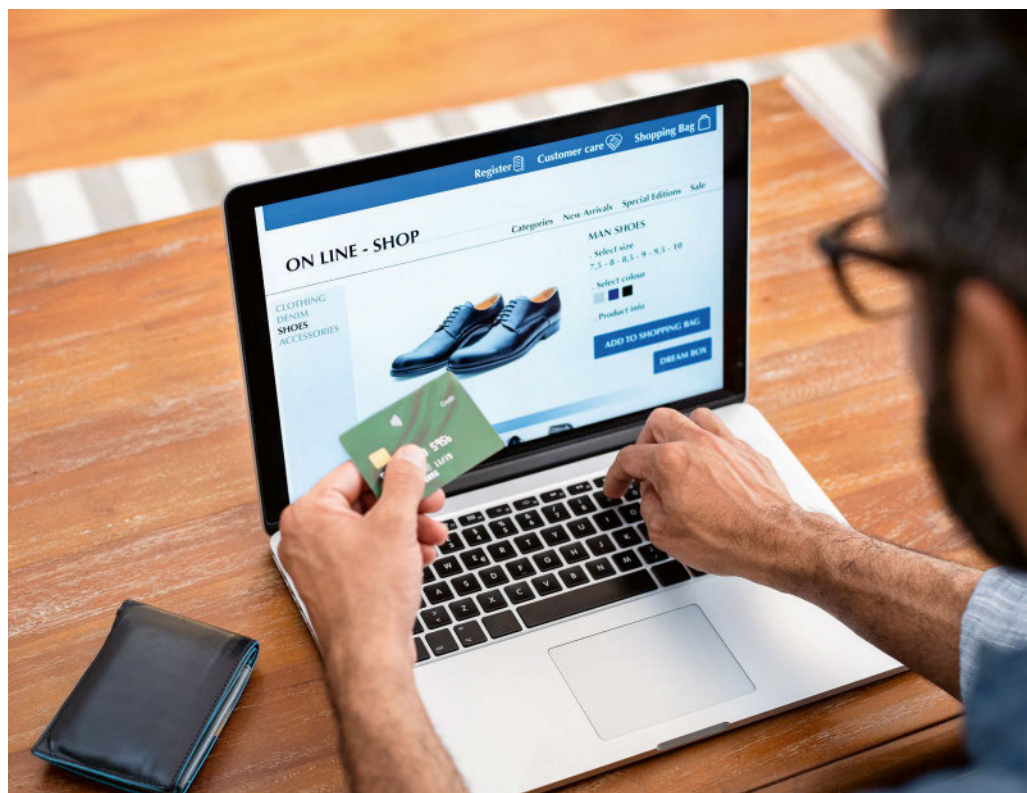
Unter Fake Shops versteht man gefälschte Online-Verkaufsplattformen. Es handelt sich in der Regel um vermeintliche Online-Händler, die Ware besonders günstig anbieten, Bezahlung per Vorkasse verlangen und entweder gar nicht oder in minderer Qualität liefern – zum Beispiel gefälschte Marken statt Originale.

Zu den häufigsten Risiken, wenn man online einkauft, gehört der direkte Geldverlust. Dieser Verlust tritt klassischerweise dann auf, wenn ich etwas bezahle, bevor ich die Gegenleistung – in der Regel die bestellte Ware – erhalten habe. Indirekte Geldverluste entstehen, wenn bestellte Waren nicht der Erwartung entsprechen, z.B. wenn es zu Falsch- oder Teillieferungen kommt, oder wenn Waren defekt sind.

Als Faustregel gilt: Seien Sie aufmerksam bei Angeboten, die zu gut sind, um wahr zu sein. Wird ein Produkt auf einer Website deutlich unter dem Durchschnittspreis angeboten, sollten Sie vorsichtig sein und bestimmte Daten der Website vor dem Bestellen prüfen.

Ausserdem sollte man die Produktbilder genauer unter die Lupe nehmen. Ein seriöser Online-Shop-Betreiber legt Wert auf scharfe und deutliche Produktabbildungen, die in der Regel wie aus einem Guss erscheinen. Auf der Hut sein sollten Sie, wenn die Produktabbildungen im Shop zusammengewürfelt und von unterschiedlicher Qualität sind.

Und zu guter Letzt sollten Sie sich in Acht nehmen, wenn der Online-Shop ausschliesslich Vorkasse durch Überweisung oder Kreditkartenzahlung akzeptiert. Spätestens dann lohnt sich auch



eine kurze Recherche zu Erfahrungsberichten anderer Käuferinnen und Käufer.

Wie erkenne ich betrügerische Online-Shops?

Das Erkennen von Fake Shops ist schwierig, zumal die Betreiber auch immer besser darin werden, Websites so zu gestalten, dass sie dem Original sehr ähnlich sehen. Dennoch kann man anhand einiger Punkte prüfen, ob es sich um einen seriösen Anbieter oder um einen Fake Shop handelt.

- **Überprüfen der URL des Shops:** Ist der Domainname korrekt? Betrüger arbeiten gerne mit kleinen Buchsta-

bendrehern in der Domain, welche die Konsumentin oder der Konsument automatisch als richtig interpretiert, wie z.B. <https://galaxius.ch/> oder <https://amazon.de/>.

- **Sind die Angebote unglaublich günstig?**

Falls Sie Zweifel haben, sollten Sie auf das «Schnäppchen» verzichten. Die Gefahr, dass es sich um Fälschungen von Markenware handelt, ist gross.

- **Ist ein Impressum vorhanden?**

Online-Shops müssen in der Schweiz neben dem Impressum auch Kontaktdaten auf der Website zur Verfügung stellen. Ist kein Impressum vorhanden, sollten Sie nichts bestellen.

- **Durchlesen der AGB:**

Machen Sie sich die Mühe, das Kleingedruckte zu lesen. Hier kann man sich zumindest informieren, wie es mit Rückgaberecht, Lieferfristen etc. aussieht. Sind hier keine klaren Informationen zu finden: Vorsicht! Dann lassen Sie besser die Finger von diesem Shop.

- **Sind die Online-Texte in korrekter Sprache verfasst?**

Oder wimmelt es nur so von Grammatik- und Rechtschreibfehlern?

Was ist der Unterschied zwischen **http://** und **https://**?

Der Unterschied besteht darin, dass Daten, die zum Beispiel auf Online-Formularen eingegeben werden, sicher oder nicht sicher übertragen werden.

Wenn das «s» fehlt, bedeutet das fürs Bezahlen mit einer Kreditkarte: Daten, die ich als Käuferin oder Käufer eingebe, werden eins zu eins – und damit unverschlüsselt übertragen. In diesem Fall können die Daten durch Hacker abgegriffen und gestohlen werden.

Wenn der Shop eine https-Adresse verwendet, kann ich davon ausgehen, dass die Daten verschlüsselt und damit sicher übertragen werden.

AXA-ARAG

AXA-ARAG bietet mediservice vsao-Mitgliedern eine Rechtsschutzversicherung zu vorteilhaften Konditionen an.

Haben Sie Fragen?

Wenden Sie sich an Ihren Ansprechpartner bei mediservice vsao-asmac unter Telefon 031 350 44 22 oder per E-Mail info@mediservice-vsao.ch.



Lea Baumann Hahn,
Leiterin Market Management
bei der AXA-ARAG

Anzeige

sympathisch |
einfach |
effizient |



pex II

**Die sympathische
Ärztesoftware**

pex II ist ein hocheffizienter Assistent mit einem ausgeklügelten TarMed-Abrechnungs- und Informationssystem. Die Ärztesoftware besticht durch eine einfache, übersichtliche Bedienung und klaren Arbeitsabläufen. Mit einer Vielzahl an Softwareoptionen lässt sich Ihre persönliche pex II Lösung zusammenstellen. Zudem ist eine Vernetzung mit internen und externen Stellen jederzeit möglich.

Delemed AG | Medical Software
Talstrasse 4 | CH-3122 Kehrsatz-Bern
Tel. +41 (0)31 950 27 27
info@delemed.ch | www.delemed.ch

delemed®

Ihr Partner für medizinische Software



Auf die Plätze, fertig, loslassen

Den Körper entspannen, die Gedanken loslassen – bewusst Phasen der Erholung zu schaffen, wird in unserer hektischen Zeit immer wichtiger. Eine einfache, wirksame Methode dazu ist die progressive Muskelentspannung, die man bequem zu Hause auf dem Sofa durchführen kann.

Benedikt Nann, MSc in Sportwissenschaften sowie MA in Management, Law and Humanities of Sports

Bei der progressiven Muskelentspannung oder Muskelrelaxation handelt es sich um eine Technik, die alle erlernen können und die höchst effizient ist. Das Prinzip: Die Muskeln verschiedener Körperzonen werden nacheinander aktiviert, indem Sie diese zuerst so stark wie möglich anspannen, um sie anschliessend vollständig zu lösen.

Diese Technik entspannt Schritt für Schritt den ganzen Körper, senkt den persönlichen Stresslevel und lässt Sie auch erkennen, welche Körperpartien Sie häufig anspannen. So können Sie diese Methode gezielt einsetzen, sobald Sie merken, dass Sie sich verspannen.

Die Vorbereitung

- Finden Sie einen ruhigen Ort mit angenehmer Temperatur. Legen Sie sich mit dem Rücken auf eine Matte, auf ihr Sofa oder setzen Sie sich auf einen bequemen Stuhl.
- Entspannen Sie sich und atmen Sie bewusst. Versuchen Sie, etwas länger auszuatmen, beispielsweise drei Sekunden ein und fünf Sekunden aus. Wenn Sie möchten, schliessen Sie die Augen.
- Versuchen Sie, alle Muskeln zu spüren und zu entspannen. Die Kiefer sind entspannt, sodass sich die Zahnreihen voneinander lösen, die Handflächen sind locker und leicht gekrümmt.
- Sobald Sie sich nach ein paar Minuten in dieser Position wohlfühlen, beginnen Sie mit dem Anspannen und Loslassen der verschiedenen Körperbereiche.

Schritt für Schritt durch die Muskelpartien

Folgen Sie nun diesem Ablauf: Spannen Sie alle Muskeln in einem bestimmten Körperbereich für sieben bis zehn Sekunden maximal an. Dann lassen Sie sie mit einem langen Ausatmen los und spüren diesem Gefühl mindestens 30 Sekunden nach. Wenn Sie möchten, können Sie dies auch ein zweites Mal pro Körperbereich wiederholen. Ich schlage Ihnen dabei folgende Reihenfolge vor:

1. Hände und Unterarme

Winkeln Sie den rechten Arm leicht an und ballen Sie dazu die Faust. Spannen Sie alle Muskeln in Hand und Unterarm so stark wie möglich an, entspannen Sie anschliessend schlagartig alle Muskeln und spüren Sie nach. Wiederholen Sie dies auf der linken Seite und ein drittes Mal mit beiden Händen und Unterarmen gleichzeitig.

2. Gesichtsmuskeln

Runzeln Sie die Stirn und machen Sie eine Zornesfalte, beißen Sie vorsichtig auf die Zähne und pressen Sie die Lippen so stark wie möglich aufeinander, spannen Sie Ihre beiden Backen an und rümpfen Sie die Nase. Anschliessend lassen Sie alles los und gehen in die Entspannungsphase.

3. Schulter- und Nackenbereich

Ziehen Sie Ihre Schultern so weit wie möglich Richtung Ohren hoch und spannen Sie dazu die Nackenmuskulatur an, indem Sie diese so stark wie möglich gegen den Boden oder die Stuhllehne drücken. Lösen Sie anschliessend alles wieder und spüren Sie nach.

4. Rücken- und Bauchmuskulatur

Spannen Sie die gesamte Rückenmuskulatur im Lenden- und Brustwirbelbereich an. Ziehen Sie dazu den Bauchnabel so weit wie möglich nach innen. Geniessen Sie nach dem Loslassen die Entspannung in Ihrer Mitte.

5. Gesäss und Beine

Beginnen Sie mit einem Bein. Ziehen Sie die Fussspitzen an und drücken Sie dabei die Ferse in den Boden. Winkeln Sie das Knie ganz leicht an. Drücken Sie die Gesässmuskeln zusammen und spannen Sie die vordere und hintere Bein- sowie die Schienbeinmuskulatur an. Nach der Entspannungsphase wiederholen Sie dies mit dem anderen Bein und anschliessend noch mit beiden Beinen gleichzeitig.

mediservice vsao-asmac und CONCORDIA

mediservice vsao-asmac und der Kranken- und Vorsorgeversicherer CONCORDIA arbeiten seit vielen Jahren erfolgreich zusammen. Ihr Mehrwert als Mitglied bei mediservice vsao-asmac: vorteilhafte Konditionen beim Abschluss einer Versicherung bei der CONCORDIA.

Sind Sie interessiert an vorteilhaften Versicherungslösungen? Kontaktieren Sie mediservice vsao-asmac unter Telefon 031 350 44 22 oder per E-Mail unter info@mediservice-vsao.ch.

Beratung für Versicherte durch den Autor

Der Autor berät CONCORDIA-Versicherte bei Fragen zu den Themen Fitness und Bewegung unter fitness@concordia.ch.

6. Ganzer Körper

Zum Abschluss versuchen Sie, alle Muskeln Ihres Körpers gleichzeitig anzuspannen und sie schlagartig wieder loszulassen.

7. Abschluss

Bleiben Sie weiterhin ruhig liegen oder sitzen und konzentrieren Sie sich wieder auf Ihre Atmung. Spüren Sie eine Weile der Entspannung nach. Fangen Sie an, sich leicht zu recken und sich zu bewegen. Falls Sie auf einer Matte liegen, rollen Sie sich anschliessend auf Ihre rechte Seite und bleiben Sie eine Weile so liegen, bevor Sie sich wieder aufsetzen.

Ich wünsche Ihnen gutes Gelingen und vor allem viel Entspannung!

Mit freundlicher Genehmigung von CARE, dem Magazin der CONCORDIA.



Wer zahlt bei Ausfall wegen Krankheit?

**Stefan Z. arbeitet als Assistenzarzt am Spital A in Weiterbildung.
Er hat einen auf ein Jahr befristeten Arbeitsvertrag;
in rund zwei Monaten ist der Wechsel in ein anderes Spital geplant – dies
wird die letzte Station seiner Weiterbildung sein.
Plötzlich fällt er wegen Krankheit am Arbeitsplatz aus.**

Rafael Girbés, innova Versicherungen AG

Beruflich, aber auch privat läuft alles rund bei Stefan Z. Seit einigen Monaten ist er Vater einer kleinen Tochter. Da fällt Stefan Z. wegen eines Bandscheibenvorfalles an seinem Arbeitsplatz aus; eine Operation ist unumgänglich. Die Prognose über seine Genesungszeit ist unsicher.

Plötzlich ist die Planung der nahen Zukunft von Stefan Z. und seiner Familie ungewiss. Der Chefarzt der Chirurgie teilt Stefan Z. mit, dass er mit einer Genesungszeit und dahingehenden Arbeitsunfähigkeit von mindestens fünf Monaten rechnen muss. Ein Schock für Stefan Z. Wie geht es weiter mit seiner Weiterbildungszeit? Zum Glück kommen für ihn zu den beruflichen Ängsten nicht auch noch finanzielle Sorgen. Das Spital zahlt ihm – gemäss geltender gesetzlicher Lohnfortzahlungspflicht – seinen Lohn bis zur Beendigung des Arbeitsverhältnisses in zwei Monaten weiter.

Da er glücklicherweise eine Lohnausfallversicherung mit variabler Wartezeit abgeschlossen hat, übernimmt sein Versicherer seinen Lohnausfall während der verbleibenden drei Monate seiner Genesungszeit. So ist seine wirtschaftliche Existenz bis zur Wiedererlangung der Arbeitsfähigkeit gesichert, und es entstehen keine finanziellen Engpässe für Stefan Z. und seine Familie.

Bei Antritt der neuen Stelle muss Stefan Z. überprüfen, ob er seine Taggeldversicherung den neuen Arbeitsbedingungen (Bruttolohn, Lohnfortzahlung bei Krankheit und Unfall usw.) anpassen muss. So dass auch zukünftig die finanzielle Existenz bei einer Arbeitsunfähigkeit gesichert ist.

Wäre die Arbeitsunfähigkeit durch einen Unfall verursacht worden, kämen die Bestimmungen des UVG (Bundesgesetz über die obligatorische Unfallversicherung) zum Tragen.

innova

mediservice vsao-asmac und die **innova** Versicherungen arbeiten seit vielen Jahren erfolgreich zusammen. Ihr Mehrwert als Mitglied bei mediservice vsao-asmac: attraktive Prämien in der Lohnausfallversicherung und ein optimaler Versicherungsschutz während der gesamten Berufslaufbahn – sei es als angestellter Arzt oder als selbstständiger Praxisinhaber! mediservice vsao-asmac hat zusammen mit **innova** eine einzigartige Lohnausfallversicherung entwickelt, welche sich an der jeweiligen Lohnfortzahlung des Arbeitgebers/Spitals anpasst und garantiert, dass das Einkommen während der ersten zwei Jahre einer Arbeitsunfähigkeit gesichert ist.

Sind Sie interessiert an dieser innovativen Versicherungslösung? Kontaktieren Sie mediservice vsao-asmac unter Telefon 031 350 44 22 oder per E-Mail an info@mediservice-vsao.ch.





Langfristig erfolgreich für unsere Versicherten. Der Geschäftsbericht 2022 ist online.

Bei Medpension ist das Vorsorgekapital von medizinischen Leistungserbringern attraktiv und sicher aufgehoben. Das zeigt sich in der erfolgreichen Entwicklung der Kennzahlen und dem erneut erfreulichen Versichertenwachstum.

So verzinste wir im 2022 die gesamten Sparguthaben unserer aktiv Versicherten mit 2.50%. Auch im Langzeitvergleich erwirtschafteten wir eine überdurchschnittliche Verzinsung, eine attraktive Performance und einen idealen Deckungsgrad. Das ist Vorsorge in guten Händen.



Der soeben erschienene
Geschäftsbericht 2022 von
Medpension finden Sie unter
www.medpension.ch/portrait

Überdurchschnittliche Verzinsung für Ihr Vermögen

	2022	5-Jahre-Schnitt
Medpension	2.50%	3.70%
BVG-Mindestzins	1.00%	1.00%

Ausgezeichneter Deckungsgrad für Ihre Sicherheit

	2022	5-Jahre-Schnitt
Medpension	108.2%	115.0%
Swisscanto-PK-Monitor	105.6%*	113.3%

Attraktive Performance für Ihre Vorsorge

	2022	5-Jahre-Schnitt
Medpension	-9.22%	2.54%
UBS PK-Performance	-9.08%	2.14%

* Schätzung

Nr. 3 • 42. Jahrgang • Juni 2023

Herausgeber/Verlag



mediservice vsao-asmac
Bollwerk 10, Postfach, 3001 Bern
Telefon 031 350 44 88
journal@vsao.ch, journal@asmac.ch
www.vsao.ch, www.asmac.ch
Im Auftrag des vsao

Redaktion

Catherine Aeschbacher (Chefredaktorin),
Kerstin Jost, Fabian Kraxner, Maya Cosentino,
Bianca Molnar, Patricia Palten, Léo Pavlopoulos, Lukas Staub, Anna Wang

Geschäftsausschuss vsao

Angelo Barrile (Präsident), Nora Bienz
(Vizepräsidentin), Severin Baerlocher,
Christoph Bosshard (Gast), Marius Grädel,
Patrizia Kündig, Richard Mansky,
Gert Printzen, Svenja Ravioli, Patrizia Rölli,
Martin Sailer, Jana Siroka, Clara Ehrenzeller
(swimsa)

Druck, Herstellung und Versand

Stämpfli AG, Kommunikationsunternehmen,
Wölflistrasse 1, 3001 Bern
Telefon +41 31 300 66 66
info@staempfli.com, www.staempfli.com

Layout

Oliver Graf

Titelillustration

Stephan Schmitz

Inserate

Zürichsee Werbe AG, Fachmedien,
Markus Haas, Laubisrütistrasse 44, 8712 Stäfa
Telefon 044 928 56 53
E-Mail vsao@fachmedien.ch

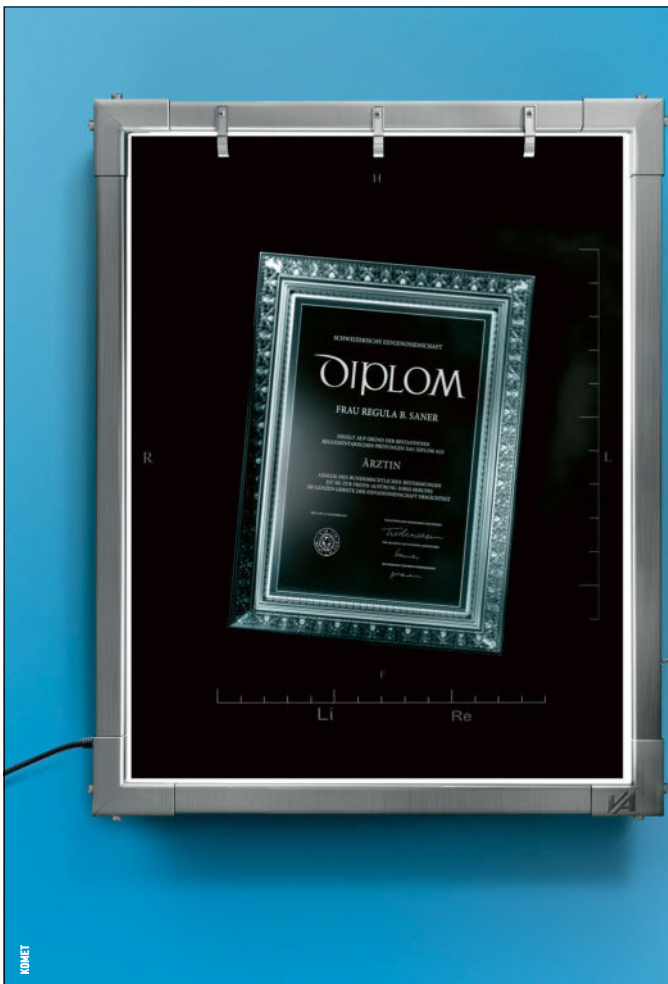
Auflagen

Druckauflage: 22500 Expl.
WEMF/KS-Beglaubigung 2022: 21697 Expl.
Erscheinungshäufigkeit: 6 Hefte pro Jahr.
Für vsao-Mitglieder im Jahresbeitrag
inbegriffen.
ISSN 1422-2086
Ausgabe Nr. 4/2023 erscheint im
August 2023. Thema: Wild
© 2023 by vsao, 3001 Bern
Printed in Switzerland



Gütesiegel Q-Publikation
des Verbandes Schweizer Medien

AG	VSAO Sektion Aargau, Geschäftsstelle: lic. iur. Eric Vultier, Auf der Mauer 2, 8001 Zürich, vultier@schai-vultier.ch, Tel. 044 250 43 23, Fax 044 250 43 20
BL/BS	VSAO Sektion beider Basel, Geschäftsleiterin und Sekretariat: lic. iur. Claudia von Wartburg, Advokatin, Hauptstrasse 104, 4102 Binningen, Tel. 061 421 05 95, Fax 061 421 25 60, sekretariat@vsao-basel.ch, www.vsao-basel.ch
BE	VSAO Sektion Bern, Schwarztorstrasse 7, 3007 Bern, Tel. 031 381 39 39, info@vsao-bern.ch, www.vsao-bern.ch
FR	ASMAC Sektion Freiburg, Sanae Chemlal, Rue du Marché 36, 1630 Bulle, presidence@asmaf.ch
GE	Associations des Médecins d'Institutions de Genève, Postfach 23, Rue Gabrielle-Perret-Gentil 4, 1211 Genf 14, amig@amig.ch, www.amig.ch
GR	VSAO Sektion Graubünden, Kornplatz 2, 7000 Chur, Samuel B. Nadig, lic. iur. HSG, RA Geschäftsführer/Sektionsjurist, Tel. 081 256 55 55, info@vsao-gr.ch, www.vsao-gr.ch
JU	ASMAC Sektion Jura, Bollwerk 10, 3001 Bern, sekretariat@vsao.ch Tel. 031 350 44 88
NE	ASMAC Sektion Neuenburg, Joël Vuilleumier, Jurist, Rue du Musée 6, Postfach 2247, 2001 Neuenburg, Tel. 032 725 10 11, vuilleumier@valegal.ch
SG/AI/AR	VSAO Sektion St. Gallen-Appenzell, Bettina Surber, Oberer Graben 44, 9000 St. Gallen, Tel. 071 228 41 11, Fax 071 228 41 12, surber@anwaelte44.ch
SO	VSAO Sektion Solothurn, Geschäftsstelle: lic. iur. Eric Vultier, Auf der Mauer 2, 8001 Zürich, vultier@schai-vultier.ch, Tel. 044 250 43 23, Fax 044 250 43 20
TI	ASMAC Ticino, Via Cantonale 8-Stabile Qi, 6805 Mezzovico-Vira, segretariato@asmact.ch
TG	VSAO Sektion Thurgau, Geschäftsstelle: lic. iur. Eric Vultier, Auf der Mauer 2, 8001 Zürich, vultier@schai-vultier.ch, Tel. 044 250 43 23, Fax 044 250 43 20
VD	ASMAV, case postale 9, 1011 Lausanne-CHUV, asmav@asmav.ch, www.as mav.ch
VS	ASMAVal, p.a. Maître Valentine Gétaz Kunz, Ruelle du Temple 4, CP 20, 1096 Cully, contact@asmaval.ch
Zentralschweiz (LU, ZG, SZ, GL, OW, NW, UR)	
	VSAO Sektion Zentralschweiz, Geschäftsstelle: lic. iur. Eric Vultier, Auf der Mauer 2, 8001 Zürich, vultier@schai-vultier.ch, Tel. 044 250 43 23, Fax 044 250 43 20
ZH/SH	VSAO ZH/SH, RA lic. iur. Susanne Hasse, Geschäftsführerin, Nordstrasse 15, 8006 Zürich, Tel. 044 941 46 78, susanne.hasse@vsao-zh.ch, www.vsao-zh.ch



Beste Prognosen für Ihren beruflichen Erfolg.

Vom Studienabschluss bis zur Pensionierung: Die Versicherung der Schweizer Ärzte bietet allen Ärztinnen und Ärzten beste Vorsorgelösungen und eine optimale Risikoabdeckung in jeder Lebenssituation. Machen Sie den Spar-Check: va-genossenschaft.ch



Risikoschutz



Vorsorge



Versicherung
der Schweizer Ärzte
Genossenschaft

Sicher vorsorgen. Seit 1926.

Partner von

die **Ärzteversicherer**
rundum, sorglos, versichert



AndreaMag®

300 mg Magnesium (12.3 mmol)

- Brausetabletten mit angenehmem Geschmack
- Erhältlich als Orangen- oder Himbeeraroma
- Vegan



Kassenpflichtig



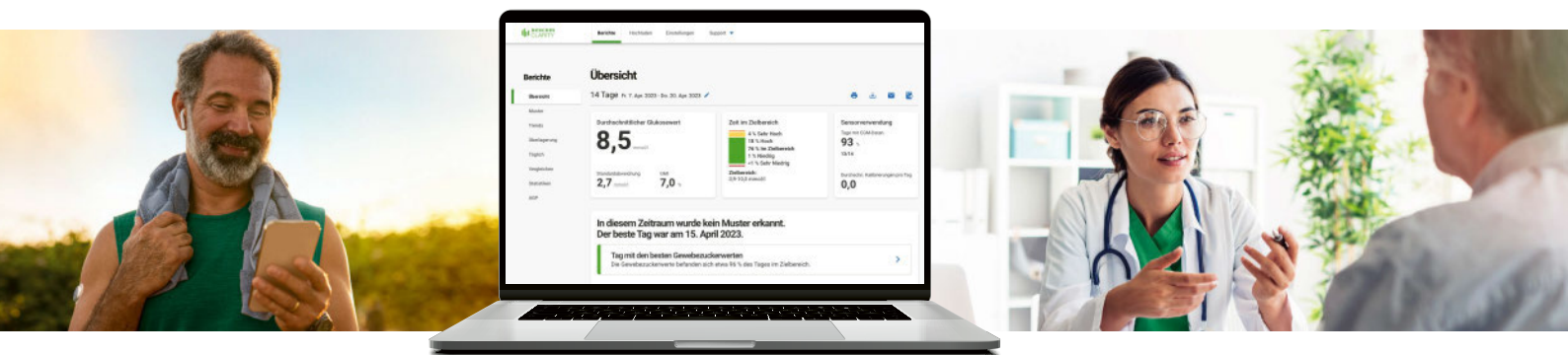
Andreabal AG, 4123 Allschwil
www.andreabal.ch

AndreaMag®, Z: Magnesium 300 mg (12.3 mmol). I: Magnesiummangel, zur Deckung eines erhöhten Bedarfs während der Schwangerschaft und Stillzeit, im Hochleistungssport, Neigung zu Wadenkrämpfen, bei muskulären Krampfszuständen, bei Eklampsie und Präeklampsie, tachykarden Herzrhythmusstörungen. D: Erwachsene und Kinder ab 12 Jahren: 1x täglich 1 Brausetablette oral. KI: Niereninsuffizienz, AV-Block, Exsikkose. IA: Tetracycline, Eisensalze, Cholecalciferol. UW: Gelegentlich Durchfall. P: 20 und 60 Brausetabletten. VK: Liste D. 04/2020. Kassenpflichtig. Ausführliche Informationen unter www.swissmedinfo.ch. Andreabal AG, Binningerstrasse 95, 4123 Allschwil, Tel. 061 271 95 87, Fax 061 271 95 88 www.andreabal.ch

Mehr
Informationen:



Mehr Zeit fürs Wesentliche in der Sprechstunde



Die Evolution der **Systeme zur kontinuierlichen Glukosemessung in Echtzeit** (real-time Continuous Glucose Monitoring, CGM) schreitet weiter rasant voran: Dexcom, ein weltweiter Anbieter dieser Diabetestechnologie, hat im Mai 2023 mit dem neuen Dexcom G7 seinen bislang kleinsten und flachsten Sensor* eingeführt und setzt mit ihm insgesamt auf noch **mehr Vereinfachung und Nutzungseffizienz – für Praxis wie Patient/-in**.



Kompatible Geräte sind separat erhältlich.³

Kleinerer Sensor – mehr Zeit fürs Wesentliche

So wurde für mehr Diskretion beim Diabetesmanagement die Sensorgröße im Vergleich zum Vorgänger um 60 Prozent reduziert.* Die bis zu zehntägige Sensortragedauer wurde um eine 12-stündige Toleranzzeit erweitert,¹ um z. B. im Alltag mehr Flexibilität für den Sensorwechsel zu ermöglichen. Das Setzen des Sensors erfordert weniger Handgriffe* und damit auch **weniger Aufwand** für die Behandler/-innen – so bleibt bereits ab der technischen Einweisung **mehr Zeit fürs Wesentliche**.

Unter 30 Minuten Sensor-Aufwärmzeit

Da die Aufwärmphase des Dexcom G7-Sensors mit unter 30 Minuten deutlich kürzer ist als die des Vorgängersensors,² können die **ersten Werte u. U. bereits in der Sprechstunde** zur Verfügung stehen. So können Praxis und Patient/-in gemeinsam auf die ersten Glukosewerte blicken. Patientinnen und Patienten können verschiedene Anzeigegeräte nutzen – auch parallel. Möglich sind verschiedene Smart Devices³ oder der optionale neu gestaltete Empfänger mit 4-in-1-Drucktaste.

Einfach und motivierend: mehr Grün, weniger Rot

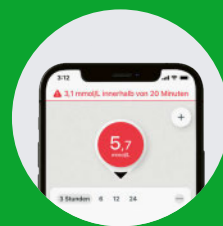
Für eine klare visuelle Orientierung bei der Glukoseeinstellung ist in der Dexcom G7-App und im Empfänger eine Übersicht der Zeit im

Zielbereich (Time in Range, TIR) der letzten 3, 7, 14, 30 oder 90 Tage als farblich kodierte Darstellung nach dem **Ampel-Prinzip** integriert. Diese Farbcodierung ist aus dem Alltag bekannt, lässt sich daher intuitiv erfassen und entspricht internationalen Standards.⁴ Zeigt die Ampel einen hohen Grün-Anteil im Balken, weiss der/die Nutzer/-in, dass ein Grossteil der eigenen Glukosewerte im Zielbereich liegt. Analog deuten die Farben Gelb bzw. Rot auf Zeit oberhalb bzw. unterhalb des Zielbereichs hin, ohne dass es notwendig ist, aufwändig Einzelwerte zu studieren. Durch die Darstellung der TIR in Ampelfarben ist auch das übergeordnete langfristige Stoffwechselziel einfach im Blick zu behalten: mehr Grün, weniger Rot.

Erstattungsfähigkeit

Mit dem Dexcom G7 ist eine kosteneffiziente Versorgung von Menschen mit Diabetes möglich. Dabei genügt die Vorlage eines Rezeptes, sodass eine vorherige Kostengutsprache des Versicherers und damit auch das medizinische Gutachten **nicht** erforderlich sind. Das Dexcom G7 kann allen Menschen mit Diabetes ab 2 Jahren,⁶ die sich einer Pumpen- oder Basis-Bolus-Therapie unterziehen, verordnet werden.⁷

Wie Warnfunktionen zu mehr Zeit im Zielbereich beitragen können



20 Minuten, die entscheidend sein können: Dank der prädiktiven Hypoglykämie-Vorwarnung können Dauer und Anzahl von Hypoglykämien verringert werden.^{5,8}

NEU: Eine optimierte Warnfunktion erlaubt es Nutzer/-innen, die erste Warnung „hoher Wert“ auf Wunsch so lange zu verzögern, bis der Sensormesswert den gesetzten Schwellenwert für eine bestimmte Zeitspanne (z. B. Dauer einer Mahlzeit) erreicht oder überschritten hat.

Weitere Informationen und Services für Praxen unter **www.dexcom.com**



* Im Vergleich zu früheren Dexcom Systemgenerationen. | 1 Dexcom G7-Benutzerhandbuch. 2022/04:14. | 2 Garg SK, et al. Diabetes Technol. Ther. 2022;24(6):373-380. | 3 Kompatible Geräte sind separat erhältlich. Liste unter www.dexcom.com/compatibility. | 4 Battelino T, et al. Diabetes Care. 2019;42(8):1593-1603. | 5 Puh S, et al. J Diabetes Sci Technol. 2020;14(1):83-86. | 6 Dexcom G7-Benutzerhandbuch 2022/04:6. | 7 Unter bestimmten Voraussetzungen kann ein CGM-System zu Lasten der gesetzlichen Krankenkasse verordnet werden. Indikationen gemäss Mittel und Gegenständeliste (MiGeL) www.bag.admin.ch/bag/de/home/versicherungen/krankenversicherung/krankenversicherung-leistungen-tarife/Mittel-und-Gegenstaendeliste.html (Letzter Zugriff: 10.05.2023) | 8 Diese Ergebnisse wurden mit einer früheren Generation von Dexcom CGM-Systemen erzielt. Für das Dexcom G7 sind durch die gleiche oder bessere Performance, Produkteigenschaften und Anwendbarkeit ähnliche Ergebnisse zu erwarten. Siehe dazu Benutzerhandbuch Dexcom G6/Dexcom G7; Welsh JB, et al. J Diabetes Sci Technol. 2022;19:322968221099879. | Dexcom, Dexcom Clarity, Dexcom Follow, Dexcom One, Dexcom Share, Share sind eingetragene Marken von Dexcom, Inc. in den USA und sind möglicherweise in anderen Ländern eingetragen. © 2023 Dexcom, Inc. Alle Rechte vorbehalten. | www.dexcom.com | +1.858.200.0200 | Dexcom, Inc. 6340 Sequence Drive San Diego, CA 92121 USA | MDSS GmbH, Schiffgraben 41, 30175 Hannover, Germany | Dexcom International Switzerland = Dexcom International Limited, Nicosia, Zweigniederlassung Horw | Dexcom International Switzerland | Allmendstr. 18 | 6048 Horw LBL-1002948 REV001 / 05.2023