

# Schweizerische Ärztezeitung

**1708** Editorial  
von Nicole Furgler  
**Herausforderungen sind  
Lebens-Chancen**

**1731** Einblick in die  
interprofessionelle Ausbildung  
**Alte Muster durchbrechen**

**1744** «Zu guter Letzt»  
von Matthias Scholer  
**Auf Wiedersehen**

**1709** Gesetzesrevision «Weiterentwicklung  
der Invalidenversicherung»  
**Worauf Gutachterinnen und  
Gutachter jetzt achten müssen**

**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: Nicole Furgler

1708 **Herausforderungen sind Lebens-Chancen**

1709



AKTUELL: Bruno Baeriswyl, Iris Herzog-Zwitter, Verena Pfeiffer, Reinhold Sojer, Gerhard Ebner  
**Was neu für sozialversicherungsrechtliche Gutachten gilt** Die Gesetzesrevision «Weiterentwicklung der Invalidenversicherung» (WEIV) tritt am 1. Januar 2022 in Kraft. Im Zentrum stehen dabei Qualitätssicherung, Qualitätssteigerung und Transparenz in der medizinischen Begutachtung. Dieser Beitrag stellt insbesondere die wichtigsten Neuerungen der WEIV zu den Tonaufnahmen vor.

AKTUELL: Gabriela Lang, Iris Herzog-Zwitter

1713 **Neues Zulassungsrecht und Zulassungsbeschränkung**1719 **Personalien****Organisationen der Ärzteschaft**

SGPP: Fulvia Rota, Rafael Traber, Nanda Samimi, Erich Seifritz

1720 **Wechsel zum Anordnungsmodell: Es gibt noch viel zu tun****Briefe / Mitteilungen**1723 **Briefe an die SÄZ**1723 **Facharztprüfungen****FMH Services**1724 **Stellen und Praxen** (nicht online)**Tribüne**

THEMA: Julia Rippstein

1731 **Alte Muster durchbrechen**

## Horizonte

MEDIZINGESCHICHTE: Alexander Lekkas

1735 **Zivile Grippe-Notspitäler in Herisau**

AUSSTELLUNG: Rahel Gutmann

1738 **Wie viel Gesundheit kosten darf**

SCHAUFENSTER: Thomas Schweizer

1741 **Weihnacht**

1742 **Buchbesprechungen**

## Zu guter Letzt

Matthias Scholer

1744 **Auf Wiedersehen**



ANNA

## 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, Tel. +41 (0)61 467 85 97,  
markus.will@emh.ch  
Philipp Lutzer, Tel. +41 (0)61 467 85 05,  
philipp.lutzer@emh.ch

### Stellenmarkt und Rubrikanzeigen:

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

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

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

### Anderer Abonnemente:

EMH Kundenservice, Postfach,  
4601 Olten, Tel. +41 (0)44 305 82 38,  
emh@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:  
© Charles Deluvio / Unsplash

# Herausforderungen sind Lebens-Chancen

**Nicole Furgler**

Generalsekretärin ad interim



Herausforderungen?! Ja, an diesen hat es im zu Ende gehenden Jahr wahrlich nicht gefehlt! Die ganze Welt ist weiterhin durch Corona gefordert, wie es Ursina Pally Hofmann bereits im letztjährigen Dezember-Editorial treffend beschrieben hat. Dahinter verschwindet derzeit beinahe die Bedeutung der Klimaproblematik, obwohl sie längerfristig wohl als grösseres Problem Bestand haben wird. Trockenheit, Grossfeuer und Überschwemmungen sowie die damit verbundenen Flüchtlingsströme rufen uns dies unerbittlich immer wieder in Erinnerung.

In dieser herausfordernden Zeit zählen oder hoffen wir zumindest auf Solidarität, Verständnis, Konsens und Unterstützung. Zu unserem Erstaunen tritt jedoch etwas ganz anderes zutage: Es kommen trennende, spaltende, widerständige Tendenzen und gar Gewalt zum Vorschein. Das sind wir uns zumindest in der Schweiz bisher nicht gewohnt. Auch der Gesundheitsbereich bleibt von dieser Entwicklung nicht verschont; die Gesundheitspolitiker, die Spitäler und Arztpraxen, die Pflegenden und Ärztinnen sind davon betroffen.

Das Ausmass und die Intensität dieser Herausforderungen können uns lähmen, überwältigen und ein Gefühl der Ohnmacht und Einsamkeit aufsteigen lassen. Umso wichtiger scheint es mir, dass wir in dieser Situation zusammen nach Lösungen suchen, nach einem Weg nach vorne und dass wir diesen auch ge-

**Vielfältige Herausforderungen können uns lähmen, sie bieten aber auch die Chance der Weiterentwicklung und des Begehens neuer Wege.**

meinsam gehen. Unsere Projekte, Gremien, Versammlungen, Sitzungen und Gespräche bieten uns dafür täglich Gelegenheiten. Sie können uns aus der Machtlosigkeit oder Vereinzelung herausholen, auch und gerade, wenn es dabei angeregte Auseinandersetzungen, manchmal wohl auch Ärger gibt und die Findungsprozesse weder einfach noch kurz sind. Aber so wenden wir uns einander zu, begegnen einander –

auch wenn es derzeit oft virtuell ist –, bleiben wir in intensivem Kontakt miteinander, mit der Welt und mit unserem eigenen Innersten: Wir bleiben lebendig und in Bewegung.

In Bewegung, das war auch das zutreffende Bild für die Situation im Generalsekretariat der FMH in diesem Jahr. Der Wechsel im Präsidium der FMH und auch diverse personelle Wechsel und Vakanzen an Schlüsselpositionen im Generalsekretariat halten uns mächtig auf Trab. Die altbekannte und vertraute physische Sitzung ist dem virtuellen Zusammentreffen gewi-

**Ich freue mich auf das Neue im kommenden Jahr und bin dankbar für das, was wir gemeinsam bisher bereits geschafft haben.**

chen. Eine virtuelle Sitzung jagt die nächste. Die Anforderungen an die Beschäftigten wandeln sich in einem immer höheren Tempo – die Ansage lautet, flexibel und anpassungsfähig zu bleiben. Wie im gesamten Gesundheitswesen gehört es daher auch bei uns im Generalsekretariat zu den drängenden Anliegen, die Arbeitslast für alle in tragbaren Massen zu halten.

Gleich zu Beginn des neuen Jahres wird das Generalsekretariat der FMH wieder in sein neu gestaltetes Gebäude an der Elfenstrasse zurückkehren können. Die offene Büroform («open space») wird uns die abteilungsübergreifende Zusammenarbeit erleichtern und den offenen Dialog, den einfachen Informationsfluss und den Teamgeist fördern. Diese grosse Veränderung im Büroalltag wird für uns jedoch eine Herausforderung sein, die wir nur im Miteinander erfolgreich bewältigen können.

Ja, unser Leben hat sich verändert und wird sich weiter verändern. Das ist zwar herausfordernd, aber bietet uns die grosse Chance, lebendig und in Bewegung zu bleiben, einander intensiv zu begegnen sowie eine gemeinsame Kultur der Solidarität und der persönlichen Zuwendung entwickeln und pflegen zu können. Auf all das freue ich mich für das kommende Jahr, und ich bin allen dankbar für das, was wir diesbezüglich schon in diesem Jahr erfahren durften.



## Weiterentwicklung der Invalidenversicherung (WEIV)

# Was neu für sozialversicherungsrechtliche Gutachten gilt

Bruno Baeriswyl<sup>a</sup>, Iris Herzog-Zwitter<sup>b</sup>, Verena Pfeiffer<sup>c</sup>, Reinhold Sojer<sup>d</sup>, Gerhard Ebner<sup>e</sup>

<sup>a</sup> Dr. iur., Datenschutzberater der FMH; <sup>b</sup> Dr. iur., Rechtsdienst der FMH; <sup>c</sup> Dr. rer. nat., Stv. Abteilungsleiterin Digitalisierung/eHealth FMH; <sup>d</sup> Dr. rer. biol. hum., Abteilungsleiter Digitalisierung/eHealth FMH; <sup>e</sup> Dr. med. M.H.A., Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, Präsident Swiss Insurance Medicine, Praxisin, 8008 Zürich

Die Gesetzesrevision «Weiterentwicklung der Invalidenversicherung» (WEIV) [1] tritt am 1. Januar 2022 in Kraft. Im Zentrum stehen dabei Qualitätssicherung, Qualitätssteigerung und Transparenz in der medizinischen Begutachtung. Dieser Beitrag stellt insbesondere die wichtigsten Neuerungen der WEIV zu den Tonaufnahmen vor.

Die Verordnung über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSV) [2], welche Anfang 2022 im Rahmen der «Weiterentwicklung der Invalidenversicherung» (WEIV) in Kraft tritt, enthält neue inhaltliche Vorgaben für medizinische Gutachterinnen und Gutachter. Diese Vorschriften gelten nur für sozialversicherungsrechtliche Gutachten (der Invalidenversicherung, der Unfallversicherung und der Militärversicherung), aber

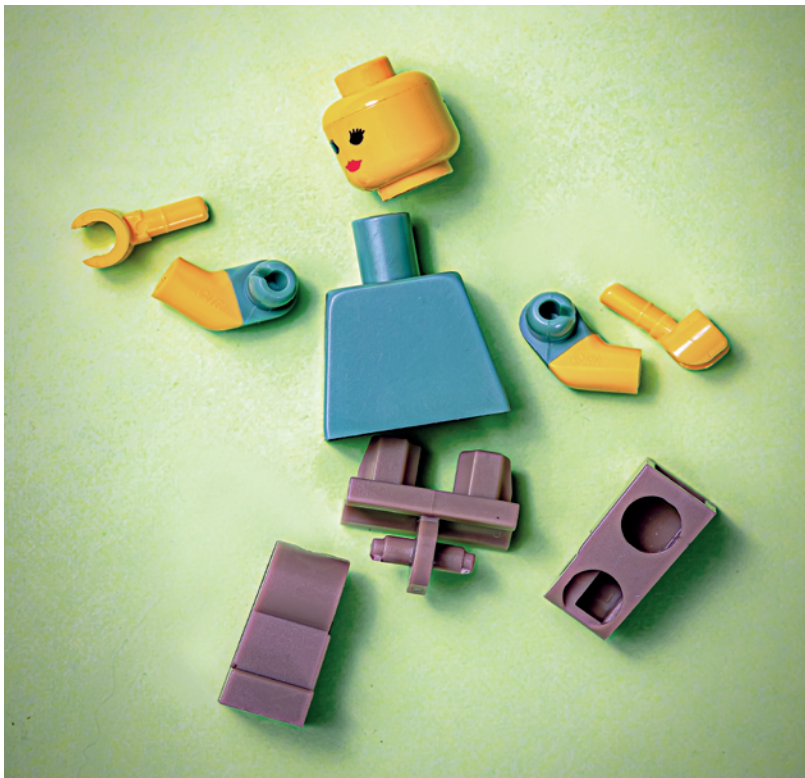
nicht für Gutachten aus dem Gebiet des Privatrechts wie zum Beispiel Haftpflichtgutachten/Arzthaftungsgutachten und der beruflichen Vorsorge. Insbesondere die neu vorgesehenen Tonaufnahmen zeichnen sich als hochkomplexe Materie aus. Die Verantwortung für die lege artis durchgeführte Tonaufnahme liegt bei den einzelnen Gutachterinnen und Gutachtern.

Nach der einleitenden Vorstellung wesentlicher Neuerungen durch die WEIV setzt sich dieser Beitrag spezifisch mit dem Thema Tonaufnahmen auseinander. Aufgrund der Vorgaben durch die Verordnung, der zeitlichen Dringlichkeit und der hohen Komplexität der Materie, insbesondere was die technischen und datenschutzrechtlichen Anforderungen betrifft, lassen sich im Moment noch nicht alle offenen Fragen beantworten. Die weiteren problematischen Aspekte wird ein späterer Artikel in der *Schweizerischen Ärztezeitung* aufgreifen.

### Wesentliche Neuerungen

Neu wird z.B. für Neurenten in der Invalidenversicherung ein stufenloses System eingeführt. Weiterhin bleibt aber ab einem IV-Grad von 70 Prozent eine ganze Rente zugesprochen. Mit der WEIV werden neu klare Kriterien im Gesetz vorgegeben, ob ein Leiden als Geburtsgebrechen gilt oder nicht und hiermit die Invalidenversicherung diese Behandlungskosten übernimmt.

Bei der Vergabe von Gutachtaufträgen einigen sich die Versicherung und die versicherte Person, wenn immer möglich einvernehmlich auf einen Auftragnehmer. Was heute schon für die polydisziplinären Begutachtungen gilt, wird nun auch bei den bidisziplinären Gutachten eingeführt: Neu werden sie nach dem Zu-



Die «Weiterentwicklung der Invalidenversicherung» (WEIV) enthält neue inhaltliche Vorgaben für medizinische Gutachterinnen und Gutachter.

fallsprinzip vergeben, und dies nur noch an Zweier-teams oder zugelassene Gutachterstellen. Das heisst, dass zukünftig auch die Vergabe von bidisziplinären Gutachten über eine digitale Plattform nach dem Zufallsprinzip erfolgt. Damit soll die Unabhängigkeit im Auswahlverfahren gewährleistet werden.

Des Weiteren sieht die WEIV für Invalidenversicherung vor, dass die IV-Stellen eine öffentlich zugängliche Liste mit Angaben zu den von ihnen beauftragten Sachverständigen führen. Die IV-Stellen müssen Listen mit folgenden Angaben über die Sachverständigen veröffentlichen: Anzahl der getätigten Gutachten, die entsprechenden Vergütungen, die attestierten Arbeitsunfähigkeiten in den Gutachten sowie die Verlässlichkeit der Gutachten im Rahmen von Gerichtsentscheiden.

## Qualitätssicherung

Medizinische Sachverständige, die für die Sozialversicherungen medizinische Gutachten erstellen, müssen per 1.1.2022 die in der Verordnung ATSV vorgesehenen fachlichen Anforderungen erfüllen. Sie sollen in ihrem Fachgebiet über die fachlichen Qualifikationen verfügen, die sie auch als Fachärztinnen und Fachärzte für die selbständige Berufsausübung als Ärztin oder Arzt benötigen, wobei ein eidgenössischer Facharztstitel vorausgesetzt wird. Sie müssen ferner über eine kantonale Berufsausübungsbewilligung und über mindestens fünf Jahre klinische Erfahrung verfügen.

Zudem müssen Fachärztinnen und Fachärzte, die in den Gutachtensdisziplinen Innere Medizin, Psychiatrie und Psychotherapie, Neurologie, Rheumatologie sowie orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates tätig sind, über das Zertifikat der Swiss Insurance Medicine (SIM) verfügen. Ausgenommen sind Chefärztinnen und Chefärzte sowie leitende Ärztinnen und Ärzte in Universitätskliniken. Es gilt eine Übergangsfrist von 5 Jahren, für diejenigen Fachärztinnen und Fachärzte, die zum Zeitpunkt des Inkrafttretens dieser Bestimmung noch nicht im Besitz des SIM-Zertifikats sind.

In Art. 7 m Abs. 4 der ATSV ist vorgesehen, dass mit der Einwilligung der versicherten Person von einzelnen Anforderungen abgesehen werden kann, sofern dies sachlich notwendig ist. Zusätzlich wurde die Grundlage für eine unabhängige ausserparlamentarische Kommission für Qualitätssicherung in der medizinischen Begutachtung geschaffen.

## Tonaufnahmen

Ein weiterer inhaltlicher Brennpunkt sind die neuen Vorgaben seitens des Gesetzgebers zu den Tonaufnahmen

in der medizinischen Begutachtung. Artikel 44 Abs. 6 ATSG sieht in genereller Form vor, dass die «Interviews» zwischen der versicherten Person und den Sachverständigen in einer Tonaufnahme festzuhalten und in den Akten des Versicherungsträgers aufzubewahren sind. Die ATSV konkretisiert diese Vorgabe, ohne aber alle für die Praxis relevanten Fragen zu klären.

Artikel 7 k Abs. 1 ATSV hält fest, dass das «Interview» respektive die Tonaufnahme das gesamte Untersuchungsgespräch zu umfassen hat. Dies beinhaltet die Anamneseerhebung und die Beschwerdeschilderung durch die versicherte Person, nicht jedoch den testpsychologischen Begutachtungsteil bei psychiatrischen, neurologischen und neuropsychologischen Untersuchungen. Die versicherte Person wird vom Versicherungsträger über die Tonaufnahme informiert. Sie kann vor der Begutachtung oder bis zehn Tage nach dem Interview mittels einer schriftlichen Erklärung den Verzicht auf eine Tonaufnahme respektive deren Vernichtung verlangen. Dieser Verzicht kann vor dem Interview durch die versicherte Person widerrufen werden. Die Gutachterinnen und Gutachter werden hierüber vom Versicherungsträger informiert.

## Mit der WEIV werden neu klare Kriterien im Gesetz vorgegeben, ob ein Leiden als Geburtsgebrechen gilt.

Die Tonaufnahmen dürfen nur während hängiger Verfahren von der versicherten Person, vom Versicherungsträger oder von der Entscheidungsinstanz abgehört werden (Art. 7 l ATSV). Darüber hinaus kann die erwähnte Kommission für Qualitätssicherung in bestimmten Fällen die Tonaufnahmen konsultieren. Nach dem rechtskräftigen Abschluss des Verfahrens, für welches das Gutachten in Auftrag gegeben wurde, kann die Tonaufnahme durch den Versicherungsträger mit dem Einverständnis der versicherten Person vernichtet werden.

Die ATSV weist die Gutachterinnen und Gutachter an, die Tonaufnahmen mit einfachen Vorgaben technisch korrekt zu erstellen und in gesicherter elektronischer Form an den Versicherungsträger zu übermitteln. Die Versicherungsträger haben dazu in den Aufträgen einheitliche Vorgaben zu machen. Angedacht ist für Gutachten der Invalidenversicherung eine Lösung mit einer App, die sowohl auf Apple- als auch Android-Smartphones funktionieren soll. Ab Mitte Dezember stehen hierzu auf der Website [www.eahv-iv.ch/iva](http://www.eahv-iv.ch/iva) weitere Informationen wie Benutzerhandbuch und -dokumentation oder Schulungsvideos zur Verfügung.

Aus der Sicht der Gutachterinnen und Gutachter gibt es allerdings unabhängig von diesen Einzelheiten

einige rechtliche Vorgaben zu beachten, die mit entsprechenden organisatorischen und technischen Massnahmen umzusetzen sind.

Tonaufnahmen von Untersuchungsgesprächen gelten nach dem Datenschutzgesetz (DSG) als besonders schützenswert. Die Gutachterinnen und Gutachter unterliegen einer allgemeinen Dokumentations- und Aufbewahrungspflicht, die auch die Tonaufnahmen betreffen. Bis zur und mit der Übermittlung, aber auch für die Aufbewahrung im Praxissystem bleiben die Gutachterinnen und Gutachter für den Schutz und die Sicherheit der Aufnahmen verantwortlich.

Des Weiteren ist bei zahlreichen Rahmenbedingungen des Datenschutzes zurzeit nicht klar, wie sie umgesetzt werden, insbesondere auch, wie die Persönlichkeitsrechte der Gutachterinnen und Gutachter oder der Dolmetschenden gewahrt werden. Hier geht es nicht nur darum, dass keine verbindliche Löschung der Tonaufnahmen vorgesehen ist, sondern auch um die Modalitäten des Auskunftsrechts der versicherten Person, die grundsätzlich jederzeit eine Kopie der Aufnahme verlangen kann. Diese Fragen werden mit den Sozialversicherungsträgern so rasch wie möglich zu klären sein.

## FAQ von Gutachterinnen und Gutachtern

### **Welche Möglichkeiten habe ich, um eine Tonaufnahme zu erstellen und bei der IV-Stelle einzureichen?**

Sie haben zwei Möglichkeiten. Entweder verwenden Sie die durch den Verein eAHV/IV im Auftrag der IV-Stellen-Konferenz (IVSK) zur Verfügung gestellte Mobile-App [3], oder Sie nutzen Ihr eigenes Gerät inkl. Software (z.B. Diktiergerät, Smartphone) und laden die Tonaufnahme auf der Webplattform für die IV-Stellen [3] hoch. Bei beiden Möglichkeiten sind eine Registrierung, die Freigabe durch die verantwortliche IV-Stelle und ein Login notwendig. Für alle Funktionen in der Mobile-App von eAHV/IV und der Webplattform für die IV-Stellen, die das Anhören von Tonaufnahmen oder das Anzeigen von Personendaten ermöglichen, ist die Authentisierung mittels eines zweiten Faktors notwendig. Dieser Faktor wird während des Login-Prozesses als SMS versendet.

### **Was muss ich beachten, wenn ich mein privates Gerät inkl. Software (z.B. Diktiergerät, Smartphone) für die Tonaufnahme verwenden möchte?**

Wenn Sie einen direkten Auftrag der IV-Stelle für ein Gutachten erhalten haben, können Sie Ihr eigenes Gerät inkl. Software für die Tonaufnahme verwenden. Hierbei müssen technische und organisatorische Massnahmen

getroffen werden. Insbesondere sind die Empfehlungen der FMH zur Verwendung von privaten Endgeräten (z.B. Smartphone) zu beachten («Minimalanforderungen IT-Grundschutz für Praxisärztinnen und Praxisärzte» [4]). Bitte achten Sie darauf, dass der Zugriffsschutz auf das verwendete Endgerät gewährleistet ist, weil ggf. die Speicherung der Anmeldeinformationen auf der verwendeten Software (z.B. App) möglich sein kann. Zudem müssen nach der Ausserbetriebnahme und vor der Entsorgung die lokal gespeicherten Tonaufnahmen vom verwendeten Endgerät vollständig und unwiderruflich gelöscht werden.

### **Was muss ich bei der Übermittlung der Tonaufnahme an die IV-Stelle beachten, wenn ich mein eigenes Gerät inkl. Software verwende?**

Die Tonaufnahme kann in den Formaten aac, mp3, dss auf der Webplattform der IV-Stellen [3] hochgeladen werden. Dabei ist zu beachten, dass Gutachterinnen und Gutachter bis zum Zeitpunkt der erfolgreichen Übermittlung an die IV-Stelle für die Sicherheit und den Schutz der Tonaufnahme verantwortlich sind. Im Gegensatz zur Mobile-App-Lösung von eAHV/IV verfügen Gutachterinnen und Gutachter in diesem Falle auch über eine physische Audiodatei der Tonaufnahme (z.B. Dokumentations- und Aufbewahrungspflicht [s. Abschnitt Tonaufnahmen]).

### **Kann mir die IV-Stelle vorschreiben, wie ich die Tonaufnahme zu erstellen habe?**

Die Gutachterinnen und Gutachter sind bei direkten Aufträgen von der IV frei, die für sie passende Lösung

## **Ein inhaltlicher Brennpunkt sind die neuen Vorgaben seitens des Gesetzgebers zu den Tonaufnahmen in der medizinischen Begutachtung.**

zu wählen. Erfolgt ein Auftrag von der Gutachterstelle, dann gibt diese vor, wie die Tonaufnahmen zu erstellen und zu bearbeiten sind.

### **Was muss ich beachten, wenn ich die Mobile-App [3] von eAHV/IV verwende?**

Für das Funktionieren der Mobile-App von eAHV/IV ist auf dem dafür verwendeten Gerät eine iOS-Version ab 14 oder Android-Version ab 8 notwendig. Mit Hilfe dieser Mobile-App kann die Tonaufnahme erstellt, angehört und an die IV-Stelle übermittelt werden. Das Hochladen der Audiodatei auf die Webplattform der IV-Stellen [3], d.h. auf den Server von eAHV/IV, erfolgt, sobald eine Internetverbindung besteht. Das bedeutet, dass so bald wie möglich die physische Audiodatei vom

Gerät entfernt wird, um Datenverlust oder -diebstahl zu vermeiden. Die Gutachterin oder der Gutachter hat bis zum Einreichen die alleinige Kontrolle und Zugang zur Tonaufnahme. Nach dem Einreichen haben die Gutachterinnen und Gutachter noch 90 Tage Zugriff auf die Tonaufnahme, um eventuelle Nachfragen der IV-Stelle zu beantworten. In den gesetzlich vorgesehenen Fällen können berechtigte Personen Zugriff erhalten. Nach dieser Frist wird die Tonaufnahme nur noch durch die IV-Stelle verwaltet. Zu beachten ist, dass die Gutachterinnen und Gutachter einer allgemeinen Dokumentations- und Aufbewahrungspflicht unterliegen, die auch die Tonaufnahmen betreffen. Eine Kopie (z.B. Dokumentations- und Aufbewahrungspflicht [s. Abschnitt Tonaufnahmen] der Gutachterin/des Gutachters) der Tonaufnahme kann bei der Nutzung der Mobile-App nicht angefertigt werden, da es zu keinem Zeitpunkt möglich ist, die Audiodatei herunterzuladen. Zurzeit wird abgeklärt, wie mit dieser Lösung (Mo-

bile-App von eAHV/IV) die Dokumentations- und Aufbewahrungspflicht der Gutachterinnen und Gutachter gewährleistet werden kann. Wir werden darüber sobald als möglich informieren. Die Mobile-App erlaubt es, die Anmeldeinformationen für die App auf dem verwendeten Gerät (z.B. Diktiergerät, Smartphone) zu speichern. Es liegt deshalb in der Verantwortung der Gutachterin/des Gutachters, darauf zu achten, dass der Zugriffsschutz (z.B. Passwort, Biometrie) auf das verwendete Endgerät gewährleistet ist.

#### **Wie müssen Beginn, Ende und Unterbrechungen auf der Tonaufnahme dokumentiert werden?**

Beide, Gutachterin und versicherte Person, müssen den Beginn, das Ende und allfällige Unterbrechungen der Tonaufnahme mit Angabe der Uhrzeit bestätigen.

#### **Kann die versicherte Person eine Kopie der Tonaufnahme verlangen?**

Grundsätzlich ja. Die Persönlichkeitsrechte der Gutachterin/des Gutachters sind zu beachten.

#### **Kann die versicherte Person das Gespräch parallel (z.B. Smartphone) aufnehmen?**

Dies ist nur mit ausdrücklicher Zustimmung der Gutachterin oder des Gutachters möglich.

#### **Bildnachweis**

Jackson Simmer / Unsplash

#### **Literatur**

- 1 Weiterentwicklung der IV ([www.bsv.admin.ch/bsv/de/home/sozialversicherungen/iv/reformen-revisionen/weiterentwicklung-iv.html](http://www.bsv.admin.ch/bsv/de/home/sozialversicherungen/iv/reformen-revisionen/weiterentwicklung-iv.html))
- 2 AS 2021 706 – Verordnung über die Invalidenversicherung (IVV) ([www.fedlex.admin.ch/eli/oc/2021/706/de](http://www.fedlex.admin.ch/eli/oc/2021/706/de)).
- 3 [www.eahv-iv.ch/de/iva](http://www.eahv-iv.ch/de/iva) (Stand: 3.12.2021).
- 4 IT-Grundschatz | FMH ([www.fmh.ch/dienstleistungen/e-health/it-grundschatz.cfm](http://www.fmh.ch/dienstleistungen/e-health/it-grundschatz.cfm)) (Stand: 3.12.2021).

Dr. iur. Iris Herzog-Zwitzer  
Abteilung Rechtsdienst FMH  
Nussbaumstrasse 29  
Postfach 300  
CH-3000 Bern 15  
[iris.herzog\[at\]fmh.ch](mailto:iris.herzog[at]fmh.ch)

## Wichtig zu wissen

- Gilt für alle Begutachtungstermine, die nach dem 1.1.2022 stattfinden.
- Gilt grundsätzlich, ausser die versicherte Person lehnt die Aufnahme ab.
- Gilt für das Interview, unter dem Anamneseerhebung und Beschwerden-erfassung verstanden werden, nicht Untersuchungen und Testungen. Es werden versicherte Person, Gutachter/-in und dolmetschende Person aufgenommen.
- Die Gutachter/-innen sind verpflichtet:
  - die Tonaufnahmen zu erstellen, d.h., auch die Tonqualität angemessen sicherzustellen und die Vorgaben zur Datensicherheit einzuhalten;
  - die Tonaufnahmen sicher zu speichern und die gesetzlichen Aufbewahrungspflichten einzuhalten;
  - die Tonaufnahmen sicher zu übermitteln.



## Ambulant tätige Ärztinnen und Ärzte

# Neues Zulassungsrecht und Zulassungsbeschränkung

Gabriela Lang<sup>a</sup>, Iris Herzog-Zwitter<sup>b</sup>

<sup>a</sup> lic. iur., Rechtsanwältin, Leiterin Abteilung Rechtsdienst FMH a.i.; <sup>b</sup> Dr. iur., Juristin Abteilung Rechtsdienst FMH

In der Sommersession 2020 hat das Parlament eine neue und unbefristete Lösung für die Zulassung der Ärztinnen und Ärzte geschaffen, die zulasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) abrechnen dürfen. Bei der Umsetzung in der Praxis wird das neue Recht eine Herausforderung für alle beteiligten Akteure darstellen. Mit diesem Beitrag haben wir Ihnen eine inhaltliche Auslegeordnung der neuen Bestimmungen zum Zulassungsrecht und zur Zulassungsbeschränkung ausgearbeitet.

## I. Teil: Art. 55a Bundesgesetz über die Krankenversicherung (KVG) Zulassungsbeschränkung für ambulant tätige Ärztinnen und Ärzte

### 1. Wissenswertes

#### *a. Art. 55a KVG: Beschränkung der Anzahl Ärzte und Ärztinnen, die im ambulanten Bereich Leistungen erbringen*

Am 1. Juli 2021 ist vom neuen Zulassungsrecht vorerst nur Art. 55a KVG in Kraft getreten. Gemäss diesem Artikel müssen die Kantone in einem oder mehreren medizinischen Fachgebieten oder in bestimmten Regionen die Anzahl der Ärzte und Ärztinnen, die im ambulanten Bereich zulasten der OKP Leistungen erbringen, beschränken. Der Bundesrat muss dazu die Kriterien und die methodischen Grundsätze für die Festlegung der Höchstzahlen bestimmen. Für sämtliche Ärztinnen und Ärzte, die bereits eine kantonale Zulassung zur ambulanten Leistungserbringung haben, ändert sich damit nichts. Unter diese Bestimmung fallen nur Ärztinnen und Ärzte, die neu eine Zulassung beantragen.

#### *b. Weitere Bestimmungen*

Ebenso trat per 1. Juli 2021 die dazugehörige Verordnung über die Festlegung der Höchstzahlen für Ärztinnen und Ärzte im ambulanten Bereich in Kraft, welche die Kriterien und die methodischen Grundsätze für

die Festlegung der Höchstzahlen regelt. Das Eidgenössische Departement des Innern (EDI) wird zu einem späteren Zeitpunkt die regionalen Versorgungsgrade je medizinisches Fachgebiet in einer separaten Verordnung bestimmen.

#### *c. Vorgabe durch den Bundesrat*

Der Bundesrat gibt die Kriterien und methodischen Grundsätze für die Festlegung der Höchstzahlen vor. Dabei berücksichtigt er insbesondere die interkantonalen Patientenströme, die Versorgungsregionen und die generelle Entwicklung des Beschäftigungsgrades der Ärzte und Ärztinnen.

#### *d. Hoheit der Umsetzung liegt bei den Kantonen*

Gemäss neuem Recht setzen die Kantone die Höchstzahlen der Ärztinnen und Ärzte im gesamten ambulanten Bereich fest. Sie beschränken in einem oder mehreren medizinischen Fachgebieten oder in bestimmten Regionen die Zahl der Ärztinnen und Ärzte, die im ambulanten Bereich Leistungen zulasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung erbringen.

Bei der Festlegung der Höchstzahlen der Ärztinnen und Ärzte, die gemäss Art. 55a Abs. 1 KVG in einem bestimmten Fachgebiet und einer bestimmten Region zur Tätigkeit zulasten der OKP zugelassen sind, stützen sich die Kantone auf das tatsächliche Angebot an Ärztinnen und Ärzten, die im jeweiligen Kanton im betreffenden Fachgebiet und in der betreffenden Region tätig sind. Weiter



Das neue Zulassungsrecht für ambulant tätige Ärztinnen und Ärzte wird eine Herausforderung für alle beteiligten Akteure darstellen.

ziehen die Kantone zur Beurteilung Referenzwerte zum Versorgungsgrad nach Fachgebiet und Region bei, die nach einer einheitlichen Methode auf gesamtschweizerischer Ebene definiert werden. Diese Referenzwerte werden vom EDI aus einem nationalen Regressionsmodell des Versorgungsangebots hergeleitet.

Wenn ein Kanton die Anzahl Ärzte und Ärztinnen beschränkt, dann sieht er vor, dass die Ärzte und Ärztinnen nur zugelassen werden, solange die entsprechende Höchstzahl nicht erreicht ist, und dass die Anzahl folgender Ärztinnen und Ärzte auf die entsprechende Höchstzahl beschränkt ist:

- Ärztinnen und Ärzte, die im praxis- und spital-ambulanten Bereich ihre Tätigkeit ausüben;
- Ärztinnen und Ärzte, die ihre Tätigkeit in einer Einrichtung der ambulanten Krankenpflege nach Art. 35 Abs. 2 lit. n KVG ausüben.

#### *e. Übergangsbestimmungen zu Art. 55a KVG*

Die Kantone haben ab Inkrafttreten von Art. 55a KVG, d.h. ab 1. Juli 2021, zwei Jahre Zeit, um ihre kantonalen Regelungen zur Zulassungsbeschränkung an das neue Recht anzupassen, d.h. bis 30. Juni 2023. Bis die kantonale Regelung im jeweiligen Kanton angepasst ist, gilt im Bereich der Zulassungsbeschränkung das bisherige Recht.

## FAQ

### **Was geschieht bei einer Zulassungsbeschränkung?**

Bei einer Zulassungsbeschränkung können Ärzte und Ärztinnen, die vor Inkrafttreten der Höchstzahlen zugelassen wurden und im ambulanten Bereich Leistungen zulasten der OKP erbracht haben, weiterhin tätig sein. Ebenso können Ärzte und Ärztinnen weiterhin tätig sein, die ihre Tätigkeit im ambulanten Bereich eines Spitals oder in einer Einrichtung nach Art. 35 Abs. 2 lit. n KVG vor Inkrafttreten der Höchstzahlen ausgeübt haben, sofern sie ihre Tätigkeit im ambulanten Bereich des gleichen Spitals oder in der gleichen Einrichtung weiter ausüben.

### **Welche Mittel hat der Kanton bei Kostensteigerung in einem Fachgebiet?**

Steigen die jährlichen Kosten je versicherte Person in einem Fachgebiet in einem Kanton mehr als die jährlichen Kosten der anderen Fachgebiete im selben Kanton oder mehr als die jährlichen Kosten des gesamtschweizerischen Durchschnitts im betroffenen Fachgebiet an, so kann der betroffene Kanton vorsehen, dass kein weiterer Arzt und keine weitere Ärztin im betroffenen Fachgebiet eine Tätigkeit zulasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung neu aufnehmen kann.

## II. Neue Zulassungskriterien – Inkraftsetzung ab 1. Januar 2022

### 1. Wissenswertes

Per 1. Januar 2022 wird neu ein formelles Zulassungsverfahren mit neuen Zulassungskriterien für Leistungserbringer, welche zulasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung tätig sein wollen, eingeführt. Die neuen Zulassungskriterien sind sowohl im Bundesgesetz über die Krankenversicherung KVG als auch in der Verordnung über die Krankenversicherung KVV geregelt. Für die Umsetzung sind die Kantone zuständig, d.h., die Kantone überprüfen die Zulassungsvoraussetzungen und erteilen die Zulassungsbewilligungen. Das heisst, wer neu ein Zulassungsgesuch beim Kanton stellt, muss die neuen Zulassungskriterien erfüllen. Die Zulassungsvoraussetzungen umfassen je nach Art der Leistungserbringer die Ausbildung, die Weiterbildung und die für die Qualität der Leistungserbringung notwendigen Anforderungen.

#### *a. Welche Voraussetzungen müssen neu zugelassene Ärzte und Ärztinnen ab 1. Januar 2022 erfüllen?*

**Ärztinnen und Ärzte**, die ab 1. Januar 2022 neu zur Tätigkeit zulasten der OKP zugelassen werden möchten, müssen folgende Voraussetzungen erfüllen:

1. Sie verfügen über eine kantonale Berufsausübungsbewilligung.
2. Sie verfügen über einen eidgenössischen oder einen von der MEBEKO anerkannten ausländischen Weiterbildungstitel im Fachgebiet, für das die Zulassung beantragt wird.
3. Sie müssen mindestens drei Jahre im beantragten Fachgebiet, wofür sie die Zulassung beantragen, an einer anerkannten schweizerischen Weiterbildungsstätte gearbeitet haben.
4. Sie weisen die in ihrer Tätigkeitsregion notwendige Sprachkompetenz mittels einer in der Schweiz abgelegten Sprachprüfung nach. Ärzte und Ärztinnen verfügen über die notwendige Sprachkompetenz, wenn sie in der Lage sind, in der Sprache ihrer Tätigkeitsregion:
  - a. die Hauptinhalte komplexer Texte zu konkreten oder abstrakten Themen zu verstehen und deren implizite Bedeutung zu erfassen;
  - b. sich spontan und fliessend auszudrücken, ohne öfter nach Worten zu suchen;
  - c. die Sprache wirksam und flexibel zu gebrauchen und sich klar und strukturiert zu komplexen Sachverhalten zu äussern.

Gemäss dem erläuternden Bericht zur Krankenversicherungsverordnung entsprechen diese Anforderungen dem Niveau C1 des Gemeinsamen Europäischen Referenzrahmens für Sprachen.

Die Nachweispflicht der erwähnten notwendigen Sprachkompetenz entfällt für Ärztinnen und Ärzte, welche über einen der folgenden Abschlüsse verfügen:

- a. eine schweizerische gymnasiale Maturität, bei der die Amtssprache der Tätigkeitsregion Grundlagenfach war;
- b. ein in der Amtssprache der Tätigkeitsregion erworbenes eidgenössisches Diplom für Ärzte und Ärztinnen;
- c. ein in der Amtssprache der Tätigkeitsregion erworbenes, von der MEBEKO anerkanntes ausländisches Diplom.

Beispiel zu lit. a: Ein Arzt, der im Tessin die Matura absolvierte und Deutsch als Grundlagenfach hatte, muss keinen Nachweis seiner Sprachkompetenz erbringen, wenn er z.B. im Kanton Zürich zugelassen werden möchte.

5. Sie weisen nach, dass sie die Qualitätsanforderungen nach Art. 58 g KVV erfüllen. Diese sind:
  - a. Sie verfügen über das erforderliche qualifizierte Personal.
  - b. Sie verfügen über ein geeignetes Qualitätsmanagementsystem.
  - c. Sie verfügen über ein geeignetes internes Berichts- und Lernsystem und haben sich, sofern ein solches besteht, einem gesamtschweizerisch einheitlichen Netzwerk zur Meldung von unerwünschten Ereignissen angeschlossen.
  - d. Sie verfügen über die Ausstattung, die erforderlich ist, um an nationalen Qualitätsmessungen teilzunehmen.
6. Ärztinnen und Ärzte müssen sich einer zertifizierten Gemeinschaft oder Stammgemeinschaft für das elektronische Patientendossier anschliessen.

#### *b. Unter welchen Voraussetzungen werden Einrichtungen, die der ambulanten Krankenpflege durch Ärzte und Ärztinnen dienen, ab 1. Januar 2022 zugelassen?*

**Einrichtungen, die der ambulanten Krankenpflege durch Ärzte und Ärztinnen dienen** (Art. 35 Abs. 2 lit. n KVG), werden ab 1. Januar 2022 nur zugelassen, wenn die dort tätigen Ärztinnen und Ärzte die folgenden Zulassungskriterien erfüllen:

1. Sie verfügen über eine kantonale Berufsausübungsbewilligung.
2. Sie verfügen über einen eidgenössischen oder einen von der MEBEKO anerkannten ausländischen Wei-





Es gibt neue Richtlinien für die Zulassung von Ärzten.

terbildungstitel im Fachgebiet, für das die Zulassung beantragt wird.

3. Sie müssen mindestens drei Jahre im Fachgebiet, wofür die Zulassung beantragt wird, an einer anerkannten schweizerischen Weiterbildungsstätte gearbeitet haben.
4. Sie weisen die in ihrer Tätigkeitsregion notwendige Sprachkompetenz mittels einer in der Schweiz abgelegten Sprachprüfung nach. Ärzte und Ärztinnen verfügen über die notwendige Sprachkompetenz, wenn sie in der Lage sind, in der Sprache ihrer Tätigkeitsregion:
  - a. die Hauptinhalte komplexer Texte zu konkreten oder abstrakten Themen zu verstehen und deren implizite Bedeutung zu erfassen;
  - b. sich spontan und fließend auszudrücken, ohne öfter nach Worten zu suchen;
  - c. die Sprache wirksam und flexibel zu gebrauchen und sich klar und strukturiert zu komplexen Sachverhalten zu äussern.

Gemäss dem erläuternden Bericht zur Krankenversicherungsverordnung entsprechen diese Anforderungen dem Niveau C1 des Gemeinsamen Europäischen Referenzrahmens für Sprachen.

Die Nachweispflicht der erwähnten notwendigen Sprachkompetenz entfällt für Ärztinnen und Ärzte, welche über einen der folgenden Abschlüsse verfügen:

- a. eine schweizerische gymnasiale Maturität, bei der die Amtssprache der Tätigkeitsregion Grundlagenfach war;
  - b. ein in der Amtssprache der Tätigkeitsregion erworbenes eidgenössisches Diplom für Ärzte und Ärztinnen;
  - c. ein in der Amtssprache der Tätigkeitsregion erworbenes, von der MEBEKO anerkanntes ausländisches Diplom.
5. Einrichtungen, die der ambulanten Krankenpflege durch Ärzte und Ärztinnen dienen, weisen nach, dass sie die Qualitätsanforderungen nach Art. 58 g KVV erfüllen. Diese sind:
    - a. Sie verfügen über das erforderliche qualifizierte Personal.
    - b. Sie verfügen über ein geeignetes Qualitätsmanagementsystem.
    - c. Sie verfügen über ein geeignetes internes Berichts- und Lernsystem und haben sich, sofern ein solches besteht, einem gesamtschweizerisch einheitlichen Netzwerk zur Meldung von unerwünschten Ereignissen angeschlossen.
    - d. Sie verfügen über die Ausstattung, die erforderlich ist, um an nationalen Qualitätsmessungen teilzunehmen.
  6. Einrichtungen, die der ambulanten Krankenpflege durch Ärztinnen und Ärzte dienen, müssen sich neu einer zertifizierten Gemeinschaft oder Stammgemeinschaft für das elektronische Patientendossier anschliessen.

## Wichtige Informationen

- Ärztinnen und Ärzte und Einrichtungen, die der ambulanten Krankenpflege durch Ärztinnen und Ärzte dienen, die nach bisherigem Recht zur Tätigkeit zulasten der OKP zugelassen waren, gelten auch nach neuem Recht vom Kanton zugelassen, auf dessen Gebiet sie die Tätigkeit am 1. Januar 2022 ausüben.
- Ärztinnen und Ärzte oder Einrichtungen, die der ambulanten Krankenpflege durch Ärztinnen und Ärzte dienen, die bereits vor dem 1. Januar 2022 zugelassen waren und ab 1. Januar 2022 in einem anderen Kanton eine Zulassung beantragen möchten, haben die Zulassungsvoraussetzungen gemäss neuem Recht für diesen Kanton zu erfüllen.
- Eine Zulassung betrifft nur das Fachgebiet, für das sie beantragt wurde. Somit muss eine Ärztin oder ein Arzt mit mehreren Weiterbildungstiteln jeweils für jedes Fachgebiet, in dem Leistungen zulasten der OKP erbracht werden sollen, eine Zulassung beantragen.



- Lehnt der Kanton ein Zulassungsgesuch ab, so kann die Ablehnung beim kantonalen Gericht vom Antragsteller angefochten werden.
- Gemäss dem Bundesgesetz über die universitären Medizinalberufe (MedBG) sind die notwendigen Sprachkenntnisse Voraussetzung für die Erteilung einer Berufsausübungsbewilligung, d.h. für die Bewilligung, den Beruf als Arzt bzw. Ärztin auf dem Gebiet der Schweiz überhaupt ausüben zu können. Eine Ärztin oder ein Arzt mit kantonaler Berufsausübungsbewilligung, aber ohne Zulassung zur OKP darf zwar als Arzt tätig sein, kann aber «nur» Privatpatienten, Selbstzahler oder Patienten zulasten anderer Sozialversicherungen als der Krankenversicherung abrechnen (Invaliden, Militär- und Unfallversicherung).
- Die Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren GDK beschloss Empfehlungen zur Erfüllung der laut Art. 58 g KVV verlangten Qualitätsanforderungen. Die Empfehlungen sind auf der Website der GDK zu finden ([https://www.gdk-cds.ch/fileadmin/docs/public/gdk/themen/gesundheitsberufe/medizinalberufe/EM\\_Qualitaetsanforderungen\\_Zulassung\\_zur\\_OKP\\_20211021\\_d.pdf](https://www.gdk-cds.ch/fileadmin/docs/public/gdk/themen/gesundheitsberufe/medizinalberufe/EM_Qualitaetsanforderungen_Zulassung_zur_OKP_20211021_d.pdf)). Die konkrete Umsetzung obliegt den einzelnen Kantonen.
- Da die Kantone für die Umsetzung des neuen Zulassungsrechts zuständig sind, werden sie entsprechend Informationen über das konkrete Vorgehen bereitstellen. Bei darüber hinausgehenden offenen Fragen empfehlen wir Ihnen, sich direkt bei der kantonalen Gesundheitsdirektion zu erkundigen.
- Das neue Zulassungsrecht für ambulante Leistungserbringer sieht vor, dass Ärztinnen und Ärzte, die ab 1. Januar 2022 neu zur Tätigkeit zulasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) zugelassen werden möchten, am EPD teilnehmen müssen. Somit ist die Freiwilligkeit, ein EPD zu führen, für die ambulant tätigen Ärztinnen und Ärzte aufgehoben, welche neu ab 1. Januar 2022 zugelassen werden. Für bereits zugelassene Ärztinnen und Ärzte gilt diese Vorgabe zurzeit nicht.
- Für die Teilnahme am EPD müssen sich Ärztinnen und Ärzte einer zertifizierten Stammgemeinschaft oder Gemeinschaft gemäss EPDG anschliessen. Eine Übersicht der künftigen Stammgemeinschaften oder Gemeinschaften gemäss EPDG wird durch die Kompetenz- und Koordinationsstelle von Bund und Kantonen eHealth Suisse publiziert und laufend aktualisiert (<https://www.patientendossier.ch/de/bevoelkerung/epd-anbieter>). Die ärztteigene Gemeinschaft AD Swiss EPD Gemeinschaft (AD Swiss) ist national tätig und ermöglicht Ärztinnen und Ärzten die Teilnahme am EPD.

In der Umsetzung des neuen Zulassungsrechts werden sich künftig neu viele praxisrelevante Fragen stellen. Dazu werden wir Sie laufend informieren und unsere FAQ auf der Website der FMH aktualisieren.

**Bildnachweis**

Mark König / Unsplash  
Muhammad Daudy / Unsplash

# Personalien

## Todesfälle / Décès / Decessi

*Pierre Droz* (1942), † 27.11.2021,  
Spécialiste en psychiatrie et psychothérapie,  
1207 Genève

*Hans Geigenmüller* (1926), † 1.12.2021,  
Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie,  
9533 Kirchberg SG

## Praxiseröffnung / Nouveaux cabinets médicaux / Nuovi studi medici

### NE

*Zoé Schulthess*,  
Spécialiste en gynécologie et obstétrique,  
FMH, Avenue Léopold-Robert 49,  
2300 La Chaux-de-Fonds

### VD

*Amir Théodore Hojabr Ghelitchi*,  
Spécialiste en ophtalmologie, FMH,  
Rue de la Morâche 9, 1260 Nyon

## Aargauischer Ärzteverband

Zur Aufnahme in den Aargauischen Ärzteverband haben sich angemeldet:

Als ordentlich praktizierende Mitglieder:

*Sonia Barreiro*, Fachärztin für Anästhesiologie, FMH, 5707 Seengen, angestellt in Praxis in Schneisingen per 1. Januar 2022

*Sandra Bender*, Fachärztin für Allgemeine Innere Medizin, FMH, 4314 Zeiningen, Praxiseröffnung in Praxisgemeinschaft in Rheinfelden per 1. April 2022

*Wilhelm Breit*, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, 5200 Brugg, Praxiseröffnung in Praxisgemeinschaft in Windisch per 1. November 2021

*Andreas Breunig*, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin, FMH, 5603 Staufien, angestellt in Praxisgemeinschaft in Villmergen seit 1. November 2021

*Suzi Djordjevic*, Fachärztin für Gynäkologie und Geburtshilfe, 4658 Däniken, angestellt in Praxisgemeinschaft in Aarau seit 15. Oktober 2021

*Andrea Ernst*, Fachärztin für Kinder- und Jugendmedizin, FMH, 5412 Gebenstorf, Praxiseröffnung in Praxisgemeinschaft in Wettingen per 7. Oktober 2021

*Yvonne Hollmann*, Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie, 5436 Würenlos, Praxiseröffnung in Baden per 1. März 2021

*Isabella Humbel*, Fachärztin für Allgemeine Innere Medizin, 5620 Bremgarten, Praxiseröffnung in Praxisgemeinschaft in Berikon per 1. März 2022

*Manuela Imbach*, Fachärztin für Allgemeine Innere Medizin, FMH, 5242 Lupfig, Praxiseröffnung in Praxisgemeinschaft in Wettingen per 1. Juni 2022

*Bashir Ahmad Masudy*, Praktischer Arzt, D-60437 Frankfurt am Main, Praxiseröffnung in Praxisgemeinschaft in Bremgarten per 1. Januar 2022

*Dominik Müller*, Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin, FMH, 4054 Basel, Praxiseröffnung in Praxisgemeinschaft in Rheinfelden per 18. Oktober 2021

*Jeannine Rotzetter*, Fachärztin für Allgemeine Innere Medizin, FMH, 5035 Unterentfelden, angestellt in Praxis in Aarau seit 1. November 2021

*Patricia Weber*, Fachärztin für Gynäkologie und Geburtshilfe, FMH, 5107 Schinznach-Dorf, Praxiseröffnung in Praxisgemeinschaft in Aarau per 1. Januar 2022

*Murat Yilmaz*, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin, FMH, 8127 Forch, Praxiseröffnung in Praxisgemeinschaft in Spreitenbach per 27. Oktober 2021

Diese Kandidaturen werden in Anwendung von Art. 5 der Statuten des Aargauischen Ärzteverbandes veröffentlicht. Einsprachen müssen innert 14 Tagen seit der Bekanntmachung schriftlich und begründet der Geschäftsleitung des Aargauischen Ärzteverbandes eingereicht werden. Nach Ablauf der

Einsprachefrist entscheidet die Geschäftsleitung über Gesuch und allfällige Einsprachen.

## Ärztegesellschaft des Kantons Bern

### Ärztlicher Bezirksverein Bern Regio

Zur Aufnahme als ordentliches Mitglied hat sich angemeldet:

*Emiliana Matarrelli*, Fachärztin für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, Schänzlistrasse 33, 3013 Bern

Zur Aufnahme als ordentliches Mitglied in leitender Tätigkeit hat sich angemeldet:

*Thomas Riedel*, Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin und Facharzt für Intensivmedizin, FMH, Chefarzt Kinderintensivstation, Kinderklinik, Inselspital, 3010 Bern

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

## Ärztegesellschaft des Kantons Luzern

Zur Aufnahme in unsere Gesellschaft Sektion Stadt hat sich gemeldet:

*Ralf Schöniger*, Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, FMH, ab 1.1.2022: Orthopädische Klinik Luzern AG, St. Anna-Strasse 32, 6006 Luzern

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

## Ärztegesellschaft Thurgau

Die Ärztegesellschaft Thurgau informiert über folgende Neuanmeldung:

*Johanna Litau*, Praktische Ärztin, Erlackerstrasse 19, 9300 Wittenbach



# Wechsel zum Anordnungsmodell: Es gibt noch viel zu tun

Fulvia Rota<sup>a</sup>, Rafael Traber<sup>b</sup>, Nanda Samimi<sup>c</sup>, Erich Seifritz<sup>d</sup>

<sup>a</sup> Dr. med., Präsidentin der Schweizerischen Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie SGPP; <sup>b</sup> Dr. med., Vizepräsident SGPP; <sup>c</sup> Eidg. Dipl. pharm. ETH, Vizepräsidentin der Swiss Mental Health Care SMHC; <sup>d</sup> Prof. Dr. med., Präsident der SMHC

Der Wechsel vom Delegations- zum Anordnungsmodell für die psychologische Psychotherapie erfolgt überstürzt: Die Kantone haben bis jetzt noch immer keine Steuerungsinstrumente in der Hand, und die geplante klinische Weiterbildung ist unzureichend. Diese Punkte müssen geklärt werden, bevor das Anordnungsmodell in Kraft tritt. Sonst droht eine Mengenausweitung, welche die damit angestrebten Versorgungsziele verfehlt.

Am 19. März 2021 gab der Bundesrat bekannt, dass das Delegationsmodell per 1. Juli 2022 durch das Anordnungsmodell ersetzt werden soll. Im neuen Modell können die psychologischen Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten ihre Leistungen selbständig im Rahmen der obligatorischen Krankenpflegeversicherung erbringen.

Als Ziel gab der Bundesrat vor, dass durch den vereinfachten Zugang zur Psychotherapie Versorgungslücken in der Kinder- und Jugendpsychiatrie, in Krisen- und Notfallsituationen, für schwere psychische Erkrankungen sowie in ländlichen Regionen reduziert werden sollen. Monate später zeigt sich: Das bleibt Wunschdenken.

Die Zeit für die Umsetzung ist viel zu knapp bemessen. Angesichts der Komplexität und Tragweite des Systemwechsels wäre eine Revision des Krankenversicherungsgesetzes (KVG) angezeigt gewesen. Auf dem stattdessen beschrittenen Verordnungsweg sind ein halbes Jahr vor der Umsetzung immer noch essentielle Fragen in Bezug auf die gezielte Versorgung, die Sicherheit, die Qualität und die Kosten offen.

Wegen der vielen Unklarheiten droht nun eine Fehlversorgung mit unkontrolliertem Kostenanstieg. Und dies in einer Zeit, in der die Politik intensiv über die Kostendämpfungspakete I und II diskutiert, die in allen Bereichen des Gesundheitswesens Einsparungen bringen sollen.

## Was politisch gerade geschieht

Der Bundesrat hat einen Termin für den Systemwechsel festgelegt, obschon die Motion der nationalrätlichen Gesundheitskommission, welche auf Gesetzesebene eine Zulassungssteuerung der Psychologinnen und Psychologen fordert, vom Ständerat noch nicht behandelt wurde. Die Schweizerische Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie (SGPP) und die Organisation Swiss Mental Health Care (SMHC) wandten sich deshalb an die Mitglieder der ständerätlichen Gesundheitskommission, worauf am 19. Oktober 2021 eine Anhörung mit den betroffenen Verbänden stattfand. Als Folge davon haben die Kommissionsmitglieder die besagte Motion dem Ständerat zur Annahme empfohlen. Dieser hat am 6. Dezember 2021 die Motion schliesslich an den Bundesrat überwiesen. Anders als der Berufsverband Föderation der Schweizer Psychologinnen und Psychologen (FSP) verlaublich liess, stand an der Anhörung zur Motion nicht das Anordnungsmodell zur Debatte. Es geht der SGPP und der SMHC ausschliesslich darum, die Voraussetzungen zu schaffen, um mit dem Systemwechsel die Versorgung von Menschen mit psychischen Erkrankungen zu verbessern und keine unzulässigen Mehrkosten zu verursachen.

Da die Motion zur Zulassungssteuerung nicht in dieser kurzen Frist umgesetzt werden kann, hat sich die ständerätliche Gesundheitskommission Mitte November 2021 mit einem Brief an den Bundesrat gewandt. Er wird aufgefordert, bereits im Hinblick auf die Inkraftsetzung der Ordnungsanpassung per 1. Juli 2022 das in seiner Kompetenz Stehende zu tun, um ungerechtfertigten Mengenausweitungen vorzubeugen und eine qualitativ hochstehende Versorgung sicherzustellen.

## Es muss noch einiges geklärt werden

Es braucht jetzt Massnahmen, um nicht im Nachhinein Fehlentwicklungen korrigieren zu müssen. Das sind die offenen Fragen, die zwingend zu klären sind, bevor das Anordnungsmodell in Kraft tritt:

### **Zulassungssteuerung**

Die Kantone müssen unbedingt in der Lage sein, die Zulassung der psychologischen Psychotherapeutinnen und -therapeuten zu steuern, bevor das Anordnungsmodell in Kraft tritt. In der jetzigen Ausgangslage käme es zu einer flächendeckenden Erhöhung. Das Angebot in den Städten, das bereits ausreichend ist, würde weiter ausgebaut. Das führt unweigerlich zu einer Mengenausweitung, ohne dass dort, wo heute

tatsächlich Engpässe bestehen, die Versorgung verbessert wird: in der Kinder- und Jugendpsychiatrie, für Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen, in Randregionen und in der Notfall- und Krisenpsychiatrie.

Die bereits bestehenden personellen Engpässe in den psychiatrischen Institutionen mit ihrer umfassenden Versorgungspflicht drohen sich zudem weiter zu verschärfen, wenn der Zugang zum ambulanten Markt unreguliert bleibt.

Jedes Jahr schliessen rund 400 Psychologinnen und Psychologen ihre Weiterbildung ab, die sie zur selbständigen Ausübung der psychologischen Psychotherapie berechtigt. Zum Vergleich: Die Zahl der Ärztinnen und Ärzte, die jedes Jahr ihre Weiterbildung zum

## Angesichts der Komplexität und Tragweite des Systemwechsels wäre eine Revision des Krankenversicherungsgesetzes angezeigt gewesen.

Facharzt bzw. zur Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie abschliessen und in zweifacher Hinsicht reguliert sind, ist nicht einmal halb so gross.

### **Klinische Weiterbildung**

Bevor das Anordnungsmodell in Kraft tritt, muss die klinisch-praktische Weiterbildung der psychologischen Psychotherapeutinnen und -therapeuten geregelt sein: Bis heute sind weder die Inhalte definiert, noch ist die Finanzierung gesichert. Die Krankenpflege-Leistungsverordnung (KLV) und die Krankenversicherungsverordnung sehen zudem lediglich ein Jahr klinisch-praktische Erfahrung in einer vom Schweizerischen Institut für ärztliche Weiter- und Fortbildung (SIWF) zertifizierten Weiterbildungsstätte vor. Das ist für die angestrebte, weitgehend selbständige Behandlung von psychischen Erkrankungen ungenügend.

Selbständig tätige Psychologinnen und Psychologen müssen in ihrer Weiterbildung das gesamte Spektrum psychischer Erkrankungen kennenlernen. Denn im neuen Anordnungsmodell kommt die Psychiaterin bzw. der Psychiater erst nach 30 Therapiestunden ins Spiel. Im Delegationsmodell hingegen ist die fachärztliche Unterstützung und Zusammenarbeit ab Therapiebeginn sichergestellt.

Ausreichende klinisch-praktische Erfahrung in SIWF-zertifizierten psychiatrisch-psychotherapeutischen Institutionen ist auch deshalb zwingend, weil im neuen Modell Anordnungen auch von Grundversorgern gemacht werden, die in der Regel wenig Erfahrung mit der Diagnostik und Therapie von psychischen Erkrankungen haben. Deshalb ist es eminent



wichtig, dass psychologische Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten lernen, schwerere psychische Störungen sicher zu erkennen.

Nur so können die Indikationsqualität und die Anforderungen an Behandlungsqualität und -sicherheit von Beginn weg erfüllt und Fehlbehandlungen vermieden werden. Die klinische Erfahrung ist nicht zuletzt auch bei Kriseninterventionen und Notfallbehandlungen von entscheidender Bedeutung – also dort, wo heute tatsächlich Versorgungsengpässe bestehen, die der Bundesrat mit dem Anordnungsmodell beheben will.

### **Unterfinanzierung**

Bei ungenügender klinischer Erfahrung werden sich psychologische Psychotherapeutinnen und -therapeuten zwangsläufig auf leichte Fälle konzentrieren. Es besteht die Gefahr, dass die ambulante psychiatrische Versorgung – niedergelassen und institutionell – mit dieser Umverteilung mehr schwere Fälle übernehmen muss. Das aktuelle Tarifsystem vergütet die ambulante Behandlung für schwer und komplex psychisch kranke Menschen allerdings nicht kostendeckend. Auch mit den heute schon vorhandenen kantonalen Subventionen in Form von gemeinwirtschaftlichen Leistungen können die institutionellen Ambulatorien nicht wirtschaftlich betrieben werden. Der finanzielle Druck auf die ambulante psychiatrische Behandlung schwer kranker Menschen wird steigen.

### **Fachkräftemangel**

Wenn die ambulant tätigen Fachpersonen in den Institutionen sowie die niedergelassenen Psychiaterinnen und Psychiater zunehmend mit einer Konzentration von schwer psychisch erkrankten Menschen konfrontiert sein werden, sinkt die Attraktivität für die verantwortlichen Berufsgruppen – insbesondere für den ärztlichen und den pflegerischen Nachwuchs. Diese asymmetrische Lastenverteilung wird den Fachkräftemangel in den psychiatrischen Institutionen weiter verschärfen. Mit der heute vorgesehenen flächendeckenden, unregulierten Mengenausweitung ist die Gefahr einer Ressourcenverschiebung von schweren zu leichteren Fällen besonders gross.

### **Kostenentwicklung**

Die vom Bundesamt für Gesundheit genannten Mehrkosten von 167 Millionen Franken sind deutlich zu tief geschätzt und basieren auf nicht repräsentativen Zahlen und Fakten. Gefordert ist eine verlässliche Zahlenbasis. Es reicht auch nicht aus, die Kostenentwicklung zu beobachten. Ohne wirksame Zulassungssteuerung durch die Kantone wird es in diesem Bereich zu einem

unkontrollierten Wachstum der Gesundheitskosten ohne den angestrebten Gegenwert kommen – dies in Zeiten, in denen im Gesundheitswesen der Spardruck hoch ist.

### **Prozess verlangsamen**

Ein halbes Jahr vor dem Systemwechsel vom Delegations- zum Anordnungsmodell bestehen noch immer fundamentale Unklarheiten in Bezug auf die gezielte Versorgung, die Sicherheit, die Qualität und die Kosten. Die vom Bundesrat vorgegebenen Ziele, die Engpässe in der psychiatrisch-psychotherapeutischen Versorgung zu beheben, bleiben unter diesen Voraussetzungen ein Wunschdenken. Wie sich nun zeigt, wäre angesichts der Komplexität und Tragweite des Systemwechsels eine KVG-Revision angezeigt gewesen.

Es besteht aber immer noch die Chance, den Systemwechsel auf dem Verordnungsweg so umzusetzen, dass die Engpässe in der Kinder- und Jugendpsychiatrie, in Randregionen, in der Krisen- und Notfallpsychiatrie sowie generell bei psychisch schwer erkrankten Menschen reduziert werden. Daher sollte der auf den 1. Juli 2022 geplante Systemwechsel auf einen späteren Zeitpunkt verschoben werden. So liessen sich die notwendigen Voraussetzungen schaffen, um eine Fehlversorgung ebenso wie ungerechtfertigte Mehrkosten zu verhindern. Fragen rund um die Zulassungssteuerung und die Weiterbildung der Psychologinnen und Psychologen sind zwingend zu klären, bevor das Anordnungsmodell in Kraft tritt. Die Gefahr ist sonst gross, dass Menschen mit schwereren psychischen Erkrankungen nicht adäquat behandelt werden, wenn die psychologischen Psychotherapeuten in der Weiterbildung nicht auf die neuen Bedingungen im Anordnungsmodell vorbereitet werden. Massgebend für die Umsetzung müssen die tatsächlich bestehenden Versorgungsprobleme sein, und es müssen die Qualitäts- und Sicherheitsaspekte inklusive Finanzierung und Konzeption einer adäquaten klinischen Weiterbildung berücksichtigt werden.

### **Das Wichtigste in Kürze**

- Per 1. Juli 2022 soll gemäss Bundesratsentscheid das Delegationsmodell für psychotherapeutische Behandlungen durch psychologische Psychotherapeutinnen und -therapeuten durch das Anordnungsmodell ersetzt werden. So sollen Versorgungsengpässe verhindert werden.
- Diese Änderung wirkt aus Sicht der SGPP und SMHC Fragen in den Bereichen der Zulassung, klinischen Weiterbildung und Finanzierung sowie beim Fachkräftemangel und bei der Kostenentwicklung auf.
- Die SGPP und SMHC plädieren für eine zeitliche Verschiebung des Systemwechsels, damit diese Fragen angemessen geklärt und unnötige Mehrkosten verhindert werden.

**Bildnachweis**  
Havucvp |  
Dreamstime.com

sgpp[at]psychiatrie.ch  
welcome[at]swissmental-  
healthcare.ch

# Briefe an die SÄZ

## Wer trägt die Verantwortung?

Brief zu: Schweizer C. Impfen im Spannungsfeld von Druck und Gegendruck. Schweiz Ärztezg. 2021;102(49):1640–4.

Die Diskussionen in der SÄZ kreisen seit Wochen um das juristische und ethische Dilemma von Impfblogatorium, Verhältnismässigkeit von Zwang und so weiter. Diese Diskussion zielt nur einseitig auf eine Facette des Problems, in dem wir uns zurzeit befinden.

Die Coronavirus-Pandemie in der Schweiz ist ein weiteres Mal aus dem Ruder gelaufen. Die schweizerische Politik hat es nicht geschafft, mit angemessenen und rechtzeitigen Mass-

nahmen die Bevölkerung und die Spitäler vor einer weiteren Covid-19-Welle zu schützen. Die Politik ist für alle Menschen im Staat verantwortlich. Sie kann sich nicht nur explizit der Bekämpfung der Covid-19-Pandemie widmen. Politiker müssen ausserdem für ihre Entscheide die Verantwortung gegenüber der Bevölkerung wahrnehmen.

Wie steht es eigentlich mit der Impfkommision? Hätte man die Impfung mit der dritten Dosis (auch als Booster bezeichnet) nicht früher propagieren können? Wieso hat die Impfkommision keine «Ad-hoc-Corona/Covid-19-Gruppe» geschaffen, in der ein Geriater, ein Epidemiologe, ein Intensivmediziner, ein Not-

fallmediziner, eventuell ein Pflegeheimexperte beisitzen? Wieso wurde die Impfung für Kinder unter 12 Jahren erst jetzt freigegeben, wo es schon zu spät ist, um die Durchsuchung in den Schulzimmern und den Familien der Kinder zu verhindern? Nicht nur die Politik ist zu spät, auch alle Impf-Massnahmen, die einfach, kostengünstig und verhältnismässig gewesen wären, wurden versäumt. Empfehlungen wurden zu spät und zu zögerlich herausgegeben, um die impfwillige Bevölkerung adäquat zu schützen. Wer trägt dafür die Verantwortung?

Dr. med. Thierry Brunschwig, Hinteregg

# Mitteilungen

## Facharztprüfungen

### Facharztprüfung zur Erlangung des Facharztstitels Allergologie und klinische Immunologie

#### Schriftliche Prüfung

#### Datum:

Donnerstag, 16. Juni 2022, 14.00–17.00 Uhr

#### Ort:

Universitätsspital Basel, Petersgraben 4, 4031 Basel

Anmeldefrist: Sonntag, 10. April 2022

Weitere Informationen finden Sie auf der Website des SIWF unter [www.siwf.ch](http://www.siwf.ch) → Weiterbildung → Facharzttitel und Schwerpunkte → Allergologie und klinische Immunologie

### Facharztprüfung zur Erlangung des Facharztstitels Allergologie und klinische Immunologie

#### Mündliche Prüfung

#### Datum

Freitag, 17. Juni 2022, 9.00–13.00 Uhr

#### Ort

Universitätsspital Basel, Petersgraben 4, 4031 Basel

Anmeldefrist: Sonntag, 10. April 2022

Weitere Informationen finden Sie auf der Website des SIWF unter [www.siwf.ch](http://www.siwf.ch) → Weiterbildung → Facharzttitel und Schwerpunkte → Allergologie und klinische Immunologie

### Schwerpunktprüfung zur Erlangung des Schwerpunktes Kindernotfallmedizin zu den Facharzttiteln Kinder- und Jugendmedizin oder Kinderchirurgie

#### Datum

24. November 2022

#### Ort

Der Prüfungsort wird nach Eingang der Anmeldungen und abhängig von der gewünschten Prüfungssprache festgelegt.

**Prüfungsgebühr:** Die Fachgesellschaft PEMS (Pediatric Emergency Medicine Switzerland) erhebt eine Prüfungsgebühr von CHF 1000.

**Zulassungsbedingungen:** Es sind ausschliesslich Ärztinnen und Ärzte mit einem

eidgenössischen oder vom BAG anerkannten ausländischen Arztdiplom zur Facharztprüfung zugelassen (Art. 23 WBO).

Anmeldefrist: 31. Juli 2022

**Anmeldung:** Unter Beilage eines tabellarischen Lebenslaufes und Angabe der gewünschten Prüfungssprache an die Präsidentin der Prüfungskommission: Dr. med. Iris Irene Bachmann Holzinger Präsidentin Prüfungskommission PEMS Interdisziplinäre Notfallstation Universitätskinderhospital Zürich Steinwiesstrasse 75 8032 Zürich

**Informationen:** Das Bestehen der Schwerpunktprüfung ist Voraussetzung für den Erwerb des Schwerpunktes Kindernotfallmedizin (allfällig anwendbare Übergangsbestimmungen und Ausnahmen: Artikel «Facharztprüfung – was gilt?»).

## Einblick in die interprofessionelle Ausbildung

# Alte Muster durchbrechen

**Julia Rippstein**Redaktorin *Schweizerische Ärztezeitung*

Die Schweiz ist im Hinblick auf die interprofessionelle Ausbildung der Gesundheitsberufe im Rückstand. In den letzten Jahren wurden jedoch verschiedene Projekte ins Leben gerufen – und dies mit Erfolg. Eins davon ist die Zürcher interprofessionelle klinische Ausbildungsstation. Die *Schweizerische Ärztezeitung* hat eine Gruppe von Studierenden einen Tag lang begleitet.

10.30 Uhr: Im Büro der Klinik für Traumatologie des Universitätsspitals Zürich (USZ) herrscht eine geschäftige Atmosphäre. Es wird Papierkram erledigt, Patientendossiers werden auf den neusten Stand gebracht. Eine junge Frau betritt den Raum und fragt ihre Kolleginnen und Kollegen höflich, aber bestimmt: «Darf ich euch kurz stören? Ich habe eine Frage zu diesem Patienten: Hat er bereits mit der Handrehabilitation begonnen?» Sofort wird von den Bildschirmen abgeblickt, und die Antwort kommt wie aus der Pistole geschossen: «Ja, er hat bereits mit der Therapie begonnen.» Eine auf den ersten Blick banale Szene. Und doch spielt sie sich nicht in einem gewöhnlichen Büro ab:

Hier treffen sich Studierende der Medizin, Pflege, Physiotherapie und Ernährungsberatung, die unter der Aufsicht von «Facilitators» während mehrerer Wochen selbständig Patientinnen und Patienten betreuen und dabei lernen, interprofessionell zu arbeiten. Dieses Konzept hat einen Namen: die Zürcher interprofessionelle klinische Ausbildungsstation (ZIPAS). Das im Herbst 2019 gestartete Projekt basiert auf dem seit fast dreissig Jahren bewährten schwedischen Modell und richtet sich an Studierende aus den Gesundheitsbereichen, die sich in der Endphase ihrer Ausbildung befinden. Das Ziel: Barrieren zwischen den verschiedenen Gesundheitsberufen abbauen, die jeweiligen Aufgaben kennen- und verstehen lernen und vor allem einüben, wie man zusammenarbeitet und wie diese Zusammenarbeit verbessert werden kann. Kurzum: die Interprofessionalität im Alltag der Gesundheitsberufe verankern – und zwar bereits in der Ausbildung.



Ausbildungsprojekte wie ZIPAS ermutigen die Studierenden, so viel wie möglich miteinander zu kommunizieren (Foto 2019 aufgenommen: © USZ/Nicolas Zonvi).

## Büro teilen: immer noch ein Tabu

Auf die Frage der jungen Frau, die kurz vor dem Abschluss zur Pflegefachfrau steht, folgt ein spontanes «Update» über die drei Patienten, die von den Studierenden betreut werden. «Wer betreut welche Person? Wer braucht Hilfe? Wo gibt es Probleme?», fragt Christian, der ebenfalls angehender Pflegefachmann ist sowie Koordinator des Tages. Die Atmosphäre ist gespannt und herzlich, jeder hört aufmerksam zu und steuert sein Wissen bei. «Dieser Patient wird zunächst nicht operiert, aber wir müssen seinen Fall neu beurteilen», sagt Tobias, ein Medizinstudent. Dass sich Ärzteschaft und Pflegende ein Büro teilen und sehr offen und konstant miteinander reden, ist in der Realität noch tabu, betont Andrea Bärlocher, Bildungsverantwortliche ZIPAS. Es wäre zwar sehr einfach umzusetzen, wie sie findet, erfordere aber einen Kulturwandel. Dieser Wandel wird von den ZIPAS-Studierenden getragen, für die Interprofessionalität eine

Selbstverständlichkeit ist. «Der interprofessionelle Aspekt war mir schon immer bewusst, aber seit ich auf der Ausbildungsstation bin, achte ich stärker auf die Aufgaben der anderen Berufsgruppen. Wir unterstützen uns gegenseitig und lernen viel voneinander», sagt Tobias. Für Frank Schäfer, Oberarzt in der Klinik für Traumatologie und Facilitator, kommt die Veränderung dank Projekten wie ZIPAS: «So werden alte Muster durchbrochen.»

Eine Physiotherapie-Studentin tritt ins Büro und fragt schüchtern: «Kann der Patient mit dem Gips eine Last tragen?» Ein Medizinstudent antwortet: «Nein, zunächst keine Belastung, aber ich denke, er kann die

Gelenke bewegen.» Die junge Physiotherapeutin runzelt die Stirn: «Denkst du es oder weisst du es?» Als der angehende Arzt seine Ungenauigkeit bemerkt, korrigiert er sich: «Ich weiss es, wir haben es bei der Operation gesehen.» Ausbildungsprojekte wie ZIPAS ermutigen die Studierenden, so viel und so klar wie möglich miteinander zu kommunizieren. «Oftmals verhindert der Alltagsstress einen offenen Dialog, so dass heikle Themen verdrängt werden und die Zusammenarbeit im Team leidet», sagt Andrea Bärlocher. Das wirkt sich auf die Patientenversorgung aus: 70% aller medizinischen Fehler sind auf mangelnde Kommunikation und unzureichende Zusammenarbeit zurückzuführen [1].

**Fünf Fragen an PD Dr. med. Bastian Grande, Medical Director des Simulationszentrums am USZ**



**Das Simulationszentrum, das Sie leiten, bietet Trainings speziell für interprofessionelle Teams an. Was sind die Vorteile solcher Trainings?**

Wir konnten nachweisen, dass die Leistung eines Teams steigt, wenn es interprofessionelles Arbeiten übt. Die Teammitglieder fühlen sich dadurch sicherer, weil sie wissen, was die anderen tun, und keine

Angst haben, untereinander auch manchmal heikle Themen anzusprechen. Dadurch können Hierarchien abgebaut, kann gewaltlos kommuniziert und können Vorurteile gegenüber anderen Berufen überwunden werden. Es schafft Verständnis dafür, dass alle, mit denen man zusammenarbeitet, kompetent sind und sich bestmöglich um das Wohl der Patientin oder des Patienten kümmern wollen.

**Warum ist es so wichtig zu wissen, was andere tun? Besteht nicht die Gefahr von Schnittstellen?**

Wenn jeder eingübt hat, auch die Aufgaben der anderen zu machen, dann weiss jeder, was zu welchem Zeitpunkt zu tun ist. Alle können jederzeit einspringen, wenn jemand Hilfe braucht. Es gibt viele Überschneidungen zwischen den Gesundheitsberufen, so z.B. in der Anästhesie. In diesem Bereich führt das Pflegepersonal ärztliche Tätigkeiten durch. Wichtig ist, zu kommunizieren und die Rollen zu klären, sprich wer macht was. In der Physiotherapie kann die Ärztin oder der Arzt auch Patientinnen und Patienten mobilisieren, muss dies aber klar mit der Physiotherapeutin bzw. dem Physiotherapeuten absprechen: Wie weit greift wer ein, wann ist eine physiotherapeutische Behandlung sinnvoll? In der Interprofessionalität gibt es kein Regelbuch, jede Situation ist anders und muss zwischen den beteiligten Personen ausgehandelt werden.

**Es handelt sich um Trainings. Kann das Gelernte im stressigen Alltag wirklich umgesetzt werden?**

Ein wichtiger Punkt ist der Transfer des Wissens in die Praxis. Dies geschieht durch Gespräche und Briefings mit denjenigen, die noch nicht über dieses Wissen verfügen. Das Argument «Wir haben keine Zeit» ist eigentlich unberechtigt: Es hat sich gezeigt, dass das gemeinsame Nachdenken über die Zusammenarbeit im Team schneller und effizienter geht als ein Debriefing über eine Patientin oder einen Patienten. Es werden auch heiklere Themen angesprochen. Jeder geht mit einem klareren Kopf und manchmal auch mit einem leichteren Herzen nach Hause.

**Was ist mit älteren Kolleginnen und Kollegen, die nicht in Interprofessionalität geschult worden sind? Machen sie mit?**

Ich habe die Erfahrung gemacht, dass Kolleginnen und Kollegen unter den starren Strukturen gelitten hatten und froh waren zu sehen, dass die Zusammenarbeit zwischen den Berufsgruppen auch anders funktionieren kann. Andere sagen: «Ja, das ist schön und gut, aber man muss auch zeigen können, dass es etwas bringt.» Es handelt sich schlicht um einen Kulturwandel, der stattfinden muss. Ich selbst hatte während meiner Ausbildung nie einen Kurs zu diesen Themen. Es wird noch einige Zeit dauern, bis die Interprofessionalität für alle Fachpersonen der Gesundheitsberufe eine Selbstverständlichkeit sein wird.

**Im Vergleich zu Ländern wie Schweden und Kanada hinkt die Schweiz in Bezug auf die interprofessionelle Ausbildung hinterher. Woran liegt das?**

Meiner Meinung nach fehlt der politische Wille dazu und damit auch die Strukturen, die solche Ausbildungen fördern. Die FMH könnte hier eine wichtige Rolle spielen. Zudem gibt es keine Fachgesellschaft, die sich speziell dem interprofessionellen Training widmet. Die Fachgesellschaften arbeiten unabhängig voneinander. Ein frappantes Beispiel: Die Broschüren, die nach Kongressen verteilt werden, sind in zwei Teile gegliedert, einen für die Pflege und einen für die Ärzteschaft. Das ist quasi der Gipfel, wenn man bedenkt, dass wir täglich zusammenarbeiten.





Auf der ZIPAS betreuen Gesundheitsstudierende unter der Aufsicht von «Facilitators» selbständig Patientinnen und Patienten und lernen dabei, interprofessionell zu arbeiten (Foto 2019 aufgenommen: © USZ/Nicolas Zonvi).

### «Fühlt sie sich schlecht integriert?»

Als die angehende Physiotherapeutin gegangen ist, schauen sich die anderen Studierenden an: «Sie hat das Gefühl, dass sie uns stört, aber wieso? Es stimmt schon, dass wir uns unter Pflegenden und Ärzten stark austauschen und weniger mit Physiotherapeuten und Ernährungsberatern, die nur sporadisch bei uns sind und sich dadurch vielleicht nicht gut integriert fühlen. Vielleicht ist das ein Punkt, der bei der Reflexion angesprochen werden sollte?» Alle nicken. Die «Reflexion» ist ein fester Lernbestandteil bei ZIPAS und findet täglich statt: Es geht darum, sich über die gelebte interprofessionelle Zusammenarbeit Gedanken zu machen, zu sehen, wann sie gut oder weniger gut funktioniert hat, solche Situationen zu analysieren, zu verstehen, warum jemand so oder so reagiert hat, und die Kommunikation und die Teamarbeit zu verbessern.

Doch vorher machen die Studierenden die Visite bei den drei Patienten, die sie derzeit betreuen. Bevor die Gruppe ins Zimmer geht, trifft sie sich, begleitet vom Facilitator, mit der Assistenzärztin auf dem Flur für das Briefing. Der Fall eines jungen ausländischen Patien-

ten, der kaum Deutsch spricht, beschäftigt das Team. «Wir haben ihm mehrmals erklärt, was er hat und warum er im Spital bleiben muss. Gestern war er genervt, weil er gehen will», sagt Tobias. «Ja, ich weiss, er versteht nichts», antwortet die Assistenzärztin. Jemand fügt hinzu, dass der Dolmetscher schon da war. Dann entscheidet die junge Ärztin: «Die Unterassistenten müssen Rücksprache mit dem Oberarzt nehmen, ob der Dolmetscher kommen soll oder nicht.» Keine Reaktion, nur ein leichtes Nicken. Dann wechselt die Diskussion zu einem anderen Patienten. Wurde dieses «Setting» von den Studierenden gut gemeistert? Dem Expertinnenauge der Bildungsverantwortlichen Andrea Bärlocher entging es jedenfalls nicht.

### Jenseits von Rollen und Hierarchien

13.30 Uhr: zurück im ZIPAS-Büro für die Reflexion. Andrea Bärlocher fragt: «Gibt es ein Setting, das eurer Meinung nach heute Morgen nicht optimal verlaufen ist?» Niemand reagiert. Die Expertin hilft: «Als ihr den möglichen Einsatz eines Dolmetschers erwähnt habt, habe ich eine klassische Rollenverteilung beobachtet. Wie schätzt ihr das Setting ein, und was habt ihr am Schluss für diesen Patienten entschieden?» Jeder erklärt seine Sicht auf den Umgang mit der Situation und seine Reaktion in dem Moment. Der Facilitator Pflege interveniert: «Ich habe darauf gewartet, dass jemand sagt: 'Der Patient braucht einen Dolmetscher', aber das kam nicht.» Frank Schäfer, der Oberarzt, dem die Studierenden stillschweigend die Entscheidung überlas-

### 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 welche Chancen gibt es? In unserer Schwerpunktserie betrachten wir das Thema aus unterschiedlichen Perspektiven.

## Erste interprofessionelle Ausbildungsstation der Schweiz

2017 haben sich sechs Institutionen, darunter das Careum, die Universität Zürich, das USZ und die Zürcher Hochschule für Angewandte Wissenschaften ZHAW, zusammengeschlossen, um ZIPAS als erste interprofessionelle klinische Ausbildungsstation der Schweiz zu gründen. Das Projekt ist inspiriert vom schwedischen Modell, das seit den 1990er Jahren existiert. 2018 wurden die ersten beiden Pilotprojekte von ZIPAS an der Neurologischen Klinik des USZ durchgeführt. Ein Jahr später wurden am USZ die ersten Schweizer Ausbildungsstationen in Betrieb genommen (Klinik und Poliklinik für Innere Medizin und Klinik für Traumatologie). Während dreier bis vier Wochen übernimmt eine Gruppe von sechs bis sieben Studierenden (Ergotherapie, Physiotherapie, Medizin, Ernährungsberatung, Soziale Arbeit, Fachpersonen Gesundheit, Pflegefachpersonen), die sich in der Endphase ihres Studiums befinden, die Tagesstruktur und die Patientenversorgung. Die Gruppe gestaltet gemeinsam die Ziele und Interventionen für die Behandlung und führt Visiten bei den Patientinnen und Patienten durch. Erfahrene Berufsbildnerinnen und -bildner beziehungsweise Kaderärztinnen und -ärzte aus den jeweiligen Berufsgruppen begleiten die Gruppe als «Facilitators» während des Einsatzes. Gegen Ende jeder Schicht und Woche reflektieren Studierende und Facilitators gemeinsam die interprofessionelle Zusammenarbeit. Weitere Informationen: [www.zipas.ch](http://www.zipas.ch)

sen hatten, ergänzt: «Hier sieht man das Klischee der steilen Hierarchie: der Höchstrangige muss entscheiden. Ihr hättet untereinander entscheiden können, ob ein Dolmetscher nötig ist, euch überlegen, welche Berufsgruppen bei dieser Gelegenheit etwas zu übersetzen haben, und diesen selber organisieren können.» Aysel, eine angehende Pflegefachfrau, die nicht auf der Visite war, entgegnet: «Einen Dolmetscher organisieren gehört zu den Kompetenzen der Pflege, und ich hätte es gemacht, wäre ich zuständig gewesen. Aber ich kann verstehen, dass man in dieser Situation die Zustimmung 'von oben' einholen wollte, da diese Dienstleistung Kosten verursacht.» Für Aysel ist ZIPAS eine lehrreiche Erfahrung: sie sei über die jeweiligen Rollen hinausgewachsen und sehe die Ärztin oder den Arzt als

### «Das Projekt sollte auch auf die Weiter- und Fortbildung abzielen, um so viele Gesundheitsprofis wie möglich zu erreichen.»

gleichberechtigtes Gegenüber, das nicht mehr, sondern anderes weiss. «Am Anfang dachte ich: 'Darf ich den Arzt so etwas fragen?' Bei ZIPAS habe ich gelernt, offen mit der Ärzteschaft zu sprechen. Wir, die Pflegenden, können den Ärztinnen und Ärzten auch etwas mitgeben. Wir haben Kompetenzen, die sie nicht haben.» Bei der Reflexion geht es darum, das Setting zu beschreiben und zu analysieren und die verschiedenen Standpunkte zu sammeln, um eine Lösung zu finden, die beim nächsten Mal umgesetzt werden kann. «Die Studierenden müssen ihre eigenen Lösungen finden und die eigenen Ressourcen nutzen», betont Andrea Bärlocher. «Ich bin jedes Mal von den Aha-Erlebnissen beeindruckt, wenn sie erkennen, was sie anders hätten tun können. Sie haben ein grosses Verständnis füreinander und den Wunsch, die Zusammenarbeit zwischen den Berufen zu verbessern. Das ist schön zu sehen.»

[julia.rippstein\[at\]emh.ch](mailto:julia.rippstein[at]emh.ch)

Die Patientin oder der Patient stehe immer im Mittelpunkt des Reflektierens: «Wie muss man kommunizieren und handeln, damit die Behandlung so effizient, angenehm und sicher wie möglich ist? Dazu ist es wichtig, zu verstehen, was der andere tut, und die richtigen Informationen im richtigen Moment weiterzugeben.»

## Vom Projekt zur festen Etablierung

Bei der ZIPAS hat man Zeit, diese Settings zu dekonstruieren. Wie sieht es damit im realen Leben aus? «Unser Alltag ist zwar stressig, aber ZIPAS hilft uns, die Interprofessionalität im Hinterkopf zu behalten. In ruhigeren Momenten können wir darüber nachdenken», meint Aysel. Andrea Bärlocher räumt ein, dass die Umsetzung im Alltag nicht einfach ist: «Wenn die Studierenden in ihre Routine zurückkehren, die anders funktioniert als ZIPAS, besteht die Gefahr, dass das Erlebte verloren geht. Es braucht eine Struktur, um es im Alltag zu leben und nachhaltig zu verankern.»

Ein weiteres Hindernis ist, dass im Berufsalltag nicht alle Gesundheitsprofis eine interprofessionelle Ausbildung erhalten haben oder dafür sensibilisiert wurden. Das kann sich bei der Umsetzung des Gelernten als frustrierend erweisen. Aysel bestätigt: «Manche Kolleginnen und Kollegen in der Pflege bleiben unbewusst in alten Mustern stecken. Manchmal fehlt das Interesse.» Die Verantwortlichen und Facilitators von ZIPAS sind sich dessen bewusst. Sie bedauern, dass derzeit nur ein kleiner Prozentsatz der Studierenden von der Ausbildungsstation profitiert. «ZIPAS ist wie eine künstliche Werkstatt, die Zusammenarbeit zwischen den Berufen wird noch nicht von allen im Alltag gelebt und wahrgenommen», so Frank Schäfer. Die interprofessionelle Ausbildung müsse viel weiter verbreitet und zum festen Bestandteil in den Studiengängen aller Gesundheitsberufe werden. «Sie sollte auch für ältere Generationen geöffnet werden, die nicht mit dieser aktiv gelebten interprofessionellen Arbeit vertraut sind. Sie sollte nicht nur auf die Grundausbildung abzielen, sondern auch auf die Weiter- und Fortbildung, um so viele Gesundheitsprofis wie möglich zu erreichen», fügt er hinzu. Um ZIPAS längerfristig und umfangreich zu etablieren und zu einer festen Ausbildungsstation zu machen, braucht es jedoch die notwendigen finanziellen Mittel und Personalressourcen ebenso wie den politischen Willen. Andere Spitäler im Land haben bereits ihr Interesse bekundet.

### Literatur

- 1 Institute of Medicine (US) Committee on Quality of Health Care in America. To Err is Human: Building a Safer Health System. Kohn LT, Corrigan JM, Donaldson MS, editors. Washington (DC): National Academies Press (US); 2000. PMID: 25077248.



## Epidemiologische Massnahmen vor 100 Jahren

# Zivile Grippe-Notspitäler in Herisau

Alexander Lekkas

schneider-history AG, Gemeindeforschung Herisau

Gegen Ende des 1. Weltkrieges, in Zeiten grosser Lebensmittelknappheit, Teuerung und sozialer Spannungen, wurde die Schweiz von einer schweren Grippeepidemie heimgesucht. Weil die Spitäler zu überlasten drohten, entstanden vielerorts Grippe-Notspitäler. In Herisau liessen die Behörden 1918 sowie 1920 ein solches Notspital errichten. Der Blick zurück offenbart Parallelen zur heutigen Pandemiesituation.

Im Kanton Appenzell Ausserrhoden verzeichnete im Juli 1918 allein die Gemeinde Herisau über 500 zivile Grippefälle, zu denen in der Kaserne noch weitere 206 grippekranken Soldaten und Offiziere kamen. Die Behörden entschieden deswegen, die Sommerschulferien zu verlängern, und untersagten die sonntäglichen Gottesdienste, sonstige religiöse Versammlungen, grössere Vereinsversammlungen, Personenansammlungen und sämtliche Konzertveranstaltungen. In der Folge gingen die Ansteckungen zurück, und die Einschränkungen konnten teilweise gelockert werden.

Daraufhin schnellten die Infektionszahlen im September abermals in die Höhe. Am 2. Oktober wurde der Gemeinderat daher darüber informiert, dass die Grippeerkrankungen «in erschreckender Weise zugenommen» hätten [1]. Erneut war man zum Handeln gezwungen, und es wurden dieselben Verbote wie bereits beim erstmaligen Auftreten der Grippe im Sommer erlassen.

### Überlastetes Spital

Ungefähr zeitgleich dazu teilte die Krankenhausleitung dem Hauptmann-Amt mit, dass das Krankenhaus «mit einer Patientenzahl von 126 übertoll» sei,

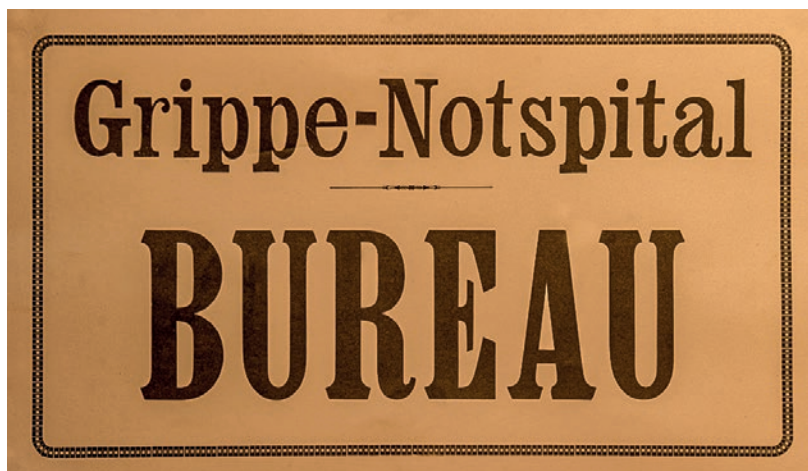
obschon nur «chirurgisch» absolut notwendige Eingriffe durchgeführt würden [2]. Um die Überlastung des Bezirkskrankenhauses zu verhindern, wurde die Errichtung eines Notspitals unausweichlich. Auf Anraten der erweiterten Epidemienkommission entschied man sich für die Arbeitsanstalt Kreckelhof, deren Insassen vorübergehend in der Kaserne untergebracht werden sollten.

### Eröffnung des ersten Notspitals

Tatsächlich konnte am 26. Oktober in Herisau das «Grippe-Notspital des Bezirkes Hinterland» mit zwölf leichtkranken Grippepatientinnen und Grippepatienten eröffnet werden. Eine Einheitstaxe von Fr. 3.50 pro Tag wurde festgelegt und galt für Selbstzahlende, Armengemässige und Kassenpatientinnen und -patienten gleichermaßen.

Im Herbst 1918 bestanden in Herisau mit der Kaserne, dem Bezirksspital, dem Grippe-Notspital und dem Bürgerasyl mehrere Einrichtungen, die sich um die Grippekranken kümmerten. Zudem konnte die «Gemeindekrankenpflege» zahlreiche Personen zu Hause betreuen.





Hinweisschild aus Karton für die Kennzeichnung des im Notspital eingerichteten Büros.

### Organisation und Ausstattung

Zum Präsidenten der Notspital-Kommission wurde der Chefarzt des Bezirkskrankenhauses, Dr. med. Eggenberger, ernannt. Für die Pflege zuständig waren u.a. ein Arzt und mehrere von der Oberschwester beaufsichtigte Samariterinnen. Im Grippe-Notspital Kreckelhof gab es zwei nach Geschlechtern getrennte Etagen. Über die Personalien, Aufenthaltsdauer und bezahlende Stelle der Erkrankten wurde ebenso sorgfältig Buch geführt wie über die Ausstattung des Notspitals.

Zum Krankenmobiliar gehörten etwa 2 Spiritusapparate mit Pfännchen, 10 Bettschalen, 10 kleine Spucktöpfe, 10 grosse Spucknapfe, 36 Fieberthermometer, mehrere Urinflaschen und eine nicht näher genannte Anzahl Schutzmasken.

### Am 26. Oktober wurde das «Grippe-Notspital des Bezirkes Hinterland» mit 12 leichtkranken Patientinnen und Patienten eröffnet.

Die Produkte und Materialien für den Betrieb konnten hauptsächlich bei lokalen Geschäften bestellt werden. Beispielsweise bezog das Spital aus einer Apotheke in Herisau Leukoplast, Baldrian, Kodeintabletten, Iodtinkturen, Aspirin, Aether, ein Diphtherie-Serum, das entzündungshemmende und fiebersenkende Medikament Pyramidon und viele weitere Präparate mit Namen wie Digalen, Digifolin oder Septacrol.

Einen Beitrag für die Einrichtung des Notspitals leistete zudem die lokale Bevölkerung. In einem Zeitungsinserat der *Appenzeller Zeitung* wurde nach Personen gesucht, die bereit waren, dem Notspital Gesellschaftsspiele oder «guten Lesestoff» auszuleihen [3]. Hilfsbereit zeigte sich eine Frau Hermine Koller. Sie überliess dem

Grippe-Notspital nicht nur mehrere Brettspiele und ein Buch, sondern anerkennend auch unentgeltlich «schriftliche Hand- und Schreibmaschinenarbeiten», um für die «Gripp-Station» und «Notunterstützung» etwas leisten zu können [4].

### Vorübergehende Beruhigung der Lage

Als sich gegen Ende des Jahres die Lage wieder verbesserte, konnte das Notspital am 23. Dezember aufgehoben werden. Insgesamt versorgte es an 59 Tagen 67 Grippepatientinnen und Grippepatienten, allesamt leichtere Fälle oder Genesende. Die Gesamtkosten für das Spital beliefen sich auf Fr. 7936.40. An das Betriebsdefizit von Fr. 4030.80 bezahlten der Bund und der Kanton Fr. 3032.10. Eine ungenannte Person spendete 1000 Franken, womit die Kosten für das Notspital in der Arbeitsanstalt Kreckelhof gedeckt werden konnten. Im April 1919 galt die Epidemie dann als «erloschen».

### Erneuter Ausbruch

Im Februar 1920 kam es allerdings erneut zu einem starken Anstieg der Ansteckungen. Gemeldet wurden insgesamt 219 Fälle, darunter 11 mit Lungenentzündungen. Diesmal wurde das Notspital in der Kaserne eingerichtet. Es betreute zwischen dem 27. Februar und dem 17. März knapp 20 Patientinnen und Patienten mit leichteren Krankheitsverläufen.

Danach war die Grippeepidemie endgültig ausgestanden. Sie war für die Gemeinde zweifellos ein einschneidendes Ereignis. Dabei waren sich Behörden und Bevölkerung schon lange vor Ausbruch der Grippe im Sommer 1918 bewusst, welche Gefahren von Infektionskrankheiten ausgehen konnten.

### Massnahmenkatalog

In Herisau kam es im April 1916 etwa zu zahlreichen Scharlach-Erkrankungen, woraufhin der Gemeindehauptmann an die Schulkommission schrieb, es seien «unnötige Schüleransammlungen» zu vermeiden und auf die Ostergesangsfeier müsse leider verzichtet werden [5]. Auch weitere Massnahmen wie Isolierungen und die Anzeige- und Desinfektionspflicht waren bei Ausbruch der Grippe hinlänglich bekannt.

Mit der kantonalen Sanitätskommission, der Ortsgesundheitskommission, der Epidemienkommission, der Gemeindekrankenpflege, den Gemeindeärzten und dem Samariterinnenverein standen 1918 zudem verschiedene Gremien und Fachkräfte für die Bekämpfung der Epidemie zur Verfügung.



Die von ihnen ergriffenen Massnahmen halfen während der Grippeepidemie zwar mit, Schlimmeres zu verhindern, trotzdem gab es auch in Herisau mehrere Grippetote zu beklagen. Ein tragisches Schicksal ereilte eine junge Pflegerin aus Quarten. Nachdem sie sich beim Samariterinnenverein gemeldet hatte, erkrankte sie bei der Arbeit selbst an der Grippe und verstarb im Bezirkskrankenhaus.

### Parallelen zu heute

Aus heutiger Sicht bemerkenswert sind im Zusammenhang mit dem Auftreten der Grippe in den Jahren 1918 und 1920 die zahlreichen Parallelen zu den aktuellen Diskussionen. Dass die Schulen eine Gefahr darstellten, wusste man schon damals. Der Gemeindehauptmann warnte vor ihrer Wiedereröffnung, weil dadurch die «Epidemie sofort wieder aufflackern» würde. Er empfahl, mit der Öffnung bis zum sicheren Rückgang der Epidemie zu warten, auch wenn es nachvollziehbar sei, «dass ein grosser Teil der Eltern die Wiedereröffnung der Schulen

### Auch Klagen über allzu harte Arbeitsbedingungen in den Krankenhäusern oder über mangelndes Pflegepersonal blieben nicht aus.

im Interesse der Beaufsichtigung und der Wiederbeschäftigung der Kinder» wünsche. Auch über Schüler, die trotz Grippe zur Schule gingen, wurde geklagt. Das galt etwa für den Schulbezirk Saum, wo erkrankte Kinder nicht zu Hause blieben und deswegen neue und «schwere Fälle» verzeichnet wurden [6].

Gleich wie heute bestand auch vor 100 Jahren ein grosses Informationsbedürfnis. Regelmässig mussten die Ärzte den Behörden die neuen Grippefälle rapportieren, und zur Orientierung der Bevölkerung druckte die Gemeinde 4000 Grippemerkblätter, die sie der *Tagwacht* sowie der Lokalausgabe der *Appenzeller Zeitung* beilegen liess. Und schliesslich blieben auch Klagen über allzu harte Arbeitsbedingungen in den Krankenhäusern oder über mangelndes Pflegepersonal nicht aus.

### Widerstand gegen das Gottesdienstverbot

Kritisch betrachtet wurden nach einer gewissen Zeit verschiedentlich die erlassenen Verbote. So heisst es in den Protokollen des Gemeinderates vom 4. November 1918: «Die Kirchen-Vorsteherschaft, sowie die Vorstände der Methodisten- und Baptistengemeinde und der Heilsarmee stellten das Gesuch betr. Bewilligung zur Wiedereröffnung des Gottesdienstes, unter Hinweisung darauf, dass für einen grossen Teil der Bevölkerung das Bedürfnis für die religiöse Sammlung bestehe. Die Ge-

suchsteller sind der Meinung, dass die Wiedereröffnung des Gottesdienstes bei reduziertem Betriebe, ohne Gesang und bei abgekürzter Predigt auch bei uns bewilligt werden könnte, indem die Ansteckungsgefahr nirgends geringer sei als in der Kirche, in welcher die Leute nicht miteinander reden, alle nach derselben Richtung sehen und der Prediger sich in gehöriger Distanz von den übrigen Personen befinde.»

Ab dem 10. November 1918 waren in Herisau die Gottesdienste wieder zugelassen, allerdings nur unter strengen Auflagen. Dazu zählte eine abgekürzte Predigt, die Vorschrift einer guten Lüftung und Reinigung sowie das Gesangsverbot für Gemeinde und Chöre. Dieses blieb auch an Weihnachten 1918 bestehen.

Immerhin durften kleinere Gruppen bis zu maximal zwölf Personen Lieder vortragen, allerdings nur bei genügender Distanz zu den übrigen Kirchenbesucherinnen und Kirchenbesuchern. Auf die Spendung des Abendmahls musste an der Weihnachtsmesse von 1918 gänzlich verzichtet werden.

Die Vorgaben bezüglich des Raumklimas betrafen übrigens nicht allein die Kirchen. Auch die Wiedereröffnung des Kinos an der Bahnhofstrasse wurde nur unter dem Vorbehalt «genügender Lüftung, Reinigung und der möglichst weiten Platzierung der Besucher» gestattet [7].

### Eine neue Bedrohung

Die hier geschilderte Grippeepidemie forderte in der Schweiz tausende Opfer. Sie liess Herisau wie viele andere Gemeinden nicht unverschont. Und kaum war sie im Frühjahr 1920 ausgestanden, drohte auch schon die Ausbreitung einer anderen Infektionskrankheit. Die Rede ist von der heute nahezu vergessenen Pockenepidemie, welche die Schweiz ab dem Winter 1921/22 heimsuchen sollte und gegen die von der Direktion des Bezirkskrankenhauses erste Massnahmen ergriffen wurden. Der Gemeinderat begrüsst diese in seiner Sitzung vom 12. Dezember 1921 ausdrücklich, denn die Pocken seien bereits in Flawil und im Rheintal aufgetreten und hätten besonders im Kanton Glarus «ganz bedeutende Dimensionen angenommen» [8].

#### Bildnachweis

Titelbild: Melkor3d | Dreamstime.com  
Foto: Tatjana Frischknecht

#### Literatur

- 1 Gemeindearchiv Herisau (GAH), A.163.65, S. 148 (Protokollbuch Gemeinderat).
- 2 GAH, A.163.65, S. 181 (Protokollbuch Gemeinderat).
- 3 GAH, B.6.12-01-09-03 (Akten).
- 4 GAH, B.6.12-01-02 (Akten).
- 5 GAH, B.1.57-51 (Akten).
- 6 GAH, A.163.65, S. 113, 206-207, (Protokollbuch Gemeinderat).
- 7 GAH, A.163.65, S. 207, 223, 304 (Protokollbuch Gemeinderat).
- 8 GAH, A.163.68, S. 381 (Protokollbuch Gemeinderat).

## Ausstellung zum 125-Jahr-Jubiläum der Roche

# Wie viel Gesundheit kosten darf

Rahel Gutmann

Junior-Redaktorin der *Schweizerischen Ärztezeitung*

Zu ihrem 125. Jubiläum zeigt die Roche Werke des britischen Künstlers Paddy Hartley. Der Brite setzt sich kreativ mit Medizin und Forschung auseinander und geht der Frage nach, wie wir sie und sie uns formen. Ein Rundgang durch die Ausstellung «The cost of life» im Basler Museum Tinguely.

Helle Kunstwerke auf weissen Präsentiersäulen und -blöcken. Sehr übersichtlich, nahezu *clean* kommt der Ausstellungsraum direkt neben dem Eingang im Museum Tinguely daher. Findet sich in der Raumgestaltung eine erste Anspielung auf die Medizin und ihre Erkennungsfarbe Weiss? Oder soll sie vielleicht darauf verweisen, dass der Bildhauer und Keramiker Paddy Hartley für die Ausstellung vorwiegend mit heller Keramik gearbeitet hat? Vielleicht ja beides.

Hartley beschäftigt sich schon lange mit Fragen zu den Grenzbereichen in Medizin und Forschung und beleuchtet dabei vor allem die Sicht der Patientinnen und Patienten. Schliesslich sind sie diejenigen, deren Leben mit Hilfe von Medikamenten, medizinischen Eingriffen und wissenschaftlichen Berechnungen verbessert oder doch zumindest verlängert werden soll. Diese thematische Ausrichtung erklärt auch, weshalb die Roche genau ihn für die Sonderausstellung «The cost of life» anfragte.

## Anfänge liegen bei der Gesichtschirurgie

Passend zum langjährigen Bestehen der Roche widmet sich der Künstler medizinischen Entwicklungen in Ge-

schichte und Gegenwart: Vom Entstehen der rekonstruktiven Gesichtschirurgie während des 1. Weltkriegs, bis zu ihrem Einsatz in der Schönheitschirurgie.

Eine Entwicklung, die den Bezug zur Gegenwart herstellt und sich im Werk *Looking Glass* zeigt: Die Betrachterin bzw. der Betrachter blickt auf eine schwarze Spiegelfläche, umrandet von einem ins Hässliche gesteigerten, wulstigen Rahmen im barocken Stil – glasiert und rosa. Die schwarze Fläche steht für den Bildschirm eines Smartphones und damit für die Oberflächlichkeit und das Zurschaustellen im digitalen Zeitalter.

## Sinn und Unsinn in der Medizin

Richtet sich die Medizin folglich primär nach dem Bedarf der Patientinnen und Patienten und formt sich anhand ihrer Wünsche? Hartley könnte dahingehend verstanden werden. Gerade auch wenn man das Werk *You Can Have any Color, as Long as it's Blue* betrachtet, in dem die In-vitro-Fertilisation angesprochen wird. Ausgestellt ist ein in eine Laborzentrifuge integriertes Roulette-Rad, in dem die Kugel nur auf der Option «blaue Augen» landen kann. Denn Hartley ist überzeugt: die



Der Ausstellungsraum im Museum Tinguely (© 2021, Museum Tinguely/Daniel Spehr).

wachsenden Möglichkeiten im Bereich der Fortpflanzungsmedizin werden dazu führen, dass werdende Eltern zusehends ein verbessertes Abbild ihrer selbst kreieren wollen. Demnach schwingt auch hier die Frage mit, ob und wie wichtig das Aussehen sein sollte und wo die Grenze überschritten wird zwischen sinnvollen medizinischen Anwendungen und Schönheitskult.

Doch richtet die Ausstellung den Blick nicht nur kritisch auf die Verbraucherin und den Verbraucher, sondern ebenso auf die medizinische Wissenschaft und Forschung. Eine grosse Waage an der Rückseite des Ausstellungsraums, die *Infinity Balance*, setzt sich mit der Bedeutung wissenschaftlicher Voraussagen auseinander. Sie nimmt Bezug auf ein Symposium mit dem Title «The Challenge of Life», das Roche zu ihrem 75-Jahr-Jubiläum veranstaltet hatte und das sich um Fragen der damals noch jungen biomedizinischen Forschung drehte. Im Hintergrund stand die prognostizierte Überbevölkerung der Erde, die dann durch die Entwicklung und Verbreitung von Kontrazeptiva doch nicht eintrat. Dafür entstanden neue, unvorhergesehene Probleme wie die Überalterung der Bevölkerung. Manche Probleme verschwinden, dafür kommen andere hinzu, darauf verweist die Unendlichkeitswaage.

### Von der Pandemie geprägt

Viele Ausstellungsstücke sind geprägt von ihrer Entstehungszeit in der Covid-19-Pandemie. So stehen in der



Paddy Hartley, *You Can Have any Color, as Long as it's Blue*, 2021 (© Basile Bornand).

Mitte des Raumes mit Kanülen gespickte Keramikurnen, und mit gebührendem Abstand stehen darum herum kleinere Urnen ohne Kanülen. Damit wird symbolisiert, dass viele Angehörige ihre sterbenden Verwandten wegen der Besuchsverbote in Gesundheitseinrichtungen nicht mehr sehen und Abschied nehmen konnten. Die Kanülen verweisen zusätzlich darauf, wie der Tod mit Hilfe von medizinischen Mitteln abgewehrt werden soll.



Installationsansicht: Links ist das *Looking Glass* zu sehen, in der Mitte hinten die *Infinity Balance* und im Vordergrund die *III Communication Dishes* (© 2021, Museum Tinguely/Daniel Spehr).





Paddy Hartley, *HypoTrypanoPharmAlethophobia or: The Frustration of the Virologist*, 2021 (© Basile Bornand).

Die viel diskutierte Impfskepsis diente als Inspiration für das Werk *The Frustration of the Virologist*, das aus hydra-artigen Schlangenfiguren besteht. Hinzu kommen die *III Communication Dishes* aus filigranen Keramikformen, die an Überreste von überdimensionalen Krebsen erinnern, tatsächlich aber Satellitenschüsseln ähneln sollen. Sie haben eine dreigeteilte Struktur, die das Wifi-Symbol sowie das Gefahrensymbol für Biogefahren aufgreift. Damit wird das Thema der Falsch-

### Ausstellung «The Cost of Life»

Die Ausstellung «The Cost of Life» ist noch bis zum 23. Januar im Museum Tinguely zu sehen.

Sie wird ergänzt durch eine Sonderausstellung im Pharmazie-museum Basel, die ebenfalls bis zum 23. Januar läuft.

formation im Internet thematisiert und die feinen, aber gefährlichen Netzwerke, die dadurch entstehen.

### Zur Nähe von Glaube und Medizin

Eine weitere Symbolik sticht im Ausstellungsraum heraus: Rosenkränze aus Pillen, eine Dornenkrone aus Pipetten sowie kreuzförmig zusammengesetzte Hüftprothesen verweisen auf die Ähnlichkeit zwischen religiösen Überzeugungen und der Überhöhung medizinischer Errungenschaften. In beide setzen die Menschen grosse Hoffnung, und beide haben das Potenzial, zu helfen oder zu schaden. Gleichzeitig zeigen die für die Rosenkränze verwendeten Pillen, wie leicht es ist, über das Internet an Medikamente wie Viagra oder Prozac zu kommen. Als Experiment hatte Hartley sie selbst bestellt.

Beim Gang durch die Ausstellung erscheinen die Werke mit ihren rosa oder weiss glasierten Keramikoberflächen harmlos, vereinen jedoch eine grosse thematische Bandbreite und greifen schwierige Fragen auf. Bei vielen Stücken scheint die persönliche Haltung des Künstlers und damit eine Kritik an gewissen Überzeugungen und Handlungsweisen durch. So wird man als Besucherin und Besucher herausgefordert, nicht nur zum Kunstwerk, sondern auch zur Haltung des Künstlers Stellung zu beziehen – sei dies aus Patientensicht, als Forschende oder als Ärztin und Arzt.

### Jubiläumsjahr geht zu Ende

Das Jahr 2021 markierte das 125-Jahr-Jubiläum des Pharmakonzerns Roche, der am 1. Oktober 1886 unter dem Namen F. Hoffmann-La Roche & Co. gegründet worden war. Seither hat sich Roche zu einem internationalen Unternehmen mit Standorten in über 100 Ländern entwickelt. Der Hauptsitz ist bis heute in Basel geblieben. Um die Verbundenheit des Unternehmens mit der Stadt auszudrücken, hatte Roche der Stadt zum 100-Jahr-Jubiläum das Museum Tinguely gestiftet. Zum Anlass des diesjährigen Jubiläums hat sie den Basler Zoo mit einer Schenkung bedacht und unter dem Motto «Celebrate life» verschiedene kulturelle und musikalische Veranstaltungen durchgeführt.

rahel.gutmann[at]emh.ch



# Weihnacht

Immer noch  
verhindern wir  
dass das  
was nicht benennbar ist  
erscheint

wir wollen unser Leben selbst erzählen  
die Welt erklären  
und selber unsere Angst besiegen

Gott ist gefährlich

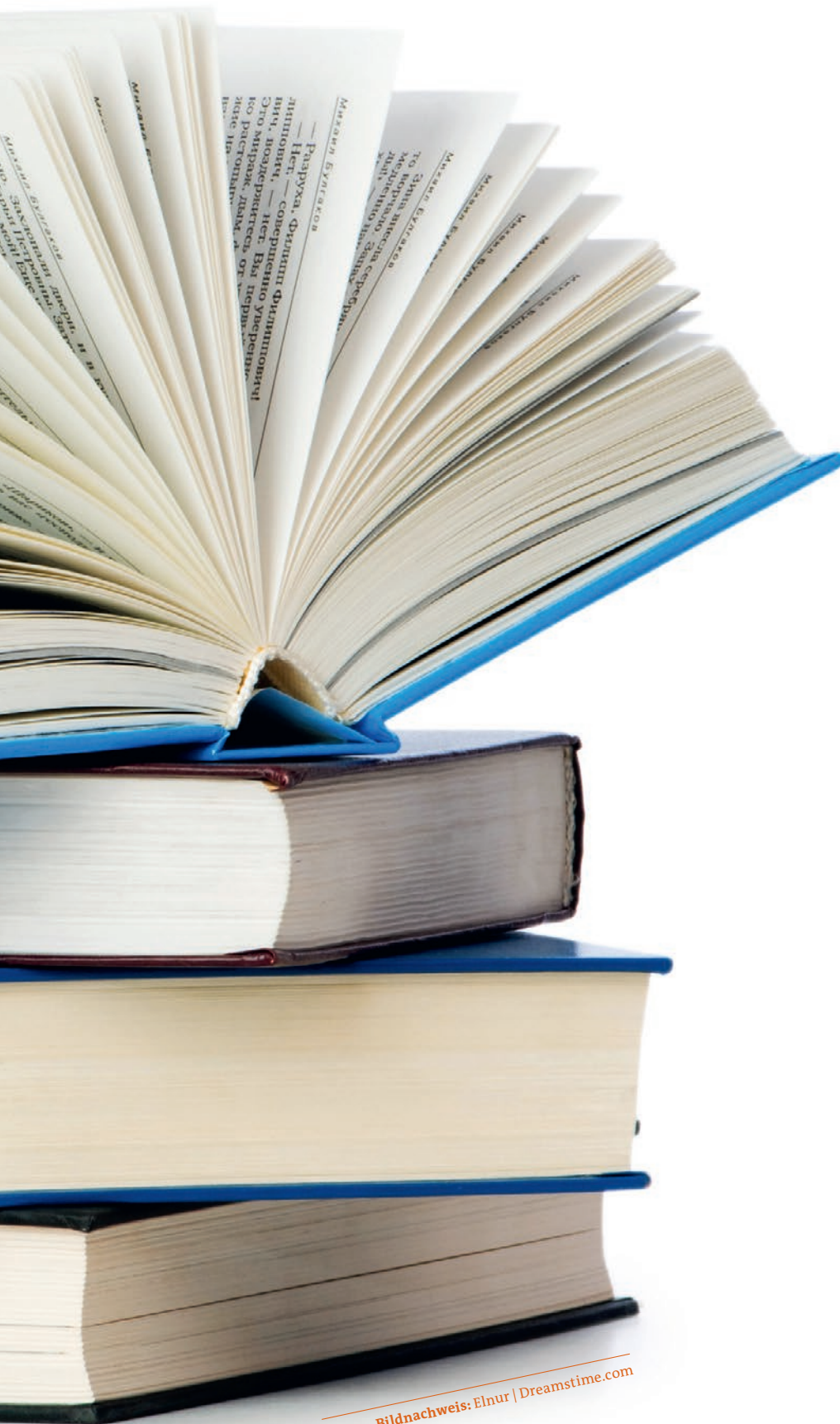
doch immer noch  
kann unsere Moral  
das Unerwartete nicht töten

denn immer noch  
entsteht  
der Gedanke an uns  
geht bis an den Ort  
an dem wir beginnen

*Dr. med. Thomas Schweizer, Bern*

Bildnachweis  
Wenani | Dreamstime.com

famschweizer[at]bluewin.ch



Bildnachweis: Elnur | Dreamstime.com

## Sachbuch



**Das schlechte Gewissen – Quälgeist oder Ressource?**  
Maja Storch und Gerhard Roth

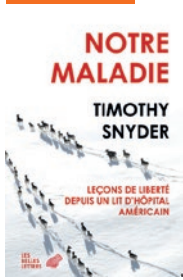
Bern: Hogrefe; 2021

«Heute schon ein schlechtes Gewissen gehabt?», diese Frage hat Maja Storch ihren Bekannten mehrmals täglich gestellt, um mehr über das Wann, Wo und Warum des schlechten Gewissens herauszufinden. Zusammen mit Gerhard Roth, Professor für Verhaltensforschung und Entwicklungsneurobiologie, hat die Psychologin und Psychoanalytikerin das Phänomen unter die Lupe genommen. Während sie die praktischen Aspekte des schlechten Gewissens erläutert, liefert Roth die neurobiologischen Erklärungen: Dazu gehört, dass das schlechte Gewissen auf der limbischen Ebene des Gehirns angesiedelt ist und viel mit unserer Stresstoleranz zu tun hat. Weil sich das Stressverarbeitungssystem schon während der ersten Schwangerschaftswochen auszubilden beginnt, werden die Weichen für unseren individuellen Umgang mit dem schlechten Gewissen schon früh gelegt. Im Alltag schlägt es dann an, wenn wir eine Diskrepanz zwischen einem Ist- und einem Soll-Zustand wahrnehmen. Das hat viel mit Ge- und Verboten zu tun, die wir verinnerlicht haben. Das macht es auch so schwer, sich davon zu lösen: reine Verstandesargumente greifen nicht, vielmehr muss das Unterbewusstsein Stück für Stück umgepolt werden. Beispielhaft für diesen Vorgang dient die Geschichte von Gabriela, die ihre Freizeit gerne so entspannt wie ihr schlafender Hund Theodor genießen möchte. Mit Theodor hat sie ein «Ressourcenbild» gefunden, das sie als Grundlage nehmen und ihrem Unterbewusstsein entgegenhalten kann. Praxisbeispiele wie das von Gabriela machen die Materie des Buches zugänglich, trotzdem bleibt es nahe am wissenschaftlichen Hintergrund. Es ist deshalb besonders interessant für alle, die neben den Schritt-für-Schritt-Anleitungen zur Überwindung des schlechten Gewissens auch die theoretische Seite besser verstehen möchten.

Rahel Gutmann,  
Junior-Redaktorin SÄZ

[rahel.gutmann\[at\]emh.ch](mailto:rahel.gutmann[at]emh.ch)

## Essai



**Notre maladie.**  
Leçons de liberté  
depuis un lit d'hôpital  
américain  
Timothy Snyder

Paris: Les Belles Lettres;  
2021. Traduit de *Our Ma-  
lady: Lessons in Liberty*  
from a Hospital Diary.

Timothy Snyder, professeur à Yale, spécialiste de l'Europe de l'Est au XX<sup>e</sup> siècle, étudie les mécanismes de la violence et ses effets sur les populations. Il est l'auteur de plusieurs livres, dont un bestseller (*On Tyranny*, 2021). Son œuvre d'historien s'attache à rendre intelligible la violence des régimes totalitaires en une vue d'ensemble saisissante, découvrant les logiques qui l'ont rendue possible. Il est aussi un redoutable analyste de notre monde contemporain.

Le 29 décembre 2019, il a été hospitalisé d'urgence pour un abcès au foie, ultime et grave complication d'une maladie pourtant banale au départ, mais dont les institutions hospitalières n'ont pas permis le diagnostic ni le traitement qu'auraient exigés les règles de l'art. Cette expérience l'a conduit à s'interroger sur les non-dits de cette médecine pourtant scientifique.

Cet ouvrage est une suite de réflexions («leçons») lumineuses, où la sensibilité et l'intelligence d'un historien de renom sont confrontées à ce que cela signifie d'être hospitalisé, autrement dit être totalement dépendant d'une institution, de ses possibilités et contraintes. Snyder en extrait quelques questions et vérités, y compris celles que nous autres soignants ne percevons souvent que superficiellement et il va sans dire que certaines d'entre elles sont particulièrement dérangeantes. Pourtant, pour peu qu'on veuille prendre le temps de les écouter, ces problèmes ont beaucoup à nous dire sur l'état de nos institutions de soins, sur les dangers qui peuvent menacer non seulement nos santés personnelles comme la qualité de la médecine, mais aussi, insidieusement, nos démocraties.

L'enjeu fondamental et ultime de la médecine est celui de nos libertés.

*Dr Dominique Marcot, Centre Neuchâtelois  
de Psychiatrie (CNP), Marin-Epagnier*

[dominique.marcot\[at\]cnp.ch](mailto:dominique.marcot[at]cnp.ch)

## Ratgeber



**Telefontriage-Manual**  
für die pädiatrische  
Praxisassistentin  
Kinderärzte Schweiz

Zürich: Kinderärzte  
Schweiz; 2021

Eine gute Telefontriage ist für die Praxisorganisation enorm wichtig und für pädiatrische Patientinnen und Patienten und ihre Eltern unabdingbar – oft kommt sie jedoch in der Ausbildung zu kurz. Um diese Lücke zu schliessen und Praxen bei den neu im Bundesgesetz über die Krankenversicherung geforderten Massnahmen zur Qualitätsverbesserung zu unterstützen, bietet der Berufsverband der Kinder- und Jugendärzte in der Praxis (KIS) das *Telefontriage-Manual für die pädiatrische Praxisassistentin* an.

Dieser Leitfaden ist eine hilfreiche Anleitung für den Alltag. Er dient der Schulung der Medizinischen Praxisassistentinnen und -assistenten in der Kunst der Telefontriage und vermittelt zusätzliches pädiatrisches Wissen über häufige Krankheiten, Normen, Ernährungs- und Impfberatung, Medikamentenverabreichung etc. Er kann ausserdem dabei helfen, im Team verschiedene Krankheitsbilder zu besprechen und das praxisspezifische Vorgehen in Absprache mit der Ärztin oder dem Arzt festzulegen.

Der Ratgeber ist ein unentbehrliches Arbeitsinstrument für jede kinderärztliche und allgemeinärztliche Praxis. KIS-Mitglieder erhalten den Ratgeber zum Vorzugspreis von CHF 30; für Nicht-Mitglieder kostet er CHF 45. Er kann direkt bei Kinderärzte Schweiz bezogen werden: [www.kinderaerzteschweiz.ch/](http://www.kinderaerzteschweiz.ch/) MPA-Telefontriage-Manual

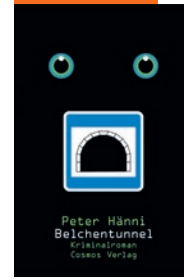
*Dr. Daniel F. Brandl, PhD,  
Geschäftsführer Kinderärzte Schweiz*

[daniel.brandl\[at\]kinderaerzteschweiz.ch](mailto:daniel.brandl[at]kinderaerzteschweiz.ch)

## Teilen Sie Ihre literarischen Entdeckungen mit uns!

Sie haben ein interessantes Buch gelesen und möchten es einem weiteren Leserkreis vorstellen? Schicken Sie uns Ihre Buchbesprechung (max. 1200 Zeichen inkl. Leerzeichen) an: [redaktion.saez\[at\]emh.ch](mailto:redaktion.saez[at]emh.ch)

## Kriminalroman



**Belchentunnel**  
Peter Hänni

Muri b. Bern:  
Cosmos Verlag;  
2021

Carlo und Tom sind, jeder in seinem eigenen Bus, auf dem Weg nach Hannover, um Freunde zu treffen. Kommuniziert wird via Walky-Talky. Bei einem Zwischenstopp kurz vor dem Belchentunnel erfährt Tom von der Sage mit der weissen Frau – und der Prophezeiung.

Tatsächlich ereignen sich seltsame Dinge, sobald Tom in den Tunnel fährt. Die Verbindung zu Carlo bricht ab, und fremde Sequenzen mischen sich ein. So erfährt Tom heimlich von einem Lottogewinn, macht sich auf die Suche nach dem Lottozettelbesitzer und begeht quasi ungewollt einen Doppelmord. Anschliessend fährt er mit dem gut gehorteten Lottoschein nach Hannover, begleitet von körperlichen Beschwerden und Gewissensbissen. Niemand soll etwas bemerken. Doch die Heimlichtuerei geht nicht auf.

Ein Krimi «der anderen Art», indem nicht wie gewöhnlich Kriminologen einen Fall ermitteln – vielmehr erfährt man bereits zu Beginn den Tathergang des Mörders und wie er versucht, den Mord möglichst lange zu verdecken. Besonders hervorgehoben werden seine Gedanken und Befürchtungen, aber auch wie sein Kumpel in diesem Wirkungskreis agiert. Dadurch werden die Leserinnen und Leser angeregt, sich in die Rollen und die jeweiligen Lebensgeschichten der Protagonisten hineinzuversetzen.

Peter Hänni regt zum Nachdenken an bezüglich Themen wie Gier, Tod und getötet zu werden. Auch Themen wie nicht sterben zu können resp. zu dürfen sowie die damit verbundenen medizinischen Schnittstellen sind Teil des Romans und regen zur Reflexion an.

*Eveline Maegli,  
Redaktionsassistentin SÄZ*

[eveline.maegli\[at\]emh.ch](mailto:eveline.maegli[at]emh.ch)

## Partagez vos découvertes littéraires!

Vous avez lu un ouvrage intéressant et souhaitez en faire profiter d'autres lecteurs? Envoyez-nous votre critique littéraire (max. 1200 signes, espaces compris) à: [redaction.bms\[at\]emh.ch](mailto:redaction.bms[at]emh.ch)



# Auf Wiedersehen

**Matthias Scholer**

Chefredaktor SÄZ



Dies ist das letzte Zu guter Letzt. Einerseits für dieses Jahr, andererseits für mich als Chefredaktor der *Schweizerischen Ärztezeitung* (SÄZ). Doch der Reihe nach. Traditionsgemäss schaut der Chefredaktor (ja, es waren bislang nur Männer) jeweils Ende Jahr auf die vergangenen zwölf Monate zurück. Daran wollen wir auch in diesen unruhigen Zeiten nichts ändern. 2021 war für uns neben dem alles dominierenden Thema der Pandemie auch ein Jahr der personellen Wechsel. Die grösste Veränderung bei der SÄZ hängt direkt mit dem Wechsel an der Führungsspitze der FMH zusammen. Yvonne Gilli wurde Ende Oktober 2020 zur neuen FMH-Präsidentin gewählt. Mit der Übernahme der Amtsgeschäfte am 1. Februar 2021 löste Yvonne Gilli den scheidenden Präsidenten Jürg Schlup als Mitglied der Redaktionskommission ab. Jürg Schlups regelmässige Teilnahme an den Redaktionssitzungen zeigte uns, dass ihm das «gelbe Heft» am Herzen lag. Erfreulicherweise stand von Beginn weg fest, dass sich die neue FMH-Präsidentin ebenfalls als Redaktionsmitglied aktiv bei der Weiterentwicklung der SÄZ einbringen möchte. Seither ist die FMH mit zwei Frauen in der Redaktionskommission vertreten: mit Yvonne Gilli und Charlotte Schweizer, der Leiterin der Kommunikation. Ich möchte mich an dieser Stelle herzlich bei Jürg Schlup, Yvonne Gilli und Charlotte Schweizer, aber auch dem ganzen Team der FMH für das Engagement rund um die SÄZ und die stets gute Zusammenarbeit bedanken.

## Das Jahr 2021 war für uns neben dem alles dominierenden Thema der Pandemie auch ein Jahr der personellen Wechsel.

Doch es gab noch mehr personelle Wechsel bei der SÄZ. Seit diesem April verstärkt Eva Mell unser Redaktions- und Produktionsteam in Muttenz. Beim Schweizerischen Ärzteverlag EMH ist die versierte Wissenschaftsjournalistin einerseits als Managing Editor für die fristgerechte Produktion der FMH-Artikel und die Artikeldisposition der einzelnen Ausgaben zuständig. Andererseits verfasst Eva Mell regelmässig Artikel für unsere Zeitschrift. Im Sommer stiess zudem Rahel Gutmann als Junior-Redaktorin zu uns. Die Historikerin gibt den zahlreichen Artikeln den letzten sprachlichen Schliff und begleitet diese durch die Produktion bis zur Druckfreigabe.

matthias.scholer[at]emh.ch

Neben dem Willkommenheissen der neuen Personen hiess es aber auch Abschied nehmen. Im Oktober trat Annette Eichholtz ihren wohlverdienten Ruhestand an. Viele unserer Leserinnen und Leser hatten in der Vergangenheit mit Annette Eichholtz bereits Kontakt. Kein Wunder, schliesslich arbeitete sie während zwölf Jahren in verschiedenen Positionen für die SÄZ.

## Ich werde der Lancierung einer überarbeiteten SÄZ entgegenfiebert. Schliesslich trage ich nach so langer Zeit das SÄZ-Gen in mir.

Zudem werde ich auf Ende Januar EMH verlassen. Nach zehn Jahren, während denen ich in verschiedenen Funktionen für das Verlagshaus tätig sein durfte, habe ich mich entschieden, bei einem anderen Medizinverlag eine neue Herausforderung anzunehmen. Ich werde jedoch auch in dieser neuen Position der Kommunikation standes- und gesundheitspolitischer Themen treu bleiben.

Und wie geht es nun für die SÄZ weiter? Obwohl wir die Zeitschrift trotz der noch immer spürbaren, Covid-bedingten Einschränkungen relativ gut durch das vergangene Jahr manövriert haben, bereiten uns die in der gesamten Medienwelt rückläufigen Werbeeinnahmen Sorgen. Nach einem Beschluss der Ärztekammer werden die SÄZ und das *Swiss Medical Forum* seit 2019 vollumfänglich durch Werbeeinnahmen finanziert. Auf diese Abhängigkeit vom Inseratemarkt musste der EMH-Verlag mit verschiedenen Massnahmen reagieren, um weiterhin unsere Leserschaft mit qualitativ hochstehenden Inhalten bedienen zu können. Einer dieser Handlungsstränge betrifft die Überarbeitung des Inhaltskonzeptes der SÄZ. Ich durfte bei der Strategieentwicklung im laufenden Jahr mitwirken – die Keimzelle für ein den künftigen Herausforderungen gerecht werdendes Zeitschriftenkonzept ist gelegt. Auch wenn ich nun das Team verlasse und nicht mehr als «Geburtshelfer» zur Verfügung stehe, werde ich der Lancierung einer überarbeiteten SÄZ entgegenfiebert, schliesslich trage ich nach so langer Zeit das SÄZ-Gen fest in mir.

Ich danke allen Beteiligten für eine spannende, erlebnis- und lehrreiche Zeit und wünsche Ihnen, liebe Leserinnen und Leser, weiterhin gute Unterhaltung bei der Lektüre und einen optimalen Start ins neue Jahr.





[www.annahartmann.net](http://www.annahartmann.net)