

# Briefe an die SÄZ

## Balintarbeit fördert Empathie und damit Kunst in der Medizin

Brief zu: Adler RH. Warum Kunst zur Medizin gehört. Schweiz Ärztztg. 2021;102(35):1145–6.

Ich gehe mit Prof. Adler völlig einig, dass zur Medizin neben der Wissenschaft auch Kunst gehört. Patient\*innen sind nun mal keine normierten, seelenlosen Produkte wie Autos oder Schrauben und sie haben nicht nur einen Körper, dessen Funktionen man messen kann, sondern auch eine Seele oder Psyche. Um nicht nur eine Krankheit zu behandeln, sondern dem Menschen, der die Krankheit hat, zu helfen, muss die Patient\*in in ihrer Einheit von Leib und Seele angesprochen werden.

Eine gute Möglichkeit zu einer «Gesamtdiagnose», die neben Anamnese, Untersuchungsbefunden, Labor, Bildgebung etc. auch das erfasst, was die Patient\*in in der Ärzt\*in an Gefühlen, Phantasien, Ideen, körperlichen Wahrnehmungen etc. auslöst, bietet die Teilnahme an einer Balintgruppe. Dort stellt eine Ärzt\*in eine Patient\*in in einem freien Vortrag vor und die Gruppenmitglieder achten darauf, was die Vorstellung in ihnen anklingen lässt. Die Gruppenarbeit ermöglicht es, die Patient\*in als Person mit ihren vielfältigen Facetten zu verstehen und ihr somit besser gerecht zu werden, als wenn wir nur «die chronische Polyarthrit» oder «den COVID-Fall» sehen.

Balintarbeit wird in fortlaufenden Gruppen oder an Tagungen angeboten. Informationen darüber finden sich unter [www.balint.ch](http://www.balint.ch)

*Dr. med. Monika Diethelm-Knoepfel,  
Präsidentin der Schweizerischen  
Balintgesellschaft SBG, Uzwil*

## Die Mindestfranchise einkommensabhängig festsetzen

Brief zu: Stalder H. Senkung der Gesundheitskosten durch Kostenbeteiligung? Schweiz Ärztztg. 2021;102(34):1112.

Die fundierte Analyse von Prof. Hans Stalder zur Kostenbeteiligung in der obligatorischen schweizerischen Kranken-Grundversicherung führt zu einem einfachen Verbesserungsvorschlag: Die Franchise sollte nach der individuellen, wirtschaftlichen Leistungsfähigkeit der versicherten Person festgesetzt werden. Die persönliche Franchise würde neu jährlich mit dem Steuerbescheid übermittelt. Zum Beispiel: Die Franchise beträgt neu für jedermann 1 Prozent des steuerbaren Einkommens.

Die Prämien der Grundversicherung blieben jedoch für alle dieselben, ohne Rabatte für die festgesetzte Franchise.

Im derzeitigen System trifft eine Franchise von CHF 300 Personen mit kleinem Einkommen unverhältnismässig viel härter als Gutsituierte. Mit einer festgesetzten Mindestfranchise von einem Prozent des steuerbaren Einkommens würde die Eigenverantwortung gestärkt. Die derzeitigen «Zahlstellen» würden wieder vermehrt das Risiko der Krankheitskosten im Sinne einer echten Versicherung abdecken. Die Grossrisiken wären für alle sozialen Schichten wie bisher versichert. Das System würde das persönliche Interesse an den verursachten Kosten deutlich stärken. Es würde vermeiden, dass wirtschaftlich Schwache aus Kostengründen segensreiche Dienstleistungen im Gesundheitswesen nicht nutzen. Für Gutsituierte wäre es allerdings eine potentielle «Steuer», die aber nur in Jahren mit eigenen, hohen Krankheitskosten anfällt. Die höheren Direktzahlungen durch die progressiven Franchisen der Besserverdienenden würden die Prämien für alle senken. Die Versicherungen würden administrativ entlastet.

*Dr. med. Walter Grete,  
Hausarzt im Ruhestand, Bachenbülach*

## Senkung der Gesundheitskosten: anderer Ansatz

Brief zu: Stalder H. Senkung der Gesundheitskosten durch Kostenbeteiligung? Schweiz Ärztztg. 2021;102(34):1112.

Ich halte den Artikel von Prof. Stalder für sehr lesenswert, verfolge aber einen anderen Ansatz. Die Argumente gegen eine (weitere) Kostenbeteiligung haben schon einiges für sich: Wir beteiligen uns privat und über die Prämien bereits stark an den Gesundheitskosten und gerade für Personen in prekären finanziellen und gesundheitlichen Situationen kann eine höhere Kostenbeteiligung eine gefährliche Hürde darstellen. Allerdings kann man auch anders argumentieren.

Soweit ich orientiert bin, wird politisch vor allem über eine Erhöhung der Franchise debattiert, also über den Betrag, den man pro Kalenderjahr am Anfang selber bezahlen muss (mind. Fr. 300, dazu kommt weiter ein 10%iger Selbstbehalt bis zu einem Betrag von Fr. 700, total min. Fr. 1000).

Diesen politischen Ansatz finde ich auch ungeeignet. In einem Artikel in der SÄZ vom

1. Februar 2017 habe ich neben einer Qualitätskontrolle der Indikationen einen unbegrenzten Selbstbehalt gefordert, was neben einer Kostensenkung auch zu einer Korrektur des *moral hazard* führen sollte. Dass dieses Modell Menschen in prekären Verhältnissen ungünstig treffen könnte, habe ich hervorgehoben und entsprechende flankierende Massnahmen gefordert.

Zum aktuellen KK-Modell ist zu bedenken, dass Franchise und Selbstbehalt auch eine erhebliche Hürde darstellen können, vor allem, wenn die Krankheit gegen Ende Jahr auftritt. In meinem Modell gäbe es weder Franchise noch Kalenderjahr. Und im Sinne von flankierenden Massnahmen müsste man das aktuelle Giesskannen-Subventionssystem auf das neue Modell umstellen.

Ich habe die vielleicht naive Vorstellung, dass eine Gruppe von intelligenten Fachpersonen das aktuelle Modell kostenmässig durchleuchtet (Zahlen sind ja genug vorhanden) und auf einer Excel-Tabelle (oder einer geeigneteren Software) an den einzelnen Parametern schrauben und feststellen kann, wie sich die Kosten verändern, wenn man verschiedene Parameter ändert. Zu ihnen gehörten die Höhe (und Dauer) des Selbstbehaltes sowie die Regelung der flankierenden Massnahmen. Zu guter Letzt zwei Bemerkungen: (a) ein unbegrenzter Selbstbehalt könnte auch ein Mittel gegen unbegründet hohe Medikamentenkosten (und anderes) sein, weil nicht mehr alle alles wollen, es im aktuellen System aber keine Grenzen gibt, und (b) ein Parameter, der in die Excel-Tabelle einfließt, sollte die Kopfpremie sein.

*Dr. Urs Strebler, Stäfa*

## Das Ereignis und das Erlebnis sind nie dasselbe

Brief zu: Thumm D. Warum müssen wir Querdenker jetzt verbieten? Schweiz Ärztztg. 2021;102(33):1051.

Die Aussagen von Dietmar Thumm, während der Pandemie sei das Gesundheitswesen der Schweiz nie in Gefahr gewesen, aus dem Ruder zu laufen, und die Intensivpflegestationen (IPS) seien nie überlastet gewesen, benötigen einer gewissen Differenzierung.

Das Gesundheitswesen der Schweiz ist tatsächlich sehr robust. Wir haben das Privileg, auf allen Ebenen auf topausgebildete Fachleute zählen zu können. Auch an erstklassiger Infrastruktur, an Material und Medikamen-

ten fehlt es nicht. Alle diese Faktoren haben dazu beigetragen, dass wir bisher mit einem blauen Auge durch die Pandemie gekommen sind. Trotzdem dürfen wir nicht ignorieren, dass gerade das Pflegepersonal in vielen Spitälern aus unterschiedlichen Gründen an Belastungsgrenzen gestossen ist. Diese Spitälern kämpfen heute mit entsprechenden Kollateralschäden (Absentismus, Burnout). Dies bringt uns zu den IPS, die gemäss Herrn Thumm nie überlastet waren. Dabei ist zu beachten, dass eine IPS ab einer Belegung von 80% als überlastet bezeichnet werden muss. Natürlich kann die Kapazität jeder IPS jederzeit erhöht werden. Man fügt einfach ein paar Betten hinzu. Dies ist jedoch ausserordentlich personalaufwendig. Zur Erinnerung: Um die Betreuung von zehn zusätzlichen IPS-Betten rund um die Uhr zu garantieren, werden 40 bis 50 Pflegefachpersonen und 5 bis 10 Ärzte benötigt. Woher soll man dieses Personal nehmen?

Die Spitälern haben drei Möglichkeiten, um auf einen Mehrbedarf an IPS-Plätzen zu reagieren. Erstens, man überlässt die IPS ihrem Schicksal. Die sollen sich einfach ein bisschen anstrengen. Der «Normalbetrieb» des Spitals soll nicht gestört werden. Dies würde zu Wartelisten führen und es steht auch finanziell viel auf dem Spiel. In diesen Spitälern wurden vor allem die Pflegenden der Intensivstationen sehr stark beansprucht. Zweitens, man verstärkt das IPS-Team mit Ärzten und Pflegepersonal der Anästhesie, da diese sich auch um intubierte COVID-Patienten kümmern können. Sie fehlen dann aber in den Operationssälen und als Konsequenz muss das Operationsprogramm zurückgefahren werden. Drittens, man mobilisiert Personal von den Abteilungen. Mit dem Transfer von 50 Pflegenden müssten jedoch 50 Betten geschlossen werden. Zudem besitzt dieses Personal oft nur limitierte IPS-Kenntnisse, muss also vom spezialisierten IPS-Personal angeleitet und begleitet werden, was zusätzlich an den Kräften zehrt. Man kann es also drehen, wie man will; es sind schlussendlich diese massiven Personalverschiebungen und deren unmittelbare Konsequenzen auf den Betrieb anderer Abteilungen und Aktivitäten, welche die Spitälern als Ganzes an die Grenzen des Machbaren führen. Spezialisiertes IPS-Personal fällt nicht vom Himmel und kann in der momentanen Krisenzeit auch nicht einfach rekrutiert werden, schliesslich sind alle Spitälern europaweit vom selben Phänomen betroffen. Diese vitalen Zusammenhänge wurden bisher vielleicht zu wenig klar kommuniziert. Der Nutzen der Impfung zeigt sich seit Beginn der vierten Welle auf beinahe groteske Art: die grosse Mehrzahl der Patienten, die eine Hospitalisierung wegen akuter COVID-Krankheit benötigen, ist nicht geimpft. Es geht um

die Volksgesundheit und da bleibt kein Platz für Querdenker. Wir leben in einer Gesellschaft von «enfants gâtés». Nur eine massive Durchimpfung der Gesellschaft wird es unseren Spitälern erlauben, wieder normal zu funktionieren. Die Ärzte sollten Klartext reden, mit gutem Beispiel vorangehen, sich impfen lassen und dies bei jeder Gelegenheit lauthals kundtun.

*Prof. Dr. med. Martin Tramèr, Thônex*

### Kopflastiges Zuschauen anstelle praktischer Ausbildung?

Brief zu: Bertossa C. Intensives Hirnratzen oder nur blödes Glotzen? Schweiz Ärzteztg. 2021;102(33):1072.

In diesem ausgezeichneten Artikel zeigt die Autorin anhand ihrer Unterassistentenzeit exemplarisch nach, wie intellektuell abgedrückt das Medizinstudium zu einer Misere geworden ist, die sich auch in die weitere Ausbildung bis in die Fortbildung weiterzieht. Natürlich war es uns (Staatsexamen 1977) schon bekannt, dass die eigentliche Lehre zum Arzt erst nach dem Staatsexamen beginnt. Aber die Unterassistentenzeit war damals nicht blosses Zuschauen (oder wie die Autorin es schärfer formuliert «blödes Glotzen»). Im Gegenteil, wir kamen uns eher vor wie schlecht bezahlte Mitarbeiter, die fest im Arbeitsablauf der Spitälern eingepflanzt waren. So hatten wir Neueintritte zu untersuchen, mit mehr oder weniger Hilfe der ohnehin überlasteten Assistenten, und diese am Abend dem Oberarzt vorzustellen. Teilweise betreuten wir auch nachher einzelne Spitalzimmer zur Entlastung. Auf der Chirurgie waren wir fest in den Operationen als 3. Hand eingepflanzt neben der Hilfe im Notfall und der Aufnahme von neuen stationären Patienten. Auch habe ich es erlebt, dass ein später bekannter Chirurg die ungeliebte Stationsarbeit voll den Uhus überliess, so dass er auf der Chefvisite keine Ahnung vom Zustand seiner Patienten hatte. Auch war die Uhu-Zeit eine Art Prüfungsvorlauf auf die damals raren Assistentenstellen. Ein Oberarzt kam sogar auf die Idee, seine Uhus mit Noten zu bewerten, während sein Kollege fand, ein Uhu habe das Recht, schlecht zu sein, ohne dass es seiner Karriere schade.

Nun, die Zeiten scheinen sich geändert zu haben. Sogar am Staatsexamen bekommt man es mit Schauspielern anstatt Patienten zu tun. *Fake Patients* als Symbol einer merkwürdigen dekadenten Entwicklung. Dass einer meiner Patienten mit Herzinsuffizienz >12 Stunden warten musste, bis sein Arzt die nötigen Hierarchiestufen angefragt hatte, um ihm ein

Diuretikum zu geben, zeigt die Fortsetzung dieser Entwicklung des Abschiebens der Verantwortung nach oben. Dafür dürfen wir dann während unserem ganzen Berufsleben Fortbildungen über alle möglichen Krankheiten besuchen, die wir aber im Praxisalltag gar nicht mehr wagen, in Eigenregie ohne spezialärztliche Hilfe zu betreuen. Der Anfang dieser fatalen Entwicklung scheint offensichtlich in der Uhu-Zeit zu liegen, wo man die Verantwortung scheut, die Studierenden in die ersten Schritte ihrer praktischen Tätigkeit zu begleiten.

*Dr. med. Felix Tapernoux,  
pensionierter Hausarzt, Wald*

### Le certificat médical d'arrêt de travail

Lettre concernant: Klipstein A, Herzog-Zwitzer I, Soltermann B, Ebner G. Le certificat médical – 3<sup>e</sup> partie. Bull Med Suisses. 2021;102(29–30):952–5.

Pour faire suite à la troisième partie de l'article consacré au certificat médical (BMS 21.7.2021), permettez-moi de partager la réflexion qui suit. Au cours de ma carrière de généraliste, j'ai été régulièrement (et souvent désagréablement) contraint par les assureurs maladie de rendre des comptes sur mes prescriptions: médicaments (coût moyen par patient rapporté à la moyenne du groupe des généralistes, quotient originaux/généralistes, etc.), physiothérapie (coût moyen par patient rapporté à la moyenne du groupe ou aux moyennes des années précédentes). J'ai aussi dû participer à des cercles de qualité dont le but avoué est de réduire le coût des traitements, médicamenteux surtout. Mais en matière d'arrêts de travail? Casuellement répondre aux questions plus ou moins pressantes d'un médecin conseil ou de l'administration d'un assureur accident ou perte de gain maladie et c'est tout! Aucun séminaire à suivre plus ou moins obligatoirement sur l'évaluation de la capacité de travail ni la moindre confrontation aux chiffres de groupes de référence.

### Briefe

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

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

Pour être franc, je me suis aperçu de ce paradoxe (car c'en est un dans la mesure où les prescriptions d'arrêt de travail par le médecin ont des répercussions financières peut-être du même ordre que les coûts des traitements ambulatoires) qu'une fois quitté la consultation pour la fonction de médecin d'un service médical régional de l'AI, soit confronté quotidiennement aux restrictions à la capacité de travail attestées plus ou moins durablement par les médecins traitants.

La LAMal prévoit que les assureurs maladie doivent contrôler l'économicité des traitements. Les milieux médicaux s'investissent à promouvoir des contrôles de qualité du travail des médecins, malheureusement encore embryonnaires à ma connaissance. Mais aucun ressort n'est en place pour initier ne serait-ce que l'étude du comportement du corps médical en matière d'évaluation de la capacité de travail. Le temps n'est-il pas venu d'inclure cet aspect de la fonction du médecin dans les contrôles de qualité de l'activité médicale?

*Philippe Freiburghaus, Cormondrèche*

### Für einen wirkungsvollen Jugendschutz – Ja zur Volksinitiative «Kinder ohne Tabak» [1]

Zu unserer Empörung haben National- und Ständerat das Tabakproduktegesetz abgeschwächt. Werbung in Printmedien sowie Internet für Tabak- und Nikotinprodukte soll ebenso wie das Sponsoring nationaler Anlässe weiterhin erlaubt sein. Damit kann von wirkungsvollem Jugendschutz keine Rede mehr sein. Der Ständerat schlägt gar vor, die Meldepflicht für Werbeausgaben für Tabak- und Nikotinprodukte wieder aus dem Gesetz zu streichen. Nicht einmal die Minimalanforderungen der WHO-Rahmenkonvention zur Eindämmung des Tabakgebrauchs (FCTC) werden erreicht. Aus gesundheitspolitischer wie aus ökonomischer Sicht ist dies absolut unverständlich.

Kinder und Jugendliche werden durch Tabakwerbung, -promotion und -sponsoring zum Einstieg in stark abhängig machende Produkte verführt. Werbung erreicht Kinder und Jugendliche – ob beabsichtigt oder nicht. Studien belegen, dass ein umfassendes Verbot von Werbung, Promotion und Sponsoring den Konsum von Tabakprodukten um 7% reduziert [2]. Die in der Tabakprävention erfolgreichsten europäischen Länder schränken die Tabakwerbung [3] umfassend ein.

Eine kürzlich publizierte Zürcher Studie zeigt, dass ca. 70% der Mädchen und 60% der Jungen im Alter von 16 bis 17 Jahren Tabakprodukte, besonders E-Zigaretten, konsumieren

[4]. Rauchende Kinder und Jugendliche klagen im Vergleich zu nichtrauchenden Gleichaltrigen deutlich mehr über Atemnot oder Asthma-Symptome. Der Trend wird in der «Health Behaviour in School-aged Children»-Studie bestätigt: 51% der 15-jährigen Knaben und 35% der Mädchen haben bereits einmal an einer E-Zigarette gezogen [5]. Evidenz deutet darauf hin, dass der Konsum von E-Zigaretten das Risiko von Jugendlichen, später herkömmliche Zigaretten zu rauchen, erhöht [6]. Die unterzeichnenden Gesellschaften kommen zum Schluss: Das vom Parlament ausgearbeitete Tabakproduktegesetz ist wirkungslos. Für einen effektiven Jugendschutz braucht es umfassende Einschränkungen für Werbung, Promotion und Sponsoring für herkömmliche wie auch alternative Tabakprodukte und E-Zigaretten. Dies schränkt deren Erhältlichkeit für tabakabhängige Erwachsene nicht ein. Nur so kann verhindert werden, dass unsere Kinder und Jugendlichen mit dem Konsum beginnen, nikotinabhängig werden und später an kostenintensiven Krankheiten leiden und sterben. Einem Leid, dem wir in unserer täglichen Praxis begegnen. Immerhin ist Tabak der grösste vermeidbare Risikofaktor für die Entstehung nichtübertragbarer Krankheiten [7].

*Lungenliga Schweiz*

*Schweizerische Gesellschaft für Kardiologie*

*Schweizerische Gesellschaft für Pädiatrische Kardiologie*

*Schweizerische Gesellschaft für Herz- und Thorakale Gefässchirurgie*

*Schweizerische Gesellschaft für Pneumologie*

*Schweizerische Gesellschaft für Pädiatrische Pneumologie*

*Schweizerische Gesellschaft für Thoraxchirurgie*

#### Literatur

- 1 Eidgenössische Volksinitiative «JA zum Schutz der Kinder und Jugendlichen vor Tabakwerbung».
- 2 Henriksen L. Comprehensive tobacco marketing restrictions: promotion, packaging, price and place. *Tob Control*. 2012 Mar;21(2):147–53. doi:10.1136/tobaccocontrol-2011-050416
- 3 European Tobacco Control Scale (2019).
- 4 Mozun R, et al. Cigarette, shisha, and electronic smoking and respiratory symptoms in Swiss children: The LUIS study. *Pediatr Pulmonol*. 2020 Oct;55(10):2806–15.
- 5 Health Behaviour in School-aged Children. Forschungsbericht von Sucht Schweiz (2018).
- 6 Khouja JN, et al. Is e-cigarette use in non-smoking young adults associated with later smoking? A systematic review and meta-analysis. *Tob Control*. 2020 Mar 10;30(1):8–15. doi:10.1136/tobaccocontrol-2019-055433
- 7 Bundesamt für Gesundheit: Rauchende verlieren Lebenszeit und Lebensqualität.

### Liquidation de mesvaccins.ch

En tant que médecin installé j'ai souhaité écrire pour dire ma stupéfaction à la réception du courriel d'annonce de la liquidation de la Fondation mesvaccins! Il me semble que notre système de santé est bien malade, en tout cas numériquement!

La crise du SARS-CoV-2 a mis en lumière beaucoup de nos défauts et de nos failles. Il faut être très réaliste: notre système de santé a tenu le choc pour une raison principale: nous sommes très riches! Bien entendu nous devons redire notre gratitude à tous les acteurs du système, autorités comprises, qui ont œuvré d'arrache-pied pour lutter contre les effets de ce virus, mais ce n'est ni notre morcellement en 26 cantons, ni notre système informatique médical au niveau fédéral, ni la communication directe des autorités aux soignants indépendants qui ont permis de faire face à cette crise. Les médecins auraient absolument dû recevoir des informations claires, précises, à chaque étape de cette pandémie de la part de l'OFSP.

La Fondation mesvaccins avec le carnet électronique de vaccination a été un des premiers outils numériques de ce pays avec un soutien de l'OFSP constant. J'en veux pour preuve les communiqués de l'OFSP par exemple des 23.4.2019, «Bien vacciné(e)»: nouvelle campagne pour le carnet de vaccination électronique, et 23.4.2018, Carnet de vaccination électronique: nombre d'utilisateurs en hausse. Il s'agit d'un outil très bien fait, intégrant des algorithmes actualisés, moderne, et qui était très certainement destiné à accueillir les certificats pour la vaccination anti-COVID!

Je suis stupéfait de lire que les autorités n'ont pas attribué le financement nécessaire pour le maintien de cette activité! Quand on sait les milliards de francs qui ont été attribués à des solutions non prouvées, à l'efficacité douteuse (pour ne citer que les autotests), je suis très étonné que notre Confédération n'a pas su investir dans cet outil qui a déjà fait ses preuves. Il en va de la crédibilité de notre système de santé tant pour la Confédération que pour les professionnels de santé. J'ai personnellement été très actif pour encourager l'utilisation du carnet électronique de vaccination; imaginez la situation actuelle pour expliquer à mes

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

patients que leurs données ne sont plus accessibles. Qu'est-ce que nos patients, notre population va penser de notre travail et de celui de nos autorités, si les outils mis en place (fortement soutenus par l'OFSP) ne permettent pas de garantir un accès à leurs données? La Confédération a le devoir de prendre sa responsabilité par rapport à cet événement. Elle doit tout mettre en œuvre pour tous les citoyens-patients qui ont inscrits leurs vaccins dans cette base de données puissent au moins obtenir les données de vaccinations.

Que dire de la communication face à cet événement majeur dans le paysage de la santé numérique en Suisse: aucun communiqué sur le site de l'OFSP en lien avec cette cessation d'activité...

Au vu de ce désastre, mes craintes concernant la mise en place du DEP ne font qu'augmenter. La Suisse est à la traîne et elle choisit de se cantonner à ses petits systèmes loco-régionaux pour avancer dans la médecine actuelle

(ce n'est pas la médecine de demain!). Si un système fédéral comme mesvaccins n'a pas tenu face aux exigences, j'ai de forts doutes concernant l'avenir du DEP (ou devrais-je dire des DEP!). Je me réjouis déjà d'annoncer à mes patients que la plateforme qui nous permettait de centraliser leurs documents de santé a fermé...

*Cédric Deruaz, La Chaux-de-Fonds*

# Mitteilungen

## Facharztprüfung

### Facharztprüfung zur Erlangung des Facharztstitels für Nuklearmedizin

Nuklearmedizin 1. Teilprüfung 2022

Datum: Freitag, 11. März 2022

Ort: Lausanne

Anmeldefrist: 15. Dezember 2021

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

## Aktuelle Themen auf unserer Website

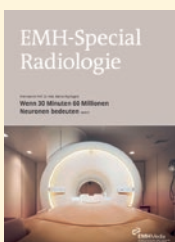
[www.saez.ch](http://www.saez.ch) → Tour d'horizon



Interview mit Prof. Dr. med. Maria Wertli, Präsidentin Qualitätskommission der Schweizerischen Gesellschaft für Allgemeine Innere Medizin (SGAIM)

### Qualitätsindikatoren – Nutzen und Grenzen

Die Qualitätskommission der SGAIM präsentiert erstmals die neuen Qualitätsindikatoren für die stationäre Behandlung.



Editorial von Sandra Ziegler, Geschäftsführerin EMH Schweizerischer Ärzteverlag

### EMH-Special: eine neue Publikationsreihe

Spannende Berichte, wertvolle Inputs für den Praxisalltag und Erfahrungsaustausch – dies sind die wichtigsten Eckpunkte der neuen Publikationsreihe «EMH-Special».

