

Schweizerische Ärztezeitung

562 Editorial
von Yvonne Gilli
**Achterbahnfahrt mit
dem Bundesrat**

563 FMH
**ST Reha 1.0: Das neue
Tarifsystem der stationären
Rehabilitation**

592 «Zu guter Letzt»
von Eberhard Wolff
**Wie viel Mabuse braucht
die Medizin?**

585 Tribüne
**Wie reagiere ich auf Auskunftsbegehren
der Staatsanwaltschaft?**



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: Yvonne Gilli

562 **Achterbahnfahrt mit dem Bundesrat**

TARIFFRAGEN: Bruno Trezzini, Beatrix Meyer

563 **ST Reha 1.0: Das neue Tarifsysteem der stationären Rehabilitation**

RECHT: Iris Herzog-Zwitter

567 **Arzthaftungsmodul der FMH und SIM für medizinische Gutachter**568 **Personalien****Nachrufe**569 **In memoriam Heiner Scheier (1926–2021)****Organisationen der Ärzteschaft**

SGAIM: Trägerschaft «smarter medicine – Choosing Wisely Switzerland»

572 **«smarter medicine»: weitere Top-5-Liste für die ambulante Allgemeine Innere Medizin****FMH Services**576 **Seminare / Séminaires / Seminari 2021**577 **Stellen und Praxen** (nicht online)**Augenheilkunde von 1899 bis 1954**

gelebt und gezeichnet



Balder P. Gloor
Augenheilkunde von 1899 bis 1954 gelebt und gezeichnet
Der Nachlass von Dr. med. Arthur Gloor-Largiadèr in der Zentralbibliothek Solothurn 2017. 495 Seiten, 651 Abbildungen, davon 575 in Farbe, 11 Tabellen, 26 Grafiken, 1 Karte. Gebunden.
CHF 58.– / € (D) 58.–
ISBN 978-3-03754-097-8
EMH Schweizerischer Ärzteverlag

Es ist ein Schatz der Augenheilkunde: der Nachlass des ersten Solothurner Augenarztes Arthur Gloor, der von 1899 bis 1954 in eigener Praxis und von 1905 bis 1941 auch als Augenarzt des Bürgerspitals tätig war. Der Nachlass enthält in 67 Diarien-Bänden die minutiös geführten Krankengeschichten von 45 000 Patienten mit zahlreichen hervorragenden Zeichnungen. Aufgearbeitet hat diesen Nachlass *Balder P. Gloor* am Ende seiner eigenen Laufbahn als Augenarzt. Damit ist dieses Buch auch ein Spiegel der vom Ende des 19. Jahrhunderts bis zum Anfang des 21. Jahrhunderts reichenden vorwiegend schweizerischen Geschichte der Augenheilkunde, mit zahlreichen Hinweisen auf das gesamtmedizinische Umfeld.

Weitere Informationen finden Sie unter shop.emh.ch

Ihre Bestellmöglichkeiten: +41 (0)61 467 85 55 | auslieferung@emh.ch | shop.emh.ch

EMH Schweizerischer Ärzteverlag AG | Farnburgerstrasse 81 | CH-4132 Muttenz

Tribüne

585



RECHT: Christian Peter

Wie reagiere ich auf Auskunftsbegehren der Staatsanwaltschaft? Für Ärztinnen und Ärzte ist es nicht immer leicht zu entscheiden, ob sie behördlichen Aufforderungen zur Herausgabe von Patientendaten im Rahmen eines Strafverfahrens nachkommen sollen. Unter anderem stellt sich die Frage, ob die Herausgabe mit dem Berufsgeheimnis vereinbar ist. Oder gibt es gar Vorgaben, die verlangen, bei der Aufklärung von Straftaten mitzuwirken? Fest steht: Bei der Herausgabe von Patientendaten ist blinder Gehorsam gegenüber den Behörden nicht angezeigt.

Horizonte

KUNST: Andrin Schütz

589 **Kunst als Lebensnerv und Zeichen der Hoffnung**

591 **Preise und Auszeichnungen**

Zu guter Letzt

Eberhard Wolff

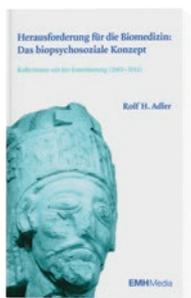
592 **Wie viel Mabuse braucht die Medizin?**

FELMY

KA

Herausforderung für die Biomedizin:

Das biopsychosoziale Konzept



Rolf H. Adler
Herausforderung für die Biomedizin
Das biopsychosoziale Konzept
 2017. 171 Seiten
 CHF 24.50
 ISBN 978-3-03754-110-4

EMH Schweizerischer Ärzteverlag

Rolf H. Adler

Seit der zweiten Hälfte des 20. Jahrhunderts hat die Medizin dank Einbezug psychischer und sozialer Faktoren wesentliche Fortschritte gemacht. Im Sinne der Vordenker in diesem Bereich, leistet Rolf H. Adler in seinem Buch einen Beitrag zum Paradigmenwechsel von einem biologischen zu einem biopsychosozialen Konzept der Medizin, das durch Technisierung und die Sparanstrengungen in eine Krise gerät.

Weitere Informationen finden Sie unter shop.emh.ch

Ihre Bestellmöglichkeiten: +41 (0)61 467 85 55 | auslieferung@emh.ch | shop.emh.ch
 EMH Schweizerischer Ärzteverlag AG | Farnsburgerstrasse 8 | CH-4132 Muttentz

Impressum

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

Verlag: EMH Schweizerischer Ärzteverlag AG, Farnsburgerstrasse 8, 4132 Muttentz, 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, dml@fmh.ch

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

Abonnementspreise: Jahresabonnement 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 kommerziell – Keine Bearbeitung 4.0 international» das zeitlich unbeschränkte Recht zu gewähren, das Werk zu vervielfältigen 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 publizierten Angaben wurden mit der grössten Sorgfalt überprüft. Die angegebenen Dosierungen, Indikationen und Applikationsformen, vor allem von Neuzulassungen, sollten in jedem Fall

mit den Beipackzetteln der verwendeten Medikamente verglichen werden.

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

printed in **switzerland**



Titelbild: © Wavebreakmedia Ltd | Dreamstime.com

Achterbahnfahrt mit dem Bundesrat

Yvonne Gilli

Dr. med., Präsidentin der FMH



Die Wellen dieser Pandemie erinnern an eine Achterbahnfahrt – mit mehreren Besonderheiten: In der Pandemie-Achterbahn geht es schneller aufwärts als abwärts und sie ist gefährlich. Regelmässig werden Menschen hinausgeschleudert, werden verletzt und sterben sogar, bei höheren Anstiegen besonders viele. Es gibt zu wenig Sicherheitsgurte, sie wurden zwar bestellt, doch bis alle einen erhalten, könnte es noch eine ganze Weile dauern. Nach über einem Jahr der Fahrt wissen wir immer noch nicht, welches die gefährlichen Kurven sind und welche Vorkehrungen die Menschen wie gut schützen. Darum sollen sich alle gut festhalten, denn die Bahn bremst mal mehr, mal weniger stark und zuckelt im Schnecken tempo dahin. Der Unmut unter den Fahrgästen wächst.

Im April 2021 reagiert der Bahnbetreiber auf die immer lautere Kritik der Ausgebremsten, die in der Bahn feststeckend verzweifeln. Man könne nun trotz steigender Fallzahlen wieder Gas geben und die behördlichen Massnahmen zur Bekämpfung der Pandemie stark lockern. Vier der fünf Stoppschilder, die der Bahnbetreiber selbst zuvor aufgestellt hat, überfährt

Was wie ein Lob der Bevölkerung klingt, wälzt tatsächlich die Verantwortung für die Zahl der Neuinfektionen auf diese ab.

er dabei. Ob er Angst gehabt hätte, dass die Leute die Geduld verlieren? Nein, die meisten verhielten sich verantwortungsvoll, es könne funktionieren, wenn alle «sehr gut mitmachen».

Was wie ein Lob der Bevölkerung klingt, wälzt tatsächlich die Verantwortung für die Zahl der Neuinfektionen auf diese ab und ignoriert die Verpflichtungen des Bahnbetreibers. Zugegeben, es kommt oft nicht darauf an, was die Politik *beschliesst*, sondern darauf, was sie selbst und die Leute *tun*. In der Medizin nennen wir das Einhalten eines Therapieplans Compliance oder Adhärenz. Die Therapie ist immer nur so gut wie das, was beim Patienten ankommt. Genauso ist Pandemiepolitik nur so gut wie das, was in der Bevölkerung ankommt. Dies mindert jedoch nicht die Bedeutung des Therapieplans, im Gegenteil, es erhöht den Anspruch an seine Qualität. Die Kunst in Medizin und Politik ist

es, theoretisch gute Pläne mit einer erfolgreichen praktischen Umsetzung zu verbinden.

Was also tun, wenn es bei der Umsetzung harzt, die Compliance nachlässt? Man kann auf Autorität setzen, wie in Ostpreussen 1710, als auf Verstösse gegen die Pest-Massnahmen der Tod durch Erhängen drohte [1]. Man kann aber auch selbstkritisch über die Bücher gehen und sich fragen, wo die Therapie bislang nicht überzeugt hat: Wurden die richtigen Massnahmen erfolgreich aufgeleitet? Welche Wirkungen, welche Nebenwirkungen zei-

Unzufriedenheit kann zeigen, dass der Therapieplan nicht ausreichend praxistauglich ist.

gen sie? Welche Kosten, welchen Nutzen? Und haben wir aus dem bisherigen Behandlungsverlauf gelernt und alle neuen Möglichkeiten genutzt? Zeigt die Unzufriedenheit, dass die Bringschuld für die bestmögliche und am wenigsten belastende Therapie nicht erfüllt wurde, der eigene Plan nicht ausreichend praxistauglich ist?

Unser Bahnbetreiber wählt einen dritten Weg. Er bewirtschaftet Probleme, indem er je nach Lautstärke des Protests mal mehr, mal weniger bremst und, selbst gut angeschnallt, die Menschen auffordert, sich besser festzuhalten. Er handelt ähnlich wie ein Arzt, der das immer gleiche Medikament mal niedriger, mal höher dosiert – und den Patienten zur korrekten Einnahme ermahnt. Mit reduzierter Dosis lassen die Nebenwirkungen nach – aber auch die Wirkung und umgekehrt. Nach einem Jahr der Pandemie sollten wir wissen, welche Kurve wie gefährlich ist, und gezielter handeln können. Wir sollten eine Teststrategie haben, die diesen Namen verdient. Wir sollten die teure Achterbahnfahrt mit Hilfe kostendeckender Impfungen in Arztpraxen verkürzen. Wir sollten über Impfbefreiungen verfügen und über ein Konzept, was wir tun, falls es bald schon wieder neue Gurte braucht. All dies läge in der Verantwortung des Bahnbetreibers. Ein Stop-and-go in der Hoffnung, dass sich alle gut genug festhalten, bis es ausreichend Sicherheitsgurte hat, reicht nicht.

Literatur

- 1 Fox W. Compliance of patients and physicians: experience and lessons from tuberculosis. *Br Med J.* 1983;287(6384):33–5.

ST Reha 1.0: Das neue Tarifsystem der stationären Rehabilitation

Bruno Trezzini^a, Beatrix Meyer^b

^a Dr. phil., Experte, Abteilung Stationäre Versorgung und Tarife, FMH; ^b Leiterin Abteilung Stationäre Versorgung und Tarife, FMH

Die schweizweit einheitliche Tarifstruktur ST Reha 1.0 liegt vor. Sie basiert auf leistungsbezogenen Tagespauschalen und soll per 1. Januar 2022 in Kraft treten. Zentrale Anliegen der FMH sind in die Tarifstruktur eingeflossen. Um die leistungsbezogene Abbildung aller Versorgungsmodelle zu gewährleisten, gilt es, eine Ergänzung zu den bestehenden rehaspezifischen CHOP-Kodes zu erarbeiten.

Nach langer Entwicklungszeit und der Überwindung zahlreicher Hürden ist es so weit: Der Verwaltungsrat der SwissDRG AG hat der Einführungsversion ST Reha 1.0 zugestimmt. Die Genehmigung durch den Bundesrat vorausgesetzt, wird ST Reha per 1. Januar 2022 in Kraft treten [1]. Nach der Einführung von SwissDRG in der Akutsomatik im Jahr 2012 und TARPSY in der Psychiatrie im Jahr 2018 kommen also auch in der Rehabilitation leistungsbezogene Pauschalen zur Anwendung. Damit werden die gesetzlichen Vorgaben gemäss Artikel 49 KVG umgesetzt. Die FMH und die betroffenen Fachgesellschaften haben die Entwicklung von ST Reha von Anfang an eng begleitet [2] und im letzten

Der Leistungsbezug sollte weiter verbessert werden, ohne zu einem überbordenden Dokumentationsaufwand zu führen.

Dezember auch zur Einführungsversion detailliert Stellung genommen. Die dort formulierten drei Vorbehalte der Fachgesellschaften zu ST Reha 1.0 konnten erfreulicherweise in Zusammenarbeit mit den Partnern weitgehend ausgeräumt werden. Im Folgenden beschreiben wir die wichtigsten Charakteristika von ST Reha 1.0 und heben die aus Sicht der FMH zentralen Entwicklungsschwerpunkte für künftige ST-Reha-Versionen hervor.

Vom indirekten zum direkten Leistungsbezug

Ursprünglich wurde bei der Entwicklung von ST Reha der Ansatz verfolgt, den Leistungsbezug indirekt abzubilden. Dies beinhaltete die Bestimmung des Leis-

tungsbereichs (neurologische, kardiovaskuläre, pulmonale oder andere Funktionseinschränkungen) und die Erfassung des Schweregrads der Funktionseinschränkungen [3]. Eine direkte Erfassung der Behandlungsintensität war nicht vorgesehen. Am 1. Juni 2018 entschied der Verwaltungsrat der SwissDRG AG jedoch, dass ST Reha durch den zusätzlichen Einbezug von Kodes der Prozedurenklassifikation CHOP einen direkten Leistungsbezug erhalten soll [4].

Definierte Basis- und Zusatzleistungen als zentrale Grundlage

Bereits im Vorfeld engagierte sich die FMH zusammen mit den Fachgesellschaften, um die Basis- und Zusatzleistungen von acht Rehabilitationsarten [5] zu definieren. Basisleistungen umfassen dabei all jene Leistungen, welche jeder Patient für eine qualitativ hochstehende Rehabilitation mindestens erhalten soll. Zusatzleistungen werden je nach Indikation und Bedarf ergänzend erbracht, um eine an die Patientenbedürfnisse optimal angepasste Behandlung zu gewährleisten [6]. Diese umfangreichen Arbeiten der FMH und ihrer Fachgesellschaften sind weitgehend in die CHOP eingeflossen, auch wenn Kompromisse gegenüber den Partnern der SwissDRG AG erforderlich waren. Geschaffen wurden damit die CHOP-Kodes BA.1 bis BA.8 für die Basisleistungen der acht Rehabilitationsarten und der BB.1-CHOP-Kode für indikationsbezogene Zusatzleistungen [7]. Die in den Basisleistungen enthaltenen Definitionen von therapeutischen Mindestschwellen haben im Vorfeld teilweise zu Missverständnissen geführt. So wurden Befürchtungen laut, dass Versorgungsmodelle mit einer eher pflegeorientierten Reha-

bilitation beispielsweise für geriatrische Patienten von ST Reha ausgeschlossen werden könnten [8]. Dies trifft jedoch nicht zu. Ausserdem bestand die Sorge, dass es zu einem Leistungsabbau und einer Qualitätseinbusse kommen könnte, falls wichtige therapeutische Leistungen über der Mindestschwelle nicht mehr vergütet würden. Dieses Problem konnte jedoch inzwischen

mit der Schaffung des zusätzlichen BB.2-CHOP-Kodes entschärft werden. Mit diesen Kodes ist es seit Anfang 2021 möglich, die erbrachten Therapieleistungen oberhalb der definierten Mindestschwellen abgestuft zu erfassen.

ST Reha 1.0 kurz erklärt

Die SwissDRG AG hat ST Reha 1.0 basierend auf den Leistungs- und Kostendaten des Jahres 2019 von 65 Kliniken kalkuliert [9]. Insgesamt 59 585 plausible Patientenfälle gingen in die Kalkulation ein, wovon 72% auf die Alterskategorie 65 Jahre oder älter entfielen. Die einzelnen Fälle werden anhand eines Patientenklassifikationsalgorithmus (*Groupier*) verschiedenen Rehabilitations-Kostengruppen (RCGs) zugeteilt. Im *Groupier* kommen die folgenden kostentrennenden Gruppierungskriterien zur Anwendung: (1) die Basisleistungen in der Rehabilitation (BA-Kodes); (2) die Analogiekodierung der ursprünglichen vier Leistungsbereiche (neurologische, kardiovaskuläre, pulmonale und andere Funktionseinschränkungen [10]); (3) Zusatzleistungen in der Rehabilitation (wie der BB.1-Kode oder eine Berufsrehabilitation); (4) Indikatoren für das Ausmass von kognitiven oder motorischen Funktionseinschränkungen; (5) aufwendige Diagnosen und (6) das Alter. ST Reha 1.0 umfasst neun Basis-RCGs, welche in bis zu drei Untergruppen aufgeteilt und mit unterschiedlichen Tageskostengewichten hinterlegt sind (Tab. 1). Acht Basis-RCGs entsprechen dabei den acht Rehabilitationsarten. In diese acht Basis-RCGs wird ein Fall einerseits mittels der CHOP-Kodes der Basisleistungen BA.1 bis BA.8 zugeteilt. Wurde keiner der Kodes BA.1 bis BA.8 kodiert, kann der Fall andererseits anhand der Analogiekodierung in eine dieser acht Basis-RCGs gelangen [11]. Die neunte Basis-RCG (TR80) repräsentiert die Restgruppe «Rehabilitation ohne weitere Angabe».

Insgesamt besteht die Tarifstruktur aus 21 RCGs. Wie schon im Falle von TARPSY hatten die Analysen der SwissDRG AG ergeben, dass Tagespauschalen geeigneter für die Tarifierung der stationären Rehabilitation sind als Fallpauschalen. In der Regel sind die anwendbaren Tageskostengewichte über einen ganzen Rehabilitationsaufenthalt hinweg konstant. Einzig bei der RCG TR18Z (psychosomatische Rehabilitation) ist die Aufenthaltsdauer in unterschiedlich kostenintensive Phasen unterteilt (Tab. 1). Der Erlös für die erbrachten Rehabilitationsleistungen ergibt sich schlussendlich aus der Multiplikation der Tageskostengewichte mit der Anzahl Aufenthaltstage des Patienten und dem ausgehandelten Basispreis. Mit der Tarifstruktur allein können jedoch nicht alle Kostenunterschiede zwi-

Tabelle 1: Reha Cost Groups (RCGs) und deren Tageskostengewichte (TKG).

RCG	Bezeichnung RCG	TKG
TR11 Rehabilitation für Kinder und Jugendliche		
TR11A	Rehabilitation für Kinder und Jugendliche, Alter <19 Jahren, mit komplizierender Diagnose	1.962
TR11B	Rehabilitation für Kinder und Jugendliche, Alter <16 Jahren	1.752
TR11C	Rehabilitation für Kinder und Jugendliche	1.173
TR13 Neurologische Rehabilitation		
TR13A	Aufwendige neurologische Rehabilitation mit komplizierender Diagnose oder mit hohem Zusatzaufwand	1.348
TR13B	Neurologische Rehabilitation mit komplizierender Diagnose oder mit Zusatzaufwand oder mit bestimmter Behandlung	1.114
TR13C	Neurologische Rehabilitation	1.007
TR14 Internistische oder onkologische Rehabilitation		
TR14A	Aufwendige internistische oder onkologische Rehabilitation mit komplizierender Diagnose	1.191
TR14B	Internistische oder onkologische Rehabilitation mit bestimmter Funktionseinschränkung	1.045
TR14C	Internistische oder onkologische Rehabilitation	0.982
TR15 Geriatrische Rehabilitation		
TR15A	Aufwendige geriatrische Rehabilitation mit komplizierender Diagnose oder mit bestimmter Behandlung	1.072
TR15B	Geriatrische Rehabilitation	0.973
TR16 Muskuloskeletale Rehabilitation		
TR16A	Aufwendige muskuloskeletale Rehabilitation mit komplizierender Diagnose oder mit bestimmter Behandlung	1.077
TR16B	Muskuloskeletale Rehabilitation mit bestimmter Funktionseinschränkung	0.933
TR16C	Muskuloskeletale Rehabilitation	0.898
TR17 Pulmonale Rehabilitation		
TR17A	Aufwendige pulmonale Rehabilitation mit begrenzter Leistungsfähigkeit oder mit bestimmter Diagnose oder mit bestimmter Behandlung	1.091
TR17B	Pulmonale Rehabilitation	0.979
TR18 Psychosomatische Rehabilitation		
TR18Z	Psychosomatische Rehabilitation	1.302* 0.838** 0.630***
TR19 Kardiale Rehabilitation		
TR19A	Aufwendige kardiale Rehabilitation mit bestimmter Funktionseinschränkung	0.900
TR19B	Kardiale Rehabilitation	0.782
TR80 Rehabilitation ohne weitere Angabe		
TR80Z	Rehabilitation ohne weitere Angabe	0.782
TR96 Nicht gruppierbar		
TR96Z	Nicht gruppierbar	-

* von Aufenthaltstag 1 bis 3; ** von Aufenthaltstag 4 bis 25; *** ab Aufenthaltstag 26.
Quelle: Basierend auf SwissDRG AG, RCG-Katalog ST Reha 1.0, 12.3.2021 (www.swissdrdg.ch)
→ Rehabilitation → ST Reha System 1.0/2022 → RCG-Katalog).

schen Spitälern erklärt werden; regionale Lohnunterschiede oder spital- und klinikindividuelle Strukturmerkmale sind beispielsweise nicht darin abgebildet [12]. Auch gilt es bei der Systemumstellung zu beachten, dass gewisse Leistungen, z.B. therapeutische Belastungserprobungen, im neuen System anders behandelt werden (nämlich als urlaubsbedingte Abwesenheit) und deshalb eine geringere Vergütung resultiert als im alten System. Solche Aspekte sind bei den Tarifverhandlungen zu berücksichtigen.

Wichtige Anliegen der Fachgesellschaften wurden aufgenommen

Der *Groupier* von ST Reha 1.0 weist Unzulänglichkeiten auf, welche Fehlanreize, eine Verwässerung des Leistungsbezugs oder einen vermehrten administrativen Aufwand nach sich ziehen können. Deshalb unterbreitete die FMH in ihrer Stellungnahme zu ST Reha 1.0 der SwissDRG AG verschiedene Anpassungs- und Vorgehensvorschläge. Im weiteren Verlauf der Vernehmlassung und nach verschiedenen Gesprächen zwischen den Partnern wurden die Anliegen der FMH und der

Über ST Reha müssen sich unterschiedliche Versorgungsmodelle sachgerecht abbilden und vergüten lassen.

betroffenen Fachgesellschaften erfreulicherweise weitestgehend berücksichtigt. So nahm die SwissDRG AG beispielsweise einen normativen Eingriff vor, um zu gewährleisten, dass das Tageskostengewicht der Restgruppe TR80Z nicht höher ausfällt als die Tageskostengewichte aller anderen RCGs. Des Weiteren wird die behelfsmässige Verwendung von Analogiekodierungen anstelle der bestehenden rehaspezifischen CHOP-Kodes nur bis maximal zur Datenerhebung 2024 (Daten 2023) erlaubt sein. Dies ist deshalb wichtig, weil die Analogiekodierungen über keinen expliziten Leistungsbezug verfügen. Schliesslich bestand auch die Befürchtung, im Falle von Patienten, die jünger als 19 oder älter als 79 Jahre sind, mit zusätzlichem administrativem Aufwand oder gar einem Erlösausfall konfrontiert zu werden. Dies deshalb, weil bei solchen Patienten die Zuordnung zu einer spezifischen Basis-RCG am Ende der Behandlung unter Umständen vom Leistungsauftrag der Klinik oder der ursprünglichen Kostengutsprache abweichen kann [13]. Die Gesundheitsdirektorenkonferenz (GDK) hat auf Anregung der FMH dankenswerterweise ein klärendes Schreiben zum kantonalen Leistungscontrolling unter ST Reha verfasst, das diese Problematik entschärft. Die GDK

verweist u.a. darauf, dass die Kantone das Leistungscontrolling nicht aufgrund der Rechnung, sondern aufgrund der erbrachten Leistungen vornehmen.

Abbildung der pflegeorientierten Rehabilitation vorantreiben

Aus einer Reihe von Entwicklungsschwerpunkten für künftige ST-Reha-Versionen, welche die FMH zuhanden der SwissDRG AG zusammengestellt hat, sollen im Folgenden drei hervorgehoben werden: die Ablösung der Analogiekodierung, die Schaffung rehaspezifischer Zusatzentgelte z.B. für teure Medikamente sowie Massnahmen zur Verbesserung der Datenqualität [14]. Durch die Analogiekodierung kommt es zu einer Verwässerung des geforderten Leistungsbezugs und zu Fehlanreizen [15]. Deshalb ist eine rasche Ablösung der Analogiekodierung wichtig. Der geeignetste Weg, um dies zu erreichen, ist aus Sicht der FMH und ihrer Fachgesellschaften die Schaffung eines spezifischen CHOP-Kodes für die pflegeorientierte Rehabilitation. Dadurch würde sowohl den Ansprüchen an eine qualitativ hochstehende Rehabilitation als auch der Realität unterschiedlicher Versorgungsstrukturen adäquat Rechnung getragen. Demgegenüber haben sich die FMH und ihre Fachgesellschaften entschieden gegen eine allfällige Absenkung der bestehenden Mindestschwellen bei den therapeutischen Leistungen ausgesprochen.

Anträge für reha-spezifische Zusatzentgelte in Arbeit

Die im Zusatzentgelt-Katalog [16] der Akutsomatik aufgeführten Leistungen dürfen zusätzlich zur ST-Reha-Pauschale abgerechnet werden. Zu nennen sind hier beispielsweise teure Medikamente oder Verfahren wie die Dialyse. Teilweise handelt es sich dabei um Leistungen, die klinikextern erbracht werden. Es ist zwar positiv, dass die Zusatzentgelte der Akutsomatik auch für ST Reha 1.0 gültig sind. Für künftige ST-Reha-Versionen ist jedoch zu prüfen, welche reha-spezifischen Zusatzentgelte es zusätzlich braucht. Auf Anregung von Spitalvertretenden hat H+ deshalb bei den Rehabilitationskliniken Informationen zu kostenintensiven Medikamenten gesammelt. Basierend darauf wird die FMH zusammen mit den Fachgesellschaften im Rahmen des diesjährigen Antragsverfahrens [17] entsprechende Anträge für die Schaffung von Zusatzentgelten oder für die Aufnahme auf die Liste der in der Medizinischen Statistik erfassbaren Medikamente/Substanzen stellen.

Datenqualität verbessern

Etwas mehr als ein Fünftel der für das Jahr 2019 gelieferten Fälle erwies sich gemäss der SwissDRG AG als unplausibel und musste von den Kalkulationen ausgeschlossen werden. Die SwissDRG AG hat deshalb bereits den Dialog mit den Kliniken gesucht und Massnahmen zur Verbesserung der Datenqualität eingeleitet, z.B. Plausibilitätstests und Einzelfallprüfungen. Die FMH regt ferner an, zusätzlich eine konkrete Massnahmenliste zur Verbesserung der Datenqualität zu erarbeiten. Hinsichtlich der Kodierung der BA- und BB.-CHOP-Kodes gilt es zudem sicherzustellen, dass die Mindestanforderungen effektiv erfüllt wurden. Hier kommt der Kodierrevision eine entscheidende Bedeutung zu [18]. Zur einfacheren Erfassung der Basis- und Zusatzleistungen in der Rehabilitation bzw. der BA- und BB.-CHOP-Kodes stellt die FMH ihren Mitgliedern Dokumentationsmuster zur Verfügung [19]. Darüber hinaus dürften sich die Daten der Jahre 2020 und 2021 aufgrund der Corona-Pandemie und der von den Behörden eingeleiteten Massnahmen von jenen des Jahres 2019 unterscheiden. Die SwissDRG AG wird deshalb analysieren, inwieweit die Daten 2020 für die Tarifstrukturentwicklung verwendet werden können, mit welchen allfälligen Verzerrungen zu rechnen ist und ob eine Bereinigung um den Corona-Effekt möglich wäre.

Tarifautonomie hat sich bewährt

ST Reha 1.0 stärkt die Tarifautonomie und ist ein weiterer Erfolg für die tarifpartnerschaftliche Zusammenarbeit im schweizerischen Gesundheitswesen. ST Reha 1.0 stellt zwar in vielerlei Hinsicht einen Kompromiss dar. Aber wie die bereits bestehenden leistungsbezogenen Tarifsysteme in der Akutsomatik und der Psychiatrie ist auch ST Reha 1.0 als lernendes System konzipiert. Die Grundlage von ST Reha bilden u.a. die in der CHOP beschriebenen Basis- und Zusatzleistungen der eher therapieorientierten Rehabilitation. Um den unterschiedlichen in der Schweiz bestehenden Versorgungsmodellen [20] gerecht zu werden, gilt es nun, die eher pflegeorientierte Rehabilitation ebenfalls in der CHOP abzubilden. Die FMH wird sich zusammen mit den Fachgesellschaften weiterhin aktiv für eine Weiterentwicklung von ST Reha in diesem Bereich engagieren.

Literatur und Anmerkungen

- 1 SwissDRG AG. In der stationären Rehabilitation steht die neue Tarifstruktur ST Reha zur Einführung bereit. 15.3.2021 (www.swissdrdg.ch → Über uns → Verwaltungsrat → Kommunikation).
- 2 Meyer B. Stationäre Rehabilitation – Position der FMH zur Tarifstrukturentwicklung ST Reha. Schweiz. Ärzteztg. 2012;93(40):1449–50.

- 3 Ingenpass P, Rohner B. ST Reha – Leistungsbezogene Tagespauschalen. Schweiz. Ärzteztg. 2015;96(18):634–5.
- 4 SwissDRG AG. SwissDRG AG verschiebt Einführung der Tarifstruktur für die stationäre Rehabilitation (ST Reha). 1.6.2018 (www.swissdrdg.ch → Über uns → Verwaltungsrat → Kommunikation). Meyer B. ST Reha: Richtungswechsel in der Tarifstruktur. Schweiz. Ärzteztg. 2018;99(30–31):966–7.
- 5 Neurologische, psychosomatische, pulmonale, kardiale, muskuloskeletale, internistische/onkologische, pädiatrische und geriatrische Rehabilitation.
- 6 www.fmh.ch → Themen → Stationäre Versorgung → ST Reha
- 7 Trezzini B, Meyer B. Weiterer Meilenstein auf dem Weg zu ST Reha erreicht. Schweiz. Ärzteztg. 2019;100(6):161–2.
- 8 Plateforme-reha.ch. Reha für ältere Menschen in Gefahr, 28.2.2020 (www.plateforme-reha.ch → Presse & Links).
- 9 SwissDRG AG. Folien ST Reha 1.0 Systempräsentation, 14.12.2020 (www.swissdrdg.ch → Rehabilitation → ST Reha System 1.0/2022 → Ergänzende Dokumente).
- 10 Beim Leistungsbereich «andere Funktionseinschränkung» kommt jeweils zusätzlich die Hauptdiagnose zur Anwendung.
- 11 Beispiel: In ST Reha 1.0 kann ein Fall nicht nur über den BA.1-CHOP-Kode (neurologische Rehabilitation) in die Basis-RCG TR13 (neurologische Rehabilitation) gelangen, sondern auch über die Kodierung «Leistungsbereich Neurologie» sowie über die Kodierung «andere» im Verbund mit einer neurologischen Diagnose.
- 12 SwissDRG AG. Abbildung von Kostenunterschieden durch die Tarifstruktur ST Reha und Schlussfolgerungen für differenzierte Preise, 12.3.2021 (www.swissdrdg.ch → Über uns → Verwaltungsrat → Kommunikation).
- 13 Ein siebzehnjähriger Patient, der beispielsweise eine muskuloskeletale Rehabilitation erhält, wird vom *Groupier* nicht der Basis-RCG TR16 (muskuloskeletale Rehabilitation) zugeteilt, sondern immer der Basis-RCG TR11 (Rehabilitation für Kinder und Jugendliche). Die Zuordnung von Patienten, die älter als 79 sind, kann unter gewissen Konstellationen von ähnlichen begrifflichen Diskrepanzen betroffen sein.
- 14 Weitere von der FMH empfohlene Schwerpunkte betreffen die folgenden Aspekte: die Verwendung mehrerer Datenjahre für RCGs mit kleinen Fallzahlen; die Bereitstellung eines Datenspiegels und von Informationen zur Kostenhomogenität der RCGs; die Gewährleistung eines ausgewogenen Verhältnisses zwischen Aufwand und Ertrag in der Leistungsdokumentation; die systematische Überprüfung verschiedener Zusatzaufwand-Niveaus auf ihre Eignung als Kostentrenner; die Überprüfung des kostentrennenden Effekts der *Cumulative Illness Rating Scale* (CIRS) und des Vorhandenseins mehrerer komplizierender Nebendiagnosen; die leistungsgerechte Vergütung der Belastungserprobung auch im neuen Tarifsysteem; die Erforschung der Auswirkungen des mit ST Reha 1.0 einhergehenden Systemwechsels; die langfristige Regelung der Vergütung von Fällen in der Paraplegiologie und der Frührehabilitation.
- 15 Bei denjenigen Basis-RCGs, die über mehrere Untergruppen verfügen, betrifft die Verwässerung des geforderten Leistungsbezugs jeweils die Stufen B und C. Die Stufe A, die jeweils das höchste Tageskostengewicht aufweist, ist davon nicht betroffen, da für die Zuteilung eines Falls in diese Untergruppe ein BA-Kode Voraussetzung ist.
- 16 Der Zusatzentgelt-Katalog der Akutsomatik ist unter www.swissdrdg.org in den Anlagen 2 und 3 des Fallpauschalenkatalogs der jeweils aktuellen SwissDRG-Version zu finden.
- 17 www.swissdrdg.ch → Rehabilitation → Antragsverfahren
- 18 www.swissdrdg.ch → Rehabilitation → ST Reha System 1.0/2020 → Kodierrevision
- 19 www.fmh.ch → Themen → Stationäre Tarife → ST Reha
- 20 Diese systematischen Unterschiede in den Versorgungsmodellen und ihr Bezug zum Thema Rehabilitation werden in einer kürzlich vom Schweizerischen Gesundheitsobservatorium publizierten Studie besonders deutlich; siehe Füglistler-Dousse S, Pellegrini S. Hospitalisierungen von Betagten im letzten Lebensjahr. Verbleib zuhause versus Heimaufenthalt. Neuenburg: Schweizerisches Gesundheitsobservatorium; Obsan Bulletin 04/2021.

Ausschreibung

Arzthaftungsmodul der FMH und SIM für medizinische Gutachter

Iris Herzog-Zwitter

Dr. iur., Abteilung Rechtsdienst FMH/SIM-Bildungsbeauftragte

Die FMH hat gemeinsam mit der Swiss Insurance Medicine (SIM) ein Arzthaftungsmodul für medizinische Gutachterinnen und Gutachter entwickelt. Diese neue ärztliche Fortbildung erhöht die Qualität der Gutachten bei Arzthaftungsverfahren und fördert den interdisziplinären Wissensaustausch. Das Modul wird am 2. Dezember 2021 auf Deutsch und am 1. Juli 2021 auf Französisch angeboten.

Medizinerinnen und Mediziner, die sich in Arzthaftungsgutachten spezialisieren bzw. das Fachwissen zum Arzthaftungsrecht vertiefen wollen, finden im neuen Arzthaftungsmodul von FMH und SIM ein massgeschneidertes Angebot. Das interdisziplinäre Zusammenwirken und das gegenseitige Verständnis von Medizin und Recht sind wichtige Elemente für das

Experten aus Medizin und Rechtswissenschaft vermitteln Fachwissen anhand von konkreten Fällen und juristischem Basiswissen.

Erstellen eines Gutachtens im Arzthaftungsrecht. Damit ein solches Dokument den rechtlichen Anforderungen entspricht, müssen die Verfassenden neben dem medizinischen Fachwissen der entsprechenden Spezialisierung auch über das juristische Fachwissen und die rechtswissenschaftliche Terminologie verfügen.

Lernen am konkreten Fall

Nachdem das Arzthaftungsmodul in Rahmen eines Pilotprojekts im Januar 2019 am Unispital Basel erfolgreich erprobt worden ist, hat im August 2020 in der Klinik Hirslanden in Zürich die erste Durchführung stattgefunden. Die referierenden Expertinnen und Experten aus Medizin und Rechtswissenschaft vermitteln Fachwissen anhand von konkreten Fällen und juristischem Basiswissen. Im deutschsprachigen Arzthaftungsmodul werden die medizinischen Fachdisziplinen Orthopädie und Gynäkologie im Zentrum stehen, jedoch auch weitere medizinische Fachbereiche zur Sprache kommen.

Von der Sorgfaltspflicht bis zur Telemedizin

Das Arzthaftungsmodul greift nicht nur die Kernthemen der ärztlichen Sorgfaltspflicht, der Aufklärungspflicht und der Dokumentationspflicht auf, sondern widmet sich auch dem Thema der Kommunikation bei einem vermuteten Behandlungsfehler. Ferner wird das Gemeinschaftliche Gutachterkonsilium – ein innovatives Verfahren der Begutachtung – näher ausgeführt. Weiter stehen Themen wie Fehler und «No-Gos» in den Formulierungen, Brennpunkte der medizinischen Notfallversorgung sowie aktuelle haftpflichtrechtliche Fragestellungen im Kontext der Telemedizin auf dem Programm.

Arzthaftungsmodul: Termine und Anmeldung

Das nächste Arzthaftungsmodul von FMH und SIM in deutscher Sprache wird am 2. Dezember 2021 von 15 bis 21.30 Uhr in der Klinik Hirslanden in Zürich durchgeführt. Auf Französisch findet die Fortbildung am 1. Juli 2021 von 14 bis 20.30 Uhr in Lausanne statt oder per Videoübertragung.

In der Kursgebühr von 500 Franken sind Teilnahmebestätigung und Verpflegung inbegriffen. Das SIWF und die SIM vergeben je 6 Credits für die Teilnahme am Arzthaftungsmodul. Weitere Informationen zum Arzthaftungsmodul sowie das Anmeldeformular finden Sie unter:

www.fmh.ch/gutachterausbildung-arzthaftung

FMH
Rechtsdienst
Nussbaumstrasse 29
CH-3000 Bern 15
Tel. 031 359 11 11
Fax 031 359 11 12
[iris.herzog\[at\]fmh.ch](mailto:iris.herzog[at]fmh.ch)

Personalien

Todesfälle / Décès / Decessi

Jasna Andjelkovic (1943), † 13.1.2021,
Spécialiste en psychiatrie et psychothérapie,
2560 Nidau

Erich Morf-Heintze (1932), † 9.3.2021,
Facharzt für Gynäkologie und Geburtshilfe,
8400 Winterthur

Jean-Jacques Hegg (1930), † 24.3.2021,
Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie,
8600 Dübendorf

Rainer Hotz (1938), † 1.4.2021,
Facharzt für Allgemeine Innere Medizin,
6006 Luzern

André Menétrey (1973), † 12.4.2021,
Spécialiste en neurologie, 1196 Gland

Ärztegesellschaft des Kantons Bern

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

Michaela Neagu, Fachärztin für Allgemeine
Innere Medizin und Fachärztin für Gastro-
enterologie, Bubenbergplatz 11, 3011 Bern

Einsprachen gegen dieses 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 des Gesuchs und über die
allfälligen Einsprachen.

Ärztegesellschaft des Kantons Luzern

Zur Aufnahme in unsere Gesellschaft
Sektion Stadt haben sich gemeldet:

Paul van de Kar, Praktischer Arzt,
Sanacare Gruppenpraxis, Obergrund-
strasse 73, 6003 Luzern

Philippe Vollmar, Facharzt für Radiologie,
FMH, MRZ Med. Radiologie Zentrum,
Friedentalstrasse 5, 6004 Luzern

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

Ärztegesellschaft Thurgau

Die Ärztegesellschaft Thurgau informiert
über folgende Neuanmeldung:

Seraina Annina Calonder Faas, Näggenberg-
strasse 3, 8596 Scherzingen, Fachärztin
für Kinder- und Jugendmedizin, FMH

Unterwaldner Ärztegesellschaft

Zur Aufnahme in unsere Gesellschaft
haben sich gemeldet:

Simone Egli, Fachärztin für Allgemeine Innere
Medizin, FMH, Gruppenpraxis Römerhof,
Robert Barmettlerstr. 5, 6055 Alpnach Dorf

Maria Mayer, Fachärztin für Allgemeine
Innere Medizin, FMH, Gruppenpraxis
Römerhof, Robert Barmettlerstr. 5,
6055 Alpnach Dorf

Djahesh Noor, Facharzt für Radiologie,
Praxis am See Beckenried, Seestr. 6,
6375 Beckenried

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

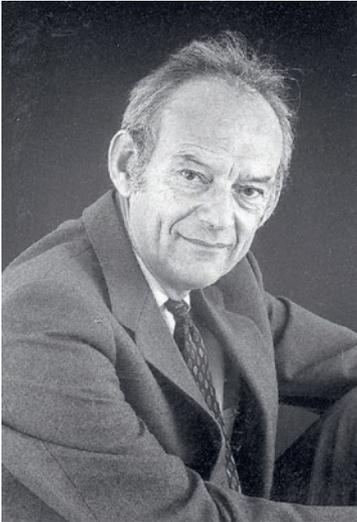
Ärzte-Gesellschaft des Kantons Zug

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

Gilles Marcel Wiederkehr, Facharzt für All-
gemeine Innere Medizin und Facharzt für
Pneumologie, FMH, Lungenmedizin Cham,
Rigistrasse 1, 6330 Cham

Einsprachen gegen diese Kandidatur müssen
innerhalb 14 Tagen seit dieser Veröffentli-
chung 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 Heiner Scheier (1926–2021)



Wir nehmen Abschied von einem der grössten Schweizer Pioniere der Wirbelsäulenchirurgie, der seit seinem Antritt als Co-Chefarzt 1969 das Vermächtnis des Gründers der Schulthess Klinik, Dr. med. Wilhelm Schulthess, weitergeführt hat. So führte er die bis dahin langwierigen konservativen Therapien der schweren Wirbelsäulendeformitäten in die Ära der operativen Korrekturen. Mit seiner Genialität und Bereitschaft, sein Leben diesem anspruchsvollen Gebiet der orthopädischen Chirurgie der Wirbelsäule zu widmen, legte er den Grundstein für die moderne Behandlung des Achsenorgans in der Schweiz.

Das Studium der Medizin nahm Heiner Scheier an der Universität Freiburg (CH) auf. Nach einem Auslandssemester in Paris kehrte er zurück in die Schweiz und schloss das Studium an der Universität Zürich ab. Die Fachausbildung genoss er zuerst in Holland, dann im Wallis und in St. Gallen. Nach dem Eintritt an die orthopädische Universitätsklinik Balgrist in Zürich, wo er später auch habilitierte, spezialisierte sich Prof. Scheier zunehmend auf die Wirbelsäulenchirurgie. 1969 wurde Prof. Scheier von Prof. N. Gschwend als Co-Chefarzt an die Schulthess Klinik berufen – ein Ruf, dem er gerne folgte. Seine Arbeit erfuhr in der Folge national und international die höchste Anerkennung.

Die Schulthess Klinik wurde 1883 durch Dr. Wilhelm Schulthess als Heim für körperlich behinderte Kinder gegründet, welche aufgrund von schweren Deformitäten der Wirbelsäule Monate bis Jahre in der Klinik verbrachten. Der grösste Fortschritt in der Behandlung fand statt, als Prof. Scheier mit seinen Operationen die Deformitäten korrigieren und die Dauer des Spitalaufenthalts drastisch reduzieren konnte. Den betroffenen Kindern wurde eine normale Gestalt zurückgegeben und ein normales Leben ermöglicht.

Prof. Scheier war in vieler Hinsicht ein Vorbild für seine Assistenzärztinnen und -ärzte. Neben seiner fachlichen Kompetenz sind vor allem seine Menschlichkeit und Bescheidenheit zu erwähnen. Starallüren waren ihm fremd. Kaum ein anderer hätte es besser zum Ausdruck bringen können als sein «Kampfge-

fährte», Prof. Gschwend (1925–2020), selber seit 1962 Chefarzt an der Schulthess Klinik, in einer früheren Laudatio:

«Würde es eines Beweises bedürfen, dass kompromisslose Ehrlichkeit und ein hohes Mass an Uneigennutz, gepaart mit einer entwaffnenden Bescheidenheit, am zuverlässigsten die Sympathie der Mitmenschen zu mobilisieren vermögen, so hinterlässt ihn Heiner Scheier in den Herzen all jener, die ihn näher kennenlernen durften.»

Welche Wunder dieses Zweigespann mehr oder weniger aus dem Nichts vollbrachte, kann man heute an der Lengghalde 2 in Zürich, in Form der heutigen Schulthess Klinik, bestaunen.

Seit seiner Pensionierung im Jahre 1999 hat sich Prof. Scheier aus der Öffentlichkeit zurückgezogen und wurde an der Schulthess Klinik nur selten gesehen. Auch seine Lehrtätigkeit an der Universität und sein Engagement in der Schweizerischen Gesellschaft für Orthopädie (heute Swiss Orthopaedics) stellte er ein. Seine Nachfolger, zuerst Prof. Dieter Grob und momentan Prof. Dezsö Jeszenszky, tragen sein Vermächtnis erfolgreich weiter.

Sprichwörtlich für die Einstellung von Prof. Scheier ist diese anekdotische Geschichte aus dem Hörsaal. Bei einer Vorlesung stellte Prof. Scheier einen Patienten vor, der ihn begleitete und die ganze Vorlesung miterlebte. Während der einstündigen Vorlesung zeigten sich die Studenten nicht sehr diszipliniert, unterhielten sich untereinander, zeigten wenig Respekt und Aufmerksamkeit. Danach fragte der Patient Prof. Scheier, ob es sich gelohnt und ob es ihn nicht gestört habe, dass die Studierenden nicht aufmerksam seinen Ausführungen zugehört hätten. Darauf antwortete Prof. Scheier: «Wissen Sie, wenn nur einer von den vielen Studenten zugehört hat, dann hat sich das schon gelohnt.»

Mit Prof. Heiner Scheier verlieren wir einen echten Freund und Lehrer, der als lieber Mensch und visionärer Arzt in uns weiterleben wird.

*Prof. Dr. med. Dezsö Jeszenszky
Chefarzt Wirbelsäulenchirurgie;*

*Dr. med. Tomas Drobny
Senior Consultant, Untere Extremitäten;*

*Dr. med. Rainer-Peter Meyer
Senior Consultant, Obere Extremitäten*

Bildnachweis
zVg

Kommunikation[at]kws.ch

«smarter medicine»: weitere Top-5-Liste für die ambulante Allgemeine Innere Medizin

Trägerschaft «smarter medicine – Choosing Wisely Switzerland»

Ein Kernanliegen der Allgemeinen Inneren Medizin (AIM) ist die bestmögliche Betreuung und Behandlung von zunehmend multimorbiden Patientinnen und Patienten in der Hausarztpraxis und im Spital. Das Thema der optimalen Patientenbetreuung begleitet die Schweizerische Gesellschaft für Allgemeine Innere Medizin (SGAIM) deshalb schon seit vielen Jahren: Bereits 2014 lancierte die damalige SGIM eine Kampagne zur Qualitäts- und Effizienzsteigerung im Schweizer Gesundheitswesen und veröffentlichte bereits 2016 eine Top-5-Liste mit Massnahmen, die in der Regel unnötig oder unangemessen sind. Nun baut sie diese Aktivitäten mit der Veröffentlichung einer zweiten Top-5-Liste im ambulanten Bereich weiter aus.

Die Schweizerische Gesellschaft für Allgemeine Innere Medizin gibt folgende fünf Empfehlungen für die ambulante Medizin ab

1. Kein Testen und Neubehandeln von Dyslipidämien bei Personen über 75 Jahre in der Primärprävention

Wegen ihres wahrscheinlich geringen Nutzens und der Möglichkeit von Nebenwirkungen empfiehlt die SGAIM, bei Senioren über 75 Jahre *ohne* Herz-Kreislauf-Erkrankungen auf den Beginn einer Therapie mit Statinen und deshalb auch auf eine Messung der Lipide im Blut zu verzichten. Bei Patienten *mit* Herz-Kreislauf-Erkrankungen und insbesondere nach Herzinfarkten sollte nach ausführlicher Information gemeinsam mit den Patienten entschieden werden, ob der Einsatz von Statinen gerechtfertigt ist.

Bei Personen über 75 Jahre ohne kardiovaskuläre Vorerkrankung ist es unklar, ob eine neu begonnene lipidsenkende Behandlung mit Statinen kardiovaskuläre Ereignisse oder den Tod verhindert. Entsprechend kann auf die Lipidmessung in dieser Patientengruppe verzichtet werden.

Zur Entstehung dieser Liste

Die vorliegenden fünf Empfehlungen, auf welche Interventionen in der ambulanten Allgemeinen Inneren Medizin besser zu verzichten sind, basieren auf einer Studie des Instituts für Hausarztmedizin Zürich von Stefan Neuner-Jehle et al. [1] mit über 1000 Schweizer Hausärztinnen und Hausärzten aus verschiedenen Landesteilen. Darin wurde nach Interventionen aus der täglichen Praxis gefragt, die sie für nutzlos oder sogar schädlich halten. In einer zweiten Runde wurden die Angaben der Hausärztinnen und -ärzte nach Relevanz bewertet. Diese innovative Vorgehensweise zeichnet sich dadurch aus, dass anstelle eines Experten-Panels die Stimmen direkt von den praktizierenden Kolleginnen und Kollegen (*Bottom-up*) kommen. So ergeben sich bessere Chancen für die spätere Umsetzung aufgrund einer höheren Adhärenz der Hausärztinnen und -ärzte an die Empfehlungen durch stärkere Identifikation. Der Vorstand der Schweizerischen Gesellschaft für Allgemeine Innere Medizin (SGAIM) hat die Empfehlungen der Studie von Prof. Dr. Neuner-Jehle et al. kritisch geprüft, überarbeitet und verabschiedet.

2. Kein MRT des Kniegelenks bei vorderen Knieschmerzen ohne Bewegungseinschränkung oder Gelenkerguss ohne vorherige adäquate konservative Behandlung

Die wenigen verfügbaren Studien bei Patienten mit anterioren Knieschmerzen zeigen keine unterschiedlichen Verläufe von Schmerz und Beweglichkeit, ob nun eine Magnetresonanztomographie (MRT)-Untersuchung durchgeführt wurde oder nicht. Demgegenüber werden bei MRT-Untersuchungen oft falsch positive Befunde erhoben, welche in der Folge unnötige, riskante und kostspielige Eingriffe auslösen können.

3. Keine Eisensubstitution bei asymptomatischen, nicht anämischen Patientinnen und keine Eiseninfusion ohne vorgängigen peroralen Therapieversuch (ausser bei Malabsorption)

Leistungsabfall und Müdigkeit müssen nicht unbedingt durch fehlendes Eisen verursacht sein. Vor al-



Abgeraten wird von einer Magnetresonanztomographie des Kniegelenks bei vorderen Knieschmerzen ohne Bewegungseinschränkung oder Gelenkserguss und ohne vorherige konservative Behandlung.

lem, wenn ausreichend Hämoglobin vorhanden ist und auch die Eisenspeicher im Körper (in Leber, Milz und Knochenmark) gefüllt sind, hat Müdigkeit oft andere Gründe. Es wurden bisher keine eindeutigen Hinweise darauf gefunden, dass die Zufuhr von Eisen in dieser Situation die Müdigkeit reduziert.

Bei asymptomatischen Patientinnen ohne Anämie und mit ausreichend gefüllten Eisenspeichern (Ferritin ≥ 15 $\mu\text{g/l}$) fehlt klare Evidenz für den Benefit einer Eisensubstitution unabhängig der Einnahmearart. Bei nicht-anämischen Frauen mit höheren Ferritin-Werten und vermehrter Müdigkeit zeigten zwei randomisierte kontrollierte Studien (RCT) einen geringen subjektiven Nutzen einer oralen Eisensubstitution hinsichtlich Müdigkeit. Ein «Placebo-Effekt» kann dabei nicht ausgeschlossen werden, und die Qualität der Evidenz wurde als moderat bis sehr tief beurteilt. Falls eine Eisensubstitution indiziert ist, dann sollte aufgrund potenzieller Risiken der Infusion zuerst eine orale Substitution versucht werden, ausser in Spezial-situationen (Malabsorption).

4. Keine Messung von 25(OH)-Vitamin D als Routine bei Personen ohne Risikofaktoren für einen Vitamin-D-Mangel

Nur in seltenen Fällen ist eine 25(OH)-Vitamin-D-Messung sinnvoll, da das Resultat kaum je Einfluss auf das empfohlene Prozedere hat.

5. Keine regelmässigen ausführlichen Gesundheitschecks bei asymptomatischen Personen

Bei asymptomatischen Personen besteht keine Evidenz für den Nutzen von periodischen Gesundheitschecks hinsichtlich kardiovaskulärer Ereignisse und Sterblichkeit, Krebsmortalität oder Gesamtmortalität. Demgegenüber stehen die Risiken der Überdiagnostik, insbesondere von weiteren Abklärungen nach falsch positiven Resultaten von Blutuntersuchungen, Bildgebung oder EKGs. Davon ausgenommen sind evidenzbasierte Screening-Untersuchungen (zum Beispiel alters- und geschlechtsspezifisches Krebscreening, Blutdruck, Cholesterin) und Lebensstilberatungen, für die klare Evidenz für einen Nutzen besteht.

Trägerverein
smarter medicine
c/o SGAIM
Monbijoustrasse 43
CH-3001 Bern
smartermedicine[at]
sgaim.ch

Die Kampagne «smarter medicine»

Der Trägerverein «smarter medicine – Choosing Wisely Switzerland», der nebst medizinischen Fach- und Berufsorganisationen auch von Patienten- und Konsumentenorganisationen unterstützt wird, möchte die Öffentlichkeit für die Themen der Fehl- und Überversorgung sensibilisieren. Die Kampagne knüpft an die erfolgreiche amerikanische Initiative «Choosing Wisely» an, die zum Ziel hat, nicht nur «kluge Entscheidungen» herbeizuführen, sondern auch die offene Diskussion zwischen Ärzteschaft, Patientinnen und Patienten und der Öffentlichkeit zu fördern. In den nächsten Monaten werden weitere medizinische Fachgesellschaften sogenannte Top-5-Listen mit unnützen Behandlungen in ihrem Fachbereich publizieren. Zudem hat der Verein im Oktober 2018 eine breite Kampagne für Patientinnen und Patienten lanciert: Die bisher veröffentlichten Empfehlungen sind neu in einer für Laien verständlichen Sprache verfügbar, um gemeinsame Entscheidungen zu unterstützen. Weitere Informationen zum Trägerverein und eine Übersicht über die bestehenden Top-5-Listen sind zu finden unter www.smartermedicine.ch

Literatur

- 1 Neuner-Jehle S, Grischott T, Markun S, Maeder M, Rosemann T, Senn O. What interventions do general practitioners recommend avoiding? A nationwide survey from Switzerland. *Swiss Med Wkly.* 2020;150:w20283. doi.org/10.4414/smw.2020.20283

Eine ausführliche Literaturliste ist unter www.smartermedicine.ch online abrufbar.

Bildnachweis

Universitätsinstitut für Diagnostische, Interventionelle und Pädiatrische Radiologie, Inselspital, Universitätsspital, Universität Bern

Seminare / Séminaires / Seminari 2021

Praxiseröffnung/-übernahme

Zielgruppe: Ärztinnen und Ärzte, die vor einer Praxiseröffnung (Einzel-/Gruppenpraxis), dem Einstieg in eine Gruppenpraxis oder vor einer Praxisübernahme stehen.

Themen

- **Bewilligungen/Berufspflichten** (Praxisbewilligung, Zulassung zur Sozialversicherung)
- **Gesellschaftsformen/Ehe- und Erbrecht** (Vertragswesen, Privat-/Geschäftsvermögen, Güterstand, Erbschaftsplanung)
- **Finanzierung der Arztpraxis** (Businessplan, Kredite, Absicherungsmöglichkeiten)
- **Versicherungen/Vorsorge/Vermögen** (Personen- und Sachversicherungen, Vorsorgeplanung)
- **Praxisadministration** (Leistungserfassungs- und Abrechnungssysteme)
- **Bewertung einer Arztpraxis** (Inventarwert und Goodwill als Verhandlungsbasis)
- **Praxiseinrichtung** (Inneneinrichtung, Kostenberechnung)

Daten

K02	Donnerstag, 6. Mai 2021 16.00–20.30 Uhr	St. Gallen Hotel Einstein
K03	Donnerstag, 10. Juni 2021 9.00–16.30 Uhr	Bern Schmiedstube
K01	Dienstag, 22. Juni 2021 9.00–16.30 Uhr	Zürich Volkshaus

Praxisübergabe/-aufgabe

Zielgruppe: Ärztinnen und Ärzte, die ihre Praxis an einen Partner/Nachfolger übergeben oder liquidieren wollen. Idealtermin: 5–10 Jahre vor geplanter Übergabe oder allfälliger Liquidation (aus steuer-technischen und vorsorgeplanerischen Gründen).

Themen

- **Praxispartner- oder Nachfolgesuche** (projektorientiertes Vorgehen in der Nachfolgeplanung)
- **Juristische Aspekte** (Praxisübergabevertrag, allg. Vertragswesen, Übergabe der Krankengeschichten)
- **Bewertung einer Arztpraxis** (Inventarwert und Goodwill als Verhandlungsbasis)
- **Versicherungen/Vorsorge/Vermögen** (Übergabe/Auflösung von Versicherungsverträgen, Pensions- und Finanzplanung)
- **Steuern** (Steueraspekte bei der Praxisübergabe oder Liquidation: Optimierung der steuerlichen Auswirkungen, Liquidations- und Grundstücksgewinnsteuer)

Daten

K07	Donnerstag, 27. Mai 2021 16.00–20.30 Uhr	St. Gallen Hotel Einstein
K06	Montag, 14. Juni 2021 13.30–18.00 Uhr	Zürich Volkshaus
K08	Donnerstag, 17. Juni 2021 13.30–18.00 Uhr	Bern Schmiedstube

Praxiscomputer-Workshop

Zielgruppe: Ärztinnen und Ärzte, die vor einer Praxiseröffnung oder Praxisübernahme stehen oder bereits praxistätig sind.

Themen

- **Anforderungen** an ein Praxisinformationssystem (Einführung)
- **Evaluationsprozess** (projektorientiertes Vorgehen in der Evaluation eines Praxisinformationssystems)
- Präsentation von **sieben führenden Praxisinformationssystemen** (Leistungserfassung, Abrechnen, Agenda, Statistik, Geräteeinbindung, Krankengeschichte, Finanzbuchhaltung usw.)

Daten

K14	Donnerstag, 24. Juni 2021 13.15–17.45 Uhr	Bern Stade de Suisse
K13	Mittwoch, 15. September 2021 13.15–17.45 Uhr	Zürich Technopark

Ouverture et reprise d'un cabinet médical

Groupe cible: Médecins sur le point d'ouvrir un cabinet médical (individuel ou de groupe), de joindre un cabinet de groupe ou de reprendre un cabinet existant.

Contenu

- **Aspects juridiques** (contrats en général, autorisations, admission à pratiquer à la charge de l'assurance sociale, dossier patients, droit du travail, formes juridiques, droit matrimonial et le droit successoral)
- **Business plan/passage du statut de salarié à celui d'indépendant** (préparation du plan de financement, les financements, comptabilité, fiscalité, TVA)
- **Lieu d'implantation et aménagement** (implantation, projet et concept d'aménagement, choix du mobilier et des matériaux)
- **Estimation d'un cabinet** (processus d'une estimation, inventaire et goodwill, recommandations)
- **Administration d'un cabinet médical** (facturation)
- **Assurances** (questions d'assurances et de prévoyance)

Dates

K20	Mardi 8 juin 2021 13h30–18h30	Lausanne World Trade Center
K21	Jeudi 10 juin 2021 13h30–18h30	Genève Hôtel Warwick

Remise et cessation d'un cabinet médical

Groupe cible: Médecins désirant remettre un cabinet médical à un associé ou à un successeur ou qui doivent fermer leur cabinet médical. Idéalement 5–10 ans avant la remise prévue (pour des questions de taxation et prévoyance).

Contenu

- **Aspects juridiques** (contrats en général, dossiers patients, autorisations)
- **Estimation d'un cabinet et remise du cabinet** (calcul de l'inventaire et du goodwill comme base de négociation, recherche de succession, recommandations)
- **Assurances/prévoyance/patrimoine** (remise/résiliation des contrats d'assurances, formes de prévoyance, planification de la retraite et des finances)
- **Conséquences fiscales d'une remise ou d'une cessation** (optimisation de l'impact fiscal lors d'une remise/cessation, impôt sur les bénéfices et gains immobiliers, détermination de la date optimale pour la remise/cessation)

Date

K24	Jeudi 6 mai 2021 13h30–18h30	Lausanne World Trade Center
------------	------------------------------------	--

Atelier consacré à l'informatique au cabinet médical

Groupe cible: Médecins sur le point d'ouvrir un cabinet médical et médecins déjà établis qui veulent changer leur logiciel.

Contenu

- **Evaluation d'un système de gestion de cabinet**
- Présentation en live de **logiciels pour la gestion du cabinet** (gestion des données des patients, gestion de la facturation et de l'encaissement, statistiques, gestion de l'agenda, connexion des appareils médicaux au dossier patient, etc.)

Date

K28	Jeudi 17 juin 2021 13h30–18h00	Lausanne World Trade Center
------------	--------------------------------------	--

Apertura e rilevamento di uno studio medico

Gruppo destinatario: Medici in procinto di aprire o di rilevare uno studio medico.

Contenuto

- **Business plan** (preparazione del piano di finanziamento e del credito d'esercizio, prestito bancario)
- **Pianificazione** (insediamento, progetto e pianificazione, mobilio, budget)
- **Valutazione di uno studio medico** (inventario e goodwill)
- **Amministrazione di uno studio medico** (interna allo studio, rapporti con la banca)
- **Assicurazioni** (tutte le assicurazioni necessarie interne ed esterne allo studio)
- Passaggio dallo stato di dipendente a quello di indipendente
- Fiscalità

Data

K50	Mercoledì 9 giugno 2021 dalle 16.00 alle 18.00	Chiasso FMH Services (Consulting)
------------	--	--

Anmeldung/
Inscription/
Registrazione

www.fmhservices.ch



Wie reagiere ich auf Auskunftsbegehren der Staatsanwaltschaft?

Christian Peter

Dr. iur., HEP & Partner GmbH, Bern

Für Ärztinnen und Ärzte ist es nicht immer einfach zu entscheiden, ob sie behördlichen Aufforderungen zur Herausgabe von Patientendaten im Strafverfahren nachkommen sollen oder nicht. Die Fragen stehen im Raum, ob die Herausgabe mit dem Berufsgeheimnis nicht vereinbar sein könnte oder ob eventuell Vorgaben bestehen, die von einem fordern, bei der Aufklärung von Straftaten mitzuwirken.

Dass blinder Gehorsam nicht angezeigt ist, zeigt ein Fall, den das Bundesgericht im Oktober 2020 zu beurteilen hatte [1]. Ein psychiatrischer Dienst wurde von der Staatsanwaltschaft gebeten, die Behandlungsdokumentation eines Patienten zu editieren, der im Verdacht stand, sich an jemandem vergangen zu haben. Der psychiatrische Dienst kam der Bitte nach, doch der Angeeschuldigte liess die Unterlagen versiegeln. Das Bundesgericht verweigerte die Entsiegelung.

Auskunftsverweigerung

Ärztinnen und Ärzte sowie ihre Hilfspersonen müssen [2] im Strafprozess das Zeugnis über Geheimnisse verweigern, die ihnen aufgrund ihres Berufes anvertraut worden sind oder die sie in dessen Ausübung wahrgenommen haben. So sieht es Art. 171 Abs. 1 der Strafprozessordnung (StPO) vor. Das Berufsgeheimnis soll seine Wirkung auch im Strafverfahren entfalten.

Nur in den folgenden drei Fällen haben sie auszusagen [3]:

- Sie unterliegen einer Anzeigepflicht.
 - Sie wurden schriftlich von ihrer Aufsichtsbehörde von der Geheimnispflicht entbunden.
 - Sie wurden vom betroffenen Patienten entbunden.
- Folglich dürfen Ärztinnen und Ärzte Unterlagen und Gegenstände, die aus der Behandlung einer beschuldigten Person hervorgehen, nur herausgeben, wenn einer der drei oben genannten Fälle vorliegt.

Anzeigepflicht

Das Berufsgeheimnis nach Art. 321 Strafgesetzbuch stellt ein wichtiges Rechtsinstitut des Bundesrechts

dar. Es fliesst aus dem verfassungsmässigen Anspruch auf Privatsphäre und dient dem Schutz des besonderen Vertrauensverhältnisses zwischen dem Arzt, der Ärztin und den Patientinnen und Patienten. Ausnahmen vom Berufsgeheimnis bedürfen daher einer klaren bundesgesetzlichen Regelung. Eine solche ist in Art. 171 Abs. 2 Bst. a StPO zu finden: Nur wenn eine Anzeigepflicht besteht, muss ausgesagt oder editiert werden. Weil die Gesetzgebung auf dem Gebiet des Strafprozessrechts Sache des Bundes ist (Art. 123 Abs. 1 Bundesverfassung), kommen nur bundesrechtliche Anzeigepflichten infrage. Kantonale Regelungen (Meldderechte oder Meldepflichten in den Gesundheitsgesetzen der Kantone) haben keine Geltung. Das Bundesgericht hält im besagten Urteil klar fest, dass die kantonalen Verwaltungsnormen die bundesrechtli-

Bezüglich der Herausgabe von Patientendaten ist blinder Gehorsam der Ärzteschaft gegenüber den Behörden nicht angezeigt.

chen Vorschriften über den Schutz der Berufsgeheimnisse und über die strafprozessualen Editions- und Zeugnispflichten nicht unterlaufen dürfen [4].

Dass in Art. 321 Ziff. 3 StGB auf kantonale Melde- und Mitwirkungsrechte verwiesen wird, ist ein Relikt aus den Tagen, als noch die kantonalen Strafprozessgesetze galten. Massgebliche kantonale Bestimmungen «über die Zeugnispflicht» existieren seit Inkrafttreten der StPO (seit 2011) nicht mehr.

Folglich ist eine Berufsgeheimnisträgerin in einem Strafverfahren verpflichtet, auszusagen oder zu editieren (und nur dann auch berechtigt), wenn eine nationale Anzeigepflicht besteht (z.B. die Meldung eines aussergewöhnlichen Todesfalls [5] oder aufgrund

einer bundesrechtlichen Meldepflicht aus einem Spezialgesetz wie dem Epidemienengesetz). Was kantonale Gesetze, insbesondere die Gesundheitsgesetze mit ihren Melderechten und -pflichten, vorsehen, ist für das Strafverfahren unerheblich [6].

Entbindung durch die Aufsichtsbehörde

Auch eine Entbindung der Aufsichtsbehörde kann zu einer Zeugnis- oder Editionsspflicht führen. Wichtig ist

Nur wenn eine bundesrechtliche Anzeigepflicht besteht, muss der Arzt resp. die Ärztin aussagen oder editieren.

hier zu bedenken, dass jeweils der Arzt, die Ärztin selber eine Entbindung stellen muss. Folglich weiss er resp. sie auch, ob diese Voraussetzung erfüllt ist, denn er oder sie muss diese Entbindung selbst initiieren. Im oben genannten Entscheid war es der Staatsanwalt, der bei der Aufsichtsbehörde nachfragte, ob sich der Adressat der Editionsverfügung entbinden lassen müsse. Der Beamte wies darauf hin, dass eine Entbindung nicht nötig sei, weil der Arzt im vorliegenden Sachverhalt aufgrund einer kantonalen Bestimmung befreit sei und daher eine Entbindung nicht notwendig sei. Diese Antwort, welche wie vorne dargelegt falsch ist, wertete die Staatsanwaltschaft als Auskunft, die einer Entbindung «gleichzustellen» sei. Das Bundesgericht widersprach dieser Auffassung und wies darauf hin, dass die gesetzlichen Formerfordernisse (klare Deklaration als Verfügung, Rechtsmittelbelehrung) an eine Entbindung immer gegeben sein müssen und ein Gesuch nur von der Ärztin, vom Arzt und nicht von der Staatsanwaltschaft gestellt werden kann.

Entbindung durch die Patientin oder den Patienten

Da das Berufsgeheimnis primär dem Patienten dient, muss dieser auch die Möglichkeit haben, die Behandelnden von ihrer Zeugnisverweigerungspflicht zu entbinden und die Informationsweitergabe an die Strafverfolgungsbehörden zuzulassen. Liegt eine solche Entbindung vor, muss sie dokumentiert werden, und dem Editionsbegehren kann Folge geleistet werden.

Unzulässiges Auskunftsbegehren

Ist man als zeugnisverweigerungsberechtigte Person mit einer Editionsverfügung konfrontiert, die gemäss eigenem Ermessen unzulässig ist, kann man die Editionsverfügung nicht anfechten, sondern man muss

die Siegelung der herauszugebenden Unterlagen verlangen (Art. 248 Abs. 1 StPO). Dieses Begehren muss nicht förmlich, also in einer speziellen Form gestellt werden, der Hinweis oder auch die blosser Behauptung eines Aussage- oder Zeugnisverweigerungsrechts durch die betroffene Person löst bei den Behörden die Pflicht zur Siegelung aus. Die Siegelung führt dazu, dass zwar die Unterlagen herausgegeben werden müssen, diese jedoch nicht von den Behörden eingesehen werden dürfen (folglich liegt auch keine Berufsgeheimnisverletzung seitens der herausgebenden Person vor). Erst eine Entsiegelung durch ein Gericht (Zwangsmassnahmengericht) würde die Einsicht zulassen. Folglich könnte man immer, ungeachtet davon, ob eine Anzeigepflicht oder eine Entbindung vorliegt, eine Siegelung verlangen. Das macht jedoch wenig Sinn und würde nur zu unnötigen Verfahren führen, weil die Zwangsmassnahmengerichte über sinnlose Begehren urteilen müssten.

Bei einer Siegelung werden zwar die Unterlagen herausgegeben, diese dürfen jedoch nicht von den Behörden eingesehen werden.

Daher haben die Behandelnden bei einem Editionsbegehren zu prüfen, ob ein Zeugnisverweigerungsrecht vorliegt und ein Siegelungsbegehren gestellt werden muss oder ob einer der genannten Gründe vorliegt, die sie oder ihn zu einer Edition verpflichten.

Literatur

- 1 Urteil des Bundesgerichts vom 14. Oktober 2020. 1B_545/2019.
- 2 Das Bundesgericht spricht von einer Zeugnisverweigerungspflicht (1B_545/2019, E. 4.6.); so bereits im Urteil des Bundesgerichts 1B_96/2013 vom 20. August 2013 E. 5.1.
- 3 Art. 171 Abs. 2 StPO.
- 4 Urteil des Bundesgerichts vom 14. Oktober 2020. 1B_545/2019, E. 4.9.; so schon Urteil des Bundesgerichts 1B_96/2013 vom 20. August 2013 E. 5.1.
- 5 Art. 253 Abs. 4 StPO.
- 6 Ausserhalb des Strafverfahrens sind die Melderechte und Meldepflichten natürlich weiterhin von Bedeutung.

Das Wichtigste in Kürze

- Ärztinnen und Ärzte müssen sich ihrer Verantwortung in Strafprozessen bewusst sein. Sie müssen von ihrem Zeugnisverweigerungsrecht Gebrauch machen, ausser wenn es um Fälle geht, die sie aufgrund einer nationalen Meldepflicht (meist ein aussergewöhnlicher Todesfall [agT]) den Behörden melden müssen.
- Dieser Pflicht kommen sie nach, indem sie die Siegelung der editierten Unterlagen verlangen.
- Möchte man einer Editionsverfügung trotz Fehlen einer solchen nationalen Meldepflicht entsprechen, muss man sich durch die Patientin resp. den Patienten oder die Aufsichtsbehörde vom Berufsgeheimnis entbinden lassen.



Markus Graf und Gabriel Mazzenauer: Silhouette, 2018.

Kunst als Lebensnerv und Zeichen der Hoffnung

Andrin Schütz

Freischaffender Journalist

Vom 5. Mai bis zum 31. Oktober findet in Bad Ragaz die 8. Schweizerische Triennale der Skulptur «Bad RagARTz» statt. Über 400 Werke von 83 verschiedenen Kunstschaffenden warten auf die Besucherinnen und Besucher. Organisiert wird der monumentale Anlass, der alle drei Jahre rund 500 000 Menschen in die St. Galler Kurgemeinde lockt, vom kunstbegeisterten Arzt Dr. Rolf Hohmeister und seiner Frau Esther Hohmeister.

Die letzten Monate waren für viele von uns mehr als herausfordernd: Aus medizinischer, aber auch aus persönlicher und gesellschaftlicher Sicht. Die Pandemie hat die menschliche Gemeinschaft weltweit in ihren grundlegenden Strukturen erschüttert. Vieles, was uns in unserem Alltag stabil, vital und seelisch gesund erhält, war nicht mehr möglich und ist teilweise noch immer nicht möglich. Der Satz, «Distanz schärft den Blick», welchen wir lange vor dem globalen Aufkommen von Covid-19 als Leitmotiv für die Schweizerische Triennale der Skulptur «Bad RagARTz» bestimmt hat-

ten, hat plötzlich eine ungeahnte medizinische und gesellschaftliche Tragweite erhalten. Dennoch müssen und wollen wir nach vorne schauen.

Kunst schafft ein positives Umfeld

Gerade die Kunst kann in diesen schwierigen Zeiten wesentliche Signale geben und ein positives Umfeld schaffen. Mit der «Bad RagARTz» wird ein solches, wirkmächtiges Zeichen gesetzt: 83 renommierte Künstlerinnen und Künstler aus der Schweiz und aus aller

Welt stellen in diesem Sommer in den weitläufigen Parkanlagen von Bad Ragaz ihre Werke aus und erschaffen somit eine faszinierende Stadt aus Formen und Farben, die für alle Interessierten frei zugänglich ist. Hat sich die Triennale in den letzten 20 Jahren zur grössten Skulpturenausstellung Europas entwickelt, gibt sie nicht nur dem Tourismus und der Wirtschaft in der Region unverzichtbare und nachhaltige Impulse. Vielmehr ist sie auch zu einem weit über die Region hinaus wichtigen gesellschaftlichen Faktor geworden: Abertausende von Menschen geniessen alle drei Jahre entspannende und anregende Spaziergänge in freier Natur und 4800 Kinder machen an jeder «Bad RagARTz» an spannenden Workshops ihre ersten spielerischen Erfahrungen mit der Kunstwelt, während im Jahre 2018 Sehende die Erfahrung machen konnten, wie es sich anfühlt, Kunst nicht zu sehen, sondern nur zu ertasten.

Soziales Miteinander und Sensibilisierung der Jugend

Wir spüren also: Die Kunst und die Auseinandersetzung mit Kunst birgt wesentlich mehr als nur den reinen Genuss in sich. Sie ist vielmehr ein wichtiger Lebensnerv der Gesellschaft. Sie lockt uns hinaus in die Natur, bewegt Geist und Körper. Sie fördert das für uns alle so wichtige soziale Miteinander, sie schärft den Blick für die Welt und das Gegenüber und sensibilisiert die Jugend mit einzigartigen Erfahrungen für die Schönheiten und die Herausforderungen ihrer Lebenswelt. Kaum verwunderlich also, ist die Auseinandersetzung mit der Kunst inzwischen auch eine viel beachtete Therapieform geworden, wenn es um die seelische Gesundheit des Menschen geht. In jedem

[andrin.schuetz\[at\]
badragartz.ch](mailto:andrin.schuetz[at]badragartz.ch)



Lui Ruowang: Wenji Yang, Asking up, 2011.

Fall: Die Vielfalt der Kunst weckt die Lebensgeister und vermag zu Genuss, Entspannung und vielleicht sogar zu Glück zu verhelfen.

Hervorragende Hotellerie und faszinierende Schluchtenwege

Der ein- oder mehrtägige Ausflug nach Bad Ragaz lohnt sich aber auch weit über den Kunstgenuss hinaus: Die Kurgemeinde bietet nebst hervorragender Hotellerie eine vielfältige Gastronomie auf hohem Niveau sowie einen grosszügigen 18-Loch-Golfplatz mit wundervollem Naturerlebnis und grandiosem Blick auf die Berge der Bündner Herrschaft und des St.Galler Rheintales. Auch die Liebhaberinnen und Liebhaber erlesener Weine kommen mit Sicherheit auf ihre Kosten. Denn in unmittelbarer Nachbarschaft von Bad Ragaz befinden sich die berühmten Weingüter der Bündner Herrschaft sowie die idyllisch in den Rebbergen gelegenen Torkel. Empfehlenswert ist auch der Besuch der beeindruckenden Taminaschlucht, an deren Ende im alten Bad Pfäfers, dem Ursprungsort der Ragazer Heilkunst, im Rahmen der Triennale eine umfangreiche Kleinskulpturenausstellung zu sehen ist. In Valens wiederum ist in diesem Sommer auf dem Klinikareal eine Sonderausstellung mit beeindruckenden Skulpturen des 2019 verstorbenen Holzbildhauers Manfred Martin zu sehen.

Nähere Informationen:
www.badragartz.ch

Bildnachweis

Foto 1: FotoFetzer
Foto 2: NordArt Foto Wohlfromm
Foto 3: Nordart, Foto Wohlfromm



Liu Yonggang, Standing Character – Embrace of Love.



Dr. med. Dana Pamfile
(© CHUV)



Dr. med. Eva Schindowski
(© zVg)

Beste Facharztprüfungen 2. Teil 2020 – Psychiatrie und Psychotherapie

Die Schweizerische Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie (SGPP) hat die besten Facharztprüfungen 2. Teil 2020 gekürt.

1. Preis: Dr. med. Selma Baldursson, «Über die Bedeutung der therapeutischen Beziehung im Rahmen einer psychodynamischen Psychotherapie am Fallbeispiel einer strukturell gestörten Patientin», Luzern
2. Preis: Dr. Dana Pamfile, «Le devenir adulte en crise – Un regard psychodynamique sur les fragilités identitaires du jeune adulte», Lausanne
3. Preis: Dr. med. Eva Maria Schindowski, «Chronisch therapieresistente Depression bei Religiosität mit negativem religiösem Coping», Zürich

Deutsche Menopause Gesellschaft e.V. – «Neues aus der Wissenschaft»

Cand. med. Livia Nakhostin der Universität Bern gewinnt mit ihrer Dissertation den Wissenschaftspreis der Deutschen Menopause Gesellschaft. Ihre Arbeit widmet sich der Frage, wie Hormonersatztherapien während der Menopause das Risiko beeinflussen, an Darmkrebs zu erkranken.

Die Dissertation absolvierte sie unter der Leitung von Prof. Dr. med. Stute an der Frauenklinik in Bern.



Cand. med. Livia Nakhostin
(© zVg)



M.Sc. Mahshid Gazorpak, PhD-Kandidatin (© zVg)

Forschungsstipendium der Schweizerischen Hirnliga 2021

Das Forschungsstipendium 2021 der Schweizerischen Hirnliga geht an Mahshid Gazorpak, PhD-Kandidatin in Molekular- und Verhaltensneurowissenschaften an der ETH Zürich.

Sie erforscht, wie Stress-Rezeptor-Proteine die Stressreaktion im Gehirn beeinflussen.

Das Forschungsstipendium ist mit CHF 60 000 dotiert und fördert Gazorpaks wissenschaftliche Arbeit während eines Jahres.

Wie viel Mabuse braucht die Medizin?

Eberhard Wolff

Prof. Dr. rer. soc., Redaktor Kultur, Geschichte, Gesellschaft



Dr. Mabuse – sagt Ihnen das etwas? Ja, das ist der Film-Superschurke und Psychoanalytiker, der Menschen manipuliert, um die Welt zu beherrschen. Der legendäre Regisseur Fritz Lang schaffte mit dem ersten Mabuse-Film 1922 seinen Durchbruch. Der zweite von 1933 wurde von den Nazis verboten und lief im Ausland in einer französischen Version. In den 1960ern folgten dann noch sechs massentauglichere deutsche Mabuse-Thriller und 1990 ein wenig erfolgreiches Remake (*Dr. M.*) von Claude Chabrol.

Dr. med. Mabuse – sagt Ihnen das etwas? Nein, das ist kein neuer Star am Epidemiologenhimmel. Es ist der Name der deutschen *Zeitschrift für alle Gesundheitsberufe*. Sie feiert nach bald einem halben Jahrhundert Existenz gerade ihr 250. Heft [1], und das liefert den Anlass für dieses Zu guter Letzt.

Den eigenwilligen Namen hat «der Mabuse» noch aus der Zeit, als 1976 Frankfurter Medizinstudierende die erste Ausgabe herausbrachten. Ihr Titelbild legte einem Arzt im Kollegengespräch den Satz in den Mund: «Lieber Kollege, in unserem Beruf ist das Wichtigste, sich nicht anmerken zu lassen, dass wir oft keine Ahnung haben!» Es war die Zeit der «Spontis» und der Satire-Zeitschrift *pardon*. Die Spontis machten sich zu kleinen Spass-Mabuses. Scurrile Ironie war Teil der Bewegungen, die in den Folgejahren das Medizinsystem als Ganzes anprangerten: zu hierarchisch, zu technizistisch, später auch zu «männlich», zu unsozial und die eigene braune Vergangenheit ignorierend. Die eigentlichen «Mabuses» wurden in der etablierten Medizin geortet. In dieser Medizinkritik kam eine sehr spezielle Koalition zusammen: gegen die «Halbgötter in Weiss», für Interprofessionalität und Patientenrechte, für ein soziales, gerechtes und menschliches Gesundheitssystem, auch gegenüber der «Dritten Welt», für Natur, Alternativmedizin und Umweltschutz sowie gegen das Möglichmachen eines Atomkriegs. Dieser sollte nicht durch das Einüben der eventuellen medizinischen Triage durchführbarer gemacht werden. Hinter all dem stand ein bislang ungekannt breites Verständnis von Medizin und Gesundheit.

Was ist im Zeitraum von 250 Mabuse-Heften passiert? Unsere Gesundheitssysteme wurden nicht auf den

Kopf gestellt, aber ein wenig durchgeschüttelt. In Deutschland rekrutierten sich aus den damaligen bewegten «Gesundheitstagen» und «Gesundheitsläden» die ersten grünen und alternativen, meist noch männlichen Vertreter in staatstragenden politischen und Exekutivämtern. Heute verwundert es nicht mehr, wenn in der Schweiz etwa eine grüne Alt-Nationalrätin zur FMH-Präsidentin gewählt wird. Vor vierzig Jahren hätte man das noch als Sponti-Aprilscherz gehandelt. Viele der damaligen medizinkritischen Themen sind zumindest um einiges diskursfähiger geworden. Patientenrechte sind Teil der medizinischen Agenda. Eine gewisse Interprofessionalität ist Grundlage modernen Medizin-Managements. Naturheilkunde hat in der Schweiz Verfassungsrang. Das sind nur ein paar Beispiele, wie auch immer man zu ihnen steht. Die medizinische Welt ist auf jeden Fall nicht mehr so übersichtlich wie damals. Die «Superschurken» sind noch schwerer zu benennen als früher.

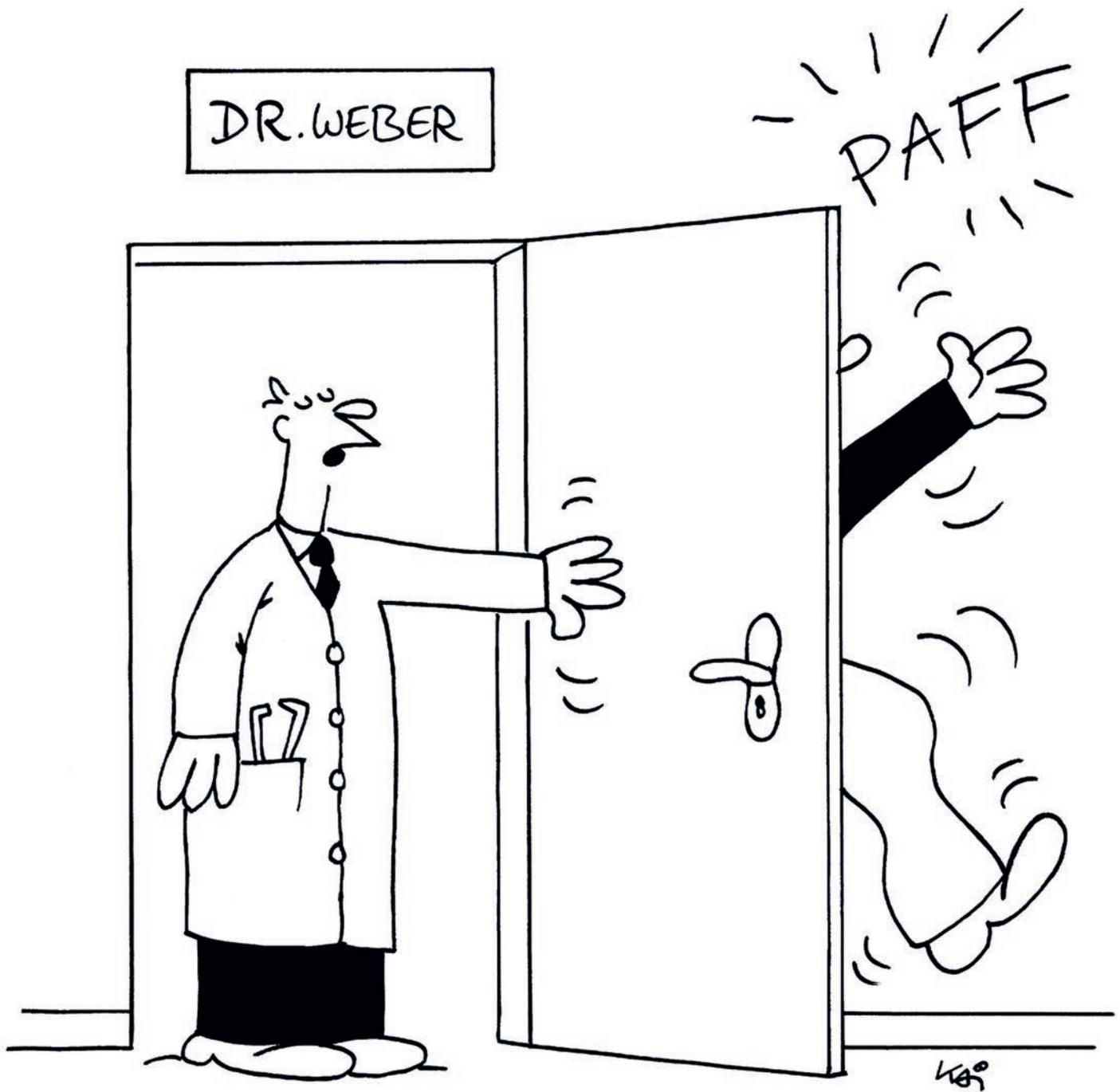
Das Adjektiv «kritisch» führt trotzdem noch die Selbstbeschreibung der Zeitschrift an [2]. Die Kritik ist aber deutlich subtiler geworden und in viele kleine Schauplätze hinein diffundiert. Ich würde die Zeitschrift heute als eine mit der Praxis verbundene Denkfabrik eines erweiterten Gesundheitsbegriffs bezeichnen, wiewohl aus dem Blickwinkel eines links-grünen Weltbilds. Was das konkret heisst? Dazu stöbern Sie am besten einmal durch die Inhaltsverzeichnisse der letzten *Mabuse*-Hefte auf der Website. Das Jubiläumshft befasst sich mit «gerechter Gesundheit» und streift dabei Altenpflegelöhne, Behinderung, Übergriffe im Beruf, Geburtshilfe, Gerontopsychiatrie, Psychosomatik, Abtreibung, Corona-Impfstoffe, Arzneimittelversorgung, Lobbyismus und das Thema der globalen Gesundheit.

Subversive Ironie hat da nur noch wenig Platz. Vielleicht wäre es an der Zeit, mal wieder in die alte Spontikiste zu greifen. Würde ich heute eine eigene Zeitschrift gründen, würde ich sie vielleicht *Die Positivrate* nennen. Damit nicht immer alles so negativ ist.

Literatur

- 1 www.mabuse-verlag.de
- 2 «Kritisch – unabhängig – berufsübergreifend – sozial».

[eberhard.wolff\[at\]emh.ch](mailto:eberhard.wolff[at]emh.ch)



„Der Nächste, bitte!“