

Schweizerische Ärztezeitung

48 Editorial
von Urs Stoffel
TARDOC V 1.3 –
«What else?»

49 Urteil des Bundesgerichts
Arztgeheimnis versus
Meldepflicht – was jetzt gilt

84 «Zu guter Letzt»
von Julia Rippstein
Umgang mit einem
Kindsverlust

3 19.1.2022



78 Interprofessionalität
Was die Schweiz vom
kanadischen Gesundheits-
system lernen kann



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



Verlag

Dr. med. vet. Matthias Scholer, Chefredaktor;
 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 Puhan

Redaktion Recht

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

FMH

EDITORIAL: Urs Stoffel

48 **TARDOC V 1.3 – «What else?»**

AKTUELL: Ciro Papini

49 **Das Bundesgericht präzisiert die Rechtsprechung zum Arztgeheimnis**

WAHLEN: Yvonne Gilli

52 **Ersatzwahl: Lateinischsprachige Schweiz im FMH-Zentralvorstand**

53 **Personalien**

Weitere Organisationen und Institutionen

SAMW: Anna Zentner, Rouven Porz, Sibylle Ackermann, Ralf J. Jox

54 **Klinische Ethik in der Schweiz: Stagnierend vor der Pandemie?**

Briefe / Mitteilungen

61 **Briefe an die SÄZ**

64 **Facharztprüfung / Mitteilungen**

FMH Services

65 **Erweiterung des Treuhandpartnernetzes im Kanton Graubünden**

66 **Seminare / Séminaires / Seminari 2022**

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

Tribüne

STANDPUNKT: Jacques Aubert

75 La pandémie à travers le prisme des complexités



THEMA: Marie-Andrée Girard und John H. V. Gilbert

Interprofessionelle Ausbildung und kooperative Praxis in Kanada In Kanada ist die Interprofessionalität im Gesundheitswesen bereits seit rund 30 Jahren gelebter Alltag, während sie in der Schweiz erst langsam Fuss fasst. Wie funktioniert das kanadische Modell? Worauf beruht sein Erfolg? Einblicke in ein bewährtes, aber komplexes System, das auf Provinzen und zwei Amtssprachen aufgeteilt ist – Besonderheiten, die an die Schweiz erinnern.

Horizonte

82 Preise und Auszeichnungen

STREIFLICHT: Peter Engelhardt

83 Rettet die Büroklammer!

Zu guter Letzt

Julia Rippstein

84 Umgang mit einem Kindsverlust

TOM REED STUDIO

TR

Lehrplan für die Berufsfachschulen und das Ausbildungsprogramm für die überbetrieblichen Kurse



- Hauptaugenmerk auf die Vernetzung des Lernstoffs «Berufsfachschule», «Betrieb» und «überbetriebliche Kurse»
- In Deutsch und Französisch
- Gedruckt und als eBook

shop.emh.ch



EMHMedia
SCHWEIZERISCHER ÄRZTEVERLAG
EDITIONS MEDICALES SUISSES

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 Ärzteverlag 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@asmq.ch

Abonnementspreise: Jahresabonnement CHF 320.– zzgl. Porto.

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

© FMH

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

Hinweis: Alle in dieser Zeitschrift publizierten Angaben wurden mit der grössten Sorgfalt überprüft. Die angegebenen Dosierungen, Indikationen und Applikationsformen, vor allem von Neuzulassungen, sollten in jedem

Fall mit den Fachinformationen der verwendeten Medikamente verglichen werden.

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

printed in
switzerland



Titelbild:
Liskonogaleksey | Dreamstime.com

TARDOC V 1.3 – «What else?»

Urs Stoffel

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



Seit dem «Nichtentscheid» des Bundesrats am 30. Juni 2021 wurde die Tarifstruktur TARDOC nach den Vorgaben des Schreibens von Bundespräsident Parmelin nochmals überarbeitet.

Es wurde dabei auf die vier folgenden Themenbereiche fokussiert: Vereinfachung des Tarifs, Schaffen von umfassender Transparenz, Sicherstellung der Kostenneutralität und Aktualisierung der Kostenmodelle auf die Datenlage 2019.

Es fanden insgesamt sieben technische Abstimmungsitzungen mit Tarifspezialisten aller Tarifpartner (FMH, curafutura, santésuisse und H+) statt. Verdankenswerterweise hat dabei auch H+ Daten aus den Spitälern zur Aktualisierung des Kostenmodells INFRA eingebracht. Trotz intensiver Bemühungen ist es bis zum gesetzten Eingabetermin Ende 2021 aber nicht gelungen, die bei-

haben Vorrang gegenüber dem Einzelleistungstarif und müssen die entsprechenden Einzelleistungen ersetzen. Die Zukunft wird also eine Kombination sein aus einem sachgerechten und betriebswirtschaftlichen Einzelleistungstarif und sinnvollen, nach den gleichen Kriterien geprüften und genehmigten Pauschalen.

Zurzeit gibt es aber nur eine sachgerechte und betriebswirtschaftlich bemessene Tarifstruktur mit aktueller Nomenklatur, die den TARMED als Ganzes ablösen kann, und das ist der TARDOC V 1.3. Eine Ablehnung der Einzelleistungstarifstruktur TARDOC V 1.3 würde bedeuten, dass man den veralteten und nicht mehr sachgerechten TARMED einer modernen und aktuellen Tarifstruktur vorzieht, da es keine Alternative zum TARDOC V 1.3 gibt. Durch eine jahrelange unnötige Verzögerung würde also die Chance verpasst, ein modernes und dynamisch den Entwicklungen angepasstes Tarifsystem einzuführen.

Was sind nun die inhaltlichen Kriterien für die Genehmigung einer tarifpartnerschaftlich entwickelten Tarifstruktur durch den Bundesrat? Primär muss sichergestellt sein, dass die ambulante Versorgung der Bevölkerung mit ärztlichen Leistungen durch eine umfassende, sachgerechte und aktuelle Nomenklatur des Tarifs gewährleistet ist. Zudem muss die Genehmigungsbehörde eine kostenneutrale Überführung des alten in den neuen Tarif prüfen, so dass es zu keinen Mehrkosten durch den Tarifmodellwechsel kommt.

Zurzeit gibt es nur einen sachgerechten und betriebswirtschaftlichen Tarif mit aktueller Nomenklatur und das ist der TARDOC V 1.3.

den Tarifpartner H+ und santésuisse davon zu überzeugen, die überarbeitete Tarifstruktur TARDOC V 1.3 gemeinsam mit curafutura und FMH einzureichen.

An der ausserordentlichen Delegiertenversammlung der FMH vom 15. Dezember 2021 haben die Delegierten der FMH einstimmig und ohne Enthaltung dem TARDOC V 1.3 und der Eingabe der Tarifstruktur zugestimmt. Auch die an der Entwicklung von ambulanten Pauschalen beteiligten Fachgesellschaften haben zugestimmt. Damit steht nun die gesamte Ärzteschaft und somit die Mehrheit der Leistungserbringer klar und geschlossen hinter dem ambulanten Ärzttarif TARDOC V 1.3.

Es ist unbestritten, dass der jetzt gültige ambulante TARMED veraltet und nicht mehr sachgerecht ist. Ebenso einig sind sich alle Tarifpartner, dass auch in Zukunft eine sachgerechte und aktuelle Abbildung aller ambulanten, ärztlichen Leistungen einen Einzelleistungstarif voraussetzt, auch wenn zunehmend und sukzessive Einzelleistungen durch sachgerechte und transparente Pauschalen teilweise ersetzt werden sollen. Der Gesetzgeber hat für dieses Szenario bereits die rechtlichen Grundlagen geschaffen (KVG Art. 43 Abs. 5 und Abs. 5ter). Genehmigte ambulante Pauschalen

Am 20. Dezember haben die FMH und curafutura die überarbeitete Einzelleistungsstruktur TARDOC V 1.3 zur Genehmigung eingereicht.

Dies ist mit dem umfassenden Kostenneutralitäts- und Monitoringkonzept des TARDOC V 1.3 gesichert. Die Details einer komplexen und vielschichtigen Tarifstruktur sollten aber bei einer Genehmigung durch die Kompetenz der Tarifpartner ausgehandelt und festgelegt werden. Das ist der Sinn und Zweck der gesetzlichen Vorgabe der Tarifpartnerschaft.

Am 20. Dezember 2021 haben die Tarifpartner FMH und curafutura dem Bundesrat die gemäss dem Prüfbericht des BAG überarbeitete und aktualisierte Einzelleistungsstruktur TARDOC V 1.3 zur **Genehmigung** eingereicht.

Das Bundesgericht präzisiert die Rechtsprechung zum Arztgeheimnis

Ciro Papini

MLaw, Rechtsdienst FMH

Das Arztgeheimnis steht im Fokus eines interessanten Bundesgerichtsurteils [1], bei dem die Bedeutung des Arztgeheimnisses und seine Ziele und Zwecke erläutert werden. Vorliegend werden die inhaltlich relevanten Aussagen des Bundesgerichts zusammengetragen.

Die Ausgangssituation

Der Kanton Tessin hatte eine Gesetzrevision durchgeführt, welche die Meldepflicht von Arztpersonen erheblich ausgeweitet und gleichzeitig deren Strafbarkeit im Falle einer unterlassenen Meldung verschärft hätte. So wurde u.a. Art. 68 Abs. 2 der Legge sulla promozione della salute e il coordinamento sanitario (Legge sanitaria, LSan, das kantonale Gesundheitsgesetz) insoweit abgeändert, dass Medizinalpersonen

neu verpflichtet gewesen wären, innerhalb von 30 Tagen jede Krankheit, Verletzung und jeden Todesfall, die eindeutig oder vermutlich mit einem Officialdelikt in Verbindung stehen, der Staatsanwaltschaft direkt oder via Kantonsarzt zu melden.

Zudem wurde Art. 68 LSan durch dessen Abs. 3 so ergänzt, dass Medizinalpersonen innerhalb von 30 Tagen dazu verpflichtet wurden, der Gesundheitsbehörde und der Staatsanwaltschaft jedes durch einen Kollegen oder eine Kollegin begangene Officialdelikt



zu melden, welches im Rahmen deren medizinischen Tätigkeit begangen wurde.

Vier Tessiner Ärzte und Ärztinnen haben gegen diese Gesetzesänderungen Beschwerde beim Bundesgericht eingereicht und unter anderem verlangt, dass Art. 68 Abs. 2 und 3 LSan zu streichen sind.

Das Bundesgericht hat ihnen teilweise recht gegeben.

Das Arztgeheimnis

Das Bundesgericht hat im Urteil erneut klargestellt, dass das Arztgeheimnis ein zentrales und wichtiges Rechtsinstitut darstellt. Es dient der Verwirklichung des verfassungsmässigen Anspruchs auf Privatsphäre und schützt die Geheimsphäre des Patienten. Darüber hinaus dient es der öffentlichen Gesundheit, indem es ermöglicht, dass sich der Patient oder die Patientin dem Arzt oder der Ärztin ohne Vorbehalt anvertrauen kann und zweckmässig behandelt wird. Fehlt ein solcher Vertrauensschutz, könnten Personen, die eine

Das Bundesgericht hat im Urteil erneut klargestellt, dass das Arztgeheimnis ein zentrales und wichtiges Rechtsinstitut darstellt.

medizinische Versorgung benötigen, davon abgehalten werden, dem Arzt oder der Ärztin persönliche und intime Informationen bekanntzugeben, die für die Durchführung einer angemessenen Behandlung erforderlich sind. Oder sie könnten davon absehen, den Arzt zu konsultieren, was ihre eigene Gesundheit oder – im Falle von übertragbaren Krankheiten – die Öffentlichkeit gefährden könnte.

Das Arztgeheimnis gilt aber nicht absolut. Bund und Kantone dürfen es durch die Einführung von gesetzlichen Melde- oder Informationspflichten einschränken (Art. 321 Ziff. 3 StGB). Das Bundesgericht erinnert aber daran, dass im Grundsatz das Geheimnis gilt und in Bezug auf dessen Befreiung weniger weitreichende Lösungen bevorzugt werden sollten, wie z.B. die Entbindung vom Berufsgeheimnis durch den Patienten bzw. die Patientin und in zweiter Linie die Entbindung durch die Behörde. Die Einschränkung des Arztgeheimnisses durch die Einführung von Meldepflichten soll somit die Ausnahme darstellen.

Bei der Einführung von Art. 68 Abs. 2 LSan vermisste das Bundesgericht jedoch die für die Einführung von Meldepflichten nötige Interessenabwägung. Die infrage stehende Meldepflicht wäre nicht auf bestimmte Situationen beschränkt, in denen das Interesse an einer Offenlegung die Wahrung des Berufsgeheimnisses in jedem Fall überwiegt. Die Beschwerde wurde also in diesem Punkt aufgehoben, und der Kanton wurde an-

gewiesen, die Norm so zu formulieren bzw. einzuschränken, dass eine Meldepflicht «nur» bei Todesfällen bestehen darf, welche auf eindeutige oder vermutete Straftaten zurückzuführen sind. Die Ausweitung der Meldepflicht auf Verletzungen und Krankheiten ging dem Bundesgericht zu weit.

Diese Präzisierung des Bundesgerichts ist umso wichtiger, wenn man bedenkt, dass eine Verletzung des Arztgeheimnisses strafrechtlich verfolgt werden kann. Die problematischen Tatbestände müssen deswegen so klar wie möglich im Gesetz umschrieben sein, damit die angesprochenen Personen sich auch entsprechend verhalten können. Die Einführung einer Meldepflicht von jeglichen Straftaten, die durch Medizinalpersonen begangen werden und die von Amtes wegen verfolgt werden müssen (z.B. Steuerhinterziehung), wie der Kanton Tessin sie mit Art. 68 Abs. 3 LSan einführen wollte, ist zu pauschal, ermöglicht die nötigen Interessenabwägungen nicht und ist strafrechtlich betrachtet zu wenig präzise.

Aus diesem Grund hat das Bundesgericht den beschwerdeführenden Ärzten auch in Bezug auf diese Norm recht gegeben und Art. 68 Abs. 3 LSan aufgehoben.

Die Abklärungspflicht

Die Beschwerde richtete sich weiter gegen eine zusätzliche neu eingeführte Norm. Mit einem neuen Abs. 4 des Art. 20 LSan wollte der Kanton vorsehen, dass Medizinalpersonen sich nicht auf das Arztgeheimnis berufen können, falls die Aufsichtsbehörde von ihnen Informationen im Rahmen der Ausübung ihrer Aufsichtsfunktion verlangt. Obwohl das Bundesgericht die Beschwerde zu diesem Punkt abgewiesen hat, sind die Ausführungen dazu für die Praxis relevant [2].

Das Bundesgericht hat klargestellt, dass die Aufsichtsbehörde unter Wahrung des Verhältnismässigkeitsprinzips in der Regel in drei Situationen die notwendigen Informationen von Ärztinnen und Ärzten einfordern kann:

1. Im Rahmen ihrer gesetzlich vorgeschriebenen und regelmässigen Kontrollfunktion (Überprüfung der Dienstleistungsqualität alle 3–4 Jahre);
2. im Rahmen einer reaktiven Kontrolle (nach einer Meldung eines Patienten) oder
3. nach einer Meldung der Staatsanwaltschaft.

Im zweiten Fall nimmt das Bundesgericht an, dass das Einverständnis für die Akteneinsicht des Patienten oder der Patientin automatisch vorhanden ist. Der behandelnde Arzt darf sich somit nicht auf das Arztgeheimnis berufen.

In den zwei anderen Konstellationen muss die Aufsichtsbehörde hingegen auch ohne die Einwilligung der Patientinnen und Patienten Zugang zu den nötigen Akten und somit, wenn im Einzelfall notwendig, auch zur Krankengeschichte haben, damit sie ihre gesetzlich vorgeschriebene Aufsichtspflicht wahrnehmen kann. Die Aufsichtsbehörde delegiert zudem in der Regel diese Kontrollaufgabe den Kantonsärztinnen. Diese sind einerseits selbst an das Amtsgeheimnis gebunden und andererseits ermächtigt, die infrage stehenden Ärztinnen und Ärzte vom Arztgeheimnis zu befreien. Das Bundesgericht stellt somit klar, dass sich in solchen Fällen die betroffenen Ärztinnen und Ärzte nicht auf das Arztgeheimnis berufen können, um die Akteneinsicht der Aufsichtsbehörde zu verweigern.

Konsequenzen für die Praxis

Dieses Urteil ist insofern für die Ärzteschaft wichtig, als es nicht nur die Grundsätze in Verbindung mit dem Arztgeheimnis für die medizinische Praxis wiederholt und präzisiert, sondern auch klare Anweisungen an die Gesetzgeber erteilt, welche Anforderungen Ausnahmen vom Arztgeheimnis in Form von Meldepflichten erfüllen müssen.

Das Arztgeheimnis stellt für das Bundesgericht einen sehr wichtigen Bestandteil der Arzt-Patienten-Beziehung dar, und grundsätzlich muss davon ausgegangen werden, dass keine Informationen aus der Behandlung preisgegeben werden dürfen. Dieser Grundsatz ist in Art. 321 StGB festgehalten.

Die primäre Ausnahme von diesem Grundsatz ist die Einwilligung des Patienten bzw. der Patientin zur In-

formationspreisgabe. Falls der Patient nicht kann oder will, soll wenn nötig die Befreiung vom Arztgeheimnis durch die Kantonsärztin oder den Kantonsarzt erfolgen (Art. 321 Abs. 3 StGB). Entscheidend dabei ist, dass im Einzelfall die notwendige Abwägung zwischen dem Interesse der Arztperson, eine geschützte Information preiszugeben, und dem Interesse des Patienten, die Information zu schützen, durchgeführt werden kann.

Die Aufhebung des Arztgeheimnisses durch die Einführung von gesetzlichen Meldepflichten muss die Ausnahme darstellen.

Die Aufhebung des Arztgeheimnisses durch die Einführung von gesetzlichen Meldepflichten muss sich hingegen stets auf sehr spezifische und klar eingrenz- bare Sachverhalte beziehen und gleichzeitig die Ausnahme darstellen (Art. 321 Abs. 3 StGB). Dabei stellt das Bundesgericht fest, dass der Gesetzgeber im Lichte der oben genannten Grundsätze und unter Berücksichtigung der Wichtigkeit des Arztgeheimnisses bei der Einführung einer Meldepflicht eine Interessenabwägung zwischen den Interessen der Öffentlichkeit an einer Preisgabe einer sensiblen Information und dem Schutz des Vertrauensverhältnisses zwischen Arzt und Patientin durchführen muss.

Literatur

- 1 Urteil des Bundesgerichts 2C_658/2018 vom 18.3.2021.
- 2 Siehe Artikel «Wie reagiere ich auf Auskunftsbegehren der Aufsichtsbehörde?». Schweiz Ärztztg. 2021;102(24):799–800.

Bildnachweis

Ernie A. Stephens / Unsplash



[Ausserordentliche Ärztekammer am 3. März 2022: Aufruf für Kandidierende](#)

Ersatzwahl: Lateinischsprachige Schweiz im FMH-Zentralvorstand

Yvonne Gilli

Dr. med., Präsidentin FMH

Verschiedene Mitgliedorganisationen haben uns aufgefordert, die Ersatzwahl vorzuziehen und eine ausserordentliche Ärztekammer einzuberufen. Mit dem ausserterminlichen Rücktritt von Michel Matter ist der Sitz der lateinischsprachigen Schweiz ab dem 31. Januar 2022 vakant. Die ausserordentliche Ärztekammersitzung findet am Nachmittag des 3. März 2022 virtuell statt.

Bitte beachten Sie, dass die von der Ärztekammer zu wählenden Personen gemäss Art. 22 der Statuten der FMH mit Erreichung ihres 68. Altersjahres aus dem Amt ausscheiden, sofern die Ärztekammer im Einzelfall keine Ausnahme beschliesst. Neben den statutarischen Voraussetzungen (Facharzt-Titel und FMH-Mitgliedschaft) sind unter anderem politische und standespolitische Erfahrung, Führungskompetenz und Sprachkompetenzen Voraussetzungen für die Kandidatur.

Die Kandidaturen mit Beilagen benötigen wir bis spätestens am 1. Februar 2022 per E-Mail an [direction\[at\]fmh.ch](mailto:direction[at]fmh.ch). Später eintreffende Angaben können nicht mehr mit der regulären Einladung versandt werden. Ein Anforderungsprofil der Kandidatinnen und Kandidaten für den Zentralvorstand (ZV) sowie das Formular zur Publikation in der SÄZ erhalten Sie ebenfalls unter der E-Mail-Adresse [direction\[at\]fmh.ch](mailto:direction[at]fmh.ch). Für Ihre Fragen zur Ersatzwahl stehen wir gerne zur Verfügung.

Bildnachweis

Ramcreativ | Dreamstime.com

[direction\[at\]fmh.ch](mailto:direction[at]fmh.ch)

Personalien

Todesfälle / Décès / Decessi

Christiane Engel-Eckert (1942), † 12.4.2021, CA 95065 Santa Cruz, USA

Gerhard Bickel (1941), † 25.9.2021, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin, 8640 Rapperswil SG

Peter Maurer (1958), † 11.12.2021, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin, 3008 Bern

Andreas von Orelli (1926), † 13.12.2021, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin, 4054 Basel

Guy de Sépibus (1937), † 17.12.2021, Spécialiste en cardiologie et Spécialiste en médecine interne générale, 1950 Sion

Otto Bellwald (1931), † 24.12.2021, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin, 3945 Gampel

Praxiseröffnung / Nouveaux cabinets médicaux / Nuovi studi medici

GE

Antoine Homsy, Spécialiste en chirurgie plastique, reconstructive et esthétique, FMH, Avenue de Champel 24, 1206 Genève

NW

Filip Kostal, Facharzt für Angiologie und Facharzt für Allgemeine Innere Medizin, FMH, Schützenmatte 12, 6362 Stansstad

TI

Laurenz Jaberg, Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, FMH, Via Cantonale 38, 6928 Manno

Laura Zanisi, Spécialiste en rhumatologie et Spécialiste en médecine interne générale, FMH, Via Castelrotto 18 b, 6600 Locarno

Ärztegesellschaft des Kantons Bern

Ärztlicher Bezirksverein Bern Regio

Zur Aufnahme als ordentliches Mitglied hat sich angemeldet:

David Brunner, Facharzt für Ophthalmologie, Augenärzte Gurtengasse, Gurtengasse 2, 3011 Bern

Einsprachen gegen dieses 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:

Gerlind Läger, Fachärztin für Allgemeine Innere Medizin, Gesundheitszentrum Kapf, Kapfstrasse 1, 6020 Emmenbrücke

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 Neuanmeldungen:

Simon Mutzke, Praktischer Arzt, Bambergerstrasse 35, DE-96049 Bamberg

Cornelia Brendle, Fachärztin für Radiologie, Bahnweg 2B, 8598 Bottighofen

Unterwaldner Ärztegesellschaft

Zur Aufnahme in unsere Gesellschaft hat sich gemeldet:

Ankica Ging, Praktische Ärztin, FMH, Gynopsychiatrie, Gynäkologische Praxis frau im zentrum in Stans, Bahnhofstrasse 2, 6370 Stans

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

Ärztegesellschaft Uri

Zur Aufnahme in die Ärztegesellschaft Uri als ordentliches Mitglied per 1.1.2022 hat sich angemeldet:

Claudia Niewenhuys, Fachärztin für Allgemeine Innere Medizin und Fachärztin für Hämatologie, tätig seit 1.9.2021 am Kantonsspital Uri, 6460 Altdorf

Einsprachen gegen diese Kandidatur müssen innerhalb von 20 Tagen seit dieser Veröffentlichung schriftlich begründet an den Vorstand der Ärztegesellschaft Uri eingereicht werden. Nach Ablauf der Einsprachefrist entscheidet der Vorstand über Gesuche und allfällige Einsprachen.

Ärzte-Gesellschaft des Kantons Zug

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

Barbara Maria Esch, Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie, FMH, Dorfstrasse 1, 6300 Zug

Andrei Khomenko, Facharzt für Neurologie und Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, ANCO Healthcare AG, Chamerstrasse 174, 6300 Zug

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



Ergebnisse der vierten Umfrage zu klinischen Ethikstrukturen

Klinische Ethik in der Schweiz: Stagnierend vor der Pandemie?

Anna Zentner^a, Rouven Porz^b, Sibylle Ackermann^c, Ralf J. Jox^d

^a Cand. Dr. med., Medizinethik und ärztliche Weiterbildung, Direktion Medizin, Insel Gruppe, Inselspital, Bern; ^b Prof. Dr. phil, dipl. biol. AdL, Medizinethik und ärztliche Weiterbildung, Direktion Medizin, Insel Gruppe, Inselspital, Bern; ^c lic. theol., dipl. biol., Leiterin Ressort Ethik, SAMW, Bern; ^d Prof. Dr. med. Dr. phil., Einheit für Klinische Ethik, Institut für Humanities in der Medizin, CHUV und Universität Lausanne

Die klinische Ethik unterstützt Gesundheitsfachpersonen bei schwierigen Wertebewägungen, ethischen Entscheidungsfindungsprozessen und organisationsethischen Fragen, aber auch in Ethik-Weiterbildungen und der universitären Lehre. Die Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissenschaften (SAMW) fördert die Entwicklung der noch jungen Disziplin und führt regelmässige Standortbestimmungen durch. Die Ergebnisse der vierten Umfrage aus dem Winter 2020 liegen vor – ein Zwischenstand noch vor der Covid-19-Pandemie.

Die Disziplin der klinischen Ethik hat sich in den vergangenen 20 Jahren in der Schweiz stetig weiterentwickelt und professionalisiert [1–3]. Ihre Entwicklung wird in der Schweiz seit Beginn unter anderem von der SAMW begleitet. Diese empfiehlt in vielen ihrer Richtlinien den Aufbau und Einbezug ethischer Unterstützung in der Medizin [4].

Über die Jahre konnte die SAMW in drei Querschnitterhebungen herausfinden, dass die Existenz expliziter Strukturen der klinischen Ethik in Spitälern in der

Schweiz von nur 18% (2002) über 44% (2006) auf zuletzt 48% (2014) angestiegen ist [1–3].

Thematisch zeigte sich in den drei Umfragen, dass sich die Aufgabenbereiche der klinischen Ethik im Laufe der Zeit etwas gewandelt haben, in allen dreien wurden jedoch ethische Fragen zum «Therapieabbruch» als häufigstes inhaltliches Thema der klinischen Ethik genannt. Weiter relevant waren Fragen zu «Reanimation» und «Sterbehilfe» (2002), später zu «Zwangsmassnahmen» (2006) und Fragen rund um das Thema

«Patientenverfügungen» (2014). Zudem wurde deutlich, dass Wertekonflikte im Team zunehmend relevant wurden, aber auch Themen mit einer starken rechtlichen Komponente wie die Beurteilung der Urteilsfähigkeit von Patientinnen und Patienten.

Vierte Umfrage noch vor der Pandemie

Die vierte SAMW-Umfrage wurde unmittelbar vor der Covid-19-Pandemie im Winter 2019/20 durchgeführt. Die Daten beziehen somit noch keine Covid-19-spezifischen Herausforderungen mit ein wie etwa die Fragen nach Triage auf Intensivstationen oder über moralisch herausfordernde Pflegesituationen in Altersheimen. Wie in den Vorjahren wurde auch die vierte Umfrage in zwei Etappen durchgeführt. Zuerst wurden alle vom nationalen Spitalverband H+ gelisteten Akutspitäler, psychiatrischen Kliniken und Rehabilitationskliniken der Schweiz angeschrieben (insgesamt 223 Institutionen). Die Frage war, ob die Institutionen über Strukturen zur ethischen Unterstützung verfügen. Hier ergibt

sich ein erstes wichtiges Ergebnis: Aktuell verfügen 50,2% dieser Institutionen (118) über explizite Strukturen zur klinischen Ethik (Abb. 1). Damit hat zwischen der Umfrage 2014 (48%) in den letzten Jahren nur ein sehr geringer Anstieg an Ethikstrukturen in der Schweiz stattgefunden.

Die 118 Institutionen mit Ethikstrukturen erhielten im zweiten Schritt einen ausführlichen Online-Fragebogen. Dieser wurde mit einer Rücklaufquote von 92,4% beantwortet. Gestützt auf diese Daten legen wir (a) dar, wie sich die Ethikstrukturen auf die unterschiedlichen Arten von Institutionen verteilen, dies auch im zeitlichen Verlauf der letzten 20 Jahre. Dann fokussieren wir (b) auf die Ethikverantwortlichen in den Institutionen, (c) auf die Zusammensetzungen der Ethikstrukturen, (d) auf die inhaltlichen Tätigkeiten der Ethikstrukturen und (e) auf die ethischen Themenbereiche, mit denen sie sich vorrangig beschäftigen.

(a) Ethikstrukturen nach Spitalart im Zeitverlauf

Wenn man den Anteil der Schweizer Spitäler mit Ethikstrukturen in prozentualer Verteilung betrachtet (Abb. 2), wird für das Jahr 2020 deutlich, dass mehr als die Hälfte aller Akutspitäler und Psychiatrien über Strukturen der ethischen Unterstützung verfügen. Deutlich wird auch, dass zunehmend Rehabilitationskliniken sich in klinischer Ethik engagieren. Gleichzeitig wird aber auch sichtbar – wie oben in absoluten Zahlen benannt –, dass sich mit dem Blick auf die Akutspitäler zuletzt kein grosser Anstieg an Ethikstrukturen feststellen lässt (im Vergleich zu 2002 und 2006). Der Boom des Anstieges an klinischen Ethikstrukturen hat in den Akutspitalern offensichtlich zwischen 2002 und 2006 stattgefunden.

(b) Ethikverantwortliche in den Institutionen

Wer sind die eigentlichen Verantwortlichen für klinische Ethik in den Institutionen und welchen Hintergrund in Ethik haben sie? Hier zeichnet sich für die Schweiz ein gemischtes Bild, denn teilweise verfügen diese Personen über fokussierte Aus- und Weiterbildungen im Bereich der Ethik, teilweise aber auch gar nicht. Das heisst in Zahlen (Abb. 3): Von den Antwortenden gaben 30% an, eine spezifische Aus- oder Weiterbildung in Ethik abgeschlossen zu haben (z.B. ein Doktorat, einen Master oder ein *Certificate of Advanced Studies*). Fast gleich viele (29%) haben mehrere Kurse in Ethik besucht oder Ethik als Nebenfach in ihrer Grundausbildung belegt. Über eine nur minimale Ethikausbildung, zum Beispiel durch den Besuch eines einzelnen Ethikkurses, verfügen 18% der Befragten. Fast ein Viertel (23%) der für eine klinische Ethikstruktur verantwortlichen Personen gab an, über keinerlei Ausbil-

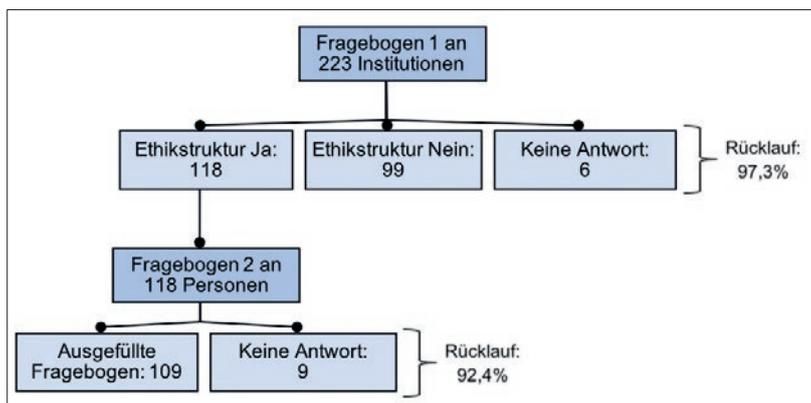


Abbildung 1: Methodisches Vorgehen und Rücklauf-Quoten von Fragebogen 1 und 2 der nationalen Umfrage der SAMW zum Bestand von Ethikstrukturen im Jahr 2020.



Abbildung 2: Prozentualer Anteil der Spitäler mit Ethikstrukturen, getrennt nach Spitalarten, in den Befragungen der Jahre 2002, 2006, 2014 und 2020.

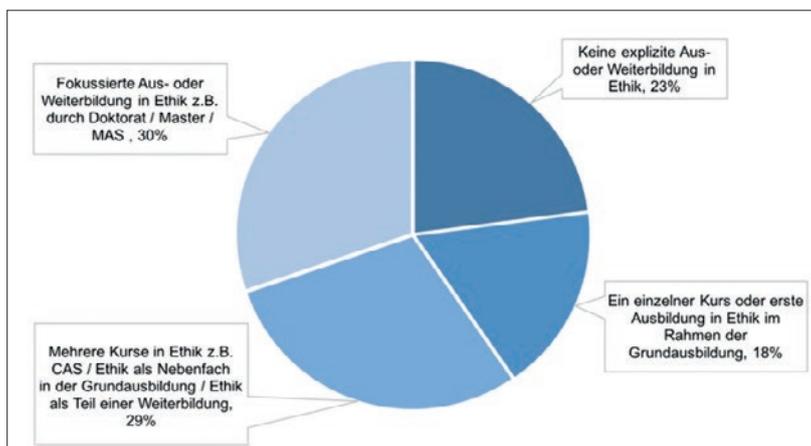


Abbildung 3: Darstellung der Aus- und Weiterbildung in Ethik der Ethikverantwortlichen in den unterschiedlichen Institutionen.

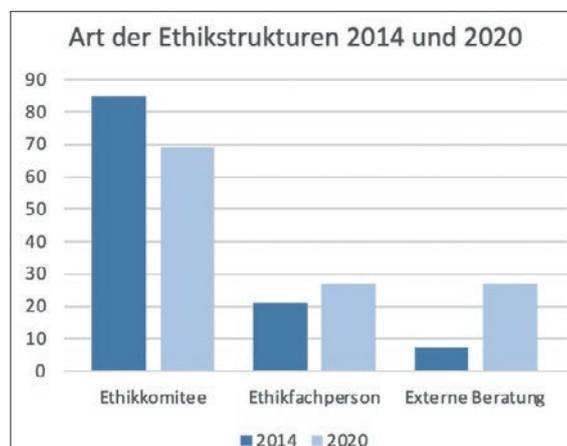


Abbildung 4: Arten der Ethikstrukturen an Spitälern gemäss den Umfragen von 2014 und 2020. Angabe in Prozent.

derung in Ethik zu verfügen. Angesichts dieser Resultate ist es angezeigt über neue, professionalisierte Weiterbildungsmöglichkeiten in klinischer Ethik in der Schweiz nachzudenken.

(c) Zusammensetzungen der Ethikstrukturen

In Abbildung 4 ist ersichtlich, dass die Ethikstruktur in 69% der Spitäler mit Ethikangebot aus einem sogenannten «Ethikkomitee» besteht (auch «Ethikkommission», «Ethikbeirat» oder «Ethikforum» genannt) und dass 27% dieser Spitäler über eine Ethikfachperson verfügen, die – in unterschiedlichem Umfang – für Aufgaben der klinischen Ethik angestellt ist. Ebenfalls 27% dieser Spitäler nehmen die Dienste einer ethischen Beratung durch eine externe Person in Anspruch. Der Vergleich mit der Umfrage von 2014 zeigt, dass die Zahl der Ethikkomitees deutlich geschrumpft ist, die Zahl der angestellten Ethikfachpersonen nur leicht zugenommen hat, aber die der externen Beratung sich vervierfacht hat.

Weiterhin finden sich in der Zusammensetzung der Ethikstrukturen fast immer Vertretende der Ärzteschaft und der Pflege, meistens auch Ethikerinnen und Ethiker sowie Personen aus der Seelsorge (beziehungsweise Theologie oder Spiritualität), in abnehmender Häufigkeit Juristinnen, Vertretende der Verwaltung beziehungsweise Spitalleitung und andere Gesundheitsfachkräfte. Diese Ergebnisse sind in Tabelle 1 dargestellt.

Die Leitung der Ethikstruktur ist meist multiprofessionell, wobei hier Vertretende der Ärzteschaft und der Ethik am häufigsten sind, deutlich seltener Pflegende oder juristische Fachpersonen. Eine Aus- oder Weiterbildung in Ethik wird nur in 38% der Ethikstrukturen von den Mitgliedern verlangt. Auch hier könnte die Professionalität der Ethikstruktur gefördert werden, wenn von ihren Mitgliedern eine definierte Aus- oder Weiterbildung in Ethik erwartet würde. Entsprechende Angebote sind zu schaffen beziehungsweise auszubauen.

(d) Inhaltliche Tätigkeiten

Die an der Befragung teilnehmenden Ethikstrukturen führen gemäss den Verantwortlichen vielfältige Tätigkeiten im Bereich der klinischen Ethik aus, darunter die klassischen Aufgaben der Einzelfallberatung (zum Beispiel in ethischen Fallbesprechungen), Leitlinienerstellung und/oder Organisation von Fortbildungen in Ethik (Abb. 5). Bemerkenswert ist, dass über 60% der Antwortenden es auch zu ihren Aufgaben rechnen, gelegentlich im Einzelfall selbst eine Entscheidung zu treffen (2014 waren dies 52%). Dies ist ein heikler Punkt, wird doch von der SAMW seit 2012 deutlich darauf hingewiesen, dass die Entscheidungsverantwortung immer bei der Ärztin oder dem Arzt und dem Behandlungsteam bleibt (sowie bei der Patientin bzw. dem Patienten), nicht aber in den Kompetenzbereich der Ethikstruktur fällt [5].

Tabelle 1: Personelle Zusammensetzung und Leitung der Ethikstrukturen.

Vertretene Berufsgruppen	% der Ethikstrukturen	Leitung	% der Ethikstrukturen
Ärzterschaft	95	Multiprofessionell	55
Pflege	90	Monoprofessionell	33
Ethik	70	Ärzterschaft	44
Seelsorge/Theologie	70	Ethik	32
Recht	48	Pflege	10
Verwaltung/Leitung	45	Recht	5
Psychologie	41		
Sozialarbeit	29		
Physio-/Ergotherapie	26		
Hebammen	16		



Abbildung 5: Tätigkeiten der Ethikstrukturen nach Angabe der Ethikverantwortlichen (in Prozent der Antworten, Mehrfachantworten möglich).

Auf die Frage, ob die Ethikstrukturen ihre Aktivitäten dokumentieren, antworteten 80% zustimmend, 14% gaben an, keine Dokumentation durchzuführen (6% enthielten sich einer Antwort). Etwas mehr als ein Drittel der Ethikstrukturen nutzt auch Massnahmen der Evaluation, um die Wirkung ihrer Tätigkeit einschätzen zu können.

(e) Ethische Themenbereiche

Bei der Frage nach wiederkehrenden Themen oder Fragestellungen fällt auf, dass klassische transversale ethische Themen, die in allen medizinischen Fachgebieten Anwendung finden, besonders häufig vertreten sind, etwa die Reflexion über Therapiezieländerung beziehungsweise Therapieabbruch, der Umgang mit Patientenverfügungen und die ethischen Fragen rund um die Feststellung von Urteilsfähigkeit (Abb. 6).

Demgegenüber werden ethische Themen, die im medialen Diskurs breiten Raum einnehmen und *en vogue* sind (z.B. künstliche Intelligenz, Digitalisierung, Genetik, Reproduktionsmedizin, Transplantation), gemäss Umfrage eher selten in klinischen Ethikstrukturen behandelt.

Zusammenfassend lässt sich feststellen, dass in den letzten 20 Jahren in der klinischen Ethik in der Schweiz viel passiert ist. Der Blick auf die vierte Umfrage der SAMW von 2020 zeigt aber auch Schwachstellen auf. In der Entwicklung von Ethikstrukturen scheint es zu einer Stagnation gekommen zu sein, viele – auch grössere Institutionen – können weiterhin nicht auf eine Ethikstruktur zurückgreifen. Etliche der etablierten Ethikstrukturen verstehen ihre Rolle darin, selbst Entscheidungen zu fällen – entgegen den nationalen Emp-

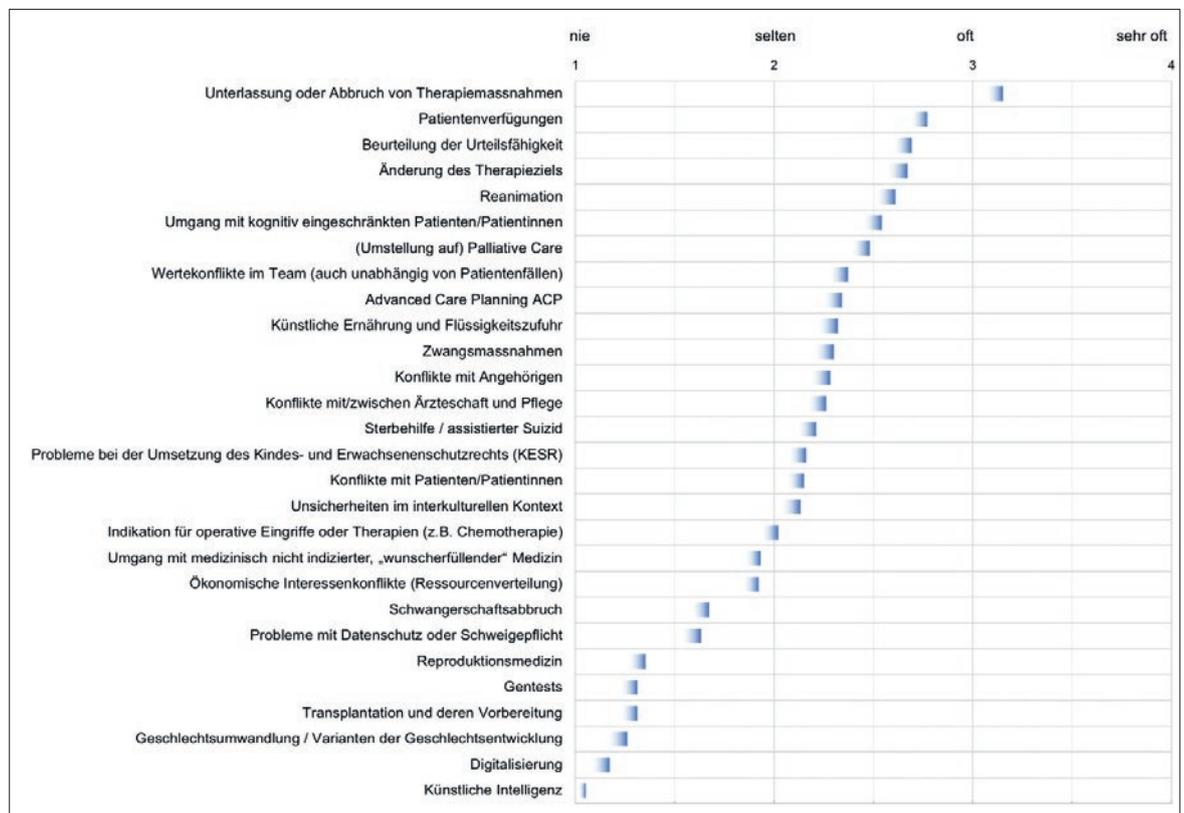


Abbildung 6: Darstellung der Häufigkeit, mit der bestimmte ethische Themen und Fragestellungen in der jeweiligen klinischen Ethikstruktur behandelt werden.

fehlungen. Vielen Ethikverantwortlichen fehlt es in der Schweiz an spezifischen Weiterbildungsmöglichkeiten, um sich in klinischer Ethik aus- und fortzubilden. In dieser Entwicklung steht die Schweiz nicht alleine da, ähnliche Resultate findet zum Beispiel auch Ellen Fox für die USA in ihrer aktuellen *Follow-up*-Studie der US-amerikanischen Entwicklung der klinischen Ethik (ein Vergleich der Jahre 2000 und 2020). Auch sie weist darauf hin, dass viele Ethikverantwortliche keine direkte Aus- oder Weiterbildung in Ethik haben. Sie findet zudem in den Ethikstrukturen grosse Unterschiede zwischen kleinen Landspitälern und grossen akademischen Institutionen [6].

Als Ausblick bleibt festzuhalten, dass die ethischen Fragen der Covid-19-Pandemie einen grossen Einfluss auf die Entwicklung der Disziplin der klinischen Ethik haben mögen. Damit bieten die vorliegenden Daten der vierten Umfrage der SAMW nicht nur erneut einen fundierten nationalen Überblick, sondern dienen auch als guter und solider Vergleichswert zu einer künftigen fünften Umfrage. Es wird spannend sein herauszufinden, in welcher Art und Weise die Pandemieerfahrungen Auswirkungen auf die nationalen Ethikstrukturen haben bzw. haben werden.

Das Wichtigste in Kürze

- Die vierte SAMW-Umfrage wurde unmittelbar vor der Covid-19-Pandemie im Winter 2019/20 durchgeführt. Die Daten beziehen somit noch keine Covid-19-spezifischen Herausforderungen mit ein.
- Im Jahr 2020 verfügten mehr als die Hälfte aller Akutspitäler und Psychiatrien in der Schweiz über Strukturen für die ethische Unterstützung.
- In der Entwicklung von Ethikstrukturen scheint es zu einer Stagnation gekommen zu sein, viele – auch grössere Institutionen – können weiterhin nicht auf eine Ethikstruktur zurückgreifen.

Sibylle Ackermann
Leitung Ressort Ethik
Schweizerische Akademie
der Medizinischen Wissenschaften
ethics[at]samw.ch

Empfehlungen der SAMW

Die klinische Ethik ist eine relativ neue Disziplin. Die SAMW hat in den letzten Jahren nationale Empfehlungen dazu geschrieben, wie klinische Ethik konkret betrieben und wie Ethik an Hochschulen und Universitäten gelehrt werden kann. Die 2012 veröffentlichte SAMW-Empfehlung «Ethische Unterstützung in der Medizin» schafft ein Bewusstsein dafür, inwiefern klinische Ethik dabei helfen kann, verantwortungsvolle klinische Entscheidungen zu treffen und Interessenkonflikte zu vermeiden [4]. Im Jahr 2019 erschienen die Empfehlungen «Ethikausbildung für Gesundheitsfachpersonen». Mit besonderem Blick auf die Ausbildung wird ein thematisches und inhaltliches Gesamtpaket geschnürt, das Lehrende dabei unterstützt, die Ethik in ihrer inhaltlichen Gesamtheit – d.h. in Methode, Haltung und Wissen – zu vermitteln [7].

In diesem Artikel wurden Ausschnitte aus den Ergebnissen der vierten Umfrage dargestellt. Weitere Einblicke finden sich auf der SAMW-Website: samw.ch/ethikunterstuetzung/studien

Bildnachweis

Piron Guillaume / Unsplash

Literatur

- 1 SAMW. Salathé M, Leuthold M, Amstad H, Valloton M. Klinische Ethikkommissionen in der Schweiz – eine Bestandsaufnahme. *Schweiz Ärzteztg.* 2003;84(50):2682–5.
- 2 SAMW. Salathé M, Amstad H, Jünger M, Leuthold M, Regamey C. Institutionalisierung der Ethikberatung an Akutspitälern, psychiatrischen Kliniken, Pflegeheimen und Einrichtungen der Rehabilitation der Schweiz: Zweite Umfrage der Schweizerischen Akademie der Medizinischen Wissenschaften. *Bioethica Forum.* 2008;1(1):8–14.
- 3 SAMW. Ackermann S, Balsiger L, Salathé M. Ethikstrukturen an Akutspitälern, Psychiatrischen Kliniken und Rehabilitationskliniken der Schweiz. *Bioethica Forum.* 2014;9(2):52–9.
- 4 SAMW. 2012. Ethische Unterstützung in der Medizin: Medizinethische Empfehlungen. Download: samw.ch/richtlinien
- 5 Vgl. [4], Seite 7: «Die Entscheidungsverantwortung bleibt beim Arzt und Behandlungsteam.»
- 6 Fox E, Danis M, Tarzian A, Duke C. Ethics Consultation in U.S. Hospitals: A National Follow-Up Study. In: *American Journal of Bioethics.* 2021;26:1–14. doi: 10.1080/15265161.2021.1893547
- 7 SAMW. 2019. Ethikausbildung für Gesundheitsfachpersonen: Medizin-ethische Empfehlungen. Download: samw.ch/richtlinien

Briefe an die SÄZ

«Stell Dir vor, es gäbe neue Zulassungsbeschränkungen und keiner macht mit ...» (mit Replik)

Brief zu: Lang G, Herzog-Zwittler I. Neues Zulassungsrecht und Zulassungsbeschränkung. Schweiz Ärztztg. 2021;102(51-52):1713-7.

Als erstes ein Dankeschön für die gute Zusammenfassung der neuen gesetzlichen Vorschriften für ambulant tätige Ärztinnen und Ärzte! Dies ist hilfreich. Aber etwas Entscheidendes fehlt doch! Einmal mehr erfahren wir, neutral und unkommentiert, wie mittels gesetzlicher Rahmenbedingungen unsere Berufsausübung empfindlich und einschneidend vorsätzlich behindert wird. Obwohl für alle nicht ganz klar ersichtlich sein dürfte, was genau die marxistisch-planwirtschaftlich anmutenden Änderungen für konkrete Auswirkungen haben werden, kann man erahnen, dass die ohnehin bereits prekäre Versorgungssituation beispielsweise durch ambulant tätige Grundversorger oder Psychiater dadurch noch deutlich verschärft wird. Wie kann die FMH zu einer derart grundlegenden Fehlentwicklung nicht einmal ein klares Statement abgeben? Oder besser (und adäquater): informieren, was sie unternommen hat, um dieser entgegenzutreten? «... werden sich künftig neu viele ... Fragen stellen» und «Dazu werden wir Sie laufend informieren» ist alles, was ich dazu lese. Das ist einfach unverständlich! Vielleicht bin ich ja der Einzige, der dies stossend findet – dann können Sie diesen Brief einfach vergessen. Wenn nicht, schlage ich vor, dass Sie Ihr Potential benutzen, um die Ärzteschaft solidarisch zu vereinen, um diese Fehlentwicklung durch Sanktionen unsererseits zu stoppen! Sonst lesen wir in Zukunft dann einmal in einem Artikel im «gäle Heftli»: «Das Parlament hat soeben beschlossen, den Arztberuf abzuschaffen, weil er zu viele Kosten generiert. Wir wollten Sie einfach darüber informieren.»

Dr. med. Christian de Garis,
Facharzt Kinder- und Jugendmedizin, Zofingen

Replik auf «Stell Dir vor, es gäbe neue Zulassungsbeschränkungen und keiner macht mit ...»

Sehr geehrter Herr de Garis
Vielen Dank für Ihre Zuschrift und die Gelegenheit zur Stellungnahme. Die FMH hat sich während des ganzen Gesetzgebungsprozesses über vier Jahre intensiv mit dem Thema Zulassungsbeschränkung befasst und sich für

ihre Mitglieder engagiert. Darüber haben wir auch regelmässig auf unseren verschiedenen Kommunikationskanälen informiert. Alleine in der *Schweizerischen Ärztezeitung* haben wir diverse Male dazu geschrieben. Eine Auswahl finden Sie untenstehend.*

Dass eine Zulassungsbeschränkung für Ärztinnen und Ärzte eingeführt würde, trat im demokratischen Prozess klar zutage. Die Frage war also nicht das Ob, sondern das Wie. Die FMH hat während des ganzen Prozesses die Interessen der Ärztinnen und Ärzte in die Beratungen eingebracht und war erfolgreich darin, Entscheidungsträger davon zu überzeugen, dass Qualitätskriterien besser sind als fixe Pro-Kopf-Höchstzahlen. Somit hat sich die FMH dafür eingesetzt, Höchstzahlen zugunsten von Qualitätskriterien abzuschwächen. Nun, da das Zulassungsgesetz in Kraft getreten ist und verpflichtende Gültigkeit hat, informieren wir – wie Sie schreiben – korrekterweise neutral über die Regelungen. Denn die Debatten in Parlament und Öffentlichkeit, an denen wir uns engagiert beteiligt haben, sind abgeschlossen.

Charlotte Schweizer,
Leiterin Kommunikation FMH

- * Schlup J. Auch aus Steinen, die im Weg liegen, lässt sich etwas Gutes bauen. Schweiz Ärztztg. 2020;101(27-28):833.
- Henggi B. Neue Zulassungsbestimmungen für Ärzte und Ärztinnen ab Juli 2021. Schweiz Ärztztg. 2020;101(27-28):834-5.
- Henggi B. Die Zulassungsvorlage für Leistungserbringer vor dem Finale. Schweiz Ärztztg. 2020;101(6):164-5.
- Henggi B. Kein Vorentscheid zugunsten schädlicher Gesundheitsreformen. Schweiz Ärztztg. 2019;100(42):1382-4.
- Schlup J. Wirksame Zulassung oder kaum umsetzbares Bürokratiemonster? Schweiz Ärztztg. 2019;100(15):537.
- Schlup J. Zulassung nach Qualitätskriterien: einfach und wirksam. Schweiz Ärztztg. 2017;98(41):1319.
- Schlup J. Zulassungssteuerung nur auf Basis von Qualitätskriterien. Schweiz Ärztztg. 2016;97(6):197.

Grenzüberschreitung (mit Replik)

Brief zu: Anna. Cartoon. Schweiz Ärztztg. 2021;102(51-52).

In aller Regel finde ich Annas (gibt es eine deutschsprachige HP?) Karikaturen gut und einer akademischen Zeitschrift angepasst. Die gender-ideologisch verbrämte Darstellung eines der zentralsten Punkte des christlichen Glaubens halte ich aber für geschmacklos und sehr geeignet, religiöse Gefühle zu verletzen. Haben Sie das wirklich nötig? Schade!

Dr. med. Martin Illi, Hünenberg

Replik auf «Grenzüberschreitung»

Sehr geehrter Herr Dr. Illi
Wenn sich jemand durch meine Zeichnung in seinen religiösen Gefühlen verletzt fühlt, würde ich das sehr bedauern.

Für mich ist das Krippenbild ein uraltes Symbol für heile Familie mit Vater, Mutter, Kind, das sich mit dem Zeitgeist stark gewandelt hat in Richtung Offenheit für die vielen Formen einer Familie.

Heute sind zum Glück eine gleichgeschlechtliche Partner-Ehe und Elternpaare möglich und üblich.

Jedes Geschlecht kann verantwortungsvolle Elternschaft übernehmen.

Ich danke Ihnen für das Interesse an meiner Arbeit.

ANNA

Ein weiteres sinnloses Label der FMH (mit Replik)

Brief zu: Bosshard C. Label «responsible practice FMH»: Gratulation den ersten Praxen! Schweiz Ärztztg. 2021;102(50):1669.

Herzliche Kondolation an Kollege Bosshard und sein Team. Offensichtlich hat man bei der FMH trotz Pandemie etc. zu wenig zu tun, wenn man auf die «glorreiche» Idee kommt, ein weiteres völlig sinnloses und erst noch kostenpflichtiges Label «responsible practice FMH» zu erschaffen. All die Erläuterungen auf der Homepage der FMH ergeben keine vernünftige Begründung, ausser einem Verhalten zu bestätigen, welches eigentlich selbstverständlich ist. Es ist, als würde das Strassenverkehrsamt eine kostenpflichtige Vignette herausgeben für Autofahrer, die sich verpflichten, sich an die Verkehrsregeln zu halten.

Dr. med. Felix Tapernoux, Wald

Replik zu «Ein weiteres sinnloses Label der FMH»

Sehr geehrter Herr Tapernoux
Besten Dank für Ihren Leserbrief und die kritische Auseinandersetzung mit dem Label «responsible practice FMH».

Der Mehrwert des Labels «responsible practice FMH» liegt darin, dass die FMH verstärkt die Standesordnung sichtbar macht, indem sie mit ihrem Label «responsible practice FMH» auch Organisationen der medizinischen Versorgung die Möglichkeit gibt, sich zur Standesordnung der FMH zu bekennen,

auch wenn sich diese Organisationen nicht in ärztlicher Eigentümerschaft befinden und/oder auch ärztliche Nicht-FMH-Mitglieder beschäftigt werden. Über die Vergabe des Labels werden somit die Ärztinnen und Ärzte, die nicht Mitglieder der FMH sind und in diesen Organisationen arbeiten, sowie diese Organisationen selbst verpflichtet, sich an die Standesordnung zu halten.

Das Label dient dazu, transparent offenzulegen, dass man die Standesregeln der FMH in der Praxis/Organisation aktiv fördert. Die Standesordnung der FMH basiert auf einer Werthaltung und legt dementsprechende Verhaltensnormen fest, welche sowohl für Ärztinnen und Ärzte als auch insbesondere für unsere Patientinnen und Patienten, die Öffentlichkeit, Verwaltung und Politik Verbindlichkeiten schaffen, welche Halt und Sicherheit geben.

Freundliche Grüsse

Dr. med. Christoph Bosshard, Vizepräsident der FMH, Departementsverantwortlicher DDQ

TARDOC ab 2023: Ist der Tarif inflations-indexiert? (mit Replik)

Brief zu: Oeschger C. Es ist Zeit für TARDOC. Schweiz Ärztezg. 2021;102(50):1670–3.

Vielleicht renne ich offene Türen ein und die Verantwortlichen sind sich dessen bewusst und haben bereits eine realistische Inflations-Indexierung des TARDOC vereinbart. Dann ist alles gut. Ich habe davon einfach noch nichts gelesen oder gehört.

Im gegenwärtigen Stadium unseres monetären und wirtschaftlichen Umfelds könnte die Inflations-Indexierung schon sehr bald der wichtigste Punkt im neuen Tarif sein, denn die Rohstoff- und Erzeugerpreise steigen aktuell explosionsartig und die allgemeine Teuerung ist so hoch wie seit Jahrzehnten nicht mehr. Viele Experten rechnen nicht damit, dass der Geist der Inflation wieder in seine Flasche zurückkehren wird.

Beim neuen TARDOC ist für uns Ärzte deshalb ein quartalsweiser oder mindestens jährlich korrekt und fix indexierter, automatischer Teuerungsausgleichs-Mechanismus elementar, damit unsere Marge nicht in wenigen Jahren aufgerieben wird und deshalb nicht jährliche Tarif-Neuverhandlungen drohen.

Dr. med. Paul Steinmann, Worb

Replik zu «TARDOC ab 2023: Ist der Tarif inflations-indexiert?»

Sehr geehrter Herr Dr. Steinmann
Vielen Dank für Ihren Leserbrief. Es ist tatsächlich so, dass die Gestehungskosten in den

Arztpraxen seit Einführung von TARMED im Jahr 2004 stark angestiegen sind. Schätzungen der Ärztekasse und der FMH, basierend auf Zahlen der Rollenden Kostenstudie RoKo, gehen davon aus, dass in den vergangenen Jahren die Gesamtkosten um beinahe 30 Prozent angestiegen sind. Diese Entwicklungen sind in die Kostenmodelle bei TARDOC eingeflossen und werden auch in Zukunft in den jährlich neuen Versionen des Tarifs berücksichtigt. Die Tarifpartner FMH, curafutura und MTK haben vorgesehen, TARDOC zukünftig regelmässig zu überarbeiten. Dazu gehört auch die Aktualisierung der dahinterliegenden Kostenmodelle.

Gemäss Art. 59c KVV darf ein Wechsel des Tarifmodells aber zu keinen Mehrkosten führen, weshalb beim Übergang von TARMED zu TARDOC die Vorgabe besteht, die Kostenneutralität einzuhalten. Der Kuchen wird also nicht grösser, er wird nur anders verteilt. Diese Tatsache kritisiert die FMH seit Jahren. Einen Lichtblick gibt es indes: Gemäss Einschätzung der FMH fallen zukünftige Revisionen desselben Tarifs (kein Modellwechsel) nicht mehr unter die Prämisse der Kostenneutralität. Wenn wir also zukünftig datenbasiert aufzeigen können, dass die Kosten gestiegen sind, haben wir auch eine Chance, Inflationsentwicklungen zu adaptieren und einfließen zu lassen.

Es gibt aber – neben der Tarifstruktur – noch eine zweite Seite der Medaille: Der Taxpunktwert. Die Ärzteschaft versucht in allen Kantonen seit Jahren, auch die Taxpunktwerte entsprechend den Gestehungskosten anzuheben. Bisher leider mit mässigem Erfolg. Ärztegesellschaft und Einkaufsgemeinschaften sind sich uneinig, sodass sich viele Kantone mittlerweile in Festsetzungsverfahren befinden und die Kantonsregierungen über die Taxpunktwerte entscheiden müssen.

Ein wichtiges Anliegen der FMH auf politischer Ebene ist aus diesem Grund auch der Erhalt der Tarifautonomie, deren Bedeutung aktuell insbesondere durch die geplante Budgetierung der Gesundheitsversorgung unterstrichen wird. Nur mit der Tarifautonomie haben Ärztinnen und Ärzte auch in Zukunft ein Wort mitzureden bei der Ausgestaltung der Tarife; um die harten Verhandlungen mit den Kostenträgern werden wir aber auch dann nicht herumkommen.

Aus den oben genannten Gründen ist es Zeit, den veralteten und durch den Bundesrat festgesetzten TARMED abzulösen. Es ist Zeit für TARDOC!

Christian Oeschger, Abteilung Ambulante Versorgung und Tarife FMH

La Suisse ne peut plus être le mouton noir dans la prévention du tabagisme

Il faut appeler les choses par leur nom, l'attitude de la Suisse officielle à l'égard de l'industrie du tabac est un scandale. D'abord, il est inacceptable que notre pays n'ait pas encore signé la Convention-cadre de l'OMS relative à une attitude préventive minimum quant aux dégâts liés au tabagisme. Malheureusement, tout se passe comme si le Parlement fédéral était à la botte des cigarettiers et de leurs lobbyistes, de longue date.

Ce parlement a adopté une révision de la loi en octobre dernier mais c'est en fait un alibi. Elle maintient l'autorisation de faire de la publicité auprès des jeunes, notamment sur internet – on sait l'importance des réseaux sociaux dans leur vie et leurs pratiques et il est démontré que la publicité a un impact fort. La loi maintient l'autorisation de sponsoring et même la distribution de gadgets, dans des festivals par exemple. Inadmissible.

Sur la route d'une situation plus présentable de notre pays, un premier pas indispensable est d'accepter le 13 février l'initiative «Oui à la protection des enfants et des jeunes contre la publicité pour le tabac». La liste des institutions qui la soutiennent est impressionnante, avec au premier rang des associations de notre profession, pédiatres, médecins de famille, spécialistes des poumons et la FMH, parmi beaucoup d'autres. Qui contrairement au Parlement entendent mettre les intérêts de la santé avant le profit d'une industrie déléguée.

Voter oui est un impératif médical et de santé publique, un impératif éthique aussi vis-à-vis de nos jeunes.

Dr méd. Jean Martin, Echandens

Ausgrenzung rund um Impfdiskussion

Das Ausgrenzen von nicht geimpften Personen von Restaurants, Kinos, Theatern, Fitnessstudios etc. muss mit aller Kraft verurteilt werden. Es kann nicht sein, dass solche Ausgrenzungen von der FMH gutgeheissen werden, zumal sie offensichtlich unwirksam sind. Der Beweis dafür sind die aktuellen, steigenden Fallzahlen und die Durchsuchung von doppelt oder gar dreifach geimpften Personen.

Dr. med. Daniel Brenken, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin, Biberist

Mitteilungen

Facharztprüfung

Facharztprüfung zur Erlangung des Facharzttitels Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparats

Schlussprüfung 1. Teil schriftlich

Datum: Samstag, 11. Juni 2022

Ort: Inselspital, Kinderklinik, Hörsaal Ettore Rossi, Bern

Anmeldefrist: 15. März 2022

Weitere Informationen finden Sie auf der Website des SIWF unter www.siwf.ch → Weiterbildung → Facharzttitel und Schwerpunkte → Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparats

Ausschreibung des Theodor-Naegeli-Preises 2022

Die Theodor Naegeli-Stiftung will die *medizinische Forschung auf dem Gebiete der Thromboembolie bzw. der Geriatrie* fördern und schreibt deshalb periodisch einen **Preis für die beste experimentelle oder klinische Arbeit** aus. **Bewerbungen um den Theodor-Naegeli-Preis 2022 können ab sofort und längstens bis am 30. April 2022 der Stiftung**

eingereicht werden. Über die Zuerkennung und Höhe des Preises entscheidet der Stiftungsrat, dem ein Beirat zur Seite steht. Diesem gehören die Vorsitzenden der Deutschen sowie der Schweizerischen Gesellschaft für Chirurgie, der Dekan der Medizinischen Fakultät der Universität Tübingen und ein weiteres ärztliches Mitglied an. Für den Theodor-Naegeli-Preis 2022 stehen bis CHF 100 000 zur Verfügung. Bisher wurde der Theodor-Naegeli-Preis 14 Mal verliehen.

Als Preisarbeiten sind Arbeiten zugelassen, welche bereits in einem anerkannten Fachorgan publiziert oder von einem solchen zur Publikation akzeptiert wurden. Die Stiftung akzeptiert nur Einzelarbeiten, keine Konvolute. Die Forschungsarbeiten müssen in Deutsch oder Englisch abgefasst sein, und ein Begleitschreiben soll Auskunft geben über den Titel der Arbeit, die Verfasserin resp. den Verfasser, das CV und die Liste der bisherigen Publikationen. Die Stiftung bittet, die Bewerbungen elektronisch im PDF-Format zur Verfügung zu stellen.

Adresse für die Einreichung:
THEODOR NAEGELI-STIFTUNG
c/o Scobag Privatbank AG
Gartenstrasse 56
CH-4010 Basel
[felix.lopez\[at\]scobag.ch](mailto:felix.lopez[at]scobag.ch)

Hilfskasse für Schweizer Ärzte – Eingegangene Spenden

Vom 1. Oktober bis 31. Dezember 2021 sind 16 Spenden im Gesamtbetrag von CHF 8075 eingegangen.

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

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

Für die Hilfskasse für Schweizer Ärzte
Der Kassier des Stiftungsrates

Aktuelle Themen auf unserer Website

www.saez.ch → Tour d'horizon



Interview mit Natalie Marty und Reto Krapf zum 20-Jahr-Jubiläum des SMF

«Es hat nie an Ideen gefehlt»

Vor 20 Jahren haben Natalie Marty und Reto Krapf das *Swiss Medical Forum* mit viel Herzblut und Engagement mitgegründet. Wir blicken mit ihnen auf diese zwei Jahrzehnte zurück.



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

Qualitätsindikatoren: Mehrwert für die Hausarztpraxis

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



Erweiterung des Treuhandpartner-netzes im Kanton Graubünden

Die Ambühl Treuhand GmbH mit Sitz in Davos ist neue Vertrauenspartnerin FMH Services (Treuhand). Die eigentümergeführte Unternehmung sieht sich als klassische Treuhandgesellschaft und unterstützt Sie gerne in sämtlichen treuhänderischen Belangen rund um Ihre Praxis, aber auch bei persönlichen finanziellen Fragestellungen.

Ihr Ansprechpartner ist Men Ambühl, Gründer und Geschäftsführer. Men Ambühl ist diplomierter Treuhandexperte und zugelassener Revisionsexperte. In Davos aufgewachsen, verbrachte er einige Jahre in Zürich, um sich weiterzubilden und seine Treuhand- und Revisionskenntnisse zu vertiefen und auszubauen.

Das Angebot umfasst unter anderem folgende Dienstleistungen:

- Erstellung von Businessplänen
- Buchführung und Erstellung des Jahresabschlusses
- Steuerberatung und -planung
- Erstellung von Steuererklärungen
- Mehrwertsteuerberatung und Erstellen von Mehrwertsteuerabrechnungen
- Personaladministration und Lohnwesen
- Begleitung bei Arbeitgeberkontrollen und Steuerprüfungen
- Beratung und Unterstützung bei der Praxiseröffnung, Praxisübernahme und -übergabe



Men Ambühl
Dipl. Treuhandexperte
Zugelassener Revisionsexperte

Die Ambühl Treuhand GmbH legt grössten Wert auf eine persönliche Beratung: Ihre Wünsche und Ziele stehen an erster Stelle. Im persönlichen Gespräch stimmen wir die Dienstleistungen auf Ihre individuellen Bedürfnisse ab, so dass Sie sich umfassend in allen finanziellen Angelegenheiten kompetent beraten und entlastet fühlen können.

Die Ambühl Treuhand GmbH ist ein von der FMH Services Genossenschaft empfohlenes, rechtlich und wirtschaftlich selbständiges Beratungsunternehmen.

Ambühl Treuhand GmbH
FMH Services (Treuhand)
Schulhausweg 6
CH-7276 Davos Frauenkirch
Tel. 081 413 11 11
men.ambuehl[at]
fmhtreuhand.ch



Einfach weiter-
kommen

**Dienstleistungen für
Ärzte und Praxen**

Praxisgründung
Praxisführung
Gruppenpraxis
Praxisübergabe

 **FMH SERVICES**

FMH Consulting Services AG

Burghöhe 1
6208 Oberkirch
Tel. 041 925 00 77
mail@fmhconsulting.ch
www.fmhconsulting.ch



Seminare/Séminaires/Seminari 2022



René Häller, CEO
FMH Consulting Services AG

Spielen Sie mit dem Gedanken, Ihre eigene Praxis zu gründen oder eine zu übernehmen? Möchten Sie gerne bei einer Gruppenpraxis mitarbeiten? Oder sollen wir Sie für den optimalen Ruhestand vorbereiten und begleiten? FMH Services verfügt über langjährige Erfahrung und begleitet Ärztinnen und Ärzte in ihrer gesamten Laufbahn. Nutzen Sie die Gelegenheit und besuchen Sie unsere beliebten Seminare. Auch für das Jahr 2022 steht Ihnen eine Auswahl an aktuellen Themen zur Verfügung. Melden Sie sich noch heute an und profitieren Sie von unserem Fachwissen und der langjährigen Erfahrung. Wir freuen uns auf Sie!

Vous envisagez de fonder ou de reprendre un cabinet? Ou de travailler dans un cabinet de groupe? Vous souhaitez préparer votre retraite de manière optimale avec notre soutien? FMH Services dispose d'une longue expérience et accompagne les médecins tout au long de leur parcours. Profitez de l'occasion et assistez à nos séminaires. En 2022, vous pourrez à nouveau choisir parmi une multitude de thèmes. Inscrivez-vous dès aujourd'hui et profitez de notre vaste-faire et de notre longue expérience. Nous nous réjouissons de faire votre connaissance!

Praxiseröffnung/-übernahme

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

Themen

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

Daten

Kennung	Datum	Ort
K01	Donnerstag, 10. März 2022 9.00–16.30 Uhr	Zürich Volkshaus
K02	Donnerstag, 12. Mai 2022 16.00–20.30 Uhr	St. Gallen Hotel Einstein
K03	Donnerstag, 9. Juni 2022 9.00–16.30 Uhr	Bern Schmiedstube
K04	Donnerstag, 8. September 2022 9.00–16.30 Uhr	Zürich Volkshaus
K05	Donnerstag, 3. November 2022 9.00–16.30 Uhr	Basel Hotel Victoria

Praxisübergabe/-aufgabe

Zielgruppe: Ärztinnen und Ärzte, die ihre Praxis an einen Partner oder Nachfolger übergeben oder liquidieren wollen. Idealtermin: 5–10 Jahre

vor geplanter Übergabe oder allfälliger Liquidation (aus steuertechnischen und vorsorgeplanerischen Gründen).

Themen

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

Daten

Kennung	Datum	Ort
K06	Donnerstag, 17. März 2022 13.30–18.00 Uhr	Zürich Volkshaus
K07	Donnerstag, 5. Mai 2022 16.00–20.30 Uhr	St. Gallen Hotel Einstein
K08	Donnerstag, 23. Juni 2022 13.30–18.00 Uhr	Bern Schmiedstube
K09	Donnerstag, 15. September 2022 13.30–18.00 Uhr	Zürich Volkshaus
K10	Donnerstag, 10. November 2022 13.30–18.00 Uhr	Basel Hotel Victoria

Gruppenpraxis

Zielgruppe: Das Seminar eignet sich für Ärztinnen und Ärzte, welche sich einer Gruppenpraxis anschliessen, ihre Einzelpraxis in eine Gruppenpraxis umwandeln oder mit anderen zusammenfügen möchten sowie die Möglichkeit haben, sich an einer Gruppenpraxis zu beteiligen.

Themen

- **Strategie** (Ziele der Gruppenpraxis; Gestaltung des Angebots)
- **Unternehmer** (Zusammensetzung des Teams; Verhaltensregeln, finanzielle Beteiligung und Entschädigungsmodelle)
- **Finanzen und Recht** (Versicherung, Vorsorge und Vermögen; Rechtsform, Finanzen, Steuern)
- **Standort, Praxisobjekt** (Anforderungen an Standort; Konkurrenzanalyse; Praxiseinrichtung, Kosten)
- **Personal** (Qualifikationen; Gesetze, Reglemente, Verträge)
- **Führung und Organisation** (Struktur und Abläufe; Aufgaben, Verantwortungen, Kompetenzen)
- **EDV und Administration** (Anforderungen an Praxisinformatik; Evaluation)
- **Praxisbericht** (Erfahrungsbericht eines Arztes, Mitgründer einer Gruppenpraxis aus der Region)

Daten

Kennung	Datum	Ort
K80	Donnerstag, 28. April 2022 13.30–18.00 Uhr	St. Gallen Hotel Einstein
K81	Mittwoch, 21. September 2022 13.30–18.00 Uhr	Bern Schmiedstube

Praxissoftware-Workshop

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

Themen

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

Redaktionelle Verantwortung: FMH SERVICES

Daten		
K13	Donnerstag, 31. März 2022 13.15–17.45 Uhr	Zürich Technopark
K14	Donnerstag, 30. Juni 2022 13.15–17.45 Uhr	Bern Stadion Wankdorf
K15	Donnerstag, 17. November 2022 13.15–17.45 Uhr	Olten Stadttheater

Ouverture et reprise d'un cabinet médical

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

Contenu

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

Dates		
K20	Jeudi 10 mars 2022 9h00–17h00	Lausanne Hôtel Alpha-Palmiers
K21	Jeudi 9 juin 2022 9h00–17h00	Genève Hôtel Royal Lausanne
K22	Jeudi 1 ^{er} septembre 2022 9h00–17h00	Hôtel Alpha-Palmiers
K23	Jeudi 3 novembre 2022 9h00–17h00	Genève Hôtel Royal

Remise et cessation d'un cabinet médical

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

Contenu

- **Aspects juridiques** (contrats en général, dossiers patients, autorisations)
- **Estimation d'un cabinet et remise du cabinet** (calcul de l'inventaire et du goodwill comme base de négociation, recherche de succession, recommandations)
- **Assurances/prévoyance/patrimoine** (remise/résiliation des contrats d'assurances,

formes de prévoyance, planification de la retraite et des finances)

- **Conséquences fiscales d'une remise ou d'une cessation** (optimisation de l'impact fiscal lors d'une remise/cessation, impôt sur les bénéfices et gains immobiliers, détermination de la date optimale pour la remise/cessation)

Dates		
K24	Jeudi 19 mai 2022 13h30–18h30	Lausanne Hôtel Aquatiss
K25	Jeudi 10 novembre 2022 13h30–18h30	Genève Crowne Plaza

Cabinet de groupe

Groupe cible: Médecins en formation voulant exercer leur future activité en cabinet de groupe et libres praticiens qui souhaitent affilier leur cabinet individuel à un cabinet de groupe ou partager leur cabinet avec un associé.

Contenu

- **Informations de base** (stratégie, entrepreneurs, ressources humaines, organisation, communication)
- **Finances** (business plan, fiscalité, TVA, modèles de cabinets)
- **Lieu d'implantation & aménagement** (exigences locales, implantation, projet d'aménagement du cabinet)
- **Informatique & administration** (attentes en matière de système informatique pour le cabinet; organisation informatique)
- **Rapport d'expérience** (rapport de l'expérience d'un médecin, co-fondateur d'un cabinet de groupe de la région)
- **Assurances** (assurances en générale, prévoyance et patrimoine)
- **Droit** (contrats, autorisations, dossier patients, droit du travail, formes juridiques)

Dates		
K85	Jeudi 7 avril 2022 13h30–18h30	Genève Hôtel Royal Lausanne
K86	Jeudi 22 septembre 2022 13h30–18h30	World Trade Center

Atelier consacré au logiciel de gestion du cabinet médical

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

Contenu

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

Date		
K28	Mercredi, 22 juin 2022 13h30–18h00	Lausanne Hôtel Aquatis

Apertura e rilevamento di uno studio medico

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

Contenuto

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

Dati		
K50	Mercoledì 9 marzo 2022 dalle 16.00 alle 18.00	Chiasso FMH Services (Consulting)
K51	Mercoledì 12 ottobre 2022 dalle 16.00 alle 18.00	Chiasso FMH Services (Consulting)

Studio medico di gruppo

Gruppo destinatario: Medici in formazione che desiderano esercitare la loro futura attività in uno studio medico di gruppo. Liberi praticanti che auspicano affiliare o che hanno già affiliato il loro studio medico individuale ad uno di gruppo.

Contenuto

- **Strategia** (obiettivi dello studio medico di gruppo; struttura dell'offerta delle prestazioni)
- **Imprenditori** (composizione del gruppo di lavoro e regole di condotta; partecipazione finanziaria e metodi di remunerazione)
- **Finanze e diritto** (assicurazioni, previdenza e patrimonio; forma giuridica, finanze e fiscalità)
- **Ubicazione e allestimento dello studio** (esigenze dei locali e analisi della situazione concorrenziale; allestimento dello studio e costi)
- **Risorse umane** (qualifiche; regolamenti e contratti)
- **Direzione e organizzazione** (struttura e procedimenti; compiti, responsabilità e competenze)
- **Informatica e amministrazione** (aspettative dal sistema informatico per lo studio; valutazione dei sistemi d'informazione)

Data		
K88	Mercoledì 18 maggio 2022 dalle 16.00 alle 18.00	Chiasso FMH Services (Consulting)

Anmeldung / Inscrizione /
Registrazione

www.fmhservices.ch



La pandémie à travers le prisme des complexités

Jacques Aubert

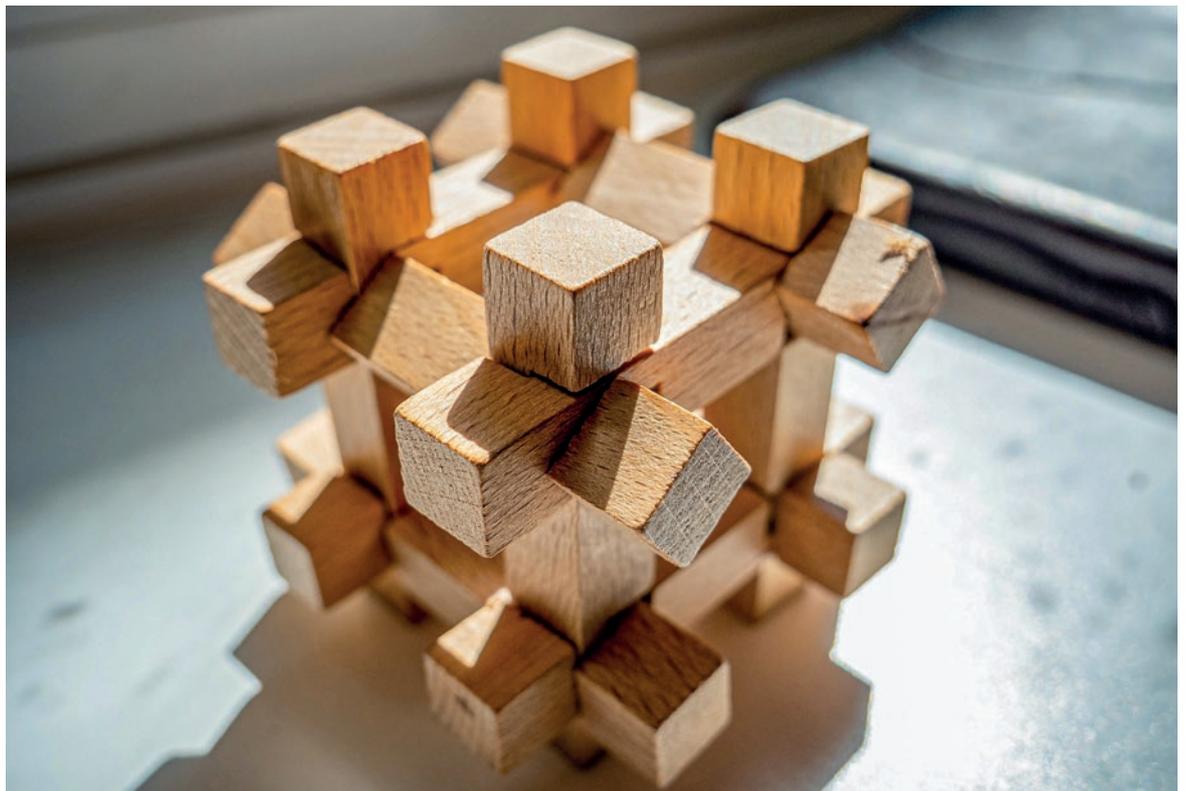
Dr, spécialiste en médecine interne générale à la retraite, ancien chargé de cours à l'Université de Lausanne

La crise du Covid-19 est pleine de contradictions: solidarité vs liberté individuelle, ingérence de l'Etat vs autonomie, altruisme vs égoïsme. Face à ce constat, il vaut la peine d'analyser la situation actuelle à l'aune du concept de complexité développé par le sociologue français Edgar Morin.

Été 2021, en Suisse, à peine 50% de la population est vaccinée, triste record européen. Grande-Bretagne: 80%. Aux Hôpitaux universitaires de Genève (HUG), 3000 collaboratrices et collaborateurs ont refusé le vaccin. Automne 2021, 65% de la population est vaccinée. On est loin des 80–90% requis pour l'immunité collective, condition du retour à une vie normale. La pandémie perdure, alors qu'*Homo sapiens* et *Homo faber* ont tout fait pour damer le pion au virus et l'empêcher de continuer sa folle dissémination: les masques et le gel sont de retour, la biologie et le comportement du virus sont connus.

Sapiens en a décrypté le génome et *Faber* a emboîté le pas en développant un vaccin efficace en un temps record.

Le 8 juillet 2021, Edgar Morin a fêté ses cent ans. Grand théoricien de la complexité, philosophe et sociologue, «polydisciplinaire et indiscipliné», curieux de tout, il étudie aussi la biologie avec le Nobel Jacques Monod. Il met au point sa vision de la *complexité* et de la *reliance*, cet art de relier entre elles les connaissances. Brillant penseur de notre temps, Edgar Morin a beaucoup à nous apprendre. Esprit pétillant, il ne s'en prive pas, publiant encore à 100 ans [1, 2].



Fondateur du concept de complexité [3], il base sa philosophie sur la nécessité de considérer le réel au travers du prisme des complexités qui le constitue. La pandémie révèle cette nécessité d'une lecture complexe de ce qui nous arrive et l'impératif d'actions conscientes des complexités. Mais que dit ce concept de complexité?

La réalité a de multiples dimensions

Complexus veut dire tissé ensemble. La pensée complexe est une pensée qui relie. L'approche complexe d'une réalité prend en compte toutes les dimensions de celle-ci, les relie entre elles et avec le tout, contextualise et invite à considérer qu'il y a sans arrêt, entre les parties et le tout, des actions, des interactions et des rétroactions positives ou négatives [4].

Illustration: les pouvoirs publics souhaitent que la population se fasse vacciner, mais proposent parallèlement des tests diagnostiques gratuits qui induisent une rétroaction négative sur l'incitation à la vaccination. Regrettable sachant qu'une campagne de vaccination lente, et donc une circulation du virus élevée, permet le développement de variants résistant aux vaccins. On voit le besoin d'une éducation à la complexité!

La pensée complexe reconnaît l'existence de paradoxes, de contradictions, d'antagonismes. Il y a la complexité de l'articulation autonomie/hétéronomie, individu/collectif. Edgar Morin construit son concept de complexité en se fondant sur la cybernétique [5]: toute activité organisatrice autonome dilapide de l'énergie et a donc besoin de trouver de l'énergie dans son environnement. D'où la notion apparemment contradictoire d'autonomie dépendante: tout être vivant autonome comporte une dépendance à l'environnement (respirer, boire, se nourrir).

Le Je a besoin du Nous, et vice-versa

En un siècle où l'autonomie des individus a largement remplacé toute hétéronomie, où «nous voulons n'obéir qu'à nous-mêmes» [6], où les recommandations de vaccination sont lues comme le reflet d'une dictature sanitaire, on comprend qu'il y a beaucoup à faire pour organiser l'articulation de l'aspiration légitime du citoyen à se réaliser individuellement tout en étant lié à une communauté. Le *Je* a besoin du *Nous*, mais le *Nous* a aussi besoin du *Je*!

Illustration: quand les anti-vaccins réclament le droit à l'autonomie et refusent le pouvoir de l'Etat sur leur corps, ils oublient que l'Etat se mêle de la santé des individus dans d'autres secteurs: eau potable, ceinture de

sécurité, STOP tabac dans les espaces publics, iode dans le sel. Ce sentiment de totale autonomie est illusion. On voit le besoin d'une éducation à la complexité!

Reconnaître l'incertitude

Plus les problèmes se complexifient (liaisons, interactions, rétroactions, antagonismes), plus apparaît de l'incertitude. L'objet de la pensée complexe n'est pas de la supprimer, mais de la reconnaître. Toute décision politique comporte de l'incertitude.

Illustration: le Covid chez les jeunes sans comorbidité est presque toujours bénin. On leur fait pourtant porter le masque, même quand les sujets vulnérables sont vaccinés. On applique le principe de précaution sans nuance, exigeance d'un risque zéro. On freine alors le développement naturel d'une immunité collective, pourtant souhaitée. Pour prévenir la rubéole chez la femme enceinte, nos ancêtres avaient décidé d'«aider la contagion chez les filles prépubères» [7]. Nous faisons l'inverse avec le coronavirus! Le 6 octobre 2021, le président

D'après la pensée complexe, la distinction n'est pas la discrimination: la distinction relève du choix du sujet. La discrimination est subie.

des pédiatres vaudois déclarait: «Il faut laisser circuler le virus afin d'immuniser les enfants avant que le variant suivant ne fasse des dégâts plus graves» [8]. On voit le besoin d'une éducation à la complexité!

«L'ennemi de la complexité est la mutilation, pas la simplicité» [3]. La mutilation peut prendre la forme de conceptions unidimensionnelles ou réductrices (du complexe au simple, de l'humain au biologique).

Illustration: quand on interdit à des enfants de voir leur père, 95 ans, qui finira par mourir après des semaines d'isolement en EMS «pour son bien», alors que les moyens barrières sont là, on réduit les relations humaines au risque infectieux. Attitude fondée sur le paradigme de réduction simplificatrice, sans contextualisation. Edgar Morin parle de «vision mutilante et unidimensionnelle». Cela se paie dans les phénomènes humains. «La mutilation vient quand on dénie toute réalité et tout sens à ce qu'on a éliminé» [3]. On voit le besoin d'une éducation à la complexité!

Pour appréhender l'humain, il faut le concevoir dans toutes ses dimensions: biologique, psychologique, familiale, sociologique, économique, culturelle. Cela paraît une évidence, et pourtant...

Illustration: quand on permet aux personnes détentrices du pass Covid de se réunir, on distingue et on relie. La pensée complexe comprend que la distinction n'est pas la discrimination: la distinction relève du

choix du sujet («je choisis de me faire vacciner, j'obtiens le pass»). La discrimination est subie, sans alternative, c'est une pratique inégalitaire. On voit le besoin d'une éducation à la complexité!

Vivre avec la contradiction

Quand on découpe la réalité en fragments (sanitaire, économique, pédagogique, psychologique, droit individuel, besoins collectifs), la logique aristotélicienne fonctionne (théorie à deux termes, vrai/faux, universel/particulier). A l'inverse, quand on cherche à saisir l'ensemble, on rencontre contradictions et apories. Sans dépasser ces situations de contradiction, l'approche par le concept de complexité les prend en compte et cherche à en prendre la juste mesure. Sans devoir la surmonter, on peut vivre avec la contradiction, sans être dans l'erreur ou le malheur. *Homo sapiens* est aussi *Homo demens*, *Homo economicus* est aussi *Homo ludens*, souligne Morin. La complexité tient à cela et au fait que l'individu et la société sont liés par un auto-emboîtement mutuel. Les tensions de ces emboîtements font toucher le cœur du problème humain, ce tissu de contradictions décrit par Pascal.

Illustration: «Comme aide-soignante en EMS, mon souci est le bien-être de mes patients vulnérables, dans une démarche bioéthique de non-malfaisance; mais, jeune non vulnérable, je ne vais quand même pas me sacrifier en me faisant vacciner!» Aporie, on est hors de toute issue identifiable. Seule la délibération permet de sortir d'une telle situation complexe, si elle est reconnue comme telle: le soignant bénéficie du droit-liberté de choisir de ne pas se faire vacciner; l'EMS, bénéficie du droit-liberté de choisir de ne pas maintenir dans son institution un soignant non vacciné et potentiellement infectant pour les sujets fragiles. Nous voilà en plein paradigme de complexité, de gestion de crise qui prend en compte les différentes données: des points de vue opposés, voire contradictoires, mais également

défendables, sont identifiés et reconnus; ils sont pris en compte dans la résolution du problème selon une logique multidimensionnelle qui permet le respect de la position des différentes parties.

Enfin, l'approche des problèmes selon le concept de la complexité conduit à la bienveillance, aime à préciser Edgar Morin. La bienveillance permet de considérer l'autre avec ses défauts et ses qualités, dans ses idées comme dans ses actions. Car chacun porte en soi le double impératif de l'individu et du collectif, du *Je* et du *Nous*. Or, une crise (la pandémie en est une) suscite des comportements contraires, l'altruisme et l'égoïsme. Le sens de la complexité permet de percevoir et de comprendre les aspects différents et parfois contradictoires des êtres et des conjonctures politiques, et cette perception favorise la bienveillance dans un cercle vertueux. Par conséquent, il est essentiel de faire émerger dans l'esprit de chacun la conscience des complexités si souvent masquées par les simplismes et les dogmatismes. Mais comment? Par une réforme de l'éducation qui forme des esprits capables de comprendre et d'affronter les complexités humaines, c'est-à-dire d'éviter les unilatéralismes, nous dit Edgar Morin. Il faudrait enseigner qu'une vie humaine ne peut s'épanouir que dans la relation à la fois contradictoire et complémentaire entre l'affirmation de soi et l'inclusion dans une communauté.

Références

- 1 Morin E. Changeons de voie. Les leçons du Coronavirus. Denoël, 2020.
- 2 Morin E. Leçons d'un siècle de vie. Denoël, 2021.
- 3 Morin E. La Méthode. Seuil, 1991.
- 4 Morin E. Arguments pour une méthode. Seuil, 1990.
- 5 Von Foerster H. Observing systems, Intersystems Publications, 1981.
- 6 Debray R. D'un siècle l'autre. Gallimard, 2020.
- 7 Piedelièvre R. Un problème moral, celui posé par la rubéole de la femme enceinte. Médecine de France. 1956;76.
- 8 Bertoncini C. Enfants et Covid-19: la guerre des tranchées. Le Temps. 6.10.2021.

Crédits photo

Kieran Wood / Unsplash

L'essentiel en bref

- Le sociologue et philosophe français Edgar Morin a fondé le concept de complexité. Sa vision est basée sur la nécessité de considérer le réel au travers du prisme des complexités qui le constitue.
- La pandémie révèle la nécessité d'une lecture complexe de ce qui nous arrive et l'impératif d'actions conscientes des complexités, selon l'auteur. La pensée complexe reconnaît l'existence de paradoxes, de contradictions, d'antagonismes.
- L'approche des problèmes selon le concept de la complexité conduit à la bienveillance, car elle permet de percevoir et de comprendre les aspects différents et parfois contradictoires des êtres et des conjonctures politiques. Une crise comme celle que nous traversons suscite justement des comportements contraires, l'altruisme et l'égoïsme.

Das Wichtigste in Kürze

- Der französische Soziologe und Philosoph Edgar Morin hat das Konzept der Komplexität begründet. Dieses beruht auf der Notwendigkeit, die Realität durch das Prisma der Komplexitäten zu betrachten, aus denen sie besteht.
- Die Pandemie offenbart die Notwendigkeit einer komplexen Interpretation dessen, was uns widerfährt, sowie den Imperativ eines Handelns im Bewusstsein dieser Komplexität, so der Autor. Das komplexe Denken erkennt die Existenz von Paradoxien, Widersprüchen und Antagonismen.
- Die Herangehensweise an Probleme nach diesem Denken führt zu Wohlwollen, da sie es ermöglicht, die unterschiedlichen und widersprüchlichen Aspekte der Menschen und politischer Konjunkturen wahrzunehmen und zu verstehen. Die jetzige Krise ruft gegensätzliche Verhaltensweisen hervor.

Dr Jacques Aubert
Rue de Soleure 13
CH-2525 Le Landeron
jac.aubert[at]bluewin.ch



Interprofessionelle Ausbildung und kooperative Praxis in Kanada

Marie-Andrée Girard^a und John H. V. Gilbert^b

^a Doktorandin der Rechtswissenschaften, Universität Montréal, Adjoint-Professorin für Klinische Medizin, Medizinische Fakultät der Universität Montréal;

^b Professor emeritus, Universität von British Columbia, Senior Scholar, WHO Collaborating Centre on Health Workforce Planning & Research, Dalhousie University, Ausserordentlicher Professor, Technische Universität Sydney, Gründungsvorsitzender der Canadian Interprofessional Health Collaborative

In Kanada ist die Interprofessionalität im Gesundheitswesen bereits seit rund 30 Jahren gelebter Alltag, während sie in der Schweiz erst langsam Fuss fasst. Wie funktioniert das kanadische Modell? Worauf beruht sein Erfolg? Einblicke in ein bewährtes, aber komplexes System, das auf Provinzen und zwei Amtssprachen aufgeteilt ist – Besonderheiten, die an die Schweiz erinnern.

Die interprofessionelle Ausbildung für kollaborative, patientenzentrierte Praxis und Pflege (*Interprofessional education for collaborative person-centered practice and care*, kurz: IPECP, im Folgenden als interprofessionelle Ausbildung bezeichnet) findet in einem komplexen Umfeld statt, in dem Fachkräfte des Gesundheits- und Sozialwesens und andere Interessengruppen daran arbeiten, eine sichere und hochwertige Pflege zu gewährleisten. In Kanada gibt es drei Hauptgründe für diese Komplexität.

Erstens sind die Gesundheits- und Sozialsysteme in Kanada und die Gesetzgebung, die sich auf sie bezieht, auf Provinzebene angesiedelt – auch wenn sie aufgrund der im *Canada Health Act* [1] enthaltenen Rechtsvorschriften teilweise von der Bundesregierung finan-

ziert werden. Das kanadische Gesundheits- und Sozialsystem setzt sich also aus 13 verschiedenen Systemen zusammen, die völlig autonom sind. Dennoch gibt es eine föderale Standardisierung. Aufgrund der im *Canada Health Act* verankerten Finanzierungskriterien besteht eine gewisse Harmonisierung in Bezug auf den freien (öffentlichen) Zugang zu medizinisch notwendiger Versorgung und zu Einrichtungen der Akutversorgung, unabhängig von der Krankheit oder der Zahlungsfähigkeit einer Person. Darüber hinaus müssen die Akteure im Gesundheitswesen aufgrund des kanadischen Freihandelsabkommens [2] die Mobilität zwischen den Provinzen sicherstellen.

Zweitens hat Kanada zwei Amtssprachen. Eine Provinz ist offiziell französischsprachig, eine Provinz offiziell

zweisprachig, acht Provinzen und drei Territorien sind englischsprachig. Deshalb erfordern pankanadische Harmonisierungsiniciativen ständige Übersetzungen in die beiden Amtssprachen.

Drittens liegen in Kanada die Verantwortung für das Bildungswesen einschliesslich der Hochschulbildung sowie die Verantwortung für die Regulierung der Berufe bei den Provinzbehörden. Der Zugang zur Berufsausbildung im Gesundheits- und Sozialwesen, die Verfügbarkeit solcher Programme und die Regulierung der Berufe variieren daher von Provinz zu Provinz und Territorium. Zudem haben die Provinzen und Territorien das Recht bzw. die Pflicht, ihre historische Sprache zu schützen.

Systemische Veränderungen in den Bildungs- und Gesundheits-/Sozialsystemen werden durch regulatorische und gesetzgeberische Fragen sowohl auf der Provinz- als auch der Bundesebene erschwert. Trotz dieser Schwierigkeiten ist die interprofessionelle Ausbildung in Kanada im Vergleich zu den 1960er Jahren weit fortgeschritten [3].

Interprofessionelle Ausbildung heute

Seit 1969 haben eine Reihe von Organisationen in ganz Kanada irgendeine Form von interprofessioneller Ausbildung eingeführt [3, 4]. Die Umsetzung war jedoch uneinheitlich. Aufgrund spezifischer Zulassungskriterien für die interprofessionelle Ausbildung, insbesondere für berufliche Studiengänge, wurde die interprofessionelle Ausbildung hauptsächlich vom akademischen Sektor vorangetrieben [5–7]. Gegenwärtig wird die Entwicklung der interprofessionellen kollaborativen Praxis in uneinheitlicher Weise durch berufs- oder verwaltungspolitische Massnahmen unterstützt [8, 9], obwohl sie seit Anfang 2000 als Eckpfeiler eines widerstandsfähigen öffentlichen Gesundheits- und Sozialsystems anerkannt ist [10]. Nach der Einführung von Zulassungskriterien in den entsprechenden Studiengängen haben viele Berufsregulierungsbehörden und ihre Disziplinargerichte den Begriff der kollaborativen Praxis in ihren Ethikkodex aufgenommen und damit begonnen, Verhaltensweisen zu sanktionieren, die die Teamarbeit behindern [11–13]. Einige Provinzregierungen haben die Gesetzgebungsstruktur ihrer Berufe geändert, um sich von strengen Berufssilos zu lösen und Gesetze und Verordnungen erlassen zu können, die die interprofessionelle Ausbildung erleichtern [12, 14, 15]. Mit den neuen Vorschriften werden Aufgabenverschiebungen und Aufgabenteilung möglich, was dem Ideal der geteilten Kompetenz und des sich überschneidenden Praxisbereichs entspricht [12, 13].

Eine wachsende Praxis

Unsere Organisation *Canadian Interprofessional Health Collaborative* (CIHC) hat ein Netzwerk von Lehrenden und Forschenden aufgebaut, die an der interprofessionellen Ausbildung in Kanada interessiert sind. Um sich ein Bild vom aktuellen Stand dieser Ausbildung im Land zu machen, führte die CIHC im Jahr 2020 eine Situationsanalyse einer Reihe von akademischen Programmen im ganzen Land durch.

Es wurde festgestellt, dass sich die interprofessionelle Ausbildung in Kanada weiterentwickelt. Die Zahl der Forschungspublikationen nimmt zu, und in den traditionellen Gesundheits- und Sozialberufen wird die Methode zunehmend einbezogen. Da die Bildungswege und Lehrinrichtungen recht unterschiedlich sind, überrascht es nicht, dass auch die Organisationsstrukturen und die Lehrpläne unterschiedlich sind. Sie reichen von Einrichtungen, in denen die interprofessionelle Ausbildung in das Längsschnittcurriculum nur eines Berufs eingebettet ist, ohne dass dafür eigene Ressourcen bereitgestellt werden, bis hin zu Einrich-

Maria Driedger (31), Hebammenstudentin in Hamilton, Ontario, Kanada

«Andere Berufe sollen die Kompetenzen der Hebammen kennen»

«Bei uns in Kanada muss sich jede Frau am Anfang ihrer Schwangerschaft entscheiden, ob sie eine Hebamme oder eine Ärztin beziehungsweise einen Arzt für die Schwangerschaftsvorsorge und die Geburt haben möchte. Eine Kombination ist nicht möglich. Entscheidet sie sich für die Hebamme, führt diese alle Untersuchungen während der Schwangerschaft durch. Auch während der Geburt im Spital sind dann nur Hebammen dabei. Das alles natürlich unter der Voraussetzung, dass die Schwangerschaft und die Geburt unkompliziert verlaufen. Entscheidet sich die Schwangere aber für einen Arzt oder eine Ärztin, dann ist während der Geburt keine Hebamme dabei, und sie erhält keine Betreuung durch eine Hebamme nach der Geburt.

Diese Trennung hängt damit zusammen, dass der Hebammenberuf in Kanada in der ersten Hälfte des 20. Jahrhunderts abgeschafft worden ist, weil immer mehr Frauen ihre Kinder im Spital anstatt zu Hause bekamen. Erst während der Frauenbewegung ab den 70er Jahren setzten sich Aktivistinnen dafür ein, dass es wieder Hebammen geben sollte.

Ich mache derzeit einen 'Bachelor of Health Science in Midwifery': So heisst das Studium zur Hebamme an meiner Uni in Hamilton, das vier Jahre lang dauert. Im Moment bin ich im dritten Studienjahr, in dem ich interprofessionelle Praktika absolviere: Ich begleite zum Beispiel Pflegenden, Stillberaterinnen und werde bald auch die Arbeit einer Gynäkologin oder eines Gynäkologen kennenlernen. Diese Praktika sind nicht nur für mich wichtig. Sie sind auch Teil des Studiums, damit die anderen Berufsgruppen besser verstehen, welche Kompetenzen wir Hebammen haben.

Die meisten Frauen gelangen während der Schwangerschaft nicht über ihre Arztpraxis an eine Hebamme, sondern über die Empfehlung anderer Frauen. Ärztinnen und Ärzte haben oft kein Interesse, unkomplizierte Fälle an uns Hebammen abzugeben. Denn dann würden sie nichts an der Geburt verdienen. Zwar gibt es in Kanada nicht genügend Hebammen für alle Schwangeren, aber wenn einmal ein Arzt oder eine Ärztin einer Frau ein hebammengeführtes Geburtshaus empfiehlt, versuchen die Hebammen oft, die Frau anzunehmen. Denn solch eine Empfehlung ist ein grosser Schritt in der interprofessionellen Zusammenarbeit und ein gutes Zeichen, dass wir beachtet und anerkannt werden.»



tungen, in denen es ein offizielles Büro für die interprofessionelle Ausbildung gibt. Eine frühere Umfrage (2010) zeigte einen institutionellen Eigenverantwortungsprozess bei der Umsetzung von interprofessionellen Ausbildungsprogrammen, wobei der Prozess dem besonderen Umfeld jeder Institution Rechnung trug (CIHC-Situationsanalysebericht, unveröffentlichte Daten) [3].

Da die Mehrheit der Befragten in der Situationsanalyse 2020 von der Existenz eines interprofessionellen Ausbildungsprogramms berichtete, kann man mit Sicherheit sagen, dass die Zahl der Fachkräfte im Gesundheitswesen, die für eine kollaborative, patientenzentrierte Praxis ausgebildet sind, steigt. Die Interprofessionalität ist nun Teil der allgemeinen Lehrpläne von Gesundheitsfachkräften in ganz Kanada; dies ist möglicherweise auf die Einführung von spezifischen Zulassungskriterien für die interprofessionelle Ausbildung in vielen Berufen zurückzuführen [7, 16].

Die Mehrheit der Befragten gab an, dass ihre Dozenten und Studenten aus den Bereichen Krankenpflege, Medizin, Ergotherapie und Physiotherapie kommen, obwohl mehr als 25 Berufe und Tätigkeiten in interpro-

fessionellen Ausbildungsprogrammen vertreten sind (CIHC-Situationsanalysebericht, unveröffentlichte Daten). Seit den AIPHE-Projekten (*Accreditation of Interprofessional Health Education*) Anfang der 2000er Jahre haben mehr als die acht Berufe, die sich in der ersten Phase der Akkreditierung angeschlossen hatten, Zulassungskriterien für die interprofessionelle Ausbildung eingeführt. Interessant ist, dass diese Programme die interprofessionellen Ausbildungskonzepte selbst in die Bildungsprogramme implementieren: Dies zeigt eine erfolgreiche Aufwertung und Integration der interprofessionellen Ausbildung [7].

Zunehmend sind auch die Regulierungsbehörden und die Gesundheitsministerien an der Entwicklung der interprofessionellen Ausbildung beteiligt. Sie haben begonnen, die Ideen der kooperativen Ausbildung und Praxis in ihren internen Richtlinien bzw. Ethikkodizes umzusetzen oder Schritte zu unternehmen, um die interprofessionelle Ausbildung zu erleichtern und rechtliche Hindernisse zu minimieren [8, 17–19].

Welche Ziele es noch gibt

In ihrem Strategieplan (2018) hat die CIHC ihre Vision für 2024 dargelegt. Darin heisst es, dass die CIHC eine starke, kohärente Stimme sein wird, um die nationale und globale Diskussion darüber zu verstärken und zu beeinflussen, dass interprofessionelle kollaborative Praktiken ein wesentliches Element des Gesundheitsmanagements, der Stärke und Widerstandsfähigkeit der Belegschaft, guter Behandlungsergebnisse und finanzieller Rechenschaft sind. Die CIHC hat sich zwei Hauptziele gesetzt:

- a) bis 2024 als Anlaufstelle für die besten und vielversprechendsten Praktiken zu gelten, um zu verstehen, wie die interprofessionelle Zusammenarbeit in der Gesundheits- und Sozialpolitik, -praxis und -bildung wirklich funktioniert, und
- b) bis 2024 als herausragende Quelle zu gelten, auf die man sich stützen kann, um die Entwicklung regionaler und lokaler Programme für die interprofessionelle Ausbildung zu beeinflussen.

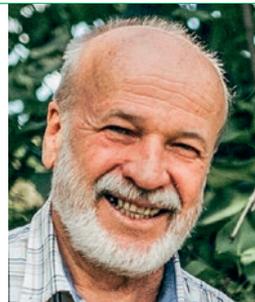
Die CIHC sieht die dringende Notwendigkeit, die Stimme der Praktizierenden in ihre Arbeit einzubeziehen und sich auch mit dem *Patient Voices Network* zu vernetzen. Die CIHC erkennt zudem die Notwendigkeit, ihr Mitgliedschaftsmodell zu verändern, um eine solide finanzielle Basis ihrer Arbeit zu sichern. Zudem sollen Studierende als Fürsprecher für die interprofessionelle Ausbildung stärker eingebunden werden.

Derzeit ist die CIHC das einzige Sprachrohr für interprofessionelles Wissen, Ausbildung und Praxis in Ka-

Hermann Dueck (65), ausgebildeter Spitalseelsorger, arbeitet in einem Altenheim in Winnipeg, Manitoba, Kanada, und macht Bereitschaftsdienste im Spital

«Wir Seelsorgende tragen zur ganzheitlichen Gesundheit bei»

«In Kanada wird Gesundheit als das Wohlergehen von Leib, Seele und Geist definiert. Ausgebildete Spitalseelsorgende wie ich kümmern sich um die emotionale und geistliche Verfassung der Patientinnen und Patienten und nehmen als Experten für diese Themen auch an interprofessionellen Fallbesprechungen teil. Die Pflegenden werden ermutigt, unseren Dienst zu empfehlen, aber natürlich handelt es sich um ein freiwilliges Angebot.



Nach einem Gespräch mit einer Patientin oder einem Patienten hinterlassen wir Rückmeldungen in der Krankenakte, damit Ärztinnen, Ärzte und Pflegenden erfahren, wie das Gespräch lief und in welcher emotionalen Verfassung die Person ist. Nehmen wir an, ich spreche mit einem Ehepaar, dessen Kind kurz nach der Geburt gestorben ist. Dann beschreibe ich das Gespräch möglichst sachlich, ohne dabei das Seelsorgegeheimnis zu verletzen. Zum Beispiel so: 'Das Ehepaar war zutiefst erschüttert, ich habe sie ermutigt, ihre Erfahrung und ihre Gefühle mit mir zu teilen. Ich habe mich als empathischen Zuhörer angeboten, habe 30 Minuten mit ihnen verbracht, und meine Anwesenheit wurde sehr geschätzt. Ein weiteres Gespräch ist geplant.'

Solche Informationen sind wichtig, damit die behandelnden Personen das allgemeine Befinden der Patientinnen und Patienten berücksichtigen können. Die meisten Ärztinnen und Ärzte schätzen unsere Arbeit sehr, aber natürlich gibt es immer mal welche, die uns höchstens tolerieren. Zwei Beispiele dazu: Ein Arzt auf einer Palliativstation hat einmal eine längere Zeit vor dem Patientenzimmer gewartet, bis ich herausgekommen bin. Er wollte uns nicht stören, weil er meine Aufgabe in dem Moment als wichtiger ansah als seine. Ein anderer Arzt auf einer Intensivstation sagte mir einmal, man müsse dem Patienten mit der Überdosis an Drogen nur die richtigen Medikamente geben, dann werde alles wieder gut. Da habe ich vorsichtig widersprochen, denn echte Heilung ist nicht in jedem Fall nur mit Medikamenten möglich. Wir Menschen sind nicht nur ein Konglomerat von Organen, die gut funktionieren müssen, damit es uns gut geht. Deshalb tragen wir Seelsorgende zur ganzheitlichen Gesundheit bei.»

nada. Um ihren Auftrag zu erfüllen, verfolgt die CIHC unter anderem folgende Ziele:

1. Förderung der Nachhaltigkeit von interprofessionellen Ausbildungsprogrammen an Universitäten, Fachhochschulen und Instituten in ganz Kanada durch:
 - a) Gewährleistung regelmässiger finanzieller Unterstützung, Tenure-Track-Förderung und kontinuierlicher Forschung,
 - b) Integration der Fähigkeit zur Zusammenarbeit in die Führung im Gesundheits- und Sozialwesen,
 - c) Sicherstellung der Bedeutung der interprofessionellen Ausbildungs-Akkreditierungsstandards im Hinblick auf den kulturellen Wandel in der Ausbildung von Fachkräften des Gesundheits- und Sozialwesens;
2. Förderung und Stärkung von Strategien für die interprofessionelle Ausbildung und Minimierung rechtlicher und politischer Hindernisse für die effektive interprofessionelle Ausbildung;
3. Förderung der interprofessionellen Ausbildung als Instrument zur Lösung der grossen Probleme beim Zugang zu Fachkräften im Gesundheits- und Sozialwesen in ländlichen und abgelegenen Gemeinden;
4. Förderung der interprofessionellen Ausbildung als Grundlage für die Stärke und Widerstandsfähigkeit der Arbeitskräfte;
5. Durchführung von Situationsanalysen zum Stand und Status der interprofessionellen Ausbildung in Kanada und zum Nachweis bewährter Verfahren.

empfahl, um die langfristige Nachhaltigkeit des kanadischen Gesundheitssystems zu gewährleisten. Jener Bericht führte dazu, dass die interprofessionelle Ausbildung als ein Grundsatz des kanadischen Gesundheits- und Sozialsystems anerkannt wurde. Im Anschluss finanzierte *Health Canada* vier Jahre lang interprofessionelle Ausbildungsprojekte in ganz Kanada, wobei eine Reihe von akademischen und klinischen interprofessionellen Ausbildungsprogrammen eingerichtet wurden, die die Grundlage für ein System bildeten, das noch immer in Kraft ist.

Die Arbeit der von *Health Canada* finanzierten Projekte umfasste den CIHC-Kompetenzrahmen und die Arbeit an der Akkreditierung (AIPHE), die weltweit bekannt sind. Die Entwicklung von Richtlinien und Verfahren führte auch zu zahlreichen Veröffentlichungen, die die interprofessionelle Ausbildung weltweit beeinflussten. Zudem war die Beziehung der CIHC mit der *American Interprofessional Health Collaborative* (AIHC) beim Aufbau der Konferenzreihe *Collaborating Across Borders* ein globaler Beweis für die Wirksamkeit grenzüberschreitender Initiativen in diesem Bereich und hat gleichzeitig die Teilnahme von Ländern ausserhalb Kanadas und der USA gefördert.

Kanada und die Schweiz stehen bei der Entwicklung der interprofessionellen Ausbildung für kollaborative, patientenzentrierte Praxis und Pflege über das gesamte Bildungs- und Betreuungskontinuum hinweg vor ähnlichen Herausforderungen. Die Erfahrungen Kanadas könnten für die Initiativen in der Schweiz von Nutzen sein.

Bildnachweis

Jp Valery / Unsplash

Literatur

Vollständige Literaturliste unter www.saez.ch oder via QR-Code



John H. V. Gilbert
[johnhvg\[at\]mail.ubc.ca](mailto:johnhvg[at]mail.ubc.ca)

Marie-Andrée Girard
[marie-andree.girard.1\[at\]umontreal.ca](mailto:marie-andree.girard.1[at]umontreal.ca)

Das kanadische Modell: weltweit bekannt

Obwohl die Konzepte der interprofessionellen Ausbildung 1964 an der *University of British Columbia* in Kanada entwickelt wurden, war es die Veröffentlichung der *Royal Commission on the Future of Health Care in Canada* (auch bekannt als Romanow-Bericht) im November 2002, die weitreichende Änderungen

Schwerpunktserie Interprofessionalität

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

Literatur

- 1 *Loi Canadienne Sur La Santé.*
- 2 LC 2017, c 33, art 219 | Loi de mise en œuvre de l'Accord de libre-échange canadien. Accessed November 30, 2021. <https://www.canlii.org/fr/ca/legis/lois/lc-2017-c-33-art-219/derniere/lc-2017-c-33-art-219.html?resultIndex=12>
- 3 Gilbert J.H.V. The status of interprofessional education in Canada. *J Allied Health.* 2010;39(SUPPL. 1):216–23.
- 4 McCreary JF. The Education of Physicians in Canada. *Can Med Assoc J.* 1964;90(21):1215–21.
- 5 Accreditation of Interprofessional Health Education (AIPHE). Accreditation of interprofessional health education (AIPHE) principles and practices for integrating interprofessional education into the accreditation standards for six health professions in Canada. Retrieved from. Published online 2009. <http://www.cihc.ca/aiphe/>
- 6 Accreditation of Interprofessional Health Education (AIPHE). Interprofessional Health Education Accreditation Standards Guide Phase 2. Published online 2012. http://www.cihc.ca/files/resources/public/English/AIPHE%20Interprofessional%20Health%20Education%20Accreditation%20Standards%20Guide_EN.pdf
- 7 Azzam M, Puvirajah A, Girard MA, Grymonpre RE. Interprofessional education-relevant accreditation standards in Canada: a comparative document analysis. *Human Resources for Health.* 2021;19(1):66. doi:10.1186/s12960-021-00611-1
- 8 Girard MA, Régis C, Denis JL. Interprofessional collaboration and health policy: results from a Quebec mixed method legal research. *Journal of Interprofessional Care.* Published online May 6, 2021:1–8. doi:10.1080/13561820.2021.1891030
- 9 Suter E, Mallinson S, Misfeldt R, Boakye O, Nasmith L, Wong ST. Advancing team-based primary health care: a comparative analysis of policies in western Canada. *BMC Health Services Research.* 2017;17(1). doi:10.1186/s12913-017-2439-1
- 10 Romanow RJ. Commission sur l'avenir des soins de santé au Canada. *Guidé par nos valeurs l'avenir des soins de santé au Canada: rapport final.* Commission sur l'avenir des soins de santé au Canada; 2002. Accessed May 16, 2016. <http://dsp-psd.communication.gc.ca/Collection/CP32-85-2002F.pdf>
- 11 Trudeau JB, de Grandmont S, Lafrance L, Poitras L. la «loi 90»: la force de l'interdisciplinarité. Des connaissances et des compétences à partager. In: *Le Système Socio-Sanitaire Au Québec; Gouvernance, Régulation et Participation.* Gaëtan Morin Editeur; 2007:263–72.
- 12 Bélanger L, Roy C, Simard MC, Trudeau JB. Partager des activités professionnelles pour mieux collaborer. *Service de la formation continue du Barreau du Québec, 2019.* 2019; Développements récents en droit de la santé (2019) (EYB2019DEV2790).
- 13 Bourgeault IL, Grignon M. A comparison of the regulation of health professional boundaries across OECD countries. *The European Journal of Comparative Economics.* 2013;10(2):199–224.
- 14 Lahey W, Fierlbeck K. Legislating collaborative self-regulation in Canada: A comparative policy analysis. *Journal of Interprofessional Care.* 2016;30(2):211–6. doi:10.3109/13561820.2015.1109501
- 15 Lahey W. Legislating Interprofessional Regulatory Collaboration in Nova Scotia. *Health Reform Observer – Observatoire des Réformes de Santé.* 2013;1(1). doi:10.13162/hro-ors.01.01.04
- 16 Curran V. Environmental scan report: Interprofessional education and accreditation processes in pre-licensure health professional education. *Canadian Interprofessional Health Collaborative URL: <http://www.cihc.ca/files/aiphe/resources/AIPHE%20Environmental%20Scan%20Report.pdf>* Published online 2008. Accessed March 21, 2016. <http://www.cihc.ca/files/resources/public/English/AIPHE%20Environmental%20Scan%20Report.pdf>
- 17 Girard MA. Interprofessional education and collaborative practice policies and law: an international review and reflective questions. *Human Resources for Health.* 2021;19(1):9. doi:10.1186/s12960-020-00549-w
- 18 Girard MA. Interprofessional Collaborative Practice and Law: A Reflective Analysis of 14 Regulation Structures. *Journal of Research in Interprofessional Practice and Education.* 2019;9(2).
- 19 Ries NM. Law matters: How the legal context in Canada influences interprofessional collaboration. *Journal of Interprofessional Care.* 2017;31(4):417–9. doi:10.1080/13561820.2017.1310495



PD Dr. med. Marc Spielmanns, Chefarzt Pulmonale Rehabilitation und Ärztlicher Direktor der Zürcher RehaZentren und MSc Anna Maria Pekacka-Egli, Leitung Logopädie der Zürcher RehaZentren, Klinik Wald (© Swiss REHA).

SWISS REHA Forschungspreis

Der Verband der führenden Schweizer Reha-
bilitationskliniken
SWISS REHA verleiht
erstmalig in seiner
Geschichte den For-
schungspreis der
Schweizer Rehabilita-
tion. Der Preis geht an
ein Forschungsteam

der Klinik Wald der Zürcher RehaZentren unter Leitung von MSc Anna Maria Pekacka-Egli und PD Dr. med. Marc Spielmanns für ein Forschungsprojekt zur Vorhersage von Lungenentzündungen nach einem Schlaganfall. Der Preis in der Höhe von CHF 10 000 soll künftig alle zwei Jahre vergeben werden, um ein wissenschaftliches Projekt auf dem Gebiet der Rehabilitationsforschung in der Schweiz auszuzeichnen.



(v.l.n.r.) Dr. med. Emil Schalch, Verwaltungsratspräsident, Gesundheitspunkt Oberägeri; Andrea Barmet, Leitende Medizinische Praxiskoordinatorin und Mitglied der Geschäftsleitung, Gesundheitspunkt Oberägeri; Urs Vögeli, santeneXt; Fabian Schalch, Sozialarbeiter, Gesundheitspunkt Oberägeri (© santeneXt).

Prix d'excellence santeneXt

Der Gesundheitspunkt Oberägeri wird mit dem Prix d'excellence santeneXt für sein Versorgungsmodell ausgezeichnet. Die enge Zusammenarbeit mit den Patientinnen und Patienten sowie eine lückenlose elektronische Dokumentation zeichnen die Versorgungsqualität des Zuger Gesundheitspunkts Oberägeri aus. «Unsere Patientinnen und Patienten sind Leader ihres Teams und lassen sich auf ihrem Weg beraten», sagt Dr. med. Emil Schalch, Initiator und Leiter des Projektes. Mit dem Prix d'excellence zeichnet der von Galenica, Interpharma und Swica getragene Do Tank santeneXt jährlich ein innovatives Kollaborationsprojekt mit Modellcharakter für das Schweizer Gesundheitswesen aus.

Prix Label 2021 de la Fondation Dalle Molle



Frédéric Ehrler et Laetitia Gosetto (© Frédéric Ehrler / HUG).

Le Prix Label 2021 pour la qualité de la vie a été remis au projet PELOSHA (*Personalizable Services For Supporting Healthy Aging*). Il est décerné par la Fondation Dalle Molle à but non lucratif, basée à Lugano.

Mené par Laetitia Gosetto du Service des sciences de l'information médicale et Frédéric Ehrler de la Direction des systèmes d'information des Hôpitaux universitaires de Genève, le projet PELOSHA vise à favoriser le maintien des personnes âgées à domicile par le biais de deux applications. L'une d'elles permet aux personnes âgées d'activer des modules selon leurs besoins (suivi de santé, du sommeil, de l'activité physique). Les informations de ces modules sont envoyées au personnel soignant via smartphone. La seconde application consiste en un tableau de bord destiné au personnel soignant qui joue le rôle de centre de contrôle et d'évaluation de la qualité de vie et de la santé des personnes âgées.

Deux Prix en ophtalmologie

Le SWISSophthAWARD et le Swiss VitreoRetinal Group (SVRG) ont récompensé la Dre Benedetta Franceschiello et le Dr Lorenzo Di Sopra pour leurs travaux sur l'imagerie par résonance magnétique sur l'œil en mouvement. Lors des examens de l'œil, il est souvent compliqué d'obtenir une image qui puisse servir de diagnostic, car de nombreuses personnes ont de la peine à garder leurs yeux immobiles suffisamment longtemps.

Leurs recherches leur ont valu le prix de la «Plus grande pertinence clinique» du SWISSophthAWARD. Décerné par Bayer Schweiz AG, ce prix récompense des scientifiques travaillant dans le domaine du système visuel. Le SVRG les a distingués de son Prix Retina, sponsorisé par Novartis Pharma Suisse AG et attribué à de jeunes chercheuses et chercheurs pour des travaux dans le domaine de la rétine médicale majoritairement effectués en Suisse.



De g. à dr. Dr. Lorenzo Di Sopra, Benedetta Franceschiello et Prof. Dr Christian Prunte (© Société suisse d'ophtalmologie).

Rettet die Büroklammer!

Peter Engelhardt

Prof. Dr. med., SVA Aargau

Liegen bei Ihnen noch Büroklammern herum? Halten Sie Ihre schützende Hand über diese kunstvoll verschlungenen Drahtelemente, die im papierlosen Büro keinen Platz mehr haben sollen. Seit mehr als 100 Jahren ist sie versteckt oder offensiv das ordnende Element auf den Schreibtischen der Welt, wenn sie Zusammengehörendes im Klammergriff hält. Noch können Sie das haptische Erfolgserlebnis beim Setzen einer Büroklammer mit den Sinnen erleben: Zuerst Klammergriff um den Stapel Papier mit der linken Hand ... Einfädeln des Papierstosses zwischen die

beiden gotischen Bögen am Klammerende ... (ja, schauen Sie sich die eleganten Drahtschleifen genauer an, sie haben die Form von Spitzbögen) ... Weiterschieben bis zum Anschlag ... Loslassen: geschafft, mittlerer Endorphinschauer!

Ein elegantes, atraumatisches Gleiten war das, zudem noch papierschonend. Wie hässlich dagegen das Tackern mit den angefressenen Papierecken. Kein Wunder, dass dieses so schön designte kleine Dingsbums in den USA mit einem *Paper Clip Day* am 29. Mai gefeiert wird.

Nun soll dieses auf der gan-

zen Welt täglich millionenfach praktizierte Fummeln ein Ende haben: Immerhin überlebt sie in Büronähe auf dem Bildschirm noch als Icon, dann wenn eine Mail mit einem Anhang versendet wird. Helfen Sie mit, dass das nützliche Utensil nicht aus Ihrem Haus verschwindet. Für das Überleben sind der Phantasie keine Grenzen gesetzt. Natürlich wurde ein Rekord aufgestellt mit der längsten in 24 Stunden zusammengesetzten Kette aus Tausenden von Klammern (2500 m lang laut Guinness-Buch der Rekorde). Schlagen Sie diesen Rekord!

Ja, die Büroklammer behauptet längst ihre unverzichtbare Stellung in den Kulturen der Welt. Von Anfang an ist sie als Universalwerkzeug eine Art *Leatherman* im kleinsten Portemonnaie, unverzichtbar für Jung und

Alt, beim Hobby und im Beruf. Ein tolles Spielzeug und Tool für alle Zwecke. Die Klammer ist biegsam, sie ist elektrisch leitend, sie ist praktisch steril; unbogen ist sie in der Hosentasche ohne Gefahr des Piksens wie eine Sicherheitsnadel. Wer hat die Büroklammer nicht schon einmal in die *Reset*-Buchse seines Laptops rein-gesteckt? Ein ganzer Katalog von Einsatzmöglichkeiten bei PC-Pannen wird im Internet vorgestellt.

Brauchen Sie noch weitere Empfehlungen für den universellen Einsatz der Büroklammer? Interessanterweise wird ihre Verwendung am eigenen Körper in den einschlägigen Foren der USA nicht erwähnt: Das zöge wohl Haftpflichtprozesse nach sich, wenn etwa zu lesen wäre, dass damit Eiterpusteln aufgestochen werden können. Oder, kaum zu glauben, der stark schmerzhafte Bluterguss «subunguales Hämatom» unter einem blau gefärbten Fingernagel kann mit einem glühenden Büroklammerende durch punktförmiges Wegschmelzen des Nagels entlastet werden. Schönes Gefühl, wenn der Schmerz nachlässt. Welches chirurgische Instrument ist billiger und zweckmässiger? Wenn wir schon bei den Fingernägeln sind: Wer hat sie nicht schon einmal zum Wegpulen der Trauer-ränder unter den Nägeln zweckentfremdet?

Warum ich das schreibe? In meinem papierlosen Grossraumbüro steht ein Kübel mit Tausenden von neuen und gebrauchten Büroklammern. Sie haben pannenlos den Papierfluss über Jahre gebändigt. Darunter sind farbige Mutanten, die golden, rot oder grün schimmern und bereits in zahlreichen Kinderzimmern gestalterische Kreativität ausgelöst haben. (Bitte erst ab acht Jahren schenken, die Kinder-notfallstationen werden sonst überlaufen mit Fällen, in welchen diese zum Glück runden Fremdkörper aus allen möglichen Körperhöhlen entfernt werden müssen.)

Ich habe die ersten 50 000 Klammern gerettet. Mein Tag beginnt mit einer schonenden Massage der Fusssohlen beim Stapfen durch ein randvoll mit Büroklammern gefülltes Becken. Bis zum Vollbad in einer Million Büroklammern werden einige Tage vergehen, da noch ein paar Tausend mehr dieser Universalgenies zum wohligen Hineintauchen benötigt werden.

Bildnachweis
Peter Engelhardt



[peter.engelhardt\[at\]sva-ag.ch](mailto:peter.engelhardt[at]sva-ag.ch)

Umgang mit einem Kindsverlust

Julia Rippstein

Redaktorin Schweizerische Ärztezeitung



Noch nie hatte ich privat so viel mit Ärztinnen, Pflegefachpersonal und anderen Berufsgruppen des Gesundheitswesens zu tun wie im Jahr 2021. Eigentlich war mir bis dahin gar nicht richtig klar, was es bedeutet, eine Patientin zu sein. Im vergangenen August erfuhr ich es jedoch, als mir in der 16. Schwangerschaftswoche die Hiobsbotschaft überbracht wurde, dass das Kind in mir nicht mehr lebte. Wenn ich nun, fünf Monate später, sagen kann, mich von diesem traurigen und einschneidenden Ereignis einigermaßen erholt zu haben, so habe ich es namentlich all den medizinischen Fachfrauen zu verdanken, die sich in diesen schwierigen Wochen um mich gekümmert und mich begleitet haben. Dabei verwende ich bewusst die weibliche Form, da ich nur einmal von einem Mann betreut wurde. Beispielhaft für die Interprofessionalität, die mir zuteilwurde, steht eine Botschaft aus dem Begleitmaterial, das ich erhalten habe: «Wir als Ärztinnen und Ärzte der Frauenklinik sind für Sie da. Wir begleiten und unterstützen Sie beim Abschiednehmen von Ihrem Kind, gemeinsam mit Hebammen und Pflegefachfrauen.» In der Gynäkologie und Geburtshilfe kommt der interprofessionellen Zusammenarbeit eine besondere Bedeutung zu. Das ist mir durch dieses Unglück bewusst geworden, umso mehr, als ich mich derzeit im Rahmen unserer Artikelreihe mit dem Thema Interprofessionalität beschäftige.

Während meines 24-stündigen Spitalaufenthalts für die *stille Geburt*, die das Ausstossen des toten Fötus aus dem Mutterleib beschreibt, erlebte ich das perfekte Zusammenspiel der Hebammen: Sie kümmerten sich intensiv um mich und sorgten dafür, dass diese Erfahrung für mich und meinen Partner, der die ganze Zeit an meiner Seite war, physisch und psychisch so schmerzfrei wie möglich verlief.

Wir konnten auch mit einer Seelsorgerin sprechen, die fragte, wie wir uns von unserem Kind verabschieden wollten. Eine solche Begleitung hatte ich nicht erwartet, aber es war beruhigend und wohltuend, ein so sensibles Thema wie den Tod mit einer Expertin besprechen zu können. Viele Fragen kommen in einer solchen Situation auf: Was geschieht mit dem totgeborenen Kind? Welche Möglichkeiten einer Abschiedszeremonie gibt es? Diese Fragen wurden bei der Betreuung von Frauen, die eine Fehlgeburt erlitten haben, lange Zeit vernachlässigt. Doch eine spirituelle Begleitung, selbst

wenn es sich nur um ein kurzes Gespräch handelt, ist sehr sinnvoll. Denn das Abschiednehmen durch ein Ritual – das auch einfach darin bestehen kann, sich einige Augenblicke in der Nähe des Babys aufzuhalten – hilft, den Tod annehmen und trauern zu können.

Diese Erfahrung im Spital hat mir gezeigt, wie eingespielt die Abläufe sind und wie gut definiert die Rollen: Jede weiss genau, was sie zu tun hat und welche Informationen sie wann an wen weitergeben muss. Einzig ein technischer Eingriff bei der Entfernung der Plazenta wurde von einer Ärztin durchgeführt. Mit Hilfe einer Ultraschalluntersuchung stellte sie sicher, dass in der Gebärmutter nichts zurückgeblieben war. Sie führte auch einige Wochen später die Nachuntersuchung durch. Während all dieser Zeit hatte ich nie den

Leider zeigt die gute interprofessionelle Zusammenarbeit auch, dass ich kein Einzelfall bin.

Eindruck, dass irgendwo Informationen auf der Strecke geblieben wären. Dies zeigt, dass die Interprofessionalität in diesem Bereich funktioniert, aber leider auch, dass ich kein Einzelfall bin.

Wir hätten zusätzliche psychologische Unterstützung erhalten können, wenn wir dies gewünscht hätten. Glücklicherweise mussten wir dieses Angebot nicht in Anspruch nehmen.

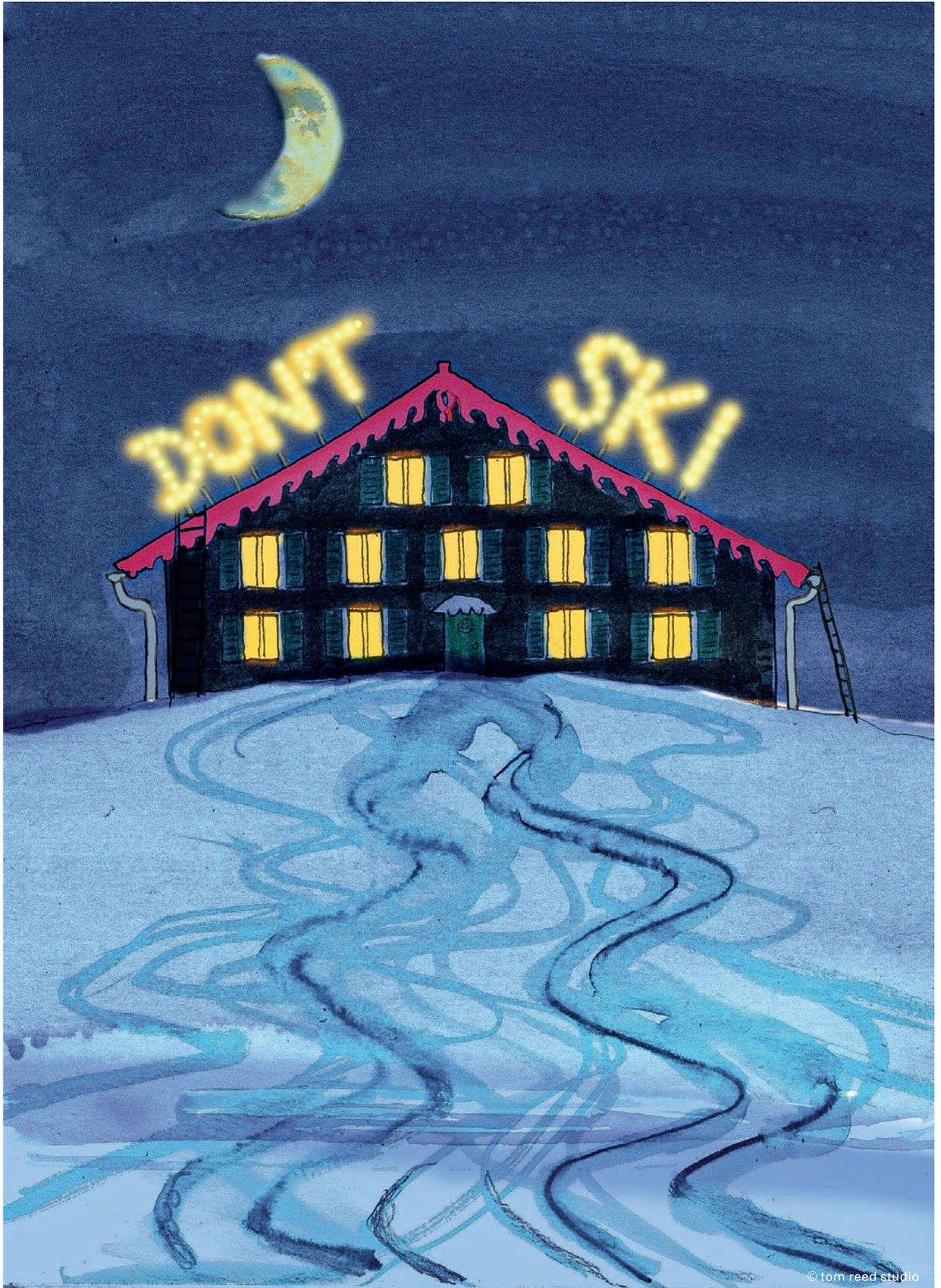
Die interprofessionelle Betreuung hat viel dazu beigetragen, dass es mir nun wieder besser geht. Was mir aber wohl am meisten geholfen hat, meine Fehlgeburt zu akzeptieren, war, dass ich mit meinem Partner, meiner Familie und meinem engen Freundeskreis darüber gesprochen habe. Das Thema anzusprechen war zwar schmerzhaft, aber notwendig, um das Geschehene zu verarbeiten und so darüber hinwegzukommen.

Ich möchte alle Frauen und Paare, die dasselbe durchgemacht haben, ermutigen, das Erlebte in Worte zu fassen und nach aussen zu tragen. Um ein totgeborenes Kind trauern zu müssen, ist alles andere als selten, wird aber leider oft tabuisiert. Laut Bundesamt für Statistik lag die perinatale Sterblichkeit in der Schweiz im Jahr 2019 bei 6,3 Fällen pro 1000 Geburten [1]. Spontane Fehlgeburten bis zur 20. Woche machen 15 bis 20% der bestätigten Schwangerschaften aus [2] und sind damit das am weitesten verbreitete Problem bei Schwangeren. Nur wenn man das Tabu bricht, kann man den Betroffenen helfen, das Erlebte zu verarbeiten.

Literatur

- 1 www.bfs.admin.ch/asset/de/je-f-14.03.04.02.01
- 2 www.agapa-suisse-romande.ch/wp/wp-content/uploads/2017/01/fiche-fausse-couche.pdf

julia.rippstein[at]emh.ch



© tom reed studio