

Das Magazin der Berner Haus- und Kinderärzt:innen

Verein Berner
Haus- und
Kinderärzt:innen

VBHK

VBHK

MAGAZIN

Ausgabe 3/2025



Inhalt

EDITORIAL

Zwischen Anspruch und Wirklichkeit

POLITIK

Neue Daten, bekannte Ergebnisse: Der Hausarztmangel ist real

INTERVIEW

Körperkult bei Jugendlichen

GASTBEITRAG

Unterschätzte Unterschiede – und wie Gendermedizin sie sichtbar macht

GASTBEITRAG

Mehrweg in Arztpraxen – eine ökologische und ökonomische Notwendigkeit

CARTE BLANCHE

Hommage



EDITORIAL

Zwischen Anspruch und Wirklichkeit

Der Praxisalltag fordert viel: hohe Belastung, knappe Ressourcen und wachsende Anforderungen. Was uns trägt, sind stabile Rahmenbedingungen und eine engagierte Standespolitik. Sie schafft Freiräume, entlastet – und stärkt jene, die täglich Verantwortung für Patient:innen übernehmen.

Die Tage sind grau, der Kalender ist übertoll, die To-do-Liste wächst mit jeder Stunde. Zwischen Gesprächen mit Patient:innen, Notfällen und Administrativem scheint die Zeit zu zerren. Und dann kommt alles zusammen: Die Umstellung auf TARDOC steht an, die Praxisassistentin fällt krankheitsbedingt aus, der Kühlschrank gibt nach 15 Jahren den Geist auf. Der Tag hat zwölf Stunden – aber manchmal fühlen sie sich an wie sechs. Wann war das letzte Mal Zeit für Sport, ein Hobby oder einfach ein Gespräch mit dem Partner?

Es gibt aber auch diese Tage, an denen ist der Himmel hell und blau. Ein guter Kurs (PraxisUpdate) bringt Struktur, eine richtige Entscheidung

wirkt nach, und plötzlich ist wieder Luft zum Atmen, die Perspektive kehrt zurück. Unsere tägliche Arbeit verlangt viel – fachlich, emotional und organisatorisch. Wir tragen Verantwortung, treffen Entscheidungen, begleiten Menschen durch Krisen. Das gelingt nur, wenn die Rahmenbedingungen stimmen: stabile Strukturen, planbare Abläufe, ein verlässliches Umfeld.

Diese Stabilität ist keine Selbstverständlichkeit mehr. Medizinische, politische und wirtschaftliche Entwicklungen greifen ineinander – mit unmittelbaren Folgen für unseren Berufsalltag. Gerade deshalb braucht es eine starke, engagierte Standespolitik. Sie ist keine abstrakte Institution, sondern es

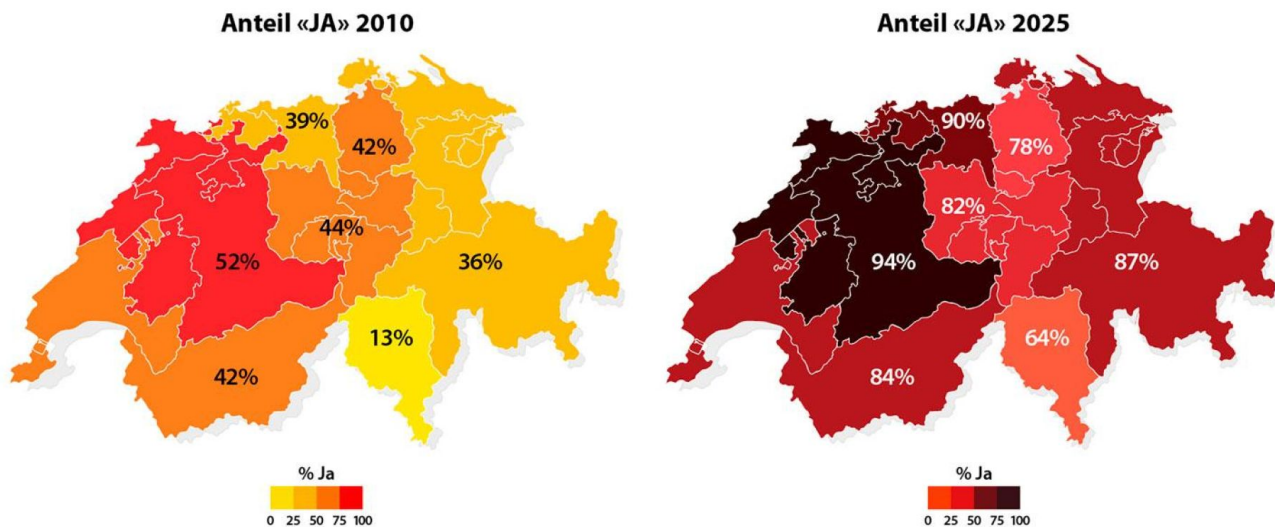
sind unsere Stimmen, die unsere Anliegen vertreten im Einsatz für weniger Administration, für bessere Rahmenbedingungen und für eine zukunftsfähige Medizin.

Ein Gedanke von Carlos Quinto in der letzten Ausgabe der Ärztezeitung hat mir besonders gefallen: Alle Kolleg:innen, die sich nicht aktiv engagieren wollen oder können, sollten Mitglied in einem Berufsverband und in der Fachgesellschaft sein, damit die Kolleg:innen, die sich dort für uns alle engagieren und für den Berufsstand kämpfen, genug Ressourcen zur Verfügung haben.

So habe auch ich die letzten zwei Jahre im VBHK erlebt. Ein Team, das mit

Überzeugung und Tatkraft an Lösungen arbeitet, das jedoch auch mit sehr knappen Ressourcen kämpft. Ich darf nun sechs Monate in ein Sabbatical nach Kanada und hoffe von dort dann Energie und Inspiration mitzubringen, die wir alle brauchen – für unsere Arbeit, unsere Patient:innen und unsere Berufspolitik.

Myriam Perren



POLITIK

Neue Daten, bekannte Ergebnisse: Der Hausarztmangel ist real

Gleich zwei Studien machten im Herbst mit neuesten Daten aufmerksam auf die aktuelle haus- und kinderärztliche Versorgungssituation im Kanton Bern. Beide kommen sie, wie sämtliche Analysen aus den vergangenen Jahren, zum Schluss, dass der Hausarztmangel bittere Realität ist. Und: Er wird sich noch zuspitzen, denn in den nächsten zehn Jahren müssen rund 40 % aller im Moment noch praktizierenden Hausärzt:innen ersetzt werden.

Seit 2005 führt mfe Haus- und Kinderärzte Schweiz alle fünf Jahre die so genannte Workforce-Studie durch. Die mittlerweile fünfte Ausgabe bestätigt alle Prognosen, Hochrechnungen und Befürchtungen früherer Ausgaben¹. Die ärztliche Grundversorgung ist in der Schweiz mittlerweile stark überaltert. Das Durchschnittsalter liegt bei den Hausärzt:innen bei 52 Jahren. Ein wesentlicher Teil davon (12,9 %) ist über 65 Jahre alt, hat also bereits das Pensionsalter erreicht. Das Durchschnittsalter der Kinderärzt:innen beträgt knapp 50 Jahre, und auch hier übernehmen die über 65-Jährigen mit 6 % einen nennenswerten Teil der

Versorgung.

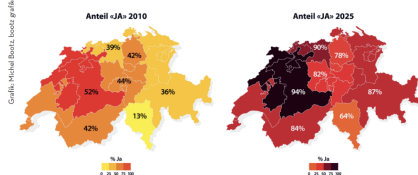
Die Teilnehmenden wurden auch gefragt, in welchem Alter sie sich voraussichtlich pensionieren lassen wollen. Anhand der daraus ermittelten Hochrechnungen zeigen die Studienautoren, dass bis 2030 insgesamt 22,3 % und bis 2035 sogar 40,2 % der aktuell praktizierenden Hausärzt:innen ersetzt werden müssen. Bis 2030, also bereits in fünf Jahren, fehlt die Workforce von rund 400 hausärztlichen Vollzeitäquivalenten.

Versorgungskrise: Dunkelroter Kan-

ton Bern

Seit 2010 stellt die Workforce-Studie den Teilnehmenden Haus- und Kinderärzt:innen unverändert die Frage, ob ihrer Meinung nach ein Mangel ihrer Berufsgruppe in ihrer Region bestehe. Dabei ist über die Jahre zu beobachten, wie sich die Einschätzung zunehmend verschlechtert. In der Grossregion Nordwestschweiz, zu der Kanton Bern zählt (vgl. Abbildung 1), gaben 2010 52 % der Befragten an, dass sie einen entsprechenden Mangel in der Region beobachten. 2025 beträgt dieser Wert 94 %, der mit Abstand höchste in der ganzen Schweiz.

Besteht Ihrer Meinung nach ein Mangel Ihrer Berufsgruppe in Ihrer Region?



Anteil «Ja»-Antworten auf die Frage «Obwohl Ihrer Meinung nach ein Mangel Ihrer Berufsgruppe in Ihrer Region?» im Jahre 2025 im Vergleich zu 2010. Darstellung nach Grossregion.

Grafik aus: Schweizerische Ärztezeitung 11/2025

Mehr administrative Aufgaben, weniger Zeit für Patient:innen

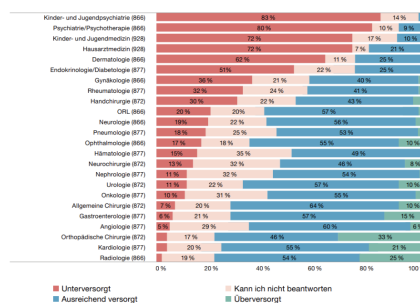
Die Autoren der mfe-Workforce-Studie stellen überdies fest, dass einerseits die wöchentliche Arbeitszeit seit 20 Jahren signifikant abgenommen hat, von 50 auf gut 42 Stunden. Aus Versorgungssicht besonders relevant ist dabei die Erkenntnis, dass im gleichen Zeitraum auch die Zeit, die direkt an den Patient:innen verbracht wird, stetig zurückgegangen ist, während der Anteil an administrativen Aufgaben gestiegen ist. Insbesondere regulatorische Vorgaben, Berichterstattung an Versicherungen, das Verordnungswesen wie auch die Dokumentation binden immer mehr Zeit, stellen die Autoren fest.

Ärztemangel in der Grundversorgung am stärksten

Die Ergebnisse der mfe Workforce-Studie werden durch die Befunde der von der Ärztesgesellschaft des Kantons Bern (BEKAG) seit zwölf Jahren durchgeführten Versorgungsumfrage bestätigt². Im Gegensatz zur Workforce-Studie von mfe stützt sich die Versorgungsumfrage der BEKAG auf Angaben aller Fachrichtungen und nicht nur der Haus- und Kinderärzt:innen. Auch die BEKAG stützt aber die Einschätzungen der Ärzt:innen, wobei die Teilnehmenden für 24 Fachgebiete die Versorgungslage mit «überversorgt», «ausreichend versorgt» oder «unterversorgt» bewerten. Die Auswertung 2025 weist für sechs Fach-

gebiete auf eine deutliche Unterversorgung im Kanton Bern hin, am stärksten für die Kinder- und Jugendpsychiatrie. 83 % der Teilnehmenden gaben an, in der Kinder- und Jugendpsychiatrie herrsche eine Unterversorgung. Für die Erwachsenenpsychiatrie und -psychotherapie waren es 80 %, und für die Kinder- und Jugendmedizin sowie die Hausarztmedizin lag der Wert bei jeweils 72 %.

Abbildung: Versorgungssituation 2025 in den verschiedenen Fachgebieten



Grafik aus: doc.be 5/2025

Aufnahmestopps für Patient:innen

Die BEKAG erhebt auch Daten zur Einführung von Aufnahmestopps. 2025 gaben 21 % aller Befragten (alle Fachrichtungen) an, gar keine und 38 % nur noch teilweise neue Patient:innen aufzunehmen. Nur 32 % wollten weiterhin uneingeschränkt neue Patient:innen aufnehmen. In der Grundversorgung scheint das Thema Patientenstopp noch deutlich akzentuierter zu sein. Darauf deuteten jedenfalls die Ergebnisse einer VBHK-Kurzumfrage unter seinen Mitgliedern aus dem Jahr 2023 hin. Von den 300 Berner Haus- und Kinderärzt:innen, die damals an der Befragung teilnahmen, gaben fast 90 % an, dass die Praxis, in der sie tätig sind, keine oder nur beschränkt neue Patient:innen aufnehmen. Ein Drittel gab an, die Aufnahme ganz gestoppt zu haben, zwei Drittel wählen ausgewählte Beschränkungskriterien an. Am häufigsten kommen dabei geografische Kriterien zur An-

wendung (neue Patient:innen nur noch aus einer bestimmten Region) sowie die Beschränkung auf Familienangehörige von bereits bestehenden Patient:innen.

Yvan Rielle



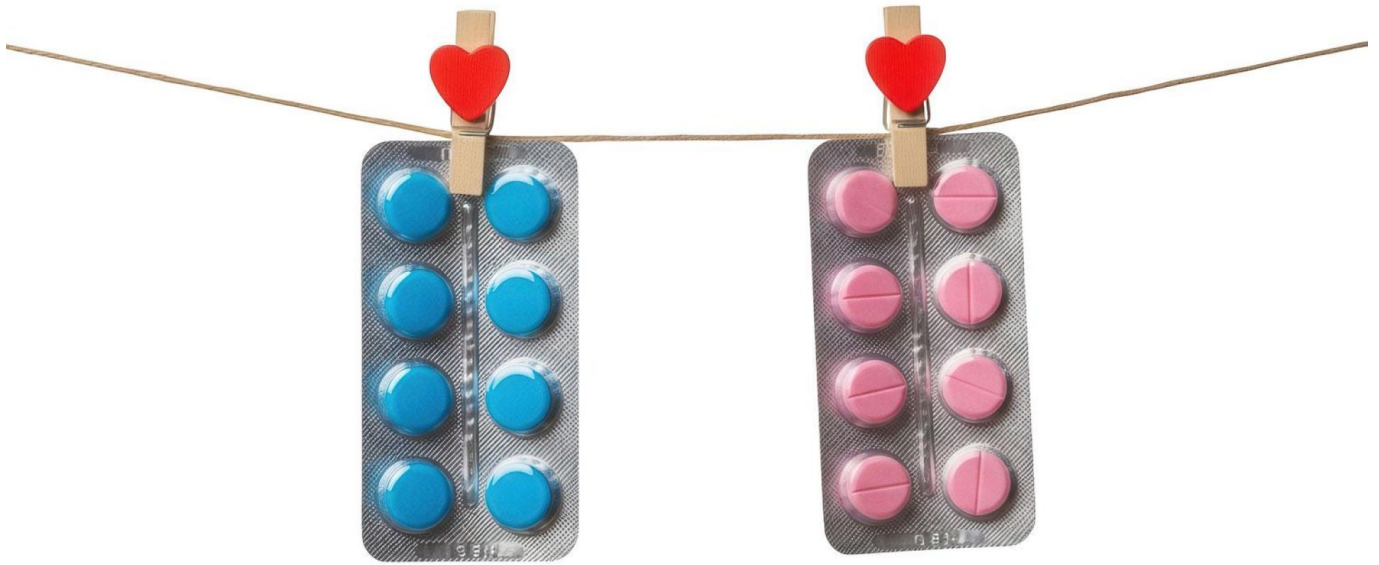
INTERVIEW

Körperkult bei Jugendlichen

Mit Botox die Stirn straffen, die Lippen liften und maximale Muskelmasse mit Protein-Shakes. Immer mehr junge Menschen versuchen, ihre Körper zu optimieren, um den neusten Schönheitstrends zu entsprechen. Im Video-Interview erzählt Sabine Heiniger was diese «Normierung des Aussehens» mit den jungen Menschen macht und wie sie als Jugend- und Schulärztin in ihrem Praxisalltag darauf reagiert.

Link Video: <https://vimeo.com/manage/videos/1144494606>

Cynthia Ringgenberg



GASTBEITRAG

Unterschätzte Unterschiede – und wie Gendermedizin sie sichtbar macht

Geschlecht beeinflusst, wie Krankheiten auftreten und erkannt werden. Gendermedizin macht diese Unterschiede sichtbar – und zeigt, warum geschlechtersensible Diagnostik und Therapie gerade in der Hausarztpraxis zentral für eine präzise und gerechte Versorgung sind.

Eine Frau mit Übelkeit und Rückenschmerzen kann einen Myokardinfarkt haben, ohne dass dies sofort erkannt wird. Eine Depression bei einem Mann kann unentdeckt bleiben, wenn sie sich durch Aggressivität oder Substanzkonsum äussert. Krankheiten können sich unterschiedlich manifestieren und geschlechtsspezifische Merkmale leicht übersehen werden.

Hier setzt die Gendermedizin an: Sie macht diese Unterschiede sichtbar, indem sie sowohl das biologische Geschlecht (engl. «sex») als auch das soziokulturelle Geschlecht (engl. «gender») und deren Wechselwirkungen

systematisch in die medizinische Forschung, Diagnostik und Therapie einbezieht. Trotz der zunehmenden Aufmerksamkeit für solche Unterschiede hält sich das Missverständnis, Gendermedizin sei vor allem Frauenmedizin, teilweise hartnäckig.

Dies hat historische Wurzeln: Lange galt der Mann als medizinischer Prototyp. Viele Studien – von der Grundlagen- bis zur klinischen Forschung – wurden überwiegend an männlichen Tieren bzw. an Männern durchgeführt. Das führt dazu, dass für viele Erkrankungen und Medikamente eine Datenlücke bei Frauen entstanden ist

und es hier grossen Nachholbedarf gibt.

Zwar finden wir das Geschlecht in der Populationsbeschreibung bei Studien meist ganz zuoberst, jedoch wird es in den Analysen nur selten genügend beachtet. Ebenso ist es nichts Neues, dass wir unsere soziale Rolle in der Forschung oder in der Klinik bei Patient:innen beachten – bereits im Studium hören wir vom biopsychosozialen Model. Dennoch wird dieser Ansatz in Forschung und Praxis bislang nicht immer konsequent umgesetzt.

Konkrete Beispiele verdeutlichen die

Bedeutung des Geschlechts: Beim Myokardinfarkt ist Thoraxschmerz zwar bei Frauen und Männern das häufigste Symptom, Frauen zeigen jedoch oft zusätzliche Symptome wie Übelkeit, Rückenschmerzen oder Schwindel (1). Ein fehlendes Bewusstsein für diese Unterschiede kann zu verzögerten Diagnosen und Therapien führen (2, 3). Zudem werden frauenspezifische kardiovaskuläre Risikofaktoren häufig unterschätzt – darunter Autoimmunerkrankungen oder Schwangerschaftskomplikationen wie ein Gestationsdiabetes oder hypertensive Schwangerschaftserkrankungen (4, 5).

Ein Gestationsdiabetes betrifft rund 5 % aller Schwangerschaften und erhöht das Risiko für Typ-2-Diabetes und kardiovaskuläre Erkrankungen bei Mutter und Kind. Die ESC-Leitlinien 2025 empfehlen eine kardiovaskuläre Nachsorge (inkl. oralen Glukosetoleranztest) 6 bis 12 Wochen nach der Geburt, Wiederholung nach 6 bis 12 Monaten und anschliessende jährliche Kontrollen (5). Die Schweizerische Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe empfiehlt ebenfalls ein kardiovaskuläres Screening alle 1 bis 3 Jahre je nach Risiko (6). Auch bei hypertensiven Schwangerschaftserkrankungen wie Präeklampsie oder HELLP-Syndrom (Haemolysis, Elevated Liver Enzymes, Low Platelets), welche circa 3 bis 5 % aller Schwangerschaften betrifft, sollten alle 6 bis 12 Monate kardiovaskuläre Risikofaktoren kontrolliert werden (7).

Männer mit Depressionen werden oft unterdiagnostiziert, da klassische ICD-Kriterien vor allem frauenspezifische Symptome abbilden. Männer zeigen Depressionen häufiger über Aggressivität oder Substanzkonsum (8). Osteoporose betrifft zwar vor allem postmenopausale Frauen, jedoch auch 7 bis 12 % der Männer. Diese sind in Studien jedoch oft unterrepräsentiert, und Medikamente werden

teils nur für postpartale Frauen zugelassen, obwohl sie auch bei Männern effektiv wären (9–11).

Auch das Immunsystem unterscheidet sich deutlich: Frauen haben stärkere Immunantworten, was einerseits mehr Autoimmunerkrankungen, andererseits häufigere Impfreaktionen begünstigt (12). In einer unserer Studien mit über 7'800 Kindern unter fünf Jahren traten bei Mädchen nach SARS-CoV-2 mRNA-Impfungen häufiger lokale und generalisierte Reaktionen auf als bei Jungen (13).

Diese Beispiele zeigen, wie wesentlich geschlechtsspezifische Unterschiede für Diagnose, Therapie und Prävention sind. Damit dieses Wissen konsequent in der Praxis ankommt, ist eine stärkere Verankerung in Ausbildung und Fortbildung aller Gesundheitsfachberufe sowie in Leitlinien erforderlich. Darüber hinaus braucht es weitere Forschung und gesundheitspolitisches Engagement, um diese Erkenntnisse nachhaltig in der Versorgung zu verankern.

Ein wichtiger Schritt in diese Richtung ist die Institutionalisierung der Gendermedizin als Querschnittsfach sowie die Etablierung eines Lehrstuhls für Gendermedizin an der Universität Zürich. Ebenso wird es in Kürze eine Professur für Gendermedizin an der Universität Bern geben. Nationale Netzwerke unterstützen die nachhaltige Verankerung. Spezielle Angebote in der klinischen Versorgung, etwa die Frauenherzsprechstunde und Sprechstunde Gendermedizin in der Kardiologie am Universitätsspital Zürich, sorgen für einen direkten Transfer des neu generierten Wissens zu den Patient:innen.

Gendermedizin verbindet biologische und soziale Faktoren – und ist damit ein zentraler Schritt hin zu personalisierter und gerechter Medizin für alle.

Mehr Informationen zur Gendermedizin mit anschaulichen Beispielen als Videos für Gesundheitsfachpersonen und auch Patient:innen finden Sie unter:

<https://www.gender-med.uzh.ch/en/science-to-go.html>

Gendermedizin in der Hausarztpraxis: angekommen – aber noch nicht verankert

In der Hausarztmedizin ist die Gendermedizin zwar zunehmend präsent, auch in der Schweiz, aber noch nicht systematisch im Praxisalltag etabliert. Viele Hausärzt:innen kennen geschlechtsspezifische Unterschiede bei Symptomen, Krankheitsverläufen oder Medikamentenwirkungen, doch diese Erkenntnisse werden im Alltag noch zu oft nicht konsequent berücksichtigt.

Ein Grund dafür ist die fehlende Verankerung in Leitlinien und Weiterbildungsprogrammen. Zeitdruck und ungleiche Sensibilisierung führen dazu, dass relevante Unterschiede – etwa bei Herzinfarkt-Symptomen oder frauenspezifischen kardiovaskulären Risikofaktoren von Frauen, bei Depressionen bei Männern oder bei der Wirkung bestimmter Medikamente – im hektischen Praxisbetrieb leicht übersehen werden. Gerade die Hausarztmedizin hätte hier eine Schlüsselrolle: Durch die Langzeitbetreuung und den engen Kontakt zu Patient:innen können geschlechtsspezifische Risiken früh erkannt und individuelle Therapien angepasst werden.

Neue Professuren in Zürich und demnächst in Bern sowie Initiativen wie [Swiss Society for Gender Health](#) zeigen, dass geschlechtersensible Medizin in der Schweiz an Bedeutung gewinnt. Damit sie langfristig in der Grundversorgung ankommt, braucht es jedoch gezielte Fortbildung, klare

Leitlinien und dann eine stärkere Integration in den hausärztlichen Alltag.

Referenzen

1. R. E. M. van Oosterhout et al., J. Am. Heart Assoc. **9**, e014733 (2020).
2. L. L. Davis et al., Heart Lung J. Cardiopulm. Acute Care. **42**, 428–435 (2013).
3. V. Regitz-Zagrosek, C. Gebhard, Nat. Rev. Cardiol. **20**, 236–247 (2023).
4. C. A. Moran et al., Circ. Res. **130**, 593–610 (2022).
5. J. De Backer et al., Eur. Heart J. **46**, 4462–4568 (2025).
6. I. Hösli et al.
7. P. Gaß.
8. J. B. Call, K. Shafer, Am. J. Mens Health. **12**, 41–51 (2018).
9. R. Bruhn, A. B. Pedersen, U. Heide-Jørgensen, V. Ehrenstein, Osteoporos. Int. J. Establ. Result Coop. Eur. Found. Osteoporos. Natl. Osteoporos. Found. USA. **34**, 935–942 (2023).
10. N. Salari et al., J. Orthop. Surg. **16**, 609 (2021).
11. E. M. Lewiecki et al., J. Clin. Endocrinol. Metab. **103**, 3183–3193 (2018).
12. S. L. Klein, K. L. Flanagan, Nat. Rev. Immunol. **16**, 626–638 (2016).
13. J. Moor et al., Biol. Sex Differ. **15**, 74 (2024).

Jeanne Moor



GASTBEITRAG

Mehrweg in Arztpraxen – eine ökologische und ökonomische Notwendigkeit

Jedes Jahr landen in Praxen und Spitalambulatorien Millionen von Einwegartikeln im Sonderabfall. Die Herstellung dieser Produkte verursacht erhebliche CO₂-Emissionen. Wirtschaftliche Fehlanreize und hohe regulatorische Anforderungen an die Wiederaufbereitung fördern die Verwendung von Einwegmaterial. Dass es auch anders geht, zeigen Erfahrungen aus dem Ausland.

Haben Sie sich schon einmal gefragt, wie viele chirurgische Scheren Sie in Ihrer Praxis im Jahr verwenden? Die Antwort könnte Sie überraschen: Allein in der Schweiz werden jährlich rund 27 Millionen Einwegscheren verbraucht. Das entspricht einem Stahlverbrauch von über 1'350 Tonnen – und das nur für ein einziges Instrument. Nach einmaligem Gebrauch landen diese Produkte im Sonderabfall. Ihre Herstellung und Entsorgung verursachen jedoch erhebliche CO₂-Emissionen.

Im Artikel «Ärztinnen und Ärzte

müssen Hunderttausende Instrumente wegwerfen» beleuchtet der Tages-Anzeiger die Gründe für den zunehmenden Einsatz von Einwegmaterial. Ein wichtiger Faktor ist laut Daniel Saameli, Mediensprecher der Insel Gruppe, der starke Druck der Industrie: «So kann es schnell passieren, dass man zur vermeintlich günstigeren Einweglösung greift.»

Ein weiterer Treiber sind finanzielle Anreize: Einweginstrumente können in der ambulanten Versorgung den Patient:innen und damit den Kranken-

kassen verrechnet werden – die Aufbereitung von Mehrwegmaterial hingegen nicht. Laut Baumann geht es dabei um fünf bis sieben Franken pro verwendetes Einweginstrument.

Mengenangaben und Daten gibt es vor allem aus dem Spitalbereich, das Thema ist aber für Arztpraxen ebenso relevant, denn aus Umweltsicht sind Mehrweginstrumente bis zu zehnmal effizienter.

Hoher CO₂-Fussabdruck des Gesundheitssektors

Das Gesundheitswesen ist einer der umweltschädlichsten Sektoren: In den USA beispielsweise entstammen etwa 8 bis 10% aller Treibhausgasemissionen dem Gesundheitssektor[1]. Operationssäle und medizinische Einrichtungen gehören zu den ressourcenintensivsten Bereichen: Eine einzige chirurgische Prozedur kann zwischen 4 und 814 kg CO₂-Äquivalente freisetzen[2]. CO₂-Äquivalente (CO₂e) dienen als einheitliche Messgrösse zur Bewertung der Klimawirkung verschiedener Treibhausgase im Vergleich zu Kohlendioxid. Dadurch lässt sich der gesamte Treibhausgasausstoss eines Prozesses in einer Kennzahl ausdrücken.

Zur Einordnung: 4 kg CO₂e entsprechen etwa einer 20–30 km langen Autofahrt, wohingegen 814 kg CO₂e vergleichbar sind mit dem Treibhausgasausstoss eines Mittelstreckenflugs innerhalb Europas.

Die zunehmende Verwendung von Einwegprodukten trägt dazu bei. Doch es gibt eine gute Nachricht: Fachgerecht aufbereitete Mehrweginstrumente sind bis zu zehnmal umweltfreundlicher als Einwegprodukte[3].:

- **Treibhausgaseinsparung:** Eine Umstellung auf Mehrweg könnte in der Schweiz jährlich bis zu 10'800 Tonnen CO₂ einsparen.
- **Vergleichsstudien:** Wiederverwendbare Instrumente reduzieren die Umweltbelastung in 17 von 18 Kategorien um durchschnittlich 60 % [4].
- **Langfristige Perspektive:** Wird ein Mehrweginstrument rund 500-mal eingesetzt, übertrifft seine ökologische Bilanz bereits nach wenigen Anwendungen jene eines Einweginstruments [5].

Berufstextilien: Qualität und Langlebigkeit zahlen sich aus

Neben Instrumenten spielt auch die Wahl der Berufstextilien eine wichtige Rolle. Wiederverwendbare medizinische Textilien wie Kittel und OP-Abdeckungen zeigen deutliche Vorteile:

- **Abfallreduktion:** Bis zu 99 % weniger Abfall im Vergleich zu Einwegprodukten [6].
- **Wassereinsparung:** 61-70 % geringerer Wasserverbrauch [6].
- **Klimaschutz:** Reduzierung der Treibhausgase um 13-100 %, abhängig vom Produkt [6].

Die Langlebigkeit und sachgerechte Pflege dieser Textilien sind entscheidend für ihre Nachhaltigkeit. Jede zusätzliche Verwendung verbessert die Ökobilanz weiter.

Die Herausforderungen: Warum Einweg dominiert

Die Qualität der Einweginstrumente hat sich in den letzten Jahren stark verbessert. In einigen Situationen sind sie sogar das Mittel der Wahl und haben damit zu Recht einen gewissen Marktanteil. Im Praxisumfeld bieten Mehrweg-Instrumente aber klare ökologische Vorteile. Ihrem Einsatz stehen, wie einleitend angedeutet, strukturelle Hürden im Weg:

- **Infrastruktur:** Fehlende externe Sterilisationslogistik für Arztpraxen, die sich einfach in den Praxisalltag integrieren lassen.
- **Platzmangel:** Keine Möglichkeiten zur Aufbereitung vor Ort.
- **Regulatorische Anforderungen:** Hohe Standards bei der Wiederaufbereitung.
- **Fachliche Ausbildung:** Notwendigkeit geschulten Personals für sachgerechte Aufbereitung und Sterilisation von Mehrwegprodukten.
- **Wirtschaftliche Fehlanreize:** Vergütungssysteme begünstigen oft Einwegprodukte. Diese erscheinen im Einkauf sehr günstig, auch wenn eine Gesamtkostenbetrachtung durchaus positiv für Mehrweg aus-

fällt.

- **Pandemiebedingte Entwicklung:** COVID-19 hat die Verwendung von Einwegprodukten zusätzlich beschleunigt.

Internationale Vorbilder zeigen: Es geht anders

Dänemark wird als eines der europäischen Länder genannt, das – im Gegensatz zu Österreich und der Schweiz, wo die Aufbereitung von Einwegprodukten gesetzlich verboten ist – nicht nur Mehrwegprodukte erlaubt, sondern sogar die Wiederaufbereitung von als Einweg deklarierten Medizinprodukten (Einweg-Medizinprodukten) zulässt. Die wesentlichen Punkte, die Dänemark von Ländern mit einem strikten Verbot unterscheiden, sind:

- **Erlaubte Aufbereitung:** Die Wiederaufbereitung von als Einweg deklarierten Medizinprodukten ist in Dänemark unter bestimmten Bedingungen gestattet.
- **Qualitätsanforderungen:** Diese Akzeptanz ist an die Einhaltung hoher Qualitätsstandards gebunden.
- **Regulierung:** Dänemark wird zusammen mit Ländern wie Deutschland, den Niederlanden, Polen, Schweden und Finnland als ein Land genannt, das klare Regelungen zur Aufbereitung und Akzeptanz von Medizinprodukten etabliert hat.

Diese klaren Regelungen führen im Allgemeinen zu einer merklichen Qualitätssteigerung der Aufbereitung, sowohl intern als auch extern, und zwar für Mehrweg- wie auch für Einwegprodukte [7]. Sie ermöglichen damit die Nutzung von ökologischen und ökonomischen Einsparpotenzialen.

Fazit

Mehrwegprodukte in Arztpraxen bieten ökologische und ökonomische

Vorteile: Sie reduzieren Abfall, sparen Wasser und Treibhausgase und amortisieren sich bereits nach wenigen Einsätzen. Damit diese Vorteile tatsächlich genutzt werden können, sind jedoch nicht nur geeignete Infrastruktur und klare Regelungen nötig, sondern auch geschultes Personal für die sachgerechte Aufbereitung und Sterilisation.

Internationale Erfahrungen zeigen, dass ein strukturierter Ansatz diese Hürden überwinden und den Einsatz von Mehrwegmaterialien erfolgreich fördern kann.

Stiftung Pusch

Pusch setzt sich für eine gesunde Umwelt, die nachhaltige Nutzung der Ressourcen sowie vielfältige und artenreiche Lebensräume ein.

Pusch unterstützt Gemeinden, Schulen und Unternehmen mit praxisnahem Wissen und konkreten Handlungshilfen bei der Lösung von Umweltaufgaben. Dazu bietet Pusch eine breite Palette an Weiterbildungskursen, Tagungen, Hilfsmitteln für die Öffentlichkeitsarbeit, Publikationen und Umweltunterricht an. Davon profitieren jährlich über 52'000 Schüler:innen und mehrere tausend Erwachsene.

Pusch ist parteipolitisch unabhängig, gemeinnützig und beschwerdebe-rechtigt.

[Umfrage zu Mehrweg und Berufstextilien im Gesundheitswesen – Formular ausfüllen](#)

[1] Quelle: World Health Organization (WHO): Safe management of wastes from health-care activities – A summary, 2017

[2] Quelle: Piccolo et al. (2023): Systematic review of carbon footprint of surgical procedures. Journal of Visceral Surgery

[3] Quelle: Blass, V., Wallbaum, H., & Schumacher, J. (2020). Life Cycle Assessment of Reusable vs. Disposable Surgical Instruments. ETH Zürich

[4] Quelle: Rizan, C., Bhutta, M.F. (2022): Environmental impact and life cycle financial cost of hybrid instruments versus single-use equivalents. Surgical Endoscopy, 36:4067-4078

[5] Quelle: Leiden et al. (2020): Life cycle assessment of disposable and reusable surgery instrument sets. Resources, Conservation and Recycling, 154

[6] Quelle Vozzola et al. (2023): Impact of switching from single-use to reusable healthcare products. European Journal of Public Health, 33(1):56-63

[7] Quelle: Mag. Michaela Truppe et al., SUPROMED Aufbereitung und Wiederverwendung von Einweg-Medizinprodukten unter Nachhaltigkeitsaspekten - Einführung in Österreich, 2006

Ina Paschen



CARTE BLANCHE

Hommage

Zunehmend kritische Verhältnisse und sehr langsame gesundheitspolitische Fortschritte setzen uns zu. Seit Jahren. Trotzdem sind wir für unsere Patientinnen und Patienten zuverlässig da. Dafür sind sie uns dankbar. Sehr dankbar.

sprach
los
hör
ich
was
seit
langem
schon
gesagt
immer
wieder
un
gehört
laufen
wir
sehend
in
die
nacht
kämpfen
der

dämmerung
entlang
tapfer
weiter
rufen
hoffend
in
das
licht

bk 2025

Bruno Kissling

IMPRESSUM

Verein Berner Haus- und Kinderärzt:innen

Geschäftsstelle:

Geschäftsstelle VBHK
Effingerstrasse 2
CH-3011 Bern
sekretariat@vbhk.ch

Erscheinung:

3 × jährlich

Technik und Gestaltung:

deinmagazin.ch

Redaktion:

Geschäftsstelle VBHK
Effingerstrasse 2
CH-3011 Bern
sekretariat@vbhk.ch