

Schweizerische Ärztezeitung

838 Editorial
von Urs Stoffel
**TARDOC als Basis
des Einzelleistungstarifs
gesetzt**

840 FMH
**«TARDOC ist
der Einzelleistungstarif
der Zukunft»**

882 «Zu guter Letzt»
von Eberhard Wolff
Über die Ware Medizin

870 Diagnose Sprachverwirrung
**Was Ärztinnen und Ärzte von
Dolmetschenden erwarten können**

Verlag

Eva Mell, M.A., stellvertretende Chefredaktorin;
 Julia Rippstein, Redaktorin Print und Online;
 Rahel Gutmann, Junior-Redaktorin;
 Eveline Maegli, Redaktionsassistentin

Externe Redaktion

Prof. Dr. med. Anne-Françoise Allaz, Mitglied FMH;
 Dr. med. Werner Bauer, Mitglied FMH; Prof. Dr. oec. Urs Brügger;
 Dr. med. Yvonne Gilli, Präsidentin FMH;
 Prof. Dr. med. Samia Hurst; Dr. med. Jean Martin, Mitglied FMH;
 Dr. med. Daniel Schröpfer, Mitglied FMH;
 Charlotte Schweizer, Leitung Kommunikation der FMH;
 Prof. Dr. med. Hans Stalder, Mitglied FMH

Redaktion Ethik

Prof. Dr. theol. Christina Aus der Au;
 Prof. Dr. phil., Dipl. Biol. Rouven Porz

Redaktion Medizingeschichte

Prof. Dr. med. et lic. phil. Iris Ritzmann; Prof. Dr. rer. soc. Eberhard Wolff

Redaktion Public Health, Epidemiologie, Biostatistik

Prof. Dr. med. Milo Puhon

Redaktion Recht

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

FMH

EDITORIAL: Urs Stoffel

838 **TARDOC als Basis des Einzelleistungstarifs gesetzt**

AKTUELL: Charlotte Schweizer

840 **«TARDOC ist der Einzelleistungstarif der Zukunft»**

AKTUELL: Judith Trageser, Christoph Petry

842 **Wie Hausärzte bei der Diabetes-Betreuung entlastet werden können**

AKTUELL: SAMW, Zentralvorstand der FMH, Konferenz Schweizerischer Gefängnisärzte

845 **Patientendaten im Wegweisungsvollzug**

849 **Personalien**

Weitere Organisationen und Institutionen

SAMW: Manya J. Hendriks, Sibylle Ackermann, Lea von Wartburg, Flurina Näf

852 **Auch bei Urteilsunfähigkeit selbstbestimmt bleiben**

Briefe / Mitteilungen

856 **Briefe an die SÄZ**

858 **Facharztprüfungen**

FMH Services

860 **Seminare / Séminaires / Seminari**

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

Tribüne

870



THEMA: Julia Rippstein

Haben Sie mich richtig verstanden? Damit sich ärztliche Fachpersonen und ihre Patientinnen und Patienten wirklich gut verstehen, braucht es manchmal Übersetzungskunst. Allerdings birgt ein Dialog allerlei Tücken. Was die Ärzteschaft von Dolmetschenden erwarten sollte und wie Missverständnisse vermieden werden können.

873 **Spectrum**

Horizonte

ERFAHRUNGSBERICHT: Cesar Winnicki

874 **Die unerträgliche Leichtigkeit des Seins als Hausarzt**

SCHAUFENSTER: Marc Neufeld

879 **Mauersegler**880 **Buchbesprechungen**

Zu guter Letzt

Eberhard Wolff

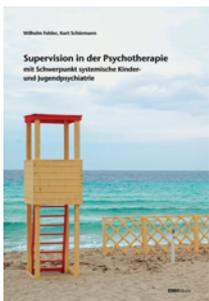
882 **Über die Ware Medizin**

ANNA



Supervision in der Psychotherapie

mit Schwerpunkt systemische Kinder- und Jugendpsychiatrie



Wilhelm Felder, Kurt Schürmann
Supervision in der Psychotherapie mit Schwerpunkt systemische Kinder- und Jugendpsychiatrie
 2021. Broschiert, 260 Seiten.
 CHF 39.00 / € 39.00
 ISBN 978-3-03754-134-0
 EMH Schweizerischer Ärzteverlag

Dieses Buch ist als Folge der langjährigen Tätigkeit der beiden Autoren, die dem systemischen Denken sehr verbunden sind, entstanden. Auf der Basis einer jahrzehntelangen Erfahrung in der klinischen Supervision vermittelt es den Kolleginnen und Kollegen der nächsten Generation Anregungen, wie Supervision in der Psychotherapie sinnvoll und methodisch effizient eingesetzt werden kann.

Weitere Informationen finden Sie unter shop.emh.ch

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

Impressum

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

Verlag: EMH Schweizerischer Ärzteverlag AG, Farnsbürgerstrasse 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, dml@fmh.ch

Anderer Abonnemente: EMH Kundenservice, Postfach, 4601 Olten, Tel. +41 (0)44 305 82 38, emh@asmiq.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:
 © Giulia May / Unsplash
 Bildbearbeitung: EMH

Entscheid des Bundesrats

TARDOC als Basis des Einzelleistungstarifs gesetzt

Urs Stoffel

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



Am 3. Juni 2022 hat der Gesamtbundesrat entschieden, dem Gesuch auf Genehmigung des Einzelleistungstarifs TARDOC für ambulant ärztliche Leistungen vorerst nicht zuzustimmen. Gleichzeitig hat der Bundesrat aber an der Pressekonferenz zum TARDOC-Entscheid und in einem öffentlichen Schreiben an die Tarifpartner klipp und klar festgehalten, dass basierend auf der Einzelleistungsstruktur TARDOC die geforderten Nachbesserungen erfolgen müssen. Diese Ergänzungen sollen im Rahmen der kurz vor der Gründung stehenden gemeinsamen ambulanten Tariforganisation nach KVG Art. 47a mit allen Tarifpartnern entwickelt werden. Die Tarifierungsgrundlagen des TARDOC sind also gesetzt, und ein Neustart auf Feld 1 steht nicht zur Diskussion.

Ausserdem hat Bundesrat Alain Berset wiederum betont, dass für die erneute Einreichung des TARDOC keine zeitliche Koinzidenz mit der Einreichung von ambulanten Pauschalen besteht, da der Reifegrad des TARDOC deutlich weiter ist als die Entwicklung der ambulanten Pauschalen. Auch im öffentlichen Schreiben an die Tarifpartner wird keine gleichzeitige Einreichung von Pauschalen und der Einzelleistungsstruktur TARDOC gefordert. Damit hat der Gesamtbundesrat nun auch klar Verantwortung übernommen und den TARDOC priorisiert.

Trotzdem sind wir natürlich enttäuscht. Aus Sicht der Tarifpartner FMH und curafutura wäre die Einzelleistungsstruktur TARDOC jetzt schon genehmigungsfähig. Nun werden auf unbestimmte Zeit hinaus weiterhin wichtige, sachgerechte und kostensparende Leistungen für die Patientinnen und Patienten wie Chronic Care, Palliative Medizin und digitale Angebote nicht tarifiert werden können.

Fehlanreize und fehlende Sachgerechtigkeit des TARMED werden nun nicht korrigiert und bleiben in Kraft. Das neue Hausartzkapitel für die allseits geforderte Stärkung der Grundversorgung bleibt wiederum vollends auf der Strecke. Ein schlechtes Signal, das suggeriert, dass der längst nicht mehr sachgerechte TARMED immer noch besser ist als der moderne, sachgerechte und betriebswirtschaftlich bemessene TARDOC.

Auch die Art und Weise, wie dieser Bundesratsentscheid zustande kommt, ist zumindest bedenklich. Seit der Einreichung des TARDOC V1.3 vor fünf Monaten haben wir ausser der Eingangsbestätigung keine inhaltliche Rückmeldung erhalten. Wir hätten zumindest erwartet, dass wir für Rückfragen und Unklarheiten kontaktiert werden. Ein detaillierter Prüfbericht zu TARDOC V1.3 wurde bis heute nicht veröffentlicht.

Wie geht es nun weiter? Die Tarifpartner werden beurteilen müssen, ob sie bereit sind, diese Tarifstruktur noch weiterzuentwickeln und in die gemeinsame Tariforganisation einzubringen.

Für die FMH stellt sich zudem die Frage, welche Auswirkungen die erneuten Auflagen und Vorgaben für die Ärzteschaft haben werden. Die Spielregeln wurden in den letzten Jahren mehrfach einseitig von der Genehmigungsbehörde geändert. Beispielsweise haben

Am 3. Juni hat der Bundesrat entschieden, dem Gesuch auf Genehmigung des Einzelleistungstarifs TARDOC vorerst nicht zuzustimmen.

wir die Vorgabe der Verlängerung der Kostenneutralitätsphase auf drei Jahre erfüllt. Nun kommt die Auflage, den Kostenkorridor von 3 Prozent pro Jahr auf 2,5 Prozent zu senken. Davon war vor einem Jahr im Schreiben von Bundespräsident Parmelin noch keine Rede. Weiterhin wird gefordert, dass das Referenzeinkommen nach unten korrigiert werden soll – obwohl die angemerkte Beanstandung bereits eingerechnet ist. Das hat direkte und massive Auswirkungen auf die Grundversorgung, die empfindlich geschwächt und nicht, wie gleichzeitig vom Bundesrat gefordert, gestärkt wird.

Wir werden nun die Auswirkungen der geforderten Korrekturen und Vorgaben prüfen, mit den Tarifpartnern nach Lösungen suchen und diese dann der Delegiertenversammlung (DV) als zuständigem Entscheidungsgremium in Tarifrfragen vorlegen. Von Seite FMH werden also die Delegierten der Fach- und kantonalen Ärztegesellschaften die Richtung bestimmen, wohin die Reise geht.

Bundesrätlicher TARDOC-Entscheid

«TARDOC ist der Einzelleistungstarif der Zukunft»

Interview: Charlotte Schweizer

Leiterin Abteilung Kommunikation der FMH

Die neue Tarifstruktur für den ambulanten Bereich TARDOC wurde Anfang Juni vom Bundesrat abgelehnt. Die FMH muss das Projekt nun in Absprache mit den Tarifpartnern überarbeiten. Die Präsidentin der FMH, Dr. med. Yvonne Gilli, spricht über die Enttäuschung, die bevorstehenden Herausforderungen, aber auch über die Hoffnung, dass der TARDOC bald zustande kommt.

Am 3. Juni 2022 hat der Gesamtbundesrat entschieden, den TARDOC vorerst nicht zu genehmigen. Er hat den TARDOC als noch nicht genehmigungsfähig beurteilt und erwartet eine weitere Überarbeitung und eine erneute gemeinsame Einreichung mit allen Tarifpartnern (FMH, H+, curafutura und santésuisse) bis Ende 2023. Was bedeutet dies für die FMH und ihre Mitglieder?

Für die Stärkung einer guten und kosteneffizienten ambulanten medizinischen Versorgung ist es von zentraler Bedeutung, dass der veraltete TARMED endlich abgelöst wird. Mit dem TARDOC liegt ein aktueller sachgerechter und betriebswirtschaftlich bemessener Tarif vor, der den TARMED vollständig ablösen kann. Derzeit gibt es keine Alternative zum TARDOC. Die Pauschalen sind noch lange nicht so weit, decken nur einen Bruchteil der Leistungen ab, und es gibt kein umfassendes Konzept zur kostenneutralen Überführung der Pauschalen. Die FMH war zwar enttäuscht, dass der TARDOC vorerst noch nicht genehmigt wird.

Noch nie war ein Tarif derart transparent dokumentiert wie der TARDOC. Dies wurde uns in Gutachten von unabhängiger Seite bestätigt.

Wir nehmen aber als positives Zeichen wahr, dass der TARDOC als Einzelleistungstarif für den Bundesrat gesetzt ist, und mit den formulierten Auflagen die Grundlage für den neuen ambulanten Arzttarif darstellt.

Der Bundesrat bemängelt Punkte wie Kostenneutralität, Transparenz und Wirtschaftlichkeit am eingereichten Vorschlag. Können Sie diese Beurteilung nachvollziehen? Was sind aus Ihrer Sicht die Gründe für die Ablehnung?



Dr. med. Yvonne Gilli,
Präsidentin der FMH

Die Kostenneutralität ist in der KVV, Art. 59c verankert, und es liegt beim TARDOC ein detailliertes Konzept zur Umsetzung vor. Auf Forderung des Bundesrates wurde die Kostenneutralität des Tarifstrukturwechsels, welche nach Art. 59c Abs. 1 lit. c KVV vorgeschrieben ist, sogar auf drei Jahre verlängert mit klaren Eingriffsgrenzen und Korrekturmechanismen bei Überschreiten des vereinbarten Korridors! Die Skepsis bezüglich Kostenneutralität ist für uns somit nicht nachvollziehbar. Auch bezüglich Transparenz und Wirtschaftlichkeit können wir die Kritik nicht nachvollziehen, denn noch nie war ein Tarif derart transparent dokumentiert wie der TARDOC. Dies wurde uns in Gutachten von unabhängiger Seite bestätigt. Wir haben inzwischen bereits diverse Gespräche mit den beteiligten Akteuren geführt und werden mit Hochdruck am TARDOC weiterarbeiten.

Haben Sie mit diesem Resultat gerechnet, bzw. gibt es etwas, was Sie rückblickend anders machen würden?

Wir haben befürchtet, dass es schwierig wird, weil wir die kritischen Stimmen vernommen haben. Wir haben aber regelmässig das Gespräch gesucht, versucht, unseren Standpunkt einzubringen, und waren offen, den Genehmigungsprozess aktiv zu begleiten. Leider hat das BAG seit der letzten Einreichung Ende Dezember 2021 bis zum Entscheid des Bundesrats nie das Gespräch mit uns gesucht, keine Rückfragen gestellt, und es liegt bis dato auch kein umfassender Prüfbericht dieser Version 1.3 vor. Insofern hilft wahrscheinlich nur eine hartnäckig lange Ausdauer. Ich sehe keinen Schritt, mit dem wir besser, rascher oder sicherer ans Ziel gekommen wären.

Warum konnten die FMH und curafutura H+ und santésuisse nicht für den TARDOC gewinnen?

H+ war bei der Entwicklung der Leistungsstruktur mit am Verhandlungstisch und hat uns lange in der Tarifpartnerschaft begleitet. Aktuell hat sich auch H+ gegenüber dem Bundesrat für eine Genehmigung ausgesprochen. Das sind sehr deutliche Signale, und wir hoffen auf eine weitere gute Zusammenarbeit. Es ist aber auch verständlich, dass der TARDOC allein viele Herausforderungen der Spitäler nicht löst, weshalb u.a. für sie auch die Entwicklung von Pauschalen bedeutsam ist.

santésuisse verfolgt andere Interessen und spricht diese auch in ihren Publikationen an. Unsererseits bleiben wir offen für eine konstruktive Zusammenarbeit, betonen aber klar, dass santésuisse bei der Frage der Genehmigung des TARDOC kein Vetorecht gewährt werden darf, schon gar nicht, weil ein grosser Versicherer der santésuisse-Gruppe, nämlich die Swica, die Genehmigung des TARDOC ebenfalls klar unterstützt. In dieser Konstellation vertritt santésuisse nur noch eine Minderheit der Versicherer.

Wie geht es jetzt weiter? Hält die FMH nun trotz allem am TARDOC fest? Gäbe es eine Alternative zum TARDOC?

Wir analysieren nun die Forderungen des Bundesrats und schauen mit den angeschlossenen Ärztesellschaften, wie wir weiterarbeiten. Eine realistische und sachgerechte Alternative zum TARDOC gibt es aus unserer Sicht nicht. Ohne TARDOC wäre die Ärzteschaft gezwungen, mit dem völlig veralteten TARMED weiterzuarbeiten. Das heisst, die Ärzte-

Die Ärzteschaft muss weiter verzichten auf ein eigenes Hausärztekapitel, auf die Berücksichtigung der Interprofessionalität oder der Digitalisierung.

schaft muss weiter verzichten auf ein eigenes Hausärztekapitel, auf die Berücksichtigung der Interprofessionalität, der Digitalisierung oder der Palliativmedizin. Es ist offensichtlich, dass darunter letztendlich die Patientenversorgung leidet. Deswegen arbeiten wir weiterhin auf die Genehmigung des TARDOC durch den Bundesrat hin. Die baldige Genehmigung ist auch ein Bekenntnis des Bundesrates zur Tarifpartnerschaft, welche im KVG verankert ist und die schweizerisch hohe Qualität der Gesundheitsversorgung mitprägt.

Welches sind nun die nächsten geplanten Schritte seitens FMH?

Wir haben eine Einladung zum Gespräch mit Bundesrat Berset, wofür wir dankbar sind. Dieses Gespräch werden wir abwarten. Wir werden ebenso unsere Gespräche mit H+ und santésuisse weiterführen in der neu zu gründenden Tariforganisation.

Sehen Sie – trotz der aktuellen Situation – einen Silberstreifen am Horizont?

Absolut! Der Gesamtbundesrat hat die geleisteten Arbeiten gewürdigt und steht einer zukünftigen Genehmigung des TARDOC weiterhin offen gegenüber. Es wird jetzt wichtig sein, dass die Gründung der nationalen ambulanten Tariforganisation nicht scheitert. Der Zusammenarbeit mit dem Spitalverband H+ wird dabei eine Schlüsselrolle zukommen.

Wie Hausärzte bei der Diabetes-Betreuung entlastet werden können

Judith Trageser, Christoph Petry

INFRAS

Die Querschnittsstudie «Interprofessionalität in der Grundversorgung bei Typ-2-Diabetes» des Forschungsteams um Anna-Katharina Ansorg und Sven Streit am BIHAM zeigt das grosse Potenzial des Einsatzes von MPKs im Chronic Care Management.

Ärztmangel und steigende Gesundheitskosten erfordern neue Lösungen. Welche Chancen bieten interprofessionelle Betreuungsmodelle? Das Berner Institut für Hausarztmedizin (BIHAM) hat als Folgeprojekt einer Klausurtagung der BEKAG zur Rolle der Medizinischen Praxiskoordinatorinnen und -koordinatoren (MPKs) in der Betreuung von Patientinnen und Patienten mit Typ-2-Diabetes in Praxen mit und ohne MPKs untersucht. Die Ergebnisse zeigen: MPKs können die Hausärzteschaft auf einem qualitativ hohen Behandlungsniveau entlasten.

Einzigartige Studie

Die Querschnittsstudie vergleicht die Behandlung von Typ-2-Diabetes in Praxen mit und ohne MPK. Sie ist die erste Studie in der Schweiz, welche die Wirkungen der Arbeit von MPKs untersucht. Die breite Unterstützung der Studie nebst der BEKAG u.a. durch die FMH, die Versicherer KPT und Visana, Diabetes Schweiz und die Schweizerische Diabetes-Stiftung unterstreicht die Aktualität und das grosse Interesse an interprofessionellen Betreuungsmodellen.

Teilgenommen haben 22 Praxen aus der Deutschschweiz, darunter zwölf mit MPK. Die Stichprobe umfasst rund 170 Patientinnen und Patienten, die bei Beginn der Untersuchung im August 2020 seit mindestens einem Jahr in Behandlung waren. Der Wirkungsvergleich basiert auf «Patient-reported outcome/experience measures» (PROMs und PREMs) sowie den

Kriterien der Schweizerischen Gesellschaft für Endokrinologie und Diabetologie (SGED) für «gutes» Disease-Management Diabetes. Die Patientensicht und diabetespezifische Lebensqualität stehen damit im Hauptfokus.

Die Abbildung zeigt die Kernergebnisse im Überblick. Die Studie verdeutlicht, dass Patientinnen und Patienten mit Typ-2-Diabetes von Hausarztpraxen ohne MPK auf einem sehr hohen Qualitätsniveau behandelt werden. Und: Die untersuchten Praxen mit MPKs erzielten bezüglich der Behandlungsqualität, Zufriedenheit mit der Behandlung sowie Behandlungslast gleich gute Resultate.

Positives Resultat

Was lässt sich daraus schliessen? Es zeigt sich, dass auch bei komplexen und zeitintensiven Betreuungsaufgaben ein «Task Shift» von der Hausärzteschaft zu MPKs möglich ist. Von Blutzuckermessungen über Fussuntersuchungen bis hin zur Ernährungs- und Bewegungsberatung – MPKs können bei der Betreuung von Diabetes-Patientinnen und -Patienten viele Leistungen gleichwertig übernehmen. Angesichts des sich akzentuierenden Hausärztemangels können diese Betreuungsmodelle somit für Entlastung sorgen, ohne die hohe Versorgungsqualität zu beeinträchtigen.

Ob das Modell Kosten spart, kann die Studie nicht beantworten. Die Ergebnisse suggerieren jedoch, dass MPKs die Arbeit der Hausärzteschaft meistens substituieren. Lediglich rund ein Fünftel der untersuchten Praxen gab an, dass der Einsatz von MPKs zusätzlich zur Betreuung durch die Hausärzteschaft erfolgt.

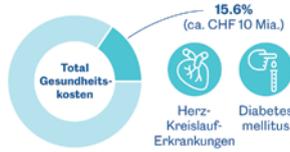
Interprofessionalität gestärkt

Die Studienresultate stützen die laufenden Bestrebungen, die interprofessionelle Versorgung im Gesundheitswesen zu stärken. Bei der Umsetzung stossen Ärz-

Die Studienautorinnen und -autoren

Anna-Katharina Ansorg (BIHAM), Katharina Tabea Jungo (BIHAM), Esther Hilfiker (BEKAG), Rainer Felber (BEKAG), Judith Trageser (INFRAS), Beat Pierre Arnet (KPT), Marianne Schenk (Schweizerischer Verband Medizinischer Praxis-Fachpersonen SVA), Sven Streit (BIHAM)

Diabetes in der Schweiz



Quellen: Huber, CA. Die Schweiz zahlt hohen Preis für nicht-übertragbare Krankheiten. SAZZ 2018; 99 (33), pp. 1054-1056.
Zeller, A. Resultate der 4. Workforce Studie. Primary and Hospital Care - Allgemeine Innere Medizin. 2020; 20 (11), pp. 325-328.

Können neue Betreuungsmodelle dabei helfen Hausärzt*innen bei der Behandlung von Patient*innen mit Diabetes zu unterstützen?

Die MPK Studie ist die erste Studie in der Schweiz, welche die Wirkung der Arbeit der Medizinischen Praxiskoordinatorinnen mit klinischer Richtung (MPK) untersucht.

Wichtigste Erkenntnis vor dem Hintergrund des Hausarzt*innenmangels in der Schweiz: **MPKs können Hausarzt*innen bei der Versorgung von Diabetespatient*innen entlasten.**

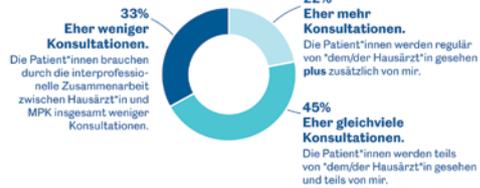
Teilnehmende Praxen

- Praxen mit MPK
- Praxen ohne MPK

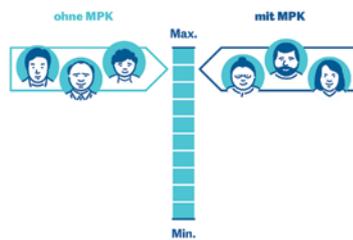


Anzahl Konsultationen bleibt gleich resp. verringert sich

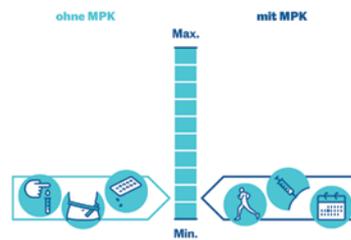
Wir möchten verstehen, ob in Praxen mit MPK im Vergleich zu Praxen ohne MPK weniger, gleichviel oder mehr Konsultationen insgesamt wegen Diabetes stattfinden. Welche Aussage trifft auf Ihre Praxis zu?



Gleich hohe Behandlungsqualität und Zufriedenheit in beiden Betreuungsmodellen



Gleich niedrige Behandlungslast mit Diabetes in beiden Betreuungsmodellen



Task Shift



Grafik: Marc Siegenthaler, Les Graphistes.

tinnen und Ärzte jedoch auf Hindernisse. So ist es derzeit nicht möglich, die Leistungen der MPKs an chronisch kranken Patientinnen und Patienten abzurechnen. Chancen bietet das neue Tarifmodell TARDOC: Dieses sieht spezielle Tarifpositionen für MPKs vor. Nach mehreren Überarbeitungen lag TARDOC dem Bundesrat in seiner nun vierten Version seit Ende 2021 zur Genehmigung vor – und wurde Anfang Juni

2022 erneut zurückgewiesen. Die Ärzteschaft und MPKs hoffen, dass die nun nachgewiesenermassen qualitativ hochstehende Arbeit der MPKs trotzdem ihre Abbildung in der Tarifstruktur findet.

Originalstudie im Swiss Medical Weekly: <https://doi.org/10.4414/smw.2022.w30180>
Dieser Artikel erscheint parallel im doc.be 3/22.



Die neue gesetzliche Regelung und ihre Umsetzung

Patientendaten im Wegweisungsvollzug

SAMW, Zentralvorstand der FMH, Konferenz Schweizerischer Gefängnisärzte

Welche Rolle spielen Ärzte und Ärztinnen, wenn Patienten mit einem rechtskräftigen Wegweisungsentscheid und mit der zwangsweisen Ausschaffung konfrontiert sind? Haben Behörden Einsicht in sensible Daten? Wer beurteilt die Transportfähigkeit? Diese und weitere Fragen haben in jüngster Zeit aufgrund einer Gesetzesänderung besondere Aktualität erlangt. Der nachfolgende Beitrag fasst die jüngste Entwicklung zusammen.

Die Vorgeschichte in aller Kürze

SAMW, FMH sowie die Konferenz Schweizerischer Gefängnisärzte stehen seit dem Jahr 2013 im Dialog mit den für die Ausschaffung zuständigen Bundesbehörden (zunächst BFM, Bundesamt für Migration; heute SEM, Staatssekretariat für Migration). In zwei Arbeitsgruppen wurden einerseits der medizinische Datenfluss (d.h. die Weitergabe von Patientendaten an die Ausschaffungsbehörden) und andererseits die mit der Ausschaffung verbundenen und dieser entgegenstehenden Gesundheitsrisiken (Kontraindikationen) diskutiert und bearbeitet. Im Jahr 2015 wurde durch die

SAMW die Richtlinie *Ausübung der ärztlichen Tätigkeit bei inhaftierten Personen* ergänzt um ein Kapitel bzw. Anhänge «Medizinische Untersuchung in der Ausschaffungshaft» und «Medizinische Untersuchung durch Begleitärzte». In der Folge kam es zu einem weitgehenden Konsens mit der Erarbeitung des Formulars «Ärztlicher Bericht im Rückkehrbereich/Wegweisungsvollzug», in dem das genaue Vorgehen festgelegt wurde. Sowohl SAMW (Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissenschaften), FMH (Verbindung der Schweizer Ärztinnen und Ärzte) als auch KSG (Konferenz Schweizerischer Gefängnisärzte) stimmten diesem Formular zu, welches für die Weitergabe

medizinischer Daten das Einverständnis der Patientin resp. des Patienten oder eine förmliche Entbindung vom Arztgeheimnis voraussetzt.

Obschon auch die Bundesbehörden ausdrücklich anerkannten, dass gestützt auf diese Zusammenarbeit und des erwähnten Formulars die Zusammenarbeit zwischen den behandelnden Ärztinnen und Ärzten und den Ausschaffungsbehörden weitestgehend reibungsfrei ablief, kam es auf Druck der Kantone – und noch während der laufenden Verhandlungen – im Jahr 2015 zum Erlass einer neuen Gesetzesbestimmung im Ausländer- und Integrationsgesetz (AIG). Der am 1. Januar 2018 in Kraft getretene Art. 71b AIG lautet wie folgt:

Art. 71b¹⁶³ Weitergabe medizinischer Daten zur Beurteilung der Transportfähigkeit

1. Die behandelnde medizinische Fachperson gibt auf Anfrage die für die Beurteilung der Transportfähigkeit notwendigen medizinischen Daten von Personen mit einem rechtskräftigen Weg- oder Ausweisungsentscheid an die folgenden Behörden weiter, soweit diese die Daten zur Erfüllung ihrer gesetzlichen Aufgaben benötigen:
 - a. die für die Weg- oder Ausweisung zuständigen kantonalen Behörden;
 - b. die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter des SEM, die für die zentrale Organisation und Koordination des zwangsweisen Weg- und Ausweisungsvollzugs zuständig sind;
 - c. die medizinischen Fachpersonen, die im Auftrag des SEM die medizinische Überwachung beim Vollzug der Weg- oder Ausweisung im Zeitpunkt der Ausreise wahrnehmen.
2. Der Bundesrat regelt die Aufbewahrung und Löschung der Daten.

Die Ärzteschaft und die seit 2013 involvierten Vertreterinnen und Vertreter der SAMW, FMH und KSG wurden zu dieser Gesetzesbestimmung nicht konsultiert. Die Verabschiedung des Erlasses während der noch laufenden Gespräche mit dem SEM führte zu einem erheblichen Vertrauensverlust. Die neue gesetzliche Regelung widerspricht zudem dem Konsens, den die Ärzteschaft mit dem SEM in langem Ringen 2017 gefunden hatte. Wenn das gemeinsam erarbeitete Formular zur Weiterleitung der medizinischen Information unter Wahrung des Berufsgeheimnisses ausser Kraft gesetzt wird, können, so die Befürchtung im Anschluss an das Inkrafttreten des neuen Rechts, auch medizinisch vertrauliche Patientendaten ungefiltert an jede zuständige Behörde (Bund, Kanton) gelangen. Dennoch suchte die SAMW zusammen mit den damals am Dialog beteiligten Ärzteorganisationen im Frühjahr 2019

erneut das Gespräch mit dem SEM. Weil gleichzeitig der Umgang mit der neuen Gesetzesbestimmung in der Vollzugspraxis zu erheblichen Unsicherheiten und Schwierigkeiten führte, konnte in zähen Verhandlungen, die sich über drei Jahre hinzogen, eine Verordnungsbestimmung ausformuliert werden, die den Anliegen der Ärzteschaft in wesentlichen Teilen Rechnung trägt und die als Grundlage für die weitere Zusammenarbeit dienen kann.

Noch im Gange sind weitere Gespräche in der neu zusammengesetzten Arbeitsgruppe «Medizinischer Datenfluss» in Zusammenarbeit des SEM mit SAMW, FMH und KSG, die im Rahmen der Umsetzung von Art. 15 der Verordnung über den Vollzug der Weg- und Ausweisung sowie der Landesverweisung von ausländischen Personen (VWWAL) die Musterprozesse überprüft und anpasst, den medizinischen Informationsfluss klärt und den notwendigen Arztbericht überprüft und anpasst.

Die revidierte Verordnung zum AIG

Am 1. Mai 2022 sind zwei Ausführungsbestimmungen zu Art. 71b AIG in Kraft getreten, Art. 15p und 15q VWWAL, die die Zuständigkeiten und organisatorischen Abläufe näher klären. Die Bestimmungen lauten wie folgt:

Art. 15p Zuständigkeit

Die Ärztin oder der Arzt, die oder der im Auftrag des SEM die medizinische Überwachung beim Vollzug der Weg- oder Ausweisung im Zeitpunkt der Ausreise wahrnimmt, ist für den Entscheid zuständig, ob eine betroffene Person im Rahmen des Vollzugs einer Weg- oder Ausweisung aus medizinischer Sicht transportfähig ist.

Art. 15q Weitergabe medizinischer Daten zur Beurteilung der Transportfähigkeit

1. Die behandelnde Ärztin oder der behandelnde Arzt darf ausschliesslich medizinische Daten weitergeben, die:
 - a. ihr oder ihm zum Zeitpunkt der Anfrage zur Verfügung stehen; und
 - b. für die Beurteilung der Transportfähigkeit einer betroffenen Person für den Vollzug einer Weg- oder Ausweisung notwendig sind.
2. Die Stellen nach Artikel 71b Absatz 1 Buchstaben a–c AIG fordern die notwendigen medizinischen Daten bei der behandelnden Ärztin oder dem behandelnden Arzt schriftlich an und teilen ihr oder ihm mit, welche Ärztin oder welcher Arzt gemäss Artikel 15p für den Entscheid betreffend die Transportfähigkeit zuständig ist.

3. Die behandelnde Ärztin oder der behandelnde Arzt informiert die betroffene Person über seine oder ihre gesetzliche Pflicht zur Datenweitergabe.
4. Die behandelnde Ärztin oder der behandelnde Arzt leitet die notwendigen medizinischen Daten unverzüglich an die Ärztin oder den Arzt nach Artikel 15p weiter und informiert gleichzeitig die Stellen nach Artikel 71b Absatz 1 Buchstaben a und b AIG über die Weitergabe der Daten.

Was die Verordnung klärt – und was nicht

Zunächst einmal – und das ist ein bedeutsamer Fortschritt! – wird in der Verordnung klargestellt, dass die im Wegweisungsvollzug oder sonst wie in die Behandlung einbezogenen Ärztinnen und Ärzte keine Verantwortung für den Wegweisungsvollzug haben. Sie müssen keine zusätzlichen Abklärungen treffen oder für die mit dem Wegweisungsvollzug befassten Behörden irgendwelche Gesundheitsdaten erheben. Ob eine medizinische Kontraindikation für den Wegweisungsvollzug gegeben ist, müssen sie nicht beurteilen. Art. 15p VVWAL stellt überdies klar, dass die Beurteilung der Transportfähigkeit zwingend durch eine Ärztin oder einen Arzt erfolgen muss (aktuell sind dies die Ärzte der OSEARA), die vom SEM beauftragt wurden, und nicht durch eine Gesundheitsfachperson ohne ärztliche Ausbildung.

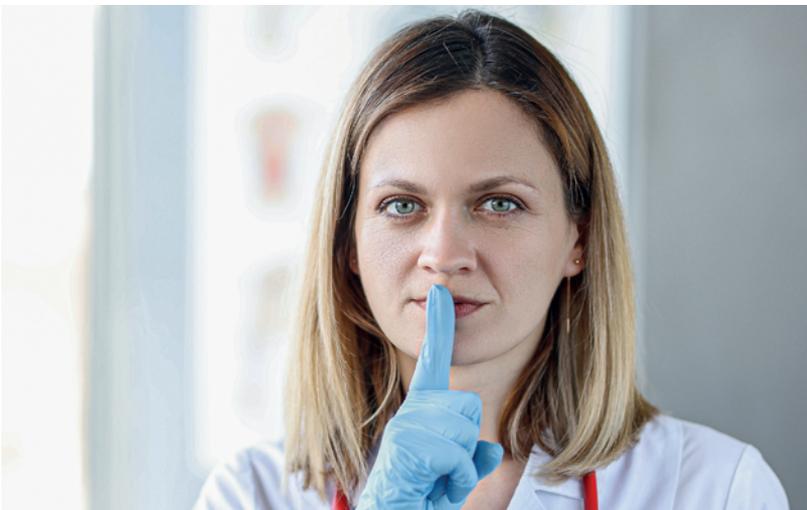
Ferner stellt die Verordnung klar, dass nicht eine ganze Krankenakte weitergegeben wird, sondern ausschliesslich diejenigen Gesundheitsdaten – sofern vorhanden –, die für den Wegweisungsvollzug relevant sind. Das können Diagnosen sein, die einem Wegweisungsvollzug entgegenstehen (Kontraindikationen), oder

auch Informationen zu einer während des Transports nötigen Medikation, Hilfsmitteln und dergleichen. Medizinische Daten, die keinen Zusammenhang zur Transportfähigkeit haben und die für den Vollzug der Wegweisung nicht erforderlich sind, werden nicht weitergegeben.

Es wird zudem (gegenüber der viel zu weit gefassten Gesetzesbestimmung) der Personenkreis deutlich eingeschränkt, der die Daten erhält. Diese werden nämlich nur und direkt von der behandelnden Ärztin oder dem behandelnden Arzt an die für den Wegweisungsvollzug zuständige Ärztin oder den Arzt (d.h. derzeit: OSEARA) weitergeleitet, nicht an die Behörden. Die Behörden werden nur über die vollzogene Datenweitergabe informiert.

Schliesslich enthält die Verordnung Angaben zum konkreten Vorgehen, wenn eine Anfrage um Datenherausgabe erfolgt ist. Dabei ist wichtig zu betonen, dass nach einhelliger Auffassung von FMH, SAMW und KSG zuerst und vor allem immer das Gespräch mit dem vom Wegweisungsvollzug betroffenen Patienten gesucht wird. Die Information über die bevorstehende Ausschaffung sollte allerdings nicht durch die Ärztin oder den Arzt erfolgen, sondern durch die mit der Ausschaffung beauftragten Behörden. Die Ärztin oder der Arzt ersucht dann die betroffene Person um Einwilligung zur Datenweitergabe. Die transparente Information über das Auskunftersuchen und auch über das weitere Vorgehen ist mit Blick auf das Vertrauensverhältnis zwischen Arzt und Patient von zentraler Bedeutung. Wird die Einwilligung erteilt – was oftmals zutreffen wird, wenn die Diagnose dem Wegweisungsvollzug entgegensteht –, steht das Arztgeheimnis der Datenweitergabe nicht mehr entgegen. Allerdings muss die Einwilligung freiwillig und ohne Druck erfolgen. Sie muss sich zudem auf die aktuell vorhandenen Gesundheitsdaten beziehen; deshalb ist beispielsweise eine Pauschaleinwilligung, die im Kontext des Asylgesuchs gegenüber den Behörden erteilt wird (und wie sie behandelnden Ärzten häufig vorgelegt wird), mit Blick auf die Rechtsprechung zum Arztgeheimnis unwirksam.

Wird hingegen im Kontext des Wegweisungsvollzugs die Einwilligung verweigert, stellt sich die Frage, unter welchen Umständen die Informationen den für den Vollzug verantwortlichen Ärzten dennoch mitgeteilt werden müssen. Hier konnten letzte Differenzen zwischen der am Dialog beteiligten Ärzteschaft und dem SEM nicht bereinigt werden. Die bundesrätliche Botschaft zu Art. 71b AIG scheint davon auszugehen, dass es sich um eine Durchbrechung des strafrechtlich geschützten Arztgeheimnisses handelt. Dagegen sprechen indessen verschiedene juristische Argumente.



Gemäss der neuen Verordnung müssen nur Gesundheitsdaten weitergegeben werden, die für den Wegweisungsvollzug relevant sind (Megaflopp | Dreamstime.com).

Insbesondere ist es offensichtlich, dass die erwähnte Bestimmung – im Gegensatz zu anderen Melderechten und -pflichten – das Berufsgeheimnis nicht ausdrücklich erwähnt, ja es ist nicht einmal von Ärztin oder Arzt, sondern von «medizinischer Fachperson» die Rede. Der Text ist mit anderen Worten uneindeutig. Zudem verlangt die Rechtsprechung des Bundesgerichts für Ausnahmen vom Arztgeheimnis mit Recht eine klare gesetzliche Grundlage, und angesichts der hohen Bedeutung des Arztgeheimnisses, das auch durch das Grundrecht der informationellen Selbstbestimmung erfasst wird, muss der Grundsatz der Verhältnismässigkeit gewahrt sein. Nun ist aber Art. 71b AIG sehr offen und (viel zu) weit gefasst. In den Beratungen der Kommission und des Parlaments war überdies vom Arztgeheimnis nicht die Rede, vielmehr wurde in der Kommission betont, dank des Dialogs zwischen SEM und der Ärzteschaft funktioniere der Datenfluss gut.

Empfehlungen für die Ärzteschaft

Aus diesen Gründen wird der betroffenen Ärzteschaft bei Fehlen einer Einwilligung und wenn tatsächlich Gesundheitsdaten vorhanden sind, die für den Wegweisungsvollzug von Bedeutung sind, dringend empfohlen, bei der zuständigen vorgesetzten Behörde oder Aufsichtsbehörde um Entbindung vom Arztgeheimnis nachzusuchen. Dieses Vorgehen drängt sich schon deshalb auf, weil viele Personen im Wegweisungsvollzug anwaltlich vertreten sind und daher das sehr reale Risiko einer Strafanzeige wegen Verletzung des Berufsgeheimnisses be-

Der Personenkreis, der die medizinischen Daten erhält, wird deutlich eingeschränkt.

steht. Eine entsprechende strafrechtliche Verurteilung kann – neben den direkten Sanktionen (Busse oder Haft bis drei Jahre) – auch standesrechtliche und berufsrechtliche Konsequenzen nach sich ziehen. Es versteht sich von selbst, dass dabei, wie die Verordnung es verlangt, «ohne Verzug» vorzugehen ist. In der Regel sollte eine Entbindung vom Arztgeheimnis innert maximal weniger Tage möglich sein. Sind beim angefragten Arzt gar keine relevanten Informationen vorhanden, so darf dies nach hier vertretener Auffassung auch ohne Entbindung vom Arztgeheimnis so mitgeteilt werden. Plant der Arzt, wegen fehlender Einwilligung um Entbindung vom Arztgeheimnis nachzusuchen, so ist der Patient darüber zu informieren, dass eine entsprechende Pflicht zu diesem Vorgehen besteht und daher, falls eine Entbindung erteilt wird, das Arztgeheimnis nicht mehr gewahrt werden kann. Auch dies dient der Transparenz und dem Vertrauensverhältnis zwischen Arzt und Patient.

Weitere Entwicklungen

Wie oben bereits erwähnt, wird sich in den kommenden Monaten die Arbeitsgruppe «Medizinischer Datenfluss» um die Umsetzung des Art. 15 VVWAL kümmern. Die Arbeitsgruppe erfolgt in Zusammenarbeit mit Vertretern und Vertreterinnen der FMH, der KSG, der vom SEM beauftragten OSEARA/JDMT Medical Services und Personen verschiedener kantonaler Behörden, die im Wegweisungsvollzug involviert sind.

In der Regel sollte eine Entbindung vom Arztgeheimnis innert weniger Tage möglich sein.

Es werden die bestehenden Prozesse bezüglich der aktuellen Anforderungen der VVWAL Art. 15 (Informationsfluss der medizinischen Daten zwischen dem ärztlichen Behandler und dem vom SEM beauftragten Arzt [OSEARA, JDMT Medical Services]) und in einer zweiten Gruppe Anpassungen des aktuellen ärztlichen Formulars (z.B. medizinische und psychiatrische Angaben, Medikation, Vitalwerte, Laborwerte etc.) geprüft.

Ziel ist, dass die neuen Verordnungsbestimmungen unter Einhaltung der medizin-ethischen Anforderungen umgesetzt werden können und der Informationsfluss zwischen den behandelnden Ärzten und den vom SEM beauftragten Ärzten sowie den zuständigen Behörden auf Kantons- und Bundesebene für alle Beteiligten geklärt ist und ohne Verzögerung stattfindet. Nach einer Testphase mit definierten Kantonen wird erwartet, dass 2023 die Umsetzung des Art. 15 VVWAL flächendeckend in allen Kantonen mit einem schweizweit gültigen Formular in einen einheitlichen Prozess implementiert ist.

Zusammenfassung

In Zukunft und entsprechend Art. 71b AIG und Art. 15 VVWAL sollten für alle – die am Wegweisungsvollzug beteiligten Parteien wie behandelnde Ärzteschaft, Behörde und Ärzteschaft, die im Auftrag der Behörde die Wegweisung begleiten – die jeweiligen Aufgaben klar sein.

Für die behandelnde Ärzteschaft wird klar sein, dass sie nur die medizinischen Daten, die ihr zum Zeitpunkt der Anfrage vorliegen und für die Beurteilung der Transportfähigkeit für den Vollzug der Weg- oder Ausweisung nötig sind, im schweizweit gültigen Formular eintragen muss und nach eingeholter Entbindung von der wegzuweisenden Person – direkt der vom SEM beauftragten Ärzteschaft, die die Transportfähigkeit beurteilt und die Wegweisung begleitet – weitergeben darf.

Personalien

Todesfälle / Décès / Decessi

Bruno Gruber (1932), † 25.1.2022,
Facharzt für Allgemeine Innere Medizin,
1716 Oberschrot

Claude Bachmann (1941), † 18.2.2022,
Spécialiste en pédiatrie, 4103 Bottmingen

Walter Marti (1919), † 1.4.2022,
4132 Muttenz

Hans Schlegel (1928), † 3.4.2022,
Facharzt für Arbeitsmedizin und Facharzt
für Allgemeine Innere Medizin, 6006 Luzern

Magdalena Zrenner (1947), † 3.4.2022,
Fachärztin für Radiologie, 3930 Visp

Claude Aubert (1942), † 20.5.2022,
Spécialiste en psychiatrie et psychothérapie
d'enfants et d'adolescents et Spécialiste
en psychiatrie et psychothérapie,
1227 Carouge GE

Praxiseröffnung / Nouveaux cabinets médicaux / Nuovi studi medici

VD

Eugénie Gradoux,
Spécialiste en pédiatrie et Spécialiste en
médecine intensive, FMH, Cabinet de
Pédiatrie du Centre Périnatal & Famille,
Rue Saint-Martin 2, 1003 Lausanne

Ärztegesellschaft des Kantons Bern

Ärztlicher Bezirksverein Bern Regio

Zur Aufnahme als ordentliche Mitglieder
haben sich angemeldet:

Arianna Livia Brunner-Bianchi, Fachärztin
für Allgemeine Innere Medizin, FMH,
Lüfternweg 1, 3052 Zollikofen

Jacqueline Pichler Hefti, Fachärztin für
Pneumologie, FMH, Swiss Sportclinic,
Sempachstrasse 22, 3014 Bern

Tatjana Danilovic, Praktische Ärztin,
Jupiterstrasse 15, 3015 Bern

Fabian Krause, Facharzt für Orthopädische
Chirurgie und Traumatologie des Bewe-
gungsapparates, FMH, Universitätsklinik für
Orthopädie, Inselspital, 3010 Bern

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

Aktuelle Themen auf unserer Website

www.saez.ch → Tour d'horizon



Medizin-ethische Richtlinien zum Umgang mit Sterben und Tod in der Standesordnung

Leitplanken für Behandlungen und Betreuung am Lebensende

Die am 19. Mai 2022 in die Standesordnung der FMH übernommenen
SAMW-Richtlinien «Umgang mit Sterben und Tod» bieten der heutigen
gesellschaftlichen Realität entsprechende Leitplanken zu Themen wie Selbst-
bestimmung, Leiden und Leidenslinderung bis hin zur ärztlichen Suizidhilfe.



Positionspapier für ärztliche Fachpersonen

Behandlung von Opioidabhängigkeit: Sind Urinproben legitim?

In der Schweiz wird Opioidabhängigkeit mit Medikamenten wie Methadon behandelt.
In diesem Rahmen werden häufig Urinproben durchgeführt, um festzustellen, ob die
Betroffenen andere Substanzen konsumieren. Diese Tests sind jedoch umstritten.





BAG und SAMW stellen Modell für Gesundheitliche Vorausplanung vor

Auch bei Urteilsunfähigkeit selbstbestimmt bleiben

Manya J. Hendriks^a, Sibylle Ackermann^b, Lea von Wartburg^c, Flurina Näf^d

^a Dr. sc. med., Projektverantwortliche Ressort Ethik, Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissenschaften (SAMW), Bern; ^b lic. theol., dipl. biol., Leiterin Ressort Ethik, SAMW, Bern; ^c lic. phil. I, Leiterin Sektion Nationale Gesundheitspolitik, Bundesamt für Gesundheit (BAG), Bern; ^d lic. phil. I, Leiterin Koordinationsstelle Plattform Palliative Care, Sektion Nationale Gesundheitspolitik, BAG, Bern

Die vorausschauende Auseinandersetzung mit Situationen der Urteilsunfähigkeit ist eine wichtige Voraussetzung, um ein selbstbestimmtes Leben zu ermöglichen. Eine Arbeitsgruppe unter der Leitung des Bundesamts für Gesundheit (BAG) und der Schweizerischen Akademie der Medizinischen Wissenschaften (SAMW) stellt ein Modell vor, um die Gesundheitliche Vorausplanung zu stärken.

Jede Person kann aufgrund einer Krankheit, eines Unfalls oder eines medizinischen Eingriffs in die Situation geraten, dass sie nicht mehr ansprechbar oder urteilsfähig ist, aber trotzdem Therapieentscheide mit potenziell weitreichenden Konsequenzen gefällt werden müssen. Bei der Gesundheitlichen Vorausplanung (GVP) geht es darum, für solche Situationen Handlungsanweisungen festzulegen oder gewisse Massnahmen im Vorherein auszuschliessen. GVP bedeutet also, frühzeitig Gespräche über persönliche Werte, Wünsche und Vorstellungen in Bezug auf die Behand-

lung und Betreuung bei Krankheit, Unfall oder Pflegebedürftigkeit anzuregen und für den Fall der Urteilsunfähigkeit für Drittpersonen greifbar festzuhalten. Sie trägt dazu bei, dass die Selbstbestimmung auch im Fall der Urteilsunfähigkeit gewahrt bleibt.

In seinem Bericht zum Postulat 18.3384 «Bessere Betreuung und Behandlung von Menschen am Lebensende» zeigt der Bundesrat den Handlungsbedarf auf: Patientenverfügungen, anhand derer jede Person unmissverständlich festlegen kann, welche medizinische Behandlung sie möchte oder ablehnt, sind in der Schweiz wenig

Vernehmlassung

Das Modell Gesundheitliche Vorausplanung steht bis zum 15. Juli 2022 in der öffentlichen Vernehmlassung. Interessierte Organisationen und Personen sind zur Stellungnahme eingeladen. Die Vernehmlassungsunterlagen sind verfügbar unter: samw.ch/vernehmlassung-gvp

vorhanden und häufig nicht rechtzeitig auffindbar [1, 2]. Und selbst wenn sie in der Akutsituation vorliegen, erfüllen sie in der medizinischen Praxis selten ihren Zweck [3]: Patientenverfügungen werden oft zu allgemein, zu unscharf oder zu widersprüchlich formuliert, als dass daraus konkrete Handlungen abgeleitet werden könnten. Schliesslich wird das Lebensende meist als akutes und somit unvorhersehbares Ereignis behandelt – obwohl rund 70 Prozent der Todesfälle in der Schweiz zu erwarten sind und damit frühzeitig und vorausschauend vorbereitet werden könnten [4].

Vor diesem Hintergrund hat der Bundesrat das BAG und die SAMW im Frühjahr 2021 beauftragt, eine nationale Arbeitsgruppe Gesundheitliche Vorausplanung (AG GVP) einzusetzen, die ein *möglichst* einheitliches Verfahren und praxistaugliche Instrumente erarbeiten soll. Die AG GVP besteht aus Fachpersonen der Medizin, Pflege, Palliative Care, Sozialen Arbeit, des Rechts und der Ethik. Eingebunden sind zudem Vertretungen von Betroffenenorganisationen sowie Entscheidungsträgerinnen und -träger aus den nationalen Fach- und Leistungserbringerverbänden. Das gemeinsam erarbeitete Modell zur Umsetzung der GVP steht seit Mitte Mai bis zum 15. Juli 2022 in der öffentlichen Vernehmlassung.

Die Kernelemente auf einen Blick

Beginn der Gesundheitlichen Vorausplanung

Die GVP richtet sich an alle Menschen und soll für alle unabhängig von Alter, Behinderung, Herkunft, sozio-ökonomischem Status, Diagnose und Gesundheitskompetenz zugänglich sein. Sie fokussiert nicht allein aufs Lebensende und beginnt idealerweise frühzeitig. Jede Person kann aufgrund einer Krankheit, eines Unfalls oder eines medizinischen Eingriffs unerwartet in eine Situation geraten, in der sie nicht ansprechbar bzw. urteilsfähig ist, in der aber Therapieentscheide mit zum Teil weitreichenden Konsequenzen gefällt werden müssen. Es hilft den behandelnden Fachpersonen – und insbesondere auch den Angehörigen –, wenn die persönlichen Einstellungen zum Leben, zu schwerer Er-

krankung und zum Sterben bereits thematisiert wurden und die Präferenzen schriftlich festgehalten sind. Der individuell passende Moment für die Einleitung des GVP-Prozesses ist unterschiedlich, laut Fachpersonen kann er durch Schlüssel-situationen in der Biographie oder durch Schicksalsschläge ausgelöst werden. Spätestens dann, wenn eine diagnostizierte schwere Krankheit vorliegt, eine Zustandsverschlechterung eintritt oder das nahe Lebensende wahrscheinlich ist, sollten sich alle mit der GVP beschäftigen. In diesen Fällen ist es sinnvoll, konkret und krankheitsspezifisch vorzusuplanen.

Sensibilisierung und Information

GVP ist noch wenig etabliert und erfordert eine breite, gemeinde- und bevölkerungsorientierte Sensibilisierung. Es braucht Informationskampagnen, die zielgruppenspezifisch ausgerichtet sind und auf unterschiedliche Lebensorte, -phasen und -situationen Bezug nehmen. Auch individuelle und soziokulturelle Voraussetzungen und Erfahrungen gilt es zu berücksichtigen. Gerade für Menschen ohne hohe Gesundheitskompetenz – dies betrifft rund die Hälfte der Schweizer Bevölkerung [5] – stellt es eine Herausforderung dar, sich im unübersichtlichen Feld von Angeboten, Dienstleistungen und Formularen zur GVP zurechtzufinden. Um die GVP möglichst breit zu verankern, sind niederschwellige Hilfestellungen nötig.

Gesundheitliche Vorausplanung als Prozess

Da Bedürfnisse und Wertvorstellungen sich im Lauf des Lebens verändern, ist die GVP ein je nach Lebens- und Gesundheitssituation unterschiedlich intensiver Prozess, der durch regelmässige Gespräche zwischen den vorausplanenden Personen, ihren Angehörigen und Fachpersonen begleitet wird. Die GVP ist also nicht ein einmaliges Ereignis, sondern ein kontinuierlicher Vorgang. Sie variiert zu verschiedenen Zeitpunkten in der Ausgestaltung und Konkretisierung. Das vorgeschlagene Modell unterscheidet drei Konkretisierungsmodule, wobei die Übergänge fließend sind und die einzelnen Module nicht zwingend aufeinander folgen müssen.

Unterstützung durch qualifiziertes Fachpersonal

Zur Festlegung von medizinischen Handlungsanweisungen sind Beratungen durch Fachpersonen notwendig, da aussagekräftige und nachvollziehbare Festlegungen der GVP kaum ohne professionelle Unterstützung möglich sind. Welche fachlichen Kompetenzen für die Unterstützung in welcher Konkretisierungsstufe der GVP notwendig sind, soll im Verlauf der weiteren geplanten themenspezifischen Arbeiten formuliert werden.

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



[ethics\[at\]samw.ch](mailto:ethics[at]samw.ch)

Briefe an die SÄZ

Fakt ist: Die Gesamtkosten sind angestiegen (mit Replik)

Brief zu: Gilli Y. Prämien und Kosten sind nicht das Gleiche. Schweiz Ärztztg. 2022;103(21–22):701.

Aus ganzheitlicher Sicht ist es eigentlich von sekundärer Bedeutung, ob die Gesamtkosten des Gesundheitswesens mit Kopfprämien oder einkommensabhängigen Steuergeldern bezahlt werden. Das ist ausschliesslich eine Frage der sozialen Lastenverteilung. Von primärer Bedeutung ist aber der Fakt, dass die Gesamtkosten des Gesundheitswesens innert zehn Jahren von 67 auf 93 Milliarden angestiegen sind. Und das ist nicht alles! Die aktuelle Versorgung kann nur aufrechterhalten werden dank eines enormen «Braindrains», wobei andere Länder die Ausbildungskosten der Zuwanderer bezahlen. Im Wettbewerb um gute Fachkräfte profitieren wir – noch! – vom vorteilhaften Frankenkurs. Zudem ist davon auszugehen, dass in Zukunft die Berufsverbände auf dem ausgetrockneten Arbeitsmarkt deutlich höhere Forderungen stellen werden. Angesichts dieser Perspektiven ist es verantwortungsethisch bedenklich, sich auf die Kostenverteilung zu fokussieren und die Gesamtschau auszublenden.

Wäre es für die FMH nicht an der Zeit, öffentlich auszusprechen: Ja, das Kostenwachstum im Gesundheitswesen ist eine Gefahr für unsere Gesellschaft, vorab für die nächste Generation, und ja, wir wollen konstruktiv bei Lösungen mithelfen. Vielleicht würde ein solches Bekenntnis dazu beitragen, das angespannte Verhältnis zwischen Politik und Ärzteschaft zu deblockieren.

Dr. med. Markus Bieri, Langnau im Emmental

Replik auf «Fakt ist: Die Gesamtkosten sind angestiegen»

Sehr geehrter Herr Bieri

Worin ich Ihnen völlig zustimme, ist, dass die Schweiz ihre Gesundheitsfachkräfte selbst ausbilden sollte. In diesem Sinne weist die FMH auch jährlich mit ihrer Ärztstatistik auf die Überalterung der Ärzteschaft und unsere Abhängigkeit vom Ausland hin.

Im Gegensatz zu Ihnen halte ich es aber für verantwortungsethisch sogar geboten, die Kostenverteilung und damit die soziale Lastenverteilung zu fokussieren. Die Prämienbelastung der Haushalte unterscheidet sich stark. Bei unserer letzten Analyse reichte sie von 3,9% des Bruttohaushaltseinkommens

bei den einkommensstärksten Haushalten bis zu 14,1% bei den einkommensschwächsten Haushalten [1]. Die heutige Politik wird diesen bereits heute stark belasteten Haushalten immer grössere Probleme verursachen, wenn ein immer grösserer Teil der Gesundheitsausgaben über die Kopfprämien finanziert wird. Und last but not least setzt sich die FMH bereits seit langem aktiv und konstruktiv für eine Kostendämpfung im Gesundheitswesen ein. Wir unterstützen unter anderem die mit Abstand wichtigste Reform – EFAS –, die ein sehr grosses Sparpotenzial jährlich aufweist (www.pro-efas.ch). Die Bedeutung dieser Reform erfasst aber nur, wer eben den Unterschied zwischen Kosten und Prämien versteht, denn damit wird eine Gesamtschau nicht ausgeblendet, sondern überhaupt erst möglich.

Dr. med. Yvonne Gilli, Präsidentin FMH

1 Wille N, Schlup J. Was geben Schweizer Haushalte für die Prämien aus? Schweiz Ärztztg. 2020;101(36):1057–60.

Ist das globale menschliche Kollektiv zu unwissend, um zu überleben? (mit Replik)

Brief zu: Gutmann R. «Gesundheit und Umwelt sind die Mega-Themen des 21. Jahrhunderts». Schweiz Ärztztg. 2022;103(20):691–3.

Sehr geehrte Redaktion, ja, wenn die Erde krank ist, geht es auch uns schlecht. Der Zustand der Erde verschlechtert sich. Dann wieder das Mantra der gefährdeten Lebensgrundlagen/Biodiversität, was wir etwa zum tausendsten Mal hilflos und ohnmächtig hören und lesen. Seit den «Grenzen des Wachstums» vom klugen Club of Rome hätten wir volle 50 Jahre Zeit gehabt, das ernst zu nehmen. Das Gegenteil passierte: Fortgesetztes quantitatives Wachstum um wirklich jeden Preis. In diesen 50 Jahren hat sich die Weltbevölkerung von 3,9 auf 7,8 Milliarden voll verdoppelt, obwohl es da schon chemische Antikonzeption gab. Für die hohe Transdisziplinarität gibt es durchaus gemeinsame Nenner, welche die apathisch oder aggressiv machende Mega-Komplexität etwas vereinfachen. Gut, wenn mit Planetary Health eine Lernplattform geschaffen wird. Prof. Dr. med. Nicolas Senn nimmt sich Gott sei Dank der (echten?) Nachhaltigkeitsthemen an. Ja, wir müssen uns daran gewöhnen, dass Forschende (dort, wo die Kompetenz ist) auch po-

litisch aktiv sein dürfen und sollen. Diese Notwendigkeit resultiert aus den bisher jämmerlichen Resultaten der Politiker in Umweltbelangen. Das oberheilige Wirtschafts-Primat ist durch mächtiges und massenhaftes Lobbying in der Politik felsenfest verankert, da hatte und hat die Umwelt bisher keine Chance. Dr. med. Christian Abshagen erkennt zu Recht, dass Gesundheit und Umwelt immer mehr mit den Ärzten zu tun hat, und fragt, wo das Gesundheitswesen noch nicht ökologisch ist. Mit «Sustainable Development» wird wieder die Nachhaltigkeit angesprochen, ohne Vorschlag dafür, aber ohne die es bei genauem Hinsehen gar nicht geht.

Die Ökonomie von Zeit und Geld erfordert heute zwangsweise, den Brennpunkt auf *echt* nachhaltige Massnahmen zu setzen. Man kann es wenden, wie man will, damit sind dem quantitativen Wirtschaftswachstum entgegenlaufende Brems-Massnahmen unumgänglich.

Es ist mir voll bewusst, dass der grösste Teil der Umwelt-Immissionen vom wohlhabenden Drittel der Menschheit stammt. Auch dieser ist ganz legitim, wie es jetzt die Milliarden aus den Schwellenländern gerade tun, mal zu Wohlstand aufgestiegen. Ist unser Planet dieser noch nie dagewesenen Menschenmenge dann wirklich gewachsen? Es kommen dann noch gemäss der UNO aus 121 Millionen unbeabsichtigten Schwangerschaften pro Jahr schon von den Müttern unerwünschte 80 000 000 Kinder zur Welt, was etwa gerade dem globalen jährlichen Menschenzuwachs entspricht. Was für ein skandalöses, gigantisches neues Elend wird mit diesen chancenlosen Menschen verursacht. Warum spricht niemand davon? Übersteigt das ultimative Grauen den Sprachschatz der Menschen oder wissen sie es einfach nicht?

Mit der globalen Förderung der freiwilligen Familienplanung haben wir eine apokalypsebremsende Massnahme mit beispielloser Nachhaltigkeit. Gerne fordere ich allfällige Kritiker dazu auf, eine ganzheitlichere, ursächlichere, effizientere, humanere, machbarere, friedensförderndere und echt nachhaltigere Massnahme vorzuschlagen. Das muss in den Lehrplan für die Jungen, denn sie müssen ja unser unglaubliches Versagen dereinst bitter ausbaden. Nach einigem Nachdenken wird ganz klar, dass nur die freiwillige Familienplanung allüberall jene vielen Win-win-Situationen erschafft, die ein powervolles Gegengewicht zum endlosen Klagen und Jammern über die tausenden von Symptomen der Überbevölkerung darstellen.

Dr. med. Peter Meyer, Uitikon-Waldegg

Réplique à «Ist das globale menschliche Kollektiv zu unwissend, um zu überleben?»

Nous remercions notre collègue de l'attention qu'il a portée à nos portraits. Nous nous permettons de répondre d'une seule voix. Il est évident que nous partageons avec lui la complexité des enjeux et l'interconnexion entre les problématiques environnementales et sociétales qu'il soulève. De notre expérience cependant, il nous semble qu'un discours trop négatif et global provoque surtout une sidération chez les gens (professionnels de santé compris) plutôt que de mener à des actions concrètes et constructives. Il nous semble dès lors essentiel de développer un discours plus positif porteur d'espoir (ce qui reste encore largement à construire). Parler de décroissance par exemple ne fait qu'utiliser la même échelle de valeurs que la croissance, donc est forcément négatif. Nous devons changer les échelles d'appréciation. Les co-bénéfices offrent une belle opportunité de construire des interventions nouvelles qui intègrent santé humaine et santé de la planète. Concernant la démographie et le planning familial, nous ne rentrerons pas dans ce débat si ce n'est pour mentionner deux choses qui nous semblent fondamentales. Premièrement, le planning familial a été très souvent utilisé à des fins politiques ou idéologiques de contrôle des peuples au détriment des personnes et pose par conséquent des problèmes éthiques majeurs. Deuxièmement, nous pensons que les enjeux sociaux et environnementaux sont intimement liés et ne peuvent être traités l'un sans l'autre.

Nous remercions encore une fois notre collègue pour avoir réagi à nos interventions et lui adressons nos meilleurs messages.

Nicolas Senn, chef du Département Médecine de famille à Unisanté et co-responsable de la plateforme «Durabilité et santé» de la Faculté de biologie et de médecine, Université de Lausanne; Christian Abshagen, responsable du CAS «Santé et environnement» à l'Ecole supérieure des sciences de la vie de la Haute école spécialisée du Nord-Ouest de la Suisse et responsable du domaine Durabilité à l'Hôpital universitaire de Bâle;

Melanie Dussy, étudiante en médecine à l'Université de Bâle et coordinatrice santé planétaire, Swiss Medical Students' Association (swimsa)

Le système de santé n'existe pas

Lettre concernant: Wille N, Gilli Y. Les primes augmentent plus que les coûts. Bull Med Suisses. 2022;103(21–22):702–4.

Bravo aux Dr Wille et Gilli pour cet excellent article publié dans le BMS expliquant pourquoi l'évolution des primes n'est pas le reflet de celle des coûts, tout en nous rappelant la complexité du financement du système de santé en Suisse [1]. Mais faut-il vraiment parler d'un «système de santé»? Par analogie avec la célèbre formule de l'artiste Ben «La Suisse n'existe pas», on pourrait dire que le système de santé suisse n'existe pas.

La Suisse est multiple, décentralisée, libérale et ouverte. Il y a des populations qui ont certains besoins de santé (changeants et très difficiles à mesurer), des patients qui nécessitent des soins, des professionnels de la santé qualifiés et de multiples institutions de soins à même de fournir des services (évoluant très rapidement et sur lesquels on manque d'information, notamment en termes de qualité). Il y a de multiples payeurs, privés et publics. Et il y a des autorités publiques (cantonales et fédérales) qui ont des responsabilités de financement, de surveillance et de planification [2].

Toutes ces parties constituent un écosystème sanitaire complexe et dynamique qui s'organise sur la base de demandes, de ressources et d'offres, mais ne forment pas un système de santé. Parler de système de santé donne l'impression qu'on arrive à en définir exhaustivement les frontières, les acteurs et leurs interactions, et – ce qui est le plus important – que l'on pourrait le piloter et prédire avec confiance son évolution en agissant sur tel ou tel paramètre comme le subventionnement des primes maladies ou le nombre de médecins installés [3].

Toutefois, si on n'améliore pas nos systèmes de surveillance et de monitoring, le pilotage, même partiel, de cet écosystème restera difficile et l'effet de toute intervention impossible à mesurer. D'ici là, restons modestes dans nos prétentions à influencer positivement cette mécanique.

Prof. Arnaud Chiolero, Laboratoire de santé des populations (#PopHealthLab), Université de Fribourg

Références

- 1 Wille N, Gilli Y. Les primes augmentent plus que les coûts. Bull Med Suisses. 2022;103(21–22):702–4.
- 2 De Pietro C, Camenzind P, Sturmy I, Crivelli L, Edwards-Garavoglia S, Spranger A, Wittenbecher F, Quentin W. Switzerland: Health System Review. Health Syst Transit. 2015;17(4):1–288.
- 3 Fuino M, Trein P, Wagner J. How does regulating doctors' admissions affect health expenditures? Evidence from Switzerland. BMC Health Serv Res. 2022;22(1):495.

Covid-19 – Emotionen und intellektuelle Redlichkeit

Die Covid-19-Pandemie hat erneut gezeigt, dass Angst und Respekt zwei verschiedene Dinge sind. Respekt macht es möglich, Verantwortung zu tragen, was man letztlich nur aus freien Stücken tun kann. Die Angst hingegen lässt der Freiheit keinen Raum. Sie hat etwas Drängendes, Zwingendes, Alternativloses und sie bedroht die Struktur der Vernunft. Wenn die Vernunft nicht obsiegt oder wir uns nicht beruhigen können, dann bricht unerschwellig Panik aus, welcher wir mit Zwangshandlungen begegnen. Zwangshandlungen dienen der Abwehr von Angst und müssen, wenn dies gelingt, nicht belastend sein. Die Vernunft hat da allerdings keine Chance.

In der Pandemie spürte man den Kampf zwischen Respekt und Angst, zwischen Vernunft und Emotionen. Die Verantwortung hätte einen präzisen und grösstmöglichen Schutz für die schon bald erkennbare Risikopopulation geboten. Das wäre wohl möglich gewesen, wurde aber nicht einmal versucht. Denn angesichts der Bilder des verummten Erstickens überflutete eine Welle der Angst nicht nur die breite Bevölkerung, sondern wahrscheinlich auch die Politik und führte zu einem Flächenfeuer von Massnahmen, in das stets neue Prognosen und Szenarien bliesen, sodass sie oft genug den Charakter des «ut aliquid fiat» und trotz dezidiert Rationalisierung Züge von Zwangshandlungen hatten. Das störte die meisten Leute nicht, weil sie beruhigten. Kritische Vernunft hatte da einen schweren Stand. Dem wissenschaftlich gebotenen Zweifel stand eine Moral entgegen, die ihre Autorität aus den Emotionen schöpfte. Der Andersdenkende wurde der Verantwortungslosigkeit bezichtigt, bedenklicher Weise auch von Experten, die unter dem Eindruck ihres grossen Einflusses standen.

Was fast alle zu haben verneinten, weil sie im Gewand der Vernunft daherkam, blieb: Die Angst. Zusammen mit der Atemnot ist sie ein teuflisches Gespann. Wir wissen nicht, wie mancher Spitaleintritt, ja wie mancher schwere Verlauf dem emotionalen Pandemie-Management anzulasten sind. Die intellektuelle Redlichkeit würde es gebieten, kritisch über die Medizin nachzudenken, die in dieser Krise die Politik beschleunigte und umgekehrt, und dabei einige ihrer wichtigsten Prinzipien vergass: Der Angst mit Zuversicht und Hoffnung und mit tapferer Vernunft zu begegnen, Massnahmen dieser Grössenordnung auf ihre harte Evidenz hin zu befragen und stets redlich zu seinem Unwissen zu stehen. Auf Dauer entsteht so mehr Vertrauen. Bleibt zu hoffen, dass in der SÄZ die gebotene Kontroverse möglich sein wird.

Dr. med. Thomas Schweizer, Bern

Mitteilungen

Facharztprüfungen

Facharztprüfung zur Erlangung des Facharztstitels Arbeitsmedizin

Datum: Mittwoch, 25. Januar 2023

Ort: Bern

Anmeldefrist: 25. November 2022

Weitere Informationen finden Sie auf der Website des SIWF unter www.siwf.ch → Weiterbildung → Facharzttitel und Schwerpunkte → Arbeitsmedizin

Facharztprüfung zur Erlangung des Facharztstitels für Kinderchirurgie

Datum: Donnerstag und Freitag, 8./9. Dezember 2022

Ort: Universitäts-Kinderspital beider Basel

Anmeldefrist: 15. Juli 2022

Weitere Informationen finden Sie auf der Website des SIWF unter www.siwf.ch → Weiterbildung → Facharzttitel und Schwerpunkte → Kinderchirurgie

Wir veröffentlichen Ihre Inhalte

Die Schweizerische Ärztezeitung veröffentlicht die Anliegen von Organisationen der Ärzteschaft und weiteren Organisationen. Denn hier erreichen Sie Ihre Zielgruppe.

Mögliche Themen:

- Ärztliche Berufspolitik und Gesundheitspolitik.
- Fragen des Public Health.
- Ökonomische, juristische, ethische, kulturelle oder andere Themen, die Ärztinnen und Ärzte betreffen.

Unsere Redaktion prüft gern jeden Beitrag, der noch nicht in anderen Medien veröffentlicht wurde.



Weitere Informationen
finden Sie unter
saez.ch → Autorenrichtlinien



Seminare / Séminaires / Seminari

Praxiseröffnung/-übernahme

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

Themen

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

Daten

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 steuerrechtlichen und vorsorgeplanerischen Gründen).

Themen

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

Daten

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

Praxiscomputer-Workshop

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

Themen

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

Daten

K14	Donnerstag, 30. Juni 2022 13.15–17.45 Uhr	Bern Stadion Wankdorf
K15	Donnerstag, 17. November 2022 13.15–17.45 Uhr	Olten Stadttheater Olten

Röntgen in der Arztpraxis

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

Themen

- **Rentabilität Röntgen** in der Arztpraxis
- **Evaluation und Beschaffung** neuer oder gebrauchter Anlagen
- Möglichkeiten der **Umrüstung** von analogen zu digitalen Anlagen
- Vor- und Nachteile analoger und digitaler Systeme
- **Komplette Marktübersicht** mit Preisen und Leistungskomponenten
- BAG-Vorschriften ab 1.1.2018
- Nötige Ausbildungen für das Betreiben einer Röntgenanlage in der Arztpraxis
- Fortbildungspflichten

Datum

K16	Donnerstag, 25. August 2022 9.30–16.00 Uhr	Niederscherli digitalXray AG
------------	--	---------------------------------

Ouverture et reprise d'un cabinet médical

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

Contenu

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

Dates

K22	Jeudi 1 ^{er} septembre 2022 9h–17h15	Lausanne Hôtel Alpha-Palmiers
K23	Jeudi 3 novembre 2022 9h–17h15	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 fiscale lors d'une remise/cessation, impôt sur les bénéfices et gains immobiliers, détermination de la date optimale pour la remise/cessation)

Date

K25	Jeudi 10 novembre 2022 13h30–18h30	Genève Crowne Plaza
------------	--	------------------------

Apertura e rilevamento di uno studio medico

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

Contenuto

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

Data

K51	Mercoledì 12 ottobre 2022 dalle 16.00 alle 18.00	Chiasso FMH Services (Consulting)
------------	--	---

Anmeldung/
Inscription/
Registrazione

www.fmhservices.ch





Haben Sie mich richtig verstanden?

Julia Rippstein

Redaktorin der *Schweizerischen Ärztezeitung*

Damit sich ärztliche Fachpersonen und ihre Patientinnen und Patienten wirklich gut verstehen, braucht es manchmal Übersetzungskunst. Allerdings birgt ein Triolog allerlei Tücken. Was die Ärzteschaft von Dolmetschenden erwarten sollte und wie Missverständnisse vermieden werden können.

Ärztliche Konsultationen in Anwesenheit einer Dolmetscherin oder eines Dolmetschers sind eine heikle Sache. Zu diesem Ergebnis kommt eine aktuelle Studie der Zürcher Hochschule für Angewandte Wissenschaften (ZHAW) [1]. «Ärztliche Fachpersonen und Pflegekräfte weisen häufig auf Kommunikationsprobleme mit Patientinnen und Patienten hin. Die Kommunikation wird zusätzlich erschwert, wenn für die Verständigung Dolmetschende benötigt werden», erklärt Gertrud Hofer, ehemalige Professorin am Institut für Übersetzen und Dolmetschen der ZHAW und Autorin der Studie. Sie analysierte rund zwanzig Gesprächsauszüge aus Konsultationen mit Albanisch beziehungsweise Türkisch sprechenden Personen, die an den Universitätsspitalern Basel, Zürich und Bern auf Video festgehalten wurden.

Im Jahr 2020 wurden im Gesundheitswesen 160 274 Einsätze von Dolmetschenden verzeichnet [2]. Das entspricht 439 Konsultationen pro Tag. Dolmetschende sind für eine adäquate medizinische Betreuung fremdsprachiger Personen unerlässlich. Eine gute Arzt-Patienten-Verständigung bildet die Voraussetzung für korrekte Diagnosestellungen und adäquate Behandlungsempfehlungen; laut unterschiedlichen Studien werden 80% der Diagnosen auf Grundlage der Anamnese gestellt. Dolmetschende sorgen somit dafür, dass die medizinische Versorgung bestimmten Qualitäts- und Sicherheitsansprüchen genügt – angesichts des Zustroms von Flüchtlingen aus der Ukraine ein höchst aktuelles Thema.

Die Studie beleuchtet erhebliche Verständigungsprobleme im Dialog. So sprechen Dolmetschende etwa von Adern statt von Gefässen oder vom Magen statt von der Gebärmutter. Es kommt auch vor, dass sie den Patientinnen und Patienten nahelegen, etwas zu verschweigen, zum Beispiel Lähmungserscheinungen, oder sie sprechen von kleinen Problemen statt von starken Schmerzen. Weiter verlieren Gefühlsäusserungen oft ihre Tonalität, so dass das ärztli-

Dolmetschende sind für eine adäquate medizinische Betreuung fremdsprachiger Personen unerlässlich.

che Fachpersonal nicht darauf eingehen kann. Das falle im spontanen Gespräch nicht weiter auf, erklärt Gertrud Hofer, da die Ärztin resp. der Arzt die Sprache der Patientin oder des Patienten nicht versteht.

Laut Gertrud Hofer lässt sich ein solches Eingreifen in die Äusserungen von Patientinnen und Patienten damit erklären, dass Dolmetschende sich als Vermittelnde sehen und ein Rollenverständnis haben, das sie legitimiert, Sachverhalte auszulassen oder eigene Gedanken

einzufügen. Dazu kommt, dass sie oft nicht genügend ausgebildet sind. Sie haben zwar die Möglichkeit, Weiterbildungskurse zu belegen, aber eine spezifische Ausbildung an einer Hochschule haben die wenigsten.

Auf wirre Aussagen hinweisen

Wie sieht es in der Praxis aus? Feyrouz Ounaies verfügt über das Zertifikat für interkulturell Dolmetschende und 30 Jahre Erfahrung. Sie weiss um die Wichtigkeit einer getreuen Wiedergabe: «Ich bemühe mich, so zu übersetzen, wie die Patientin oder der Patient sich ausdrückt, auch wenn das Gesagte wirr klingt. Wenn ich Sätze ändere, dann nur, wenn ich die betroffene Person sehr gut kenne und mir sicher bin zu wissen, was sie meint.» Und genau hier können Probleme entstehen. Melissa Dominicé Dao, leitende Ärztin der Abteilung für Allgemeine Medizin des Universitätsspitals Genf (HUG) und Spezialistin für Arzt-Patienten-Kommunikation, betont: «Ich erwarte von einem Dolmetscher, dass er mir sagt, wenn der Patient sich seltsam ausdrückt. Es kam schon vor, dass ich völlig ins Schwimmen gekommen bin, weil der oder die Dolmetschende sich bemühte, den konfuse Äusserungen des Patienten einen Sinn zu geben.» Denn es stehe viel auf dem Spiel, so Sophie Durieux, zuständige Ärztin für das Programme Santé Migrants am HUG: «Eine wirre Sprache kann ein entscheidender anamnestischer Faktor sein. Aufgeblähte Sätze können Fehldiagnosen begünstigen.»

Fachchinesisch vermeiden

Während Dolmetschende das Gesagte möglichst treu übersetzen müssen, spielt das ärztliche Personal eine ebenso wichtige Rolle, um Verständnisprobleme zu vermeiden, beispielsweise durch ein passendes Vokabular: «Wir müssen uns bewusst sein, dass Dolmetschende keine Gesundheitsfachleute sind. Daher sollte man Fachjargon vermeiden und komplizierte Begriffe erläutern. Das müssen wir auch bei nicht fremdsprachigen Patientinnen und Patienten beachten», so Sophie Durieux, in deren Abteilung etwa 80% der Konsultationen in Anwesenheit von Dolmetschenden stattfinden. Ein weiterer wichtiger Punkt: Es sollte in kurzen, vollständigen Sätzen gesprochen werden. Laut der ZHAW-Studie neigen Ärztinnen und Ärzte zu elliptischen Auslassungen und unvollständigen Sätzen. Allerdings arbeiten nicht alle Ärztinnen und Ärzte regelmässig mit Dolmetschdiensten zusammen und haben daher möglicherweise falsche Erwartungen, was dazu führt, dass die gesamte Verantwortung für das Gespräch den Dolmetschenden aufgebürdet wird. Ein Fehler, nach Meinung von Melissa Dominicé Dao: «Der Arzt muss die

Tipps für das Gespräch mit Dolmetschenden

Vor dem Gespräch:

- Die dolmetschende Person über den Grund der Konsultation und über die Patientin oder den Patienten informieren.
- Die dolmetschende Person darauf hinweisen, dass sie bei Unklarheiten intervenieren soll, wenn die Patientin oder der Patient verwirrt ist oder wenn ihr etwas Spezielles auffällt. Dasselbe gilt, wenn die Ärztin oder der Arzt zu schnell spricht oder einen Satz nicht beendet.
- Der Patientin oder dem Patienten mitteilen, dass alles übersetzt wird und die Konsultation vertraulich ist.

Während des Gesprächs:

- Langsam sprechen, kurze Sätze bevorzugen und Pausen einlegen.
- Ganze Sätze formulieren, Ellipsen vermeiden.
- Auf Fachjargon verzichten, komplexe Fachbegriffe erläutern.
- Blick auf die Patientin oder den Patienten richten und auf Gesichtsausdruck und Gestik achten.
- Sich so setzen, dass man sowohl die Patientin oder den Patienten als auch die dolmetschende Person im Blickfeld hat.
- Der dolmetschenden Person mit einem leichten Kopfnicken signalisieren, dass sie an der Reihe ist.

Nach dem Gespräch:

- Sich vergewissern, dass die Patientin oder der Patient das Gesagte verstanden hat. Zum Beispiel nachfragen, ob noch etwas unklar ist, und sie oder ihn bitten zu wiederholen, welche Behandlung sie erhält.
- Nachbesprechung mit der dolmetschenden Person: Hat sie sich wohl gefühlt? Ist ihr etwas Ungewöhnliches an der Patientin oder dem Patienten aufgefallen? Gibt es kulturelle Besonderheiten, die man kennen sollte?

Ausbildung von Sprach- und Kulturmittelnden

Die 1999 gegründete schweizerische Interessengemeinschaft für interkulturelles Dolmetschen und Vermitteln INTERPRET nimmt im Auftrag des Bundes Aufgaben im Zusammenhang mit der Befähigung und Qualitätssicherung wahr. Sie hat ein Ausbildungs- und Qualifikationssystem mit zwei Qualifizierungsebenen geschaffen: dem Zertifikat und dem eidgenössischen Fachausweis, der die Vertiefung von drei Modulen (Psychotherapie, Telefondolmetschen und Gerichtsdolmetschen) ermöglicht. Seit 2005 haben 1500 Dolmetschende das Zertifikat und 150 den eidgenössischen Fachausweis erworben. Das System wird momentan komplett überarbeitet, so Geschäftsleiterin Lena Emch-Fassnacht. Die Umstrukturierung soll es den Dolmetschenden gestatten, sich gezielter auf einen bestimmten Bereich (Asyl und Justiz, Soziales und Bildung, Gesundheit) zu spezialisieren. Dass nicht alle Spitäler über eine geregelte Zusammenarbeit mit einem Dolmetschendienst verfügen, liegt oft an der Finanzierung. «Wir wollen mit den Tarifpartnern eine entsprechende Lösung erarbeiten, damit die Kostenübernahme für Dolmetschleistungen geregelt wird», erklärt Lena Emch-Fassnacht. Sie hofft, dass die Ukraine Krise diesen Prozess beschleunigt.

greifen, wenn das Gespräch an ihm vorbeigeführt wird oder Informationen nur unvollständig zu ihm durchdringen. Es ist seine Konsultation; er behandelt den Patienten.» Eingreifen sollte die Ärztin resp. der Arzt auch, wenn die Patientin oder der Patient das Gesicht verzieht oder etwas mehrmals wiederholt.

In der Studie wird deutlich, dass die medizinischen Fachleute zu kommunikativen Fehlschlägen beitragen, weil sie die Komplexität des Dolmetschens unterschätzen. «Ärztinnen und Ärzte schenken den Dolmetschenden mehr Vertrauen als den Patientinnen und Patienten und sprechen mit den Dolmetschenden *über* letztere statt *mit* ihnen», erläutert die Linguistin.

Bedeutung von Gestik und Blick

Für den korrekten Ablauf des Trialogs ist die Metakommunikation von zentraler Bedeutung und muss von der ärztlichen Fachperson durch ihre Blickführung und eine adäquate Körperhaltung orchestriert werden. Sie sollte sowohl die Patientin oder den Patienten als auch die dolmetschende Person im Blickfeld behalten, den Blick auf das Gegenüber richten und wechselweise das Wort erteilen. Auf diese Weise gestaltet sich das Gespräch flüssiger. Mit den telefonischen Konsultationen während der Pandemie ging diese Metakommunikation verloren. «Ohne visuelle Orientierung haben wir uns ständig unterbrochen», so die Allgemeinmedizinerin vom HUG.

Ein gewisser Kontrollverlust ist jedoch wegen der Mündlichkeit und der inhärenten Spontaneität von

Gesprächen unvermeidlich. In der Regel sind die Ärztinnen und Ärzte sich dessen bewusst. Die professionelle Dolmetscherin Feyrouz Ounaies erklärt: «Alles Wort für Wort zu übersetzen ist unmöglich. Die Sprache ist Ausdruck einer ganzen Kultur.» Es gebe jedoch Strategien, um diesen Kontrollverlust auszugleichen, betont Sophie Durieux. So bittet sie die Patientinnen und Patienten beispielsweise zu wiederholen, welche Behandlung sie bekommen.

Sensibilisieren für den Trialog

Für Feyrouz Ounaies verläuft ein Gespräch dann optimal, wenn die Ärztin oder der Arzt der dolmetschenden Person auf Augenhöhe begegnet. «Im Idealfall ist die ärztliche Fachperson bereit zu einem kurzen Austausch im Vorfeld der Konsultation, damit wir vorab auf dem gleichen Informationsstand sind. Nach der Konsultation ist es wichtig, zu besprechen, ob während des Gesprächs etwas Besonderes passiert ist, und uns über kulturelle Besonderheiten auszutauschen. Das schafft eine Atmosphäre von gegenseitigem Vertrauen und Respekt.» Sie erläutert vor der Konsultation ihrem ärztlichen Gegenüber ihre Arbeitsweise – dass die Sprechsequenzen vorzugsweise kurz sein sollten und eine Dreiecksanordnung wünschenswert ist.

Laut Melissa Dominicé Dao ist es von entscheidender Bedeutung, dass angehende Medizinerinnen und Mediziner bereits in der Ausbildung für die Arbeit mit Dolmetschenden sensibilisiert werden. In Genf ist ein entsprechender Kurs obligatorischer Teil des Medizinstudiums. In der Abteilung für Allgemeine Medizin müssen Ärztinnen und Ärzte in der praktischen Ausbildung mindestens eine Stunde pro Jahr diesem Thema widmen. Die Ärzteschaft muss die wichtige Rolle der Dolmetschenden als Neutralitätsgaranten verstehen. Sophie Durieux betont: «Bei Personen, die eine traumatische Erfahrung gemacht haben, müssen professionelle Dolmetschende beigezogen werden, die dem Berufsgeheimnis unterliegen.» Es ist nicht empfehlenswert, verlegenheitshalber Angehörige als Sprachmittler heranzuziehen. Am HUG wurde ein Leitbild bezüglich der Anforderungen im Umgang mit Dolmetschenden ausgearbeitet, das die medizinischen Fachpersonen kennen müssen [3].

Auf der einen Seite gebe es viele Erwartungen an die Dolmetschenden, auf der anderen Seite fehle es an einer national koordinierten Ausbildungsfinanzierung, fasst Lena Emch-Fassnacht, Geschäftsleiterin von INTERPRET, zusammen. Angesichts der derzeitigen starken Nachfrage nach Dolmetschenden für die ukrainische Sprache wächst jedoch die Sensibilität für dieses Thema.

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



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

La météo prédit le risque de congestion des hôpitaux

Une équipe soutenue par le Fonds national suisse a développé un modèle mathématique qui prédit le risque de congestion hospitalière lié à la grippe en fonction de la météo, publié dans *Journal of the Royal Statistical Society*. Elle a confronté des données météorologiques et les cas de grippe enregistrés chaque jour durant trois ans au CHUV. Les valeurs extrêmes ont été prises en compte, car elles peuvent indiquer un risque de congestion pour les hôpitaux, valeurs utiles à la planification des ressources. Concrètement, le modèle, qui prédit le risque de congestion trois jours plus tard (temps d'incubation), indique le nombre de cas positifs qui pourrait être dépassé avec une probabilité de 1, 5 ou 10%. Il donne aussi la valeur maximale du nombre de cas positifs susceptible d'être observée à 10 ou 30 jours. Une évolution à la hausse signale que l'épidémie va vers un pic. Le modèle est applicable aux autres virus saisonniers, notamment aux coronavirus et au virus respiratoire syncytial.



(Fonds national suisse)

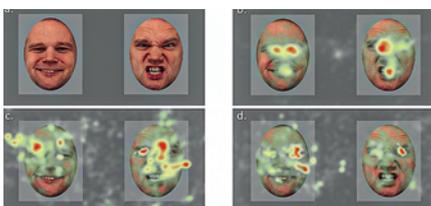
(© Alexander Schimmeck/Unsplash)

Mieux cerner les compétences des personnes polyhandicapées

L'oculométrie, qui mesure en temps réel les mouvements oculaires, permet de repérer les compétences socio-émotionnelles et perceptives des personnes polyhandicapées. Parue dans *Plos One*, cette étude genevoise ouvre la voie à une prise en charge personnalisée.

Plusieurs paires d'images et scènes ont été soumises à neuf enfants et adolescents avec un polyhandicap. A ensuite été comparé le temps passé par les regards de chaque participant sur chacune des images. Parmi les compétences individuelles insoupçonnées mises en évidence, il y a la capacité à s'orienter de préférence vers des stimuli humains et socialement saillants ou la capacité à diriger son attention vers l'objet qu'une autre personne est en train de regarder.

(Université de Genève)



Paires d'images soumises aux participants (© Thalia Cavadini/UNIGE).

Dem Tumor das Futter wegnehmen

Wieso bildet der Lymphknoten eine ideale Umgebung für Metastasen? Diese Frage hat sich Dr. Angela Riedel vom Uniklinikum Würzburg gestellt. Krebszellen sind hungrig und benötigen vor allem Glukose und Glutamin, um sich zu teilen und zu wachsen. Bei der Verstoffwechslung des Zuckers, der Glykolyse, fällt Milchsäure an.

Riedel hat herausgefunden, dass die Milchsäure die Immunabwehr des tumor-drainierenden Lymphknotens blockiert, indem sie die Fibroblasten verändert. Diese Stromalen Zellen geben dem Lymphknoten Struktur und stellen den Kontakt zwischen den dendritischen Zellen und den abwehrkräftigen T-Zellen her.

In ersten Versuchen waren die negativen Effekte der Milchsäure nicht mehr nachweisbar, nachdem diese mit Natriumcarbonat neutralisiert wurde. Nun müssen breitere Analysen mit humanen Proben gemacht werden. Mit ihren Untersuchungen unterstreicht Riedel einmal mehr die Bedeutung von Ernährung auf unsere Gesundheit: Ein Übermass an Zucker und Fett fördert Brustkrebs und die Metastasierung.

(Universitätsklinikum Würzburg)

Zecken mögen's warm

Zecken fühlen sich in der Schweiz immer wohler. Der für sie geeignete Lebensraum hat sich zwischen 2009 und 2018 um fast zwei Drittel vergrößert, das zeigt eine Studie aus der Westschweiz. Die veränderten klimatischen Bedingungen könnten ein Grund hierfür sein, denn besonders in Lagen zwischen 500 und 1000 Metern über Meer gefällt es den Zecken immer besser. Diese Entwicklung wirkt sich auf die Zahl der Zeckenstiche aus: Zwischen 2012 und 2016 kam es durchschnittlich zu 10 000 Zeckenstichen pro Jahr. Erste Schätzungen zeigen, dass es in der Folgeperiode zwischen 2017 und 2021 bereits rund 14 000 Fälle pro Jahr waren, das entspricht einer Zunahme von 40%. Auch das Wetter beeinflusst die Zahl der Zeckenstiche: Steigen die Temperaturen schon ab März, erwachen die Zecken früher aus der Winterstarre.

(Suva)



(© Dariusz Majgier | Dreamstime.com)

Die unerträgliche Leichtigkeit des Seins als Hausarzt

Cesar Winnicki

Dr. med., Hausarzt mit eigener Praxis

Unser Autor hat seine eigene Praxis gegründet. Nie hätte er gedacht, dass er damit einen bürokratischen Hürdenlauf beginnen würde, der ihn an Milan Kunderas Roman *Die unerträgliche Leichtigkeit des Seins* erinnert. Die Lektüre hat ihn gelehrt, die Herausforderungen des Lebens mit Humor zu nehmen. Und er begann selbst zu schreiben. Seinen Bericht widmet er Gesundheitsminister Alain Berset.

Nach 25 Jahren «Karriere» in diversen Spitälern habe ich mich vor sieben Jahren zur Selbständigkeit entschlossen. Nach der Zeit starrer Hierarchien, der Anonymität der Patienten und kantonaler Zuschüsse bei unbekanntem ökonomischen Abläufen verspürte ich das Verlangen nach eigenem Unternehmen. Da wir in der Zentralschweiz zu Hause sind, kamen einige nahe Kantone als Sitz der Praxis in Frage. Aus vielfältigen Angeboten wählten wir den Kanton Zug – einen libera-

len, aufgeschlossenen Kanton, fest in der bürgerlichen Hand. «Ihr werdet es als Unternehmen dort einfach haben», meinten unsere Bekannten. «Nur wegen der Heilmittelkontrolle müsst ihr aufpassen», warnten Kollegen.

Und tatsächlich: Mit den Formalitäten ging es schnell und unbürokratisch. Für die Heilmittelkontrolle erstellten wir ein «Werk» Qualitätssicherungssystem der Praxisapothek (QSS) im Umfang von 45 Seiten. Dieses wurde nach einigen Anpassungen offiziell genehmigt. Wir waren erleichtert!

Abenteuer EDV – geläuterter (L-)User

Unser Vorgänger arbeitete mit Papierakten und warnte uns vehement vor dem Wechsel auf die elektronische Akte. Wir wollten mit dem Zeitgeist mithalten und beschlossen, ein vernetztes, papierloses IT System aufzubauen. Unser Entschluss fiel auf eine etablierte, moderne Praxissoftware. Wir gaben alle unsere Wünsche, Parameter, Voraussetzungen bekannt, entwickelten ein «Pflichtenheft» und unterzeichneten einen detaillierten Vertrag.

Als Projekt-Manager wurde uns ein junger, netter IT-Spezialist zugeteilt. Er sei genügend erfahren, um unsere Installationen erfolgreich durchzuführen. Bei der Arbeit sagte er ständig *easy*: Wir haben alles im Griff. Tatsächlich konnten wir mit unseren schmucken Computern und dem bunten Praxisprogramm termingerecht starten. Leider währte unsere Freude nicht lange. Am dritten Tag brach das gesamte System zusammen, nichts ging mehr! Unser grauhaariger Vorgänger meinte: «Ich habe euch gewarnt, es wird nur teurer, aber nicht besser.» Gott sei Dank, erkannte unser Software-Hersteller den Ernst der Stunde und schickte uns



zwei weitere Senior Experts zur Hilfe. Summa summarum mussten wir unseren Patienten «nur» einen Tag absagen. In den nächsten Tagen mühte sich der junge Spezialist viele Stunden ab, um die aufgedeckten Probleme auszumerzen. Diese seien meistens «easy zu beheben». Tatsächlich, in zwei von drei Fällen gelang es ihm, die Lösung zu finden. Das dritte Problem blieb in der Regel hartnäckig bestehen, dazu kreierte er zwei weitere easy Probleme. Diese schaffte unser Spezialist leider nicht zu beheben, so dass wir gezwungen waren, ihn abzuschaffen.

«Schnittstellen» und besondere Wünsche

Nach bald zwei Monaten konnten wir uns auf unser IT-System meistens verlassen. Nun erreichte uns die Rechnung dafür, diese überstieg die veranschlagten Kosten um 30%, somit kostete unser IT-System einen tiefen 6-stelligen Betrag. Aus den zähen Verhandlungen mit der IT-Firma blieben mir einige Stichworte in Erinnerung. «Komplexität»: Unser System für vier Ärzte sei «unheimlich» komplex, daher die hohen Kosten. Der miserable Ausgang unseres Projekts liege an den «Schnittstellen»: Unser Software-Anbieter könne doch nicht für andere Produkte wie Drucker, Laborgeräte, EKG garantieren. Die Anbindung an diese «fremden» Produkte sei unberechenbar und stelle für jede IT-Firma eine grosse Herausforderung dar. Grundsätzlich hatten wir «zu viele und zu komplizierte Wünsche», wurde ich belehrt.

Heilmittelkontrolle schlägt zu

Ich war echt verduzt, als ich drei Monate nach dem Start einen eingeschriebenen Brief von dem berühmten Heilmittelsinspektor in der Hand hielt. Der Einkauf der Medikamente für unsere selbständigen Praxispartner sei falsch organisiert worden. Wir als Praxis AG betreiben «einen Grosshandel mit Heilmitteln», dies sei gesetzwidrig, strafbar und werde ab nächstem Monat von der Behörde nicht mehr geduldet. Die Schliessung der Praxis drohe uns im Falle der Renitenz.

Ich studierte erneut unser QSS – wir machten alles wie offiziell genehmigt. Ich ersuchte um ein direktes Treffen mit dem doktorierten Inspektor. Der Heilmittelsinspektor empfing uns (mit unseren IT-Experten und dem Treuhänder) in seinem Amt. Er teilte uns mit, dass er vor kurzem unser QSS genauer gelesen hatte und auf die Problematik Bestellung der Medikamente gestossen war. Jeder Praxispartner müsse individuell bestellen, möglicherweise brauche es getrennte Apotheken! Auf meine Frage hin, wie wir diesen unvorhergesehe-

nen Prozess bewerkstelligen sollen, meinte er, dass es im Kanton Zug genug Consulting-Firmen gäbe. Uns blieben bis zur Deadline vier Tage inklusive Wochenende! Für mich persönlich war dieses Wochenende das heisseste in meiner gesamten beruflichen Karriere. Glücklicherweise gelang es uns, «unsere kriminelle Tätigkeit» in einer Nacht-und-Nebel-Aktion zu stoppen. Die Existenz unserer Praxis war vorerst gerettet! Der berühmte Inspektor wurde übrigens vor kurzem unter ominösen Umständen vom Regierungsrat fristlos entlassen [1].

Nur «ein Häkchen»

Wir bieten den Kunden in unserer Praxis einige private Leistungen an. Diese VVG-Leistungen werden getrennt abgerechnet und die Rechnung direkt an den Patienten gestellt. Diesen «komplexen» Prozess kommunizierten wir rechtzeitig an unseren IT-Partner, und offenbar wurde er mit entsprechender «Schnittstelle»

Glücklicherweise gelang es uns, «unsere kriminelle Tätigkeit» in einer Nacht-und-Nebel-Aktion zu stoppen.

(an MediData) installiert. Wider Erwarten flossen selbst nach drei Monaten keine entsprechenden Zahlungen für die VVG-Leistungen ein. Wir prüften alle Einstellungen, strafften die Fakturierung, kontaktierten MediData – nirgendwo war eine Störung zu finden. Erst als sich mehrere Patienten beklagten, dass sie statt einer Rechnung direkt Mahnung erhalten, wurde es klar, dass wir einen Wurm im System haben. In der Tat wurde nur «ein Häkchen» bei der Programmierung von dem IT-Mann falsch gesetzt. In der Folge, obwohl keine Rechnungen verschickt wurden, bestätigte das System den Versand. Wie dem auch sei, es handelte sich «höchstens um eine von uns nicht ausreichend getestete Individual-Konfiguration». Uns, den Ärztinnen und Ärzten, obliege die Pflicht der Tests und der Abnahme der Software, so der CEO des IT-Unternehmens. Der riesige Aufwand und der Imageschaden gehören offenbar zum lockeren Dasein des Hausarztes.

Arztpraxis ohne Ärzte

Da ich immer mehr graue Haare bekomme, versuchen wir konsequent, unser Ärzteteam zu erweitern. Dies scheint im aktuellen medizinischen Umfeld schwierig bis unmöglich. Eine erfahrene, deutsche Internistin mit Akupunktur-Ausbildung, seit fünf Jahren im Kanton Zürich tätig, passt perfekt zu uns. Für unsere Zuger Behörde aber ein klarer Fall: Absage, da Zulassungs-

beschränkung. Ein weiterer Schmerztherapeut aus Luzern: ebenfalls keine Zulassung möglich. Dann eine deutsche Neurologin, seit einer Ewigkeit in Zürich, inklusive mehrerer Jahre als Oberärztin in Balgrist, scheint uns eine «zulassungsfähige» Kandidatin. Zwei Wochen vor ihrem geplanten Beginn kommt die Absage. Diese Dame arbeitete zwar genug lange in «einer FMH-anerkannten Ausbildungsstätte», aber erlaubte sich dabei, schwanger zu werden, was die anerkannte Zeit automatisch verkürzte. Es fehlten zwei (!) Monate – das behördliche Urteil: untauglich! So bleiben wir in der Praxis immer weniger und werden immer älter. Wohin führt das wohl?

Sasis AG – kein Tausendsassa

Doch wir haben Glück: Ein Kollege mit Zulassung für unseren Kanton möchte bei uns in Teilzeit einsteigen, und zwar sofort. Hurra, die erste, wichtigste kantonale Hürde mit unzähligen Formalitäten ist bereits überwunden: Berufsausübungsbewilligung (BAB) liegt vor. Bleibt nur noch kleine Formalität: eine ZSR für den Angestellten, dass er offiziell abrechnen darf. Wir reichen ein entsprechendes Gesuch bei der Sasis AG ein, selbstverständlich mit einer Reihe an Unterlagen, die bereits vom Kanton und anderen Instanzen kontrolliert wurden. Macht nichts, Ordnung muss sein! Jede Behörde führt ein eigenes Register, prüft die Papiere auf Herz und Niere – ist halt das Gesundheitswesen! Der Kollege drängt auf einen baldigen Start, alles ist sorgfältig organisiert. Nach zwei Wochen fragen wir per E-Mail bei Sasis an – keine Antwort. Wir probieren es telefonisch – vergebens! Auf der Website finden wir die Erklärung: *Aufgrund der aktuellen Arbeitsstände im Bereich des Zahlstellenregisters sind wir telefonisch nur noch reduziert erreichbar.* Verunsichert schicken wir weitere E-Mails an die Behörde. Endlich kommt eine knackige Antwort: *Wir haben eine Bearbeitungsfrist von 10–12 Wochen ab Erhalt des Dossiers.* Auf der Website von Sasis steht hingegen: *Umfassende und praxisnahe Abläufe werden bei uns grossgeschrieben.* Was macht eigentlich diese Behörde 12 Wochen lang mit einer bereits erteilten Zulassung?

Neuer Kanton, alte Gepflogenheiten

Vor kurzem übernahmen wir eine alte Einzelpraxis ohne Nachfolger im Nachbarkanton, in unserem Wohnort. Wo sollen wir denn nach unserer Pensionierung zum Arzt, wenn auch diese Praxis in unserem Wohnort verloren geht? Unter anderem beantragen

wir eine BAB für eine Ärztin, die in unserem Kanton bereits 20 Jahre lang tätig war. Offenbar hat der Kanton kein Archiv, da wir wieder bei «Adam und Eva» beginnen. Alle Diplome, Anerkennungen, Zeugnisse müssen im Original her. Nach zwei Wochen meldet sich das Amt: Wir müssen zusätzlich Unterlagen für die OKP-Zulassung einreichen und einer Stammgemeinschaft wegen EPD (elektronisches Patientendossier) beitreten. Die gewünschten Dokumente haben wir rasch zusammen. Thema EPD scheint komplizierter. Unser Kanton unterstützt die Gemeinschaft XSANA. Wir beantragen dort einen Beitritt. Die Antwort von XSANA erreicht uns rasch: Da die Ärztin in eine vorbestehende Praxis einsteigt, benötigt sie keine Teilnahme am EPD. Dies wäre nur bei einer Praxisgründung ab dem 1.1.2022 nötig. Wir helfen der Behörde aus der Patsche und treten vorsorglich der Gemeinschaft bei.

Die Zeit drängt, wann kommt die ersehnte BAB? Die umgehende Antwort des Amtes löst einen leichten Schwindel aus: *Sie haben «aber keine Unterlagen gemäss Rubrik OKP eingereicht».* Gott sei Dank kommt uns die Post zu Hilfe und belegt, dass unser eingeschriebener Brief vor über einem Monat beim Amt eingetroffen war. Und – wie ein Wunder – tauchen unsere Dokumente auf! Diese waren nicht verschwunden, sondern nur «nicht eingescannt». Super, also auch unser «Nein-Sager»-Kanton ist bei der Digitalisierung angekommen. Schade, dass es das Verfahren um fünf Wochen verlängert. Immerhin ist nach zwei Monaten unser Dossier komplett und werde «inhaltlich geprüft», so der Kantonsarzt. Dass der Entscheid innert dreier Monate vorliegt – kann er uns «in keinem Fall garantieren».

Das letzte Wort

Gemäss der neusten Statistik von FMH [2] gehöre ich zu einem Viertel aller Hausärzte, die über 60-jährig sind und bald abtreten. Ich schaue auf ein erfülltes, spannendes Berufsleben zurück, auch auf die vergangenen sieben Jahre als Hausarzt. Doch wenn die Entwicklung im Gesundheitswesen und insbesondere in der Hausarztmedizin weiter so läuft, wird bald die Art «Hausarzt» eine bedrohte Art – neben den Bienen und den Pandabären.

Bildnachweis

Jamie Street / Unsplash

Literatur

- 1 Beobachter, 9. und 25. September 2020.
- 2 Schweiz Ärztztg, 2022;103(13):414–9.

Mauersegler



Mauersegler flitzen
durch die zuckende Zeit
nisten in Ritzen
der Einsamkeit

pfeifen und jagen
den Fliegen nach
Stöckelschuhe unterm Dach
gewittrige Ruhe

fragen sich presto der Hauswand entlang
Grenze Mauer dort überm Bach
hier

ob der Gesang der Duft der Glocken
der Trockendocks Klocks
im Hafen dort oben am Turm
dem Sturm trotzt

Moin moin Herr Nachbar!
das Wort
ein Hort?

oder ob die Reifen die Räder
Ketten der Panzer aus Coins
Dich rasch überrollen
handlungsunfähig müde halbtot
kein Spielen kein Tollen
Dich machen
so Sachen

keiner Dich bei der Hand
und auf die Schulter Dich nimmt
hinüberzutragen über den Fluss
im Kuss und den Messias mimt
den Teufel auszustecken
mit Papiergeld blechen
mit einer Maske
aus Christopherus

oder grad der Freund
wie in Ruanda
diesem Land da
in Europa

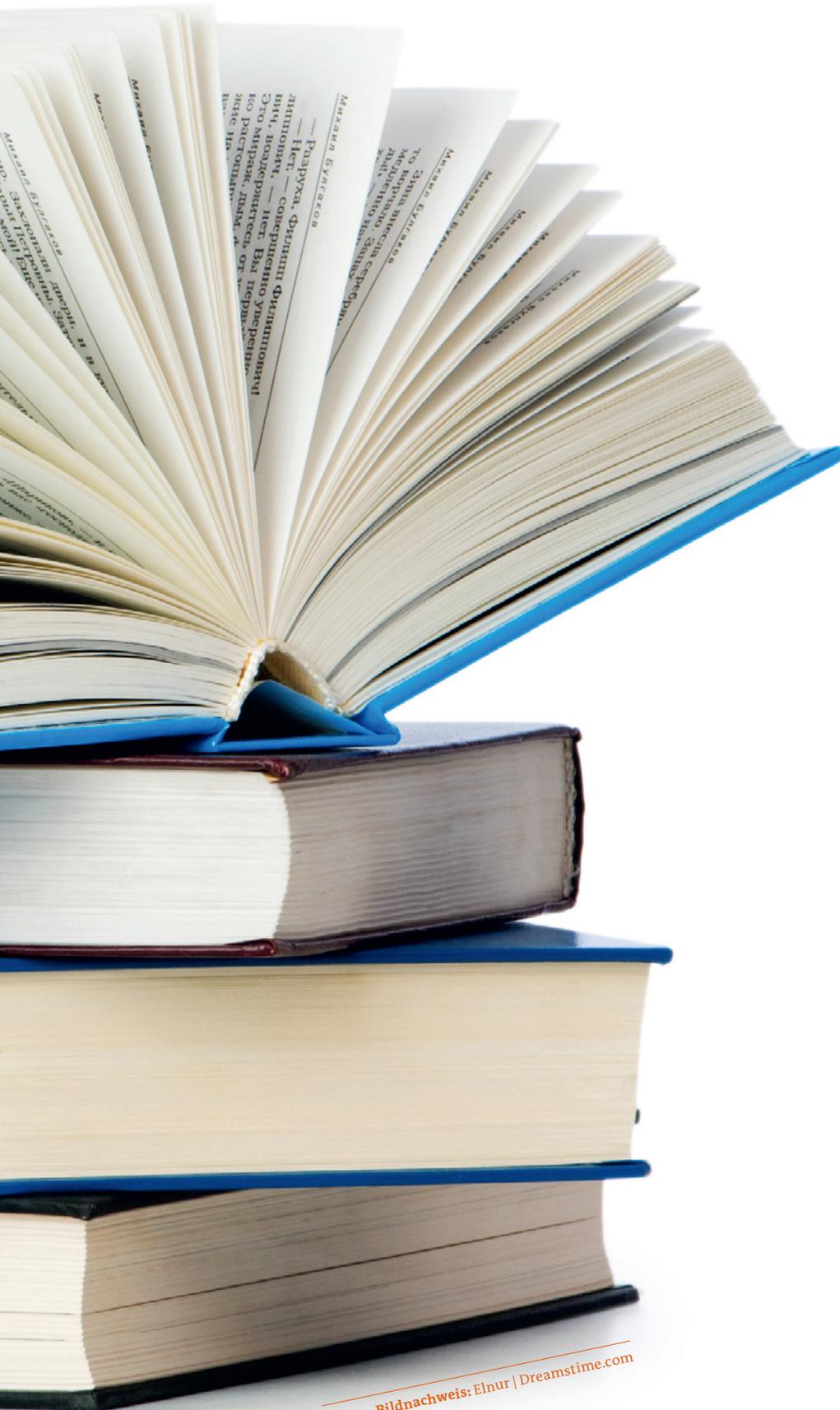
Dich auf den Boden wirft
und fallen lässt
wie eine Böe im Wind
die bläst
so dass Du nicht mehr aufkommst
Kindeskind
und nicht mehr wohnst
und bang
schon jetzt
nicht später erst
und bist
wenn keiner da ist
der Dich hochwirft
hoch wirft
wieder zu fliegen
und wärst Du nur ein Luft-Ballon
wieder zu fliegen
und wenn es nur als Spreu ist
im Sarong

es zählt der Weizen
das Gold
das Geld
fehlt – heisst es
Bäume zu pflanzen
drunter zu tanzen
statt sie zu verheizen
Dich hoch zu werfen
die Erde zu pflügen
aufzuwerfen
Fragen
heut
und einzusäen zu pflegen den Segen
den Restmüll einzusammeln
teure Plastiktüten gammeln
fliegen im Orbit oder im Meer

Mauersegler sind wir
in der zuckenden Zeit

Dr. med. Marc Neufeld, Liestal

Bildnachweis
Gallinagomedia | Dreamstime.com



Bildnachweis: Elnur | Dreamstime.com

Ouvrage
spécialisé



Les jeunes au volant

David Le Breton
(dir. publ.)

Toulouse: Editions Erès;
2022

Les risques que des jeunes prennent sur les routes, et les dommages subséquents, sont un sujet majeur. En France, les 18–24 ans constituent 8% de la population, mais rendent compte de 16% des morts sur les routes. Cet ouvrage est issu d'une large enquête auprès des 18–25 ans. D'abord sont présentés les résultats principaux, selon qu'on parle de l'apprentissage, de l'obtention du permis, du type de conduite. En général, l'enquête fait découvrir des jeunes lucides sur les avantages et les inconvénients de la voiture.

Une section sur les compagnons numériques de la route (radio, smartphone, GPS), qui «entrent en tension avec la nécessité d'une constante concentration». L'opinion des jeunes sur les campagnes de prévention? «Non seulement ils analysent les campagnes actuelles mais proposent des solutions.» Ces chapitres fourmillent de citations des enquêtés.

Dans la seconde partie, des auteurs spécialisés, dont trois pédopsychiatres, discutent des résultats. Hervé Marchal porte un regard ethno-sociologique: «La personne jeune au volant est non seulement dans son propre monde, elle est aussi et surtout son propre monde.» Leila Jeolas parle des accros à la vitesse au Brésil, avec le phénomène – et les morts – des courses illégales de voitures. Des données sur l'influence du comportement au volant des parents sur celui des jeunes retiennent l'attention – influence qui est, sans surprise, grande. L'historien Mathieu Flouneau pose la question «Que reste-t-il du rêve automobile?» à l'aide de notations historiques et littéraires stimulantes.

Travail pionnier, cet ouvrage intéressera les professionnels aussi bien que les responsables publics et privés concernés, sans oublier les parents.

*Dr méd. Jean Martin,
membre de la rédaction*

Kunstbuch



land marks
Walter Angehrn,
Ernest Farrés

St. Gallen: VGS Verlagsge-
nossenschaft St. Gallen;
2014

Steinerne Landschaft, die nackten Felsen liegen da wie der gewaltige Panzer einer Urzeitschildkröte. Unter den Millionen von grauen Steinbrocken unversehens ein Stück Gelb. Ein Fingerzeig? Eine Spur?

land marks nennt Walter Angehrn sein Buch, das die gelben Spuren im grauen Gestein dokumentiert. Der Ostschweizer Arzt und Künstler hat auf den irischen Aran-Inseln mit gelber Acrylfarbe drei Stellen markiert und sie 2003, 2008 und 2011 fotografiert.

Was mit den Steinen und der Farbe in diesen acht Jahren passiert ist, zeichnet das Buch in berückenden Bildern und grösster Gelassenheit nach. Ein Nachdenken über Werden und Vergehen – innert weniger Jahre hat die Natur die Menschenspur beinahe verwischt.

Eine weitere Denk-Spur legen die «versos lírics» des katalanischen Dichters Ernest Farrés. Insgesamt erhebt sich im unabhängigen Textteil des mit dem German Design Award preisgekrönten Doppelbuchs eine starke Gegenstimme zu Angehrns meditativer Minimal Art.

Auf die dann ein Zitat von Farrés allerdings wieder prächtig zutrifft: «Es mussten / noch mehr Schwierigkeiten kommen, Schrecken, / Wandlungen und am Ende die Einsicht, / dass es für den eingeschlagenen Weg keine Abkürzung gab.»

Das Buch kann über die Website des Künstlers bezogen werden: www.walterangehrn.ch

Dr. med. Friederike Walz, St. Gallen

Broschüre



Gefangen in der Erschöpfung
Jean-Marc Berger,
Stephan Gerber,
Traude Löbert

Broschüre von
denkwerk-hirnverlet-
zung.ch und FRAGILE
Suisse; 2021

Die Folgen von Hirnschädigungen nach Hirn-schlag, Schädel-Hirn-Trauma, Enzephalitis oder entzündlichen Prozessen im Hirn bei Rheuma oder MS werden im ärztlichen Alltag oft übersehen oder als vorübergehende Befindlichkeitsstörung abgetan, weil sie nicht sichtbar sind. Die Beiträge des Neuropsychologen Dr. Jean-Marc Berger liefern differenzierte Einblicke in die komplexe Diagnostik.

Typische Zeichen sind anhaltende Müdigkeit, Antriebslosigkeit, Wortfindungsstörungen, Stimmungsschwankungen, Ängste und eine tiefe Verunsicherung. Die betroffene Person kann ihre Anforderungen anpassen und Hilfspersonen anstellen, die den fehlenden Antrieb ersetzen und dazu beitragen, dass die betroffene Person nicht verzweifelt, wenn Wichtiges liegen und unbewältigt bleibt.

Betroffene treten ohne klare Diagnose gegenüber Versicherungen, Arbeitgebern und medizinischen Fachkräften auf. Deshalb brauchen sie Unterstützung von kompetenter Seite. Gutachterinnen und Gutachtern fällt es schwer, die Minderbelastbarkeit einer hirnverletzten Person zu erfassen. Die Publikation gibt Hinweise darauf, wie die messende Diagnostik mit Daten aus dem Alltag sinnvoll ergänzt werden kann. Die Broschüre kann kostenlos bezogen werden über www.fragile.ch/broschueren-hirnverletzung

Dr. med. Peter Buess-Siegrist, Basel

Sachbuch



The Truth About the Consequences of the NATO Bombing of Serbia in 1999

Dr. Zorka Vukmirović,
Prof. Dr. Danica Grujičić

Belgrad: Serbische
Gesellschaft für den
Kampf gegen Krebs; 2022

Die Serbische Gesellschaft für den Kampf gegen Krebs publiziert ein umfangreiches Werk. Es ist eine Sammlung medizinischer, biologischer und physikalischer Fakten. Im Jahr 2017 in Belgrad und 2019 in Kosovska Mitrovica fanden zwei wissenschaftliche Konferenzen statt, die Beiträge dieser Konferenzen sind hier wiedergegeben.

Nach einem historischen Abriss zur Vorkriegsgeschichte kann sich die Leserin resp. der Leser informieren über das Ansteigen von bösartigen Tumoren zwischen 1999 und 2018. Ein nächster Beitrag widmet sich der Chemo-dynamik des abgereicherten Urans in der Umwelt, insbesondere der Verseuchung des Wassers und dadurch der Aufnahme in Nahrungsmitteln.

Die chemische Verschmutzung auf dem Territorium von Serbien erweist sich als ein weiteres Schreckensszenario. Cluster-Bomben CBU-102(B)2/B wurden zum ersten Mal in Serbien angewendet, nachdem sie in den 90er Jahren in das US-Waffenarsenal aufgenommen worden waren. Sie verursachten riesige Schäden an den Stromleitungen durch ihre elektrisch leitenden Fasern. Ein Beitrag behandelt die toxischen und krebserzeugenden Effekte von Nanopartikeln.

Die gesammelten Beiträge sind eine Wucht. Die Folgen eines modernen Krieges – geführt im Namen der Moral und der Humanität – erweisen sich als desaströs.

Dr. phil. Barbara Hug, Tobel

Teilen Sie Ihre literarischen Entdeckungen mit uns!

Sie haben ein interessantes Buch gelesen und möchten es einem weiteren Leserkreis vorstellen? Schicken Sie uns Ihre Buchbesprechung (max. 1500 Zeichen inkl. Leerzeichen) an: [redaktion.saez\[at\]emh.ch](mailto:redaktion.saez[at]emh.ch)

Partagez vos découvertes littéraires!

Vous avez lu un ouvrage intéressant et souhaitez en faire profiter d'autres lecteurs? Envoyez-nous votre critique littéraire (max. 1500 signes, espaces compris) à: [redaction.bms\[at\]emh.ch](mailto:redaction.bms[at]emh.ch)

Über die Ware Medizin

Eberhard Wolff

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



Bei einer Bahnfahrt fiel mir neulich wieder eine dieser populären Gratis-Medizinzeitschriften in die Hände. Mit vielen Tipps, wie mein Leben noch gesünder würde. Und was ich alles gegen Blasenentzündung, Gelenkschmerzen oder Schlafapnoe machen könne.

Praktisch jeder Beitrag des ganzen Hefts führte zielstrebig darauf hin, Käufliches anzupreisen: ein Granulat gegen die Körperpfunde, ein Gerät gegen das Schnarchen oder einen Kurs, um sich der Natur näher zu fühlen. Der passende Verkaufshinweis, die Produktannonce oder gleich der Bestelltalon folgten umgehend. Ich bin ehrlich gesagt froh, dass ich meine Artikel nicht auf das Lob eines Konsumprodukts hin schreiben muss.

Bei solchen Medienerzeugnissen mag manchen der abfällige Gedanke an «Geschäftemacherei» oder «Bauernfängerei» beschleichen. Medizin als blosser Ware. Allerdings: Der Kräutertee wird, sobald er abgepackt im Verkaufsregal steht, genau so zur Ware wie das Universitätsspital, das im Tram für sich Werbung macht. Auch der Text, den Sie gerade lesen, ist eine Ware. Ich bin sogar froh, mit dem Honorar dafür unsere Miete für eine Handvoll Tage berapen zu können.

«Kommodifizierung» nennt man den Prozess, dass etwas zunehmend nach Marktgesetzen funktioniert und zu einer Ware – und mehr noch: zu einer Marke, einem «Label» – wird. Nicht erst neuerdings. Bereits zwei Jahrhunderte vor dem Label «Aspirin» entwickelte

Der Kräutertee wird, sobald er abgepackt im Verkaufsregal steht, genau so zur Ware wie das Universitätsspital, das im Tram für sich wirbt.

der Hallenser Medizinprofessor Friedrich Hoffmann sein Markenprodukt, das später «Hoffmannstropfen» genannt wurde. Auch die Mayo-Klinik oder die Charité sind schon seit langer Zeit Marken-Spitäler. Und nebenbei: Meine eigene Marke ist das «Über» am Anfang jedes Zu-guter-Letzt-Titels.

Mit der Kommodifizierung geht die oft gehörte Klage einher, dass die Medizin allenthalben immer mehr ökonomisiert – oder mit anderen Worten: zur Ware –

würde. Und dass dabei Werte wie der, Menschen helfen zu wollen, zunehmend unter die Räder der Rechenhaftigkeit gerieten. Als Extrembeispiel gilt etwa der Organhandel.

Das Gegenmodell zur Ökonomisierung ist das der Idealisierung: Etwas Gutes tun. Die leidende Menschheit retten. Das will ich mit meinen Texten übrigens auch. Mit dem Idealismus ist das aber so eine Sache.

Zum einen stehen sich Ökonomie und Idealismus nicht ganz so feindlich gegenüber. Der Kulturosoziologe Pierre Bourdieu und seine Nachfolgerschaft meinten (kreativ umformuliert), dass vieles Immaterielle, und dazu zählen auch Ehre, Moralität oder Vertrauen,

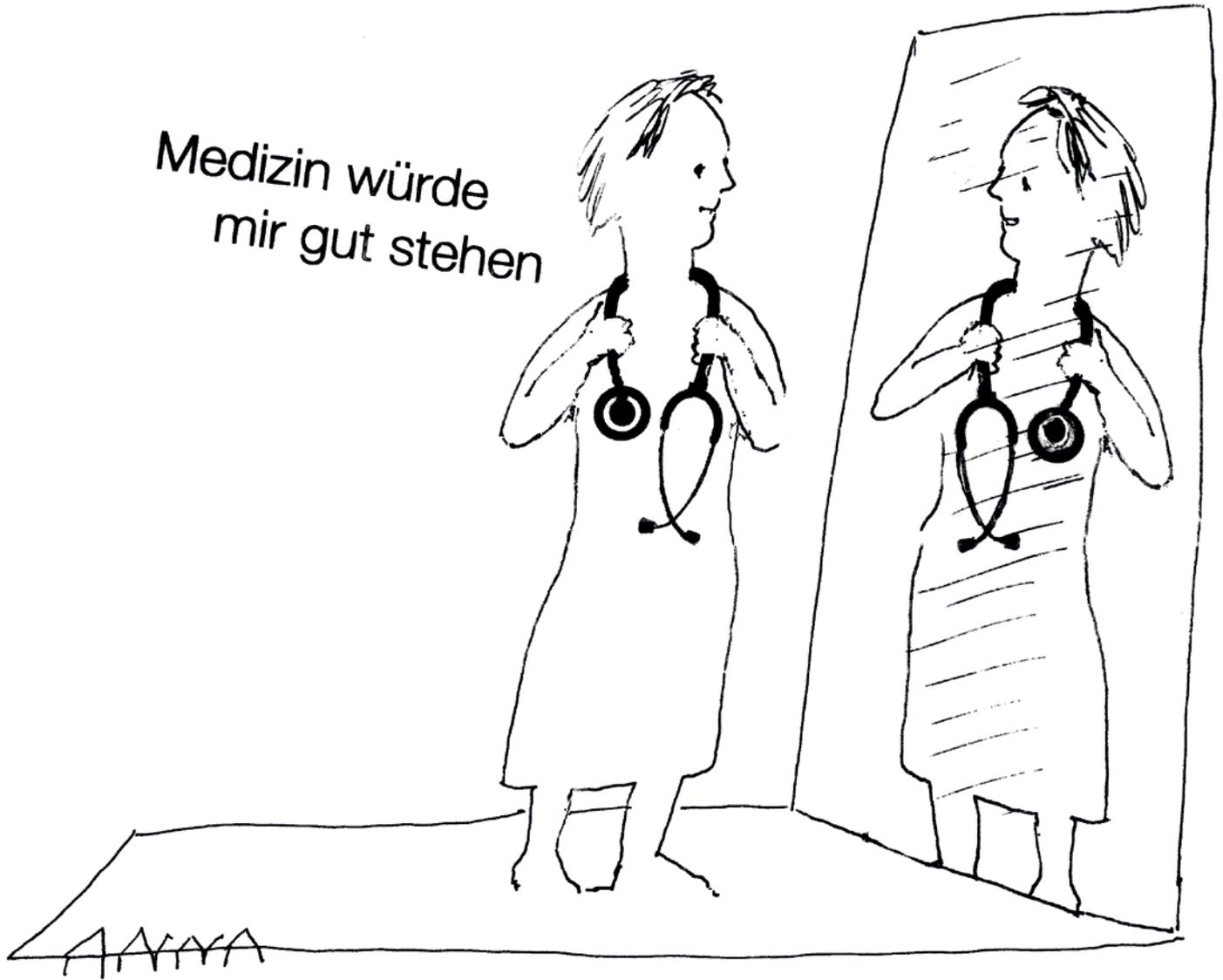
Nicht immer sind alle einer Meinung, was denn nun das Wahre, Schöne und Gute sei und wie die Menschen gerettet werden sollen.

ebenso «Kapital»-Arten darstellten. Und diese Kapitalarten würden in unserer Gesellschaft wie in einer Wechselstube ständig umgemünzt. Ansehen zum Beispiel lässt sich in ökonomisches Kapital umwandeln – und andersherum. Nicht nur in der Medizin. Deshalb versuche ich selber ja auch immer, seriös zu schreiben und gelehrt zu tönen.

Zum anderen: Nicht immer sind alle einer Meinung, was denn nun das Wahre, Schöne und Gute sei und wie die Menschen gerettet werden sollen. Ich erinnere mich an einen plastischen Chirurgen, der seine Tätigkeit mit allem Nachdruck ausschliesslich als Dienstleistung verstand, die einer Marktnachfrage nachkomme. Damit schützte er sich davor, seine Tätigkeit in einem für ihn zu engen Korsett von Ethik und Moral rechtfertigen zu müssen. Denken in Marktlogiken kann eben auch schützen oder den Horizont erweitern.

In der Medizin ist eben alles nicht so einfach. Genau so wie im richtigen Leben. Und wenn Sie mehr davon wissen wollen, beachten Sie bitte den imaginär beigelegten Bestelltalon für meine Überlegungen. Ich empfehle die Grosspackung mit Rabattcode – oder am besten gleich das Abonnement.

saez[at]wolffworks.ch



www.annahartmann.net