

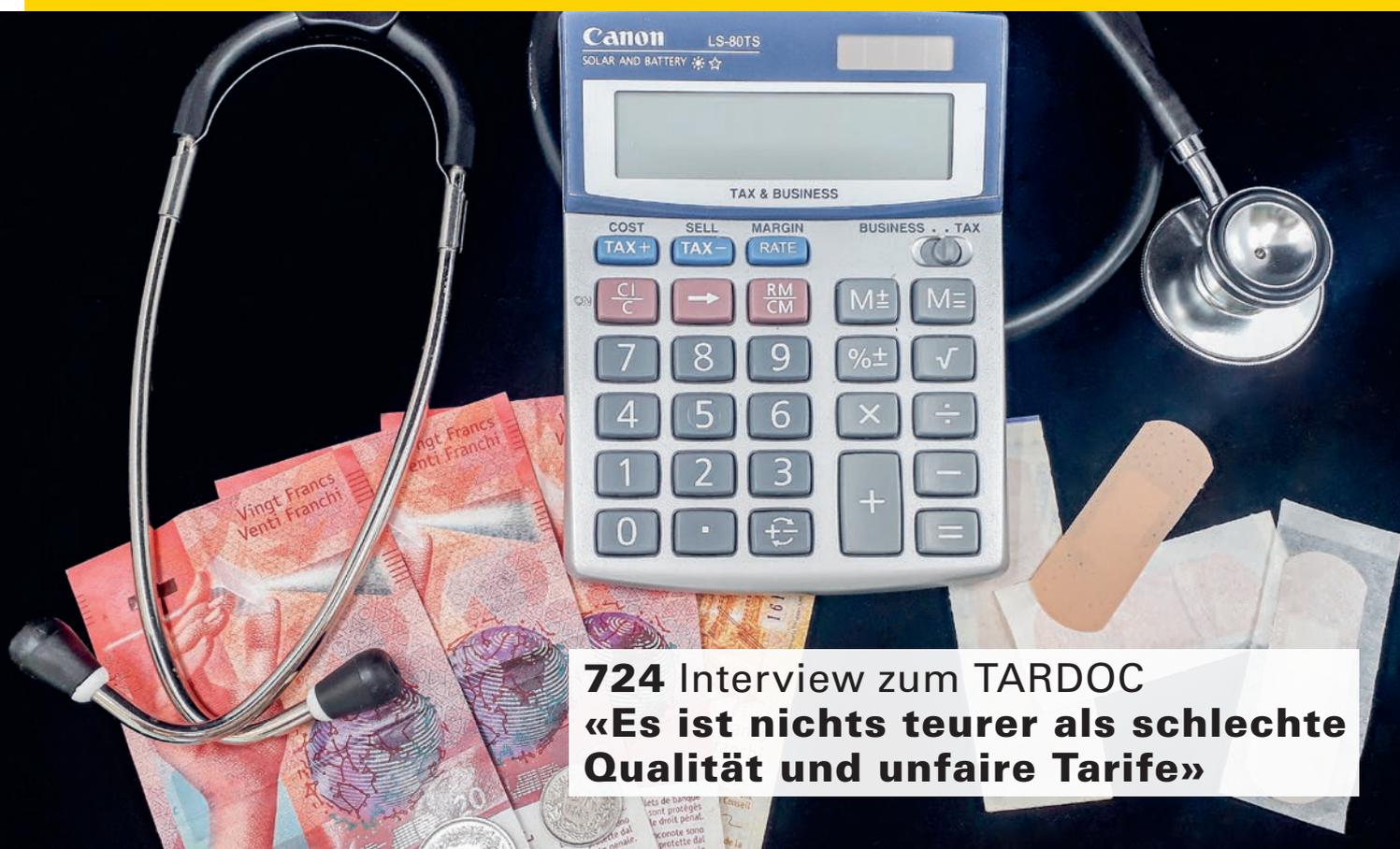
Schweizerische Ärztezeitung

723 Editorial
von Urs Stoffel
**Zielvorgaben verfehlen
das Ziel**

732 Organisationen
der Ärzteschaft: SGAR
**Herausforderungen einer
virtuellen mündlichen
Facharztprüfung**

756 «Zu guter Letzt»
von Anne-Françoise Allaz
Sprache unter Beobachtung

22 2. 6. 2021



724 Interview zum TARDOC
**«Es ist nichts teurer als schlechte
Qualität und unfaire Tarife»**

Verlag

Dr. med. vet. Matthias Scholer, Chefredaktor;
Eva Mell, 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: Urs Stoffel

723 **Zielvorgaben verfehlen das Ziel**

724



INTERVIEW GEFÜHRT DURCH: Nicola Brusa

«Es ist nichts teurer als schlechte Qualität und unfaire Tarife» Der neue ambulante Tarif TARDOC befindet sich auf der Zielgeraden. Wie wichtig ist er für das Schweizer Gesundheitswesen? Darüber diskutieren Nationalrätin Ruth Humbel, FMH-Zentralvorstand Urs Stoffel und curafutura-Direktor Pius Zängerle.

AKTUELL: Bruno Henggi

728 **Die erstaunliche Karriere der Zielvorgabe im Bundesrat**730 **Personalien****Organisationen der Ärzteschaft**

SGAR: Adrian König, Georges L. Savoldelli, Martin R. Tramèr

732 **Herausforderungen einer virtuellen mündlichen Facharztprüfung****Weitere Organisationen und Institutionen**

BUNDESAMT FÜR SOZIALVERSICHERUNGEN: Andrea Künzli

735 **Betreuungsurlaub für Eltern schwer kranker Kinder****Briefe**738 **Briefe an die SÄZ**

Wichtige Sicherheitsinformationen

741 **Chargenrückruf aller nicht verfallenen Solu-Cortef Act-o-Vials mit Benzylalkohol 100 und 500 mg**

FMH Services



742 **Seminare / Séminaires / Seminari 2021**

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

Tribüne

GRÜEZI SCHWEIZ: Nathalie Zeindler

751 **Der Wahlschweizer schätzt den kollegialen Umgangston**

754 **Spectrum**

Horizonte

755 **Preise und Auszeichnungen**

Zu guter Letzt

Anne-Françoise Allaz

756 **Sprache unter Beobachtung**



ANNA

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 Ärzteverlag AG, Farnsburgerstrasse 8, 4132 MuttENZ, Tel. +41 (0)61 467 85 55, www.emh.ch

Anzeigen:

Philipp Lutzer, Key Account Manager EMH, Tel. +41 (0)61 467 85 05, philipp.lutzer@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: 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:
Julia Rippstein

Zielvorgaben verfehlen das Ziel

Urs Stoffel

Dr. med., Mitglied des FMH-Zentralvorstandes, Departementsverantwortlicher Ambulante Versorgung und Tarife



Man kann das «Ding» nennen, wie man will: «Zielvorgaben» oder «Kostenbremse» [1], letztlich ist und bleibt die Massnahme der «Zielvorgaben» ein verkapptes Globalbudget im ambulanten Bereich. Genau das sieht aber das KVG im ambulanten Bereich nicht vor. In einem von der FMH in Auftrag gegebenen Gutachten kommt Prof. Ueli Kieser zum Schluss, dass die Massnahmen einer Zielvorgabe nicht verfassungskonform sind. Denn das KVG ist als Versicherungsgesetz konzipiert. Versicherte haben laut KVG Anspruch auf die definierten Leistungen der OKP; dieser Anspruch kann nicht beschränkt werden, um damit die Kosten zu steuern und zu dämpfen. Wenn Sie analog eine Autoversicherung haben, so könnte die Versicherung auch nicht sagen, dass sie Ihren versicherten Schaden nicht übernimmt, weil Sie im laufenden Jahr bereits zu viele Autounfälle hatten.

Nachdem die Massnahme «Zielvorgaben» mittlerweile aus dem Kostendämpfungspaket 2 herausgelöst und zum indirekten Gegenvorschlag der Kostenbremse-Initiative erklärt wurde (siehe auch Seite 728: «Die erstaunliche Karriere der Zielvorgabe im Bundesrat»), muss diese Massnahme besonders genau unter die Lupe genommen werden. Gerade wenn sie als Gegenvorschlag zu einer Initiative tauglich sein soll. Eine solche Massnahme wird letztlich zulasten der Patientinnen und Patienten zur Sparmassnahme, weil sie die medizinische Versorgung und damit die Qualität verschlechtert. Man möchte also der Ärzteschaft hier die Aufgabe zuschieben, die Patientenversorgung nach politischen Kostenkriterien zu «steuern» und damit de facto einzuschränken.

Zielvorgaben sind nicht verfassungskonform, denn sie schränken den Leistungsanspruch der Versicherten ein, der ihnen laut KVG zusteht.

Eine Budgetvorgabe zieht zwangsläufig eine Begrenzung der Leistungen nach sich. Das führt wiederum zu Wartezeiten und durch die Bevorzugung der Privatzahler letztlich zu einer Zweiklassenmedizin. Der Bundesrat schreibt in seinen Erläuterungen, dass der Zugang zu den Versicherungsleistungen für die Bevölkerung in jedem Fall gewährleistet sei. Budgets sind aber nur dann kostensparend, wenn sie Leistungen einschränken, was schon aus mathematischen Über-

legungen auf der Hand liegt. Wenn aber sämtliche versicherten Leistungen gewährleistet sein sollen, dann kann das Budget kaum Einsparungen bringen, wird aber zugleich sicher administrative Mehrkosten verursachen. Interessanterweise zeigen Länder mit Budgetvorgaben, dass die Kosten langfristig nicht weniger ansteigen. Die Daten der OECD-Länder belegen, dass in Prozentanteilen des BIP beispielsweise die Niederlande trotz Globalbudget keine Kostenvorteile aufweisen und verglichen mit der Schweiz sogar eine ungünstigere Kostenentwicklung zeigen.

Eine Zielvorgabe ist immanent mit einer Prognose verknüpft. Sie muss also vorhersagen können, wie sich der Bedarf für medizinische Leistungen in Zukunft entwickelt. Dieser Bedarf ist aber von sehr vielen komplexen Parametern abhängig. Bereits eine unterschätzte Grippewelle kann eine solche Zielvorgabe infrage stellen. Gerade in der jetzigen Pandemie werden wir uns dessen schmerzlich bewusst. Der Bund ist beispielsweise in den letzten Jahren wiederholt daran gescheitert, die Kostenentwicklung korrekt zu prognostizieren. Über Jahre hinweg lagen die Prämien höher als die Kosten der Grundversorgung [2]. Wären die Kostenprognosen des Bundes immer richtig, hätten wir wohl über Jahre hinweg zu wenig behandelt. Umgekehrt würden zu tief prognostizierte Gesundheitskosten dazu führen, dass für die medizinischen Behandlungen zu wenig Geld zur Verfügung stünde und die hohe Qualität der Gesundheitsversorgung in der Schweiz somit gefährdet würde.

In der zweiten Corona-Welle wollte sich der Bundesrat nicht einmal auf die Auslastung der Intensivstationen in den nächsten fünf Tagen festlegen [3]. Jetzt meint er aber, man könne die medizinisch notwendigen Gesundheitskosten des übernächsten Jahres – im Detail je Versorgungssektor und Kanton – korrekt vorhersagen. Wir bleiben dabei: Zielvorgaben im Gesundheitswesen sind ebenso wie die «Kostenbremse-Initiative» ein verkapptes Globalbudget und verfehlen das Ziel einer guten Patientenversorgung.

Literatur

- 1 www.nzz.ch/schweiz/wenn-das-volk-die-katze-im-sack-kauft-ld.1380117
- 2 www.derbund.ch/schweiz/standard/hoffnungen-auf-einen-miliden-praemienherbst/story/15445438
- 3 saez.ch/article/doi/saez.2020.19390



Interview zum TARDOC

«Es ist nichts teurer als schlechte Qualität und unfaire Tarife»

Nicola Brusa

Freier Journalist

Der neue ambulante Tarif TARDOC befindet sich auf der Zielgeraden. Wie wichtig ist er für das Schweizer Gesundheitswesen? Darüber diskutieren Nationalrätin Ruth Humbel, FMH-Zentralvorstand Urs Stoffel und curafutura-Direktor Pius Zängerle.

Urs Stoffel, der TARDOC hat zur Folge, dass manche Behandlungen und Eingriffe besser vergütet sind, manche aber auch schlechter. Wie verkaufen Sie den neuen Tarif Ihren Kolleginnen und Kollegen?

Urs Stoffel: Der TARDOC ist ein betriebswirtschaftlich berechneter Tarif, der die zeitgemässen und aktuellen Leistungen in der Medizin sachgerecht abbilden soll. Natürlich gibt es bei einer Gesamtrevision immer Anpassungen, sonst müsste man ja gar keine Revision durchführen – jedoch nicht nur Anpassungen nach unten, sondern auch nach oben. Die Ärztinnen und Ärzte haben verstanden, dass wir nun alle zusammenhalten und auch Kompromisse eingehen müssen, wenn wir wieder einen tarifpartnerschaftlichen Tarif haben wollen und uns nicht der Willkür von bundesrätlichen Tarifeingriffen und einem Amtstarif aussetzen wollen.

Frau Humbel, als Politikerin muss es Ihr Anliegen sein, dass die Kosten im Gesundheitswesen nicht ins

Unermessliche steigen. Welche Rolle spielt der TARDOC dabei?

Ruth Humbel: Grundsätzlich vertraue ich darauf, dass sich die Partner auf einen Tarif geeinigt haben, der nicht zum Kostentreiber wird. Es geht aber bei einem Tarif nicht darum tiefe, sondern sachgerechte Preise für medizinische Leistungen zu erhalten. Und es ist völlig klar, dass wir diese mit dem TARMED nicht mehr haben.

Über den neuen Tarif entscheidet der Bundesrat. Wie sehen Sie Ihre Rolle als Parlamentarierin in diesem Prozess?

Humbel: Direkten Einfluss habe ich nicht, das stimmt. Ich kann bloss immer wieder nachfragen, wie der Stand ist. Zudem überlege ich mir, ob es richtig ist, dass die Behörden einen Tarif genehmigen müssen und ihnen dafür keine Frist gesetzt wird. Gerade bei einem solch grossen und wichtigen Projekt, das auch in der Umsetzung anforderungsreich ist, wären klare Fristen

für die Planbarkeit wichtig. Wenn man sieht, welche grundsätzlichen Fragen das Bundesamt für Gesundheit (BAG) nach der ersten Prüfung stellte ...

Pius Zängerle: Sie tippen einen zentralen Punkt an. Die Zusammenarbeit zwischen den Tarifpartnern und den Behörden. Das ist ein Punkt, den wir bemängeln: Die Behörde funktioniert wie ein Orakel. Zu wichtigen Fragen sagen sie nichts oder nichts Substantielles.

Können Sie ein Beispiel nennen?

Zängerle: Es gibt vonseiten der Behörden keine verbindlichen Aussagen zur Kostenneutralität. Diese ist zentral für den neuen Tarif. FMH und curafutura mussten diesen Punkt selber entwickeln. In der Hoffnung, dass der Vorschlag dann auch akzeptiert wird. Wir haben ein Jahr lang um diese Lösung gerungen – wenn dann vom BAG so viele Punkte bemängelt werden, fühlt sich die Arbeit vergebens an.

Weshalb schauen Sie Frau Humbel an?

Zängerle: Das wäre unser Anliegen an die Politik, an das Parlament: Es ist doch verrückt, wenn die Tarifpartner sieben Jahre an einem Tarif arbeiten, und dann geschieht die Genehmigung unstrukturiert und braucht zwei, drei, vielleicht aber auch fünf Jahre.

Gründet Ihr Frust darauf, dass es so lange geht oder dass Sie nicht wissen, wie lange es geht?

Zängerle: Beides. Da ist einerseits die Unsicherheit, weil gewisse Eckwerte unklar sind. Wir haben zwar etwas verhandelt, wissen aber nicht, ob das genügend oder genehm ist. Und andererseits ist die lange Wartezeit ohne verbindliche Fristen stossend.

Der TARMED ist nun schon so lange veraltet, kommt es da auf ein, zwei Jahre noch an?

Stoffel: Es ist sogar entscheidend! Sonst ist der TARDOC bereits bei seiner Einführung wieder veraltet. Wir wollen zeitnah starten, damit die Zahlen noch aktuell sind. Sehen Sie: Der TARMED wurde 2002 genehmigt, 2004 eingeführt, mit Zahlen aus den späten 90er Jahren. Genau das möchten wir bei der Einführung des TARDOC unbedingt vermeiden, dass der Tarif schon bei der Einführung nicht mehr aktuell ist.

Humbel: Sicher, es ist an der Zeit, dass der TARDOC zügig vorankommt. Was ich nicht verstehe: FMH und curafutura verhandeln sieben Jahre und legen dann das ganze Paket dem Bundesrat zur Genehmigung vor. Weshalb haben Sie nicht den Kontakt zum BAG gesucht, um wesentliche Eckwerte wie Referenzeinkommen und Normarbeitszeit zu definieren? Das hätte man vor Jahren, zu Beginn der Verhandlungen, besprechen können, nicht erst jetzt.

Zängerle: Das war genau unsere Absicht: Ein Dialog mit dem BAG. Das war aber sehr schwierig, sei es zur Kostenneutralität, sei es zu den Bedingungen für eine Genehmigung. Es ist ein Problem, dass dieser Dialog nicht möglich ist, weil er nicht zum Prozedere gehört oder nicht gewünscht wird.

Nicht alle Verbände und Organisationen sind beim TARDOC dabei, die Einstimmigkeit fehlt. Was halten Sie von den Fallpauschalen, die so etwas wie einen Gegenvorschlag bilden?

Humbel: Natürlich ist es ein Mangel, dass gewisse Verbände wie etwa H+ oder santésuisse beim TARDOC fehlen. Das darf aber den neuen, zeitgemässen Tarif nicht verhindern, wenn dieser den gesetzlichen Vorgaben genügt, zumal der Bundesrat verschiedentlich dargelegt hat, dass eine revidierte Tarifstruktur jeweils durch eine Mehrheit der Tarifpartner – das heisst eine Mehrheit der Leistungserbringer sowie einer Mehrheit der durch die Versicherer vertretenen Versicherten – vereinbart werden muss.

Stoffel: Pauschalen sind dann geeignet und sinnvoll, um Einzelleistungen abzulösen, wenn sie Eingriffe oder Behandlungen umfassen, welche gut abgrenzbar sind. Leistungen mit einem klaren Anfang und Ende der Leistung, die tarifiert werden soll.

Die Interviewten



Ruth Humbel



Urs Stoffel



Pius Zängerle

Seit 2003 vertritt **Ruth Humbel** für «Die Mitte» (ehem. CVP) den Kanton Aargau im Nationalrat. Die Juristin ist Verwaltungs- und Stiftungsrätin bei verschiedenen Institutionen, u.a. Verwaltungsrätin der Concordia Versicherungen sowie Präsidentin der EQUAM-Stiftung.

Urs Stoffel praktiziert als allgemeiner Chirurg in Zürich und ist Belegarzt an mehreren Privatkliniken. Er ist seit 2012 Mitglied des Zentralvorstandes der FMH und dort verantwortlich für die ambulante Versorgung und Tarife.

Mathematiker und Ökonom **Pius Zängerle** ist seit 2015 Direktor von curafutura. Der Verband vertritt die Interessen der Krankenversicherer CSS, Helsana, Sanitas und KPT. curafutura setzt sich aktiv für die Beseitigung der grössten Fehlanreize im schweizerischen Gesundheitssystem ein.

Aber?

Stoffel: Die Voraussetzung für eine sachgerechte und faire Pauschale ist ein ausgewogener, sachgerechter und betriebswirtschaftlicher Einzelleistungstarif. Letztlich setzt sich jede Pauschale aus Einzelleistungen zusammen. Gerade in der Grundversorgung gibt es aber sehr viele Leistungen, die sich nicht pauschalisieren lassen. Heute liegen nur Pauschalen vor, welche weniger als 10 Prozent des ambulanten Volumens abdecken.

«Beim medizinischen Fortschritt sind alle daran interessiert, diesen möglichst schnell zu nutzen, im Gegensatz zu Tarifrevisionen, wo es in erster Linie um Eigeninteressen geht.»

Zängerle: Es spielen hier zwei Komponenten. Das System erlaubt, dass ein Teil der Leistungen mit Einzelleistungen, ein anderer mit Pauschalen abgegolten wird. Es gibt jetzt einen neuen, zeitgemässen Tarif, um den TARMED abzulösen. Auf der anderen Seite stehen wir bei den Pauschalen erst am Anfang der Diskussionen. Muss man deshalb mit dem TARDOC warten?

Muss man warten, Frau Humbel?

Humbel: Ich nehme ziemlich erstaunt zur Kenntnis, dass Ängste und Befürchtungen existieren, der TARDOC würde zurückgestellt, bis ambulante Pauschalen vorliegen. Der TARDOC darf aber sicher nicht mit noch nicht vorliegenden ambulanten Pauschalen verknüpft werden. Das würde die Blockade weiterführen.

Zängerle: Zwischen dem TARDOC und den Pauschalen bestehen Zusammenhänge. Aber man darf aus Zusammenhängen keine Abhängigkeiten machen. Klar muss man an die gegenseitigen Einflüsse denken. Wenn man daraus aber eine Gleichzeitigkeit ableitet, werden wir immobil und sklerotisch. Wir müssen es schaffen, in wichtigen Teilbereichen Revisionen zu machen. Sonst rechnen wir noch 2030 mit dem TARMED ab.

Stoffel: Hier finden sich Parallelen zur Medizin selbst. Eine Technik wird angewendet, laufend weiterentwickelt und allenfalls irgendwann abgelöst. Nehmen wir die epochale Änderung durch die laparoskopische Medizin. Die hat sich durchgesetzt, weil sie besser, aktueller, effizienter, risikoärmer war. Übertragen auf die Pauschalen heisst das: Sobald eine Pauschale bereitsteht, die betriebswirtschaftlich und sachgerecht ist, löst sie den Einzeltarif ab.

Humbel: Diese Parallele hinkt, Herr Stoffel. Beim medizinischen Fortschritt sind alle daran interessiert, diesen möglichst schnell zu nutzen, im Gegensatz zu Tarifrevisionen, wo es in erster Linie um Eigeninteressen

geht. Die starke Regulierung im Gesundheitswesen ist denn auch die Folge der Trägheit seiner Akteure, die Tarifautonomie zu nutzen. Leider steht bei Tarifverhandlungen nicht immer der zufriedene Patient im Mittelpunkt, nicht die gute Leistung oder ein effizienter Einsatz der Ressourcen. Das ist der grosse Unterschied zur technischen Entwicklung der Medizin, bei der alle Akteure Vorteile sehen.

Zängerle: Es gibt eine Komplikation: die Verbandsvielfalt. Deshalb ist es eben nicht nur Marktversagen der Akteure, sondern ein Stück weit auch Staatsversagen. Wenn klar wäre, unter welchen Bedingungen eine Tarifstruktur eingereicht werden kann und genehmigungsfähig ist, würden die Prozesse enorm beschleunigt. Wegen der Unsicherheiten lohnt sich das Arbeiten eventuell nicht. Verlässliche Rahmenbedingungen gehören darum zu den Aufgaben des Staats und der Politik, damit es sich lohnt, auch in Verhandlungen zu investieren.

Die politische Diskussion bei den Massnahmenpaketen, mit denen der Bundesrat die Kosten im Gesundheitswesen dämpfen möchte, dreht sich um praxis- und spitalambulante Leistungen.

Humbel: Für mich ist in dieser Diskussion zentral, dass wir damit die Praxismedizin nicht schwächen. Wenn man Leistungen in Spitälern erbringt, die in der Praxis günstiger wären, dann stimmt etwas mit den Anreizen, das heisst mit der Tarifierung nicht. Hier muss der Grundsatz gelten: Nur diejenigen Leistungen werden im Spital erbracht, die eine entsprechende Infrastruktur brauchen.

Zängerle: Darum sind die Tarife wichtig, konkret der

«Grundsätzlich gibt es nicht einfach Fachrichtungen, die zu den Gewinnern zählen, und andere, die immer die Verlierer sind.»

Pauschal- und der Einzelleistungstarif für ärztliche Leistungen. Beide müssen auf je geeignete Weise ambulante Leistungen beschreiben, unabhängig von einem konkreten Ort ihrer Erbringung. Da nehmen gewisse Spitäler heute die tarifarische Entwicklung bereits vorweg: Sie trennen die ambulanten und die stationären Prozesse, um nicht in Strukturen gefangen zu sein, mit denen sie nie kostendeckend arbeiten können.

Wo sehen Sie da den Spareffekt?

Zängerle: In sachgerechten Tarifen. Wo Pauschalen Sinn machen, vereinfachen sie Prozesse und helfen mit, die Kosten zu dämpfen.

Stoffel: Dem stimme ich zu, wenn wir dereinst differenzierte Pauschalen haben. Eine Leistenbruch-OP bei einem 20-jährigen und eine bei einem 80-jährigen sind nicht vergleichbar. Entsprechend müssen Pau-

schalen diese Unterschiede abbilden können, sonst sehen wir uns bald mit der Risikoselektion auf Seite Leistungserbringer konfrontiert. Zu sagen, Pauschalen sind das Mittel, das alle Probleme der Tarifierung von Arztleistungen im Gesundheitswesen löst, ist zu simpel.

Wer gewinnt mit dem TARDOC, wer verliert?

Stoffel: Die Frage nach den Gewinnern und den Verlierern scheint in der Diskussion um den TARDOC ein Dauerbrenner zu sein. Sie wird von den Medien immer wieder gestellt. Grundsätzlich gibt es nicht einfach Fachrichtungen, die zu den Gewinnern zählen, und andere, die immer die Verlierer sind. Es ist stark davon abhängig, wie das Leistungsprofil der einzelnen Ärztin oder des einzelnen Arztes innerhalb der gleichen Fachgesellschaft aussieht. So gibt es zum Beispiel in der Ophthalmologie Leistungserbringer, die sehr viele operative Leistungen erbringen und dafür im TARDOC tiefer abgeregelt werden als im TARMED. Es gibt aber auch Ophthalmologen, die ein Leistungsprofil abdecken, das heute im TARDOC besser tarifiert ist. Diese Vergleiche, wer nun «Verlierer» und wer «Gewinner» sind mit dem TARDOC, lässt sich auf Ebene der Fachgesellschaft also nicht so einfach beantworten.

TARDOC

- **Neu**
Der TARDOC löst den veralteten TARMED ab. Dieser ist seit 17 Jahren unverändert und basiert auf der Medizin und auf Zahlen der 90er Jahre. Der neue Tarif wurde 2019 dem Bundesrat zur Genehmigung eingereicht.
- **Fair**
Der TARDOC listet 2700 Positionen auf, anhand deren ambulante Leistungen künftig abgerechnet werden. Die einzelnen Tarifpunkte wurden überprüft und angepasst, damit die Leistungen künftig fair entschädigt und Fehlanreize verhindert werden.
- **Dynamisch**
Beim TARDOC hat die Veränderung System: Die einzelnen Tarifpositionen werden ab der Einführung jährlich überprüft und allenfalls angepasst. Dafür gibt es einen bereits vereinbarten Revisionsprozess.
- **Breit abgestützt**
Hinter dem TARDOC stehen die FMH, die Mitglieder der curafutura plus die Krankenversicherer SWICA sowie die MTK (Unfall-, Invaliden- und Militärversicherer). Die KVG-Versicherer vertreten die Mehrheit der Versicherten in der Schweiz.

Zängerle: Bei den Kosten geht ein Gedanke oft vergessen. In der Schweiz reden wir heute von einer Überversorgung von 20 bis 30 Prozent. Diese findet zu einem guten Teil dort statt, wo die Tarife zu hoch sind. Mit einem sachgerechten Tarif fallen wichtige Fehlanreize zur Überversorgung weg.

Humbel: Wenn der TARDOC Fehlanreize beseitigt und nutzlose Behandlungen zu eliminieren vermag, dann würde das zu namhaften Einsparungen führen. Damit würden die Tarifpartner zentrale Elemente des Kostendämpfungspaketes des Bundesrates umsetzen.

Apropos Kosten: Über den TARMED werden jährlich 12 Milliarden Franken abgerechnet. Erschrecken Sie manchmal ob dieser Zahl?

Humbel: 12 Milliarden sind viel Geld. Wenn man es richtig einsetzt, kann damit ein optimaler Nutzen für Patientinnen und Patienten erzielt werden. Und

«Die 12 Milliarden sind für die Bevölkerung gut eingesetzt, wenn sie notwendige und qualitativ hochstehende Leistungen abdecken.»

darum ist es wichtig, dass nur die Leistungen erbracht und abgerechnet werden, die nützlich und nötig sind.
Zängerle: 12 Milliarden repräsentieren einen wichtigen Teil des KVG. Dort bestehen mit dem alten Tarif ganz viele schlechte Anreize. Wir sind angehalten, die grössten Fehlanreize zu beseitigen. 12 Milliarden Franken entsprechen den Kosten einer Neat-Röhre – und das in einem Jahr. Das zeigt, wie riesig das Projekt Gesundheitswesen ist.

Stoffel: Wir haben eines der besten Gesundheitssysteme weltweit. Diese 12 Milliarden sind für die hohe Qualität in der Gesundheitsversorgung für die Bevölkerung dann gut eingesetzt, wenn sie notwendige und qualitativ hochstehende Leistungen abdecken, welche sachgerecht, fair und betriebswirtschaftlich tarifiert sind. Das ist das Ziel, das wir mit dem TARDOC erreichen wollen. Gesundheitsökonomin Elizabeth Teisberg hat gesagt: «Es ist nichts teurer als schlechte Qualität und unfaire Tarife.» Genau deshalb braucht es den neuen Tarif.

Bildnachweis

Ginasanders | Dreamstime.com
Interviewfotos: Esther Michel

Die erstaunliche Karriere der Zielvorgabe im Bundesrat

Bruno Henggi

Verantwortlicher Public Affairs, FMH

Der Bundesrat hat ohne vertiefte materielle Diskussion eine fundamentale Weichenstellung für die Gesundheitsversorgung vorgenommen. Die Zielvorgabe für die Kostenentwicklung in der OKP ist zum indirekten Gegenvorschlag der Kostenbremse-Initiative erklärt worden. Der Gesamtbundesrat hat es verpasst, den Plan des Departements des Innern zu durchkreuzen. Das nächste Wort hat das Parlament.

«Der Bundesrat bewegte sich zuletzt in festgefahrenen Bahnen, zeigte eine merkwürdige Unlust am Regieren. Insbesondere Karin Keller-Sutter kritisierte jüngst das ausgeprägte departementale Denken» [1]. Das schrieb die *Neue Zürcher Zeitung* am 5. Dezember 2018, am Tag, als die Bundesversammlung die Ersatzwahl für den zurückgetretenen Bundesrat Schneider-Amman vornahm.

Die Lust, die interventionistische Politik des Departements des Innern im Gesundheitswesen zu dämpfen, war aber 2018 im Bundesrat durchaus noch vorhanden, als der Berner sein letztes Amtsjahr in der Landesregierung absolvierte. Das Departement des Innern hatte

geplant, die gesamte Massnahmen-Masse des Berichts der Expertengruppe um Verena Diener, immerhin 38 Massnahmen, dem Parlament in fünf Tranchen vorzulegen. Daraus wurde nichts. An einer März Sitzung im Jahr 2018 blieben lediglich zwei Massnahmenpakete übrig. Die Parallelimporte für Medikamente, ein Evergreen, blieb auf der Strecke, und die Zielvorgabe für das Kostenwachstum in der OKP, die Prestigemassnahme des EDI, musste auf die Warteliste.

Fokus aufs Departement versus Fokus auf den Bundesrat

Departementales Denken dominierte damals offensichtlich nicht. Die Mitwirkung einzelner Mitglieder des Bundesrats an den strategischen Entscheidungen des Kollegiums hatte in der Sitzung vom 28. März 2018 sehr wohl stattgefunden. Die Einführung von verbindlichen Zielvorgaben sollte lediglich geprüft werden, und vorerst wollte der Bundesrat nur eine Aussprache führen. Er gab sich dafür Zeit bis Ende 2018. Die Zielvorgabe kam also nicht richtig vom Fleck.

Ein Jahr später trat sie immer noch an Ort. Der Bundesrat will prüfen, und das Departement des Innern erarbeitet eine Vorlage, hiess es am 8. März 2019 offiziell. Weil im Anschluss an eine Sitzung des Bundes mit den Kantonen im Rahmen des «Dialogs Nationale Gesundheitspolitik» das BAG verlauten liess, dass eine Zielvorgabe für die Kostenentwicklung in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung Teil der zweiten Vorlage sein werde, verlangte Nationalrat Lorenz Hess in einer Interpellation (19.3798) Auskunft und stellte insbesondere die Frage nach der Prüfung der Verfassungsmässigkeit



Politische Entscheide beeinflussen die Schweizer Gesundheitsversorgung.

von Zielvorgaben. Erst ein konkreter Regelungsentwurf könne umfassend auf die Verfassungskonformität hin beurteilt werden. Dies werde im Rahmen der Erarbeitung der Vorlage erfolgen, beschied der Bundesrat dem Interpellanten am 21. August 2019.

Fundamentale Massnahme marschiert durch den Bundesrat

Dann geschah nichts mehr. Die Vorlage verzögerte sich. Der Termin Ende 2019 konnte nicht eingehalten werden. Die neuen Ankündigungen für den Vernehmlassungsbeginn für das zweite Kostendämpfungspaket häuften sich. Im Mai 2020 aber kam der Paukenschlag. «Bundesrat für die Einführung einer Zielvorgabe», entnahm man der Medienmitteilung des Bundesrats. Was war passiert? Bei Lichte betrachtet, nichts Aussergewöhnliches. Eine Initiative war eingereicht worden. Die Volksinitiative für tiefere Prämien – Kostenbremse im Gesundheitswesen der damaligen CVP. Das war alles.

Einen konkreten Regelungsentwurf für die Zielvorgabe gab es nach wie vor nicht. Die Prüfung der Verfassungskonformität fand nicht statt. Trotzdem beschloss die Landesregierung die Einführung einer Zielvorgabe als indirekten Gegenvorschlag zur Kostenbremse. Insider bestätigten, dass es an der Bundesratssitzung zwar Diskussionen gab. Die mit Abstand einschneidendste Massnahme im Kostendämpfungsprogramm des Departements des Innern wurde aber ohne materielle Prüfung Teil des zweiten Kostendämpfungspakets.

Die Einführung von verbindlichen Zielvorgaben sollte lediglich geprüft werden, und vorerst wollte der Bundesrat nur eine Aussprache führen.

Eine Aussprache über die Substanz der Zielvorgabe hatte nicht stattgefunden und sollte, wie sich herausstellte, auch später nicht mehr stattfinden. Ein Jahr später, am 28. April dieses Jahres, löste die Landesregierung die Zielvorgabe aus dem zweiten Kostendämpfungspaket heraus. Bis im November soll die entsprechende Botschaft vorliegen.

Tiefe Popularität der Zielvorgabe

Hätte die Landesregierung Anlass und Grund gehabt, anders zu entscheiden? In der Tat. Desaströs sei das Ergebnis des Vernehmlassungsverfahrens gewesen, hiess es in der Bundesverwaltung. 280 Stellungnahmen wurden zur Zielvorgabe eingereicht, eine deutliche Mehrheit lehnt sie ab. Und die Frage der Verfassungs-

konformität? Im Vernehmlassungsbericht sind dazu Aussagen enthalten. Allerdings fiel das Kapitel des Bundesamts für Justiz so aus, dass der Sozialversicherungsrechts-Experte Professor Ueli Kieser von der Universität St. Gallen sich veranlasst sah festzustellen, dass die massgebende Fragestellung nicht behandelt worden sei [2].

Die mit Abstand einschneidendste Massnahme im Kostendämpfungsprogramm des Departements des Innern wurde ohne materielle Prüfung Teil des zweiten Kostendämpfungspakets.

Professor Kieser kommt im Gutachten, das er im Auftrag der FMH erstellt hat, zum Schluss, dass die OKP durch eine verfassungsrechtliche Vorgabe als Versicherung konzipiert sei und deshalb nicht über kostendämpfende Massnahmen gesteuert werden könne, welche zum Ziel haben, den Leistungsanspruch zu beschneiden und durch ungenügende Tarifierung dafür zu sorgen, dass Leistungen nicht erbracht werden.

Parlament in der Verantwortung

Warum also nahm die Karriere der Zielvorgabe seit den Bundesratswahlen Ende 2018 im Bundesrat ihren erstaunlichen Verlauf? Die Staatsrechtslehre mag die Antwort geben: Die Verknüpfung von Kollegial- und Departementalprinzip bewirke, dass jedes Mitglied des Bundesrats eine Doppelaufgabe wahrnehmen müsse. Mitwirkung an den strategischen Entscheidungen im Kollegium und Führung eines Departements. Die erste Aufgabe sei die wichtigere. In der Praxis bestehe aber die Tendenz, dass Bundesräte mehr Gewicht auf die Departementsführung legten, weil ihre Leistungen schergewichtig daran gemessen würden. Zudem könnten sie sich in dieser Funktion stärker medienwirksam profilieren [3].

Dem Parlament obliegt nun die substantielle Prüfung jener kostendämpfenden Massnahme, welche in Verletzung des Versicherungsprinzips der OKP Leistungsansprüche der Patienten beschneiden und die Erbringung von Leistungen abwenden will.

Bildnachweis

Gregory Alekhin | Dreamstime.com

Literatur

- 1 www.nzz.ch/schweiz/bundesratswahl-auf-einen-blick-ld.1441765
- 2 www.fmh.ch/politik-medien/politische-geschaefte/kostendaempfung-globalbudget.cfm: Gutachten zur Verfassungsmässigkeit bestimmter Massnahmen im Krankenversicherungsrecht; Prof. Kieser, Seite 28/29.
- 3 Häfelin U, Haller W, Keller H. Schweizerisches Bundesstaatsrecht. 8. Auflage. Zürich, Basel, Genf; 2012. Seite 528

Personalien

Todesfälle / Décès / Decessi

Rolf Vogel (1933), † 21.4.2021,
Facharzt für Chirurgie, 3033 Wohlen b. Bern

Vera Joho-Günther (1931), † 27.4.2021,
8632 Tann

Emiliano Bona (1956), † 30.4.2021,
Facharzt für Physikalische Medizin und Reha-
bilitation, Facharzt für Rheumatologie und
Facharzt für Allgemeine Innere Medizin,
7000 Chur

Marianne Weber (1945), † 1.5.2021,
Fachärztin für Kinder- und Jugendmedizin,
8053 Zürich

Francis-Luc Laurencet (1937), † 7.5.2021,
Spécialiste en médecine intensive et
Spécialiste en médecine interne générale,
1870 Monthey

Pierre Thierry Noah (1969), † 8.5.2021,
Facharzt für Kardiologie und Facharzt für
Allgemeine Innere Medizin, 4704 Niederbipp

Praxiseröffnungen / Nouveaux cabinets médicaux / Nuovi studi medici

VD

Xavier Henri Grenon,
Spécialiste en médecine interne générale,
Avenue de la Gare 6, 1880 Bex

Gaël Claude Antoine Deplanque,
Spécialiste en oncologie médicale, Oncologie
Riviera, Rue du Grammont 2, 1815 Clarens

Ärztegesellschaft des Kantons Luzern

Zur Aufnahme in unsere Gesellschaft
Sektion Gäu hat sich gemeldet:

Fachera Ebrahimzada, Praktische Ärztin,
Doktorhuus, Vorstatt 6, 6244 Nebikon

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:

Stefan Baumegger, Praktischer Arzt, FMH,
Übernahme Praxis Dr. Walter Pfeifhofer
in Goldau ab September 2021

Hatice Ücelehan, Fachärztin für Ophthal-
mologie, FMH, ärztliche Leiterin Augen-
zentrum Wollerau SZ sowie Augenzentrum
Wiedikon ZH

Einsprachen gegen diese Aufnahme
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)

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.



Herausforderungen einer virtuellen mündlichen Facharztprüfung

Adrian König^a, Georges L. Savoldelli^b, Martin R. Tramèr^c

^a Lic. phil. II, Geschäftsstellenleiter Schweizerische Gesellschaft für Anästhesiologie und Reanimation (SGAR), Geschäftsführer BBS Congress GmbH;

^b Prof. Dr. med., Abteilungsleiter, Division Anästhesiologie, Departement Akutmedizin, Genfer Universitätsspital; ^c Prof. Dr. med., Chefarzt Division Anästhesiologie, Direktor Departement Akutmedizin, Genfer Universitätsspital, Präsident Prüfungskommission SGAR

Wegen der Corona-Pandemie fand die mündliche Prüfung zur Erlangung des Facharztstitels Anästhesiologie virtuell statt. Die intensive Vorbereitung führte zu einem reibungslosen Ablauf am Prüfungstag.

Zur Erlangung des Facharztstitels Anästhesiologie müssen die Kandidierenden unter anderem eine schriftliche, gefolgt von einer mündlichen Facharztprüfung bestehen. Die mündliche Prüfung findet normalerweise im Januar statt. Wegen der Corona-Pandemie wurde die Durchführung 2021 infrage gestellt. Der Vorstand der SGAR hat darum, auf Antrag der Prüfungskommission, beschlossen, das mündliche Examen am 23. Januar 2021 mittels Videokonferenz durchzuführen. Das Unterfangen, bei dem 103 Prüflinge von 66 Prüferinnen und Prüfern erfolgreich getestet wurden, stellte eine organisatorische und logistische Herausforderung dar.

Das Dilemma

Die mündliche Facharztprüfung für Anästhesiologie wird seit Jahren in den Räumlichkeiten des Inselspitals organisiert. Ungefähr 100 Kandidierende werden von über 20 Teams, welche aus jeweils drei Experten zusammengesetzt sind, geprüft. Kandidierende werden in zwei Durchläufen während jeweils 30 Minuten zu klinischen Fällen, Zusatzfragen und der Beurteilung von EKG und Röntgenbildern examiniert. Voraussetzung für die Zulassung zur mündlichen Facharztprüfung ist das Bestehen des schriftlichen Teils, der jeweils im September des vorangehenden Jahres abgehalten wird.

Im September 2020 konnte die schriftliche Prüfung unter Einhaltung der sanitären Massnahmen durchgeführt werden. Allerdings bestand schon Ende Oktober die Unsicherheit, ob die mündliche Prüfung im Januar 2021 angeboten werden kann.

Die möglichen Szenarien

Da die Räumlichkeiten im Inselspital nicht mit effizienten sanitären Massnahmen vereinbar sind, wurden

verschiedene alternative Szenarien in Erwägung gezogen.

Eine Lösung wäre die Verteilung des Examins auf mehrere Standorte gewesen. Die pandemiebedingte Bewegungseinschränkung, wie wir sie während der ersten Welle erlebt haben, und das nicht gebannte Infektionsrisiko sprachen jedoch dagegen. Die Verschiebung der Prüfung auf einen späteren Zeitpunkt im selben Jahr oder sogar auf 2022 wurde ebenfalls verworfen, da die epidemiologische Lage keine Langzeitplanung zulies. Vor allem die Verschiebung auf 2022 wäre für die Kandidierenden problematisch gewesen, schliesslich hatten sie sich auf die Prüfung vorbereitet und mit dem Facharzttitel 2021 gerechnet. Die ersatzlose Streichung der Prüfung, also das Erlassen des mündlichen Teils, kam für den SGAR-Vorstand nicht infrage. Es wurde deshalb der Entscheid gefällt, die Prüfung wie vorgesehen am 23. Januar 2021 als Videokonferenz entsprechend dem klassischen Format und Inhalt durchzuführen.

Welche Argumente sprachen für eine virtuelle Prüfung?

Virtuelle mündliche Prüfungen sind seit einiger Zeit gerade im Hochschulbereich [1] bekannt. Im Laufe der Corona-Pandemie wurden virtuelle Konferenzen und Besprechungen immer beliebter und wichtiger; in Spitälern und Universitäten wird diese Technologie mittlerweile täglich angewandt. Im Oktober 2020 führte die SGAR ihren Jahreskongress als rein virtuelle Veranstaltung erfolgreich durch, dank der Erfahrung des Teams von BBS Congress GmbH, welches die SGAR-Geschäftsstelle führt und den SGAR-Jahreskongress seit über 20 Jahren organisiert. Wir durften auf die Erfahrung mit Videokonferenz-Verfahren der Kandidaten

und Experten und die technische Kompetenz eines unterstützenden Teams zählen.

Die Herausforderungen einer virtuellen mündlichen Prüfung

Die Hauptrisiken einer virtuellen mündlichen Prüfung sind Betrug und technisches Versagen. Man kann davon ausgehen, dass die Gefahr von Betrug vor allem bei virtuellen schriftlichen Prüfungen, aber weit weniger bei virtuellen mündlichen Prüfungen besteht. Die Kandidierenden können aufgefordert werden, mittels ihrer Kamera den Raum zu zeigen, in dem sie die Prüfung bestreiten. Die Wahrscheinlichkeit, dass Kandidaten während der Prüfung in einem Nachschlagewerk oder im Internet recherchieren, ohne dass dies den Prüfenden auffallen würde, kann als gering eingestuft werden. Zeitknappheit und die grosse Anzahl der behandelten klinischen Fälle machten einen Austausch per Telefon oder SMS in den Pausen unwahrscheinlich. Natürlich musste davon ausgegangen werden, dass die diskutierten Fälle nach der Prüfung zirkulierten. Das ist jedoch auch bei Vorort-Prüfungen der Fall.

Die eigentlichen Schwachstellen einer virtuellen mündlichen Prüfung sind technischer Natur. Bei den Teilnehmenden, Prüfern wie Prüflingen, können plötzlich technische Probleme auftreten, vom Stromausfall über Verbindungsstörungen bis zum Totalabsturz des Computers. Die Gefahr solcher Zwischenfälle wurde als real, bei entsprechend seriöser Vorbereitung aber als gering eingestuft.

Die Vorbereitung

Als Videokonferenz-Tool wurde wegen der Benutzerfreundlichkeit und Zuverlässigkeit ZOOM ausgewählt [2]. Wir gingen davon aus, dass die meisten Teilnehmenden mit diesem Tool einigermassen vertraut waren.

Insgesamt hatten sich 103 Kandidierende für die Prüfung eingeschrieben. Dem Aufruf nach Prüfenden folgten rund 70 SGAR-Mitglieder. Schlussendlich wurden 22 Gruppen mit je drei Experten gebildet (jeweils zwei nahmen die Prüfung ab, die dritte Person figurierte als Beobachterin resp. Beobachter).

In den Wochen vor der Prüfung organisierte das SGAR-Sekretariat mit jeder der 22 Gruppen ein ZOOM-Meeting. Es wurde sichergestellt, dass alle Prüfenden mit den Funktionalitäten des Tools vertraut waren (zum Beispiel Bildschirm teilen). Alle sollten in der Lage sein, den Prüflingen die Prüfungsdokumente zu präsentieren. Während dieser Probemeetings wurden auch die technische Ausstattung (Mikrofon, Kamera usw.) und die Kapazität der Internetverbindung getestet. Alle

Prüfenden nahmen an einem dieser vorbereitenden ZOOM-Meetings teil, die im Nachhinein als ausserordentlich hilfreich und nützlich bezeichnet wurden.

Auch den Prüflingen wurde in den Wochen vor dem Examen ein technischer Probelauf via ZOOM angeboten, was ebenfalls rege genutzt wurde.

Für das Examen wurden vier ZOOM Accounts eingesetzt. In jedem wurde ein virtueller Wartesaal und sechs resp. vier virtuelle Examensräume eingerichtet. Insgesamt 22 Prüfungsräume, entsprechend den 22 Expertengruppen, standen somit zur Verfügung. Jeder ZOOM-Account wurde von einer Administratorin oder einem Administrator vom SGAR-Sekretariat betreut.

Zudem wurde ein virtuelles Büro für die Verantwortlichen der Prüfungskommission eingerichtet. Um die Kommunikation im Falle von Problemen zu vereinfachen, richteten die Administratoren für jede von ihnen betreute Expertengruppe und jeweils einen Vertreter der Prüfungskommission eine WhatsApp-Gruppe ein. Es zeigte sich, dass die Mitglieder der Expertengruppen die Gruppenchats schon vor dem Examen eifrig nutzten, um Details des Prüfungsablaufs zu besprechen.

Ein paar Tage vor der Prüfung wurden alle relevanten Prüfungsdokumente (klinische Fallbeschreibungen, EKG, Röntgenbilder, Evaluationsunterlagen) den Experten in einem geschützten Bereich auf der SGAR-Website zur Konsultation und zum Herunterladen zur Verfügung gestellt.

Am Vortag der Prüfung waren alle Prüfenden zu einem letzten Briefing via ZOOM eingeladen, während dem Vertreter des SGAR-Sekretariats und der Prüfungskommission noch einmal den Ablauf des Examens erläuterten und offene Fragen beantworteten.

Der Prüfungstag

Am Morgen des Prüfungstages meldeten sich die Prüfenden in dem ihnen zugewiesenen Account an und wurden von ihrer Administratorin oder ihrem Administrator in ihren Prüfungsraum verschoben.

Jeweils 20 Minuten vor Prüfungsbeginn meldeten sich die Prüflinge in dem ihnen zugewiesenen Account an. Die Administratoren überprüften ihre Identität (mittels Identitätskarte) und kontrollierten, ob sie sich auch wirklich alleine in einem Zimmer befanden. Kurz vor Prüfungsbeginn wurden sie dann in ihren Prüfungsraum verschoben, wo sie von ihren Prüferinnen und Prüfern in Empfang genommen wurden und während fünf Minuten Gelegenheit hatten, den klinischen Fall, der ihnen mittels *Screensharing* gezeigt wurde, zu studieren. Anschliessend startete das Examen wie oben beschrieben.

Nach dem ersten Durchlauf von 30 Minuten kehrten die Prüflinge wieder in den virtuellen Wartesaal zurück und wurden ein paar Minuten später von ihrer Administratorin oder ihrem Administrator für das zweite Examen von 30 Minuten mit einer neuen Expertengruppe in einen anderen Raum verschoben. Nach Beendigung der zweiten Prüfung konnten die Kandidierenden die Videokonferenz verlassen.

Nach jeder Prüfung sendete jede Expertengruppe ein ausgefülltes Notenblatt per E-Mail ans Büro der Prüfungskommission. Die Prüfer schickten ihre signierten Notenblätter ebenfalls noch per Post an den Präsidenten der Prüfungskommission.

Resultate

Die Expertengruppen prüften maximal zehn Prüflinge. Insgesamt haben 93 der 103 Prüflinge das Examen bestanden, was der durchschnittlichen Erfolgsquote der vergangenen Jahre entsprach.

Im Anschluss an die letzten Prüfungen wurde wiederum via ZOOM ein Debriefing mit Vertreterinnen und Vertretern aller Expertengruppen, den Mitarbeitenden des SGAR-Sekretariats und den Vertretern der Examenskommission organisiert. Neben der Diskussion von Grenzfällen bot das Debriefing auch Gelegenheit, sich über das Erlebte zu äussern. Die Kommentare der Prüfenden waren mehrheitlich sehr positiv. Einige bedauerten den fehlenden sozialen Kontakt, der bei einer virtuellen Prüfung natürlich nicht mit einer Prüfung vor Ort konkurrieren kann. Die lebhaften Kontakte über die Gruppenchats, welche schon Tage vor der Prüfung einsetzten (und zum Teil noch bis zwei Tage nach der Prüfung anhielten), waren jedoch Zeuge eines alternativen, durchaus intensiven und belebenden Austausches unter den Examinatorinnen und Examinatoren.

Die Prüflinge erhielten ein paar Wochen nach der Prüfung einen Link zu einem kurzen Internet-Fragebogen. Die Beantwortungsquote war 63%. Die grosse Mehrheit war einverstanden oder sehr einverstanden mit den folgenden Aussagen: «Die Prüfungskonditionen waren fair» (98%); «Ich war froh, dass das mündliche Examen wie geplant stattfinden konnte» (92%); «Die Möglichkeit, vor dem Examen meinen Computer und die Internetverbindung zu prüfen, war sehr beruhigend» (85%); «Die Interaktionen mit den Examinatoren entsprachen einem mündlichen Präsenzexamen» (83%) und schliesslich «Verglichen mit einem mündlichen Präsenzexamen war mein Stressniveau durchaus vergleichbar» (75%).

Schlussfolgerungen

Die Etablierung von Videokonferenzen als Mittel zur Lehre und zur Durchführung von wissenschaftlichen Kongressen, Sitzungen oder mündlichen Examen ist sicher einer der positiven Kollateraleffekte der Pandemie. Wir haben mit Erfolg mit einer grossen Kohorte von Prüflingen und Experten die Machbarkeit einer virtuellen mündlichen Facharztprüfung geprüft. Die Resultate einer kurzen Umfrage bestätigen, dass das Prüfungsformat auf grosse Akzeptanz bei den Prüflingen stiess.

Unsere Erfahrungen zeigen, dass der Erfolg eines solchen Projektes von verschiedenen Faktoren abhängt: Bereitschaft, relativ viel Zeit und Energie in die Vorbereitung des Examins zu investieren, inklusive methodischen und technischen Briefings aller Beteiligten; ein eingespieltes technisches Team, das Erfahrung mit Videokonferenzen mitbringt und mit einer gewissen Routine die Administration und Organisation eines solchen Unterfangens abdecken kann; sowie motivierte Prüfungsexpertinnen und -experten, die bereit sind, Neuland zu betreten. Die Chatgruppen, welche es den Examinatoren erlaubten, trotz den Distanzen untereinander im ständigen Kontakt zu bleiben, waren ebenfalls ein echter Gewinn.

Andererseits waren die Vorteile am Prüfungstag eindeutig: keine Reisen und keine Übernachtungen im Hotel und somit eine willkommene Einsparung von Zeit und Geld. Der SGAR-Vorstand erwägt, auch ohne Pandemie in Zukunft die mündliche Facharztprüfung mittels Videokonferenz durchzuführen.

Literatur

- 1 www.e-teaching.org/lehrszenarien/pruefung/pruefungsform/videopruefung
- 2 <https://zoom.us/de-de/meetings.html>

Dank

Ein besonderer Dank gilt den Administratorinnen und Administratoren des SGAR-Sekretariats, Mirjam Zürcher, Sujani Ragumar und Peter Salchli, die im Vorfeld der Prüfung und am Prüfungstag Aussergewöhnliches geleistet und den reibungslosen Ablauf der Prüfung durch ihren unermüdlichen Einsatz ermöglicht haben.

Das Wichtigste in Kürze

- Vorbereitende ZOOM-Meetings für Prüfende und Prüflinge sorgten für einen reibungslosen technischen Ablauf.
- Fast alle Prüflinge bewerteten den Ablauf als fair und waren froh, dass das Examen stattfinden konnte.
- Der SGAR-Vorstand erwägt, die mündliche Facharztprüfung auch ohne Pandemie in Zukunft virtuell durchzuführen.



Betreuungsurlaub für Eltern schwer kranker Kinder

Andrea Künzli

MLaw, Rechtsanwältin, Bundesamt für Sozialversicherungen (BSV), Bern

Eltern erhalten ab Juli 2021 einen 14-wöchigen Betreuungsurlaub, wenn sie ihr gesundheitlich schwer beeinträchtigtes Kind betreuen und deswegen ihre Erwerbstätigkeit unterbrechen müssen. Die gesundheitliche Beeinträchtigung des Kindes ist ärztlich zu bescheinigen. Die Leitplanken, wann eine schwere gesundheitliche Beeinträchtigung vorliegt, gibt das Erwerb ersatzgesetz (EOG) vor.

Das Parlament hat die Bedingungen für betreuende und pflegende Angehörige mit konkreten Massnahmen verbessert [1]. Sie sind in einem Mantelerlass zusammengefasst [2]. Eine dieser Massnahmen ist der Betreuungsurlaub für Eltern gesundheitlich schwer beeinträchtigter Kinder (Art. 329i OR), der auf den 1. Juli 2021 umgesetzt wird.

Eckwerte

Der Betreuungsurlaub dauert maximal 14 Wochen und ist innerhalb einer Rahmenfrist von 18 Monaten am Stück, tage- oder wochenweise zu beziehen. Betroffene Eltern können ihre Erwerbstätigkeit zur Betreuung ihres gesundheitlich schwer beeinträchtigten Kindes

unterbrechen und haben in dieser Zeit Anspruch auf eine Betreuungsentschädigung. Die Betreuungsentschädigung ist Eltern vorbehalten, deren minderjähriges Kind wegen der schweren gesundheitlichen Beeinträchtigung einen erhöhten Bedarf an Betreuung hat. Anspruch auf den Betreuungsurlaub haben neben Arbeitnehmenden oder Selbständigerwerbenden unter bestimmten Bedingungen auch arbeitslose oder arbeitsunfähige Eltern.

Gesundheitliche Beeinträchtigung

Die Ärztin respektive der Arzt bescheinigt direkt im Anmeldeformular für die Betreuungsentschädigung, dass das Kind gesundheitlich schwer beeinträchtigt im

Sinne des Gesetzes ist. Mit Kindern sind Minderjährige gemeint, wobei der Anspruch auf den Betreuungsurlaub aber nicht vorzeitig endet, wenn das Kind während der 18-monatigen Rahmenfrist volljährig wird. Das Anmeldeformular können die Eltern bei der zuständigen AHV-Ausgleichskasse oder über www.ahv-iv.ch beziehen. Die AHV-Ausgleichskasse, bei der die Betreuungsentschädigung zu beantragen ist, ist an die ärztliche Bescheinigung gebunden.

Das Gesetz enthält bewusst keine Definition der schweren gesundheitlichen Beeinträchtigung. Vielmehr soll möglichst die gesamte Bandbreite schwerer gesundheitlicher Beeinträchtigungen umfasst werden und gleichzeitig eine Abgrenzung zur mittelschweren Beeinträchtigung erfolgen. Als mittelschwere Beeinträchtigungen gelten solche, die zwar Spitalaufenthalte oder regelmässige Arztbesuche erforderlich machen und den Alltag erschweren, bei denen aber mit einem positiven Ausgang zu rechnen oder die gesundheitliche Beeinträchtigung kontrollierbar ist (z.B. Knochenbrüche, Diabetes, Lungenentzündung). Gemäss Artikel 160 Buchstabe a bis d EOG ist ein Kind gesundheitlich schwer beeinträchtigt, wenn (kumulativ):

a. *eine einschneidende Veränderung seines körperlichen oder psychischen Zustandes eingetreten ist.*

Massgebend für die Beurteilung des Schweregrads der gesundheitlichen Beeinträchtigung des Kindes sind zunächst die Symptome der gesundheitlichen Beeinträchtigung. Diese muss eine stationäre oder ambulante ärztliche Behandlung des Kindes über eine längere Dauer (mehrere Monate) bedingen, wobei die Dauer zu Beginn häufig noch nicht abschätzbar ist. Das Gesetz sieht keine Minimaldauer der Behandlung vor.

Die Eltern können den Betreuungsurlaub frei unter sich aufteilen.

Damit ist in erster Linie der Eintritt einer akuten Krankheitssituation gemeint. Aber auch die schleichende Verschlimmerung des Gesundheitszustandes, die ab einer bestimmten Intensität eine Betreuung erfordert, oder die akute Verschlechterung des Gesundheitszustandes bei einem chronisch kranken Kind.

b. *der Verlauf oder der Ausgang dieser Veränderung schwer vorhersehbar ist oder mit einer bleibenden oder zunehmenden Beeinträchtigung oder dem Tod zu rechnen ist.*

Ist der Verlauf ungewiss und schwer vorhersehbar, kann das bedeuten, dass der Heilungsverlauf mit Schwankungen einhergeht, mit Rückfällen zu rechnen ist und auch der Ausgang des Heilungsverlaufs offen ist. Mit dem Kriterium der schweren Vorher-

sehbarkeit geht die Vermutung einher, dass sich der Verlauf über eine längere Dauer hinziehen wird; eine Mindestdauer wurde aber bewusst nicht festgelegt.

c. *ein erhöhter Bedarf an Betreuung durch die Eltern besteht.*

Schwere gesundheitliche Beeinträchtigungen verlangen eine intensive Betreuung durch die Eltern. Das Ausmass des Betreuungsbedarfs ist neben der Schwere der gesundheitlichen Beeinträchtigung wesentlich vom Alter des Kindes abhängig. Insofern kann dieselbe gesundheitliche Beeinträchtigung je nach Alter des Kindes als schwer oder weniger schwer beurteilt werden.

Das Gesetz enthält bewusst keine Definition der schweren gesundheitlichen Beeinträchtigung.

Mit Betreuung ist auch Beistehen bei Besprechungen, Arzt- oder Spitalbesuchen gemeint. Indes ist ein schwerkrankes Kind unter Umständen nicht dauernd auf Betreuung angewiesen. Es kann Phasen geben, in denen es den Alltag selbständig meistert, und andere, in denen es auf Hilfe angewiesen ist. Dies kann insbesondere auf psychisch Kranke zutreffen. Die enge Betreuung soll auch Phasen einschliessen, in denen sich die Betreuung auf das eigentliche Beistehen beschränkt (z.B. während eines langen Spitalaufenthalts) und konkrete Pflege- und Betreuungshandlungen nur von Fachpersonen vorgenommen werden können.

d. *mindestens ein Elternteil die Erwerbstätigkeit für die Betreuung des Kindes unterbrechen muss.*

Die Begleitung, Betreuung oder Pflege muss so aufwendig sein, dass die Erwerbstätigkeit von mindestens einem Elternteil unterbrochen werden muss. Dabei ist aber keine Mindestanzahl an bestimmten Betreuungshandlungen oder Betreuungsstunden pro Tag erforderlich.

Aufteilung unter den Eltern

Die Eltern können den Betreuungsurlaub frei unter sich aufteilen. Wenn sich die Eltern nicht über die Aufteilung einigen können, hat jeder Elternteil Anspruch auf sieben Wochen Betreuungsurlaub. Den Eltern steht es frei, den Urlaub gleichzeitig zu beziehen.

Rahmenfrist

Die Rahmenfrist von 18 Monaten beginnt an dem Tag zu laufen, für den der erste der beiden Elternteile eine Betreuungsentschädigung bezieht. Die Rahmenfrist

ist an das Kind gebunden und verschiebt sich deshalb nicht, wenn ein Elternteil später als der oder die Erstbeziehende eine Betreuungsentschädigung beansprucht. Bei mehreren anspruchsbegründenden Kindern löst jedes einzelne Kind eine Rahmenfrist aus. Erleidet das Kind einen Rückfall oder tritt ein neues Ereignis ein, beginnt eine neue Rahmenfrist zu laufen.

Berechnung und Höhe

Für die Berechnung der Betreuungsentschädigung ist das durchschnittliche Einkommen massgebend, das der jeweilige Elternteil unmittelbar vor dem Bezug der entsprechenden Urlaubstage erzielt hat. Die Entschädigung beläuft sich auf 80 Prozent dieses Einkommens, höchstens aber auf 196 Franken pro Tag. Die Einkommen der Eltern werden für die Berechnung der Betreuungsentschädigung nicht addiert; auch die Auszahlung erfolgt gesondert.

Anmeldung und Durchführung

Der Anspruch auf die Betreuungsentschädigung ist bei der zuständigen AHV-Ausgleichskasse geltend zu machen. Diese prüft, ob die Anspruchsvoraussetzungen erfüllt sind. Dabei ist sie an die ärztliche Bescheinigung, die Bestandteil der Anmeldung ist, gebunden. Sie muss also nicht prüfen, ob die medizinischen Voraussetzungen erfüllt sind. Indem der Arbeitgeber die Betreuungsentschädigung bei der zuständigen AHV-Ausgleichskasse beantragt, bestätigt er die Glaubwürdigkeit der ärztlichen Bescheinigung.

Nach erfolgter Anmeldung reichen der Arbeitgeber oder die Durchführungorgane der Arbeitslosenversicherung der zuständigen Ausgleichskasse monatlich eine Bescheinigung über die im vergangenen Monat bezogenen Urlaubstage ein. Gestützt auf diese Meldungen berechnet die AHV-Ausgleichskasse die Be-

treuungsentschädigung und prüft, wie viele Tage Betreuungsurlaub noch bezogen werden können. Diese Informationen teilt sie den Eltern und dem Arbeitgeber oder den zuständigen Durchführungsorganen der Arbeitslosenversicherung mit.

Der Betreuungsurlaub entlastet betroffene Eltern. Sie können sich um ihre kranken Kinder kümmern, ohne den Verlust der Arbeitsstelle oder eine empfindliche

Die Entschädigung beläuft sich auf 80 Prozent dieses Einkommens, höchstens aber auf 196 Franken pro Tag.

Erwerbseinbusse befürchten zu müssen. Die Lage betroffener Familien verbessert sich somit ab Juli 2021 deutlich, auch wenn der Urlaub nicht in allen Fällen die ganze Zeit abdecken kann, die zur Betreuung notwendig wäre.

Bildnachweis

Chernetskaya | Dreamstime.com

Literatur

- 1 Bundesrat (2019): Botschaft vom 22. Mai 2019 zum Bundesgesetz über die Verbesserung der Vereinbarkeit von Erwerbstätigkeit und Angehörigenbetreuung (19.027), in BBl 2019 4103: www.admin.ch → Bundesrecht → Bundesblatt → 2019.
- 2 AS 2020 4525, Bundesgesetz über die Verbesserung der Vereinbarkeit von Erwerbstätigkeit und Angehörigenbetreuung vom 20. Dezember 2019.

Das Wichtigste in Kürze

- Ab dem 1. Juli 2021 haben Eltern Anspruch auf einen 14-wöchigen Betreuungsurlaub, wenn sie ihr gesundheitlich schwer beeinträchtigtes Kind betreuen und deswegen ihre Erwerbstätigkeit unterbrechen müssen.
- Die gesundheitliche Beeinträchtigung des Kindes muss dabei ärztlich bescheinigt werden.
- Wann ein Kind als gesundheitlich schwer beeinträchtigt gilt, gibt das Erwerbsersatzgesetz (EOG) vor.

andrea.kuenzli[at]
bsv.admin.ch

Briefe an die SÄZ

Replik zu «Impfzertifikat der FMH»

Brief zu: Jakob M. Impfzertifikat der FMH. Schweiz Ärztztg. 2021;102(21):701.

Sehr geehrter Herr Kollege Jakob
Gerne nehme ich Stellung zu Ihrem Leserbrief zu den Impfzertifikaten.

Zuerst bedanke ich mich für Ihre ausführliche Schilderung aller dysfunktionalen Prozesse und nicht kostendeckenden Dienstleistungen, welche Sie exemplarisch für viele Praxen schildern und den Ärzten und Ärztinnen ungefragt zugemutet werden. Genau eine solche weitere Mühsal droht den Praxen auch mit dem Covid-Zertifikat, top-down behördlich verordnet. Und genau dies hat die FMH bewogen, sich die Vorstellungen des Bundes zur Erstellung des Covid-Zertifikates genauer anzusehen und eine eigene Lösung in Auftrag zu geben. Dabei war es nie unsere Intention, ein separates Zügli zu fahren, sondern an einer Lösung zu arbeiten, welche in Zusammenarbeit mit dem Bundesamt für Gesundheit und dem Bundesamt für Informatik zu einem praxistauglichen Resultat führen kann. Unsere Hauptmotivation dabei war unser erklärtes Ziel, unsere Mitglieder möglichst vor Administrativaufwand zu bewahren. Die FMH hat dabei keine Investitionskosten zu leisten – und ist somit auch frei von der von Ihnen vermuteten Motivation im Sinne eines Fehlansatzes.

Der Zentralvorstand arbeitet im Milizsystem, das heisst die Mitglieder des FMH-Zentralvorstandes arbeiten selbst als Ärztinnen und Ärzte in der Praxis und im Spital und sehen sich sehr wohl mit den gleichen Mühen konfrontiert, die auch Sie erleben. Genau dies motiviert die Mitglieder des Zentralvorstandes, an besseren Lösungen zu arbeiten. Sie erwähnen berechtigt die drohende Mehrarbeit, um Zertifikate nachzutragen für bereits geimpfte oder genesene Patienten und Patientinnen. Mit und ohne FMH-Lösung wird diese Aufgabe auf die Ärzte und Ärztinnen zukommen. Auch hier ist der Zentralvorstand sich des Problems bewusst und setzt sich im Rahmen seiner Möglichkeiten dafür ein, diese Zusatzbelastung so gering wie möglich zu halten und adäquat entschädigt zu bekommen.

Alle bis jetzt ausgestellten Zertifikate werden in der Tat keine internationale Anerkennung finden und deshalb auch nicht als Covid-Zertifikat verwendet werden können. Dafür stehen aber weder Sie noch die FMH in der Verantwortung. Für die FMH ist klar, dass eine zukünftige Lösung für die Praxen nur brauchbar ist, wenn «aus einer Hand» auch ein inter-

national gültiges Zertifikat erstellt werden kann, vor Ort und praxistauglich.

In Ihrem Wunsch «Vertretbar ist die Einführung jeglicher Zertifikate ausschliesslich, wenn sämtliche Daten aus den bestehenden kantonalen Registern importiert werden mit direktem Versand an die Patientinnen und Patienten, ohne Einbezug der Impfpraxen. Aber nur so!» kommt klar zum Ausdruck, dass alles, was Ihnen im Kontext von Impfschädigung und Aufwand bis jetzt zugemutet wurde, keine weitere Belastung mehr erträgt. Der Zentralvorstand teilt diese Meinung! Ob dieser Wunsch Realität wird, hängt nicht vom Zentralvorstand ab, sondern von der Bereitschaft der Bundesämter und Behörden, die Ärzteschaft früh in die politischen Entscheidungsprozesse einzubeziehen, weil nur sie die Praxisabläufe kennen. Diesbezüglich gibt es noch ein grosses Optimierungspotenzial.

Dr. med. Yvonne Gilli, Präsidentin der FMH

Der Merkurstab, ein falsches Symbol für Mediziner in der COVID-Zeit (mit Replik)

Brief zu: Siroka J. Die COVID-Impfung und der Merkurstab. Schweiz Ärztztg. 2021;102(19–20):639.

Ich habe mit grossem Interesse das Editorial der sehr geehrten Kollegin Frau Dr. Siroka mit dem Titel «Die COVID-Impfung und der Merkurstab» gelesen. Angetrieben von guten Absichten und mit gutem Gewissen präsentiert hier die Kollegin eine imperative Realität, sie tut es aber gleichzeitig durch eine fragwürdige Interpretation eines wohl besonders heiklen Symbols.

Das «Kirykeion», Caduceus oder anders Hermesstab, später auch durch die Römer Merkurstab genannt, war ursprünglich ein Symbol des Handels, gelegentlich wurde es auch als das Symbol der Räuber verwendet. Viel später und aufgrund der Ähnlichkeit mit dem Stab des Askulap, wurde es regelmässig als Symbol der Mediziner verwendet und hat sich mit der Zeit als solches etabliert.

Während einer Krise, wie diese von COVID, den Merkurstab als «Symbol der Erkenntnis des Umgangs mit Polaritäten» zu verwenden ist zwar richtig. Es wird aber, und zwar aufgrund der Bedeutung des Symbols, die Frage gestellt, von welchen Polaritäten wir gerade sprechen.

Auf der einen Seite die Erkrankung, der Schmerz, der Verlust, die finanzielle Zerstö-

rung und auf der anderen Seite die wenigen, die durch diese Krise schwerreich geworden sind. Eine Impfung, die für die Rettung der Menschheit und die Wiedereroberung der ehemaligen Normalität so wichtig ist, und auf der anderen Seite Firmen, die die Impfpatente nicht freigeben wollen. Auf der einen Seite der kleine Laden oder der allein kämpfende niedergelassene Arzt und auf der anderen Seite die gigantischen internationalen E-Shops und die grossen Gesundheitskonzerne.

Der Merkurstab repräsentiert, vor allem jetzt in der Mitte einer Gesundheitskrise, eine gefährliche Polarität, eine grosse Spanne in der Gesellschaft und zwischen den sozialen Partnern. Eine Spanne zwischen Armen und Reichen, Genesenen, Erkrankten, Geimpften und nicht Geimpften, eine Spanne zwischen Corona-«Skeptikern» und Corona-«Überzeugten». Wir Mediziner und Medizinerinnen, sollten bei dieser globalen Krise diese Polaritäten so gut wie möglich dämpfen. Ein Symbol des Handels oder sogar der Räuber wäre aktuell für uns zu diesem Zeitpunkt ein falsches Symbol.

Dr. med. Kyriakos Xafis, Laupen

Replik zu «Der Merkurstab, ein falsches Symbol für Mediziner in der COVID-Zeit»

Sehr geehrter Herr Kollege Xafis

Ich freue mich sehr über Ihre differenzierte und treffende Replik. Auch ich sehe mit Sorge die von Ihnen beschriebenen Problemkreise und sich vertiefenden Polaritäten, welche uns als Gesellschaft zunehmend vor grösste Herausforderungen stellen werden. Der Caduceus ist ein Symbol, dessen Tiefe und Vielschichtigkeit sich in den Urgründen der Menschheitsgeschichte verliert. Eine der Bedeutungen stammt aus der römischen Epoche, wo Hermes oder damals Merkur tatsächlich auch als Gott der Händler und Diebe verehrt wurde. Man findet in der Literatur auch Hinweise, das Symbol Raphael – dem Erzengel der Heilung – zuzuweisen. Und Heilung ist für mich stets Mitte-Bildung zwischen Polaritäten.

Immerhin hat der Merkurstab uns beide, Herr Xafis, zu ernsthaften Gedanken bezüglich unserer herausfordernden Zeit geführt. Und dies freut mich sehr.

Dr. med. Jana Siroka, Mitglied des Zentralvorstands der FMH und Departementsverantwortliche Stationäre Versorgung und Tarife

Priorité des activités médicales pendant la pandémie: traitement ou vaccination?

Lettre concernant: Siroka J. Le vaccin et le caducée. Bull Med Suisses. 2021;102(19–20):639.

Merci à Mme Jana Siroka de nous rappeler que nous, médecins, devons d'abord chercher à soigner les malades et y investir «toutes nos forces». En principe, nous le savons tous. Dans le cas d'une maladie pour laquelle il n'existe actuellement aucune thérapie efficace, et vu la complexité de la recherche, il est bien compréhensible que les médecins praticiennes et praticiens utilisent leur énergie à soutenir en priorité les efforts de prévention et de vaccination, aucun d'entre nous n'étant capable, à elle et lui seul, de faire avancer la recherche thérapeutique. Souvenez-vous de la longue discussion sur l'effet thérapeutique attendu de l'hydroxychloroquine et des efforts et du temps qu'il a fallu pour parvenir à des conclusions claires sur son inefficacité. S'occuper des vaccins avant de se lancer dans des traitements empiriques n'est pas un oubli, mais une attitude pragmatique.

Les vaccins sont actuellement la seule arme efficace pour atténuer l'extension de la pandémie, à côté des mesures préventives auxquelles nous sommes soumis depuis un an et que nous souhaitons pouvoir abandonner au plus vite. Le rappel répété, même dans le BMS, des «graves effets secondaires» des vaccins a surtout pour conséquence de semer le doute dans l'esprit du public et de freiner l'acceptation des vaccins. Nous ne savons bien entendu pas tout sur le virus ni sur les vaccins, mais il existe assez d'évidences de leur bénéfice, même chez les personnes qui ont été infectées auparavant, pour approuver leur emploi.

Dr Jean-Pierre Zellweger, Villars-sur-Glâne

Ergänzende Gedanken zu Ihrem Editorial

Brief zu: Siroka J. Die COVID-Impfung und der Merkurstab. Schweiz Ärztztg. 2021;102(19–20):639.

Liebe Kollegin

Die Schlange kriecht im Staube, in der Horizontalen. Eine Medizin, die sich nur mit dem materiellen Körper (symbolische Gleichsetzung von Staub und Materie) beschäftigt, kriecht im Staube. Die am Äskulapstab aufgerichtete Schlange möchte die Medizin daran erinnern, dass sie sich auch in die Vertikale des Menschen ausrichten könnte.

Gesundheit und Krankheit, Leben und Tod, können in ihrer vertikalen Bedeutung die endlichen Grenzen von Zeit und Raum überwinden. Das kann die Enge der Angst in die Weite des Vertrauens eröffnen.

Mit vertraulichen Grüßen

Dr. med. Anton Wille, Balzers

Unterwandern «Querdenker» die Medizin? (mit Replik)

Brief zu: Trägerschaft «smarter medicine – Choosing Wisely Switzerland». «smarter medicine»: weitere Top-5-Liste für die ambulante Allgemeine Innere Medizin. Schweiz Ärztztg. 2021;102(17):572–3.

Die Empfehlungen unserer Fachgesellschaften richten sich nach Class I (is indicated), Class IIa (should be considered), Class IIb (may be considered), Class III (is not recommended). Die Initiative «smarter medicine – Choosing Wisely Switzerland» [1] empfiehlt zu Statinen ab 75 Jahren: «Kein Testen und Neubehandeln von Dyslipidämien bei Personen über 75 Jahre in der Primärprävention.» Die ESC (European Society of Cardiology) empfiehlt Class IIb [2]. Zur Begründung nennt «smarter medicine – Choosing Wisely Switzerland» das Bottom-up-Verfahren: Eine Studie des Instituts für Hausarztmedizin Zürich hat 1000 Hausärztinnen und Hausärzte nach Interventionen befragt, die sie für nutzlos oder schädlich halten. Dies sei für die primärpräventive Behandlung mit Statinen der Fall. Der richtige Schluss daraus wäre indes der gewesen: Über 1000 Schweizer Hausärztinnen und Hausärzte kennen die ESC-Richtlinien nicht. Anstatt diesen Fehler zu korrigieren, wird er mit diesem Vorgehen aber gefestigt. Damit verdreht «smarter medicine – Choosing Wisely Switzerland» ihr Ziel, Fehlbehandlungen zu korrigieren, in sein Gegenteil.

Dass «smarter medicine – Choosing Wisely Switzerland» es schafft, mit seiner Empfehlung irgendwie konform zu den ESC-Richtlinien zu sein, geschieht mit einem Trick: «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.» Im Ergebnis dürften die von diesen widersprüchlichen Empfehlungen verunsicherten Hausärztinnen und Hausärzte von einer Behandlung wohl eher absehen.

Diese Rationierungs-Problematik hat der VEMS im «Positionspapier zu Smarter Medicine und Choosing Wisely» [3] dargelegt: Die Anwei-

sungsverben (must, ought, should, may) werden in der «smarter medicine – Choosing Wisely Switzerland» zugrundeliegenden ABIM-Charta [4] nicht so verwendet, wie es die Klassifizierung der Fachgesellschaften vorsieht. Prof. Rehmann-Sutter hat uns in einem Gutachten [5] geschrieben: «Die Graduierung in medizinischen Empfehlungen gestützt auf den Evidenzgrad der Nützlichkeit in einer bestimmten Situation (indiziert, soll erwogen werden, kann erwogen werden, ist nicht empfohlen) ist von einer anderen Logik getragen als die normative Sprache der Charta. Hier sind die Worte 'must, ought, should, may' im moralischen Sinn zu verstehen.»

Doch die SGAIM degradiert zudem eine Class-I- zu einer Class-IIb-Empfehlung: «Bei Patienten mit Herz-Kreislauf-Krankheiten und insbesondere nach Herzinfarkten sollte nach ausführlicher Information gemeinsam mit den Patienten entschieden werden, ob der Einsatz von Statinen gerechtfertigt ist.» Damit verlässt die SGAIM evidenzbasierte Richtlinien komplett. Die Empfehlungen könnten gemäss Gutachten Prof. Kieser [6] den Tatbestand der Irreführung mit einem mangelhaften Medizinprodukt der Klasse I entsprechen.

Dr. med. Michel Romanens, Basel

Literatur

- 1 <https://saez.ch/article/doi/saez.2021.19746>
- 2 <https://academic.oup.com/eurheartj/article/41/1/111/5556353>
- 3 <https://docfind.ch/VEMSPositionspapierSmarter-Medicine.pdf>
- 4 <http://annals.org/aim/fullarticle/474090/medical-professionalism-new-millennium-physician-charter>
- 5 <http://www.docfind.ch/GutachtenMedProfessionalismCharter.pdf>
- 6 <https://varifo.ch/wp-content/uploads/2021/01/AGLAGutachtenKieser012021-2.pdf>

Replik zu «Unterwandern 'Querdenker' die Medizin?»

Kollege Romanens kritisiert, dass sich die neuen Smarter-Medicine-Empfehlungen der SGAIM nicht an das Klassifikationssystem von Fachgesellschaften halten. Er führt dazu das System der Evidenzklassen I bis III an, wie es beispielsweise die European Society of Cardiology (ESC) verwendet. Sein semantischer Exkurs zur Verwendung von Anweisungsverben kritisiert denn auch die Sprachregelung von Empfehlungen der internationalen Choosing-Wisely-Kampagne. Im Besonderen wirft er der SGAIM vor, dass sie mit der Statin-Empfehlung für ältere Patienten über 75 Verwirrung stifte und dass sie sich bei der Empfehlung für die Sekundärprävention für Patienten über 75 nicht auf Evidenz basiere.

Der Kern von Smarter Medicine, wie auch von Choosing Wisely, sind Empfehlungen, was

besser zu vermeiden sei, basierend auf der aktuellen Evidenzlage. Genau dies trifft auch für die Formulierung der Statin-Empfehlung zu: Gerade weil die Evidenzlage ergibt, dass ein Benefit für Patienten in dieser Situation (Therapiebeginn, Alter über 75, Primärprävention) aktuell nicht nachweisbar ist, soll – nach entsprechender Information der Patienten – kein Therapiebeginn empfohlen werden und dementsprechend auch keine Lipidmessung erfolgen (weil ohne therapeutische Konsequenzen). Die vermeintliche Verwirrung, die Kollege Romanens unterstellt, ist nichts anderes als die bisher fehlende Beweisführung für die Wirksamkeit von Statinen in solcher Situation. Da scheint es uns konsequenter, den Verzicht auf einen Statin-Beginn zu empfehlen als ein reines «Erwägen» («may be considered»). Dass Messung und Behandlung in einer Empfehlung zusammengefasst sind, macht aufgrund des logischen Ablaufes von Diagnostik zu Therapie Sinn und entspricht genau den Vorschlägen der Kollegen aus den Praxen, die an der zugrundeliegenden Studie teilgenommen hatten. Darin einen Trick zu sehen, um irgendwelche versteckten Absichten mit Pseudo-Evidenz zu untermauern, ist demnach völlig aus der Luft gegriffen.

Dass auch bei Patienten über 75 in der Sekundärprävention eine gewisse Zurückhaltung angesagt ist, bezieht sich ebenfalls auf die aktuelle Evidenz: In dieser Situation ist zwar ein Benefit nachweisbar, aber in nur geringem Masse (NNTs zwischen 77 und 140 für kardiovaskuläre Ereignisse pro Jahr und pro mmol/l LDL-Senkung). Diesem schmalen Benefit stehen die bekannten potenziellen Nebenwirkungen von Statinen gegenüber und andere Faktoren wie persönliche Prioritäten und Lebenserwartung. In dieser «Präferenz-sensitiven» Situation ist die gemeinsame Entscheidungsfindung mit dem Patienten, wie wir sie empfehlen, die richtige Antwort. Dieses patientenzentrierte und zeitgemässe Vorgehen als ein Verlassen von evidenzbasierten Richtlinien zu interpretieren, ist aus unserer Sicht nicht gerechtfertigt. Im Gegenteil: Patienten über die Faktenlage verständlich zu informieren, damit sie zu einer überlegten, ihren Präferenzen angepassten Entscheidung finden können, ist ein wichtiges (und anspruchsvolles) Ziel der Betreuung, gerade im präventiven Setting.

*Prof. Dr. med. Stefan Neuner-Jehle,
Autor Top-5-Liste für die ambulante Allgemeinere Innere Medizin und Mitglied SGAIM*

*Prof. Dr. med. Drahomir Aujesky,
Co-Präsident SGAIM*

*Dr. med. Regula Capaul,
Co-Präsidentin SGAIM*

Die Task Force schwebt über dem Alltag

Mit ihren ziemlich vielen (um 70) Mitgliedern unterliegt die «Wissenschaftliche Begleitgruppe des Bundes» (Task Force) dem Geist der überbesorgten Eltern, die ihre Kinder beschränken, wo sie nur können. Am Anfang der Epidemie war es einigermaßen verständlich, aber nach bald anderthalb Jahren mit einem Haufen von neuen Kenntnissen wäre es an der Zeit zu helfen, die alten Zöpfe abzuschneiden.

Schon zu Beginn der Epidemie war klar, dass das COVID-19-Virus kein Norovirus ist, das sich leicht über Gegenstände verbreitet und die Desinfektion nötig macht. Man konnte auch bald lesen, dass das 15 Sekunden dauernde Waschen der Hände reicht, um die Coronaviren zu töten. Aber noch immer geistern die Desinfektionsmittel bei Eingängen der Geschäfte herum, auch wenn man dort die Lebensmittel unbehindert ohne Handschuhe berühren kann. Noch vor 3–4 Wochen erlebten wir im Zürcher Hauptbahnhof, wie man Abfallcontainer mit Desinfektionsmitteln traktierte!

Auch wenn es schon von Anfang an klar war, dass zu einer COVID-19-Übertragung auch in geschlossenen Räumen mehrere Minuten Kontakt nötig sind, sieht man noch immer viele Leute in der Natur nicht nur Masken tragen, sondern auch beim Vorbeigehen einen grossen Bogen um einen machen und dafür in den Graben geraten. Das erhöht nur unnötig die Ängste der Ängstlichen.

Schon 2–3 Monate ist bekannt, dass der Nachweis von COVID-19 im Speichel so zuverlässig ist wie im nasopharyngealen Abstrich, aber wir plagen auch Kleinkinder mit den Wattestäbchen in der Nase. Warum haben unsere Autoritäten nicht den Mut, diese «Befreiungsschläge» zu verkünden und damit das Leben leichter zu machen? Das grösste Versäumnis scheint mir die Vernachlässigung des «Kollektivtracings». Während das «individuelle» Tracing wegen der Überlastung teilweise ausgesetzt wurde, sind uns die Gründe, warum sich die Infektion verbreitet und wieder abflaut, in vielen Details noch unbekannt.

Dr. med. Peter Marko, St. Gallen

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.

Warum wir Ärzte und Ärztinnen das CO₂-Gesetz unterstützen sollten

Es ist heute etabliertes Fachwissen, dass der Klimawandel überwiegend durch menschgemachte Treibhausgasemissionen verursacht wird. Wir leben in einer globalen Welt (heisst wir machen Flugreisen und Ferien in anderen Kontinenten, verzehren Fleisch, Früchte und Gemüse aus Übersee und erfreuen uns an immer besseren Elektronikgeräten aus dem asiatischen Markt). Doch nicht nur wir Menschen, sondern auch Treibhausgase wie CO₂ sind global. Die Schlussfolgerung ist eindeutig: Wir haben eine globale kollektive Verantwortung für unseren Planeten, oder wie es der durch einen tragischen Unfalltod verstorbene Arztkollege Martin Vosseler formulierte: Eine planetare Ethik ist erforderlich.

Das CO₂-Gesetz kommt am 13. Juni 2021 zur Abstimmung und ist ein kleiner Schritt in die richtige Richtung, wenn auch nur ein kleiner Tropfen auf den immer heisser werdenden Stein der Klimaerhitzung. Es ist fair konzipiert und belohnt diejenigen, die sich nachhaltig verhalten. Diejenigen, die das nicht verstehen, haben Wissenslücken, denn die verursachergerechte Belastung von externen Kosten ist zutiefst marktwirtschaftlich und entspricht dem state-of-the-art der modernen Ökonomie.

Slogans wie «Autofahren nur für Reiche» sind unter diesen Aspekten nicht nur fachlich falsch und irreführend, sondern entsprechen einer populistischen Irreführung der Abstimmungsberechtigten, um eine Besitzstandswahrung zu sichern, deren Legitimation abgelaufen ist. Eine Korrektur ist nötig: Die Mobilität mit fossilen Treibstoffen verursacht heute rund ein Drittel des Treibhausgasausstosses in der Schweiz. Heizungen mit fossilen Brennstoffen ebenso. Was kann getan werden? Wir importieren jedes Jahr mehr als 10 Millionen Tonnen Erdölprodukte. Daraus entstehen über 30 Millionen Tonnen CO₂ in der Schweiz! Diese unsinnig grosse Menge CO₂ muss reduziert werden, denn für dieses Geld können wir besser unsere einheimischen Ressourcen zu unserem Vorteil nutzen. Statt unnötig Geld ins Ausland für verschmutzende Technologien und Öllieferungen auszugeben, die unserem Klima und unserer Gesundheit schaden, können wir unsere einheimische Wirtschaft stärken. Nachhaltige Landwirtschaft, Wasserkrafttechnologie, Solarstrom, Windkraft, Elektromotoren und E-Mobilität, IT-Knowhow mit Energieoptimierung etc. sind Technologien, die wir schon lange beherrschen. Sie schaffen Tausende von Arbeitsplätzen und Wertschöpfung, die wir in unserem eigenen Land generieren können.

Rolf Oetiker, Cham

Zürich, im Mai 2021

Chargenrückruf aller nicht verfallenen Solu-Cortef Act-o-Vials mit Benzylalkohol 100 und 500 mg

Zulassungsnummer 23533; alte Pharmacodes 1484796, 1484804

Hiermit teilen wir Ihnen mit, dass Pfizer AG die unten aufgeführten alten Chargen von Solu-Cortef AoV 100 und 500 mg mit Benzylalkohol vorsorglich bis auf Stufe Detailhandel zurückruft. Der Rückruf erfolgt in Absprache mit Swissmedic, dem Schweizerischen Heilmittelinstitut.

Chargennummer	Verfalldatum
CN7189	06/2022
AT5357	01/2022
AT5438	11/2022
X81036	01/2022
W49916	12/2021

Hintergrund des Rückrufs ist das Verwechslungsrisiko zwischen den neuen Solu-Cortef AoVs ohne Benzylalkohol (im Handel seit April 2020) und den früheren Solu-Cortef AoVs mit Benzylalkohol mit praktisch gleich aussehenden Packungselementen. Seit November 2020 ist die

intrathekale Verabreichung für Solu-Cortef AoV ohne Benzylalkohol zugelassen. Solu-Cortef SAB, das früher für die intrathekale Verabreichung verwendet wurde, ist seit Februar 2021 nicht mehr erhältlich.

Der Rückruf erfolgt auf dem umgekehrten Lieferweg bis auf Stufe Detailhandel. Wir bitten Sie daher, die Ware vom Detailhandel bis spätestens 30. Mai 2021 an Ihren Lieferanten zurückzusenden.

Die von Pfizer AG direkt belieferten Kunden sind gebeten, die Ware bis zum 12. Juni 2021 an folgende Rücksendeadresse zu retournieren:

Alloga AG, Retourenabteilung, Buchmattstrasse 10, 3400 Burgdorf.

Für die retournierte Ware werden Sie eine Gutschrift erhalten.

Für **Meldungen über unerwünschte Arzneimittelwirkungen (UAW)** empfiehlt Swissmedic, das dafür entwickelte Meldeportal zu verwenden. Mit dem sogenannten Electronic Vigilance System (EIViS) können UAW direkt oder durch Hoch-

laden einer XML-Datei erfasst werden. Alle erforderlichen Informationen sind zu finden unter www.swissmedic.ch

Wir entschuldigen uns für die Unannehmlichkeiten, die durch diesen Rückruf entstehen, und danken Ihnen für Ihre Unterstützung.

Für medizinische Fragen wenden Sie sich bitte an den medizinischen Informationsdienst von Pfizer (Tel. 043 495 71 11, E-Mail: EUMEDINFO@pfizer.com).

Für zusätzliche Fragen steht Ihnen der Customer Service (Tel. 0800 562 825/Customer.ch@pfizer.com) gerne zur Verfügung.

Pfizer AG
Zürich

Seminare / Séminaires / Seminari

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

K03	Donnerstag, 10. Juni 2021 9.00–16.30 Uhr	Bern Schmiedstube
K01	Dienstag, 22. Juni 2021 9.00–16.30 Uhr	Zürich Volkshaus
K04	Mittwoch, 1. September 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 steuerrechtlichen 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

K06	Montag, 14. Juni 2021 13.30–18.00 Uhr	Zürich Volkshaus
K08	Donnerstag, 17. Juni 2021 13.30–18.00 Uhr	Bern Schmiedstube
K09	Donnerstag, 23. September 2021 13.30–18.00 Uhr	Zürich Volkshaus

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

K25	Jeudi 11 novembre 2021 13h30–18h30	Genève Hôtel Warwick
------------	--	---------------------------------------

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** (interno 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

K51	Mercoledì 13 ottobre 2021 dalle 16.00 alle 18.00	Chiasco FMH Services (Consulting)
------------	--	--

Anmeldung/
Inscription/
Registrazione

www.fmhservices.ch



Stellen-, Praxen-, Markt-Plattform

| Einfach
anbieten und
finden



Stellen,
Praxen und
Artikel
fmhjob.ch

Ob Stelle im Gesundheitswesen,
Praxis, Praxispartner oder Artikel
Hier werden Sie fündig

- Zahlreiche Jobs und Praxen in der ganzen Schweiz
- Top Arbeitgeber
- Führende Schweizer Plattform im Gesundheitswesen für Stellen, Praxen und Artikel

CONSULTING

FMH Consulting Services AG
Burghöhe 1
6208 Oberkirch
Tel. 041 925 00 77
mail@fmhconsulting.ch
www.fmhconsulting.ch



Der Wahlschweizer schätzt den kollegialen Umgangston

Nathalie Zeindler

Freie Journalistin

Rund ein Drittel der Ärztinnen und Ärzte in der Schweiz kommt aus dem Ausland. Weshalb haben sie sich für ein Leben hierzulande entschieden? Welches sind kulturelle Stolpersteine, die es zu umschiffen gilt? Und was halten sie von der Schweizer Gesundheitspolitik? Diesen und weiteren Fragen möchten wir in der in loser Folge erscheinenden Artikelserie «Grüezi Schweiz» nachgehen. In dieser Ausgabe stellen wir Dr. Frank Sachers vor, der hierzulande die Augenheilkunde für sich entdeckt hat.

In den 80er Jahren sahen sich Medizinstudentinnen und -studenten in Deutschland mit düsteren beruflichen Zukunftsprognosen konfrontiert. Die Arbeitslosigkeit stieg stetig an, da die Zahl der Bewerberinnen und Bewerber diejenige der offenen Stellen deutlich überstieg. In jener Zeit tauchte der Begriff Ärzteschwemme auf.

Auch der heute 56-jährige Frank Sachers, damals Studierender an der Medizinischen Fakultät der Universität Ulm, gehörte zu den Betroffenen: «Die Folge dieser Entwicklung war die Einführung der

18-monatigen Phase des Arztes im Praktikum (AIP) nach Abschluss des Studiums mit einer deutlich tieferen Entlohnung im Vergleich zum Assistenzarzt», sagt er. Auch in der Schweiz würden besagte Fachkräfte

Der Mediziner schätzte die im Gegensatz zu Deutschland weniger spürbaren Hierarchiestufen sowie den kollegialen Umgangston.

deutlich schlechter bezahlt als Assistenten, doch seien zumindest genügend interessante Stellenangebote vorhanden.

Da der in Stuttgart geborene Mediziner das Kantonsspital Aarau aus seiner Zeit als Unterassistent in der chirurgischen Abteilung bereits kannte und die im Gegensatz zu Deutschland weniger spürbaren Hierarchiestufen sowie den kollegialen Umgangston schätzte, sah er davon ab, sich andernorts zu bewerben – nicht zuletzt auch der Liebe wegen. Man dürfe zudem nicht vergessen, dass ausländische Medizinerinnen und Mediziner vor 30 Jahren in der Schweiz eher als Exoten galten. Die Personenfreizügigkeit lag damals noch in weiter Ferne.

Faszination Augenheilkunde

Als Arzt im Praktikum landete Frank Sachers in der Augenheilkunde des Kantonsspitals Aarau, und schon nach kurzer Zeit wurde der Posten in eine Assistenzarztstelle umgewandelt. «Anfänglich war ich der Meinung, dass die Augenheilkunde lediglich aus geröteten Augen und Druckmessungen besteht. Doch es handelt



Dr. Frank Sachers leitet seit 2007 das Augenzentrum Bahnhof Basel.



In unmittelbarer Nähe zum Bahnhof Basel SBB empfängt Dr. Frank Sachers seine Patienten.

sich um eine sehr vielseitige Disziplin.» In den folgenden Jahren wandte sich Frank Sachers immer mehr der operativen Augenheilkunde zu.

Mittlerweile führt er seit 2007 das Augenzentrum Bahnhof Basel, ein grosses Zentrum für ambulante Ophthalmochirurgie und klassische Ophthalmologie. «In den letzten Jahren ist in meinem Fachgebiet eine gewisse Spaltung zwischen konservativ und operativ tätigen Kolleginnen und Kollegen feststellbar. Die Weiterbildung in Ophthalmochirurgie hat zwar zu einer Qualitätsverbesserung geführt, aber auch die Hürden für eine operative Tätigkeit erhöht», so Dr. Sachers.

Er stellt fest, dass ältere Techniken seltener angewandt werden, wegen mangelnder Erfahrung schlechtere Resultate liefern und schliesslich aus dem Spektrum verschwinden.

Der Frauenanteil habe in den letzten Jahren zugenommen, und Teilzeitmodelle seien heute eher die Norm als die Ausnahme. Im Bereich der chirurgischen Ausbildung sei das nicht immer einfach, sagt der Facharzt und fügt an: «Eine gute Organisation sowie genügend Flexibilität für alle Beteiligten ermöglichen dennoch eine ausreichende Kontinuität.»

Ein Arbeitspensum von 70 bis 80 Prozent während der operativen Ausbildung hält der Leiter des Augenzentrums Bahnhof Basel, einer Weiterbildungsklinik C, für unabdingbar, um ein hohes technisches Niveau zu erreichen. Er legt Wert auf Kommunikation mit den Patienten und klassische klinische Diagnostik, die

heute neben den modernen apparativen Methoden ein Dornröschendasein fristet. Frank Sachers ist deshalb überzeugt, dass nicht nur eine gute Operationstechnik zu einem guten Resultat beiträgt, sondern vor allem auch eine individuelle und an die Situation des Patienten angepasste Indikationsstellung.

Vielseitigkeit ist Trumpf

Während seiner langen Operationstätigkeit konnte sich Dr. Sachers verschiedene Techniken sowohl in der Vorder- als auch in der Hinterabschnittschirurgie aneignen. Dieser Erfahrungsschatz hilft ihm heute, auch komplexe Ausgangssituationen erfolgreich anzugehen. Er stellt fest, dass ältere Techniken seltener angewandt werden, wegen mangelnder Erfahrung schlechtere Resultate liefern und schliesslich aus dem Spektrum verschwinden. Allerdings wären diese möglicherweise für die eine oder andere Ausgangssituation besser geeignet als modernere Techniken. Neu sei nicht immer besser, sagt er mit Nachdruck.

Nicht nur die Weiterbildung beschäftigt Frank Sachers, sondern auch die Tarifpolitik.

Als langjähriges Mitglied der Tariffkommission der Schweizerischen Ophthalmologischen Gesellschaft ist er stolz darauf, dass Fallpauschalen für die Abrechnung ambulanter Eingriffe, beispielsweise die Kataraktoperation oder intravitreale Injektionen, seit vielen Jahren angewendet werden. Die Ophthalmologie nehme in dieser Hinsicht eine gewisse Vorreiterrolle ein.

In den vergangenen Jahren kenne die Abgeltung für ambulante Tarife allerdings nur die Richtung nach unten. Inzwischen sei der Tarif für die ganze Operation tiefer als vor 20 Jahren das Operationshonorar des Chirurgen bei stationärer Durchführung des Eingriffs. Auch im Wechsel von stationärer zu ambulanter Chirurgie gelte die Augenheilkunde als Paradebeispiel. Die Chirurgie des Grauen Stars werde inzwischen nahezu immer ambulant durchgeführt, und auch in der Netzhautchirurgie seien dementsprechende Tendenzen sichtbar.

Zwei Länder, zwei Systeme

Natürlich existieren grundlegende Unterschiede bezüglich der Gesundheitssysteme zwischen Deutschland und der Schweiz, und man hüte sich vor einer Dis-

«Abschalten, entspannen und einmal Zeit für sich selbst haben ist eine wahre Kunst.»

kussion im Sinne besser–schlechter. Dennoch lohne sich hie und da ein Blick über den Gartenzaun, meint Dr. Sachers. So habe die Schweiz vor einigen Jahren die SwissDRG zu einem Zeitpunkt eingeführt, als man in Deutschland bereits deren Nutzen kritisch zu hinterfragen begann und gar darüber diskutierte, besagtes System wieder abzuschaffen.

«Natürlich frage ich mich manchmal, warum in der Schweiz Anpassungen nur allmählich stattfinden. Die Diskussionen über steigende Krankenkassenprämien begleiten uns seit Jahren», meint der Facharzt. Gleichzeitig komme die notwendige Strukturbereinigung der Spitallandschaft nicht in die Gänge, und der Föderalismus Sorge, wie in der Nordwestschweiz deutlich zu sehen sei, auch nicht gerade für eine Beschleunigung des Strukturwandels.

Pro Jahr führt Dr. Sachers über 2500 intraokulare Eingriffe durch. Kein Auge gleiche dem anderen, was auch bedeute, dass jede Operation nach jahrelanger Tätig-

keit noch immer als Herausforderung angesehen werden könne – mit dem Ziel, für den Patienten das Optimum herauszuholen. «Trotz der hohen Fallzahlen sind mir der Kontakt zum Patienten und die präoperative Diagnostik sowie die Aufklärung sehr wichtig. Entsprechend kann ich mir ein Leben als ‘operierender Technokrat’ nicht vorstellen.»

Heimat im Dreiländereck

Im Dreiländereck hat sich der inzwischen zweifache Familienvater mittlerweile gut eingelebt. «Wenn man wie ich aus dem süddeutschen Raum stammt, fühlt man sich in der Nordwestschweiz wohl. Das hat auch damit zu tun, dass sich die beiden Dialekte nicht wesentlich voneinander unterscheiden.»

Nach Arbeitsschluss schwimmt der Wahlschweizer im Sommer gerne im nahegelegenen Rhein, zudem schätzt er das kulturelle Angebot.

Entspannung findet er auch in den Bergen des Löt-schentals, und seit vielen Jahren sucht er auf Safaris in Afrika zusammen mit seiner Frau Abstand zu seinem Beruf: «Mikrochirurgie stellt eine hohe körperliche Belastung dar. Ich stelle fest, dass ich mit 56 Jahren etwas mehr Ruhepausen benötige als früher», sagt er und fügt hinzu: «Abschalten, entspannen und einmal Zeit für sich selbst haben ist eine wahre Kunst.»

Bildnachweis

Foto Frank Sachers: zVg

Foto Bahnhof Basel: Leonid Andronov | Dreamstime.com

Für unsere Serie «Grüezi Schweiz» suchen wir ausländische Ärztinnen und Ärzte, die uns einen Einblick in ihr Leben und ihren Berufsalltag gewähren. Wir freuen uns über eine Kontaktaufnahme: [matthias.scholer\[at\]emh.ch](mailto:matthias.scholer[at]emh.ch)

Pour notre rubrique «Bonjour la Suisse», nous recherchons des médecins étrangers pour nous raconter ce qu'ils pensent de leur existence et de leur quotidien professionnel. C'est avec plaisir que nous vous lirons: [matthias.scholer\[at\]emh.ch](mailto:matthias.scholer[at]emh.ch).

Nathalie Zeindler
[nzeindler\[at\]bluewin.ch](mailto:nzeindler[at]bluewin.ch)

HIV-Früherkennung rettet vor Tumoren

Eine grossangelegte Beobachtungsstudie der Universität Basel zeigt, dass eine frühe antiretrovirale Behandlung HIV-positive Menschen vor einer späteren Tumorerkrankung schützen kann. Heute gelten in den westlichen Ländern sogenannte «nicht AIDS definierende» Tumoren als Haupttodesursache bei Trägerinnen und Trägern des HI-Virus.

Die Forschenden rund um Prof. Heiner C. Bucher konnten nachweisen, dass bei einem späten Behandlungsbeginn das Risiko, an einem Tumor zu erkranken, über demjenigen von HIV-negativen Personen liegt. Dabei wurden Faktoren wie das Rauchen in die Auswertung miteinbezogen. Die Teilnehmenden der Studie waren hauptsächlich junge Männer (durchschnittlich 36-jährig), von denen einige in Behandlung waren und andere nicht.

(Universitätsspital Basel)



© Thomas Photiou | Dreamstime.com

Un potentiel vaccin contre l'asthme

Un vaccin contre l'asthme s'est révélé efficace chez la souris et réduit la sévérité des symptômes de la maladie, selon l'étude de l'Inserm et l'Institut Pasteur et la firme NEOVACS parue dans *Nature Communications*.

Chez les asthmatiques, l'exposition aux allergènes entraîne la production d'anticorps (immunoglobulines E, IgE) et des cytokines de type 2 dans les voies aériennes, causant une hyperréactivité des bronches, une surproduction de mucus et une éosinophilie.

Utilisés contre l'asthme, les corticoïdes inhalés ne suffisent pas dans les cas sévères, qui nécessitent un traitement par anticorps monoclonaux thérapeutiques, cher et contraignant.

Les scientifiques ont pallié ce problème avec un vaccin conjugué, appelé kinoïde. D'après les résultats précliniques, il induit une production durable d'anticorps. Six semaines après la première injection, 90% des souris présentaient des forts taux d'anticorps. Plus d'un an plus tard, 60% d'entre elles avaient encore des anticorps capables de neutraliser l'activité des immunoglobulines. Les travaux feront l'objet d'un essai clinique.

(Institut Pasteur)



Utilisés pour contrôler l'asthme, les corticoïdes inhalés ne suffisent pas dans les cas sévères.

© Joyb0218 | Dreamstime.com



© Martinmark | Dreamstime.com

Saubere Hände?

Nach dem Händetrocknen mit Jet-Lufttrocknern sind auf Oberflächen nach Handkontakt 10-mal mehr Viren nachweisbar als nach dem Trocknen mit Papierhandtüchern. Dies sind die Ergebnisse einer fünfwöchigen Pilotstudie zur Übertragung von auf den Händen verbliebenen Mikroorganismen nach unzureichendem Händewaschen.

Die Kontaminationsraten wurden anhand von Stichproben von diversen Oberflächen ermittelt, um das Ausmass der Übertragung von Viren aus den Waschräumen in die öffentlichen und klinischen Bereiche des Krankenhauses bestimmen zu können.

Die in einem Toilettenraum für Angestellte, Besucher und Patienten der Leeds General Infirmary in Grossbritannien durchgeführte Studie wurde in der Fachzeitschrift *Infection Control and Hospital Epidemiology* veröffentlicht.

(Cambridge University Press)

Deutlich weniger Strahlen dank Zinnfilter-Technik

Ein Zinnfilter und hochsensible Detektoren reduzieren die Strahlendosis bei Computertomographien (CT) um das Zehnfache, wie eine neue Studie zeigt. Der Filter ist zwischen Röntgenröhre und Patientin/Patient angebracht und reduziert die Strahlendosis auf ein Mass, das mit einer Röntgenuntersuchung vergleichbar ist. Forschende der Universitätsklinik Balgrist haben die Technik weiterentwickelt und konnten bei CT-Untersuchungen des Beckens nachweisen, dass der Zinnfilter im klinischen Alltag gut anwendbar ist.

(Universitätsklinik Balgrist)

Travailler plus de 55 heures augmente le risque de décès

Les personnes travaillant plus de 55 heures par semaine s'exposent à un risque accru d'une maladie cardiaque ou d'un accident vasculaire cérébral, selon une étude de l'Organisation mondiale de la Santé et l'Organisation internationale du Travail, publiée dans *Environment International*.

Ménée avant la pandémie, cette première analyse mondiale du lien entre décès, atteintes à la santé et longues heures de travail se base sur les données d'une dizaine d'études portant sur des centaines de milliers de participantes et participants. Travailler 55 heures ou plus par semaine est associé à une hausse estimée de 35% du risque d'accident vasculaire cérébral et de 17% du risque de mourir d'une cardiopathie ischémique par rapport à des horaires moindres (35 à 40 heures).

Le nombre de décès liés à de longues heures de travail a augmenté de 29% sur une quinzaine d'années. Les hommes âgés de 60 à 79 ans, soit ayant travaillé 55 heures ou plus par semaine lorsqu'ils avaient entre 45 et 74 ans, vivant dans le Pacifique occidental et l'Asie du Sud-Est sont les plus concernés.

(RTSInfo)



72% des décès liés à plus de 55 heures de travail concernent les hommes, car ils constituent la majorité des travailleurs dans le monde. © Unsplash | Thomas Lefebvre



Prof. Dr. med. Dr. h.c.
Thierry Carrel.
(© C. Stulz, USZ)

Publikationspreis der DGTHG 2021

Prof. Dr. med. Dr. h.c. Thierry Carrel vom Universitätsspital Zürich erhält für seine Arbeit «Surgical treatment of hypertrophic obstructive cardiomyopathy» den Preis der Deutschen Ge-

sellschaften für Thorax-, Herz- und Gefässchirurgie (DGTHG). Mit diesem Preis anerkennt die DGTHG den Einsatz von Prof. Carrel in der Weiterbildung des Nachwuchses. Die DGTHG und der Springer Verlag prämiieren damit die beste Publikation des Jahres nach wissenschaftlichen und didaktischen Kriterien.



Schweizer Paraplegiker-Gruppe in Nottwil. (© Schweizer Paraplegiker-Stiftung)

Schweizer Paraplegiker-Gruppe als «Beste Arbeitgeberin 2021» ausgezeichnet

Die Schweizer Paraplegiker-Gruppe (SPG) erhält die doppelte Auszeichnung «Beste Arbeitgeberin 2021» im Bereich Gesundheit und Soziales und drittbeste Arbeitgeberin der Schweiz – hinter dem Lifterhersteller Schindler (Platz 2) und Rivella (Platz 1). Die Liste der «Top Arbeitgeber 2021» wird von der *Handelszeitung, Le Temps* und dem Marktforschungsunternehmen Statista herausgegeben. Unter die Lupe kamen 1500 Schweizer Unternehmen mit mindestens 200 Angestellten. Die Liste basiert auf einer Umfrage sowie Urteilen, die über die Websites der beteiligten Medienhäuser generiert wurden. Über alle Kanäle flossen mehr als 200 000 Bewertungen ins Ranking ein. Die Erhebungsphase der Umfrage war von Mai bis Juni 2020.



Patricia Borrero, présidente de l'ASI Genève, aux côtés de Tedros Adhanom Ghebreyesus, Directeur général de l'OMS.
(© OIF / Antoine Tardy)

Prix de la Francophonie aux infirmières et infirmiers genevois

La section genevoise de l'Association suisse des infirmières et infirmiers (ASI) a reçu le Prix du Groupe des Ambassadeurs francophones. En 2020, l'Organisation internationale de la francophonie (OIF) a choisi de valoriser l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) pour ses actions de lutte contre de Covid-19 dans le monde et la section genevoise de ASI, présidée par Patricia Borrero, infirmière spécialiste clinique à la Direction des soins aux HUG, pour saluer l'implication du corps infirmier durant la pandémie.

La remise du prix a eu lieu le 14 avril 2021, en présence du Dr Tedros Adhanom Ghebreyesus, Directeur général de l'OMS. Les deux institutions ont reçu un tableau illustrant un cerisier jaune symbolisant l'arbre de vie.



Dre Anke Katharina Augspach. A gauche, Prof. Daniel Schorderet, président du comité scientifique de Fond'Action contre le cancer. A droite, Prof. Serge Leyvraz, président du conseil de fondation.
(© Fond'Action contre le cancer)

Prix «Young Investigator» 2021

Dre Anke Katharina Augspach, de l'Université de Berne, a reçu le prix «Young Investigator» 2021 de la fondation Fond'Action contre le cancer. Elle est récompensée pour ses travaux qui permettent de mieux comprendre les mécanismes biologiques menant au développement du cancer de la prostate. Destiné aux scientifiques de moins de 40 ans, le prix est doté de 100 000 francs. Dre Anke Katharina Augspach a fait sa formation de biologiste à l'Université de Fribourg-en-Brisgau où elle a obtenu son doctorat en 2016, sur le thème de la biologie du cancer de la prostate. Elle a rejoint le Department for Biomedical Research de l'Université de Berne en 2017.

Sprache unter Beobachtung

Anne-Françoise Allaz

Prof. Dr. med., Mitglied der Redaktion



Seit geraumer Zeit werden die Debatten um eine «politisch korrekte» Sprache in europäischen Medien immer hitziger geführt. Hintergrund dieser Debatten ist das Aufkommen der *Woke Culture* und ihrer Verfechterinnen und Verfechter, die in Fragen rassistischer, genderbezogener und religiöser Diskriminierung sensibel («wach») sind.

Zur Verteidigung der Rechte von «Minderheiten» gehört auch, dass diskriminierende Aspekte unserer Sprache auf den Prüfstand kommen. So wird vielerorts bereits darauf geachtet, gendergerecht zu formulieren sowie anstelle von Bezeichnungen wie *taub* besser *gehörlos* oder anstelle von *behindertengerecht* besser *barrierefrei* zu verwenden. All diese Entwicklungen sind Ausdruck eines Wunsches nach Entstigmatisierung und Anerkennung.

Die von der *Woke*-Bewegung inspirierten Übertreibungen im Bereich der Identität sind rasch ins Zentrum politischer Diskussionen geraten. «Politisch korrekt» ist zu einem Vorwurf, ja sogar zu einer Beleidigung geworden. Zeigt sich darin Moral oder bereits Zensur? Es wird behauptet, durch eine übertriebene Aufwertung von Minderheiten und den Kommunitarismus bestünde die Gefahr, dass gemeinsame, auf die Aufklärung zurückgehende Normen aufgelöst würden. Glücklicherweise sehen viele Menschen den Schutz von Minderheiten als durchaus vereinbar mit Meinungsfreiheit und gemeinsamen Werten. Dennoch lässt sich feststellen, dass Sprache mittlerweile unter enormer Beobachtung steht. Worte sind schliesslich mächtig! Nach Michel Foucault sind die Art, wie wir über die Welt sprechen, und die Art, wie wir sie erleben, untrennbar miteinander verbunden.

Drei Beispiele unter zahlreichen anderen zeigen auf, wie stark der medizinische Bereich davon betroffen ist.

– Ein amerikanischer Spitalneurologe beklagt sich in JAMA [1] über die erhaltene Empfehlung, in den Krankenakten jede Beschreibung von Rasse, ethnischer Zugehörigkeit oder Herkunftsland der Patientinnen und Patienten zu vermeiden. Ich denke mir, dass hier die soziale Anamnese einer «politisch korrekten» Norm geopfert wird, wodurch medizinisch nützliche Informationen bedauernswerterweise auf der Strecke bleiben. Doch ein aktueller *Lancet*-Artikel weist mich streng zurecht [2]: Die Angabe von Rasse/ethnischer Zugehörigkeit in Konsultationsnotizen müsse überdacht werden, da es sich um

strukturellen Rassismus im Gesundheitssystem handele. Ich bin perplex: «Patientin, 25 Jahre, Flüchtling, *äthiopischer Herkunft*» – das soll diskriminierend, abwertend sein? Das erschliesst sich mir nun wirklich nicht. Die Angabe der Herkunft der betreffenden Patientin gibt Aufschluss über ihre medizinisch-psychosoziale Situation und ermöglicht beispielsweise, eine entsprechend lange Beratungszeit einzuplanen.

- Ein weiteres Beispiel: Unter der Trump-Regierung wurde das *Center for Disease Control* (CDC) Ende 2017 aufgefordert, die Verwendung von sieben Begriffen in offiziellen Texten und Budgetanträgen zu vermeiden, darunter «vulnerabel», «Diversität», «Transgender», «Fötus» sowie «evidenz- und wissenschaftsbasiert» [3]. Die stark ideologische Natur einer solchen Weisung liegt auf der Hand, ebenso wie ihre Folgen für die Ausrichtung des öffentlichen Gesundheitswesens und der Forschung. Dieser Versuch, Wörter verschwinden zu lassen, erinnert an den von George Orwell in seinem Buch *1984* beschriebenen *Neusprech*, bei dem Wörter, die nicht dem Einheitsdenken entsprechen, ausgemerzt werden: «*Begreifst du denn nicht, dass Neusprech nur ein Ziel hat, nämlich den Gedankenspielraum einzuengen?*»
- Letztendlich komme ich zu dem Schluss, dass der technokratische *Neusprech* mit seinem Kontrollwunsch an Einfluss gewinnen könnte, wenn wir nicht wachsam bleiben. Er weist uns bereits die Rolle von *Dienstleistungserbringern* für Kunden zu, was der Komplexität der Beziehung zwischen *Ärztinnen/Ärzten* und *Patientinnen/Patienten* ganz und gar nicht gerecht wird.

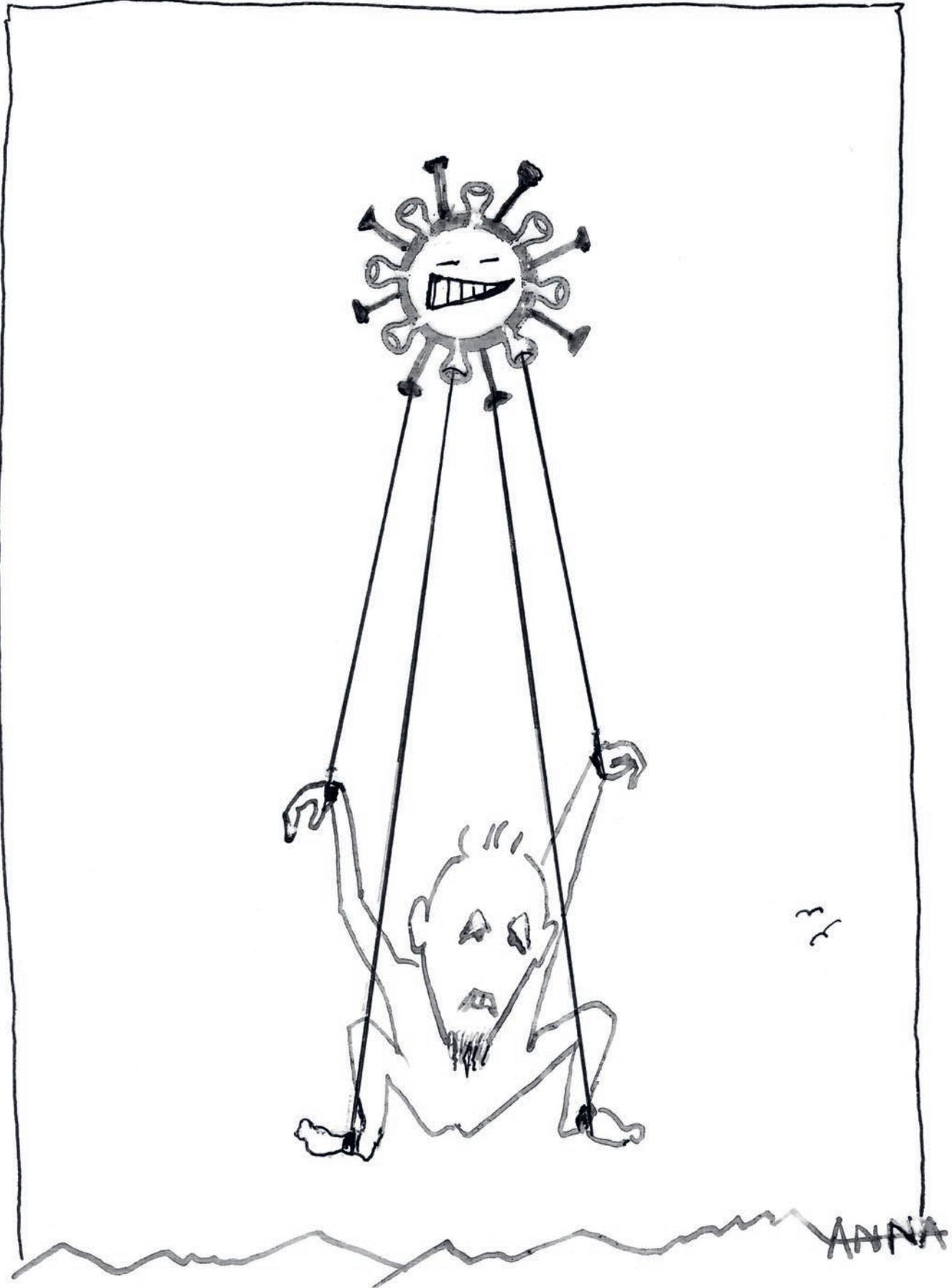
Für mich stellt die Medizin weiterhin einen Raum dar, in dem (noch) alles – oder sagen wir fast alles – gesagt werden darf, aber falls nötig geheim bleibt. Es ist klar, dass wir in der Praxis ein Gleichgewicht zwischen Redefreiheit und gegenseitigem Respekt wahren und versuchen müssen, Diversität und Vulnerabilität in ihren unterschiedlichen Erscheinungsformen mit grösstmöglicher Toleranz und Wohlwollen zu begegnen. Dies ist Teil des Hippokratischen Eides.

Unsere Meinungsfreiheit und somit auch die Freiheit unserer Gedanken sind vor diesem Hintergrund ein ebenso kostbares Gut wie unsere Persönlichkeit und Kreativität. Lassen wir uns ihrer um keinen Preis berauben!

Literatur

- 1 Berger JR. Political Correctness of Medical Documentation. *JAMA Neurology*. 2015;72:624–5.
- 2 Cerdeña JP, et al. From race-based to race-conscious medicine: how anti-racist uprisings call us to act. *Lancet*. 2020;396:1125–8.
- 3 Castro K, et al. Seven Deadly Sins Resulting From the Centers for Disease Control and Prevention's Seven Forbidden Words. *Ann Intern Med*. 2018;168:513–5.

afallaz[at]bluewin.ch



32

www.annahartmann.net