

Schweizerische Ärztezeitung

1669 Editorial
von Christoph Bosshard
**Label «responsible
practice FMH»: Gratulation
den ersten Praxen!**

1674 Unterstützungsnetzwerk
ReMed für Ärzte
**Wo Ärzte mit Burn-out Hilfe
bekommen**

1704 «Zu guter Letzt»
von Werner Bauer
**Lehren und Führen –
kann man doch!**

1670 Der neue Ärztetarif kommt
Es ist Zeit für TARDOC



Verlag

Dr. med. vet. Matthias Scholer, Chefredaktor;
 Eva Mell, M.A., Managing Editor;
 Julia Rippstein, Redaktorin Print und Online;
 Rahel Gutmann, 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 Puhon

Redaktion Recht

Lic. iur. Gabriela Lang, Rechtsanwältin, Leiterin Abteilung
 Rechtsdienst FMH a.i.

FMH

EDITORIAL: Christoph Bosshard

1669 **Label «responsible practice FMH»: Gratulation den ersten Praxen!**

1670



AKTUELL: Christian Oeschger

Es ist Zeit für TARDOC Seit 2004 rechnen Ärztinnen und Ärzte in der Schweiz ihre Leistungen über den mittlerweile veralteten Ärzttarif TARMED ab. Mit TARDOC haben die Tarifpartner FMH, curafutura und die Medizinaltarif-Kommission UVG (MTK) beim Bundesrat 2019 eine Nachfolgelösung eingereicht. Ende 2021 ist der TARDOC – sofern die Gremien der FMH und der curafutura zustimmen – bereit für eine Nachreichung der vierten Fassung. Bereits ab 2023 könnten damit Ärzteschaft und Spitäler ihre Leistungen über TARDOC abrechnen.

REMED: Mirjam Tanner

1674 **Burn-out im Arztberuf**

SIWF: Fabienne Hohl

1676 **Die Zukunft ist digital – und interprofessionell**

1682 **Personalien**

Weitere Organisationen und Institutionen

SAMW: Michelle Salathé, Paul Hoff

1683 **Wie umgehen mit Wirkungs- und Aussichtslosigkeit in der Medizin?**

Briefe / Mitteilungen

1687 **Briefe an die SÄZ**

1688 **Facharztprüfungen**

FMH Services

1689 **Stellen und Praxen** (nicht online)

Tribüne

THEMA: Eva Mell

1695 «Ich bekomme viel positives Feedback und gebe es gern zurück»

RECHT: Thomas Eichenberger, Patrick Mettler

1698 **Worauf Kaderärztinnen und -ärzte unbedingt achten müssen**

Horizonte

OBJEKTGESCHICHTE: Iris Ritzmann

1702 **Elektrotherapie in Violett**

1703 **Persönlich**

Zu guter Letzt

Werner Bauer

1704 **Lehren und Führen – kann man doch!**



BENDIMERAD

Impressum

Schweizerische Ärztezeitung

Offizielles Organ der FMH
und der FMH Services

Redaktionsadresse: Rahel Gutmann,
Redaktionsassistentin SÄZ,
EMH Schweizerischer Ärzteverlag AG,
Farnsburgerstrasse 8, 4132 MuttENZ,
Tel. +41 (0)61 467 85 72,
redaktion.saez@emh.ch, www.saez.ch

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

Anzeigen:

Markus Will, Leiter Sales,
Tel. +41 (0)61 467 85 97
markus.will@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@asmiq.ch

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

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

© FMH

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

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

Fall mit den Fachinformationen der
verwendeten Medikamente verglichen
werden.

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

printed in
switzerland



Titelbild:
© Monty Allen / Unsplash

Label «responsible practice FMH»: Gratulation den ersten Praxen!

Christoph Bosshard

Dr. med., Vizepräsident der FMH, Departementsverantwortlicher DDO



«responsible practice FMH» – darauf können Sie sich verlassen! So lautete der Titel, mit dem ich im Juni dieses Jahres unser neues Label angekündigt habe. Es soll den Mehrwert der Standesordnung der FMH als Ausdruck eines klaren Bekenntnisses zu den darin abgebildeten Grundwerten und Verhaltensnormen zum Ausdruck bringen. Unsere zugrundeliegende ärztliche Kultur und Werthaltung bilden einen wichtigen Anker in stürmischen Zeiten, und in solchen befinden wir uns gegenwärtig ja wahrlich! Die epidemiologische Entwicklung stellt unsere ganze Gesellschaft vor grosse Herausforderungen, und auch politisch drohen Stürme, unser gerade in der Pandemie sich hervorragend und tapfer bewährendes Gesundheitswesen in Frage zu stellen. Unsere ärztlichen Werte geben uns hier die Orientierung für unser Handeln vor. Die Orientierungshilfe als Auskristallisierung dieser Werte heisst «Standesordnung der FMH». Fünf Monate nach Lancierung des Labels darf ich nun den ersterwerbenden Praxen gratulieren. Sie konnten vom Zentralvorstand der FMH mit dem Label ausgezeichnet werden, dies basierend auf den reglementarischen Grundlagen, die transparent auf der Website der FMH [1] aufgeschaltet sind. Sie dürfen nun also das Label tragen und damit ihre Patientinnen und Patienten sowie die Öffentlichkeit auf ihr Bekenntnis zur Standesordnung der FMH aufmerksam machen. Dies ist in unserer Zeit des Umbruchs sehr wertvoll, gerade auch als klares Zeichen gegenüber den Mitarbeitenden von Praxen, welche sich gegebenenfalls

Inzwischen konnte der Zentralvorstand die ersten Praxen mit dem Label «responsible practice» auszeichnen: Herzliche Gratulation!

nicht in ärztlicher Eigentümerschaft befinden und/oder auch ärztliche Nicht-Mitglieder beschäftigen. Die stichprobenartige Überprüfung und auch die auf sechs Jahre befristete Gültigkeitsdauer unterstreichen,

dass dieses Label kein Selbstläufer ist. Auch ist es kein Ruhekit, sondern vielmehr ein Programm zur konkreten Umsetzung in diversen Themenbereichen der Standesordnung, deren Standards im Konzept des Labels transparent aufgeführt sind. Sie, verehrte Leserinnen und Leser, finden dieses Konzept ebenfalls auf der Website der FMH.

Ärztliches Handeln, so wie wir es uns wünschen, kann ohne Solidarität und Vertrauen nicht stattfinden.

Die drei Buchstaben FMH stehen treu gemäss Zweckartikel unserer Statuten für ein effizientes und patientenbezogenes Gesundheitswesen in unserem Land unter Einbezug der Gesundheitsförderung und Erhaltung gesunder Umwelt- und Lebensbedingungen. Der Qualität wird sowohl im Rahmen der Berufsbildung wie auch der ärztlichen Dienstleistungen Rechnung getragen. Ärztliches Handeln, so wie wir es uns wünschen, kann ohne Solidarität und Vertrauen nicht stattfinden. Dementsprechend setzen wir uns gemeinsam für die Freiheit und Unabhängigkeit des Arztberufes ein. Dies hat auch klare Forderungen im wirtschaftlichen Bereich zur Folge, damit letztlich nicht das Budget ärztliches Handeln diktiert. Gerade das Beispiel der Pandemiebewältigung führt uns lebhaft vor Augen, wie wichtig es ist, dass wir rasch reagieren und uns dynamisch den sich entwickelnden Herausforderungen stellen können. Ich freue mich nun auf viele weitere Bewerbungen und Label-Vergaben und danke allen für ihr Engagement und die unermüdliche wertvolle Arbeit, welche damit verbunden ist. Ich bin überzeugt, dass wir damit Mehrwerte generieren, für unsere Patientinnen und Patienten, unsere Mitarbeitenden, unser Gesundheitswesen und schliesslich auch für uns selbst.

Literatur

- 1 www.fmh.ch > Themen > Qualität/SAQM > Label «responsible practice FMH»

TARDOC 1.3 ist bereit für die Nachreichung

Es ist Zeit für TARDOC

Christian Oeschger

Experte, Abteilung Ambulante Versorgung und Tarife, FMH

Seit 2004 rechnen Ärztinnen und Ärzte in der Schweiz ihre Leistungen über den mittlerweile veralteten Ärztetarif TARMED ab. Eine Revision der Tarifstruktur ist den Tarifpartnern seither nicht gelungen, weshalb der Bundesrat 2014 und 2018 in den Tarif eingegriffen hat. Mit TARDOC haben die Tarifpartner FMH, curafutura und die Medizinaltarif-Kommission UVG (MTK) beim Bundesrat 2019 eine Nachfolgelösung eingereicht. Ende 2021 ist der TARDOC – sofern die Gremien der FMH und der curafutura zustimmen – bereit für eine Nachreichung der vierten Fassung. Bereits ab 2023 könnten damit Ärzteschaft und Spitäler ihre Leistungen über TARDOC abrechnen.

2019 haben die FMH, der Krankenversicherungsverband curafutura und die Medizinaltarif-Kommission UVG (MTK) TARDOC 1.0 zur Genehmigung eingereicht. Das Bundesamt für Gesundheit (BAG) hat die Tarifstruktur daraufhin intensiv und detailliert geprüft. Es kam 2020 in seinem Bericht zur damals vorliegenden TARDOC-Version 1.1 zum Schluss, der Tarif sei mit Anpassungen materiell genehmigungsfähig. Die Tarif-

Die Mehrheit der Leistungserbringer und Versicherten steht hinter dem TARDOC.

partner haben im Frühjahr dieses Jahres auf diesen Prüfbericht geantwortet und gleichzeitig eine angepasste Version 1.2 nachgereicht. Im Juni hat der Bundesrat die Tarifstruktur TARDOC als noch nicht genehmigungsfähig beurteilt und forderte die Tarifpartner auf, TARDOC gemeinsam zu überarbeiten und erneut zur Genehmigung einzureichen.

In den vergangenen Monaten haben sich die beteiligten Tarifpartner deshalb nochmals intensiv mit der Tarifstruktur auseinandergesetzt und auch die nichtbeteiligten Tarifpartner – den Krankenversicherungsverband santésuisse und den Spitalverband H+ – eingeladen, TARDOC gemeinsam zu überarbeiten. Auch wenn diese beiden Verbände TARDOC nach wie vor nicht unterstützen und in der Zwischenzeit mit ambulanten DRG-Pauschalen ein eigenes Projekt verfolgen, konnten in den gemeinsamen Workshops viele der vom Bundesrat bzw. vom BAG kritisierten Punkte besprochen und angegangen werden.

Eine Mehrheit unterstützt TARDOC

So ist es den Tarifpartnern bereits vor dem Bundesratsentscheid gelungen, mit der FMH die Mehrheit der Leistungserbringer und mit curafutura, der SWICA Krankenversicherung AG sowie der MTK auch die Mehrheit der Versicherten hinter dem TARDOC zu versammeln. Auch die Kinderspitäler fordern inzwischen eine rasche Einführung von TARDOC.

Kostenmodelle aktualisiert

Für die neue TARDOC-Version wurden auch die zur Berechnung der Taxpunkte verwendeten Kostenmodelle aktualisiert. So wurde das Referenzeinkommen, das zur Berechnung der ärztlichen Leistung dient, mit Daten aus dem Jahr 2019 aktualisiert. Dieses liegt nun bei 234 000 Franken. Gleich geblieben ist dabei die Berech-

Auch die zur Berechnung der Taxpunkte verwendeten Kostenmodelle wurden für die neue TARDOC-Version aktualisiert.

nungsgrundlage: Die Tarifpartner haben sich darauf geeinigt, als Vergleich für das Opportunitätsprinzip weiterhin einen gewichteten Durchschnitt der Löhne der Chef-, leitenden und Oberärzte anzuwenden. Gestützt wird dieses Vorgehen auch vom Winterthurer Institut für Gesundheitsökonomie, welches das Referenzeinkommen berechnet hat. Ebenfalls festgehalten wird an der hinterlegten Normarbeitszeit von 9,2 Stunden, zu-

mal die unterschiedlichen Arbeitszeiten von Spitalärztinnen und Spitalärzten gegenüber den Arbeitszeiten in freier Praxis bereits in der Berechnung des Referenzeinkommens berücksichtigt wurden. Auch Arbeitsrechtler Prof. Dr. Thomas Geiser hält in seinem Gutachten fest, dass die Forderung des BAG, die Normarbeitszeit auf 11,4 Stunden pro Tag zu erhöhen, gesetzeswidrig ist.

Der Bundesrat fordert eine Kostenneutralitätsphase von mindestens drei Jahren.

Die Forderung, den Tarifwirksamkeitsindex (ärztliche Produktivität) zu aktualisieren, konnte hingegen noch nicht umgesetzt werden. Die Neuberechnung ist mit grossen finanziellen und zeitlichen Aufwänden verbunden und wird in den kommenden Jahren durch die ats-tms AG vorgenommen. Das Konzept dafür liegt vor. Gleichzeitig werden die Plausibilisierung der Minuten von Handlungsleistungen durchgeführt. Allfällig angepasste Minuten fließen im Rahmen der Tarifweiterentwicklung in Folgeversionen ein.

Auch die Kostenmodelle für die Infrastruktur und die Personalleistung wurden aktualisiert. Bei den KOREG-

Sparten, deren Leistungen mehrheitlich in der freien Praxis erbracht werden, wurden die Daten auf die Erhebungsjahre 2017–2019 aktualisiert. Diese basieren auf der Rollenden Kostenstudie (RoKo) der kantonalen Ärztesellschaften und der Ärztekasse. Weiter wurde in diesem Bereich gegenüber dem BAG und den Tarifpartnern Transparenz geschaffen, indem die Berechnungsgrundlagen von der FMH offengelegt wurden. Weiter ist für das nächste Jahr geplant, auch die RoKo-Daten hinsichtlich ihrer Repräsentativität und Wirtschaftlichkeit durch eine unabhängige Stelle überprüfen zu lassen.

Abschliessend wurde auch das Kostenmodell INFRA überarbeitet, indem die Lohnkosten für die nichtärztlichen Fachpersonen aktualisiert, die Baukosten neu berechnet und die hinterlegten Zinssätze dem Referenzzinssatz angeglichen wurden.

Kostenschub vermeidbar

Bei der Einführung von TARDOC fordert der Bundesrat eine Kostenneutralitätsphase von mindestens drei Jahren. Bisher hatten die Tarifpartner zwei Jahre



Der neue Ärztetarif TARDOC könnte ab 2023 zum Einsatz kommen.

vorgesehen: In einem detaillierten Monitoring wird geprüft, ob sich das Taxpunktvolument innerhalb des vereinbarten Korridors bewegt, nötigenfalls könnte korrigierend eingegriffen werden. In gemeinsamen Verhandlungen haben sich curafutura und die FMH auf eine Verlängerung der Kostenneutralitätsphase um ein weiteres Jahr auf neu drei Jahre geeinigt. Als Vergleichsvolumen dient neu das Taxpunktvolument des Jahres 2022. Der Rest des Konzepts bleibt inhaltlich und methodisch gleich. Paral-

Die Tarifpartner haben – wo möglich – die Struktur weiter vereinfacht.

lel wurde die gesamte Transcodierung nochmals überprüft und angepasst. Aufgrund dieser Anpassungen und der Aktualisierung der in den Kostenmodellen hinterlegten Daten ergibt sich ein neuer External factor (EF) von 0,83 (bisher 0,86). Weil gleichzeitig – aufgrund der Aktualisierung – auch die Kostensätze ansteigen, kann diese Absenkung aufgefangen werden.

Vereinfachung versus Sachgerechtigkeit

Sowohl im Prüfbericht als auch in gemeinsamen Sitzungen hat das BAG eine weitere Vereinfachung der Tarifstruktur gefordert. Die Tarifpartner haben den gesamten Tarif hinsichtlich Vereinfachungspotenzial analysiert. Generell lässt sich feststellen, dass eine Vereinfachung in vielen Fällen zulasten der Sachgerechtigkeit ginge. Damit bestünde die Gefahr, dass der Tarif nicht mehr der gesetzlich geforderten Sachgerechtigkeit (Art. 43 Abs. 4 KVG) entspräche. Zudem stünde die Vereinfachung ohne grundlegende Anpassungen an anderen Orten (z.B. Kostenmodelle, Regelwerk) im Zielkonflikt mit der Wirtschaftlichkeit. Trotzdem haben die Tarifpartner – wo möglich – die Struktur weiter vereinfacht. So wurden die Wechselzeiten, die bisher grundsätzlich separat hätten verrechnet werden sollen, wieder in die Leistungspositionen inkludiert. Auch der OP-Prozess wurde vereinfacht, indem die Anästhesie-Einleitungs- und -Ausleitungspositionen zusammengefasst wurden.

Umfangreiche Dokumentation

Des Weiteren hat die ats-tms AG dem BAG und den nicht beteiligten Tarifpartnern in den vergangenen Wochen über 1000 weitere Dokumente zur Verfügung gestellt – unter anderem aus den Workshops zu den Anwendungs- und Abrechnungsregeln. Mit den bereits

2019 und 2020 nachgereichten Unterlagen kommen die Tarifpartner auch der vom BAG geforderten Dokumentationspflicht nach. Noch nie wurde in der Geschichte des Ärztetarifs eine so umfangreich dokumentierte Tarifstruktur eingereicht.

Tarifstruktur neu nummeriert

Da TARDOC über viele Jahre gewachsen ist und die Leistungsnummern und Kapitelstrukturen über den ganzen Revisionsprozess aus Gründen der Nachvollziehbarkeit nicht angepasst wurden, war die Tarifstruktur zuletzt nicht mehr stringent durchnummeriert. Mit der Nachreichung der Version 1.3 wird TARDOC vollständig neu strukturiert und neu nummeriert. Auch Redundanzen bei den Anwendungs- und Abrechnungsregeln wurden beseitigt.

Nur TARDOC kann TARMED ablösen

Wenn der TARMED mit den zur Diskussion stehenden Tarifstrukturen vollständig abgelöst werden soll, ist dies nur mit TARDOC möglich. Es ist keine andere Tarifstruktur so weit fortgeschritten wie der TARDOC. Auch mit Pauschalen bliebe die Ablösung des TARMED dringlich, weil Pauschalen nur einen beschränkten Teil der Leistungen in Arztpraxen und Spitälern abbilden können. Berechnungen der FMH zufolge könnten Pauschalen nur ca. 20 Prozent des gesamten ambulanten Volumens ersetzen. Festzuhalten bleibt, dass der TARDOC nicht in Konkurrenz mit obligatorischen Pauschalen steht, weil diese mit ihrer Genehmigung automatisch einzeltarifizierte Leistungen ablösen würden.

Noch nie wurde in der Geschichte der Ärzteschaft eine so umfangreich dokumentierte Tarifstruktur eingereicht.

Damit ist auch bereits konzeptionell die Grundlage für die spätere Einführung von Pauschalen vorhanden; die konkrete Ablösung von Einzelleistungen muss als Bestandteil der künftigen Tarifgesuche erfolgen. Genehmigte Pauschalen wären ohne Weiteres anschlussfähig an den TARDOC, sofern die aus dem TARDOC ablösungsfähigen Einzelleistungen ausgewiesen werden können.

Wie es mit TARDOC weitergeht

Ziel der Tarifpartner ist es nach wie vor, dass TARDOC per 2023 in Kraft gesetzt werden kann und dieser den veralteten und nicht mehr sachgerechten und betriebswirtschaftlich bemessenen TARMED ablöst.

Datum	Version	Was
12.7.2019	TARDOC 1.0	Einreichung Genehmigungsantrag der Tarifstruktur TARDOC durch curafutura und FMH beim Bundesrat.
25.6.2020	TARDOC 1.1	Nachreichung eines gemeinsamen Kostenneutralitätskonzeptes und vereinzelte Korrekturen in den TARDOC-Kostenmodellen.
20.11.2020		Zustellung eines umfangreichen TARDOC-Prüfberichts durch das Bundesamt für Gesundheit (BAG).
30.3.2021	TARDOC 1.2	Erarbeitung und Einreichung einer umfangreichen Stellungnahme zum Prüfbericht des BAG sowie Nachreichung von TARDOC 1.2.
30.6.2021		Der Bundesrat berät sich zu TARDOC. Er hält die Tarifstruktur TARDOC zum damaligen Zeitpunkt für nicht genehmigungsfähig. Der Bundesrat fordert die Tarifpartner auf, TARDOC gemeinsam zu überarbeiten und erneut zur Genehmigung einzureichen.
15.12.2021	TARDOC 1.3	Die FMH wird TARDOC 1.3 der Delegiertenversammlung vorlegen. Falls diese und auch die entsprechenden Organe bei curafutura dem TARDOC zustimmen, kann TARDOC 1.3 per Ende Jahr dem Bundesrat nachgereicht werden.

Die TARDOC-Tarifpartner

ats-tms AG

Die ats-tms AG wurde 2016 von curafutura, FMH, H+ und der MTK gegründet, um den ambulanten Arzttarif TARMED durch einen neuen Tarif abzulösen. Mit einer jährlichen Aktualisierung des Tarifs, wie man es von SwissDRG kennt, soll dieser laufend an den aktuellen Stand der medizinischen Entwicklung angepasst werden. Im Verwaltungsrat der ats-tms AG sind aktuell curafutura, die FMH und die MTK vertreten. Die SWICA Krankenversicherung AG ist als Gast vertreten. Mehr über die ats-tms AG erfahren Sie auf der Website www.ats-tms.ch

curafutura

curafutura, der Verband der Krankenversicherer CSS, Helsana, KPT und Sanitas, vertritt in der ats-tms AG, zusammen mit SWICA, über die Hälfte aller krankenversicherten Menschen in der Schweiz.

Medizinaltarif-Kommission UVG (MTK)

Die Medizinaltarif-Kommission UVG (MTK) befasst sich mit der Regelung aller grundsätzlichen Fragen, die sich aus dem Medizinalrecht und den Medizinaltarifen für die Träger der obligatorischen Unfallversicherung, der Militärversicherung und der Invalidenversicherung ergeben.

Die ats-tms AG soll TARDOC im Auftrag der Tarifpartner in Zukunft jährlich weiterentwickeln. Dafür stehen der Geschäftsstelle neu entwickelte Tools zur Verfügung, darunter die neue Sparten- und Dignitätsdatenbank «LegiData» und das Tarifierungstool «Byron-BIS», das in den letzten Jahren aufgebaut und stetig weiterentwickelt wurde. Ebenso wurden die Grundlagen für ein langfristiges Tarifmonitoring geschaffen. Mit den Erkenntnissen daraus soll TARDOC weiter verbessert und à jour gehalten werden.

Derzeit gibt es keine alternative Tarifstruktur, weder für Einzelleistungen noch für ambulante Pauschalen, welche die ambulanten ärztlichen Leistungen umfassend, vollständig und dem aktuellen Stand entsprechend abbildet. Die Zeit ist reif für den TARDOC.

Bildnachweis

Owen Beard / Unsplash

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

Burn-out im Arztberuf

Mirjam Tanner

Dr. med., Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie, Leitungsausschuss ReMed

Ein Kaderarzt, der die Orthopädische Abteilung an einem Spital leitet, darf aufgrund der Corona-Krise keine Operationen mehr durchführen. Er beginnt an sich und seinen Fähigkeiten als Arzt zu zweifeln, vermutet ein «Burn-out» – und findet Hilfe in der Beratung durch ReMed.

In der Kontaktaufnahme mit ReMed per E-Mail hiess es, abgesehen von den notwendigen Kontaktangaben, nur trocken: «Burn-out». Mit der Erfahrung im Hintergrund, dass einem Burn-out in der Regel eine lange, konflikthafte und bedeutsame Geschichte zugrunde liegt, nahm ich interessiert Kontakt mit dem Kollegen auf. Dieser legte die anfängliche Zurückhaltung rasch ab und wollte das Angebot der zweistündigen Beratung durch ReMed am liebsten im direkten Kontakt in meiner Praxis wahrnehmen.

Ethischer Anspruch und Vulnerabilität

Als Kaderarzt leitet der Kollege die Orthopädische Abteilung an einem Spital. Die hohe Verantwortung im Arztberuf bedeutete ihm schon immer sehr viel, motivierte ihn für den Arztberuf und fordert ihn auf erfüll-

lende Weise nach wie vor heraus. «Ich würde mich schon als Mensch mit extrem hohen ethischen und moralischen Ansprüchen an sich selbst – und auch an andere – beschreiben. Sprechen Sie mal mit meiner Frau oder unseren Kindern – die können Ihnen ein Lied davon singen», lacht er etwas verlegen. «Im Beruf war es für mich so zum Beispiel nie schwierig und sogar eine Selbstverständlichkeit, fachliche Grenzen bei mir sowie bei Kolleginnen und Kollegen offen und ehrlich zu erkennen und anzusprechen. Die «Doktor-Alleswissers-Fassade» zieht bei mir gar nicht. In meinem Team unterstützen und stärken wir uns gegenseitig. Eine erstklassige und an den Bedürfnissen der Patientinnen und Patienten orientierte Versorgung sowie die höchstmögliche Sicherheit waren und bleiben zwei meiner höchsten Werte als Chirurg. Das hat wohl im Verlauf meiner Karriere zu einer eher restriktiven Operationsindikationsstellung geführt. So habe ich es zumindest lange gesehen und das haben mir auch meine Kolleginnen und Kollegen entsprechend gespiegelt.



In der Krise finden Ärzte Unterstützung bei ReMed.

Neue, unangenehme Erkenntnisse

Jetzt nach eineinhalb Jahren Corona kämpfe ich mit völlig neuartigen, heftigen Selbstzweifeln. Und ich komme plötzlich mit meiner Arbeit und dem Druck, unter dem ich mich gegenwärtig wiederfinde, nicht mehr zurecht. Ich erwache in der Nacht schweissgebadet und grübele stundenlang unergiebig, vor allem über mögliche zweifelhafte Behandlungsempfehlungen in der Vergangenheit. Zum Beispiel die 57-jährige Patientin, mit der eine Knieprothesenoperation vereinbart wurde. Im Zuge der Coroneinschränkungen auf notfallmässige Eingriffe hatte sie ihre Knieprobleme offenbar durch konservative Behandlung so weit in den Griff bekommen, dass sie auch später, als wir wieder operieren durften, auf die Operation verzichtete. Ich war aber damals überzeugt, dass sie bei ihrer Situation die Operation benötigt.

Ich fühle mich elend, zweifle an mir selbst und finde keinen Ausweg mehr aus einer vernichtenden Abwärtsspirale. Ein guter Kollege von der Anästhesie, von dem ich es überhaupt nicht erwartet hätte, verriet mir, dass er wunderbar schlafe mit einer Mischung aus Scotch und Lexotanil vor dem Zubettgehen.»

Der Kollege liess keine Zweifel daran, dass eine solche Selbstmedikation für ihn keine Option ist, um seinen Schlafproblemen zu begegnen und dass sie dem eigenen Anspruch, den er an sich selber stellt, voll und ganz widerspricht. In der zweiten Stunde konnten wir die Hintergründe für das «Burn-out» weiter klären und immer besser verstehen.

Die Zwickmühle

Die Coronakrise mit der auferlegten Phase des Operationsstopps für Wahleingriffe wurde zum Ausgangspunkt einer tiefen moralischen Sinnkrise. Gerade er, der seinen Patientinnen und Patienten doch sehr zurückhaltend Operationen empfahl, musste zweierlei höchst schwerverdauliche Folgen aus dem Operationsstopp erleben. Die erste, eher etwas weniger zermürbende, war mitzubekommen, wie sich einige Patientinnen und Patienten im Zusammenhang mit dem Operationsstopp von ihm abwendeten und die Behandlungen anderweitig weiterführten. Er war enttäuscht von deren Opportunismus und darüber, wie wenig sie sein Engagement würdigten. Selbstkritisch fragte er sich, ob er rückblickend Patientinnen und Patienten Eingriffe nahegelegt und zugemutet hatte, die mit allergrösster Wahrscheinlichkeit unnötig gewesen wären. Diese deprimierende Erkenntnis wird noch erdrückender durch den aktuellen zunehmenden ökonomischen Druck, der auf ihm lastet – dieser ist inzwischen so gross wie noch nie. Dieser Indikationsstress

ReMed-Intervisionen für Erstberatende und Netzwerkmitglieder

Neben den Unterstützungsangeboten für ratsuchende Ärztinnen und Ärzte führt ReMed auch regionale Intervisionen zum Erfahrungsaustausch für Kolleginnen und Kollegen durch, die Ärztinnen und Ärzte als Patienten betreuen. Diese ermöglichen Vernetzung und Bildung von Peer-Groups (jeweils 6–8 Teilnehmer, 2–3 Treffen pro Jahr), welche gemeinsam Fallfragen zu Mentoring, Coaching, Beratung, Therapie oder anderen Aspekten (juristisch, versicherungsrechtlich etc.) erarbeiten. Setzen Sie sich mit uns in Verbindung, nehmen Sie an einer Sitzung teil und lernen Sie unsere Arbeit kennen. Kontakt und Anmeldung: [info\[at\]swiss-remed.ch](mailto:info[at]swiss-remed.ch). Mögliche nächste Daten 2022:

Donnerstag, 10. März 2022

Donnerstag, 21. April 2022

Donnerstag, 5. Mai 2022

Donnerstag, 9. Juni 2022

Donnerstag, 15. September 2022

Donnerstag, 10. November 2022

14–18 Uhr im Hotel Central Plaza in Zürich

verunsichert ihn und löst Existenzängste aus. Das Gefühl, nicht mehr primär Patientinnen und Patienten zu behandeln, sondern der Spitalleitung, mehrheitlich mit Nicht-Medizern besetzt, Fallzahlen und eine vorgegebene Anzahl Operationen liefern zu müssen, steht in krassem Widerspruch zu seinen persönlichen beruflichen Wertvorstellungen.

Mögliche emotionelle Konflikte

Dieser Kollege mit guter Introspektionsfähigkeit erkannte den emotionalen Konflikt hinter seinem «Burn-out» sehr schnell. Gegenwärtig geht er diesem in einem von ReMed vermittelten Coaching weiter nach. Andere solche Konflikte, die uns bei ReMed als «Burn-out» begegnen, sind beispielsweise heruntergespielte, verleugnete oder schlecht wahrgenommene berufsbezogene Ängste, Enttäuschung und Sinnkrisen im Zusammenhang mit dem Arztberuf, Überforderung bei der Karriereplanung sowie grosse soziale Isolation und Einsamkeit.

Bildnachweis

Mulyadi / Unsplash

ReMed
Postfach 300
CH-3000 Bern 15
Tel. 031 359 12 00
[info\[at\]swiss-remed.ch](mailto:info[at]swiss-remed.ch)

ReMed ist für Sie da

Brauchen Sie oder jemand aus Ihrem Umfeld professionelle Hilfe? Wenden Sie sich an ReMed: Das Unterstützungsnetzwerk für Ärztinnen und Ärzte respektiert das Arztgeheimnis und berät Sie kompetent. Auch bei anderen beruflichen und persönlichen Krisen kann Ihnen ReMed Lösungswege aufzeigen. Dieses Angebot gilt auch für Personen aus dem Umfeld von Ärztinnen und Ärzten, 24 Stunden am Tag. Die ärztlichen Beratenden melden sich innerhalb von 72 Stunden: www.swiss-remed.ch, [remed\[at\]hin.ch](mailto:remed[at]hin.ch), Tel. 0800 07 36 33.

8. MedEd-Symposium des SIWF in Bern

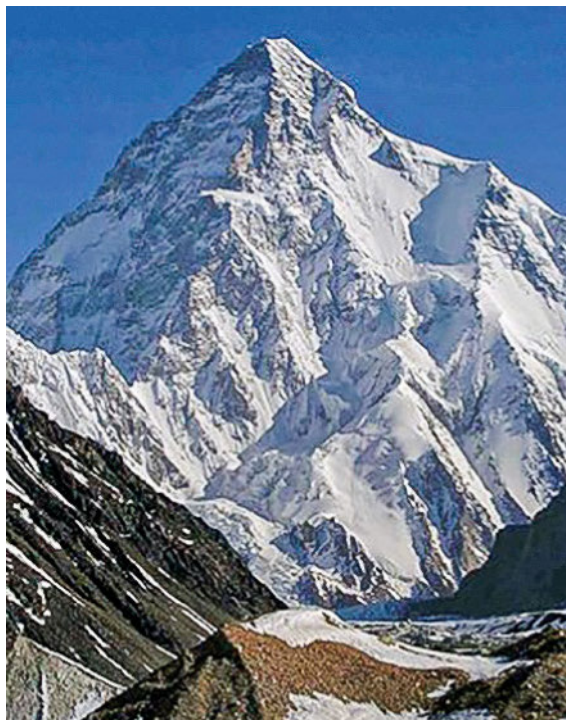
Die Zukunft ist digital – und interprofessionell

Fabienne Hohl

Texterin

Das diesjährige MedEd-Symposium des Schweizerischen Instituts für ärztliche Weiter- und Fortbildung (SIWF) zeigte auf, was die Medizin mit kritischem Know-how aus der Digitalisierung schöpfen kann und wie wichtig gelebte Interprofessionalität ist. Ferner widmete sich der Anlass berufsethischen Fragen, die sich für die ärztliche Bildung unter Corona noch dringlicher stellen als zuvor.

Die achte Auflage des MedEd-Symposiums verzeichnete über 200 Teilnehmende und war die erste unter der Leitung der neuen SIWF-Präsidentin Monika Brodmann. *Past President* und Symposiumsgründer Werner Bauer nutzte die Gelegenheit, seiner Nachfolgerin die Leitung des «MedEds» offiziell und «mit gutem Gefühl» zu übergeben. Seit Februar 2021 im Amt, bekundete Brodmann viel Freude an ihrer dynamischen neuen Aufgabe. Als passionierte Bergsteigerin verglich sie das Ziel der kompetenzbasierten Weiterbildung, das *Medical Educators* heute anstreben, mit dem K2 in Asien – einem Gipfel, «den man nur im Team ersteigen kann».



Der Gipfel K2 als Sinnbild für kompetenzbasierte Weiterbildung. Beide sind nur im Team zu erreichen.

Roter Faden Teamwork

Tatsächlich stand das gesamte Symposium nicht nur thematisch, sondern mit etlichen Co-Referierenden auch organisatorisch auffallend im Zeichen kooperativer Arbeit [1]. Darüber hinaus betonte der Überraschungsgast, FMH-Präsidentin Yvonne Gilli, in ihrem spontanen Grusswort die bewusste und gelebte Kultur des Zusammenwirkens der ärztlichen «Schwesternorganisationen» FMH und SIWF. Zum Thema des Symposiums stellte Gilli fest, dass die Digitalisierung Ärztinnen und Ärzte vor neue Herausforderungen stelle, aber: «Medizin ist immer auch Handwerk und braucht Instrumente. Heute sind dies unter anderem digitale – die dem ärztlichen Stand und den Patientinnen und Patienten dienen sollen.» Ein Anliegen, für das sich auch das Bundesamt für Gesundheit (BAG) schon lange gemeinsam mit der Ärzteschaft engagiere, wie der stellvertretende BAG-Direktor Roland Charrière in seiner Ansprache unterstrich. Die Plattform «Zukunft ärztliche Bildung» sei dafür ein geschätzter und bewährter Ort des Austausches.

«Be a good role model»

Wie über digitale Instrumente verfüge die Medizin auch über ethische Instrumente, eröffnete Samia Hurst, Direktorin des Institut Ethique, Histoire, Humanité an der Universität Genf, die erste *Keynote* des Tages. «Ethische Prinzipien sind wie eine immaterielle Werkzeugkiste, dank der uns die Patienten vertrauen.» Der Hippokratische Eid beinhaltet diese Prinzipien in klaren Worten – auf den ersten Blick, «*but it is a little bit more complicated in practice*», kommentierte Hurst. Viele ethische Dilemmata entstanden, weil die Ärzteschaft im Berufsleben nicht nur den Patientinnen und Patienten verpflichtet sei, sondern auch den Angehörigen.



Samia Hurst, Direktorin des Institut Ethique, Histoire, Humanité an der Universität Genf.

gen, den Weiterbildenden, den Vorgesetzten, dem Arbeitgeber, den Behörden, der Öffentlichkeit ... und auch der eigenen Gesundheit. Dilemmata können aber auch entstehen bei Interessenkonflikten der Ärztinnen und Ärzte, die eventuell das Vertrauen der Patientinnen und Patienten gefährden.

Was bedeutet dies nun für die medizinische Bildung? Wohl unterrichte man Ethik in der Humanmedizin, aber ausschlaggebend sei ein qualitativ überzeugendes handwerkliches Training, das auf den Erwerb der dafür notwendigen Kompetenzen fokussiere. «Dies kostet, und darauf müssen wir bestehen», forderte Hurst. Die jungen Ärztinnen und Ärzte müssten konkret lernen, wie man ethische Konflikte erkenne, formuliere und adäquat darauf reagiere. Mit dieser praktischen Vorbereitung gelinge es eher, unprofessionelles Verhalten anzusprechen, sei es das eigene oder jenes von Berufskolleginnen oder -kollegen. Es reiche deshalb nicht, als Institution ethische Guidelines zu publizieren, es brauche eine gelebte Kultur der Ethik. «Wenn sich Theorie und Praxis widersprechen, lernt man, dass die Regeln nicht gelten», stellte Hurst fest, und appellierte an die versammelten Auszubildenden: «*You will be a role model – try to be a good one.*»

Interprofessionalität macht Schule

In der nächsten Keynote gaben Thomas Fassier und Patricia Picchiottino, Direktor bzw. stellvertretende Direktorin des Centre interprofessionnel de simulation (CiS) in Genf, Einblick in ihre Arbeit. «Wir müssen Medizin auf allen Ausbildungsstufen interprofessionell vermitteln – nicht nur um die Patientensicherheit

zu gewährleisten, sondern auch um die demographischen, klimatischen und epidemiologischen Herausforderungen der Zukunft zu meistern», zeigte sich Fassier überzeugt. Wegbereitend für die interprofessionelle Zusammenarbeit seien die CanMEDS-Rollen gewesen. Diese beschreiben, welche Rollen Ärztinnen und Ärzte in ihrem Beruf einnehmen, und werden inzwischen auch in vielen nicht-ärztlichen Gesundheitsberufen angewandt.

Dabei müsse man sich in einem Team jedoch immer wieder darüber klar werden, was man darunter verstehe, präzisierte Picchiottino. «Nur so lassen sich der gemeinsame Rahmen und die gegenseitige Akzeptanz für die interprofessionelle Zusammenarbeit etablieren, innerhalb der sich alle Fachleute eines Teams äussern können.» Um Interprofessionalität zu lernen, stehen verschiedenste Instrumente zur Verfügung, neben Simulationstraining beispielsweise Rollenspiel, Monitoring oder Shadowing. Fassier unterstrich, dass «Interprofessionalität auch dem medizinischen Nachwuchs aller Gesundheitsberufe ein grosses Bedürfnis ist». Das zeige nicht zuletzt die Gründung der *Swiss Youth Health Alliance* (SYHA) im Jahr 2019. Die SYHA ist ein von der *Swiss Medical Students Association* (swimsa) gestartetes Projekt. Sie soll als Bündnis von Studierenden- und Lernenden-Organisationen des Ge-



Patricia Picchiottino und Thomas Fassier, stellvertretende Direktorin bzw. Direktor des Centre interprofessionnel de simulation (CiS) in Genf.

sundheitswesens die Interprofessionalität zwischen den verschiedenen Gesundheitsberufen in der Schweiz fördern. Dessen Ruf nach Weiterbildnerinnen und Weiterbildnern, die Interprofessionalität vorlebten, so Fassier, müsse gehört werden.

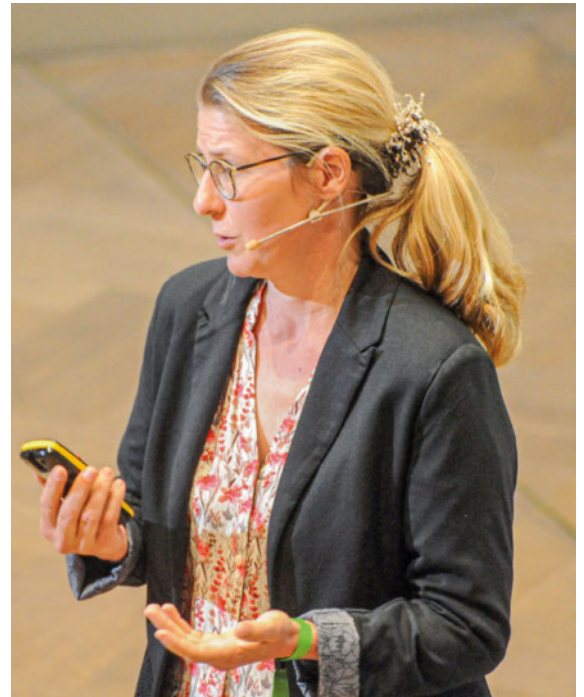
Chancen der Digitalisierung

Dass digitale Kompetenzen an allen Medizinischen Fakultäten zum Einsatz kommen, sind gute Neuigkeiten für Thomas Sauter, Leiter der eNotfallmedizin am Inselspital Bern und Co-Referent der dritten Keynote. Der aktive Einbezug der Studierenden ins Online-Lernen sei zentral, damit sie von der Digitalisierung profitierten, erläuterte er. «Denn die *digital natives* gehen häufig nicht kompetent um mit virtuellen Inhalten.» Deshalb sei die Online-Lernplattform «enotfallmedizinlearning.ch» nicht als fertiges Lehrwerk konzipiert, sondern als lebendige Lernumgebung mit Grundlagen zum autonomen Wissenserwerb, Möglichkeiten für Feedback und zum Teilen eigener fachlicher Funde. Dabei bewährten sich auch interaktive Tools und *Gamification*-Elemente wie ein Quiz oder ein Ranking, führte Sauter aus.

Die spielerische Komponente findet sich auch in der simulationsbasierten Ausbildung, welche Co-Referentin



Thomas Sauter, Leiter der eNotfallmedizin am Inselspital Bern.



Tanja Birrenbach, Leiterin Arbeitsgruppe Virtual Reality Insel Simulation der digitalen Notfallmedizin am Inselspital Bern.

Tanja Birrenbach vorstellte, ihres Zeichens Leiterin der Arbeitsgruppe Virtual Reality Insel Simulation (ViSL) der digitalen Notfallmedizin am Inselspital. *Virtual Reality*(VR)-Simulationen eigneten sich bei bestimmten Themen gut für die *Medical Education*, erklärte Birrenbach. Etwa, um einfache Skills wie das Durchführen eines Covid-Abstrichs oder auch lebensrettende Interventionen zu trainieren, die sich im echten Leben schlecht simulieren lassen oder teuer sind.

Zudem sei VR-Simulationstraining sehr effektiv, wiederholbar, unabhängig von Zeit und Ort, es gebe Feedback und generiere Unmengen von Daten für die Forschung oder für Prüfungen. «Dennoch ist VR keine Wunderwaffe für die Ausbildung der Zukunft», räumte Birrenbach ein. Die Forschungsdesigns seien noch sehr heterogen, die Probandenzahlen klein, und bei den Patientenoutcomes gebe es noch viele Fragen. Trotzdem sind sich Birrenbach und Sauter einig: Die Digitalisierung ist eine Chance, die es in der Medizin und im Teaching mit dem nötigen kritischen Bewusstsein zu nutzen gilt.

Multidisziplinarität als Normalfall

Nach einer kurzen Mittagspause intensiver Gespräche nahmen die Anwesenden an vier parallel geführten Workshops teil:

- «Virtuelle Realität in der Bildung» [2]
- «Wie gebe ich gutes klinisches Feedback in der Weiterbildung?» [3]
- «Conflicts Interprofessionnels: Expérimentez la Simulation!» [4]
- «Die allgemeinen Lernziele – Stiefkinder der Weiterbildung?» [5]

Anschliessend beleuchtete die vierte Keynote den komplexen Zusammenhang von Körper und Geist. Selma Aybek, Leitende Ärztin für Neuropsychosomatik am Inselspital Bern, brach eine Lanze für ihr Fach – das zu Unrecht wenig bekannt sei – als Paradebeispiel für Interprofessionalität. «Die Neuropsychosomatik ist weder schlechte Psychiatrie noch schlechte Medizin. Sie kümmert sich um die Verbindung dieser beiden Bereiche», erklärte sie. So werde, was früher «hysterisch» oder «psychosomatisch» genannt worden sei, heute sachlich als «funktionelle neurologische Störung» bezeichnet. «Dieser neutrale Ausdruck ist gemäss Studien für die Betroffenen zentral», so Aybek. «Damit fühlen sie sich mit ihrem Problem ernst genommen und erhalten nicht einfach eine psychiatrische Diagnose.»

Wohl könnten psychische Faktoren wie übermässiger Stress mit ein Grund für dysfunktionelle Störungen sein, aber es spielten immer auch soziale und genetische Faktoren eine Rolle. Für die Behandlung sei deshalb neben psychiatrischen Massnahmen auch Physiotherapie erfolgversprechend. Aybek wies darauf hin,

SIWF-Award 2021: Die Ausgezeichneten

Im Rahmen des 8. MedEd-Symposiums wurden auch die Trägerinnen und Träger des SIWF-Award 2021 für besonderes Engagement in der Weiterbildung bekanntgegeben. Diese Auszeichnung erfolgt aufgrund der Nomination durch ehemalige Assistenzärztinnen und -ärzte. Folgende Weiterbildende und Teams erhielten dieses Jahr eine Auszeichnung:

Einzelpersonen: Dr. med. Dr. rer. nat. Steffen Stoewer; Boris Jung, Psychiatrische Klinik Münsterlingen; Prof. Dr. Ekkehard Herwer; Dr. med. Christopher Müssig; Frau Sandra Möhr; Dr. med. Kai Oliver Jensen; Dr. med. MPH Mathias Schlögl; PD Dr. med. Franca Wagner; Dr. med. Pia Bircher; Prof. Dr. med. Jörg Beyer; Dr. med. Yvette Stöckli; Dr. med. Carolin Kretschmer, Monvia Gesundheitszentrum Luzern; Dr. med. Charlotte Seer; Dr. med. Severin Pinilla; Prof. Dr. med. Dr. h.c. Omer Dzemali; Dr. med. Priska Grünig.

Teams: Allgemeine Innere Medizin, Gesundheitszentrum Fricktal, Laufenburg; NZKJ Notfallzentrum für Kinder und Jugendliche, Inselspital Bern; Allgemeine Innere Medizin, Doktorzentrum Wetztingen (DZW); Urologie, Kantonsspital Baden; Radio-Onkologie, Kantonsspital St. Gallen; Wirbelsäulen Chirurgie und Orthopädie, Schweizer Paraplegiker Zentrum, Nottwil.



Selma Aybek, Leitende Ärztin für Neuropsychosomatik am Inselspital Bern.

dass die multidisziplinäre Arbeit der Neuropsychosomatik inzwischen internationale Anerkennung erfährt und der *European Research Council* europaweit 15 PhD-Forschungsstellen dafür ausgeschrieben hat. Eine Gelegenheit, die wahrgenommen werden sollte: «Sagen Sie es weiter – wir brauchen Nachwuchs!»

Was wir uns leisten müssen

Den spannenden Abschluss des MedEd-Symposiums bildete dieses Jahr eine Debatte unter der Leitung von Monika Brodmann. Sie nahm sich gemeinsam mit ihren Gästen Cinzia Zeltner und Elisabeth van Gessel des Themas «Interprofessionalität im Spannungsfeld von Patientensicherung und Ökonomie» an. Schnell wurde klar: Auch wenn Interprofessionalität kurzfristig mehr kostet, das Gesundheitswesen braucht sie dringend und «sie ist schon da», wie Zeltner festhielt. Die BAG-Verantwortliche für das Dossier Interprofessionalität führte aus, dass Randregionen mit Versorgungsproblemen das Potenzial des *Task Shifting* längst erkannt hätten und stark interprofessionell arbeiteten. Dies erhöhe die medizinische Qualität und senke wahrscheinlich langfristig die Kosten.

Ein Votum, das FMH-Vizepräsident Christoph Bosshardt zuspitzte: «Nach den Kosten zu fragen ist mühsig – uns gehen die Ärzte aus, bevor das Geld ausgeht. Wir kommen gar nicht darum herum, interprofessionell zu arbeiten.» Ein grosses Potenzial der Interprofessionalität ortete CiS-Gründungsdirektorin van Gessel



(v.l.n.r.) SIWF-Präsidentin Monika Brodmann im Gespräch mit Cinzia Zeltner vom Bundesamt für Gesundheit (BAG) sowie CiS-Gründungsdirektorin Elisabeth van Gessel.

im *Job Enrichment*, das etwa Pflegende dank *Task Shifting* erführen. «Doch es braucht mehr Innovation», forderte van Gessel, «mehr neue Berufe; es braucht Interprofessionalität, die Patienten und Angehörige einbindet und die vor allem schon in der Ausbildung dazugehört». Eine kraftvolle Vision, die noch den Weg bahnen muss für eine neue Arbeitsrealität, in der Interprofessionalität idealerweise auch gesetzlich verankert ist. Die engagierte Diskussion am MedEd zeigte, dass die ersten Schritte auf diesem Weg bereits getan sind.

Bildnachweis

Medworld AG, ausser Bild auf erster Seite: Monika Brodmann

Literatur

- 1 Die Präsentationen zu den Referaten und Workshops sind einsehbar unter: www.siwf.ch/siwf-projekte/meded-symposium.cfm
- 2 Leitung: Prof. Dr. med. Thomas C. Sauter, MME, Leitender Arzt, Universitäres Notfallzentrum, Inselspital, Professor für Telenotfallmedizin, Universität Bern / Dr. med. Tanja Birrenbach, MME,

Oberärztin, Universitäres Notfallzentrum Inselspital Bern, Professur für Telenotfallmedizin, Universität Bern.

- 3 Leitung: Dr. med. Martin Perrig, MME, Chefarzt, Leiter Bettenstationen, Universitätsklinik für Allgemeine Innere Medizin, Inselspital Bern / Dr. med. Christian Schirlo, MME, Leiter Studienzentrum, Gesundheitswissenschaften und Medizin, Universität Luzern / Dr. Andrea Meienberg, Kaderärztin, Medizinische Poliklinik, Universitätsspital Basel / KD Dr. med. Anke Scheel-Sailer, Leitende Ärztin Paraplegiologie, Physikalischen Medizin und Rehabilitation, Schweizer Paraplegiker-Zentrum, Nottwil.
- 4 Leitung: Dr. méd. Nadia Bajwa, MHPE, Hôpitaux Universitaires de Genève, Université de Genève, Faculté de Médecine / Dr. méd. Thomas Fassier, MPH, MHPE, PhD, Directeur du Centre interprofessionnel de Simulation (CiS) / Patricia Picchiottino Zofka, MAS, Directrice adjointe du Centre interprofessionnel de simulation (CiS), Hôpitaux Universitaires de Genève (HUG) / Jean-Pierre Bosson, Chargé de formation et de recherche, Centre interprofessionnel de simulation (CiS).
- 5 Leitung: Dr. med. Werner Bauer, Past President des Schweizerischen Instituts für ärztliche Weiter- und Fortbildung (SIWF), Bern / Dr. med. Patrizia Kündig, Vizepräsidentin, Verband Schweizerischer Assistenz- und Oberärztinnen und -ärzte (VSAO) / Prof. Dr. med. Markus Furrer, Chefarzt und ärztlicher Direktor und Departementsleiter Chirurgie, Kantonsspital Chur / Prof. Dr. Rouven Porz, PhD, Leitung Medizinethik und ärztliche Weiterbildung, Universitätsklinik, Inselspital Bern.

[fabienne.hohl\[at\]wirktext.ch](mailto:fabienne.hohl[at]wirktext.ch)

Personalien

Todesfälle / Décès / Decessi

Marcel Gemperle (1930), † 25.10.2021,
Spécialiste en anesthésiologie, 1206 Genève

Fred von Niederhäusern (1931), † 30.10.2021,
Facharzt für Gynäkologie und Geburtshilfe,
4566 Kriegstetten

Richard Imoberdorf (1945), † 21.11.2021,
Facharzt für Allgemeine Innere Medizin,
3920 Zermatt

Praxiseröffnung / Nouveaux cabinets médicaux / Nuovi studi medici

VD

Ulf Kessler, Facharzt für Chirurgie und
Facharzt für Kinderchirurgie, FMH, Chemin
des Croix-Rouges 7, 1007 Lausanne

Fanny Cécile Berlincourt, Spécialiste en méde-
cine interne générale, FMH, Rue Pestalozzi 1,
1400 Yverdon-les-Bains

Gesellschaft der Ärztinnen und Ärzte des Kantons Solothurn

Zur Aufnahme als ordentliche Mitglieder haben sich angemeldet:

Astrid Ahler, Fachärztin für Gynäkologie
und Geburtshilfe, FMH, fertisuisse AG,
Tannwaldstr. 2, 4600 Olten

Barbara Bachmann, Fachärztin für
Ophthalmologie, FMH, Augenmobil AG,
Verena Konzett-Str. 9, 8004 Zürich

Carolyn Dhakal, Fachärztin für Gynäkologie
und Geburtshilfe, FMH, fertisuisse AG,
Tannwaldstr. 2, 4600 Olten

Aanyo Kossi Kuzeawu, Facharzt für
Neurochirurgie, FMH, Praxis Mylife,
Solothurnstr. 32/34, 2540 Grenchen

Malgorzata Rylska, Fachärztin für
Dermatologie und Venerologie, FMH,
Skinmed AG, Kirchgasse 3, 4600 Olten

Einsprachen gegen diese Aufnahmen sind
innerhalb 14 Tagen nach der Publikation
schriftlich und begründet bei den Co-Präsi-
denten der Gesellschaft der Ärztinnen und
Ärzte des Kantons Solothurn, GAESO,
Postfach 332, 4502 Solothurn, einzureichen.

Ärztegesellschaft Thurgau

Die Ärztegesellschaft Thurgau informiert
über folgende Neuanmeldungen:

Peter Ehrhardt, Facharzt für Orthopädische
Chirurgie und Traumatologie des
Bewegungsapparates, Hoheneggstrasse 5,
DE-78464 Konstanz

Ruth Lohmayer, Fachärztin für Psychiatrie
und Psychotherapie, Seeblickstrasse 30,
8596 Münsterlingen

Pascal Probst, Facharzt für Chirurgie, FMH,
Kirchweg 2c, 8553 Hüttlingen



Wollen Sie keinen Artikel der *Schweizerischen Ärztezeitung* mehr verpassen?

Registrieren Sie sich für den Newsletter und erhalten Sie die neusten
Artikel in Ihre Inbox. QR-Code zur Newsletter-Registrierung.

EMH Schweizerischer Ärzteverlag AG, Farnsburgerstrasse 8, CH-4132 Muttentz,
Tel. +41 (0)61 467 85 55, info@emh.ch



Scan this code
saez.ch



Neue Empfehlungen der SAMW zum Konzept der Futility

Wie umgehen mit Wirkungs- und Aussichtslosigkeit in der Medizin?

Michelle Salathé^a, Paul Hoff^b

^a lic. iur, MAE, Medizin & Ethik & Recht, Basel, wissenschaftliche Begleitung der Arbeitsgruppe; ^b Prof. Dr. med. Dr. phil., Präsident Zentrale Ethikkommission der SAMW

Wirkungs- und Aussichtslosigkeit von Behandlungen gehören zur Medizin. Oft wird die Thematik unter dem Oberbegriff der medizinischen Futility behandelt. Die Einschätzung, ob eine Therapie indiziert ist, bleibt im Einzelfall herausfordernd und es fließen Werturteile der Fachkräfte und der Patientinnen und Patienten mit ein. Die Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissenschaften (SAMW) hat sich mit dem Thema auseinandergesetzt und Empfehlungen veröffentlicht.

Die Beratung und Begleitung von Patientinnen, Patienten und Angehörigen in Situationen, in denen eine medizinische Behandlung wirkungs- oder aussichtslos sein könnte, ist eine zentrale Aufgabe der Medizin. Die involvierten Berufsgruppen tragen dabei eine besondere fachliche und ethische Verantwortung. Daraus resultierende Dilemmata werden deshalb auch in den medizin-ethischen Richtlinien der SAMW [1–3] ausführlich thematisiert. Dabei zeigt sich immer wieder, dass es umstritten ist, wie weit Einschätzungen der Wirkungs- oder Aussichtslosigkeit evidenz- und erfahrungsbasiert und inwieweit sie von Werturteilen geprägt sind. Dies gilt ebenso in Bezug auf die medizinische Indikation, die fachlich begründet, dass eine Behandlung geeignet und angemessen ist, um das mit

der Patientin bzw. dem Patienten gemeinsam bestimmte Behandlungsziel zu erreichen.

Vertiefende Empfehlungen erarbeitet

Ausgehend von diesen Diskussionen, die während der Covid-19-Pandemie noch intensiviert wurden, hat die Zentrale Ethikkommission (ZEK) der SAMW beschlossen, vertiefende Empfehlungen zum Thema zu erarbeiten. Das Autorinnenteam wurde von einer Arbeitsgruppe der ZEK unterstützt. Im September 2021 haben die ZEK und der SAMW-Vorstand der Publikation zugestimmt. Die Empfehlungen liegen in den drei Sprachen Deutsch, Französisch und Englisch in elektronischer und gedruckter Form vor (samw.ch/empfehlungen).

Nachfolgend werden die zentralen Aussagen zusammengefasst, ausgenommen die rechtlichen Aspekte, denen in der Publikation ein ganzes Kapitel gewidmet ist. Von den Handlungsempfehlungen zum bewussten Umgang mit dem Konzept der Futility werden beispielhaft drei ausgeführt.

Das Konzept der Futility

Wirkungslose und/oder aussichtslose Behandlungen werden oft unter dem Oberbegriff der medizinischen Futility beschrieben. Das Konzept lässt sich bis in die Zeit der Antike verfolgen, wobei es im Laufe der Zeit

Es ist umstritten, wie weit die Einschätzung der Futility evidenz- und erfahrungsbasiert ist und wie weit geprägt von Werturteilen.

hinsichtlich seiner Bedeutung und seiner Funktion einem Wandel unterlag. Die Vorstellung, dass Ärztinnen und Ärzte als Expertinnen resp. Experten über das menschliche Leben entscheiden sollten, wurde durch das Modell einer gemeinsamen Entscheidungsfindung (*shared decision-making*) abgelöst [4].

Das Konzept der Futility ist nicht unumstritten. Die nun publizierten Empfehlungen stellen die konzeptuellen Kontroversen dar und setzen sich mit dem Konzept der medizinischen Indikation auseinander. Dieses wird in Relation gestellt zum Konzept der Futility.

Die Einteilung in Tabelle 1 verschafft einen raschen Überblick über das Verhältnis von Wirkungs- und Aussichtslosigkeit und den Bezug zur Indikation.

Medizinische Entscheidungsfindung

Die Empfehlungen stufen das Konzept der Futility trotz aller Kritik als tauglich ein, da es auf Werten und Zielen basiert, die von vielen geteilt werden. Folglich ist es möglich, in bestimmten Konstellationen sowohl bezüglich Wirkungslosigkeit als auch bezüglich Aussichtslosigkeit von einem allgemeinen Konsens zu sprechen. Letztlich handelt es sich aber auch hier um eine Werteentscheidung, die in den Kenntnisstand der Wissenschaftsgemeinschaft eingebettet ist und gesellschaftliche Normen und Weltanschauungen widerspiegelt. Diese Evaluationen sollten möglichst transparent gemacht, reflektiert und in einen mit Patientinnen und Patienten gemeinsam gestalteten Entscheidungsprozess einbezogen werden. Dabei werden drei Kategorien unterschieden:

«Medizin entscheidet»

Bei der physiologischen Wirkungslosigkeit lässt sich empirisch feststellen (wenngleich stets eine gewisse Restunsicherheit bzw. ein Fehlerrisiko bestehen bleibt), dass eine Behandlung nicht (mehr) wirksam ist bzw. wäre. In solchen Situationen sollen medizinische Fachpersonen [5] entscheiden können, dass eine Be-

Tabelle 1: Zusammenhang von Wirkungs- und Aussichtslosigkeit mit der Indikation bei medizinischen Behandlungen.

Futility			
Wirkungslosigkeit		Aussichtslosigkeit	
unwirksam	wahrscheinlich unwirksam	wahrscheinlich aussichtslos	aussichtslos
Spezifisches Therapieziel kann mit Behandlung nicht erreicht werden, d.h. kein Therapieerfolg möglich (z.B. antibakterielle Behandlung einer viralen Infektion).	Wahrscheinlichkeit eines spezifischen Therapieerfolgs unklar oder gering, allenfalls wenig bedeutsamer Effekt in Aussicht (z.B. Verschreibung von Digoxin bei therapierefraktärer Herzinsuffizienz).	Selbst falls Behandlung potenziell wirksam, besteht geringe Aussicht, das übergeordnete Therapieziel (z.B. Heilung, Weiterleben bei akzeptabler Lebensqualität) zu erreichen (z.B. experimentelle Chemotherapie bei fortgeschrittenem metastasiertem Tumorleiden mit geringer Aussicht auf Verlängerung der Überlebenszeit um wenige Monate).	Selbst falls Behandlung potenziell wirksam, kann das übergeordnete Therapieziel (z.B. Heilung, Weiterleben bei akzeptabler Lebensqualität) nicht erreicht werden (z.B. Wiederbelebung nach mehrminütiger Unterbrechung der Sauerstoffzufuhr bei Person mit COPD im Endstadium).
nicht indiziert (oder kontraindiziert, falls schädlich)	fraglich, ob indiziert (<i>potentially inappropriate</i>) Für Indikation ist Prüfung der Zweckmässigkeit erforderlich. → Bewertung des Verhältnisses von Grösse und Wahrscheinlichkeit des Nutzens, der Risiken und negativen Effekte mit der Patientin/dem Patienten Für Erstattungsfähigkeit (im Bereich der obligatorischen Krankenversicherung) ist Prüfung der Wirtschaftlichkeit erforderlich. → Bewertung der Kosteneffektivität (<i>Health Technology Assessment</i>)		nicht indiziert (oder kontraindiziert, falls schädlich)

In allen Situationen bleibt der Dialog mit den Patientinnen und Patienten bezüglich der übergeordneten und der spezifischen Therapieziele und der zur Verfügung stehenden Behandlungsoptionen zentral. Wenn die Indikation fraglich ist, sind sie in den Entscheidungsprozess einzubeziehen (*shared decision-making*).

handlung nicht mehr angeboten wird (z.B. ECMO bei einer Person mit infauster Prognose). Die Entscheidung bezieht sich auf den medizinischen Sachverhalt und muss sich auf fachliche Expertise abstützen.

Es wird ein gesellschaftlicher Konsens vorausgesetzt, der den medizinischen Fachpersonen die entsprechenden Kompetenzen einräumt. Oft sind solche Situationen auf übergeordneter Ebene geregelt, etwa durch fachspezifische Richtlinien. Auch in dieser Kategorie ist der Dialog mit der Patientin resp. dem Patienten und den Angehörigen zentral. Insbesondere ist es wichtig, den Hintergrund der Entscheidung zu erklären.

«Medizin berät»

Diese Situation stellt den Regelfall dar. Medizinische Fachpersonen zeigen der betroffenen Person (oder Vertretungspersonen) die individuelle Prognose, die Behandlungsoptionen und deren Chancen und Risiken auf und schlagen eine Behandlung oder Behandlungsalternativen vor. Diese stimmt der Behandlung zu oder

Stehen Wirkungs- oder Aussichtslosigkeit einer Behandlung fest, entfällt die medizinische Indikation. Dort wird es herausfordernd.

lehnt sie ab bzw. trifft bei mehreren angebotenen Behandlungsalternativen eine Wahl. Dabei hat das Recht auf Selbstbestimmung Vorrang. Zu berücksichtigen ist, dass die Betroffenen jederzeit Behandlungen ablehnen, grundsätzlich aber nicht bestimmte Behandlungen einfordern können [6].

«Grauzone»

Therapeutische Ziele oder Massnahmen werden unterschiedlich gewichtet. In dieser Situation ist die Bewertung der empirischen Daten auch von Weltanschauung und gesellschaftlichen Werten geprägt. Soll etwa einer Patientin resp. einem Patienten das Recht auf eine Behandlung zugesprochen werden, die in den letzten 50 oder 100 Fällen wirkungslos war («Medizin entscheidet») [5–8]? Die normative Entscheidung liegt in der Festlegung der Toleranzgrenze, d.h. des *cut-off* (quantitative Futility) bzw. in der Bewertung der Relevanz therapeutischer Effekte (qualitative Futility).

Auch in diesen Situationen geht es darum, gemeinsam mit der betroffenen Person zu klären, ob die Behandlung gewünscht wird, obwohl die Erfolgsaussichten klein sind («Medizin berät»). Die Auswirkungen der Behandlung sind nicht nur hinsichtlich der Belastung für Patientinnen und Patienten, Angehörige oder das Behandlungsteam relevant. Bei sehr teuren Therapien gilt es auch, mögliche Opportunitätskosten zu bedenken; denn die aufgewendeten Ressourcen stehen für

andere nicht mehr zur Verfügung [9]. Je nachdem ist dann eine Behandlung der Kategorie «Medizin entscheidet» zuzuordnen.

Auswahl an Empfehlungen

Stehen Wirkungs- oder Aussichtslosigkeit einer Behandlung eindeutig fest, entfällt die medizinische Indikation («Medizin entscheidet»). Solche Situationen sind besonders herausfordernd. Medizinische Fachpersonen können sich genötigt fühlen, Behandlungen durchzuführen, obwohl diese aus ihrer Sicht nicht dem Patientenwohl dienen – beispielsweise weil Erwartungshaltungen und Druck von Patientenseite und von Angehörigen bestehen. Die ausgearbeiteten Empfehlungen – hier werden exemplarisch drei von acht wiedergegeben – geben Hilfestellung für genau solche Situationen.

1. Klärung des Behandlungsziels: Das übergeordnete Ziel der Behandlung muss mit der Patientin resp. dem Patienten bzw. dem Vertreter geklärt werden. Dabei berücksichtigen medizinische Fachpersonen Vorstellungen und Wissensstand der betroffenen Personen, tragen ihren Bedürfnissen, Wünschen und Befürchtungen Rechnung und erfragen ihre Präferenzen. Fachpersonen orientieren sich am Behandlungsziel und legen Rechenschaft darüber ab, ob das Vorgehen dem Ziel entspricht. Das Ergebnis ist in geeigneter Form zu dokumentieren.

Beispiel 1: Eine Patientin mit Gebärmutterhalskrebs entwickelt ein obstruktives Nierenversagen, das unbehandelt zum raschen Tod führen kann. Die Patientin möchte die Geburt ihres Enkelkinds in zwei Monaten erleben. Eine Dialyse kann das Leben verlängern, verändert jedoch nichts am zugrunde liegenden Tumorleiden. Sie ermöglicht es jedoch, dass die Patientin die Geburt des Enkelkinds erlebt, und kann daher sinnvoll sein.

2. Anerkennen der eigenen «Bias»: Indikationsstellungen stützen sich nicht nur auf objektive Fakten, sondern sind mitunter durch nicht-fachliche Motive beeinflusst. So können beispielsweise subjektive emotionale Bewertungen von Krankheitssituationen oder von Patientengruppen auf die fachliche Beurteilung abfärben, aber auch Angst vor heiklen Gesprächen oder Interessenkonflikte. Solche Einflüsse sind anzuerkennen und müssen kritisch reflektiert werden.

Beispiel 2: Medizinische Fachpersonen sind sich bewusst, dass sie dazu tendieren können, bei bestimmten Patientengruppen eine Therapie schneller als aussichtslos bzw. wirkungslos zu beurteilen und nicht anzubieten resp. durchzuführen, z.B. bei einer Person mit Diabetes oder einer Abhängigkeitserkrankung [10, 11].

3. Betonung des Dialogischen: Die Kommunikation (das Dialogische) dient dazu, Bedürfnisse der Patientinnen und Patienten und Angehörigen zu erkennen, Vertrauen aufzubauen und gute Entscheidungen zu erreichen. Die Rolle sowohl der medizinischen Fachpersonen als auch der Betroffenen kann sich im Verlauf einer schweren Krankheit verändern. Wenn sich abzeichnet, dass die Therapien keine Wirkung entfalten, ist wichtig, den von allen Seiten akzeptierten weiteren Weg dialogisch auszuhandeln.

Beispiel 3: Bei einem schwer an Covid-19 erkrankten Intensivpatienten wird die Prognose immer schlechter. Im Gespräch mit den Angehörigen kann deren Sorge begegnet werden, der vorgeschlagene Therapieabbruch sei der Bettenknappheit geschuldet und ihr Verwandter müsse nun einem anderen Menschen Platz machen.

Die SAMW hofft, mit diesen Empfehlungen eine Reflexion über den Umgang mit Wirkungs- und Aussichtslosigkeit anzuregen, und lädt Fachgesellschaften, Pfl-

georganisationen und Patientenorganisationen dazu ein, die Diskussion über diese komplexe Thematik aufzunehmen.

Autorinnen der Empfehlungen

Prof. Dr. med. Dr. phil. Nikola Biller-Andorno, Zürich; Prof. Dr. iur. Regina Aebi-Müller, Luzern; lic. iur. Michelle Salathé, MAE, Basel; Jana Sedlakova, M.A., Zürich.

Mitglieder der Arbeitsgruppe der ZEK

Prof. Dr. med. Dr. phil. Nikola Biller-Andorno, Zürich (Vorsitz); Prof. Dr. iur. Regina Aebi-Müller, Luzern; PD Dr. med. Klaus Bally, Basel; PD Dr. med. Eva Bergsträsser, Zürich; Prof. Dr. med. Dr. phil. Paul Hoff, Zürich (Präsident ZEK); Prof. Dr. med. Anja Lorch, Zürich; Dr. med. Valerie Luyckx, Zürich; Dr. med. Madeleine Mirabaud, Genf; Bianca Schaffert, MSN, Schlieren (Vizepräsidentin ZEK); Dr. rer. Medic. Ewald Schorro, Freiburg.

Bildnachweis

Sudok1 | Dreamstime.com

Literatur

- 1 SAMW (2021). Reanimationsentscheidungen. Medizin-ethische Richtlinien. samw.ch/richtlinien
- 2 SAMW (2018). Umgang mit Sterben und Tod. Medizin-ethische Richtlinien. samw.ch/richtlinien
- 3 SAMW (2013, aktualisiert 2020 und 2021). Intensivmedizinische Massnahmen. Medizin-ethische Richtlinien. samw.ch/richtlinien
- 4 Rosca A, Kronen T, Biller-Andorno N. Shared decision making: patients have a right to be informed about possible treatment options and their risks and benefits. *Swiss Med Wkly.* 2020;150:w20268.
- 5 Truog RD. The Concept of Futility: Recognizing the Importance of Context. *Perspect Biol Med.* 2018;60(3):428–32.
- 6 Aebi-Müller RE. Behandlungspflichten und Behandlungsscheide bei Ressourcenknappheit. *Jusletter* 1. Februar 2021.
- 7 Brett AS, McCullough LB. Getting Past Words: Futility and the Professional Ethics of Life-Sustaining Treatment. *Perspect Biol Med.* 2017;60(3):319–27.
- 8 Kyriakopoulos P, Fedyk M, Shamy M. Translating futility. *CMAJ.* 2017;189(23):E805–6.
- 9 Niederman MS, Berger JT. The delivery of futile care is harmful to other patients. *Crit Care Med.* 2010;38(10 Suppl):S518–22.
- 10 Lorentzon M, Nilsson AG, Johansson H, et al. Extensive undertreatment of osteoporosis in older Swedish women. *Osteoporos Int.* 2019;30:1297–305.
- 11 Bernstein SL, Yu S, Post LA, Dziura J, Rigotti NA. Undertreatment of tobacco use relative to other chronic conditions. *Am J Public Health.* 2013;103(8):e59–65.

Das Wichtigste in Kürze

- Die Zentrale Ethikkommission der SAMW hat die Empfehlungen «Wirkungslosigkeit und Aussichtslosigkeit – zum Umgang mit dem Konzept der Futility in der Medizin» erarbeitet. Diese sind in drei Sprachen (Deutsch/Französisch/Englisch) erhältlich und können kostenlos gedruckt bestellt werden unter samw.ch/empfehlungen.
- Die Einschätzung der Futility erfolgt in der Praxis durch medizinische Fachpersonen evidenz- und erfahrungsbasiert, hinein spielen aber auch Werturteile der Behandelnden sowie der Patientinnen und Patienten.
- Die Empfehlungen bieten Hilfestellungen bei herausfordernden Situationen, wo keine medizinische Indikation vorliegt, aber eine Erwartungshaltung vonseiten der Patientinnen und Patienten oder ihren Angehörigen besteht. Dazu gehören u.a. die Klärung des Behandlungsziels, das Anerkennen der eigenen «Bias» und die Betonung des Dialogischen.

Schweizerische Akademie
der Medizinischen
Wissenschaften
Laupenstrasse 7
CH-3001 Bern
[ethics\[at\]samw.ch](mailto:ethics[at]samw.ch)

Briefe an die SÄZ

Le suicide assisté est un acte médical

Lettre concernant: Gilli Y, Bounameaux H. Corps médical et suicide assisté. Bull Med Suisses. 2021;102(44):1436–7.

Dans leur récent article, la Dre Yvonne Gilli, présidente de la FMH, et le Prof. Henri Bounameaux, président de l'ASSM, déclarent sans ambages ni nuances que «le suicide assisté reste une situation d'exception et non pas un acte médical proprement dit».

Quels sont les fondements d'une telle affirmation? Dans quelle sorte d'infailibilité la FMH et l'ASSM se drapent-elles pour émettre un avis aussi péremptoire et définitif? De quel savoir l'Académie suisse des sciences médicales se prévaut-elle pour faire preuve d'une subjectivité confinante à l'aveuglement? Les sciences médicales seraient-elles solubles dans le préjugé, perméables au parti pris? Quelles sont les raisons pour lesquelles l'atteinte la plus grave à la santé, la plus certainement létale et, qui plus est, se caractérisant par une prévalence de 100% serait-elle à considérer comme ne relevant pas de la médecine lorsqu'il s'agit de l'assistance au suicide?

Alors que depuis bien longtemps, la naissance fait l'objet de toute l'attention des médecins, la mort n'est que relativement récemment entrée dans la pratique médicale: la valeur rédemptrice de la douleur a cédé le pas aux techniques d'antalgie et les soins palliatifs ont fort

heureusement développé diverses approches d'assistance aux mourants aussi bienvenues qu'efficaces et permettant très souvent d'éviter le recours au suicide assisté. Il n'en reste pas moins évident que, le cas échéant, seul le médecin est habilité à prescrire l'agent létal et à garantir le déroulement de cette procédure dans le respect des règles prescrites. Le Tribunal fédéral a d'ailleurs affirmé que l'obtention du pentobarbital nécessite dans tous les cas une ordonnance médicale (ATF 133 I 58). C'est pourquoi l'assistance au suicide est essentiellement un acte médical.

Prétendre le contraire laisse entendre que tout un chacun pourrait en dehors de toute règle pratiquer le suicide assisté en sachant que, selon l'article 115 du Code pénal, seul «ce lui qui, poussé par un mobile égoïste, aura incité une personne au suicide, ou lui aura prêté assistance en vue du suicide, sera, si le suicide a été consommé ou tenté, puni d'une peine privative de liberté de cinq ans au plus ou d'une peine pécuniaire».

Dès lors qu'il relève de la pratique médicale le suicide médicalement assisté ne s'oppose pas mais, au contraire, s'intègre aux soins palliatifs. En outre, le choix de mettre fin à ses jours devrait être accessible non seulement aux malades atteints d'affections incurables et engendrant d'insupportables souffrances de longue durée ou/et non maîtrisées par les

soins palliatifs, mais également à toute personne âgée, capable de discernement, qui décide d'interrompre une vieillesse devenue trop lourde, trop invalidante, trop dépendante au point d'entraîner une qualité de vie trop gravement altérée et dégradée.

Ne serait-il pas temps de considérer le suicide médicalement assisté non plus comme une possibilité soumise à des conditions dont l'évaluation est subjective, mais comme un droit proprement dit? Un droit d'être médicalement aidé à mourir dans la dignité, calmement, chez soi, entouré de ses proches plutôt que d'être contraint à l'isolement et aux souffrances qu'implique un suicide par mort violente. Un droit pour toutes les personnes capables de discernement qui en font le choix en usant de leur droit à l'autodétermination au terme d'une réflexion répétée et approfondie. Un droit également pour tout médecin et personnel de santé de s'y refuser en raison de leur objection de conscience.

N'est-il pas temps de vous donner tort, Madame et Monsieur les Présidents de la FMH et de l'ASSM, lorsque vous décidez et proclamez unilatéralement que le suicide assisté n'est pas un acte médical?

Pierre De Grandi, Prof. hon. Faculté de médecine et Biologie UNIL, ancien chef du département d'Obstétrique et Gynécologie et ancien directeur médical du CHUV

Briefe

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

www.saez.ch/de/publizieren/leserbrief-einreichen/

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

Mitteilungen

Facharztprüfungen

Facharztprüfung zur Erlangung des Facharztstitels Kardiologie

Datum

Schriftliche Prüfung – European Exam in Core Cardiology (EECC)

Dienstag, 14. Juni 2022

Praktische/mündliche Prüfung – SGK

Donnerstag, 10. November 2022

Ort

Schriftliche Prüfung – European Exam in Core Cardiology (EECC)

Geplant ist die Durchführung ONLINE.

Praktische/mündliche Prüfung – SGK

Universitätsspitäler in Basel, Bern und Zürich (in deutscher Sprache)

Hôpitaux universitaires de Genève

(in französischer Sprache)

Anmeldefrist

31. März 2022 (schriftliche Prüfung)

31. August 2022 (praktische/mündliche Prüfung)

Weitere Informationen finden Sie auf der

Website des SIWF unter www.siwf.ch

→ Weiterbildung → Facharzttitel und

Schwerpunkte → Kardiologie

Schwerpunktprüfung zur Erlangung des Schwerpunktes Geriatrie zum Facharzttitel Allgemeine Innere Medizin

Die Prüfung erfolgt in zwei Teilen:

Datum

Schriftliche Prüfung:

Donnerstag, 9. Juni 2022 (13.30–17.00 Uhr)

Mündlich-praktische Prüfung:

Dienstag, 13., Mittwoch 14., und Donnerstag, 15. September 2022

Ort

Schriftliche Prüfung:

Hochschulzentrum vonRoll, Hörsaalgebäude vonRoll, Fabrikstrasse 6, 3012 Bern, Raum 102

Mündlich-praktische Prüfung:

Der Prüfungsort wird nach Abschluss der

Auswertung der schriftlichen Prüfung

bekanntgegeben.

Anmeldefrist: 30. April 2022

Weitere Informationen finden Sie auf der

Website des SIWF unter www.siwf.ch →

Weiterbildung → Facharzttitel und Schwer-

punkte → Allgemeine Innere Medizin

Aktuelle Themen auf unserer Website

www.saez.ch → Tour d'horizon



Interview mit Dr. med. Regula Capaul, Co-Präsidentin der SGAIM, Mitglied der Qualitätskommission

Qualitätsindikatoren: Mehrwert für die Hausarztpraxis

Zum ersten Mal wurden sechs praxisnahe und evidenzbasierte Qualitätsindikatoren für die ambulante Behandlung erarbeitet. Im Interview berichtet die Hausärztin Regula Capaul, welche Ziele damit erreicht werden sollen.



Interview mit Virginie Masserey, Leiterin Sektion Infektionskontrolle und Impfprogramm, Bundesamt für Gesundheit

«Alle Fragen zur Impfung sind legitim und ernst zu nehmen»

Die angestrebten Covid-19-Impf-Richtwerte sind noch lange nicht erreicht. Anlässlich der nationalen Impfwoche haben wir Virginie Masserey nach den Gründen und den Möglichkeiten, die Impfbereitschaft gezielt zu erhöhen, gefragt.





«Ich bekomme viel positives Feedback und gebe es gern zurück»

Interview: Eva Mell

Managing Editor der *Schweizerischen Ärztezeitung*

Bernd Gerresheim ist Chefarzt Geburtshilfe am Bethesda Spital in Basel und zertifizierter Stillberater. Wie die Zusatzausbildung den Blick auf seine Arbeit verändert hat – und wie wichtig die interprofessionelle Zusammenarbeit in seinem Berufsalltag ist.

Bernd Gerresheim, Sie sind Chefarzt Geburtshilfe und Pränatalmedizin am Bethesda Spital in Basel – und Sie sind zertifizierter Stillberater. Weshalb haben Sie diese Zusatzausbildung absolviert?

Bevor ich vor etwa fünf Jahren nach Basel kam, war ich zwölf Jahre lang Chefarzt in einer Klinik in Deutschland. Viele Frauen dort hatten den Wunsch zu stillen. Doch ein recht grosser Prozentsatz von ihnen hat während des Spitalaufenthalts oder kurz danach abgestillt, weil es nicht funktioniert hat. Mir wurde es wichtig, daran etwas zu verändern.

Zur Person

Bernd Gerresheim ist seit 2016 Chefarzt Geburtshilfe und Pränatalmedizin am Bethesda Spital in Basel. Zudem ist er zertifizierter Stillberater IBCLC.

Weshalb?

In Gesprächen mit betroffenen Müttern ist mir klar geworden, dass viele von ihnen mit dem negativen Gefühl kämpften, ihr Kind nicht selbst ernähren zu können. Und wir konnten ihnen nicht immer helfen,

ihren Wunsch zu erfüllen. Ursprünglich dachte ich, nur an ein oder zwei Stellschrauben drehen zu müssen, damit das besser klappt.

Aber?

Ich musste feststellen, dass die dortigen Kinderschwester kaum Bereitschaft hatten, etwas an ihrem Vorgehen zu ändern. Zudem hatten sie mir gegenüber einen Wissensvorsprung. Als Gynäkologin mit Weiterbildung in spezieller Geburtshilfe hatte ich vom Stillen ja kaum Ahnung.

Welche Gründe für die geringe Stillquote wurden Ihnen von den Kinderschwestern, die die Frauen und Kinder nach der Geburt betreuten, denn genannt?

Grundsätzlich waren immer die anderen schuld. Die Frauen, so hiess es, können zum Beispiel nicht mehr stillen, weil sie nur noch aufs Handy schauen. Aber ich dachte mir, daran allein kann es nicht liegen. Ich wusste, wenn ich etwas ändern will, muss ich selbst in diesem Themenfeld kompetenter werden.

Also begannen Sie eine Ausbildung zum Stillberater.

Ich habe mich an das Europäische Institut für Stillen und Laktation gewandt, wo es auch Kurse für Ärztinnen und Ärzte gab. Der erste von zwei Kursen war allerdings schon abgeschlossen. Deshalb durfte ich

«Die interprofessionellen Kurse habe ich als besonders bereichernd empfunden.»

den zweiten Teil besuchen. Um auf meine Stunden zu kommen, sollte ich danach noch Kurse besuchen, die auch Hebammen und Pflegekräfte belegten. Diese interprofessionellen Kurse habe ich als besonders bereichernd empfunden, weil die Hebammen und Pflegekräfte das Thema aus ganz anderen Perspektiven betrachten als wir Ärztinnen und Ärzte.

Wie hat diese Ausbildung Ihr Berufsleben verändert?

Vorher war es für mich das Wichtigste, dass Mutter und Kind nach der Entbindung gesund nach Hause gehen. Das ist natürlich immer noch das Wichtigste. Aber vorher fand ich alles darüber hinaus nicht wahn-sinnig spannend. Jetzt sehe ich, dass der Bindungsaufbau zwischen Mutter und Kind sehr wichtig ist. Natürlich sind die paar Tage, die die Frauen bei uns verbringen, nicht die einzige Chance, eine gute Bindung aufzubauen. Aber wir können hier Weichen stellen. Das ist extrem wichtig, denn sicher gebundene Menschen tun sich sehr viel einfacher im Leben als unsicher gebundene Menschen.

Konnten Sie nach der Zusatzausbildung die Verhältnisse an Ihrem Arbeitsplatz ändern?

Ich hatte versucht, meine neu erlernten Fähigkeiten an meinem ehemaligen Arbeitsplatz umzusetzen. Aber das erwies sich als schwierig. Schliesslich bin ich aufs

«Im Bethesda Spital konnte ich umsetzen, was mich während der Ausbildung zum Stillberater begeistert hatte.»

Bethesda Spital aufmerksam geworden. Hier konnte ich umsetzen, was mich während der Ausbildung zum Stillberater begeistert hatte. Denn bereits vor meinem Stellenantritt wurde hier viel Wert auf das Thema Bindung zwischen Mutter und Kind gelegt.

Im Bethesda Spital arbeiten nun zertifizierte Stillberaterinnen, die bei Stillproblemen helfen und damit einen Beitrag leisten, die Bindung zwischen Mutter und Kind zu fördern. Gehört das zu den Aspekten, die Sie umsetzen wollten?

Mir ist wichtig zu sagen, dass wir die Professionalisierung der Stillberatung gemeinsam als Team auf den Weg gebracht haben. Seit rund zwei Jahren haben wir ausgebildete Stillberaterinnen, die wirklich nur für die Stillberatung zuständig sind. Sie betreiben auch eine Stillambulanz, bei der sich Frauen von zu Hause aus telefonisch Rat holen können.

Neben der Geburtsklinik des Bethesda Spitals steht das hebammengeleitete Haus der Geburt. Dort gebären Frauen – wenn es gut läuft – ihr Kind ohne die Anwesenheit eines Arztes oder einer Ärztin. Wie war es für Sie, sich auf diese Zusammenarbeit einzulassen?

Das war auch für mich eine neue Erfahrung und zu Anfang schwer vorstellbar. Aber ich habe mich drauf eingelassen, vielleicht auch aufgrund der Erfahrungen, die ich während der Ausbildung gesammelt habe.

Wie meinen Sie das?

Seit meiner Ausbildung zum Stillberater ist für mich klar, dass es in der Geburtshilfe nur eine Zusammenarbeit auf Augenhöhe geben kann. Konkret heisst das: Die Hebammen im Haus der Geburt betreuen die

«Die Zusammenarbeit auf Augenhöhe trägt essentiell dazu bei, dass wir gute Geburtshilfe machen.»

Schwangeren fast ausschliesslich, nur punktuell kommen die Frauen zu mir. Dieser Austausch funktioniert sehr gut. Denn jede beteiligte Fachperson möchte aus ihrem Blickwinkel das Beste zum Gelingen der



Mit einem Tipp rund ums Stillen kann Bernd Gerresheim eine besonders enge Bindung zu den Frauen aufbauen.

Schwangerschaft und zu einer möglichst natürlichen Geburt beitragen.

Wie wirkt sich dieser interprofessionelle Ansatz auf die Arbeitsatmosphäre aus?

Es ist ein unheimlich befriedigendes Arbeitsumfeld, wenn man sich gegenseitig unterstützt und schätzt. Ich bekomme viel positives Feedback und gebe das auch gerne wieder zurück. Unsere Hebammen sind sehr kompetent, kriegen zuverlässig mit, wenn etwas nicht gut läuft und melden sich dann auch bei mir. Die Zusammenarbeit mit dem Haus der Geburt wirkt sich übrigens auch auf unsere Arbeit im Spital aus. Als

[eva.mell\[at\]jemh.ch](mailto:eva.mell[at]jemh.ch)

Projekt für die Zukunft können wir uns vorstellen, einen hebammengeleiteten Gebärsaal einzuführen. Wenn es nicht nötig wird, soll dort während der gesamten Geburt kein Arzt anwesend sein.

Erfordert die interprofessionelle Zusammenarbeit besonders viele personelle Ressourcen?

Man braucht natürlich genügend Hebammen, aber am Ende ist die interprofessionelle Zusammenarbeit Untersuchungen zufolge nicht teurer. In unserem Team sollten es nicht weniger Hebammen werden, aber wir haben noch genügend Ressourcen.

Warum ist solch ein interprofessioneller Aufwand für eine Geburtsklinik mehr als bloss «nice to have»?

Diese Zusammenarbeit auf Augenhöhe trägt essentiell dazu bei, dass wir gute Geburtshilfe machen. Unser Inhouse-Team hat mit rund 22 Prozent eine sehr niedrige Kaiserschnitttrate. Das ist für mich auch ein Qualitätsindikator. Im Haus der Geburt ist die Kaiserschnitttrate noch tiefer.

Wie sichtbar ist Ihr interprofessionelles Profil eigentlich während Ihrer Arbeit? Merken die Frauen, dass Sie ein Gynäkologe mit Zusatzausbildung in Stillberatung sind?

Wir Gynäkologen machen ja viele Ultraschalluntersuchungen, schicken den Frauen 3D-Bilder der ungeborenen Kinder aufs Handy und so weiter. Da würde man denken, dass das besonders gut ankommt. Aber ich merke, dass ich mit einem erfolgreichen Ratsschlag bezüglich des Stillens eine wirklich enge Bindung zu den Frauen aufbauen kann. Ich habe oft erlebt, dass mir Mütter später noch geschrieben haben, wie sehr ich ihnen in einer schwierigen Situation rund ums Stillen geholfen habe. Diese Frauen kommen in der nächsten Schwangerschaft besonders gerne wieder zu uns.

Bildnachweis

Timothy Meinberg / Unsplash

Schwerpunktserie Interprofessionalität

Die interprofessionelle Zusammenarbeit von Fachpersonen aus verschiedenen Gesundheitsberufen gilt als wichtiges Mittel, um den Herausforderungen im Gesundheitswesen zu begegnen. Aber wie weit ist die Schweiz in diesem Bereich tatsächlich? Welche Hürden und Chancen gibt es? In unserer Schwerpunktserie betrachten wir das Thema aus unterschiedlichen Perspektiven.



Selbständige oder unselbständige Erwerbstätigkeit?

Worauf Kaderärztinnen und -ärzte unbedingt achten müssen

Thomas Eichenberger^a, Patrick Mettler^b

^a Dr. iur., Rechtsanwalt, Partner, Kellerhals Carrard Bern KIG, Geschäftsführer Chefärzte und Leitende Spitalärzte Schweiz (VLSS), Sekretär Ärztesgesellschaft des Kantons Bern (BEKAG); ^b MLaw, Rechtsanwalt, Kellerhals Carrard Bern KIG

Das Thema ist nicht neu, jedoch wieder hochaktuell: Die sozialversicherungsrechtliche Stellung von Kaderärztinnen und Kaderärzten am Spital wird seit Jahren kontrovers diskutiert. Nun zeigt sich eine klare Tendenz: Die ambulante privatärztliche Tätigkeit am Spital wie auch die Belegarztstätigkeit sind in der Schweiz nur noch unter sehr eingeschränkten Voraussetzungen und bei entsprechenden Vorkehrungen sozialversicherungsrechtlich als selbständige Erwerbstätigkeit qualifizierbar.

Das Verwaltungsgericht des Kantons Bern hat in einem Urteil vom 2. August 2021 entschieden, dass die «private Sprechstundentätigkeit» einer Kaderärztin resp. eines Kaderarztes an einem Spital als unselbständige Erwerbstätigkeit bzw. als «Behandlung von ambulanten Spitalpatienten» zu qualifizieren sei [2]. Dies stellt keinen Einzelfall dar. In einem praktisch identischen Entscheid kam das Verwaltungsgericht des Kantons Graubünden zuvor bereits zum selben Schluss [3].

Erste Auswirkungen

Es ist feststellbar, dass verschiedene Kantons- und Universitätsspitäler das Vertragsregime in letzter Zeit insofern umgestellt haben, als zumindest die früher als selbständig qualifizierte Erwerbstätigkeit bei Kaderärztinnen und -ärzten in Form von Beteiligungen an ambulanten Honoraren gestrichen wurde und in einem Gesamtvergütungssystem durch unselbstän-

dige Lohnzahlungen (z.B. in Form von Marktzulagen sowie variablen Lohnbestandteilen zusätzlich zum Grundgehalt) ersetzt wurde.

Schliesslich zeigt sich der neue Zeitgeist bzw. die «neue» Rechtsauffassung auch bereits in gesetzlichen Bestrebungen. So z.B. im Kanton Zürich, wo im Rahmen der Revision des Spitalplanungs- und Finanzierungsgesetzes (SPFG) nebst einer Lohnobergrenze versucht wurde, die Vergabe der Leistungsaufträge an Lohnsysteme zu knüpfen, welche «keine Fehlanreize

Die Krankenversicherungsgesetzgebung fördert die Entwicklung in Richtung Unselbständigkeit noch zusätzlich.

für Überarztung» setzen sollen. Der Gesetzgeber ging offenbar davon aus, dass insbesondere die privatärztliche Tätigkeit von Kaderärztinnen und Kaderärzten geeignet ist, solche Fehlanreize zu setzen.

Auch die Krankenversicherungsgesetzgebung fördert die Entwicklung in Richtung Unselbständigkeit noch zusätzlich, indem auf Verordnungsstufe die von der internationalen Expertenkommission betreffend Kostendämpfungsmassnahmen zur Entlastung der obligatorischen Krankenversicherung vorgeschlagene Massnahme O3 [4] umgesetzt werden soll.

Gemäss Art. 58f Abs. 7 der Verordnung über die Krankenversicherung (KVV) müssen die Spitallisten vorsehen, dass die Leistungsaufträge für Spitäler als Auflage das Verbot ökonomischer Anreizsysteme enthalten, die zu einer medizinisch nicht gerechtfertigten Mengenausweitung zulasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung oder zur Umgehung der Aufnahmepflicht nach Art. 41a Krankenversicherungsgesetz (KVG) führen.

Damit hat der Verordnungsgesetzgeber die Auszahlung von Honoraren und/oder Boni anvisiert, welche inskünftig nicht mehr zulässig sein sollen. Derartige Honorare oder Boni sind inskünftig aber unseres Erachtens nur unzulässig, wenn sie sich negativ auf die Versorgung auswirken. Die erwähnte Verordnungsbestimmung tritt per 1. Januar 2022 in Kraft.

Selbständig vs. unselbständig

Die sozialversicherungsrechtliche Beitragspflicht Erwerbstätiger richtet sich u.a. danach, ob das in einem bestimmten Zeitraum erzielte Erwerbseinkommen als solches aus selbständiger oder aus unselbständiger Erwerbstätigkeit qualifiziert.

Diese Differenzierung ist deshalb für den Einzelnen relevant, weil Selbständigerwerbende die Sozialversicherungsbeiträge gesamthaft selber tragen müssen,

wogegen Unselbständigerwerbende nur für den Arbeitnehmeranteil aufzukommen haben und die andere Hälfte vom Arbeitgeber zu tragen ist.

Unselbständig erwerbend ist, wer kein spezifisches Unternehmerrisiko trägt sowie von einem Arbeitgeber in wirtschaftlicher und arbeitsorganisatorischer Hinsicht abhängig ist. Nach ständiger Rechtsprechung des Bundesgerichts beurteilt sich die Frage, ob eine selbständige oder unselbständige Erwerbstätigkeit vorliegt, aufgrund der wirtschaftlichen Gegebenheiten und nicht aufgrund der vertraglichen Qualifikation oder der steuerrechtlichen Deklaration und Behandlung der Steuerbehörden. Abzustellen ist auf die tatsächlichen wirtschaftlichen Verhältnisse im Einzelfall [1]. Die vertragliche Qualifikation kann einzig als Indiz gewertet werden.

Die ausschlaggebenden Abgrenzungskriterien sind folglich erstens das Unternehmerrisiko, zweitens das arbeitsorganisatorische Abhängigkeitsverhältnis und drittens die wirtschaftliche Abhängigkeit.

Unternehmensrisiko:

- Tätigen erheblicher Investitionen
- Tragen der effektiven Unkosten
- Verlust-, Inkasso- und Delkredererisiko
- Handeln in eigenem Namen und auf eigene Rechnung

Abhängigkeitsverhältnis:

- Allgemeine vertragliche oder faktische Vorgaben, welche arbeitsorganisatorisch einschränkend wirken
- Handeln in eigenem Namen, aber auf fremde Rechnung
- Fehlender Einbezug der Ärztin oder des Arztes im Rahmen des Abrechnungsprozesses
- Spitalseitige Einsatzplanung
- Rechtsverhältnis zwischen dem Spital und der Patientin oder dem Patienten (als schwaches Indiz)

Die *wirtschaftliche Abhängigkeit* als drittes Abgrenzungsmerkmal ist bei Kaderärztinnen und Kaderärzten in der Regel von keiner oder nur von untergeordneter Relevanz. Eine solche Abhängigkeit könnte aber beispielsweise darin liegen, dass Honorare oder Beteiligungen an Honoraren ab einer gewissen Freigrenze abgeschöpft werden, was für eine wirtschaftliche Fremdbestimmung spricht.

Für die Frage, ob eine selbständige oder eine unselbständige Erwerbstätigkeit vorliegt, müssen die Kriterien im Einzelfall geprüft und schliesslich jene, welche für eine selbständige Erwerbstätigkeit sprechen, gegenüber jenen, welche für eine unselbständige Erwerbstätigkeit sprechen, abgewogen werden.



Um die privatärztliche Tätigkeit weiterhin sicherzustellen, müssen vertragliche Vorkehrungen getroffen werden.

Zu treffende Vorkehrungen

Damit entgegen den laufenden Entwicklungen die privatärztliche Tätigkeit von Kaderärztinnen und -ärzten nach wie vor als selbständige Erwerbstätigkeit eingestuft werden kann, sind einerseits gewisse vertragliche Vorkehrungen zu treffen. Andererseits müssen diese aber dann effektiv umgesetzt werden, damit das gewünschte Ziel einer Qualifikation als selbständige Erwerbstätigkeit nach wie vor erreicht werden kann.

Folgende Aspekte gilt es dabei zu beachten:

- **Investitionen:** Zentral ist, dass die Ärztin oder der Arzt Investitionen tätigt. Der Form der Investition sind kaum Grenzen gesetzt (Praxiskauf, Kauf von Büromaterial, Anstellung von Personal etc.).
- **Kosten:** Allgemein sowie im Zusammenhang mit diesen Investitionen ist sodann von entscheidender Bedeutung, dass der Kostenanfall unabhängig vom persönlichen Arbeitserfolg anfällt. Wird der Person ein pauschaler Prozentbetrag vom Honorar für das vom Spital zur Verfügung gestellte Personal oder für die Infrastruktur abgezogen, so ist dies nicht als unternehmerisches Risiko zu qualifizieren, da solche Kosten nicht Grundlage für die Erwerbstätigkeit bilden, sondern lediglich eine finanzielle Folge davon sind. Ein unternehmerisches Risiko besteht nur dann, wenn z.B. die Miete für die Praxisräumlichkeiten oder der Lohn für das angestellte Personal auch dann anfallen, wenn die Kaderärztin oder der Kaderarzt (z.B. während Ferienabwesenheiten) keine ärztlichen Leistungen erbringt.
- **Verlust-, Inkasso- und Delkredererisiko:** Hier scheint es unseres Erachtens zulässig, dass Leistun-

gen in diesem Zusammenhang (zu denken ist in erster Linie an das Inkasso) gegen ein Entgelt an das Spital delegiert werden. Wichtig ist jedoch, dass das Verlustrisiko so oder anders von der Ärztin resp. dem Arzt getragen wird. Wird eine Patientenrechnung nicht beglichen, so darf kein Honorar für diese Leistung ausbezahlt werden.

- **Rechnungsstellung:** Im Zusammenhang mit dem Merkmal «Handeln auf eigenen Namen und auf eigene Rechnung» ist von Bedeutung, dass die Person über eine eigene Zahlstellenregister-Nummer abrechnet. Gleichzeitig muss gegen aussen klar ersichtlich sein, dass es sich um eine Leistung/Rechnung der entsprechenden Ärztin bzw. des entsprechenden Arztes handelt und nicht um eine des Spitals. Dies kann mit den Beschriftungen der Praxis, dem Entwurf und der Verwendung eines eigenen Logos, welches auf dem Briefpapier etc. verwendet wird, und vielen weiteren ähnlichen Massnahmen erreicht werden.
- **Arbeitsplanung:** Die vertragliche Ausgestaltung und die effektive Handhabung sind so zu wählen, dass die Kaderärztin oder der Kaderarzt in der Freiheit als selbständigerwerbende Person nicht zu stark eingeschränkt wird (zu unterlassen sind etwa Regelungen zum Konkurrenzverbot, zur Pflicht zur Vornahme der ärztlichen Tätigkeit an einem bestimmten Ort sowie zur Pflicht zur persönlichen Vornahme der ärztlichen Leistung). Zu denken ist hierbei ganz allgemein auch an die Arbeitsplanung, welche möglichst keine Vorgaben machen sollte (wobei klar ist, dass dies bei gewissen Fachärztergruppen leichter und bei anderen kaum möglich ist). Zudem ist wichtig, dass die Ärztin oder der Arzt auf die entsprechende Arbeitsplanung Einfluss nehmen kann und die Einsätze nicht über ein (Chefarzt-)Sekretariat, welches organisatorisch und personell zum Spital gehört, einseitig festgelegt werden.

Sofern diese Kriterien im Einzelfall erfüllt oder zumindest überwiegend erfüllt sind, kann die privatärztliche Tätigkeit von Kaderärztinnen und Kaderärzten auch heute noch als selbständige Erwerbstätigkeit qualifizieren. Ist dies nicht der Fall, so qualifiziert die Tätigkeit als unselbständige Erwerbstätigkeit, und der Arbeitgeber hat für die sozialversicherungsrechtlichen Arbeitgeberbeiträge und damit für die Hälfte der Sozialversicherungsbeiträge aufzukommen.

Bei einem bestehenden Rechtsverhältnis kann eine Änderung des sozialversicherungsrechtlichen Beitragsstatus nicht ohne weiteres rückwirkend erfolgen. Jedoch kann dies bei Erhalt einer definitiven Beitragsverfügung für ein konkretes Jahr im Rahmen einer

Einsprache innert der Einsprachefrist gegenüber der Sozialversicherungsanstalt geltend gemacht werden. Es ist aber fraglich, ob eine selbständige Erwerbstätigkeit von Kaderärztinnen und Kaderärzten im Spital mit dem per 1. Januar 2022 in Kraft tretenden Art. 58f Abs. 7 KVV überhaupt noch kompatibel sein wird.

Und bei Belegärztinnen und -ärzten?

Auch bei den Belegärztinnen und Belegärzten sind entsprechende Bestrebungen der Behörden im Gange, um die selbständige Erwerbstätigkeit dieser Ärztegruppe in eine unselbständige Erwerbstätigkeit zu überführen. Zumindest in einem Kanton wurden die Spitäler von der kantonalen Sozialversicherungsanstalt angeschrieben, und es wurde ihnen mitgeteilt, dass die belegärztliche Tätigkeit *pro futuro* grundsätzlich nicht mehr als selbständige Erwerbstätigkeit akzeptiert würde. Handkehrum hat ein anderer den Autoren bekannter Kanton die Frage des sozialversicherungsrechtlichen Beitragsstatuts der Belegärzte gerade umgekehrt entschieden und die Tätigkeit der Belegärztinnen und -ärzte grundsätzlich als selbständige Erwerbstätigkeit eingestuft. Dieser Umstand bzw. diese kantonalen Divergenzen zeigen exemplarisch die Gratwanderung der Abgrenzung und die damit verbundene Bedeutsamkeit der effektiven Handhabe im Einzelfall, sofern nach wie vor eine selbständige Erwerbstätigkeit angestrebt wird.

Zusätzlich zum Gesagten wird sich mit der bereits erwähnten Revision der KVV ab 1. Januar 2022 die Frage

stellen, ob und unter welchen Voraussetzungen allenfalls auch die belegärztlichen Honorare als ökonomische Anreizsysteme zu qualifizieren sind, die zu einer medizinisch nicht gerechtfertigten Mengenausweitung zulasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung oder zur Umgehung der Aufnahmepflicht nach Art. 41a KVG führen könnten.

So oder anders muss das oben zur kaderärztlichen Situation Ausgeführte sinngemäss auch für die Belegärz-

Auch bei Belegärztinnen und -ärzten laufen Bestrebungen, um die selbständige Erwerbstätigkeit in eine unselbständige zu überführen.

tinnen und Belegärzte gelten: Damit die belegärztliche Tätigkeit sozialversicherungsrechtlich noch als selbständige Erwerbstätigkeit qualifizieren kann, müssen auch bei ihnen die besprochenen Vorkehrungen getroffen werden [3].

Bildnachweis

SJ Objio / Unsplash

Scott Graham / Unsplash

Literatur

- 1 BGE 122 V 281, E. 3.
- 2 Urteil 200 20 194 AHV des Verwaltungsgerichts des Kantons Bern vom 2. August 2021.
- 3 Urteil S 18 50 des Verwaltungsgerichts des Kantons Graubünden vom 15. Januar 2020.
- 4 Bericht der Expertengruppe (beauftragt vom EDI), Kostendämpfungsmassnahmen zur Entlastung der obligatorischen Krankenversicherung, 24. August 2017.

Dr. iur. Thomas Eichenberger
Kellerhals Carrard Bern KIG
Effingerstrasse 1
Postfach
CH-3001 Bern

Das Wichtigste in Kürze

- Die aktuelle Rechtsprechung verschiedener Kantone sowie die vorgesehene Änderung von Art. 58f Abs. 7 der Krankenversicherungsverordnung ab 1. Januar 2022 erschweren eine selbständige Erwerbstätigkeit von Kaderärztinnen und -ärzten am Spital.
- Entscheidend für die Einordnung als unselbständige bzw. selbständige Erwerbstätigkeit sind das Unternehmerrisiko, das arbeitsorganisatorische Abhängigkeitsverhältnis und die wirtschaftliche Abhängigkeit.
- Damit die ambulante privatärztliche Tätigkeit von Kaderärztinnen und -ärzten als selbständige Erwerbstätigkeit qualifiziert werden kann, müssen mehrere vertragliche Vorkehrungen getroffen und praktisch umgesetzt werden.

L'essentiel en bref

- La jurisprudence actuelle de différents cantons ainsi que la modification prévue de l'art. 58f al. 7 de l'ordonnance sur l'assurance-maladie à partir du 1^{er} janvier 2022 rendent plus difficile l'exercice d'une activité indépendante par les médecins-cadres.
- Les critères de classification pour une activité salariée, respectivement indépendante, sont le risque entrepreneurial, le rapport de dépendance lié à l'organisation du travail et la dépendance économique.
- Pour continuer à exercer une activité indépendante, plusieurs dispositions contractuelles doivent être prises et mises en pratique.

Elektrotherapie in Violett

Iris Ritzmann

Prof. Dr. med. et lic. phil, Universität Zürich, Mitglied der Redaktion Medizingeschichte

Wer mit alten medizinischen Geräten zu tun hat, kennt vermutlich die Anfrage. Auf dem Dachboden sei ein alter Koffer zum Vorschein gekommen, und darin befinde sich ein elektrischer Apparat mit zahlreichen gläsernen Aufsätzen in verschiedensten Formen. Der Bezug mit imitiertem Krokodilleder und die oft aufwendige samtene Innenauskleidung bestärken die Überzeugung, es müsse ein besonders seltenes Objekt sein.

Um es gleich vorwegzunehmen: Es handelt

sich um einen Hochfrequenzapparat, der vor allem in den 1920er Jahren in riesigen Mengen und weit über 100 Typen auf den Markt kam. Doch gerade als Alltagsgegenstand sind ihm Geschichten eingeschrieben, die von längst vergessenen, einst modernen medizinischen Vorstellungen und Praktiken berichten. Der Einzug der Elektrizität in weite Lebensbereiche verhalf der Elektrotherapie zu hohem Ansehen. Hochfrequenzapparate standen nicht nur in Arztpraxen und Friseursalons, sondern als luxuriöse Geräte in vielen Privathaushalten.

Mit der Stärkung der Lebenskraft versprochen sie Linderung gegen ein weites Panorama unterschiedlicher Leiden, was die Formenvielfalt der mit Edelgas gefüllten Glaselektroden verrät. So liessen sich mit der Kammelektrode Haarausfall, mit der Augenelektrode Augenerkrankungen, mit flächigeren Elektroden Leberleiden und Schuppenflechte bekämpfen, während sondenförmige Elektroden in Nasen, Rachen oder Ohren ihre Heilwirkung entfalteten. Zum Set gehören auch Vagina- und Mastdarm-Elektroden, die mittels Erregung nervöse Leiden wie die Hysterie oder Neurasthenie zu lindern versprochen – oder anderen Reizen dienten.

Der hier dargestellte Hochfrequenzapparat wurde von der Firma Horus in Leipzig hergestellt. Laut seinem jetzigen Besitzer stammt er von einem Untermieter, der knapp bei Kasse war und seiner Vermieterin in den 1920er Jahren das Gerät an Geldes statt überliess. Dieses Exemplar weist als Besonderheit einen (lädierten) Auf-

satz mit Gummiteil im unteren Kofferbehältnis auf. Es handelt sich um eine «Ozoninhalator-Elektrode», die bei Halskrankheiten, Bronchialkatarrh, Asthma und anderen Lungenleiden zum Einsatz kam. In die mittlere Glasöffnung wurden ätherische Öle eingefüllt. Der Luftstrom, der mit dem Gummiball in den Glaskolben gepumpt wurde, zerstäubte das Öl, während die Hochfrequenzstrahlung den Luftsauerstoff in hochwertiges

Ozon verwandelte. Nun wurde das antiseptische Ozongemisch zur Nase geführt und inhaled.

Warnung: Bitte verbinden Sie einen Hochfrequenzapparat niemals spontan mit dem Stromnetz! Ich habe schon einen neugierigen Kollegen betreut, der den seltsamen Apparat testen wollte und anschliessend mit Herzrasen am Boden lag – der historische Transformator war auf 110 V statt auf 220 V eingestellt. Wer allerdings ein solches Gerät zum Laufen bringt, erlebt sein violettes Wunder: Die zierlichen Glasaufsätze beginnen durch die Ionisierung des Edelgases wundersam farbig zu leuchten und sprühen winzige Blitze, wenn sie sich der Haut nähern. Die von Fachärztinnen und Fachärzten attestierte Wirksamkeit dieser Therapie lässt vielleicht Zweifel an der

Glaubwürdigkeit medizinischer Expertise aufkommen, sie führt zugleich die Komplexität erfolgreicher Behandlungen vor Augen: Hochfrequenzapparate feiern zurzeit ein triumphales Comeback.

Bildnachweis

Iris Ritzmann, 2021

Weiterführende Literatur

- 1 Löffelbein N. Nerven unter Strom – Sinnüberschuss und Sinnreduktion von «Neurasthenie-Objekten» in Deutschland (1880–1930). In: *Virus – Beiträge zur Sozialgeschichte der Medizin*. 2020;19:181–207.
- 2 Moll FH, et al. Die Urologie wird elektrisch – Elektrotherapie. *Der Urologe*. 2020;59:326–40. <https://doi.org/10.1007/s00120-020-01122-y>
- 3 Müller S. Ein Zauberstab verspricht Heilung. Wie der Hochfrequenz-Apparat in den Zwischenkriegsjahren als Allheilmittel inszeniert wurde. Seminararbeit Luzern 2020. <https://doi.org/10.5281/zenodo.4018888>
- 4 Neumann, Sebus. Hochfrequenz für Kranke und Gesunde. Ein ärztlicher Ratgeber. Jena 1925. <http://www.electrotherapymuseum.com/2005/HF/>



Hochfrequenzapparat der Firma Horus, 1920er Jahre, Privatbesitz Dr. I. Pugatsch.

[iris.ritzmann\[at\]saez.ch](mailto:iris.ritzmann[at]saez.ch)

CHUV: Annie Savoie nommée directrice des soins du Département d'oncologie

Annie Savoie sera la nouvelle directrice des soins du Département d'oncologie au Centre hospitalier universitaire vaudois (CHUV) dès le 1^{er} janvier 2022. Elle succède à Françoise Ninane qui se consacrera entièrement à ses responsabilités de directrice adjointe des soins du CHUV et de présidente de la Fondation Soins Lausanne. Formée au Canada, Annie Savoie arrive au CHUV en 1997, peu après l'obtention de son diplôme d'infirmière. Elle exerce deux ans au Service des maladies infectieuses puis accumule les expériences avec les soins intensifs adultes à Montréal et l'hématologie à Riyadh en Arabie Saoudite avant de revenir au CHUV dans le Service des maladies infectieuses. C'est également là qu'elle initie sa carrière dans le management, d'abord comme ICUS en 2008, puis cheffe de service dès 2012 avec un périmètre qui inclut aussi la gériatrie aiguë. En avril 2020, en pleine crise COVID, elle rejoint la direction du Département de médecine en qualité d'adjointe.



Annie Savoie
(© CHUV 2020 |
WEBER Gilles)

Centre hospitalier Bienne: Mark Roth reprend la direction médicale

Mark Roth sera le nouveau directeur médical du Centre hospitalier de la région Bienne-Seeland-Jura bernois dès mars 2022. Il succèdera à la radiologue Marianne Braunschweig qui prendra sa retraite. Mark Roth a grandi dans l'Oberland zurichois. Après une formation de pilote professionnel et de ligne, l'expert en sécurité aérienne a commencé sa carrière chez Crossair. En 1997, il a été engagé comme First Officer chez Edelweiss Air. First Officer chez Swissair à partir de 1999 puis chez Swiss, il a été aux commandes d'avions comme l'Airbus A320 ou le Boeing MD11. En 2003, il a rejoint Emirates Airlines, où il a entamé une deuxième carrière dans l'enseignement et l'entraînement. Après avoir obtenu un master en Air Safety Management à l'Université de Londres, Mark Roth a développé une activité de conseil dans les domaines de la sécurité, du leadership et de la communication. Cet expert en simulation et sécurité participe également à des projets de recherche pratiques et enseigne depuis 2021 le leadership clinique à la Faculté de médecine de l'Université de Bâle.



Mark Roth (DR)

Kantonsspital St. Gallen: Stefan Lichtensteiger wird neuer CEO

Stefan Lichtensteiger wurde zum neuen CEO des Kantonsspitals St. Gallen (KSSG) gewählt. Der 54-Jährige tritt die Nachfolge von Dr. Daniel

Germann per 1. Mai 2022 an, der in Pension geht. Lichtensteiger ist heutiger CEO der Spitalregion Rheintal Werdenberg Sarganserland. Er hat sein Studium (Betriebsökonom HWV mit Vertiefungsrichtung Rechnungswesen/Organisation) 1993 an der Fachhochschule für Wirtschaft in St. Gallen abgeschlossen. Von 1997 bis 1999 absolvierte er das Nachdiplomstudium Integrales Spitalmanagement. Nach dem Abschluss als Executive Master of Health Service Administration sammelte er Berufserfahrungen im Gesundheitswesen. So war er als Gesamtprojektleiter für das Klinikinformationssystem Phoenix im Kantonsspital St. Gallen verantwortlich und von 2004 bis 2010 als Personalleiter und stellvertretender Direktor bei der Psychiatrie Nord in Wil tätig. Von 2008 bis 2010 absolvierte er zudem an der Universität St. Gallen den Executive MBA in General Management.



Stefan Lichtensteiger
(© SR RWS)

Spital Thun: Zwei neue Leitende Ärzte in der Onkologie

Das Team des Onkologie- und Hämatologiezentrums der Spital STS AG in Thun wurde mit zwei neuen Ärzten verstärkt: Jeanne Godau ist dort seit Juli 2021 Leitende Ärztin. Zuvor war sie als Kaderärztin am Kantonsspital Uri in Altdorf tätig. Seit September ist zudem Dr. med. Andreas Hochstrasser am Spital Thun tätig. Er war langjähriger Leitender Arzt am Onkologie Zentrum des Spitals Männedorf AG und federführend beim Aufbau des dortigen Brustzentrums.

Jeanne Godau stammt aus Niedersachsen (D) und ist sehr breit ausgebildet in der medizinischen Onkologie mit verschiedenen Ausbildungsstationen, u.a. am Kantonsspital Luzern, Kantonsspital Graubünden und Universitätsspital Zürich. Die ausgebildete Krankenschwester studierte Humanmedizin in Hannover und erlangte 2011 die Anerkennung als Fachärztin Innere Medizin und 2014 den Facharztstitel Medizinische Onkologie (FMH).

Der Brustkrebspezialist und frühere Lehrbeauftragte der Universität Zürich Andreas Hochstrasser stammt aus dem Kanton Zürich und erlangte 2011 die Anerkennung als Arzt FMH der Allgemeinen Inneren Medizin und 2013 als Arzt FMH der Medizinischen Onkologie. 2020 bildete er sich als Spezialist der Senologie (Brustmedizin) weiter und schloss mit einem Diplom der Schweizerischen Gesellschaft für Senologie ab. Zudem unterrichtete er als Lehrbeauftragter der Universität Zürich im Fachbereich Innere Medizin.



Jeanne Godau
(© Spital Thun)



Dr. med. Andreas
Hochstrasser
(© Spital Thun)

Lehren und Führen – kann man doch!

Werner Bauer

Dr. med., ehem. Präsident des Schweizerischen Instituts für ärztliche Weiter- und Fortbildung SIWF



We need a school of medical pedagogy, in which able young people, aspiring to the position of teachers, could be taught proper methods. We still have the primitive belief that any man is good enough to be a teacher.

Sir William Osler, 1907

If we are to develop a health workforce capable of delivering high-quality services in all areas, not just in pockets of excellent care, then health care education will require educational leaders at all levels who can manage as well as lead to ensure equitable and sustainable services, even when resources and morale are low.

Judy McKimm und Tim Swanwick, 2019

Diese beiden Zitate sind mir kürzlich begegnet, und zusammen mit eigenen beruflichen Erfahrungen und Feststellungen bei Visitationen von Weiterbildungsstätten haben sie mir Stoff zum Nachdenken gegeben: Wie weit beruhen die Fähigkeiten, gut zu lehren und zu führen, auf Persönlichkeitsfaktoren? Wie weit kann man Lehren und Führen lernen?

Ein Blick in die Literatur führt erwartungsgemäss zum Ergebnis, dass eine differenzierte, evidenzbasierte Antwort auf diese etwas undifferenzierte Frage schwierig ist. Bruce Avolio, ein amerikanischer Psychologe, der sich mit Führungstheorien beschäftigt, kommt aufgrund seiner Studien zum Schluss: «Nature accounts for around 30%, nurture accounts for about 70%.» Dies bedeutet, dass Führung gelernt werden kann oder sogar muss, was wohl zutreffend ist – aber mit Einschränkungen.

In einem unterhaltsamen Buch mit dem originellen Titel *A very short, fairly interesting and reasonably cheap book about studying leadership* schreiben Brad Jackson und Ken Parry: «Doh (2003) makes the point that, even if we can learn to lead, it does not mean that leadership can be taught. It is possible, that the process of learning is simply too complex, unconscious, or non-replicable to teach. His review suggests that some aspects of leadership can be learned.» Die beiden Autoren machen darauf aufmerksam, dass wir den emotionalen Aspekten der Führung mehr Aufmerksamkeit schenken sollten: «Frequently, when you look at leadership failure, it comes down to emotional issues and not cognitive behavioural ones.» Sie bringen zudem den Begriff der

«emotionalen Intelligenz» ins Spiel. Diese ist für Führungspersonen vor allem bei der Bewältigung von Krisensituationen wichtig.

Seit 2012 bietet das Schweizerische Institut für ärztliche Weiter- und Fortbildung (SIWF) in Zusammenarbeit mit dem Royal College of Physicians Workshops zum Thema *Effective leadership skills* an. Das Ziel dieser Kurse ist es, die lernbaren Grundlagen und Methoden zu vermitteln, die für die Übernahme von Führungsfunktionen im Spital und in anderen Institutionen des Gesundheitswesens hilfreich sind. Dabei wird auch auf den Unterschied zwischen Management und Leadership Wert gelegt: «Management produces order and consistency, leadership produces change and movement, both are essential to prosper.»

Manche Ärztinnen und Ärzte mögen zwar wünschen, dass sie ausschliesslich klinisch tätig sein können und Leadership für sie ein Fremdwort bleibt. Ausser in Einzelfällen trifft dies aber nicht zu. Sei es in der Praxis, sei es im Spital oder sei es in einer anderen Funktion im Gesundheitswesen: Es gibt wenige Arbeitsplätze, bei denen nicht in irgendeiner Form eine Führungsaufgabe bewältigt werden muss – auch im Teamwork.

Und damit komme ich zum Titel zurück: «Lehren und Führen – kann man doch!» Meine Antwort auf diese Behauptung, die man immer wieder, allerdings mehr zu spüren als zu hören, bekommt, mag etwas banal klingen: Seien es nun 20, 30 oder 40 Prozent, welche die Natur gemäss Avolio zur Führungskompetenz beisteuert, es bleibt ein beträchtlicher Anteil an Führungsmethodik, den man lernen kann und auch lernen sollte. Das Gleiche gilt für das Lehren. Es mag Naturtalente geben, aber sogar für diese dürfte es nützlich sein, sich mit den heutigen Erkenntnissen über die Mechanismen des Lernens und über erfolgreiche Methoden des wirkungsvollen Lehrens vertraut zu machen.

Als Zusammenfassung wage ich es, Oslers Zitat etwas zu modifizieren: *Not any man is good enough to be a teacher or to be a leader without being taught proper methods.* Ich bin zuversichtlich, dass Sir William einverstanden wäre.

Einzelnachweise und Literatur beim Verfasser.

werner.bauer[at]hin.ch

