

Schweizerische Ärztezeitung

527 Editorial
von Ursina Pally Hofmann
2020: COVID-19 – und sonst?

528 FMH
**Weitergabe von Rabatten
auf Rechnungen**

558 «Zu guter Letzt»
von Hans Stalder
Zweifel

551 Tribüne
Vorsicht bei Interessenkonflikten



Offizielles Organ der FMH und der FMH Services www.saez.ch
Organe officiel de la FMH et de FMH Services www.bullmed.ch
Bollettino ufficiale della FMH e del FMH Services
Organ uffical da la FMH e da la FMH Services



Verlag

Dr. med. vet. Matthias Scholer, Chefredaktor;
Annette Eichholtz, M.A., Managing Editor;
Julia Rippstein, Redaktorin Print und Online;
Nina Abbühl, Junior Redaktorin

Externe Redaktion

Prof. Dr. med. Anne-Françoise Allaz, Mitglied FMH;
Dr. med. Werner Bauer, Mitglied FMH; Prof. Dr. oec. Urs Brügger;
Dr. med. Yvonne Gilli, Präsidentin FMH;
Prof. Dr. med. Samia Hurst; Dr. med. Jean Martin, Mitglied FMH;
Dr. med. Daniel Schröpfer, Mitglied FMH;
Charlotte Schweizer, Leitung Kommunikation der FMH;
Prof. Dr. med. Hans Stalder, Mitglied FMH

Redaktion Ethik

Prof. Dr. theol. Christina Aus der Au;
Prof. Dr. phil., Dipl. Biol. Rouven Porz

Redaktion Medizingeschichte

Prof. Dr. med. et lic. phil. Iris Ritzmann; Prof. Dr. rer. soc. Eberhard Wolff

Redaktion Public Health, Epidemiologie, Biostatistik

Prof. Dr. med. Milo Puhan

Redaktion Recht

Dr. iur. Ursina Pally, Leiterin Rechtsdienst FMH

FMH

EDITORIAL: Ursina Pally Hofmann

527 **2020: COVID-19 – und sonst?**

TARIFFRAGEN: Patrick Müller

528 **Weitergabe von Rabatten auf Rechnungen**

SIWF

530 **Die Weiter- und Fortbildungswelt steht nicht still**

537 **Personalien**

Nachrufe

538 **Thomas Leyhe (1960–2021)**

Weitere Organisationen und Institutionen

KREBSLIGA OSTSCHWEIZ: Théo Buff, Urs Weishaupt, Regula Schneider, Rudolf Morant

539 **Die Krebsliga Ostschweiz und die regionale Onkologie**

Briefe / Mitteilungen

542 **Briefe an die SÄZ**

543 **Facharztprüfungen / Mitteilungen**

FMH Services



544 **Stellen und Praxen** (nicht online)

Tribüne

551



RECHT: Thomas Eichenberger, Patrick Mettler, Matthias Hofer

Vorsicht bei Interessenkonflikten

Die mediale Berichterstattung rund um Interessenkonflikte von Ärztinnen und Ärzten schlug im Jahr 2020 hohe Wellen. Diese Konflikte sind zwar nichts Neues, doch es bestehen weiterhin Unsicherheiten, wie mit ihnen angemessen umgegangen werden kann. Dieser Beitrag schafft ein Grundverständnis zu Interessenbindungen von Ärztinnen und Ärzten und formuliert Leitlinien und Empfehlungen für eine unproblematische Handhabung.

Horizonte

STREIFLICHT: Jann Schwarzenbach

556 **Frühspornliche Giftelei**

Zu guter Letzt

Hans Stalder

558 **Zweifel**

OH

HUBER

Impressum

Schweizerische Ärztezeitung
Offizielles Organ der FMH
und der FMH Services
Redaktionsadresse: Nina Abbühl,
Redaktionsassistentin SÄZ,
EMH Schweizerischer Ärzteverlag AG,
Farnsburgerstrasse 8, 4132 MuttENZ,
Tel. +41 (0)61 467 85 72,
redaktion.saez@emh.ch, www.saez.ch

Verlag: EMH Schweizerischer Ärzte-
verlag AG, Farnsburgerstrasse 8,
4132 MuttENZ, Tel. +41 (0)61 467 85 55,
www.emh.ch

Anzeigen:
Markus Süess,
Key Account Manager EMH
Tel. +41 (0)61 467 85 04,
markus.suess@emh.ch

Stellenmarkt und Rubrikanzeigen:
Inserateannahme,
Tel. +41 (0)61 467 85 71,
stellenmarkt@emh.ch

Rubrik FMH Services: FMH Consulting
Services, Stellenvermittlung,
Postfach 246, 6208 Oberkirch, Tel. +41
(0)41 925 00 77, Fax +41 (0)41 921 05 86,
mail@fmhjob.ch, www.fmhjob.ch

Abonnemente FMH-Mitglieder:
FMH Verbindung der Schweizer
Ärztinnen und Ärzte, Elfenstrasse 18,
3000 Bern 15, Tel. +41 (0)31 359 11 11,
Fax +41 (0)31 359 11 12, dlm@fmh.ch

Anderer Abonnemente:
EMH Kundenservice, Postfach,
4601 Olten, Tel. +41 (0)44 305 82 38,
emh@asmq.ch

Abonnementspreise: Jahresabonne-
ment CHF 320.– zzgl. Porto.

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

© FMH

Die Schweizerische Ärztezeitung ist
aktuell eine Open-Access-Publikation.
FMH hat daher EMH bis auf Widerruf
ermächtigt, allen Nutzern auf der Basis
der Creative-Commons-Lizenz
«Namensnennung – Nicht kommer-
ziell – Keine Bearbeitung 4.0 inter-
national» das zeitlich unbeschränkte
Recht zu gewähren, das Werk zu ver-
vielfältigen und zu verbreiten und
öffentlich zugänglich zu machen.
Der Name des Verfassers ist in jedem
Fall klar und transparent auszuweisen.
Die kommerzielle Nutzung ist nur mit
ausdrücklicher vorgängiger Erlaubnis
von EMH und auf der Basis einer
schriftlichen Vereinbarung zulässig.

Hinweis: Alle in dieser Zeitschrift pub-
lizierten Angaben wurden mit der
grössten Sorgfalt überprüft. Die ange-
gebenen Dosierungen, Indikationen
und Applikationsformen, vor allem von
Neuzulassungen, sollten in jedem Fall

mit den Beipackzetteln der verwen-
deten Medikamente verglichen werden.

Druck: Vogt-Schild Druck AG,
<https://www.vsdruk.ch/>

printed in
switzerland



Titelbild: © Viacheslav Iacobchuk |
Dreamstime.com



Medianfragen: Top-Themen 2020

2020: COVID-19 – und sonst?

Ursina Pally Hofmann

Dr. iur., Generalsekretärin der FMH



Das Jahr 2020 hat einen Schwerpunkt gesetzt, der nicht nur Geschäftsberichte, sondern auch deutlich interessantere Themen hat verblasen lassen. Dennoch lohnt es sich, den Fokus nicht allein auf die Pandemie zu legen, sondern sich auch auf andere interessante Themen des vergangenen Jahres einzulassen. Herausgeputzt in seinem vor einem Jahr neu gestalteten Kleid erfüllt unser Geschäftsbericht seine Mission, Ihnen in Zahlen, Worten und Grafiken aufzuzeigen, was Ihr Berufsverband während dieses ausserordentlichen Jahres zu leisten fähig war.

Zur Veranschaulichung hier einige Themen, welche neben den täglichen Dienstleistungen wie Mitgliederbetreuung, Bereitstellung von Information, Organisation und Begleitung von Sitzungen unseren Arbeitsalltag geprägt haben. Zum Beispiel ist die Ärztestatistik erschienen, wir haben eine Umfrage rund um die Akzeptanz von elektronischen Dienstleistungen im Rahmen der Patientenbetreuung erhoben und den TARDOC beim Bundesrat zur Genehmigung eingereicht. Gemeinsam mit der SIM haben wir eine Ausbildung für Gutachter in Arzthaftungsfällen durchgeführt und den Leitfaden «rechtliche Grundlagen im medizinischen Alltag» überarbeitet und neu aufgelegt. FMH, HIN und die Ärztekasse haben den Verein AD Swiss EPD gegründet, womit auch die schweizerische Ärzteschaft zum Anbieter für das elektronische Patientendossier geworden ist. Auf unserer Website stehen seit

Beginn der Pandemie unter anderem jeweils aktuelle FAQs sowie ein Schutzkonzept für Arztpraxen zur Verfügung. Die FMH hat sich ausserdem in diversen politischen Geschäften für Sie eingesetzt, und sie hat ihre erste Präsidentin in der Geschichte der Ärztereinigung bekommen: Yvonne Gilli.

Lesen Sie mehr dazu in unserem neuen, soeben veröffentlichten FMH-Jahresbericht: www.report2020.fmh.ch



Weitergabe von Rabatten auf Rechnungen

Patrick Müller

Abteilungsleiter, Abteilung Ambulante Versorgung und Tarife, FMH

Leistungserbringer müssen dem Schuldner einer Vergütung direkte oder indirekte Vergünstigungen weitergeben. Gesetz und Verordnung geben allerdings nicht vor, in welcher Form Preisrabatte auf Rechnungen ausgewiesen werden müssen. Die FMH hat deshalb eine Empfehlung erstellt, wie sich aus ihrer Sicht gewährte Rabatte transparent und gesetzeskonform auf Rechnungen ausweisen und weitergeben lassen.

Durch die Inkraftsetzung der neuen Art. 55 und 56 des Heilmittelgesetzes (HMG) ist seit dem 1. Januar 2020 das Interesse erneut und verstärkt auf die Problematik der «Weitergabepflicht von Rabatten und Vergünstigungen» gelenkt worden, welche seit 1996 grundsätzlich in Art. 56 Abs. 3 Krankenversicherungsgesetz (KVG) geregelt ist. Das KVG hält als Grundsatz die Pflicht zur vollumfänglichen Weitergabe von erhaltenen Vergünstigungen¹ fest. Der Leistungserbringer muss dem Schuldner der Vergütung von Arzneimitteln oder Medizinprodukten direkte oder indirekte Vergünstigungen wie Preisrabatte und Rückvergütungen weitergeben (Art. 56 Abs. 3 KVG), im Tiers garant an Patientinnen und Patienten, im Tiers payant an die Krankenversicherer. Leistungserbringer dürfen erhaltene Vergünstigungen nicht für sich selbst behalten (Vorteilsverbot/Integritätsgebot) bzw. sind verpflichtet, allfällige Rabatte auf Medikamente und Medizinprodukte weiterzugeben (Weitergabepflicht).

Transparenz und Nachvollziehbarkeit

Der Art. 56 Abs. 3bis KVG definiert unter Einhaltung von Vorgaben gewisse Ausnahmen von der vollumfänglichen Weitergabepflicht. Diese Ausnahmen verlangen jedoch eine vorgängige Vereinbarung zwischen Leistungserbringer und Versicherer und sind aktuell nur im Rahmen von Art. 56 Abs. 3 lit. b KVG möglich – also in Verbindung mit dem Kauf und Verkauf von Arzneimitteln sowie Mitteln und Gegenständen. Zudem müssen diese Vereinbarungen die folgenden Bedingungen erfüllen: Erstens müssen Vergünstigungen mehrheitlich weitergegeben werden, d.h. zu mehr als

50% und weniger als 100%, zweitens dürfen nicht weitergegebene Vergünstigungen ausschliesslich die Behandlungsqualität verbessern. Die FMH hat mit der Einkaufsgemeinschaft HSK von Helsana, sanitas und KPT und der CSS-Krankenversicherung einen Rahmenvertrag erarbeitet, in welchem die wichtigsten Grundsätze für die Umsetzung der neuen Bestimmungen festgehalten sind.

Das Gesetz und die Verordnung geben nicht vor, in welcher konkreten Form Preisrabatte auf Rechnungen ausgewiesen werden müssen. Ebenso wenig existieren gemeinsamen Empfehlungen der Tarifpartner, wie die in der Praxis sehr unterschiedlich gestalteten wirtschaftlichen Vereinbarungen zwischen den Akteuren auf einer Rechnung abgebildet werden können. Eine Anforderung ist sicherlich, dass dies in einer transparenten und nachvollziehbaren Form geschieht.

Die FMH hat deshalb eine Umsetzungsempfehlung erstellt, wie aus ihrer Sicht gewährte Rabatte auf den Rechnungen transparent nach Art. 42 KVG ausgewiesen und dem Schuldner der Vergütung weitergegeben werden können. Zudem gibt die Umsetzungsempfehlung einen Einblick in die betroffenen Bereiche der Heilmittel und Medizinprodukte. Erhaltene Rabatte können in unterschiedlichen Formen auf der Rechnung an den Schuldner weitergegeben werden. Im Sinne der Transparenz, Nachvollziehbarkeit und besseren Verständlichkeit empfiehlt die FMH den Ärztinnen und Ärzten, erhaltene Rabatte auf der Rechnung sowohl im Tiers garant (Rechnungsstellung an Patientin/Patient) wie auch im Tiers payant (Rechnungsstellung direkt an die Versicherung) wie folgt auszuweisen:

¹ Materielle Vorteile, die dem Leistungserbringer gewährt werden und kein Entgelt für gleichwertige Krankenversicherungsrechtliche Gegenleistungen darstellen.

Auftraggeber		EAN-Nr. / ZSR-Nr.		■														
Diagnose		■		■														
EAN-Liste		1/2012345678901		2/2012345678911														
Bemerkung																		
Datum	Tarif	Tarifziffer	Bezugsziffer	Si	St	Anzahl	TP AL / Preis	f AL	TPW AL	TP TL	f TL	TPW TL	A	V	P	M	Betrag	
07.01.2002	402		Dafalgan Tabl 500 mg 7680475040157			1								1	2	0	0	2.45
07.01.2002	406	1000	Rabatte: Dafalgan			1								1	2	0	0	-0.07

Abbildung 1: Rechnungsbeispiel eines Heilmittels mit gewährtem Preisrabatt von 5% (CHF 0.07) auf den Fabrikabgabepreis (CHF 1.33); eigene Darstellung FMH.

Umsetzungsempfehlung der FMH

Die FMH empfiehlt, bis spätestens im Jahr 2022² für erhaltene Rabatte und Vergünstigungen eine zusätzliche separate Position über den *Tarifcode 406* und die *Tarifziffer 1000* «Rabatte» auf der Rechnung aufzuführen. Das Medizinprodukt oder Heilmittel soll mit dem ursprünglichen Betrag ohne Rabatt ausgewiesen werden (beispielsweise gemäss SL-Publikumspreis bei einem Heilmittel). Der effektiv gewährte Rabatt wird mit dem Frankenbetrag auf der Rechnung mit einer separaten Position ausgewiesen ohne weitere Angaben von gewährten Prozenten. Dabei kann der Positionstext der «Rabattposition» auf die spezifische Situation angepasst werden. Für jedes Produkt auf der Rechnung wird der Rabatt dabei separat ausgewiesen; die Tarifziffer 1000 ist abhängig von der Anzahl rabattierter Produkte also mehrmals anzuwenden.

In Abbildung 1 ist ein Heilmittel als Beispiel auf dem einheitlichen Rechnungsformular aufgeführt. Der gewährte Rabatt wird als Minusposition auf der Rechnung genannt. Dabei wird das Heilmittel im gezeigten Beispiel mit dem ordentlichen Publikumspreis der Spezialitätenliste SL verrechnet, und der auf dem Fabrikabgabepreis gewährte Preisrabatt wird mit der separaten Tarifposition 1000 «Rabatte» in Abzug gebracht.

Vorteile der Umsetzungsempfehlung der FMH

Die FMH hat versucht, diese Umsetzungsempfehlung mit den Krankenversicherungen zu vereinbaren. Diese bevorzugen jedoch eine Lösung über den Skalierungsfaktor (*external factor*). Die FMH lehnt diese Umset-

zungsvariante jedoch klar ab und empfiehlt die Lösung über den Tarifcode 406 mit der Tarifziffer 1000 «Rabatte». Die Umsetzungsempfehlung der FMH ist aus vielen Gründen die bessere Variante. Sie ermöglicht eine transparente Darstellung auf der Rechnung, die für alle einfach nachvollziehbar ist – auch für die Patientinnen und Patienten.

Als Berufsverband der Schweizer Ärztinnen und Ärzte legt die FMH grossen Wert auf eine korrekte Umsetzung der Verordnung über die Integrität und Transparenz (VITH) und möchte Transparenz und Nachvollziehbarkeit für alle sicherstellen. Für diesen Zweck eignet sich eine spezifische Tarifposition optimal und ist ferner einfach monitorisierbar. Durch die separate Ausweisung von Originalpreisen und Rabatten ist die Höhe von Vergünstigungen auf einen Blick ersichtlich und verdeutlicht so, wie Leistungserbringer und Lieferanten zu Einsparungen im Gesundheitswesen beitragen. Diese Einsparungen können über die Tarifposition aber nicht nur auf einer einzelnen Rechnung transparent dargestellt werden, sondern lassen sich beispielsweise auch für die gesamte ambulant tätige Ärzteschaft aggregieren und auswerten.

Weitere Informationen

Bei Fragen zur neuen Umsetzungsempfehlung der FMH können Sie gerne die Abteilung Rechtsdienst (lex[at]fmh.ch) oder die Abteilung Ambulante Versorgung und Tarife (tarife.ambulant[at]fmh.ch) kontaktieren. Zudem finden Sie auf der Website der FMH unter www.fmh.ch > Dienstleistungen > Recht > Verordnung über die Integrität und Transparenz VITH weitere Informationen. Die Umsetzungsempfehlung ist ebenfalls auf der Website der FMH einzusehen.

2 Gestützt auf Rahmenvertrag FMH/HSK-CSS «Qualitätsvereinbarung gemäss Artikel 56 Absatz 3bis KVG».

FMH
Abteilung Ambulante Versorgung und Tarife
Baslerstrasse 47
CH-4600 Olten
Tel. 031 359 12 30
Fax 031 359 12 38
tarife.ambulant[at]fmh.ch

Die Weiter- und Fortbildungswelt steht nicht still

Jedes Jahr liefert der Geschäftsbericht des Schweizerischen Instituts für ärztliche Weiter- und Fortbildung SIWF auf Zahlen und Fakten gestützt die Informationen, welche die geleistete Arbeit quantitativ und zusammenfassend beschreiben. Er bietet aber auch Gelegenheit, auf aktuelle Entwicklungen und Herausforderungen der ärztlichen Weiter- und Fortbildung hinzuweisen.

Die Zahlen dokumentieren, dass die Belastung und die Arbeit, die von den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern des Instituts geleistet werden, stetig zunehmen. Ihnen möchten wir zuallererst für ihr Engagement besonders herzlich danken. Sie setzen sich täglich dafür ein, die Gesuche um Titelerteilung, die Anträge auf Anerkennung als Weiterbildungsstätte, die Revisionen der Weiterbildungsprogramme und vieles mehr korrekt und speditiv zu bearbeiten. Das Gleiche gilt für die unzähligen Auskünfte auf Anfragen aus dem In- und Ausland und für die Organisation von mittlerweile um die

150 Visitationen, die ein zentrales Instrument der Qualitätssicherung darstellen.

Die Umsetzung der Weiter- und Fortbildungsordnung geht zwar mit vielen administrativen Aufgaben einher, doch der Kernauftrag des SIWF beschränkt sich keineswegs auf blosser Verwaltungsarbeiten. Die schnellen Veränderungen im Gesundheitswesen, der Strukturwandel an den Spitälern, die Knappheit zeitlicher und finanzieller Ressourcen und schnelle Entwicklungen in vielen Fachgebieten stellen Herausforderungen dar, die von Geschäftsleitung und Vorstand eine vorausschauende Aktualisierung des ärztlichen Bildungssystems verlangen. Dazu kommen Grossprojekte wie die Entwicklung eines zeitgerechten E-Logbuchs für alle Weiterzubildenden und der Ausbau der Fortbildungsplattform für alle aktiven Ärztinnen und Ärzte. Der vorliegende Bericht gibt einen Überblick über das gesamte Spektrum der Tätigkeiten des SIWF.



Dr. med. Werner Bauer, Präsident SIWF von 2010 bis Ende Januar 2021; Christoph Hänggeli, Rechtsanwalt, Geschäftsführer SIWF.

[Interview mit SIWF-Präsident Werner Bauer](#)

Ärztliche Bildung – Grundlage für die Qualität des Gesundheitswesens von morgen

Die Ärztekammer hat als Ihre Nachfolgerin Frau PD Dr. med. et MME Monika Brodmann gewählt. Welche Gefühle weckt diese Stabübergabe in Ihnen?

Verschiedene Gefühle: Einmal, dass ich das schönste Amt ausüben durfte, das die schweizerische Ärzteschaft in meinen Augen zu vergeben hat. Dann, dass ich mich sehr freue, eine Nachfolgerin einführen zu dürfen, bei der ich das SIWF in besten Händen weiss. Und drittens, dass ich mich ohne besondere Vorbereitung, wie wir Ärzte sie auf die Pensionierung hin eigentlich empfehlen, nach dem «Volldampf im SIWF» neu orientieren muss.

Warum das schönste Amt der Ärzteschaft?

Weil es die ärztliche Bildung beinhaltet. Ich bin überzeugt, dass die gute Facharztweiterbildung von heute eine entscheidende Grundlage für die Qualität des Gesundheitswesens von morgen ist. Natürlich beruht diese nicht nur auf der Kompetenz der Ärzte. Viele andere Berufsgruppen müssen dazu beitragen, aber zu Prävention, Diagnostik, Therapie und Betreuung wer-

«Gute Facharztweiterbildung von heute ist eine entscheidende Grundlage für die Qualität des Gesundheitswesens von morgen.»

den die Ärztinnen und Ärzte stets einen unentbehrlichen Beitrag leisten. Dazu gehören Kenntnisse, Fähigkeiten und auch die persönliche Haltung – alles Bausteine der Weiterbildung, die deshalb anerkannt, mit genügenden Ressourcen gesichert und weiterentwickelt werden muss.

Sie sind der zweite Präsident des Schweizerischen Instituts für ärztliche Weiter- und Fortbildung gewesen?

Das trifft zu. Das SIWF wurde im Jahr 2009 gegründet. Der erste Präsident war Dr. med. Max Giger, der schon Präsident der Kommission für Weiter- und Fortbildung der FMH war, die durch das eigenständige SIWF abgelöst wurde. Das Präsidium habe ich im Juni 2010 übernommen, und meine Amtszeit hat sich um ein halbes Jahr verlängert, weil die Wahlärztekammer im Frühling ausfiel. In meine Amtszeit fielen zwei Akkreditierungen durch das Eidgenössische Departement des In-

tern, das dem SIWF als verantwortlicher Organisation und den Fachgesellschaften das gute Wahrnehmen des staatlichen Auftrags der Facharztweiterbildung jeweils bestätigte.

Wie waren Sie vorbereitet und was haben Sie angetroffen?

Ich hatte bei meinem Amtsantritt schon ein «lampenfebriges» Gefühl, auch wenn ich vorher in nationalen und europäischen Berufsorganisationen mit der ärztlichen Weiter- und Fortbildung intensiv konfrontiert war. Schnell habe ich realisiert: Unser Weiterbildungssystem mit über 100 Facharzttiteln, Schwerpunkten und Fähigkeitsausweisen leidet nicht unter einem Mangel an «Knacknussfragen», bei denen es oft um die Anerkennung von Titeln, von Weiterbildungsstätten, von ausländischer Weiterbildung oder um die Schaffung und um Revisionen von Weiterbildungsprogrammen geht. Sehr erleichtert wurde mir mein Start durch das engagierte und kompetente SIWF-Team, in erster Linie durch Christoph Hänggeli, den Geschäftsführer, und durch Barbara Linder, seine Stellvertreterin.

Mit welchen Phasen der ärztlichen Bildung befasst sich das SIWF?

Mit der Weiterbildung zur Fachärztin und zum Facharzt sowie mit der Fortbildung, die immer mehr auch zu einer beruflichen Weiterentwicklung wird. Im angelsächsischen Raum spricht man vom *continuing professional development*, weil die Ärzte in Zukunft vom Zeitpunkt des Facharzt diploms bis zu ihrer Pensionierung einen beträchtlichen Wandel der beruflichen Tätigkeit erleben werden und meistern müssen. Es geht bei der Fortbildung also um den Erhalt und auch den Neuerwerb von Kompetenzen. Dafür wird von uns Ärztinnen und Ärzten heute ein Nachweis erwartet, der mit dem SIWF-Fortbildungsdiplom online ohne grossen Aufwand erbracht werden kann.

Mit der Ausbildung hat das SIWF nur indirekt zu tun, indem die frisch diplomierten Ärztinnen und Ärzte so gleich zu unseren jüngsten Assistenzärztinnen und -ärzten werden und unsere Weiterbildungsstättenleiter davon ausgehen, ihnen mit gutem Gewissen erste Verantwortung übertragen zu können. Grundsätzlich müssen wir Aus-, Weiter- und Fortbildung als Kon-



Werner Bauer war Präsident des SIWF von 2010 bis Ende Januar 2021.

tinuum sehen und gestalten. Wir führen deshalb alle Jahre eine *Journée de réflexion* durch, wo Vertreter der Fakultäten und des SIWF unter Einbezug von wichtigen Partnerinstitutionen (Bundesamt für Gesundheit, Gesundheitsdirektorenkonferenz, Verband Schweizerischer Assistenz- und Oberärztinnen und -ärzte, Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissenschaften, H+ Die Spitäler der Schweiz) an der koordinierten Weiterentwicklung von Studium und Weiterbildung arbeiten.

Haben Sie Neues einführen können?

Neues einzuführen gehört zum Schönen eines jeden Amtes. Es ging mir dabei um Projekte mit dem Ziel, die Weiterbildung konkret zu unterstützen, und um das Positionieren des SIWF als schweizerisches Kompetenzzentrum für Weiter- und Fortbildung. Dafür schufen wir einen jährlichen Award für engagierte Weiterbildende und schrieben alle zwei Jahre eine «Projektförderung» aus. Für vier bis fünf von einer Jury ausgewählte Projekte, die direkt der Weiterbildung zugutekommen, stehen jeweils insgesamt rund 150 000 Franken zur Verfügung. Die meisten eingereichten Gesuche waren von beachtenswerter Qualität, und die Auswahl fiel nicht leicht, wobei wir immer darauf achteten, dass ein Projekt nicht einen ausschliesslich lokalen Nutzen brachte.

Sind nicht auch Veranstaltungen des SIWF dazugekommen?

Ja, und zwar das MedEd-Symposium und die *Faculty Development Workshops*: Eine Institution wie das SIWF braucht in meinen Augen ein auch von aussen sichtbares Flaggschiff. Deshalb haben wir 2014 das erste MedEd-Symposium «Perspektiven der ärztlichen Bil-

dung» durchgeführt, an dem seither jedes Jahr rund 200 Interessierte teilnehmen, die im Rahmen von Vorträgen, Seminaren, einem Podium oder einer Debatte und natürlich in den Pausen Informationen zu den verschiedensten Aspekten ärztlicher Bildung erhalten und diskutieren können. Die Evaluationen waren bis jetzt ausgesprochen positiv, was mich natürlich freut. Eine ganz besondere Erfolgsgeschichte stellen die Workshops dar, die wir mit Dozenten des *Royal College of Physicians of London* am Kantonsspital Luzern durchführen. Von meiner Tätigkeit in der European Federation of Internal Medicine her hatte ich Kontakte zum College, und weil *teach the teachers* eine wichtige Aufgabe unseres Instituts ist, habe ich den Versuch gewagt und die Londoner im Jahr 2012 erstmals eingeladen. Seither sind die Workshops schon zur Tradition geworden, und es finden jährlich zwei Serien statt. Themen sind zum Beispiel «*Teaching in clinical settings*», «*How to deal with an underperforming trainee*» oder «*Leadership for doctors*». Auch wenn die Kurse auf Englisch stattfinden, ist die Nachfrage ungebrochen und das Echo auch hinsichtlich der Anwendbarkeit des Gelernten hierzulande stets sehr gut. Wir haben nun begonnen, auch ein Team von Schweizer Instruktorinnen und Instruktoren aufzubauen, so dass in Ergänzung zu *very British* auch Workshops in den Landessprachen angeboten werden können.

Was bleibt Ihrer Nachfolgerin denn noch zu tun?

Vieles und Wichtiges. Das Gesundheitswesen, die ambulanten und stationären Institutionen und Strukturen sind im Umbruch, und davon bleibt die Weiterbildung nicht unberührt. Sie muss immer wieder ohne Abstrich an der Qualität den Rahmenbedingungen angepasst werden; sie muss im Hinblick auf Lernziele und Anerkennungskriterien die Entwicklungen in der Medizin abbilden; sie muss neue Methoden wie die Simulation und die Robotik integrieren, und sie muss auch didaktische Fortschritte wie das kompetenzbasierte Lernen mit den *entrustable professional activities* weiterentwickeln. Das sind grosse Aufgaben, auf die Monika Brodmann sich sicher freut. Ich wünsche ihr dafür von Herzen viel Erfolg und Befriedigung.

Bildnachweis

Tobias Schmid / SIWF (Bild Werner Bauer und Christoph Hänggeli)
Heidi Fuchs / Medworld (Bild Werner Bauer)

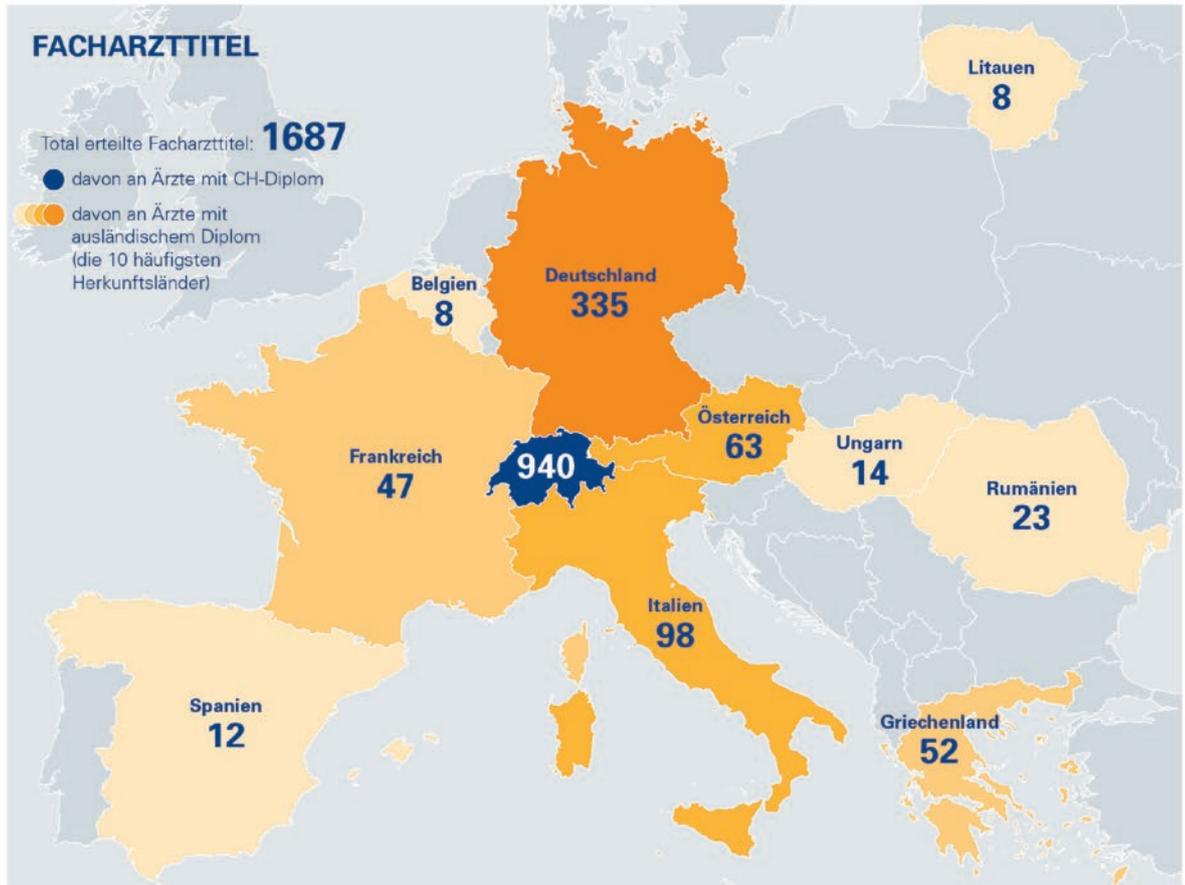
Vollständige Fassung SIWF-Geschäftsbericht

Die vollständige Fassung des SIWF-Geschäftsberichts inklusive des Berichts «SIWF Kompakt» und eines Rückblicks zur Geschäftsstelle des SIWF finden Sie auf der Website des SIWF unter: www.siwf.ch → Über das SIWF → Geschäftsberichte

SIWF^{FMH} | ISFM | 2020



SIWF^{FMH} ISFM | 2020



ASSISTENZ-ÄRZTE-UMFRAGE

An Umfrage teilgenommen: **8745** Assistenzärztinnen und -ärzte (Rücklaufquote 70,10%)
 1234 ausgewertete Weiterbildungsstätten

79 von **100** Ärzten erachten den Beitrag der WBS zur Zusammenarbeit mit der Pflege als gross bis sehr gross.



75 von **100** Ärztinnen und Ärzten würden die WBS voll und ganz, **19** von **100** Ärztinnen und Ärzte die WBS durchaus weiterempfehlen.



Heikle, schwierige Entscheidungen (z.B. über lebenserhaltende Massnahmen) werden im interdisziplinären Team gefällt.



An unserer Weiterbildungsstätte führen Meldungen von Zwischenfällen dazu, dass die Prozesse verbessert werden.



Personalien

Todesfälle / Décès / Decessi

Armine Najand (1958), † 16.11.2020,
Médecin praticien, 1260 Nyon

Enrico Marco Fröhlich (1948), † 28.12.2020,
4125 Riehen

Robert Hess (1927), † 11.1.2021,
Facharzt für Pathologie,
4143 Dornach

Oskar Appert (1931), † 21.1.2021,
Facharzt für Chirurgie und Facharzt
für Urologie, 8802 Kilchberg ZH

Daniela Bosshardt-Blum (1977), † 23.2.2021,
9220 Bischofszell

Marc Fallert (1934), † 12.3.2021,
5070 Frick

Maurice Orange (1953), † 17.3.2021,
Praktischer Arzt, 4144 Arlesheim

Marcelle Crot (1927), † 19.3.2021,
Spécialiste en psychiatrie et psychothérapie,
1006 Lausanne

Jacques Richon (1950), † 19.3.2021,
Spécialiste en chirurgie, 1967 Bramois

Harald Kutschera (1937), † 24.3.2021,
Praktischer Arzt, 6221 Rickenbach LU

Praxiseröffnungen / Nouveaux cabinets médicaux / Nuovi studi medici

AG

Simone Hasler, Fachärztin für Chirurgie,
Fröhlichstrasse 7, 5200 Brugg AG

VD

Juliette Hadorn Corbaz,
Spécialiste en pédiatrie,
Chemin des Falaises 2, 1005 Lausanne

Ärztegesellschaft des Kantons Bern

Ärztlicher Bezirksverein Bern Regio
Zur Aufnahme als ordentliches Mitglied
haben sich angemeldet:

Therese Marti Krüsi, Fachärztin für
Psychiatrie und Psychotherapie, FMH,
Bahnhofplatz 6, 3123 Belp

Nienske Peters, Fachärztin für Kinder- und
Jugendmedizin, FMH, Bollwerk 21, 3011 Bern

Einsprachen gegen diese Vorhaben müssen
innerhalb 14 Tagen seit der Veröffentlichung
schriftlich und begründet bei den Co-Präsi-
denten des Ärztlichen Bezirksvereins Bern
Regio eingereicht werden. Nach Ablauf der
Frist entscheidet der Vorstand über die
Aufnahme der Gesuche und über die
allfälligen Einsprachen.

Ärztegesellschaft des Kantons Luzern

Zur Aufnahme in unsere Gesellschaft
Sektion Stadt hat sich gemeldet:

Gilles Wiederkehr, Facharzt für Allgemeine In-
nere Medizin und Facharzt für Pneumologie,
FMH, ab 1.4.2021 Lungenklinik Hirslanden
Luzern, St. Anna-Strasse 32, 6006 Luzern

Zur Aufnahme in unsere Gesellschaft
Sektion Gäu hat sich gemeldet:

Evelin Kovács-Sipos, Fachärztin für Oto-
Rhino-Laryngologie, Luzerner Kantonsspital
Sursee, Spitalstrasse 16a, 6210 Sursee, und
Praxis Dr. med. S. Bähler, Rathausplatz 7,
6210 Sursee

Einsprachen sind innert 20 Tagen nach der
Publikation schriftlich und begründet zu
richten an: Ärztegesellschaft des
Kantons Luzern, Schwanenplatz 7,
6004 Luzern

Ärztegesellschaft des Kantons Schwyz

Zur Aufnahme in die Ärztegesellschaft des
Kantons Schwyz haben sich angemeldet:

Marie-An De Letter, Fachärztin für Neurologie,
FMH, seit März 2021 Neuroclinic AG am Spital
Lachen

Robert Hauptmann, Praktischer Arzt,
ab 1.6.2021 Praxis Complimed, Siebnen

Dongjiao Yin, Fachärztin für Gynäkologie und
Geburtshilfe, FMH, Frauenarzt Zentrum am
See, Churerstrasse 92C, 8808 Pfäffikon SZ

Einsprachen gegen diese Aufnahmen
richten Sie schriftlich innert 20 Tagen an
Dr. med. Uta Kliesch,
Maria-Hilf-Strasse 9, 6430 Schwyz,
oder per Mail an [uta.kliesch\[at\]hin.ch](mailto:uta.kliesch[at]hin.ch)

Unterwaldner Ärztegesellschaft

Zur Aufnahme in unsere Gesellschaft hat sich
gemeldet:

Maren Güttler, Fachärztin für Gynäkologie
und Geburtshilfe, Frauenpraxis Obwalden,
Sarnerstrasse 3, 6064 Kerns

Einsprachen gegen diese Aufnahme sind
mit Begründung innert 20 Tagen an die Präsi-
dentin der Unterwaldner Ärztegesellschaft,
Dagmar Becker, Mondmattli 3,
6375 Beckenried, zu richten.

Ärzte-Gesellschaft des Kantons Zug

Zur Aufnahme in die Ärzte-Gesellschaft des
Kantons Zug als ordentliches Mitglied
haben sich angemeldet:

Daniel Matthias Dürr, Praktischer Arzt,
FMH, Fridbach 1, 6300 Zug

Milad Jedbabaei, Praktischer Arzt,
Arzthaus Zug, Alpenstrasse 15, 6300 Zug

Zur Aufnahme in die Ärzte-Gesellschaft des
Kantons Zug als ausserordentliches Mitglied
hat sich angemeldet:

Markus Heine, Facharzt für Allgemeine
Innere Medizin, Bahnhofstrasse 1,
6312 Steinhausen

Einsprachen gegen diese Kandidaturen
müssen innerhalb 14 Tagen seit dieser
Veröffentlichung schriftlich und begründet
beim Sekretariat der Ärzte-Gesellschaft des
Kantons Zug eingereicht werden. Nach Ablauf
der Einsprachefrist entscheidet der Vorstand
über Gesuch und allfällige Einsprachen.

In memoriam Thomas Leyhe (1960–2021)



Prof. Dr. med. Thomas Leyhe ist leider im Alter von 61 Jahren unerwartet verstorben. Sein früher Tod hat seine Freundinnen und Freunde sowie die alterspsychiatrischen Fachverbände in tiefe Trauer gestürzt. Sein Einsatz für die fachliche Entwicklung der Alterspsychiatrie, seine Freundschaft und Loyalität werden uns als Beispiel einer vorbildhaften klinischen Tätigkeit und als Ausdruck seiner mitfühlenden Menschlichkeit in Erinnerung bleiben.

In Deutschland geboren, absolvierte Thomas Leyhe zunächst eine Ausbildung zum Apotheker in Würzburg und war anschliessend im Pharmakologischen Institut in Tübingen wissenschaftlich tätig. Seine ärztliche Ausbildung an der Medizinischen Hochschule Hannover schloss er mit der Approbation 1996 ab. Er wurde Facharzt für Neurologie und Facharzt für Psychiatrie mit den beiden Zusatzbezeichnungen Psychotherapie und Klinische Geriatrie. Seine psychiatrische Ausbildung absolvierte er an der Universitätsklinik für Psychiatrie und Psychotherapie Tübingen, wo er bis zu seinem Umzug in die Schweiz 2013 als Oberarzt gearbeitet hat. Im Jahr 2010 habilitierte er sich für das Fach Psychiatrie und Psychotherapie an der Medizinischen Fakultät der Eberhard-Karls-Universität in Tübingen, an der er 2012 zum ausserplanmässigen Professor ernannt wurde.

Ab Juni 2013 war Thomas Leyhe ärztlicher Zentrumsleiter des Zentrums für Alterspsychiatrie der Universitären Psychiatrischen Kliniken (UPK) in Basel. Er trug

in dieser Funktion wesentlich zur Eigenständigkeit und Weiterentwicklung der Alterspsychiatrie in Basel bei. Sein Interesse galt den neuropsychologischen, bildgebenden und neurochemischen Untersuchungen neuropsychiatrischer, insbesondere dementieller sowie endokrinologischer Erkrankungen. Seine Lehr- und Forschungstätigkeit setzte er bis zuletzt gewissenhaft und erfolgreich fort. Neben seiner Tätigkeit in den UPK Basel war er ab 2017 Chefarzt der Alterspsychiatrie der Universitären Altersmedizin Felix Platter, wo er die alterspsychiatrischen Stationen aufbaute. Diese anspruchsvolle Arbeit mit zwei Teams in zwei Institutionen führte er sehr erfolgreich durch. Thomas Leyhe machte zudem den Ausbau der Alterspsychiatrie in Basel möglich. Seiner integrierenden Persönlichkeit ist es zu verdanken, dass zwischen der Alterspsychiatrie und der Geriatrie eine klinikübergreifende Brücke gebaut wurde und beide Disziplinen unter der fachübergreifenden Altersmedizin zusammengebracht wurden. Er schuf ausserdem den «Universitären Weiterbildungsverbund Alterspsychiatrie Basel-Stadt» für den Schwerpunkt Alterspsychiatrie und -psychotherapie zwischen den Standorten UPK und Felix-Platter-Spital. Als Stiftungsrat eines grossen Pflegeheimes in Basel trieb er den qualitativen Ausbau der Betreuungsangebote speziell für an Demenz erkrankte Personen voran.

Sehr wichtig war für Thomas Leyhe die berufspolitische und fachliche Arbeit in der Schweizerischen Gesellschaft für Alterspsychiatrie und -psychotherapie (SGAP-SPPA). Seit 2019 war er Vorstandsmitglied und betreute mit grossem Engagement das Ressort Weiter- und Fortbildungen. Er organisierte für die deutschsprachige Schweiz die Kurse und betreute die Aspirantinnen und Aspiranten für den Schwerpunkttitel Alterspsychiatrie und -psychotherapie.

Vor allem für seine ruhige Wesensart geschätzt, hatte Thomas Leyhe zudem eine sehr wohlwollende und feinfühligkeit. Vieles hätte er noch erreichen können. Sein früher Tod beendet ein eindrucksvolles und reichhaltiges Leben. Seine Kolleginnen und Kollegen, seine Freundinnen, Freunde und Bekannten werden ihn stets in positiver Erinnerung behalten.

Vorstand der Schweizerischen Gesellschaft für Alterspsychiatrie und -psychotherapie (SGAP-SPPA)

Bildnachweis

Derek Li Wan Po, Universitäre Altersmedizin FELIX PLATTER



Zum 65. Geburtstag der Krebsliga Ostschweiz

Die Krebsliga Ostschweiz und die regionale Onkologie

Théo Buff^a, Urs Weishaupt^b, Regula Schneider^c, Rudolf Morant^d

^a lic. phil., Historiker und freischaffender Autor, St. Gallen; ^b Vorstandsmitglied emeritus Krebsliga Ostschweiz (KLOCH), St. Gallen;

^c Geschäftsführerin KLOCH; ^d Dr. med., Innere Medizin, FMH, spez. Hämatologie/Onkologie, Präsident KLOCH

Die Geschichte der Krebsliga Ostschweiz zeigt, welche grosse Wirkung der Einsatz Einzelner für die Interessen von Krebsbetroffenen entfalten konnte: So betrieb die Krebsliga eines der ersten zytologischen Labors, gründete das erste Krebsregister der Schweiz, gab den Anstoss zu einer onkologischen Abteilung am Kantonsspital St. Gallen und förderte dann deren Weiterentwicklung massgeblich.

65 Jahre Krebsliga Ostschweiz

Anlässlich des 65. Geburtstags der Krebsliga Ostschweiz hat der Historiker Théo Buff die vorhandenen Unterlagen zusammengetragen, gesichtet und im Kontext soweit möglich verifiziert.

Am Anfang der spannenden Geschichte, die zutage gefördert wurde, stehen Individuen und Visionäre mit einer kleinen Wohltätigkeitsorganisation. Diese hat sich über die Jahrzehnte zur heutigen stabilen und professionell geführten Institution entwickelt mit vielfältigen

Aufgaben in der Betreuung von Krebsbetroffenen und deren Angehörigen in allen Krankheitsphasen, in der Krebsregistrierung und Vorsorge von Krebserkrankungen. Diese insgesamt erfreuliche Entwicklung verlief nicht gradlinig, sondern war zeitweilig durch harte Richtungskämpfe, Zank und Enttäuschungen geprägt. In diesem Artikel beschränken wir uns auf einen Aspekt, der sich bei der Sichtung der Unterlagen als wichtige, für manche auch überraschende Erkenntnis herauskristallisiert hat: Die lokale Krebsliga war massgeblich an der Entstehung und Entwicklung der Onko-

logie in Spital, Forschung, Kongresswesen und Praxis in der Ostschweiz beteiligt. Dies dank starken Persönlichkeiten, die sich bei Ärztinnen und Ärzten, in der Politik und in der Öffentlichkeit wirkungsvoll für ihre Anliegen eingesetzt hatten. Der anfängliche Fokus lag auf Forschung und Therapie, wodurch die direkte Arbeit mit Patientinnen und Patienten noch etwas im Hintergrund stand. Diese Tätigkeiten und die Vorsorge wurden dafür in der weiteren Entwicklung umso bedeutender.

Gründung des zytologischen Laboratoriums

Die «Krebsliga für St.Gallen und beide Appenzell» (im weiteren Krebsliga genannt) wurde vom Gynäkologen Dr. Franz Iklé zur Wahrung der Interessen von Krebskranken, zur Förderung der Vorsorge und zur besseren Behandlung und Betreuung von Betroffenen 1956 gegründet. Er blieb Präsident der Liga bis 1964.

In jenen Jahren sind in verschiedenen Kantonen der Schweiz ähnliche Ligen gegründet worden. Die Vorläuferin der heutigen Dachorganisation, die «Krebsliga Schweiz», war hingegen bereits 1910 entstanden.

Dr. Iklé hatte schon 1952 die «Abstrichzytologie» im Labor für gynäkologische Zytologie an der Frauenklinik eingeführt. Daraus entstand in Zusammenarbeit mit dem Kanton St.Gallen das zytologische Laboratorium, welches er 1958 in die Krebsliga überführen konnte. Durch die Verbreitung regelmässiger Vorsorgeuntersuchungen und einer qualitativ hochstehenden zytologischen Beurteilung haben Dr. Iklé und damit die Krebsliga massgeblich zur Früherkennung des Zervixkarzinoms beigetragen. Lange Zeit bildeten die Einnahmen dieses Labors die finanzielle Grundlage der Krebsliga. 2002 wurde dieses Labor in den Räumen der Krebsliga aufgehoben und in die Pathologie am Kantonsspital St. Gallen überführt.

Erstes Krebsregister der Schweiz

Ein zweites Pionierprojekt der jungen Krebsliga war das Krebsregister. Es wurde 1960 von den Ärzten Dr. Iklé, Forster und Zollinger als Zettelkastenregister begonnen. Es war das erste seiner Art in der Schweiz. Auf der Pathologie wurden sämtliche durch Biopsien, Operationen oder Autopsien erfassten Krebsfälle dokumentiert. Das System galt bald als gesamtschweizerisch beispielhaft. Heute erfasst das Krebsregister Ostschweiz die Krebserkrankungen in den Kantonen St.Gallen, beider Appenzell, Thurgau und im Fürstentum Liechtenstein und ist fachlich verantwortlich für die Register in Graubünden und Glarus. Die Auswer-

tung der Daten erlaubt wertvolle Einblicke in die Entwicklung der Krebshäufigkeit und Sterblichkeit und kann Ausgangspunkt für kantonale Massnahmen im Bereich der Prävention und Früherkennung sein. Es begleitet wissenschaftlich das ebenfalls von der Krebsliga Ostschweiz geführte Brustkrebs-Früherkennungsprogramm «donna».

Kerngeschäft: Beratung und Unterstützung

Ein Kerngeschäft der regionalen Krebsligen ist seit ihrer Gründung die kostenlose Beratung und Unterstützung von Krebsbetroffenen und Angehörigen. Dies wurde anfänglich von der als «Fürsorgerin» bezeichneten Ordensfrau Gertrud Hungerbühler übernommen. Aktuell betreibt die Krebsliga Ostschweiz Beratungsstellen in St.Gallen, Buchs und Glarus mit Sozialarbeiterinnen und -arbeitern sowie Pflegefachpersonen. Dazu gehört auch die spezialisierte Fachberatung Cancer Survivorship, welche sich der Linderung der Langzeitfolgen von Krebs verschrieben hat.

Das Krebsregister wurde 1960 als Zettelkastenregister begonnen und war das erste seiner Art in der Schweiz.

Entstehung der Onkologie Ostschweiz

1969 ergriff die Krebsliga die Initiative zur Gründung einer onkologischen Station am Kantonsspital für dieses neue, sich schnell entwickelnde Fachgebiet. Sie leistete dazu auch finanzielle Unterstützung. Daraufhin beschloss der Regierungsrat 1971 die Einrichtung einer onkologischen Station am Kantonsspital St.Gallen (KSSG) mit vorerst zehn Betten für akute Therapiephasen und zwei Sterilbetten. Dies gegen den Widerstand des Finanzdepartements. Die Station wurde 1972 eröffnet und vom aus Basel berufenen PD Dr. Hans-Jörg Senn geleitet, einem der Pioniere der Onkologie in der Schweiz. Die neu geschaffene Klinik C umfasste neben der Onkologie und Hämatologie mit den drei Schwerpunkten Bettenstation, Ambulatorium (ab 1973) und wissenschaftlichem Labor auch die Gastroenterologie. In engem Kontakt mit der Krebsliga gründete Prof. Dr. Senn die Ostschweizerische Arbeitsgemeinschaft für klinische Onkologie (OSAKO). Diese organisierte regelmässige Treffen der Onkologinnen und Onkologen in der Ostschweiz, publizierte Behandlungs- und Nachsorgeleitlinien der häufigsten Tumoren und startete eine Studie zur adjuvanten zytostatischen Behandlung des frühen Mammakarzinoms. Diese frühe mutige

Arbeit war anfänglich auch in Fachkreisen umstritten, wurde sogar öffentlich angegriffen, aber nachher international publiziert und wies den Weg für die Weiterentwicklung der heute erfolgreichen adjuvanten Therapie des Mammakarzinoms.

Förderung St. Galler Kongresse

Die interdisziplinäre Behandlung des frühen Mammakarzinoms wurde in regelmässigen wissenschaftlichen Kongressen auf internationalem Niveau diskutiert. Der erste dieser von Prof. Senn geleiteten und anfänglich von der Krebsliga finanziell geförderten Kongresse, von 70 Personen besucht, fand 1978 statt. Am zweiten Kongress 1984 waren bereits 225 Teilneh-

Die Krebsliga hat die Früherkennung zu einem medizinischen und politischen Thema gemacht.

mende anwesend, und 2009 war mit 4700 Teilnehmenden aus über 100 Ländern der Höhepunkt erreicht. Seit 2015 werden diese «St. Galler» Kongresse in Wien durchgeführt. Das jeweilige Ergebnis, der sogenannte «St. Galler Consensus» für die Therapie des frühen Mammakarzinoms, beinhaltet weltweit publizierte und beachtete Richtlinien für die Behandlung des frühen Mammakarzinoms. Er machte St. Gallen für mit Brustkrebs arbeitende Fachpersonen weltweit bekannt. Mit seiner Arbeitsaufnahme in St. Gallen wurde PD Dr. Senn einstimmig in den Vorstand der Krebsliga gewählt, was die weitere enge Zusammenarbeit prägte und auch die finanzielle Unterstützung der klinischen

Onkologie in allen Aspekten durch die Krebsliga gewährleistetete.

Die Krebsliga übernimmt auch Aufgaben, die sonst nicht durch- oder weitergeführt werden. So übernahm sie 1992 die Stomaberatung vom Kantonsspital.

Erstes Mammografie-Screening in der Deutschschweiz

Die Krebsliga hatte das Thema Früherkennung aufs medizinische und politische Tableau gebracht und sich für die Einführung von Vorsorgeprogrammen eingesetzt. In der Folge beauftragte sie der Kanton St. Gallen 2009 mit einem Brustkrebs-Früherkennungsprogramm. Bereits seit elf Jahren betreibt die Krebsliga das überregional erfolgreiche und anerkannte Mammografie-Screening-Programm «donna». Frauen zwischen 50 und 69 Jahren erhalten von donna in zweijährlichen Abständen eine Einladung für eine franchisenbefreite Mammografie-Untersuchung. Dieses Früherkennungsprogramm ist das grösste seiner Art der Schweiz und weist eine durchschnittliche Teilnehmerate um die 50% auf. Die Krebsliga betreibt es aktuell im Auftrag der Kantone St. Gallen, Graubünden, Bern und Solothurn.

Ein niederschwelliges Darmkrebs-Screening-Programm für den Kanton St. Gallen mit Direktversand eines immunologischen Blut-im-Stuhl-Tests (FIT-Test) ist derzeit in Planung.

Bildnachweis

Elmer Grubbs | Dreamstime.com (Symbolbild)

Das Wichtigste in Kürze

- Die Krebsliga Ostschweiz (KLOCH) hat den Aufbau und die Weiterentwicklung onkologischer Angebote in St. Gallen ermöglicht. Dies durch die Einführung zytologischer Untersuchungen, die Gründung des ersten Krebsregisters der Schweiz, die Einrichtung einer onkologischen Abteilung und onkologischen Kongressen mit weltweiter Ausstrahlung.
- Die KLOCH hat zudem durch den Aufbau eines palliativen Brückendienstes in Zusammenarbeit mit dem Palliativzentrum des Kantonsspitals massgeblich zur palliativen Pflege beigetragen.
- Aktuell betreibt die KLOCH mit ihrem erfolgreichen Programm «donna» das schweizweit grösste Brustkrebs-Früherkennungsprogramm. Die Krebsliga ist sowohl als Impulsgeber wie auch als ausführende Institution ein wichtiger Teil der kantonalen Gesundheitspolitik.

L'essentiel en bref

- La Ligue contre le cancer de Suisse orientale (KLOCH) a permis la création et le développement de services oncologiques à Saint-Gall. Cet objectif a été atteint grâce à l'introduction des examens cytologiques, la création du premier registre du cancer en Suisse, la mise en place d'un département d'oncologie et à des congrès d'oncologie de portée mondiale.
- KLOCH a fortement contribué aux soins palliatifs en mettant en place un service de soins palliatifs en collaboration avec le centre palliatif de l'hôpital cantonal.
- Grâce au succès de son programme «donna», KLOCH mène actuellement le plus grand programme de dépistage du cancer du sein en Suisse. La Ligue contre le cancer est un élément important de la politique de santé cantonale, en tant qu'initiatrice et institution d'exécution.

Dr. med. Rudolf Morant
Krebsliga Ostschweiz
Flurhofstrasse 7
CH-9000 St. Gallen
rudolf.morant[at]kreb-
sliga-ostschweiz.ch

Briefe an die SÄZ

Ärzterschaft mit ausländischem Diplom

Brief zu: Bosshard C. Medizinische Versorgungssicherheit beginnt bei den Fachkräften. Schweiz Ärztztg. 2021;102(12):416.

Mit Freude habe ich über die Anerkennung Herrn Bosshards für die aus dem Ausland in die Schweiz kommende Ärzteschaft gelesen. Zugleich war ich bestürzt, dass etwa nur ein Drittel der in der Schweiz pro Jahr zugelassenen Ärztinnen und Ärzte tatsächlich auch an den hiesigen Universtitäten ihr Abschlussdiplom erlangt haben sollen.

Auf der anderen Seite steht die Ärzteschaft mit ausländischem Diplom. Diese kommen zum grossen Teil nicht zuletzt in der Erwartung einer sehr guten Facharztausbildung in die Schweiz, aber auch eines Lebens in einem der schönsten Länder Europas mit einer bunten Gesellschaft und spannenden Geschichte sowie Kultur.

Umso enttäuschender steht dem entgegen, dass wir und als Ärztinnen und Ärzte aus dem Ausland mit den Kürzeln (H), (A), (SRB), (USA) oder als «Diplom Mediziner» gegenüber unseren Patientinnen und Patienten und anderen Kolleginnen und Kollegen «outen» und erklären müssen, auch wenn viele von uns im Rahmen dieses «Berufsdoktorats» genauso viel Arbeit in die Promotion investiert haben wie unsere deutschen oder Schweizer Kolleginnen und Kollegen.

Vorgeschrieben wird uns dieses Stigma von den Gesundheitsdirektionen der Kantone. Eine Abkehr der Behörden von dieser Form der Diskriminierung wäre als Zeichen der Wertschätzung seitens der Behörden wünschenswert.

Dr. med. (H) Selim Sevinç, Wädenswil

Ist der Mensch nur noch ein Medizinprodukt?

Ja, ich bin pensioniert, stehe nicht mehr als Hausärztin an der Front. Ja, ich muss mich nicht mehr täglich exponieren durch meine kritische Haltung. Dabei bin ich weder «Corona-Leugnerin» noch «Impf-Skeptikerin», gehöre in keine andere als die vernünftige, evidenzgläubige Schublade.

Ich fühlte mich gemäss den ethischen Prinzipien meines Berufs stets dazu verpflichtet, allem so weit wie möglich (Stand des momentanen Irrtums) auf den Grund zu gehen. Und tue es immer noch.

Ja, ich bin pensioniert. Und zum ersten Mal bin ich richtig froh darum. Die wenigen Patientinnen und Patienten, die ich noch behandle, wollen nicht wegen Maskentragens, Übersterblichkeit, Verschiebung von dringlichen Operationen, Impfens oder Nicht-Impfens usw. beraten werden. Seit langem ziehe ich mich aus der Affäre von Corona-Diskussionen mit den Worten: «Vieles ist im Grunde viel weniger klar, als wir glauben.» Und wenn jemand weiterhin diskutieren will, lenke ich ab mit: «Das Wichtigste in der momentanen Situation ist wohl, dass wir lernen, mit Nichtwissen, mit Unsicherheiten umzugehen.»

Mit Freunden und Bekannten habe ich nach kurzer Zeit aufgehört zu argumentieren. Zu rasch fühlte ich Fronten entstehen, die sich zu verhärten und schlussendlich mit einem Riss in Beziehungen zu enden drohten.

Viele der behördlich verordneten Massnahmen konnte und kann ich nicht verstehen angesichts der mangelnden Evidenz der den Entscheidungen zugrunde liegenden wissenschaftlichen Studien. Doch ich habe sie akzeptiert als Versuch von nicht optimal beratenen Laien, die Schweizer Bevölkerung für einen Mittelweg durch die Krise zu gewinnen.

Vieles, was dann geschah, hat mich erschreckt. So zuletzt auch die Diskussion um Privilegien für Corona-Geimpfte gegenüber Nichtgeimpften. Dies angesichts des allgemein bekannten Wissens darüber, dass Geimpfte eher leichte bis asymptomatische Corona-Verläufe aufweisen und deshalb umso mehr im Versteckten ansteckend sein können. Dieser Vorschlag für Privilegien Geimpfter wurde sogar von namhaften Ethikern als diskussionswürdig beurteilt!

Jetzt aber wird etwas diskutiert, das in keiner Weise zu verstehen ist: Die natürliche Immunität bei Menschen, die eine SARS-CoV-2-Infektion durchgemacht haben, wird, was die genannten Privilegien anbelangt, der Immunisierung durch einen unausgereiften Impfstoff nicht gleichgestellt. Da wir wissen, dass die Immunitätslage nach einer Infektion mindestens ebenso gut ist und mindestens ebenso lange anhält wie bei Geimpften, gibt es kein einziges gültiges Argument für dieses Verdikt.

Wie soll solches den Menschen das schon jetzt fragile Vertrauen in das Funktionieren ihres Körpers erhalten? Ihnen das Wissen versichern, dass sie nicht Teil einer Medizinalmaschine, ein Kunstprodukt sind, sondern immunkompetent, sozial kompetent, urteils-kompetent, selbstkompetent – einfach kompetent?

Dr. med. Annemarie Baumgartner, Bern

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.

Mitteilungen

Facharztprüfungen

Facharztprüfung zur Erlangung des Facharztstitels für Anästhesiologie

Datum:

Schriftliche Prüfung

Samstag, 11. September 2021, in Bern

Mündliche Prüfung

Samstag, 22. Januar 2022, in Bern

Anmeldefrist:

Schriftliche Prüfung: 9. Mai 2021

Mündliche Prüfung: 30. November 2021

Weitere Informationen finden Sie auf der Website des SIWF unter www.siwf.ch
→ Weiterbildung → Facharzttitel und Schwerpunkte → Anästhesiologie

Facharztprüfung zur Erlangung des Facharztstitels für Intensivmedizin

Datum:

1. Teil, schriftliche Prüfung:

Montag, 4. Oktober 2021

2. Teil, mündliche Prüfung:

Donnerstag, 9. Dezember 2021

Ort: Paraplegiker Zentrum Nottwil

Anmeldefrist: 1. Mai bis 31. Juli 2021

Weitere Informationen finden Sie auf der Website des SIWF unter www.siwf.ch
→ Weiterbildung → Facharzttitel und Schwerpunkte → Intensivmedizin

Hilfskasse für Schweizer Ärzte – eingegangene Spenden

Vom 1. Januar bis 31. März 2021 sind 8 Spenden im Gesamtbetrag von CHF 25'550 eingegangen.

Der Stiftungsrat der Hilfskasse für Schweizer Ärzte freut sich sehr, diese Gaben bekanntgeben zu dürfen, und dankt allen Spendern recht herzlich.

Damit die Spenden in voller Höhe den Destinatären zukommen, haben wir uns entschlossen, für Spenden unter CHF 500 auf den Versand von persönlichen Dankschreiben zu verzichten. Wir hoffen sehr, dass diese Massnahme bei allen Spendern auf Verständnis stösst.

*Für die Hilfskasse für Schweizer Ärzte
Der Kassier des Stiftungsrates*

Aktuelle Themen auf unserer Website

www.saez.ch → Tour d'horizon



Drei Ärzte erzählen

Wie Hongkong das Virus in Schach hielt

Hongkong hat es dank radikaler Massnahmen weitgehend geschafft, Covid-19 einzudämmen. Diese gingen aber teilweise auf Kosten der Freiheit und des Wohlbefindens der Bevölkerung.



Interview mit Werner Bauer, ehemaliger Präsident des Schweizerischen Instituts für ärztliche Weiter- und Fortbildung (SIWF)

«Jede Horizonterweiterung ist ein Gewinn»

Seit 2010 leitete Werner Bauer das SIWF. Auf Anfang Jahr hat er den Stab nun an seine Nachfolgerin Monika Brodmann Maeder übergeben. Zeit, um auf ein bewegtes Jahrzehnt zurückzublicken.





Vorsicht bei Interessenkonflikten

Thomas Eichenberger^a, Patrick Mettler^b, Matthias Hofer^c

Kellerhals Carrard Bern KIG

^a Dr. iur., Rechtsanwalt, Partner; ^b MLaw, Rechtsanwalt; ^c MLaw, Substitut

Die mediale Berichterstattung rund um Interessenkonflikte von Ärztinnen und Ärzten schlug 2020 hohe Wellen. Diese sind zwar nichts Neues, jedoch zeigt die Erfahrung der Autoren, dass oftmals Unsicherheiten bestehen, wie mit solchen Konflikten umzugehen ist. Der vorliegende Text soll ein Grundverständnis für Interessenbindungen von Ärztinnen und Ärzten schaffen sowie Leitlinien und Empfehlungen im Umgang mit solchen formulieren.

Die letztjährige und teilweise immer noch fortdauernde mediale Berichterstattung rund um Interessenkonflikte von Ärztinnen und Ärzten zeigt in aller Deutlichkeit, wie heikel der nicht optimale Umgang mit Interessenkonflikten sein kann. Interessenkonflikte können rasch entstehen und wirken sich bewusst oder unbewusst auf das Entscheidungsvermögen der betroffenen Ärztin oder des betroffenen Arztes aus [1]. Entsprechend unabdingbar ist ein fundiertes Verständnis der Entstehung, der Wirkung sowie des Umgangs mit Interessenkonflikten.

Interessenkonflikte bei Ärzten und Ärztinnen

Allgemeines, Begrifflichkeiten und Vorkommen

Von einem Interessenkonflikt ist die Rede, wenn neben ein erstes Interesse (Primärinteresse) ein weiteres,

ganz oder zum Teil entgegenstehendes Interesse (Sekundärinteresse) tritt, die beiden Interessenlager also (potenziell) kollidieren.

Das Primärinteresse kommt dabei im vorliegenden Zusammenhang in erster Linie dem originären Anliegen der ärztlichen Berufsausübung gleich, also der bestmöglichen Behandlung der Patientin oder des Patienten [2]. Eine gesetzliche Normierung des Primärinteresses des Arztes oder der Ärztin findet sich etwa in Art. 40 lit. e des Medizinalberufegesetzes (MedBG; SR 811.11; ähnlich auch Art. 3 der Standesordnung FMH), wonach Ärztinnen und Ärzte «bei der Zusammenarbeit mit Angehörigen anderer Gesundheitsberufe ausschliesslich die Interessen der Patientinnen und Patienten [wahren] und [...] unabhängig von finanziellen Vorteilen [handeln]».

In eine ähnliche Kerbe schlagen weitere Bestimmungen ausserhalb des MedBG. Sie handeln das Primär-

interesse unter dem Schlagwort «Integrität» ab: Im Zusammenhang mit dem Umgang (Verschreibung, Abgabe, Anwendung sowie Einkauf) von verschreibungspflichtigen Arzneimitteln und Medizinprodukten (Heilmitteln) obliegt Ärztinnen oder Ärzten die Pflicht zur vollumfänglichen Integritätswahrung. Es ist ihnen hierbei – mit wenigen Ausnahmen – untersagt, namentlich für sich einen nicht gebührenden Vorteil zu fordern, sich versprechen zu lassen oder anzunehmen (vgl. Art. 55 Abs. 1 des Heilmittelgesetzes [HMG; SR 812.21] mit Konkretisierungen in der Verordnung über die Integrität und Transparenz im Heilmittelbereich [VITH; SR 812.214.31]). Gleiches gilt im Bereich der klinischen Versuche, wo Ärztinnen oder Ärzte bei der Durchführung von Versuchen verpflichtet sind, die wissenschaftliche Integrität zu wahren. Es ist namentlich unzulässig, Interessenkonflikte bei der Planung, im Bewilligungsverfahren, bei der Durchführung oder bei der Publikation zu verschweigen (Art. 3 Abs. 1 lit. b der Verordnung über klinische Versuche in der Humanforschung [KlinV; SR 810.305]). Sekundäre Interessen können dagegen aus unterschiedlichsten Anreizen entstehen und werden klassischerweise in materielle, intellektuelle sowie soziale Sekundärinteressen eingeteilt. Beispiele für materielle Interessen sind etwa:

- Lohn/Honorare für die ärztliche Tätigkeit
- Entschädigung für die Gutachtertätigkeit
- Beteiligungen an Pharma-/Medizinprodukteunternehmen
- Verwaltungsratsmandate oder andere (Beratungs-) Funktionen in Pharma-/Medizinprodukteunternehmen
- Zuwendungen von Pharmaunternehmen/Medizinprodukteherstellern
- Honorare von Akteuren des Gesundheitssektors für die Haltung von Vorträgen
- Gelder für die Durchführung wissenschaftlicher Studien [1].

Interessenkonflikte führen zu einer Beeinträchtigung des Urteilsvermögens sowie zu Fehleinschätzungen zulasten der Patienten.

Intellektuelle oder soziale Sekundärinteressen können sich namentlich aus einer Funktion bei einer Fachgesellschaft, der Zugehörigkeit zu einer Therapieschule, einer Berufs- oder Interessensorganisation oder dem Verfolgen der eigenen Karriere ergeben [1].

Zu bemerken ist, dass Sekundärinteressen im Kern wertneutral, d.h. nicht von vornherein negativ sind. So können finanzielle Anreize etwa auch den wissenschaftlichen Ehrgeiz steigern, was zuletzt der Patientin

oder dem Patienten zugutekommt. Auf den Wertgehalt des Sekundärinteresses kommt es aber für das Vorliegen eines Interessenkonflikts ohnehin nicht an. So ist nämlich unbeachtlich, ob das Sekundärinteresse im konkreten Fall einen Einfluss auf das Primärinteresse zeitigt und so zu einer tatsächlichen Verzerrung (Bias) führt. Vielmehr reicht das mit dem parallelen Bestehen beider Interessenslagen einhergehende Risiko, dass es zu einem Bias kommen könnte, für das Vorliegen eines Interessenkonflikts aus. Daher liegt per se ein Interessenkonflikt vor, wenn sich die beiden Interessenlager gegenüberstehen [1].

Das Risiko, dass es zu einem Bias kommen könnte, reicht für das Vorliegen eines Interessenkonflikts aus.

Interessenkonflikte führen regelmässig zu einer unbewussten Beeinträchtigung des Urteilsvermögens und damit zu einem Bias sowie Fehleinschätzungen zulasten der Patientinnen und Patienten. Dieser Umstand ist dem (psychologischen) Phänomen geschuldet, wonach in Situationen, in denen eine von mehreren möglichen Entscheidungen materiell, sozial oder intellektuell als persönlich vorteilhaft empfunden wird, Informationen zu dieser als vorteilhaft erscheinenden Entscheidung stärker wahrgenommen, weniger stark geprüft, schneller akzeptiert und höher gewichtet werden (sog. motivierte Evaluation von Evidenz oder *self-serving bias*) [1].

Vermeidbare und unvermeidbare Interessenkonflikte

Interessenkonflikte können vermeidbar oder unvermeidbar sein.

Unvermeidbar sind Interessenkonflikte, wenn die sekundären Interessen derart eng mit der ärztlichen Berufsausübung verknüpft sind, dass von der betroffenen Ärztin, dem betroffenen Arzt nicht verlangt werden kann, dass das Sekundärinteresse ausgeschaltet wird. Zu denken ist hier in erster Linie an Leistungen zulasten der obligatorischen Krankenversicherung oder allgemein an Lohn/Honorare für die ärztliche Tätigkeit. Aufgrund der Unvermeidbarkeit und der Alltäglichkeit von solchen Interessenkonflikten sind diese weitestgehend als *unproblematisch* zu qualifizieren. Ob dies in Bezug auf die mengenabhängigen Vergütungen von Kaderärzten (worunter auch die Zusatzhonorare aus der Behandlung von Privatpatienten zu subsumieren sind) in globo gilt, ist nicht zuletzt eine politische Frage (was sich beispielhaft an den Entwicklungen im Kanton Zürich zeigt), deren Erörterung den Umfang der vorliegenden Darstellungen sprengen würde.

Vermeidbar sind dagegen etwa Konflikte, die sich aus Zuwendungen der Medizinalindustrie oder aus der Finanzierung von Weiterbildungen durch Medizinunternehmen ergeben. Ein Verzicht auf solche Vorteile erscheint prinzipiell ohne Weiteres möglich [2]. Gleiches gilt etwa mit Blick auf die Einsitznahme in Verwaltungsräten oder finanzielle Beteiligungen an Firmen, z.B. das Halten von grösseren Aktienpaketen.

Vermeidbaren Interessenkonflikten kann begegnet werden, indem geldwerte Vorteile oder Aufträge abgelehnt werden.

Einer differenzierten Betrachtung bedarf die *gutachterliche Tätigkeit* von Ärzten. Gutachten werden allermeist entgeltlich verfasst. Je nach Person des Auftraggebers können sich deshalb materielle Sekundärinteressen ergeben, die zu einem Interessenkonflikt führen. Dies ist im Wesentlichen darauf zurückzuführen, dass sich damit die Wahrscheinlichkeit erhöht, ein auftraggeberfreundliches Gutachten zu erstellen (*«Man beisst nicht die Hand, die einen füttert»*). Andererseits können sich etwa intellektuelle oder soziale Sekundärinteressen einstellen, etwa, weil sich die Gutachterin als Vertreterin oder der Gutachter als Vertreter einer gewissen medizinischen Anschauung bereits öffentlichkeitswirksam geäussert hat. Ob solche Interessenkonflikte im Bereich der ärztlichen Gutachtertätigkeit vermeidbar oder unvermeidbar sind, hängt primär davon ab, ob die Entschädigung angemessen und branchenüblich ist. Exzessive Entschädigungen sind unseres Erachtens vermeidbar, wogegen angemessene Entschädigungen für die ärztliche Gutachtertätigkeit unvermeidbar sind. Bei exzessiven Entschädigungen besteht zudem das Risiko des Vorwurfs eines sogenannten Gefälligkeitsgutachtens. Ein falsches ärztliches Gutachten kann zudem strafrechtlich relevant sein (Art. 307 StGB [Schweizerisches Strafgesetzbuch; SR 311.0]), wobei der soeben erwähnte Tatbestand und der hierfür erforderliche Vorsatz selten gegeben sein dürften.

Umgang mit Interessenkonflikten

Abgrenzung nach vermeidbaren und unvermeidbaren Interessenkonflikten

Vermeidbaren Interessenkonflikten kann effektiv dadurch begegnet werden, dass das Sekundärinteresse bereits im Ansatz ausgeschaltet wird, also etwa geldwerte Vorteile oder Aufträge abgelehnt werden. Diese Variante ist indes gemeinhin als *Ultima Ratio* anzusehen, sollte aber zumindest in Fällen angewendet werden, in denen voraussehbar ist, dass ein Bias schwer-

wiegende Konsequenzen (etwa Beeinträchtigung der körperlichen Integrität oder der öffentlichen Gesundheit) mit sich bringen kann. Standardmässig muss die Vermeidung von Konflikten im Bereich der klinischen Forschung erfolgen, und zwar unabhängig davon, ob diese vermeidbar oder unvermeidbar sind («Nulltoleranzbestimmung»). Anders wiederum liegen die Dinge bei *leichten vermeidbaren* und *unvermeidbaren* Interessenkonflikten. Eine Ablehnung ist hier nicht nötig, jedoch kann es (insbesondere bei leichten vermeidbaren Konflikten) angezeigt sein, den Konflikt offenzulegen (vgl. dazu nachfolgend).

Offenlegung von Interessenkonflikten

Die wirksamste Massnahme gegen (leichte) vermeidbare und unvermeidbare Interessenkonflikte ist wie gesagt die Offenlegung dahingehender Konflikte (was offensichtlich nicht für «klassisch» unvermeidbare Interessenkonflikte wie bei Lohnzahlungen gilt). Auf diese Weise soll die durch den Interessenkonflikt gefährdete Objektivität der Entscheidungsfähigkeit der betroffenen Ärztin oder des betroffenen Arztes der sozialen Kontrolle Dritter, insbesondere jener der Patientinnen und Patienten, unterstellt werden. Anders als etwa für eidgenössische Ratsmitglieder (vgl. Art. 11 Abs. 1 Parlamentsgesetz [ParlG; SR 171.10]) oder Autorinnen und Autoren der vorliegenden Zeitschrift (vgl. Ziff. 4.2 der Autorenrichtlinien) besteht für Ärztinnen oder Ärzte keine allgemeine Rechtspflicht zu einer solchen Offenlegung. Sie ist damit freiwillig, jedoch unseres Erachtens durchaus sinnvoll und immerhin von rechtlich unverbindlichen Regelwerken wie etwa

Die wirksamste Massnahme gegen (leichte) vermeidbare und unvermeidbare Interessenkonflikte ist die Offenlegung solcher.

der SAMW-Richtlinie empfohlen [3]. Die Richtlinie gilt für die Beziehungen der Ärzteschaft mit Zulieferern auf dem Gesundheitsmarkt, d.h. insbesondere mit Unternehmen der Pharma-, der Medizinprodukte- und der IT-Industrie.

Die Offenlegung von Interessenkonflikten ist laut der Richtlinie Ausfluss aus dem Transparenzprinzip. Demgemäss sollten versprochene oder erhaltene geldwerte Leistungen oder Vorteile, insbesondere solche ohne direkte Gegenleistung, offengelegt werden ([3], S. 3).

Die Form der Offenlegung ist von der jeweiligen Situation abhängig. Steht etwa eine wissenschaftliche Publikation oder ein Gutachten zur Sprache, sollten eingangs die bestehenden Interessenbindungen erwähnt werden. Andere Möglichkeiten bestehen etwa darin, die Offenlegung auf der unternehmenseigenen Home-

page vorzunehmen. Sinnvoll erscheint zudem die Ausarbeitung eines *Code of Conduct* im Zusammenhang mit Interessenkonflikten. Die Zuständigkeit für einen solchen Code liegt bei der Institution (also beispielsweise beim Spital). Ganz allgemein sollte die Institution Regeln und Kontrollmechanismen einführen, die der Vermeidung von Interessenkonflikten dienen und den Umgang mit solchen vorgeben. Nur so kann die Institution den Compliance-Vorgaben und -Erwartungen gerecht werden.

Sonderproblematik:

Offenlegung von Sponsoringverhältnissen

Empfohlen durch die Richtlinie der SAMW ist auch die Offenlegung im Zusammenhang mit sogenannten Sponsorings ([3], S. 11). In der Pharmaindustrie sind unlängst Tendenzen auszumachen (nicht zuletzt auch aufgrund der Selbstregulierung der Industrie), dass Pharmaunternehmen sich nur dazu bereit erklären, mit Ärztinnen oder Ärzten Verträge einzugehen, wenn letztere einwilligen, ihre Daten offenzulegen, sich mithin der vollständigen Transparenz verschreiben. Auf diese Weise können Verträge in bis zu 80% der Fälle individuell der betroffenen Ärztin oder dem

eigener fachlicher Verantwortung führen kann. Hinzu kommt ein möglicher Entzug der kantonalen Berufsausübungsbewilligung nach kantonalem Recht. Nebst solchen Disziplinar massnahmen muss die betroffene Ärztin oder der betroffene Arzt mit arbeitsrechtlichen Konsequenzen rechnen (Verwarnung, Kündigung, Schadenersatz etc.). Kommt es zu einer Sanktionierung, so ist dies meist auch mit einem Reputationschaden zulasten der betroffenen Ärztin oder des betroffenen Arztes sowie ihres oder seines Arbeitgebers verbunden. Entsprechend zentral ist, dass sich Ärzte und Ärztinnen der Problematik bewusst sind und dass mittels Offenlegung und Handlungsanweisungen (z.B. durch einen *Code of Conduct*) eine möglichst umfassende Prävention geschaffen wird.

Literatur

- 1 Lieb K, Klemperer D, Koch K, Baethge C, Ollenschläger G, Ludwig WD. Mit Transparenz Vertrauen stärken. Deutsches Ärzteblatt. 2011;108(6):256ff.
- 2 Klemperer D. Interessenkonflikte: Gefahr für das ärztliche Urteilsvermögen Deutsches Ärzteblatt. 2008;105(40):2098ff.
- 3 Richtlinie der Schweizerischen Akademie der Medizinischen Wissenschaften, Zusammenarbeit Ärzteschaft-Industrie, Version 13.
- 4 Gross S. Ärzte unter Druck: Roche und Novartis wollen reinen Tisch, 11.4.2019; www.handelszeitung.ch/unternehmen/arzte-unter-druck-roche-und-novartis-wollen-reinen-tisch

Für Institutionen scheint die Ausarbeitung eines *Code of Conduct* im Zusammenhang mit Interessenkonflikten sinnvoll.

betroffenen Arzt zugeordnet werden [4]. Dass dahingehenden Offenlegungskonzepten für die betroffenen Ärztinnen oder Ärzte auch eine negative Komponente innewohnt, liegt auf der Hand. Nicht zuletzt, da damit die latente Gefahr eines «Internetprangers» einhergeht. Unseres Erachtens sollte hier deshalb eine proaktive Offenlegung durch die betroffene Ärztin oder den betroffenen Arzt erfolgen, um gleichsam der Offenlegung durch das Pharmaunternehmen zuvorzukommen und mögliche negative (mediale) Reaktionen und Konsequenzen abzufedern. Welche Massnahmen dazu zu ergreifen sind, muss einzelfallbezogen eruiert werden.

Mögliche Folgen bei Fehlverhalten

Wie gezeigt ergibt sich das Primärinteresse, also die Berufspflicht zum Tätigwerden im Interesse der Patientin oder des Patienten, namentlich aus Art. 40 lit. e MedBG. Führt ein Sekundärinteresse zu einer Verletzung dieses Primärinteresses, liegt eine Berufspflichtverletzung nach Art. 43 MedBG vor, was von einer Verwarnung bis hin zum Verbot der Berufsausübung in

Interessenverbindungen

Thomas Eichenberger ist Geschäftsleiter des Vereins der Leitenden Spitalärzte der Schweiz (VLSS) und juristischer Sekretär der Ärztesgesellschaft des Kantons Bern (BEKAG).

Bildnachweis

Nina Abbühl

Das Wichtigste in Kürze

- Ein Interessenkonflikt liegt vor, wenn ein primäres Interesse (bestmögliche Behandlung der Patienten) einem sekundären Interesse (Beteiligungen an pharmazeutischen Unternehmen, Gutachtermandate etc.) ganz oder teilweise entgegensteht.
- Interessenkonflikte beeinträchtigen oft unbewusst das Urteilsvermögen, was zu kognitiven Verzerrungen und Fehleinschätzungen zum Nachteil der Patienten führt.
- *Unvermeidbare Interessenkonflikte* sind solche, bei denen die Nebeninteressen so mit der Berufsausübung verwoben sind, dass nicht erwartet werden kann, dass die Nebeninteressen vermieden werden. Beispiel: Lohn für erbrachte medizinische Leistungen.
- *Vermeidbare Interessenkonflikte* sind solche, die z.B. durch Subventionen der medizinischen Industrie oder die Finanzierung von Fortbildungen durch Medizinalunternehmen entstehen.
- Geringfügige Interessenkonflikte können durch Offenlegung bewältigt werden. Institutionen sollten Richtlinien aufstellen, die bei der Identifizierung und Handhabung von Interessenkonflikten helfen.

Thomas Eichenberger,
Patrick Mettler
Kellerhals Carrard Bern KIG
Effingerstrasse 1
Postfach
CH-3001 Bern

Frühspportliche Giftelei

Jann Schwarzenbach

Dr. med., Facharzt für Allgemeinmedizin, Mitglied FMH

Klimamord und assistierter Suizid sind Themenkreise, denen sich niemand wirklich entziehen kann. Das führt dann zu gegensätzlichen Standpunkten und verschiedenartigen Lösungsvorschlägen.

Sportlichen Schrittes durchstreift der Morgenmensch Dr. Mattinero tagtäglich die Strassen von Paradiso. Vom himmlischen Blick auf den Luganersee einmal abgesehen, wird das am Fusse des San Salvatore gelegene Betonkonglomerat seinem vielversprechenden Namen kaum noch gerecht. Die selbständige Gemeinde hat zwar eine angenehm übersichtliche Grösse, niedrige Steuern und funktionierende Institutionen. Ja, sogar ein Altersheim und ein – noch – normales Postamt. Doch dann kommt halt gleich diese ganze, irrwitzige Blechlawine. Besonders schlimm ist es am Morgen, wenn die Luft eigentlich am feinsten sein sollte und der Dottore seinen Frühspport absolviert. Den damit verbundenen pulmonalen CO₂-Mehrausstoss nimmt er gelassen hin: Für Ärzte und Ärztinnen geht Koronarschutz wohl immer noch vor Klimaschutz. So meint er denn, dass es viel eher die kolonnenbildenden

den Jungmütter in ihren Schulkindertaxis seien, die für die zukünftige Gesundheit des Planeten sorgen müssten. Für die Insassen des nahe gelegenen Altersheims hingegen ist das eh kein Thema mehr. Verkehrsinfarkte und stinkende SUVs berühren sie kaum. Man beachtet hier vielmehr die lautstarken, schockfarbigen und ganz besonders die langgezogenen, pechschwarzen Fahrzeuge. Nicht dass man sich unbedingt davor fürchtete, dahin heimzukehren, von wo man einst gestartet war. Nein, es ist dieser künftige, bewusst zu erlebende, letzte Moment des Be-

Wie es wohl in einem Todesengel aussehen muss, nachdem er jahraus, jahrein mit dem Giftköfferchen zur Arbeit gefahren ist?

wusstseins, der alle ängstigt – nicht das Totsein also, sondern das Totwerden. Das führt immer wieder zu interdisziplinären Herausforderungen für Freundinnen und Freunde, Verwandte, Pflegepersonal, seelsorgerisch Tätige sowie Hausärztinnen und -ärzte – denn mit dem Idealbild des sanften Entschlafens ist es halt in der Praxis so eine Sache. Und da steht dann manchmal auch das Begehren im Raum, die Dinge selbst in die Hand zu nehmen. Dr. Mattinero möchte sich einem derartigen Wunsch nicht a priori verschliessen und lobt unser Rechtssystem, das hier viel eigenverantwortliche Freiheit gewährt. Diese will er aber keinesfalls an einschlägige Institutionen übertragen. Beförderungsaufträge unterschreibe er grundsätzlich nur am nahe gelegenen Postschalter, ätzt der alte Zyniker. Es geht ihm dabei nicht um Gewissen und Moral, sondern einfach um die Frage, ob er in einer Gesellschaft leben möchte, wo «Diplomierter Einschläferungshelfer» zur gängigen Berufsbezeichnung werden könnte und der ausländischen Kundschaft anstatt Roaminggebühren Abräumungsgebühren inklusive Mehrwertsteuer belastet würden. Doch viel mehr als diese glücklicherweise spekulativen Taktlosigkeiten schreckt ihn der ganz konkrete Gedanke,



Eigentlich müssten die Jungmütter in ihren Schulkindertaxis für die künftige Gesundheit des Planeten sorgen, findet Dr. Mattinero auf seinem Morgenspaziergang.

wie es denn wohl im Innern eines solchen Todesengels einmal aussehen muss, nachdem er jeden Morgen, jahraus, jahrein mit seinem Giftköfferchen zur Arbeit gefahren ist.

Institution versus kritische Reflexion

Dr. Mattiniero giftelt also gegen eine institutionelle Selbstverständlichung und nicht gegen die assistierte Selbsttötung an sich. Er ist aber in einer Kultur aufgewachsen, wo andere Meinungen noch gerne angehört und respektiert wurden. So möchte er denn – ohne jeden Anspruch auf Vollständigkeit – eine kleine Auswahl von Denkern rund um diesen Themenkomplex zu Worte kommen lassen. Sie konnten sich zwar zu

Logik der Routine anstelle individueller Abwägung. Dies führe zu einer Enthumanisierung der Gesellschaft.

Lebzeiten naturgemäss noch keine Meinung zu Sterbehilfeorganisationen bilden. Trotzdem hinterliessen sie uns einige allgemeine Betrachtungen über den Suizid und zum Wesen und zur Funktion von Institutionen. Der altgriechische Lebenskünstler Epikur (341–270 v. Chr.) beispielsweise sieht bei entsprechendem Leidensdruck einen selbstgewählten Notausgang ausdrücklich vor. Arthur Schopenhauer (1788–1860) ist da hingegen völlig anderer Ansicht. Für ihn ist der Suizid keine taugliche Lösung, er sei nämlich keine Ausschaltung des Lebenswillens, sondern gerade dessen extremste Manifestation. Anders gesagt: In Wahrheit möchte der Selbstmörder gar nicht sterben, sondern äusserst gerne einfach schmerzlos leben. Diametral entgegengesetzte Meinungen gibt es auch zu unseren Institutionen. Ganz allgemein regeln und vereinheitlichen sie komplexe Aufgaben des Zusammenlebens und entlasten das Individuum damit in Bezug auf dessen persönliche Verantwortung. Für den rechtskonservativen Philosophen und Soziologen Arnold Gehlen (1904–1976), dessen beruflicher Stern schon Nazideutschland erleuchtete, galten solche normierten Strukturen und Verhaltensweisen als notwendige Kompensation für unsere – im Gegensatz zu anderen Lebewesen – mangelhaft ausgeprägten Instinkte. Mit anderen Worten: Um uns nicht über jeden Einzelfall den Kopf zu zerbrechen, brauche es selbständig handelnde Einrichtungen, die unser Denkorgan vom alltäglichen Krimskrams entlasten und dieses somit für edlere Aufgaben freihalten würden. Sein linksprogressiver Gegenspieler und Patenonkel der 68er-Bewegung, Theodor Adorno (1903–1969), sah gerade in diesem Outsourcing von Zuständigkeiten eine

Lähmung eigenen Denkens sowie einen Verlust von Kreativität und zwischenmenschlicher Spontaneität. Institutionen zeigten nämlich – egal für welche Werte sie anfangs eingestanden seien – eine fatale Tendenz zum Eigenleben, das sich zunehmend jeder kritischen Reflexion entziehe. Nackte Logik der Routine also anstelle individueller Abwägung. Dies führe schliesslich zu einer schleichenden Enthumanisierung unserer Gesellschaft.

Schopenhauer als Familienplaner

Dr. Mattiniero möchte das jetzt einfach mal so stehen lassen, um sich wieder der Umweltproblematik zuzuwenden, von der er ja anfänglich ausgegangen ist. So fragt er sich, ob die obgenannten Denker wohl dazu beitragen könnten, dem Klimamord und unserem damit verbundenen kollektiven Suizid Gegensteuer zu geben. Epikur fällt da gänzlich weg. Für diesen Apostel eines schmerzlos angenehmen Hier und Jetzt wären solche Zukunftssorgen nicht mehr als ein unnützer Stress. Arnold Gehlen würde die Sache wahrscheinlich mit Hilfe mächtiger Umwelt-Institutionen per Diktat angehen, und das wäre durchaus nicht unproblematisch: Verordnete Einsichten haben es nämlich erfahrungsgemäss schwer, in den Köpfen des Homo sapiens wirklich Fuss zu fassen. Theodor Adorno hingegen zöge wohl auch beim Klimaschutz die spontane, menschliche Kreativität und eigenverantwortliches Denken allen Institutionen vor. Doch gerade beim Denken, da hapert es eben beim breiten Volk. Da mutet ihm der gesellschaftskritische Intellektuelle allzu viel zu. Vielleicht täte hier ja wirklich

Das einzig mögliche Glück des Menschen liegt für diesen Philosophen im Totalverzicht auf alle unsere Bedürfnisse.

eine Prophetin not, so eine wie Greta Thunberg, die uns die elende Situation laut und deutlich entgegen-schreit. Bei Schopenhauer gäbe es allerdings noch eine andere, weit stillere und mindestens ebenso wirksame Lösung. Das einzig mögliche Glück des Menschen liegt für diesen bärbeissigen Philosophen nämlich in der Askese, dem Totalverzicht auf alle unsere Bedürfnisse. Eine solche Maximalforderung erscheint dem lebenslustigen Dottore natürlich übertrieben. Aber eine weltweite Enthaltensamkeit auf Zeit wäre für ihn schon eine Option. Sie wäre dank der damit verbundenen Senkung der Geburtenrate sogar sehr nachhaltig.

Bildnachweis

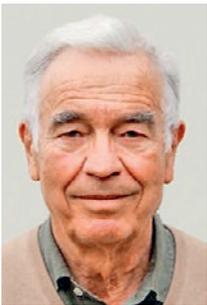
Veerathada Khaipet | Dreamstime.com, Symbolbild

Jann P. Schwarzenbach
Via Guidino 9
CH-6900 Paradiso
jann.schwarzenbach[at]
gmail.com

Zweifel

Hans Stalder

Prof. em. der Medizin, Redaktionsmitglied



*Il y a quelque chose de logique, et même de moral, dans le fait que ce soient surtout nous, les vieux, qui payons le plus lourd tribut à cet ogre sans frontières. – Raison de plus pour lui échapper, dis-je.**

Ich bin glücklich! Das Coronavirus hat mich bislang nicht erwischt, und ich bin nun schon zweimal geimpft worden. Nach einigen vergeblichen Versuchen konnte ich mich online für die erste Impfung einschreiben und bekam am nächsten Tag einen Termin. Der zweite folgte vier Wochen später, beide wurden auf meinem Handy bestätigt. Nach anfänglichen Schwierigkeiten hat also alles wie am Schnürchen geklappt. Ich verspüre keine Nebenwirkungen und kann heute meine Enkelkinder ohne Angst wieder in die Arme schliessen. Was für ein Privileg!

Ich mache keinen Hehl daraus, dass ich anfangs Zweifel hatte: Sich Ribonukleinsäuren von einem Virus injizieren lassen? Damit diese in meine Zellen eindringen, um ihre viralen Proteine zu synthetisieren? Schnell wurde mir bewusst, dass dies ja jedes Mal passiert, wenn uns ein Virus infiziert oder wenn wir mit abgeschwächten Viren z.B. gegen Röteln, Masern oder Mumps geimpft werden. Die Viren zwingen uns dazu, Tausende ihrer viralen mRNA-Moleküle zu produzieren ... Da sind die neuen mRNA-Impfstoffe viel raffinierter, denn es besteht nicht die Gefahr, dass sich ein abgeschwächtes Virus wieder in eine virulente Mutante verwandelt oder dass sich die RNA in unsere DNA integriert, wie es bei Retroviren mit ihrer Retrotransferase der Fall ist. Die mRNA-Impfstoffe pro-

Ich verstehe nicht, warum sich Ärzte weigern, sich impfen zu lassen: Wieso wollen sie sich und andere nicht schützen?

duzieren genau das signifikante Oberflächenprotein, dessen Antikörper uns vor dem Virusbefall schützen. Und schliesslich sind die Ergebnisse der Impfversuche spektakulär und übertrafen alle Erwartungen: 95% Effizienz und wenig Nebenwirkungen!

Einmal geimpft, überkamen mich jedoch neue Zweifel. Warum gerade ich? Ich, mit meiner staatlichen Rente, einem Haus mit Garten und einem Computer, mit dem ich Konzerte und Opern herunterladen kann? Ganz klar gehöre ich zu den Privilegierten in dieser Epide-

mie. Warum werden nicht zuerst die Jüngsten geimpft, die ihr ganzes Leben noch vor sich haben, warum nicht diejenigen, die dem Virus viel stärker ausgesetzt sind, wie zum Beispiel die Kassiererinnen im Supermarkt? Hätte ich nicht ihnen meine Impfstoffdosen überlassen sollen? Oder den Ärzten und dem Pflegepersonal in Altersheimen, Krankenhäusern und der Spitex?

Einmal geimpft, überkamen mich jedoch neue Zweifel. Warum gerade ich, der zu den Privilegierten in dieser Epidemie gehört?

Unter dem Pflegepersonal gibt es immer noch viele, die sich nicht impfen lassen wollen. Denen habe ich keine Dosis geklaut. Übrigens verstehe ich überhaupt nicht, warum sich Ärzte und Pflegepersonen weigern, sich impfen zu lassen: Wie können sie, dem Virus tagtäglich ausgesetzt, sich nicht schützen wollen? Weshalb konsultieren sie nicht seriöse und schlüssige wissenschaftliche Daten, die die Wirksamkeit und Sicherheit des Impfstoffs belegen? Wie können sie, die einen entschieden altruistischen Beruf gewählt haben, das Risiko eingehen, eine potenziell tödliche Krankheit an Patienten zu übertragen, die sich vertrauensvoll an sie wenden?

Natürlich beruhigte es mich, dass unsere Behörden entschieden haben, dass vulnerable Personen den Impfstoff als Erste erhalten sollen. Aufgrund meines Alters gehöre ich dazu, wie einige meiner gleichaltrigen Freunde (und sogar einige viel jüngere) bezeugen, die stark von der Krankheit und ihren Folgen betroffen oder gar verstorben sind.

Man sagt, die Impfung soll verhindern, dass die Intensivstationen der Krankenhäuser überlastet werden. Wenn man mich hierzu befragt hätte, hätte ich geantwortet, dass ich sowieso nicht auf die Intensivstation will. Ich muss zugeben, meine Motivation für die Covid-19-Impfung war eher (oder sogar rein?) egoistisch, ähnlich wie bei der jährlichen Grippeimpfung, welcher ich mich unterziehe: Ich möchte einfach nur geschützt sein. Also befolge ich gehorsam und etwas scheinheilig die Richtlinien unserer Gesundheitsbehörden. Und jetzt hoffe ich, dass ich bald meinen Impfpass erhalte, damit ich wieder reisen und ins Kino, ins Theater und in Konzerte gehen kann. Abermals Zweifel?

* Bernard Pivot. ...mais la vie continue. Paris: Albin Michel; 2020.

