

Schweizerische Ärztezeitung

885 Editorial
von Christoph Bosshard
Qualität und Preis

886 Covid-19
**Arztpraxen beteiligen sich
intensiv an Impfkampagne**

922 «Zu guter Letzt»
von Urs Brügger
**Leadership-Forschung
rettet Leben**

918 Lösungen für Gelähmte
**Menschen sind der Schlüssel
für Innovationen**



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



Verlag

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: Christoph Bosshard

885 **Qualität und Preis**

AKTUELL: Frédéric Clausen, Kerstin Schutz

886 **Arztpraxen beteiligen sich stark an Covid-19-Impfkampagne**

SIWF: Severin Pinilla, Adi Marty

890 **Wie Entrustable Professional Activities entwickelt werden**

AKTUELL: Ueli Kieser, Gabriela Lang, Iris Herzog-Zwitter, Patrick Müller

894 **Vom Delegations- zum Anordnungsmodell**

AKTUELL: Claudia Blackburn, Jennifer Aellen

898 **Gemeinsam an der IFAS 2022**

900 **Personalien**

Nachrufe

901 **In memoriam Dr. Juan Ruiz (1960–2022)**

Weitere Organisationen und Institutionen

SGI: Antje Heise, Franziska von Arx

902 **Dem Fachkräftemangel auf der Intensivstation entgegenwirken**

SWISSDRG: Rémi Guidon, Johannes Kofler, Simon Hölzer

904 **Einheitliche Tarifstruktur basiert auf solider Datengrundlage**

Briefe / Mitteilungen

908 **Briefe an die SÄZ**

910 **Facharztprüfung**

Symposium der Medizinischen Klinik

1. Ustermer Symposium der Medizinischen Klinik

Neues und Bewährtes

Fortbildung für Hausärztinnen und Hausärzte zu aktuellen Fachthemen

Donnerstag, 1. September 2022

15.00 – 20.30 Uhr, Stadthofsaal Uster,

inkl. Apéro-riche



SGAIM: 3 Credits
 Die Teilnahme ist kostenfrei.
spitaluster.ch/ustermersymposium

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

Tribüne

918



THEMA: Julia Rippstein

Er muss es wissen An der Berner Fachhochschule hat der querschnittgelähmte Sebastian Tobler ein Labor zum Entwickeln und Testen von Fahrzeugen für Menschen mit eingeschränkter Mobilität gegründet. Dieses schweizweit einzigartige Labor ist das Ergebnis einer knapp zehnjährigen Zusammenarbeit von Forschung, Medizin und Industrie.

THEMA: Eva Mell

920 **«Wir müssen von allen verfügbaren Daten lernen»**

Zu guter Letzt

Urs Brügger

922 **Leadership-Forschung rettet Leben**



BENDIMERAD

Das Werk von Henri Matisse im Licht seiner Krankheiten

Mit bisher unveröffentlichten Dokumenten zu seiner Darmoperation



Ernst Genssjäger-Mercier
Die Krankheiten und Operationen von Henri Matisse / Henri Matisse – ses maladies, ses opérations / Henri Matisse's medical biography
 Mit einem Vorwort von Daniel Oertli und Felix Harder.
 2017. 84 Seiten, 3-sprachig, 11 Abb., z.T. farbig, broschiert.
 CHF 24.50 / € 24.50
 ISBN 978-3-03754-098-5
 EMH Schweizerischer Ärzteverlag

Krankheiten spielten im Leben von Henri Matisse eine bedeutende Rolle. Doch Matisse' Krankengeschichte bedarf einer Klarstellung früherer Missverständnisse und Irrtümer. Dies leistet Ernst Genssjäger mit profundem medizinischem Fachwissen und unter Berücksichtigung bisher unveröffentlichter Dokumente der «Archives Matisse». Das Buch ist eine spannende, lehrreiche medizinische Fallbesprechung und zugleich eine medizin- und kunsthistorische Abhandlung.

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 | Farnsburgerstrasse 8 | CH-4132 Muttenz

Impressum

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

Verlag: EMH Schweizerischer Ärzteverlag AG, Farnsburgerstrasse 8, 4132 Muttenz, Tel. +41 (0)61 467 85 55, www.emh.ch

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

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

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

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

Andere Abonnemente: EMH Kundenservice, Postfach, 4601 Olten, Tel. +41 (0)44 305 82 38, emh@asmq.ch

Abonnementspreise: Jahresabonnement CHF 320.– zzgl. Porto.

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

© **FMH**
 Die Schweizerische Ärzzeitung 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:
 © Berner Fachhochschule

Qualität und Preis

Christoph Bosshard

Dr. med., Vizepräsident der FMH, Departementsverantwortlicher Daten, Demographie und Qualität



In den SÄZ-Ausgaben vom 25. Mai und 8. Juni 2022 durften wir die Gewinner des Qualitätspreises *Innovation Qualité* (www.fmh.ch/themen/qualitaet-saqm/innovation-qualite.cfm) der SAQM, der Qualitätsorganisation der FMH, vorstellen. Meine herzliche Gratulation! Sie haben die Jury mit ihren Projekten überzeugt und sich gegen die anderen Projekte durchgesetzt. Letztere sind genauso wertvoll und verdienen Anerkennung, denn sie widerspiegeln die Breite und Vielfalt der Qualitätsarbeit im Gesundheitswesen. Dass die Qualitätsarbeit seit Jahrzehnten gepflegt wird, beweisen diverse Initiativen, zum Beispiel die Arbeitsgemeinschaft für Osteosynthesefragen, gegründet 1958, oder der Qualitätszirkel der SGAIM. Alle, die ihre Projekte zur Kandidatur für den Qualitätspreis *Innovation Qualité* eingereicht haben, sind Gewinner, denn sie geben der Qualitätsarbeit, die in den Statuten der FMH verwurzelt ist, ein Gesicht. Auch die FMH-Mitglieder sind via Standesordnung gehalten, die ihnen angebotenen Möglichkeiten zur Qualitätssicherung ihrer Arbeit zu nutzen. Dies ist eine seit langem gelebte Realität, ebenso wie die Tatsache, dass die Qualitätssicherung Teil der im Tarif abgebildeten Leistung ist.

Mit der Revision des KVG Art. 58 hat der Gesetzgeber im Sommer 2019 nun neue und zusätzliche Elemente im Bereich Qualität gefordert. Neue Dokumentationspflichten bereits bestehender Qualitätssicherungsarbeiten bringen zusätzlichen administrativen Aufwand für alle Leistungserbringenden mit sich. Zudem kostet

Die Kosten für die neu geforderten Massnahmen müssen eintarifiert und mittels Übergangslösungen tragbar gemacht werden.

der geforderte Kontroll-Mechanismus auf der Ebene der Qualitätsvertragspartner Geld. Hinzu kommen neu geforderte Qualitätsverbesserungs- und Entwicklungsmassnahmen. Das Argument, dass all diese Aktivitäten via Qualitätsverbesserung zu einer Kostenreduktion führen können, stimmt durchaus, nur fallen in unserem hyperfragmentierten System die Nutzen Gewinne definitionsgemäss nicht dort an, wo die Kosten zu tragen sind. Aus diesem Grund müssen die Kosten für diese neu geforderten Massnahmen ein-

tarifiert und mittels Übergangslösungen tragbar gemacht werden. Wir riskieren sonst, dass die Gesetzgebung toter Buchstabe bleibt oder durch Verfahren blockiert wird.

Die Ärzteschaft ist bereit, sich sowohl an ihrer Basis als auch in den Gremien ihrer Organisationen mit Herzblut für die konstruktive und sinnbildende Umsetzung des neuen Gesetzesartikels einzusetzen. Dies zeigt die grosse Teilnahme an der freiwilligen Pilotierung dieser Mechanismen im Jahr 2019 (siehe SÄZ-Artikel «Gelebte Qualitätstransparenz der Ärzteschaft», saez.

Wir warten auf ein Zeichen des Bundesrates, wie er mit den vor allem die Ressourcen betreffenden Herausforderungen umgehen will.

[ch/article/doi/saez.2020.19457](http://saez.ch/article/doi/saez.2020.19457)). Die darauf aufbauende Entwicklung des Qualitätskonzepts der Ärzteschaft sowie die Vertragsverhandlungen mit den Versicherer-Verbänden scheiterten schliesslich kurz vor der Zielinie (siehe Editorial SAEZ «Spielregeln in letzter Minute geändert», saez.ch/article/doi/saez.2022.20740). Wir warten nun nach wie vor auf ein Zeichen des Bundesrates, wie er im Kontext der am 11. März 2022 gewählten Formulierung in seiner Qualitätsstrategie «... Die Qualitätsentwicklung ist somit bereits Teil der durch die OKP vergüteten Leistungen. Eine zusätzliche Finanzierung von Qualitätsmassnahmen auf der Meso- und Mikroebene ist nicht vorgesehen ...» mit diesen Herausforderungen umgehen will. Wenn ich an dieser Stelle wieder auf die *Innovation Qualité* zurückkomme, dann deshalb, weil überall die Tatsache zu Tage tritt, dass für eine nachhaltige und breite Ausrollung die Ressourcenherausforderung im Raum steht. Diese teilt sich auf in Fachpersonen und Finanzen. Beides ist miteinander verbunden, denn der beste Motor läuft nicht ohne Treibstoff. Und irgendwann stellt sich eine Resignation oder zumindest eine Müdigkeit ein, wenn alle guten Ansätze immer wieder am gleichen Punkt auflaufen. Ich bin wild entschlossen, nicht aufzugeben, für unsere Gewinner der *Innovation Qualité*, für alle Teilnehmenden, für alle Leistungserbringenden, und vor allem für unsere Patientinnen und Patienten. Ich danke Ihnen, liebe Leserinnen und Leser, für Ihre Unterstützung!



Mat Napo / Unsplash

Arztpraxen beteiligen sich stark an Covid-19-Impfkampagne

Frédéric Clausen^a, Kerstin Schutz^b

^aWissenschaftlicher Mitarbeiter, Sektion Gesundheitsversorgung, Bundesamt für Statistik, ^bAbteilung Ambulante Versorgung und Tarife, FMH

Die Ergebnisse der MAS-Erhebung «Strukturdaten Arztpraxen und ambulante Zentren» des Bundesamts für Statistik (BFS) zeigen, dass sich Arztpraxen stark an der Covid-19-Impfkampagne beteiligt haben: Mehr als jede zweite in der Grundversorgung tätige Arztpraxis war involviert. Dabei zeigen sich grosse kantonale Unterschiede.

Die Covid-19-Pandemie und die Massnahmen zu ihrer Eindämmung beeinträchtigten die Wirtschaft in der Schweiz auch im Jahr 2021. Analog zu anderen Branchen fanden nicht alle Arztpraxen zum nor-

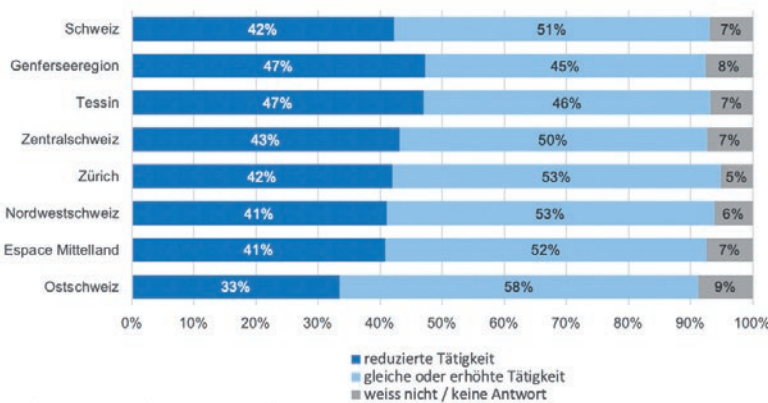
Wie schon im Jahr 2020 wurde auch im Jahr 2021 am häufigsten Kurzarbeitsentschädigung bezogen.

malen Betrieb zurück, obwohl es ihnen nicht wie im Frühling 2020 untersagt war, bestimmte Leistungen durchzuführen. Um zu ermitteln, in wel-

chem Ausmass sich die Pandemie zwischen November 2020 und Oktober 2021 auf die ärztliche Tätigkeit ausgewirkt hat und inwieweit die wirtschaftlichen Massnahmen in Anspruch genommen wurden, hat das BFS zum zweiten Mal in Folge ein Themenmodul in den Fragenbogen der MAS-Erhebung eingebunden. Darin enthalten waren auch Fragen zur Beteiligung der Arztpraxen an der Impfkampagne. Im Herbst 2022 erscheint eine BFS-Publikation mit vertieften Analysen zu den Auswirkungen der Pandemie auf die Arztpraxen im Jahr 2020.

Rund 11 000 Arztpraxen übermitteln Daten

Im Rahmen der MAS-Erhebung zu den Daten von 2020 wurden 17790 Arztpraxen und ambulante Zentren befragt. 10736 dieser Unternehmen haben ihre Daten übermittelt und deren Verwendung für statistische Zwecke zugestimmt. Diese Daten bilden die Grundlage der folgenden Ergebnisse. 38% der teilnehmenden Unternehmen waren hauptsächlich in der Grundversor-



Grafik 1: Entwicklung der Tätigkeit der Arztpraxen, November 2020 bis Oktober 2021 im Vergleich mit der Lage vor der Pandemie, nach Grossregion. Quelle: BFS – MAS

gung tätig, 21% in der Psychiatrie. 85% verfügten über eine eigene Infrastruktur (Räumlichkeiten, Mobiliar, medizinische Geräte usw.) und ebenso viele waren als Einzelunternehmen im Besitz einer selbstständigerwerbenden Ärztin oder eines selbstständigerwerbenden Arztes.

Arztpraxen reduzieren ihre Tätigkeit

Im Zeitraum von November 2020 bis Oktober 2021 mussten 42% der Arztpraxen ihre Tätigkeit im Vergleich zum Betrieb vor 2020 reduzieren. Umgekehrt normalisierte oder erhöhte sich die Tätigkeit bei 51% von ihnen (Grafik 1). Gegenüber dem Zeitraum März bis Oktober 2020, als nur jede zehnte Arztpraxis den Nor-

Die Kantone waren für die Organisation der Impfungen verantwortlich und verfolgten teilweise voneinander abweichende Strategien.

malbetrieb aufrechterhalten konnte, verbesserte sich die allgemeine Situation der Arztpraxen stark [1], wobei die Entwicklung regional variierte: In der Ostschweiz reduzierten im Vergleich zu einem normalen Jahr lediglich 33% der Arztpraxen ihre Tätigkeit, gegenüber 47% in der Genferseeregion und im Tessin. Diese Unterschiede lassen sich damit erklären, dass

nicht alle Regionen gleich stark von der Pandemie betroffen waren. Ausserdem wurden nicht in allen Kantonen die gleichen Schutzmassnahmen getroffen, entsprechend unterschiedlich waren die Auswirkungen auf die Arztpraxen.

Fachmedizinische Praxen mit chirurgischer Tätigkeit waren wie schon im Zeitraum von März bis Oktober 2020 auch zwischen November 2020 und Oktober 2021 am stärksten betroffen. 61% von ihnen reduzierten ihre Tätigkeit. In den anderen Tätigkeitsgebieten wie in der Grundversorgung oder in der Gynäkologie mussten zwischen 41% und 50% der Arztpraxen ihren Betrieb einschränken. Eine Ausnahme bildet die Psychiatrie. Zwar verringerte sich die Tätigkeit in 26% der psychiatrischen Praxen, in 17% erhöhte sie sich jedoch.

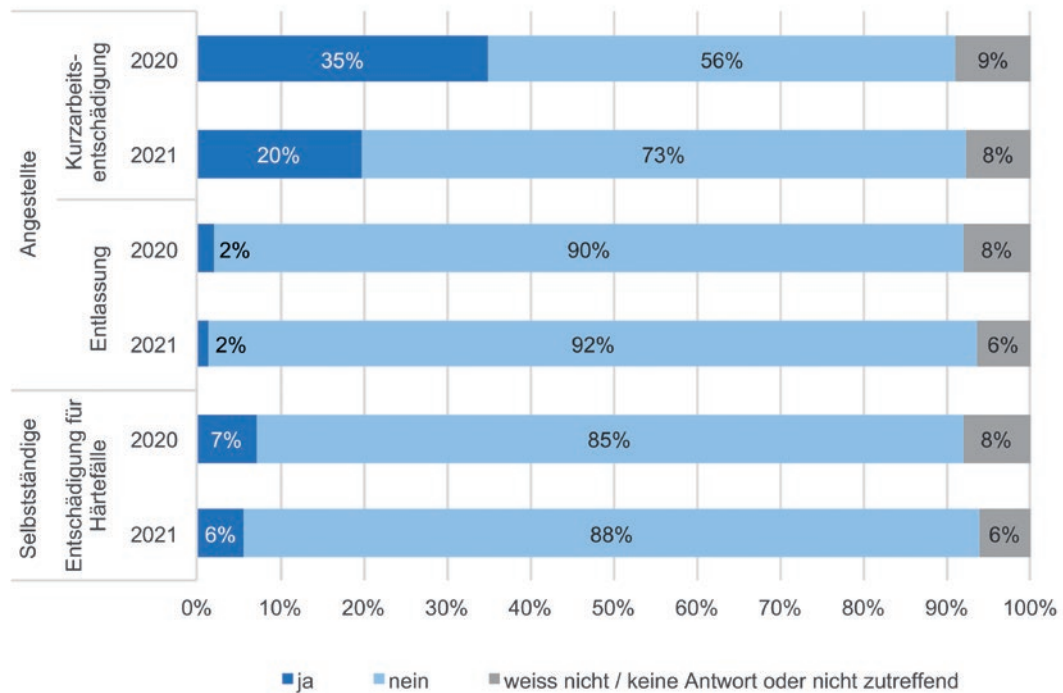
Kurzarbeit weiterhin häufig beansprucht

Sofern sie die entsprechenden Voraussetzungen erfüllten, konnten Arztpraxen verschiedene wirtschaftliche Massnahmen zur Abfederung der Auswirkungen der Covid-19-Pandemie und der Eindämmungsmassnahmen auf ihre Tätigkeit in Anspruch nehmen. Wie schon zwischen März und Oktober 2020 wurde auch zwischen November 2020 und Oktober 2021 am häufigsten Kurzarbeitsentschädigung bezogen (Grafik 2).

Arztpraxen konnten wirtschaftliche Massnahmen zur Abfederung der Auswirkungen der Covid-19-Pandemie in Anspruch nehmen.

Allerdings verringerte sich die Inanspruchnahme dieser Massnahme von 35% der Arztpraxen im Jahr 2020 auf 20% im Jahr 2021 (also –15 Prozentpunkte). Anspruchsberechtigt waren grundsätzlich Arbeitnehmende (Ärztinnen, Ärzte und nicht ärztliches Personal), Lernende, Personen im Dienst einer Organisation für Temporärarbeit sowie Personen in arbeitgeberähnlicher Stellung. Selbstständigerwerbende Ärztinnen und Ärzte, die indirekt von den Massnahmen zur Bekämpfung des Coronavirus betroffen waren, konnten eine Erwerbsausfallentschädigung beantragen. Der Anteil der selbstständigerwerbenden Ärztinnen und Ärzte, die 2021 entsprechende Taggelder bezogen, blieb mit 6% gegenüber dem Vorjahr (7%) stabil.

37% der selbstständigerwerbenden Ärztinnen und Ärzte mit chirurgischer Tätigkeit bezogen Kurzarbeitsentschädigung oder Erwerb ersatz (Härtefallhilfe). Bei den in der Grundversorgung tätigen selbstständigerwerbenden Ärztinnen und Ärzten beanspruchten 26% mindestens eine der beiden Massnahmen, bei den selbstständigerwerbenden Psychiaterinnen und Psychiatern 7%. Auch regional sind



Grafik 2: Inanspruchnahme von wirtschaftlichen Massnahmen, 2020 (März bis Oktober 2020) und 2021 (November 2020 bis Oktober 2021). Quelle: BFS – MAS

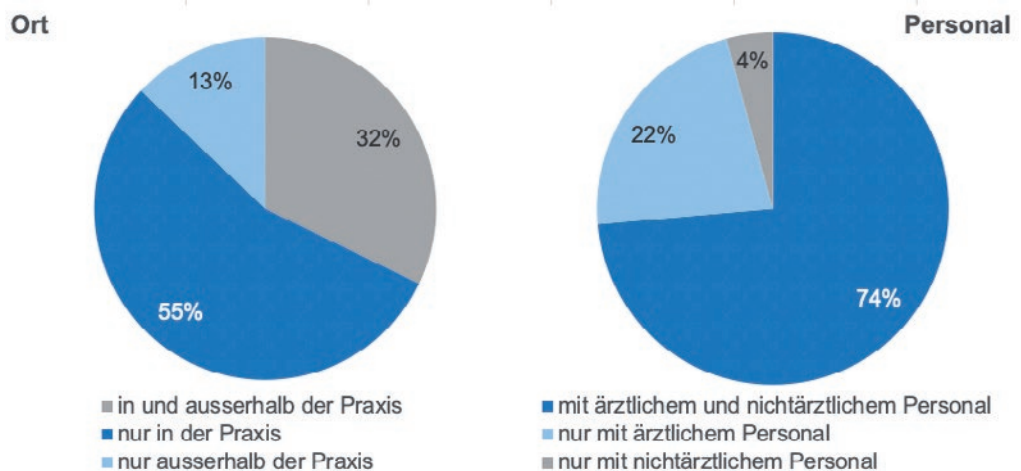
Unterschiede zu beobachten. In der Zentralschweiz, im Tessin, in der Nordwestschweiz, der Genferseeregion und im Espace Mittelland nahmen rund 25% der selbstständigerwerbenden Ärztinnen und Ärzte Kurzarbeitsentschädigungen oder Härtefallhilfen in Anspruch. Im Kanton Zürich waren es 22% und in der Ostschweiz 17%.

Impfungen: Arztpraxen eingebunden

Die Covid-19-Impfkampagne wurde Ende 2020 gestartet. Zwischen Dezember 2020 und Oktober 2021 betei-

ligten sich 27% der Arztpraxen aktiv daran, das heisst durch den Einsatz von Ärztinnen und Ärzten oder nicht medizinischem Personal, wobei die Impfungen innerhalb oder ausserhalb der Räumlichkeiten der Arztpraxis, z.B. in Impfzentren, verabreicht werden konnten.

Die Arztpraxen, die sich an den Impfungen beteiligten, waren zu 80% in der Grundversorgung tätig oder boten verschiedene medizinische Leistungen an, zu denen in der Regel auch die Grundversorgung zählt. 56% dieser Arztpraxen nahmen an der Impfkampagne teil. Die erhobenen Daten geben jedoch keinen Aufschluss darüber,

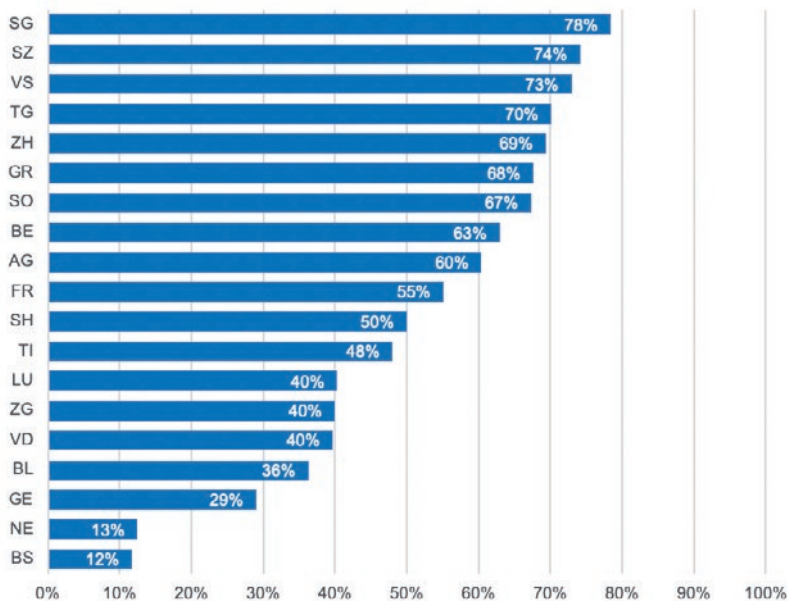


Grafik 3: Art der Teilnahme an der Impfkampagne, Arztpraxen mit Grundversorgungsangebot, Dezember 2020 bis Oktober 2021. Quelle: BFS – MAS

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



[frederic.clausen\[at\]bfs.admin.ch](mailto:frederic.clausen[at]bfs.admin.ch)



Grafik 4: Beteiligung der Arztpraxen mit Grundversorgungsangebot an der Impfkampagne, Dezember 2020 bis Oktober 2021, nach Kanton. Quelle: BFS – MAS

welchen Anteil ihrer Tätigkeit sie für die Impfungen aufgebracht und wie viele Impfdosen sie verabreicht haben. 55% der Arztpraxen mit Grundversorgungsangebot verabreichten die Impfungen ausschliesslich in ihren Räumlichkeiten (Grafik 3). 32% impften sowohl innerhalb als auch ausserhalb und 13% ausschliesslich ausserhalb ihrer Räumlichkeiten. In 74% der Arztpraxen waren Ärztinnen, Ärzte und nicht medizinisches Personal (Gesundheitspersonal oder andere Mitarbeitende) beteiligt.

Grosse kantonale Unterschiede

Die Kantone waren für die Organisation der Impfungen auf ihrem Gebiet verantwortlich und verfolgten

daher teilweise voneinander abweichende Strategien. Dies galt auch für den Einbezug der Arztpraxen und den Zeitpunkt, an dem ihre Teilnahme begonnen hat, was deren stark unterschiedliche Beteiligung an der Impfkampagne erklärt (Grafik 4).

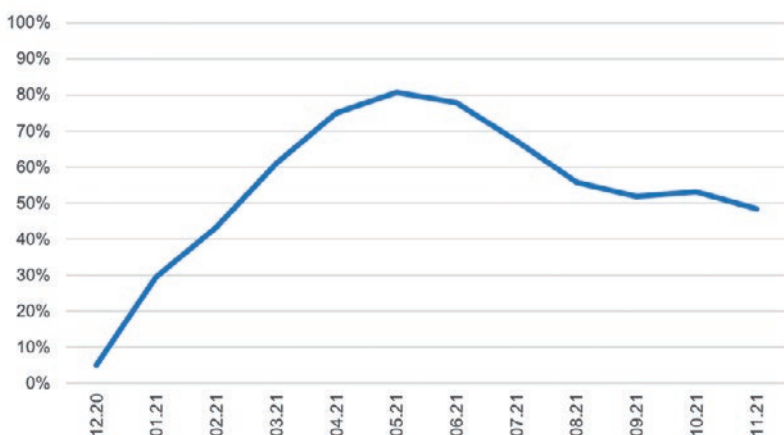
Werden nur die Kantone berücksichtigt, in denen mindestens 30 Arztpraxen mit Grundversorgungsangebot ihre Daten übermittelt haben, zeigt sich, dass sich in den Kantonen Genf, Neuenburg und Basel-Stadt weniger als ein Drittel der Arztpraxen innerhalb oder ausserhalb ihrer Räumlichkeiten an den Impfungen beteiligte. In den Kantonen Schaffhausen, Tessin, Luzern, Waadt, Zug und Basel-Landschaft waren zwischen einem Drittel und der Hälfte der Arztpraxen involviert, in den übrigen zehn der betrachteten Kantone mehr als die Hälfte.

Mai 2021: höchste Beteiligung an Impfungen

Die Beteiligung der Arztpraxen mit Grundversorgungsangebot nahm zwischen Dezember 2020 und Mai 2021 konstant zu (Grafik 5). Diese Entwicklung deckt sich mit dem Impffortschritt in der Schweiz, der zwischen April und Juli 2021 mit der Verabreichung erster und zweiter Dosen einen Höchststand erreichte [2]. 81% der Arztpraxen, die sich zwischen Dezember 2020 und Oktober 2021 an der Impfkampagne beteiligten, impften im Mai 2021. Im Oktober 2021 waren es noch immer über 50%. Die Mediandauer der Impfbeteiligung betrug sechs Monate. 62% der Arztpraxen begannen zwischen Dezember 2020 und März 2021 mit den Covid-19-Impfungen.

FMH-Tarifmonitoring bestätigt Ergebnisse

Die Analyse der Abrechnungszahlen der niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte aus dem Jahr 2021 zeigt [3] differenzierte Entwicklungen und bestätigt die Ergebnisse aus der MAS-Erhebung: Im Anschluss an den pandemiebedingten Rückgang hat die Nachfrage nach medizinischen Leistungen wieder zugenommen: Routinekontrollen wurden nachgeholt, Patientinnen und Patienten entschieden sich wieder für den persönlichen Kontakt anstelle des Telefonats oder des Videocalls. Die Aussagen der Grafiken 1 und 2 können anhand des FMH-Tarifmonitorings im ambulanten Bereich bestätigt werden. Die Anzahl Personen, die eine Ärztin oder einen Arzt aufsuchen, ist so hoch wie nie. Patientinnen und Patienten fragen im Vergleich zu den Jahren vor der Pandemie häufiger medizinische Leistungen nach. Die Kosten pro Sitzung blieben dabei unter dem Niveau der Jahre vor der Pandemie.



Grafik 5: Beteiligung der Praxen mit Grundversorgungsangebot an der Impfkampagne, nach Monat. Quelle: BFS – MAS

Literatur

- 1 Clausen F, Kraft E, Die Auswirkungen der Covid-19-Pandemie auf die Arztpraxen, Schweiz. Ärzteztg, 2021;102(27–28):906–909.
- 2 Bundesamt für Gesundheit, Geimpfte Personen, Schweiz und Liechtenstein, 21.12.2020 bis 25.04.2022 unter www.covid19.admin.ch/de/vaccination/persons (Stand: 26.04.2022)
- 3 Schutz K, COVID-19: Medizinische Leistungen werden stärker nachgefragt, Schweiz. Ärzteztg, 2022;103(23):760–762

Wie Entrustable Professional Activities entwickelt werden

Severin Pinilla^a, Adi Marty^b

^a Universitätsklinik für Alterspsychiatrie und Psychotherapie, Universität Bern und Institut für Medizinische Lehre (IML), Abteilung für Assessment und Evaluation, Universität Bern; ^b Institut für Anästhesiologie, Universitätsspital Zürich

Der sechste Artikel befasst sich mit der konkreten Entwicklung und Ausarbeitung von *Entrustable Professional Activities* (EPAs). Die Ausarbeitung von EPAs ist zwar herausfordernd, bietet den Fachgesellschaften aber auch die Chance, die klinischen Kernkompetenzen in den Weiterbildungskatalogen schärfer herauszuarbeiten.

Fachgesellschaften, die sich mit der Einführung eines kompetenzbasierten Weiterbildungscurriculums beschäftigen und sich die Frage stellen, wie die entsprechenden EPAs definiert werden können, finden in den folgenden Abschnitten Hinweise zur Vorgehensweise. Viele relevante Ressourcen stehen auf der SIWF-Webseite zur Verfügung [1]. Die SIWF EPA-Kommission unterstützt die Fachgesellschaften beim Thema EPAs und hilft dabei, einen möglichst effizienten Prozess für deren Entwicklung und Implementation zu etablieren. Sie koordiniert schweizweit die EPA-Projekte und sorgt für die Qualitätssicherung von EPAs [1].

Vier Schritte von der Idee zum Curriculum

Schritt 1: EPA-Kernteam

Die Entwicklung von EPAs ist eine Teamarbeit und muss auf einem Mandat der Fachgesellschaft basieren. Die erste Aufgabe ist es daher, eine Arbeitsgruppe zusammenzustellen, welche sich im Auftrag der Fachgesellschaft des Themas «EPAs» annimmt. Dieses EPA-Kernteam wird im ganzen Prozess von der Entwicklung der EPAs bis zu deren Implementierung eine zentrale Rolle einnehmen und muss deshalb breit abgestützt sein. Es ist zu empfehlen, dass die Mitglieder des EPA-

EQual-Kriterien¹

Abgegrenzte Tätigkeit

1. Die EPA hat einen klar definierten Anfang und ein klar definiertes Ende
2. Die EPA ist selbständig durchführbar, um ein definiertes klinisches Ergebnis zu erreichen
3. Die EPA ist spezifisch und fokussiert
4. Die EPA ist (im Prozess) beobachtbar
5. Die EPA ist im Ergebnis messbar
6. Die EPA unterscheidet sich deutlich von anderen EPAs im Curriculum

Anvertraubare, wesentliche und wichtige Aufgabe des Berufs

7. Die EPA beschreibt eine Arbeit, die für den Beruf wesentlich und wichtig ist.
8. Die Durchführung dieser EPA führt zu einem erwarteten Arbeitsergebnis
9. Die Ausführung dieser EPA in der klinischen Praxis ist auf qualifiziertes Personal beschränkt
10. Die EPA bezieht sich auf eine berufliche Tätigkeit, die jemandem anvertraut werden kann.

EPA als Bildungsinstrument

11. Die EPA erfordert die Anwendung von Kenntnissen, Fertigkeiten und Einstellungen (KSA), die in der berufsspezifischen Aus- und Weiterbildung erworben wurden
12. Die EPA beinhaltet die Anwendung und Integration mehrerer Kompetenzdomänen
13. Der EPA-Titel beschreibt eine klinische Tätigkeit, nicht die Eigenschaften oder Kompetenzen von Lernenden
14. Die EPA beschreibt eine Tätigkeit und vermeidet Adjektive (oder Adverbien), die sich auf Fertigkeiten beziehen

¹ Auflistung übersetzt aus [8].



PD Dr. med. Severin Pinilla, M.Ed. PhD, ist Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, praktischer Arzt und wissenschaftlicher Mitarbeiter an der Universitätsklinik für Alterspsychiatrie und Psychotherapie Bern. Er ist Mitglied der SIWF EPA-Kommission und einer internationalen EPA Arbeitsgruppe (International EPA Courses – UMC Utrecht).



Dr. med. Adi Marty, MME, arbeitet als Oberarzt meV am Institut für Anästhesiologie des Universitätsspitals Zürich, wo er auch die Funktion als Leiter «Medical Education» am Simulationszentrum innehat. Er ist internationaler Experte für EPAs und Mitglied der SIWF EPA-Kommission. Zudem ist er Chief Visionary Officer bei der precisionED AG.

Kernteam Diversität aufweisen: zum Beispiel unterschiedliche klinische Erfahrungs-/Hierarchiestufen (von Assistenzärztin/Assistenzarzt bis Chefärztin/Chefarzt), unterschiedliche Erfahrung mit EPAs und kompetenzbasierter Weiterbildung (*Competency-based Medical Education*, CBME), unterschiedliche Weiterbildungsstätten, Sprachregionen.

Sobald das EPA-Kernteam komplett ist, hat es sich bewährt, gemeinsam mit einem Mitglied der SIWF EPA-Kommission ein *Kick-Off-Meeting* durchzuführen. Das Ziel ist dabei die Entwicklung einer ge-

Die Entwicklung von EPAs ist eine Teamarbeit und muss auf einem Mandat der Fachgesellschaft basieren.

meinsamen Vision und theoretischen Grundlage zu EPAs. Danach empfiehlt sich ein regelmässiger Rhythmus an Meetings (monatlich oder alle zwei Monate). Bis und mit Schritt 4 muss mit einer Dauer von 12–24 Monaten gerechnet werden (siehe Kasten zu EQual-Kriterien). Die Mitglieder des EPA-Kernteam brauchen deshalb eine ausgeprägte intrinsische Motivation.

Schritt 2: Erstellen eines initialen Entwurfs

Damit EPAs für die Qualitätssicherung der Weiterbildung gewinnbringend eingesetzt werden können, müssen diese bedeutsame und akkurate Beschreibungen der jeweils essenziellen Tätigkeiten in einem Fachgebiet darstellen.

Um das Rad nicht neu erfinden zu müssen, kann eine Literatursuche hilfreich sein. Allerdings ist beim Übernehmen von publizierten EPAs Vorsicht geboten: Einerseits entsprechen vor längerer Zeit publizierte «EPAs» nicht immer den mittlerweile geforderten Qualitätsstandards und andererseits sind sie für einen spezifischen Bildungskontext entwickelt worden, der sich durchaus von der Weiterbildung in der Schweiz unterscheiden kann.

Obwohl bereits eine beachtliche Anzahl an Publikationen zu EPA-Entwicklung in verschiedenen Fachgebieten existiert [2-4], gibt es (noch) keinen entsprechenden «Gold-Standard». Zudem werden die Erfahrungen in den kommenden Jahren im schweizerischen Kontext zeigen, ob erste EPA-Entwürfe überarbeitet oder angepasst werden müssen. Grundsätzlich ist das Risiko, dass EPAs im klinischen Weiterbildungsalltag nicht «funktionieren», umso höher, je weniger auf die verschiedenen Validitätskriterien (unter anderem Inhalt, *Stakeholder*-Perspektiven, standardisierte Bewertung der EPA-Qualität, Feedback durch *Sounding-Boards* innerhalb einer

Fachgesellschaft, Aufnahme in Weiterbildungsprogramm) geachtet wird.

Praktische Tipps für die Entwicklung von EPAs

Wie portioniert man ein Fachgebiet sinnvoll in konkrete klinische Tätigkeiten (EPAs)? Verschiedene Herangehensweisen können hier in Betracht gezogen werden. Man kann Symptom-fokussierte EPAs (zum Beispiel «Behandeln eines Patienten mit Atemnot» [5]), oder EPAs entlang des Arbeitsablaufs definieren (z.B. «Durchführen einer präoperativen anästhesiologischen Abklärung» [6]). Natürlich können beide Arten kombiniert werden [5].

Um EPAs effektiv zu gestalten, sollten sie möglichst nahe am klinischen Alltag sein. Wenn eine Assistenzärztin oder ein Assistenzarzt im Alltag ein arbeitsplatzbasiertes *Assessment* einholen möchte, soll nie die Frage aufkommen, ob die Tätigkeit als EPA hinterlegt und bewertbar ist oder nicht [7]. Alle essenziellen Tätigkeiten im klinischen Alltag sollten abgebildet sein.

Es lohnt sich, zuerst Domänen festzulegen, in welche anschliessend die EPAs eingeordnet werden können. Meistens entsprechen diese Domänen den Subspezialitäten des Faches [5]. Für die Prozeduren schlagen wir vor, eine extra Domäne «prozedurale EPAs» zu eröffnen. Damit können diese bei Bedarf einzeln beurteilt und anvertraut werden. Prozedurale EPAs sind möglicherweise die Grundlage für andere EPAs, das heisst man kann keine Anästhesieeinleitung selbstständig durchführen, wenn man nicht auch einen peripheren Venenkatheter legen kann.

Ein qualitativ hochstehender Entwurf einer ersten EPA-Liste ist entscheidend, um im weiteren Verlauf unnötige Ressourcenverschwendung zu vermeiden.

Um EPAs effektiv zu gestalten, sollten sie nahe am klinischen Alltag sein und alle essenziellen Tätigkeiten abbilden.

Als Unterstützung für die Entwicklung von EPAs gibt es einen Qualitätsmassstab: Die EQual-Kriterien [8] sollen bereits zu Beginn angewandt werden, um zu überprüfen, ob ein Vorschlag für eine EPA auch wirklich eine EPA ist (siehe Kasten zu EQual-Kriterien). Jede Korrektur einer qualitativ schlechten EPA im Verlauf des Entwicklungsprozesses ist mit zusätzlichem Aufwand verbunden.

Neben der Qualität ist auch die Granularität der EPAs ein Diskussionspunkt (Tab. 1). Soll man wenige grosse oder viele kleine EPAs definieren? Beides hat Vor- und Nachteile. Wenn man beispielsweise nur sechs EPAs hat, die ein ganzes Fachgebiet abdecken sollen, dann

Tabelle 1: Beispiele für die Qualität und Granularität von EPAs

Ist dies eine EPA?	Überlegungen	Vorschlag
Behandeln eines Patienten / einer Patientin mit einer Aortenstenose [5]	Scheint etwas wenig spezifisch. Dennoch eine gute EPA, wenn der Anfang und das Ende klar definiert und der Inhalt der Tätigkeit gut beschrieben ist.	So belassen
Selbständiges und professionelles Durchführen einer Anästhesieeinleitung [6]	Erfüllt die meisten EQual-Kriterien. Jedoch soll eine EPA keine Beschreibungen der Qualität der Durchführung enthalten (EQual Kriterium 14). «Selbständigkeit» wird mit der Verwendung der Bewertungsskala abgedeckt und ist hier fehl am Platz. Die erwartete «Professionalität» gehört in die Beschreibung der EPA.	ändern zu «Durchführen einer Anästhesieeinleitung»
Durchführen allgemeiner medizinischer Prozeduren [12]	Dies ist als EPA zu allgemein. Es wird schwierig diese EPA jemandem zur selbständigen Ausführung anzuvertrauen, da eine Vielzahl von unterschiedlichen Prozeduren eingeschlossen ist.	Diese EPA sollte in « <i>nested EPAs</i> » aufgeteilt werden: Jede zu lernende medizinische Prozedur soll einzeln beurteilt und anvertraut werden können. Es stellt sich die Frage, ob die « <i>nested EPAs</i> » dann nicht zu klein werden. (siehe nächste EPA)
Legen eines peripheren Venenkatheters [12]	Viele würden diese Tätigkeit als einfachen « <i>Skill</i> » bezeichnen. Wenn man jedoch bei der Bewertung auch auf <i>Wissen</i> und die <i>professionelle Haltung</i> achtet und nicht nur auf die <i>manuellen Fertigkeiten</i> , dann ist dies eine perfekte kleine EPA. Diese EPA wird vermutlich in vielen anderen EPAs vorkommen und wird deshalb als « <i>nested EPA</i> » bezeichnet.	so als « <i>nested EPA</i> » belassen.
Zu einer Kultur von Sicherheit und Verbesserung beitragen [12]	Dies ist ein klassisches Beispiel einer wichtigen Eigenschaft von Lernenden. Leider erfüllt es mehrere EQual-Kriterien nicht. Es ist z.B. keine Tätigkeit, die ein Anfang oder ein Ende hat. Fazit: Das ist keine EPA.	Die Bereitschaft, sich für Patientensicherheit einzusetzen, ist eine wichtige « <i>Attitude</i> » und gehört damit zur Beschreibung JEDER einzelnen EPA unter «KSA».

müssen diese zwangsläufig sehr breit sein. Dies birgt die Gefahr, dass die EPAs nur in kleinen Teilen überhaupt beobachtbar sind und im klinischen Alltag manchmal gar nicht als EPAs erkannt werden. Es resultiert eine Orientierungslosigkeit. Ein «Anvertrauen» zögert sich womöglich lange hinaus, weil sehr viele unterschiedliche Elemente in der EPA enthalten sind. Oft lohnt es sich, diese Elemente zu untergeordneten EPAs zu machen, sogenannten «*nested EPAs*», um diese einzeln bewerten zu können.

Sobald die Titel der EPAs definiert sind, kann sich das EPA-Kernteam um die detaillierte Ausarbeitung kümmern.

Wenn man hingegen viele kleinere EPAs definiert, sind diese spezifisch, beobachtbar und geeignet für ein reichhaltiges Feedbackgespräch. Hier entstehen oft Bedenken über eine Atomisierung der EPAs und die Praktikabilität einer grossen Anzahl EPAs. In der Literatur werden ein Richtwert von maximal 10 EPAs pro Weiterbildungsjahr der Weiterbildung [9] bzw. für ein drei- bis vierjähriges Weiterbildungsprogramm circa 20 bis 34 EPAs genannt [10]. Diese Zurückhaltung in der Empfehlung gründet ebenfalls in zu grossem adminis-

trativem Aufwand bei einer zu hohen Anzahl an EPAs und dem zugehörigen *Assessment* (siehe: *Suggestions for assessment using EPAs in residency training (pilot phase)*, EPA Commission of the SIWF Bern, 13.05.2022). Dank mobiler Technologie ist es möglich, die nötigen arbeitsplatzbasierten *Assessments* sinnvoll in den täglichen Arbeitsablauf zu integrieren [11].

Schritt 3: Konsens über die EPAs

Nachdem eine erste Liste mit EPA-Titeln und Beschreibungen zusammengestellt wurde, bieten sich verschiedene Konsensmethoden an, um die EPA-Liste zu finalisieren. Für den anschliessenden Konsensprozess lohnt es sich, nicht nur die Titel zu verwenden, sondern auch schon die EPA-Definition (siehe Schritt 4), damit allen Abstimmenden klar ist, was mit dem EPA-Titel gemeint ist.

Zu den formalisierten Konsensmethoden gehört die **Nominal Group Technique** (NGT) [13]. Die Teilnehmenden bewerten jede EPA zunächst individuell nach Wichtigkeit. Anschliessend werden die Ergebnisse in der Gruppe zusammengetragen und eine Rangliste nach Wichtigkeit der EPAs erstellt.

Weitere Abstimmungsmethoden basieren auf Variationen von Umfrageinstrumenten. Im Kontext der

EPA-Entwicklung wird vor allem bei medizindidaktischen Forschungsprojekten auf (**modifizierte**) **Delphi-Verfahren** zurückgegriffen [14]. Hier handelt es sich um eine noch stärker strukturierte Abstimmung, bei der die Abstimmenden EPA-Titel und Beschreibungen anonym kommentieren, gegebenenfalls in Kombination mit quantifizierten Beurteilungen der Wichtigkeit. Der Vorteil dieser Methode liegt insbesondere darin, dass Faktoren wie Status und Dominanz von einzelnen Expertinnen und Experten in den Hintergrund treten und primär inhaltliche Kommentare von allen Teilnehmenden berücksichtigt werden können (siehe Abb. 1).

Schritt 4: Ausarbeitung der EPAs

Sobald die Titel der EPAs definiert sind, kann sich das EPA-Kernteam um die detaillierte Ausarbeitung der EPAs kümmern. Hierzu hilft das EPA-Raster auf der SIWF-Webseite. Aus Erfahrung hat sich die folgende Reihenfolge als sinnvoll erwiesen:

- Definition
- Knowledge, Skills, Attitudes (KSA)
- Risiken

Definition

Hier sollte die klinische Tätigkeit unter einem EPA-Titel genauer beschrieben sein, damit alle das Gleiche unter dieser EPA verstehen. Dazu gehört zum Beispiel, in welchem klinischen *Setting* die EPA durchgeführt wird, wie der Komplexitätsgrad der EPA ist, wann die EPA beginnt und wann sie endet, welche zentralen Schritte dazugehören und was explizit nicht dazugehört.

Es hat sich bewährt, dass Grundzüge der Definition schon sehr früh im Konsensprozess vorhanden sind, damit die Involvierten ein gemeinsames Bild der EPA haben.

Knowledge, Skills, Attitudes (KSA)

Wenn man als Lernende oder Weiterbildner den Abschnitt KSA durchliest, sollte man ein möglichst plastisches Bild einer Person vor sich haben, die diese EPA beherrscht. Deshalb sollen die KSAs auch aktiv formuliert werden. Formulierungshilfe: «Wer diese EPA selbständig (das heisst mit entfernter Supervision, Level 4) ausführen darf ...» (es folgen aktives Verb und spezifische Kompetenz)

- kennt die Indikationen und Kontraindikationen dieser Intervention
- führt ein gut strukturiertes, patientenzentriertes Gespräch
- kennt ihre/seine Grenzen und holt rechtzeitig Unterstützung

Bei den KSA bietet es sich an, die bestehenden Weiterbildungsprogramme zu nutzen. In der Regel werden

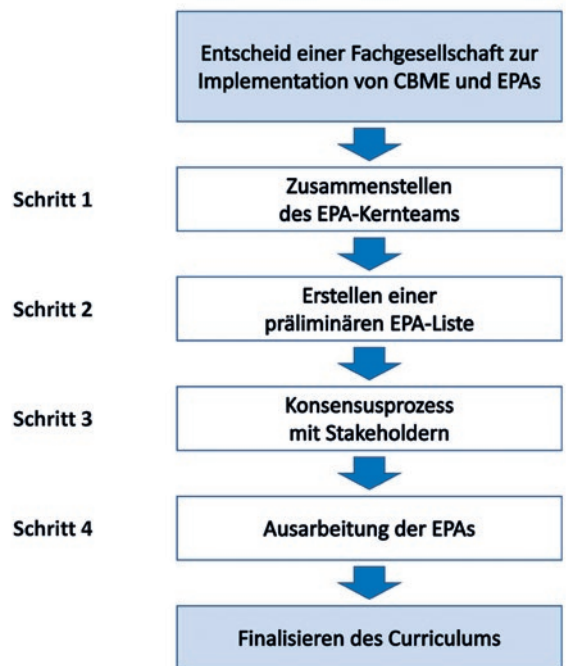


Abbildung 1: Übersicht zum EPA-Entwicklungsprozess (modifiziert nach [4]).

EPAs auf den bisherigen Lernzielen (Punkt 3 der Weiterbildungsordnung SIWF: Lernzielkatalog) in den Weiterbildungsprogrammen aufbauen. Hier wird der Mehrwert von EPAs deutlich: Der Fokus liegt nun auf der beobachtbaren klinischen Tätigkeit als Lernziel und vereint die zahlreichen untergeordneten Lernziele auf der Wissens-, Fähigkeits- und Haltungsebene.

Risiken

In diesem Abschnitt soll erwähnt werden, was passieren könnte, wenn jemand diese EPA nicht gut ausführt (in Bezug auf Patientinnen und Patienten, aber gegebenenfalls auch die Weiterzubildenden selbst). Diese Reflexion hilft auch dabei zu entscheiden, ob man diese spezifische EPA wirklich braucht.

Anschliessend können die übrigen Elemente des EPA-Rasters ergänzt werden.

Fazit und Ausblick

Die Entwicklung von sinnvollen EPAs ist aufwändig, deshalb steht die EPA-Kommission den Fachgesellschaften aktiv zur Seite. Es lohnt sich aus unserer Sicht, auf eine hohe Qualität der EPAs zu achten, damit diese für den klinischen Alltag relevant sind und Weiterbildungsaktivitäten maximal unterstützen.

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



[adimarty\[at\]bluewin.ch](mailto:adimarty[at]bluewin.ch)

Literatur

- 1 SIWF. Schweizerisches Institut für ärztliche Weiter- und Fortbildung (Kontakt: epa[at]siwf.ch) Bern, Switzerland 2022 [cited 2022 May 24th, 2022]; Available from: <https://www.siwf.ch/siwf-projekte/cbme/epa.cfm>.
- 2 Pinilla S; Cantisani A; Klöppel S; Strik W; Nissen C; Huwendiek S. Introducing a clerkship curriculum based on entrustable professional activities: a pilot study. 2020.
- 3 Ten Cate O; Taylor DR. The recommended description of an entrustable professional activity: AMEE Guide No. 140. *Med Teach*. 2021;43(10):1106–14.
- 4 Taylor D; Park YS; Smith C; Cate Ot; Tekian A. Constructing approaches to entrustable professional activity development that deliver valid descriptions of professional practice. *Teach Learn Med*. 2020;33(1):89–97.
- 5 Tanner FC; Brooks N; Fox KF; Goncalves L; Kearney P; Michalis L, et al. ESC core curriculum for the cardiologist. *Eur Heart J*. 2020;41(38):3605–92.
- 6 Marty AP; Schmelzer S; Thomasin RA; Braun J; Zalunardo MP; Spahn DR, et al. Agreement between trainees and supervisors on first-year entrustable professional activities for anaesthesia training. *Br J Anaesth*. 2020;125(1):98–103.
- 7 St-Onge C; Vachon Lachiver É; Langevin S; Boileau E; Bernier F; Thomas A. Lessons from the implementation of developmental progress assessment: a scoping review. *Med Educ*. 2020;54(10):878–87.
- 8 Taylor DR; Park YS; Egan R; Chan M-K; Karpinski J; Touchie C, et al. EQUAL, a novel rubric to evaluate entrustable professional activities for quality and structure. *Acad Med*. 2017;92(11S):S110–S7.
- 9 Ten Cate O; Chen HC; Hoff RG; Peters H; Bok H; van der Schaaf M. Curriculum development for the workplace using entrustable professional activities (EPAs): AMEE guide no. 99. *Med Teach*. 2015;37(11):983–1002.
- 10 Cate Ot. An updated primer on entrustable professional activities (EPAs). *Rev Bras Educ Med*. 2020;43:712–20.
- 11 Marty AP; Braun J; Schick C; Zalunardo MP; Spahn DR; Breckwoldt J. A mobile application to facilitate implementation of programmatic assessment in anaesthesia training. *Br J Anaesth*. 2022.
- 12 Michaud P-A; Jucker-Kupper P. PROFILES; Principal Relevant Objectives and Framework for Integrated Learning and Education in Switzerland. The Profiles Working Group. Bern: Joint Commission of the Swiss Medical Schools; 2017.
- 13 Touchie C; De Champlain A; Pugh D; Downing S; Bordage G. Supervising incoming first-year residents: faculty expectations versus residents' experiences. *Med Educ*. 2014;48(9):921–9.
- 14 Powell C. The Delphi technique: myths and realities. *J Adv Nurs*. 2003;41(4):376–82.

Ab Mitte Jahr tritt das Anordnungsmodell in Kraft und psychologische Psychotherapeutinnen in freier Praxis arbeiten als selbständige Leistungserbringer. Heute delegiert arbeitende psychologische Psychotherapeuten dürfen das noch längstens bis am 31. Dezember 2022 tun. Diese grundlegende Veränderung des Berufsstatus und der Berufsbeziehung zwischen Ärzteschaft und Psychologinnen lässt auch im letzten Stadium ihrer Umsetzung noch viele Fragen offen. Dies ist der Grund, dass die FMPP und die FMH gemeinsam ein Gutachten in Auftrag gegeben haben bei Professor Dr. iur. Ueli Kieser, welches insbesondere die Frage der Fortführung der Zusammenarbeit zwischen Ärzteschaft und psychologischen Psychotherapeuten «unter einem Dach», das heisst innerhalb einer gemeinsamen Institution oder Praxis juristisch beurteilen soll.

Der Artikel gliedert sich in zwei Teile. Im ersten Teil des Beitrages erläutert der FMH Rechtsdienst die wesentlichen rechtlichen Bestimmungen für die freiberufliche Tätigkeit im Anordnungsmodell zulasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung. Ebenso informiert im ersten Part des vorliegenden Beitrages die Abteilung Ambulante Versorgung und Tarife der FMH über den aktuellen Stand der Tarifverhandlungen.

Des Weiteren erläutert Prof. Kieser im zweiten Teil die Aspekte der gegenseitigen Beziehung zwischen anordnender Ärztin und selbständigem psychologischem Psychotherapeuten und nimmt ebenso zur Abgrenzung der unselbstständigen und selbständigen Tätigkeit Stellung. Insbesondere die Organisation der Zusammenarbeit in einer gemeinsamen Praxis bedarf in der Beurteilung von Prof. Kieser einer klaren strukturellen Ausgestaltung, damit davon ausgegangen werden kann, dass die selbständige Tätigkeit respektive die Anerkennung dieser durch Behörden und Justiz gewährleistet ist. Dabei ist der eigenverantwortlichen Tätigkeit mit eigener Haftpflichtversicherung ebenso Bedeutung zu schenken wie der in eigenem Namen zu erfolgenden Rechnungsstellung.

Dr. med. Yvonne Gilli, Präsidentin FMH

Vom Delegations- zum Anordnungsmodell

Ueli Kieser^a; Gabriela Lang^b, Iris Herzog-Zwitter^c, Patrick Müller^d

^a Prof. Dr. iur.; ^b lic. iur., Rechtsanwältin, Leiterin Abteilung Rechtsdienst FMH; ^c Dr. iur., Juristin Abteilung Rechtsdienst FMH; ^d Leiter Abteilung ambulante Versorgung und Tarife FMH

Im Juli tritt das neue Anordnungsmodell in Kraft. Damit verändert sich die Zusammenarbeit zwischen Ärzteschaft und Psychologinnen und Psychologen. Wie die Zulassung funktioniert, welche Tarife gelten, wer für die Abrechnung zuständig ist und ob psychologische Psychotherapeuten und Ärzte weiterhin gemeinsame Räumlichkeiten nutzen können – zu diesen Fragen gibt es nun rechtliche Einschätzungen.

Am 1. Juli 2022 erfolgt ein Systemwechsel vom Delegationsmodell zum Anordnungsmodell in der psychologischen Psychotherapie. Neu können psychologische Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten auf Anordnung einer Ärztin oder eines Arztes selbständig und auf eigene Rechnung zulasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) tätig sein. Sie sind neu als Leistungserbringer in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung zugelassen und können somit ihre Leistungen in eigener fachlicher Verantwortung erbringen.

Ärztliche Anordnung

Die Leistung der psychologischen Psychotherapie kann nur dann zulasten der OKP abgerechnet werden, wenn sie auf Anordnung durch Ärztinnen und Ärzte mit einem Facharztstitel in Allgemeiner Innerer Medizin, in

Psychiatrie und Psychotherapie, in Kinderpsychiatrie und -psychotherapie oder in Kinder- und Jugendmedizin oder eines Arztes oder einer Ärztin mit dem interdisziplinären Schwerpunkt Psychosomatische und psychosoziale Medizin (SAPPM), erfolgt.

Die Anzahl der Sitzungen und unter welchen Voraussetzungen diese zulasten der OKP abgerechnet werden können, ist in Art. 11b Krankenpflege-Leistungsverordnung (KLV) geregelt. Danach übernimmt die Versicherung pro ärztliche Anordnung die Kosten für höchstens 15 Abklärungs- und Therapiesitzungen. Der psychologische Psychotherapeut oder die psychologische Psychotherapeutin erstattet vor Ablauf der angeordneten Anzahl Sitzungen dem anordnenden Arzt oder der anordnenden Ärztin Bericht. Soll die Psychotherapie nach 30 Sitzungen zulasten der Versicherung fortgesetzt werden, so hat der anordnende Arzt oder die anordnende Ärztin dem Vertrauensarzt bzw. der



Spätestens ab dem 1. Januar 2023 muss mit dem Anordnungsmodell abgerechnet werden (Nick Fewings / Unsplash).

Vertrauensärztin der Krankenversicherung rechtzeitig zu berichten. Dieser Bericht mit dem Vorschlag zur Fortsetzung der Psychotherapie muss eine durch einen Facharzt oder eine Fachärztin mit einem Weiterbildungstitel in Psychiatrie und Psychotherapie oder in Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie erbrachte Fallbeurteilung beinhalten.

Für Leistungen zur Krisenintervention oder Kurztherapie für Patienten und Patientinnen mit schweren Erkrankungen bei Neudiagnose oder bei einer lebensbedrohlichen Situation wird die Anordnung auf einen Arzt oder eine Ärztin mit einem Weiterbildungstitel unabhängig von der Fachrichtung erweitert. In diesem Fall übernimmt die Versicherung höchstens zehn Abklärungs- und Therapiesitzungen.

Zulassung für Fachpersonen

Ab 1. Juli 2022 werden psychologische Psychotherapeuten und psychologische Psychotherapeutinnen vom Kanton zugelassen, wenn sie die folgenden Voraussetzungen, welche in Art. 50c KVV geregelt sind, erfüllen:

Kantonale Berufsausübungsbewilligung

Sie müssen gemäss Art. 50c lit. a KVV über eine kantonale Bewilligung für die Ausübung des Psychologieberufs nach Art. 22 Bundesgesetz über die Psychologieberufe (PsyG) verfügen. Diese wird erteilt, wenn die Person gemäss Art. 24 Abs. 1 lit. a PsyG im Besitz eines eidgenössischen oder eines anerkannten ausländi-

schen Weiterbildungstitels in Psychotherapie ist, vertrauenswürdig ist sowie psychisch und physisch Gewähr für eine einwandfreie Berufsausübung bietet und eine Amtssprache des Kantons beherrscht, für den die Bewilligung beantragt wird.

Klinische Erfahrung

Des Weiteren müssen die psychologischen Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten gemäss Art. 50c lit. b KVV über klinische Erfahrung von drei Jahren verfügen, davon sind mindestens zwölf Monate in psychotherapeutisch-psychiatrischen Einrichtungen zu absolvieren, die über eine der folgenden Anerkennungen des Schweizerischen Instituts für ärztliche Weiterbildung und Fortbildung (SIWF) verfügen

- ambulante oder stationäre Weiterbildungsstätte der Kategorie A oder der Kategorie B nach dem Weiterbildungsprogramm «Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie» vom 1. Juli 2009 in der Fassung vom 15. Dezember 2016 oder
- in einer Weiterbildungsstätte der Kategorien A, B oder C nach dem Weiterbildungsprogramm «Facharzt für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie» vom 1. Juli 2006 in der Fassung vom 20. Dezember 2018.

Die vom SIWF zertifizierten Weiterbildungsstätten finden Sie im Weiterbildungsstättenregister unter folgendem Link: www.siwf.ch → Weiterbildungsstätten → Anerkennung Weiterbildungsstätten.

Selbständige Ausübung auf eigene Rechnung

Wenn eine Psychotherapie durch psychologische Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten vorgenommen wird, geht es darum, dass die betreffende Person selbständig und auf eigene Rechnung tätig ist. Die aus analogen Tätigkeitsbereichen gewonnenen Erkenntnisse, etwa bezüglich Physiotherapie oder Ernährungsberatung, können auch für die Durchführung der psychologischen Psychotherapie angewendet werden; sie muss nämlich dieselben prinzipiellen Voraussetzungen erfüllen.

Für die selbständige Tätigkeit braucht es eine Berufsausübungsbewilligung sowie eine Zulassung zur Abrechnung zulasten der OKP.

Die psychologischen Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten, die ihren Beruf selbständig und auf eigene Rechnung ausüben möchten, müssen bei der Gesundheitsdirektion des zuständigen Kantons eine Berufsausübungsbewilligung sowie eine Zulassung zur Abrechnung zulasten der OKP beantragen. Mit dieser Bewilligung sind sie berechtigt, bei der SASIS AG eine ZSR-Nummer zu lösen. Die persönliche ZSR-Nummer berechtigt den Inhaber, mit den öffentlichen Kostenträgern abzurechnen. Eine Selbständigkeit für die Ausübung des Berufs benötigt auch eine Bestätigung seitens der AHV-Ausgleichskasse des betreffenden Kantons. Da die Bestätigung seitens AHV erst nach Erwerb der ZSR-Nummer erteilt wird, wird für den Erhalt der ZSR-Nummer auch eine Kopie des ausgefüllten AHV-Antragsformulars akzeptiert.

Bereits aus dem Text der KVV, der eine selbständige, auf eigene Rechnung erfolgende Tätigkeit vorschreibt, ergibt sich, dass die psychologischen Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten ihre Rechnung in eigenem Namen zu stellen haben (vergleiche dazu unten). Nicht möglich ist, dass die Abrechnung durch die anordnende Ärztin oder den anordnenden Arzt erfolgt. Verlangt ist auch ein Auftritt nach aussen im eigenen Namen (zum Beispiel eigene Visitenkarte). Typischerweise übernimmt schliesslich die therapeutisch tätige Person Anordnungen von verschiedenen Ärztinnen und Ärzten.

Nachweis der Qualitätsanforderungen

Sie müssen über das erforderliche qualifizierte Personal verfügen. Ein eigenes Qualitätsmanagementsystem muss vorhanden sein. Sie müssen ebenso über ein geeignetes internes Berichts- und Lernsystem verfügen und haben sich, sofern ein solches besteht, einem gesamtschweizerischen einheitlichen Netzwerk zur Meldung von unerwünschten Ereignissen angeschlossen.

Des Weiteren müssen sie gemäss Art. 58g KVV über eine Ausstattung verfügen, die erforderlich ist, um an nationalen Qualitätsmessungen teilzunehmen.

Zulassung für Organisationen

In Art. 52d KVV hat der Bundesrat die Zulassungskriterien für Organisationen der psychologischen Psychotherapie geregelt. Gemäss Art. 35 Abs. 2 lit. e KVG sind als Leistungserbringer nicht nur Personen, die auf Anordnung oder im Auftrag eines Arztes oder einer Ärztin Leistungen erbringen, zugelassen, sondern auch Organisationen, die solche Personen beschäftigen. Diese Organisationen der psychologischen Psychotherapie erbringen ihre Leistungen durch Personen, welche die vorgenannten Voraussetzungen gemäss Art. 50c Buchstabe a und b KVV erfüllen.

Tarifierung

Die Verhandlungen für einen eigenen Tarif der psychologischen Psychotherapie finden zwischen den Tarifpartnern der Föderation der Schweizer Psychologinnen und Psychologen (FSP) – welche die Interessen der Assoziation Schweizer Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten (ASP) und des Schweizerischen Berufsverbands für Angewandte Psychologie (SBAP) vertreten –, Curafutura, H+ und santésuisse statt. Die Tarifpartner konnten sich in der gegebenen Zeit nicht auf eine definitive Tarifstruktur einigen und haben einen auf nationaler Ebene vorgesehenen Übergangstarif verhandelt. Die Einreichung dieses Übergangstarifs inklusive verhandeltem Taxpunktwert erfolgte am 14. Juni 2022 beim Bundesrat. Die Einkaufsgemeinschaften tarifsuisse ag und CSS Krankenversicherungen AG gehen einen anderen Weg und wollen einen für

Die Tarifpartner konnten sich noch nicht auf eine definitive Tarifstruktur einigen. Sie haben einen Übergangstarif verhandelt.

die freie Praxis geltenden provisorischen Arbeitstarif durch die Kantone festsetzen lassen. Dazu wurden bei allen Kantonen Eingaben gemacht. Die Bewertung dieses provisorischen Tarifs basiert auf dem bestehenden TARMED mit den entsprechenden geltenden Taxpunktwerten.

Unabhängig davon, ob per 1. Juli 2022 ein gemeinsamer Tarif vorliegt, gilt die in der Krankenpflege-Leistungsverordnung (KLV) festgehaltene Übergangsregelung von sechs Monaten bis maximal 31. Dezember 2022. Bis zu diesem Zeitpunkt kann weiter über das Delegationsmodell mit den bisherigen TARMED-Posi-

tionen abgerechnet werden. Ab dem 1. Januar 2023 müssen alle Leistungserbringer mit dem Anordnungsmodell und den dann vereinbarten Übergangstarifen oder mit den dann verfügbaren provisorischen Tarifen abrechnen.

Übergangsbestimmung

Gemäss der Übergangsregelung in der Krankenpflege-Leistungsverordnung übernimmt die Krankenversicherung die Kosten für Leistungen der delegierten Psychotherapie noch bis maximal sechs Monate nach Inkrafttreten der Neuregelung, das heisst bis zum 31. Dezember 2022 (Datum der Leistungserbringung).

Auswirkungen auf die ärztliche Tätigkeit

Ausgangspunkt: Selbständige Tätigkeit

Die voranstehenden Ausführungen bedeuten aus Sicht der anordnenden Ärztin/des anordnenden Arztes einerseits und der psychologischen Psychotherapeutin/des psychologischen Psychotherapeuten andererseits im Wesentlichen, dass die gegenseitigen Beziehungen beschränkt und in bestimmter Weise ausgestaltet sein müssen.

Eine selbständige und auf eigene Rechnung erfolgte therapeutische Tätigkeit liegt typischerweise vor, wenn:

- ein Auftritt von Psychotherapeutin und Psychotherapeut nach aussen im eigenen Namen erfolgt, was beispielsweise eine umfassende Einbindung in die Arztpraxis ausschliesst.
- das Inkassorisiko vollständig beim Psychotherapeuten/bei der Psychotherapeutin liegt, was ausschliesst, das entsprechende Risiko ärztlich zu tragen.
- für die ärztliche Anordnung einer Behandlung keinerlei finanzielle oder immaterielle Entschädigung verlangt oder geleistet wird.
- Dienstleistungen mit direktem Bezug zur Durchführung der Therapie nicht über die Arztpraxis erbracht werden, was beispielsweise für die Psychotherapeutin und den Psychotherapeuten nahelegt, eine eigene Berufshaftpflichtversicherung abzuschliessen, im eigenen Namen Rechnung zu stellen und die Buchhaltung separat zu führen.

Wenn die Beziehungen zwischen Arztperson und therapeutisch tätiger Person so ausgestaltet sind, dass für die Durchführung der Therapie aus Sicht von Psychotherapeutin oder Psychotherapeut nicht von Belang ist, wer ärztlich die Anordnung der Psychotherapie

vorgenommen hat, wird typischerweise eine selbständige Tätigkeit vorliegen.

Tätigkeit in derselben Praxis

Nachfolgend ist zu prüfen, ob die ärztliche und die therapeutische Tätigkeit – wie es bei der früheren delegierten Therapie zwingend war – in denselben, gemeinsamen Praxisräumen vorgenommen werden können.

Die Benutzung einer gemeinsamen Praxis ist nicht prinzipiell ausgeschlossen. Allerdings muss

1. die selbständige Tätigkeit der psychologischen Therapeutin und des psychologischen Therapeuten gewährleistet sein, und es muss
2. das krankensicherungsrechtliche Wirtschaftlichkeitsgebot eingehalten werden.

Das Wirtschaftlichkeitsgebot schliesst insbesondere aus, dass ärztlich oder therapeutisch die Zusammenarbeit von finanziellen Interessen gesteuert wird. Dies bringt mit sich, dass für Dienstleistungen – etwa für die Möglichkeit einer Raumbenutzung – seitens des Arztes und der Ärztin eine von Marktwerten abweichende (höhere) Entschädigung nicht verlangt werden darf.

Wenn eine Therapeutin oder ein Therapeut sich in einer Arztpraxis einmietet, kann dafür zwar eine (marktkonforme) Miete vereinbart werden, wobei diese aber nicht unterschiedlich danach ausfallen kann, wer ärztlich die Anordnung vorgenommen hat. Es liegt ferner nahe, die Entschädigung nicht unmittelbar an die Zahl der angeordneten Therapien zu knüpfen, sondern sie in gewisser Weise zu pauschalieren (zum Beispiel Entschädigung pro Halbtage oder pro Tag).

Ergebnisse

Diese Überlegungen zeigen, dass die äussere Gestaltung der bisherigen Delegationsverhältnisse bei einer Überführung in das Anordnungsmodell in wesentlichen Punkten verändert werden muss. Die therapeutisch tätige Person muss im Anordnungsmodell selbständig und auf eigene Rechnung tätig sein.

Wird die therapeutische Tätigkeit (weiterhin) in der Arztpraxis ausgeübt, ist vorausgesetzt, dass ein Marktmietzins für die Raumbenutzung vereinbart wird. Darüber hinaus gehende Entschädigungen sind an sich nicht möglich, ausser wenn die Entschädigung für eine nicht direkt mit der Therapie verknüpfte Leistung (zum Beispiel Reinigung der Praxisräume) erfolgt und dabei marktkonform festgesetzt wird.

Gemeinsam an der IFAS 2022

Claudia Blackburn^a, Jennifer Aellen^b,

^a Leiterin Abteilung Mitgliedschaften DLM, FMH; ^b Leiterin Marketing und Kommunikation, FMH Consulting Services AG



Die FMH, die FMH Services und HIN heissen Sie an der IFAS – dem Branchentreffpunkt für den Schweizer Gesundheitssektor – vom 25. bis 27. Oktober 2022 am gemeinsamen Stand in der Messe Zürich auf der Galerie vor der Halle 7 willkommen. Lernen Sie unser grosses, auf die Ärzteschaft ausgerichtetes Dienstleistungsangebot kennen! Wir freuen uns auf den persönlichen Kontakt und gehen gerne auf Ihre Anliegen und Bedürfnisse ein.

Besuchen Sie unsere Workshops am Mittwoch, 26. Oktober 2022

Teilnehmerkreis:

Die FMH Services-Workshops stehen ausschliesslich Ärztinnen und Ärzten sowie deren MPA offen (sofern die Anmeldung durch den/die Praxisinhaber/in erfolgt). Sie werden ausschliesslich in deutscher Sprache durchgeführt und sind kostenlos.

Die HIN-Workshops richten sich an Ärztinnen und Ärzte, IT-Fachpersonen von Institutionen sowie HIN-Partner. Die Registrierung erfolgt nach Eingang der Anmeldungen. Die Teilnahme an den Workshops berechtigt zum Gratisenritt zur IFAS 2022.

Anmeldung: Online-Formular unter www.fmhservices.ch
Veranstaltungsort: Seminarraum K6, Galeriegeschoss Halle 7, Messe Zürich.

Workshop Nr. 1 (FMH Services Factoring & Inkasso) Vorteile der externen Honorarabrechnung

Mittwoch, 26. Oktober 2022, 10:00 – 10:45 Uhr

Referent: Jean-Michel Stampfli, FMH Services (Factoring & Inkasso).

Fokus auf:

- Kostengünstiger Lösungsansatz zum Versand der Patientenkopie.
- Honorarabrechnung durch externen Dienstleister bedeutet Liquiditätssicherung und Entlastung in der Praxisführung.

Die Evaluation des individuell betrachteten richtigen Dienstleisters zur Honorarabrechnung in der Arztpraxis ist ein zentraler Entscheid und hilft, die Liquidität zu sichern, was das Aushandeln von Bankkrediten vereinfacht und die finanzielle Belastung reduziert. Als positiver Nebeneffekt kann ein schlanker Debitorenmanagement-Prozess erzielt werden. Zudem bietet die FMH

Services (Factoring) eine kostengünstige Lösung zum Versand der gesetzlich vorgegebenen Patientenkopie.

Workshop Nr. 2 (FMH Services) Für Ärzte: Selbstständigkeit – wie erstelle ich einen Businessplan?

Mittwoch, 26. Oktober 2022, 11:00 – 11:45 Uhr

Referent: Patrick Tuor, Leiter Beratung, Mitglied der Geschäftsleitung FMH Services

Der Weg in die Selbstständigkeit ist bei vielen mit Unsicherheit verbunden. Man ist mit der Frage konfrontiert: Wie weiss ich, dass mein Plan aufgeht? Um diese Frage zu beantworten, ist der Businessplan der wesentliche Aspekt. In diesem Workshop geben wir Ihnen Tipps und Tricks, wie Sie als zukünftige/r Praxisärztin/-arzt einen Businessplan erstellen können, und teilen unsere Erfahrungen mit Ihnen.

Workshop Nr. 3 (FMH Services) Gruppenpraxis (inkl. Neuigkeiten zur Zulassungsbeschränkung)

Mittwoch, 26. Oktober 2022, 13:30 – 14:15 Uhr

Referent: Patrick Tuor, Leiter Beratung, Mitglied der Geschäftsleitung FMH Services

Vor kurzem ist das «neue Zulassungsrecht» eingeführt worden, welches diverse Punkte beinhaltet, die für Gruppenpraxen wesentlich sind. Wir werden Ihnen in diesem Workshop aufzeigen, was es aus Sicht «Praxisbesitzer/innen» und «Praxisangestellte/r» zu beachten gilt, und gehen auf die neusten Erkenntnisse aus dem Markt ein.

Workshop Nr. 4 (HIN): Cyberkriminalität im Gesundheitswesen

Mittwoch, 26. Oktober 2022, 14:30 – 15:30 Uhr

Referent: Dominik Grolimund, IT Security/ Awareness Referent, HIN

Eine sichere IT-Infrastruktur ist für Institutionen des Gesundheitswesens und zum Schutz vor Cyberattacken unumgänglich. Zusätzlich beeinflusst jedoch auch menschliches Verhalten – und zwar jeder und jedes einzelnen Mitarbeitenden – die IT-Sicherheit von Unternehmen. Das Input-Referat zeigt auf, wie Cyberkriminelle psychologische Faktoren für ihre Ziele nutzen, wie Mitarbeitende zur IT-Sicherheit beitragen und wie sie für deren Relevanz sensibilisiert werden können.

Personalien

Todesfälle / Décès / Decessi

Alfred E. Müller-Sturm (1955), † 29.5.2022,
Facharzt für Neurologie, 8008 Zürich

Matthias Keller (1944), † 7.6.2022,
Facharzt für Gynäkologie und Geburtshilfe,
8057 Zürich

Mathis Trepp (1948), † 13.6.2022,
Facharzt für Allgemeine Innere Medizin,
7000 Chur

Praxiseröffnung / Nouveaux cabinets médicaux / Nuovi studi medici

BS

Maja Gruber,
Fachärztin für Allgemeine Innere Medizin
und Fachärztin für Gastroenterologie, FMH,
Burgunderstrasse 42, 4051 Basel

FR

Tina Sandra Semi Julita,
Fachärztin für Anästhesiologie, FMH, Route
de l'Intyamont 113, 1635 La Tour-de-Trême

LU

Olaf Hentrich,
Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie,
FMH, Buchenstrasse 8, 6210 Sursee

VD

Francesca Assandri,
Fachärztin für Kinder- und Jugendpsychiatrie
und -psychotherapie, FMH,
Rue de la Plaine 14–16, 1400 Yverdon-les-Bains

Ärztegesellschaft des Kantons Bern

Ärztlicher Bezirksverein Bern Regio

Zur Aufnahme als ordentliches Mitglied hat
sich angemeldet:

Stefan Schlosser, Facharzt für Allgemeine
Innere Medizin und Facharzt für Gastro-
enterologie, FMH, GastroPraxis Bärn,
Schwarztorstrasse 7, 3007 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.

Ärztegesellschaft des Kantons Luzern

Zur Aufnahme in unsere Gesellschaft Sektion
Stadt hat sich gemeldet:

Manuel Ottiger, Facharzt für Allgemeine
Innere Medizin, FMH, Gesundheitszentrum
Dr. Annen, Bahnhofstrasse 24, 6037 Root

Iraida Pisarenco, Fachärztin für Neurologie,
FMH, Hofklinik für Wach- und Schlafmedi-
zin, Löwenstrasse 16a, 6004 Luzern und
LUKS, 6000 Luzern 16

Zur Aufnahme in unsere Gesellschaft hat sich
gemeldet:

Antonio Besi Vetrella, Facharzt für All-
gemeine Innere Medizin, FMH, Hausärzte
Region Reiden, Walke B, 6260 Reiden

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

Ärztegesellschaft Thurgau

Die Ärztegesellschaft Thurgau informiert
über folgende Neuanmeldungen:

Alex Eliu, Facharzt für Neurologie, FMH,
Fischenzstrasse 6, DE-78462 Konstanz

Meghana Anika Varde, Fachärztin für Ophthal-
mologie, Dufourstrasse 93a, 9000 St. Gallen

Mentor Sylva, Facharzt für Allgemeine Innere
Medizin und Facharzt für Kardiologie, Mühl-
wiesstrasse 49, 8487 Zell

Walter Funk, Facharzt für Psychiatrie und Psy-
chotherapie, Bleichstrasse 3, 8280 Kreuzlingen

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

Stefanie Pannek, Fachärztin für Kinder-
und Jugendmedizin, Zum Schlössli 5,
DE-78464 Konstanz

Simon Mutzke, Praktischer Arzt, Palmenweg 14,
8280 Kreuzlingen

Einsprachen gegen diese Vorhaben müssen
innerhalb 14 Tagen seit der Veröffentlichung
schriftlich und begründet bei der Ärztegesell-
schaft Thurgau eingereicht werden. Nach
Ablauf der Frist entscheidet der Vorstand
über die Aufnahme der Gesuche und über
allfällige Einsprachen.

Ärztegesellschaft des Kantons Schwyz

Zur Aufnahme in die Ärztegesellschaft des
Kantons Schwyz hat sich angemeldet:

Sanchez Lasa Enrique, Facharzt für Ophthal-
mologie, FMH, ab 01.07.2021 zu 40%, in
Goldau tätig

Einsprachen gegen diese Aufnahme rich-
ten Sie schriftlich innert 20 Tagen an
Dr. med. Jörg Frischknecht, Bahnhofstrasse 31,
6440 Brunnen oder per Mail an
joerg.frischknecht@hin.ch

Ärzte-Gesellschaft des Kantons Zug

Zur Aufnahme in die Ärzte-Gesellschaft des
Kantons Zug als ausserordentliches Mitglied
hat sich angemeldet:

Iris F. Breuer, Fachärztin für Psychiatrie und
Psychotherapie, FMH, AMEOS Stadtpraxis
Baar, Dorfstrasse 13, 6340 Baar

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

Zorica Saljo, Fachärztin für Allgemeine Innere
Medizin, Medbase Zug, Baarerstrasse 53,
6300 Zug

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

In memoriam Dr Juan Ruiz (1960–2022)



Dr Juan Ruiz (image aimablement mise à disposition par Floriana Lurati Ruiz).

Le Dr Juan Ruiz, privat-docent et maître d'enseignement et de recherche à la Faculté de biologie et de médecine de l'Université de Lausanne (Unil), est décédé le 25 mai 2022 à l'âge de 62 ans d'une cruelle maladie supportée avec courage. Le rayonnement du Dr Juan Ruiz a motivé l'écriture de ces quelques lignes par plusieurs personnes qui ont admiré les compétences et la riche personnalité de ce collègue.

La formation du Dr Ruiz fut principalement ac-

quis à l'Université de Genève, avec un engagement précoce dans le domaine de la diabétologie. Il fut largement influencé par le Professeur Jean-Philippe Assal, pionnier de l'éducation thérapeutique, avec qui il a développé une sensibilité à l'accompagnement des patients souffrant de maladies chroniques.

Après un engagement en recherche clinique à Paris, il fut nommé dès 1995 responsable de la consultation de diabétologie au sein du Service d'endocrinologie du Centre hospitalier universitaire vaudois (CHUV) et de la Polyclinique Médicale Universitaire, devenue Unisanté. Dès 2005, il fut nommé cadre dans le Service d'endocrinologie et de diabétologie et privat-docent/MER à la Faculté de biologie et de médecine de l'Unil. Pendant près de 30 ans, le Dr Ruiz a excellé dans le modèle d'une prise en charge intégrative. L'interdisciplinarité et l'interprofessionnalité étaient au centre de ses intérêts.

Il a excellé dans le modèle d'une prise en charge intégrative. L'interdisciplinarité et l'interprofessionnalité étaient au centre de ses intérêts.

Partager les compétences des infirmières et infirmiers, diététiciennes et diététiciens, psychologues et médecins au service du patient était primordial pour lui. Il a su démontrer que la complémentarité de ces équipes permettait d'assurer une synergie remarquable au bénéfice du patient. Il a créé un *Certificate of Advance Studies* (CAS) sur l'accompagnement thérapeutique en

collaboration avec les sciences humaines. Il a inconditionnellement sensibilisé toute notre communauté à l'éducation thérapeutique et il fut un ambassadeur de la prise en charge intégrée du patient diabétique, modèle d'une maladie chronique. Il a toujours eu une perspective inclusive auprès de tout patient, favorisant l'équité des soins.

Dès 2014, il fut nommé médecin cadre à Vevey et responsable de l'Unité de diabétologie Riviera-Chablais. Personnalité riche et généreuse, le Dr Ruiz avait également des faiblesses qui peuvent être considérées comme des qualités. Il procrastinait ses devoirs d'écriture et ceci pour mieux se consacrer au patient. Son humour était

Il procrastinait ses devoirs d'écriture et ceci pour mieux se consacrer au patient. Son humour était percutant, parfois sarcastique.

percutant, parfois sarcastique. Son décès était attendu, mais survenu d'une manière trop précoce; «comme une déclaration d'impôt» aurait suggéré le Dr Ruiz.

Le Dr Ruiz a donné le meilleur de ses compétences au bénéfice de milliers de patients diabétiques qui lui sont certainement reconnaissants.

Aujourd'hui, ce sont tous les soignants qui honorent les talents du Dr Ruiz, précurseur de l'intégration inter et pluridisciplinaire dans la prise en charge du patient. Nous sommes tous reconnaissants au Dr Ruiz pour ce don au service de tous et nos pensées émues sont partagées avec tous ses proches, sa famille et ses enfants qui lui étaient si chers.

*Prof. Gérard Waeber,
Chef du Département de médecine, CHUV*

*Prof. Patrick Bodenmann,
Vice-Doyen de l'enseignement et de la diversité
Chef du Département vulnérabilités et médecine sociale à Unisanté*

*Professeure associée Jardena Puder,
Endocrinologue-diabétologue,
Département femme-mère-enfant, CHUV
«au nom de tous ceux qui ont eu la chance de travailler en diabétologie à ses côtés»*

*Françoise Ninane
Directrice adjointe des soins, CHUV*

Symposium der Schweizerischen Gesellschaft für Intensivmedizin

Dem Fachkräftemangel auf der Intensivstation entgegenwirken

Antje Heise^a, Franziska von Arx^b

^a Dr. med., Präsidentin Ärzteschaft Schweizerische Gesellschaft für Intensivmedizin (SGI), Spital Thun; ^b Geschäftsführende Präsidentin SGI, Universitäts-Kinderspital Zürich

Am 31. März fand im Zentrum Paul Klee in Bern das diesjährige Symposium der Schweizerischen Gesellschaft für Intensivmedizin (SGI) statt. Die vergangenen Jahre haben die Bedeutung der Intensivmedizin aufgezeigt. Das diesjährige Symposium griff deshalb das Thema «Fachpersonal heute und morgen» auf und rundete damit das SGI-Jahresthema «Arbeiten auf der Intensivstation» ab.

Das Programm schlug den Bogen vom Personalmarketing über die Personalrekrutierung bis hin zum Personalerhalt. Hervorragende Referentinnen und Referenten aus den unterschiedlichsten Branchen und Institutionen präsentierten ihre Sicht auf Bedürfnisse des Personals, Arbeits- und Führungsmodelle, Arbeitgeberattraktivität wie auch kommende Trends mit Fokus auf die interprofessionellen Berufsgruppen.

Fachkräftemangel macht sich bemerkbar

Der Bedarf an qualifizierten Pflegeleistungen nimmt zu, nicht zuletzt aufgrund der Hochaltrigkeit unserer Bevölkerung sowie der chronischen Erkrankungen

und der medizinischen Fortschritte. Trotz dem daraus resultierenden grossen Bedarf an Fachpersonal besteht ein zunehmender Fachkräftemangel. Der Personal-mangel im Pflegebereich war bereits vor der COVID-19-Pandemie dramatisch.

Pflegefachpersonen machen 59% des gesamten Gesundheitspersonals aus. Der Nationale Versorgungsbericht 2021 zeigt auf, dass Pflegefachpersonen auf dem Arbeitsmarkt mit Abstand am meisten gesucht werden und schweizweit in allen Spitälern grosse Vakanzen bestehen [1]. Die Zahlen des schweizerischen Gesundheitsobservatoriums zeigen, dass ca. 34% der Ärzte und Ärztinnen vor dem Alter von 35 Jahren definitiv aus dem Beruf aussteigen [2]. Beim Pflegepersonal beträgt dieser Anteil ca. 32,4%, so Roswitha Koch vom Schweizer Berufsverband der Pflegefachfrauen und Pflegefachmänner (SBK). Lösungsansätze zeigt die Pflegeinitiative auf, welche im November 2021 angenommen wurde. Ihre Hauptanliegen sind es, die Arbeitsbedingungen zu verbessern, in die Ausbildung zu investieren, Berufsausstiege zu verhindern und die Pflegequalität zu sichern.

Gefahren am Arbeitsplatz

Elengo Mohanaradhakrishnan vom Institut für Arbeitsmedizin (ifa) zeigte die Vielfalt der Gefahren auf, welchen Intensivteams am Arbeitsplatz ausgesetzt sein können. Angefangen bei Lärm und Dauergeräuschen, über chemische und biologische Gefahren wie Narkosegase und Infektionen, Hautprobleme und Allergien durch den Kontakt mit Materialien, die konstanten körperlichen Belastungen durch das Lagern der Patientinnen und Patienten, die Schichtdienstbelastung und vieles mehr. Die Burnout-Rate ist gemäss einer Medscape-Studie in der Notfall- und in der Intensiv-



Auch in der Intensivmedizin herrscht Fachkräftemangel: Am Symposium wurde deshalb über Möglichkeiten zur Personalerhaltung und Personalrekrutierung gesprochen. (Sudok1 | Dreamstime.com)

medizin relativ hoch, wobei 60% der Befragten die zu hohe bürokratische Belastung als Grund für ein Burnout angegeben haben [3].

Bedürfnisse der Gesundheitsfachpersonen

Interessant war daher die Frage von Monika Brodmann Maeder, Präsidentin des Schweizerischen Instituts für ärztliche Weiter- und Fortbildung (SIWF), ins Auditorium, welche Bedürfnisse die Ärzteschaft in Bezug auf Arbeit und Weiterbildung hat. Häufig genannt wurden «Wertschätzung» und «Zeit für Weiterbildung». Die Umfrage unter den Pflegefachpersonen im Auditorium ergab ebenfalls das Bedürfnis nach «Wertschätzung» und nach «Begegnung im Team auf Augenhöhe». Die Dauer der ärztlichen Weiterbildung sowie individuelle Faktoren wie die Elternzeit und Teilzeitarbeitsmöglichkeiten, aber auch das Bedürfnis nach weniger Administration und eine bessere Aufteilung der Wochenarbeitszeit sind wichtige Anliegen der jungen Kolleginnen und Kollegen. Die

Viele Ärztinnen und Ärzte wünschen sich mehr Wertschätzung bei der Arbeit und mehr Zeit für die Weiterbildung.

Weiterentwicklung und Modernisierung der ärztlichen Aus- und Weiterbildung ist daher ein prioritäres Projekt des SIWF. Hierzu gehört auch die Einführung von *Entrustable Professional Activities* (EPAs), auf Deutsch auch «Anvertraubare Professionelle Tätigkeiten» (APT), um das Lehren und Lernen in kompetenzbasierter medizinischer Aus- und Weiterbildung zu strukturieren [4].

An den Beispielen Arbeitszeit und Ruhezeit erklärte Deborah Balicki aus dem Ressort Arbeitnehmerschutz des Staatssekretariats für Wirtschaft (SECO), wie das Arbeitsgesetz im Gesundheitswesen die Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer schützen soll.

Rekrutierung im Wandel

Im zweiten Themenblock wurden Strategien zur Personalgewinnung und zum Personalerhalt aus unterschiedlichen Blickwinkeln beleuchtet. Sonja Auf der Maur von HRbegeistert zeigte schwungvoll auf, dass die zukünftigen Mitarbeitenden aktiv beworben und angesprochen werden wollen. Motivationsschreiben seien nicht mehr zeitgemäss, Bewerbungen sollten schnell, mit möglichst wenig Aufwand und unkompliziert online möglich sein. Der erste Eindruck vom Arbeitgeber ist zentral, weil er die *Candidate Experience* prägt.

Sandra Kohler und Patrizia Zwygart von kohler + partner präsentierten dem Publikum Ideen anderer Branchen, um die Mitarbeitenden zu halten.

Die Intensivpflegeexpertinnen Stefanie Stöckel und Gaby Gürber vom Luzerner Kantonsspital gaben mit ihrer Präsentation Einblick in die selbstorganisierte Arbeitsplanung ihres Teams, die die Zufriedenheit der Kolleginnen und Kollegen deutlich erhöht hat.

Erwartungen sind gewachsen

Anna Kühn von fischerAppelt, live zugeschaltet aus Hamburg, machte den Teilnehmenden auf sehr erfrischende Weise klar, dass die Arbeitgeber auf neue Medien setzen müssen, um Personen der Generation Z, die in der digitalen Welt aufgewachsen sind, für sich zu gewinnen. Sie zeigte aufgrund von verschiedenen Beispielen auf, wie z.B. unkonventionelle Videos zur Bewerbung des Jobprofils grosse Wirkung haben und dass der Lohn und das Privatleben für diese Generation wichtiger zu sein scheinen als Teamarbeit und Verantwortungsübernahme.

Temporeich präsentierte John Antonakis von der Universität Lausanne seine Forschungsergebnisse zum Thema *Leadership* und warum Führungsleute mit Charisma und der Fähigkeit, Geschichten zu erzählen, erfolgreicher sind.

Und gerade im sich rasch wandelnden Gesundheitswesen, das unter hohem ökonomischem Druck steht, braucht es Organisationen und Menschen, die eine gute Balance zwischen Flexibilität und Stabilität finden und damit auch die Resilienz und Sicherheit ihrer Mitarbeitenden fördern, führte Gudela Grote, ETH Zürich, aus.

Die Vorträge und die begleitende Industrieausstellung besuchten ca. 220 Teilnehmende. Das Symposium bildete die Startveranstaltung zum 50-Jahr-Jubiläum der SGI. Die Jubiläumstagung findet vom 14. bis 16. September 2022 im Congress Center Basel statt und steht unter dem Motto: «50 Jahre SGI im Zeichen der Interprofessionalität und Interdisziplinarität». Das Programm der Tagung ist auf der Website der SGI einsehbar.

Das Wichtigste in Kürze

- Am 31. März fand das Symposium der Schweizerischen Gesellschaft für Intensivmedizin statt, an dem das Thema «Fachpersonal heute und morgen» behandelt wurde.
- Wegen des Fachkräftemangels sowie einer relativ hohen Burnout-Rate in der Notfall- und der Intensivmedizin sind der Personalerhalt und die Personalrekrutierung zentral.
- Eine Umfrage am Symposium zeigte, dass sowohl für die ärztlichen Fachpersonen wie auch das Pflegepersonal die Wertschätzung ihrer Arbeit sehr wichtig ist.
- Für die erfolgreiche Personalrekrutierung sollten ausserdem die neuen Medien (z.B. Videos) genutzt werden.

Literatur

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



sgifatlimk.ch

Literatur

- 1 OBSAN Bericht 3/2021 Gesundheitspersonal in der Schweiz – Nationaler Versorgungsbericht 2021.
- 2 OBSAN Bulletin 7/2016 Berufsaustritte von Gesundheitspersonal.
- 3 Medscape Lifestyle Report 2022: Race and Ethnicity, Bias and Burnout, Jan 2022.
- 4 Informationen auf der Webseite des Schweizerischen Instituts für ärztliche Weiter- und Fortbildung (SIWF): <https://siwf.ch>



Stationäre Rehabilitation

Einheitliche Tarifstruktur basiert auf solider Datengrundlage

Rémi Guidon^a, Johannes Kofler^b, Simon Hölzer^c

^a MSc, SwissDRG AG, Bern; ^b MSc, SwissDRG AG, Bern; ^c PD Dr. med., SwissDRG AG, Bern

Seit Langem stand eine einheitliche Vergütungs-Lösung von Leistungen der stationären Rehabilitation auf der Agenda der SwissDRG AG. Seit Anfang 2022 gilt nun die neue nationale Tarifstruktur ST Reha. In Zukunft wird es stetig Anpassungen geben, da der datengetriebene Ansatz der SwissDRG Optimierungen erlaubt.

Mit der Genehmigung der Tarifstruktur ST Reha durch den Schweizerischen Bundesrat wurde es amtlich: Die Vergütung der Leistungen der stationären Rehabilitation in der Schweiz erfährt einen weitreichenden, allerdings schon lange geplanten Einschnitt. Im Rahmen der Entwicklungsarbeiten konnten durch das gemeinsame Bestreben der Tarifpartner wesentliche, zum Teil historisch gewachsene Hindernisse, die einer schweizweit einheitlichen Tarifstruktur bis dahin im Wege standen, überwunden werden. In vielen Bereichen, beispielsweise den rehabilitationsfremden Leistungen und der Abbildung der «Basisleistungen der Rehabilita-

tion», sind erste Schritte getan, welche die zukünftige Abbildungsgüte von ST Reha erhöhen können. Aber auch neben diesen Bereichen gibt es weitere Aspekte der neuen Tarifstruktur, die eine detaillierte Betrachtung verdienen.

Optimierung der Einführungsversion

Wie bei der Einführungsversion jeder Tarifstruktur ist a priori infrage zu stellen, wie deren Abbildungsgüte einzustufen ist. Diese Frage ist durchaus berechtigt, wobei die Antwort mindestens teilweise in den nach-

folgenden Versionen zu suchen ist. Dies hängt mit dem datengetriebenen Entwicklungsansatz zusammen, den die SwissDRG AG seit Jahren konsequent verfolgt. Dabei kommt der Qualität der Datenbasis, welche der Tarifstrukturentwicklung zugrunde liegt, eine entscheidende Rolle zu. Entsprechend wird durch die Spitäler diesbezüglich ein grosser Aufwand betrieben, um der SwissDRG AG eine qualitativ hochstehende Datengrundlage zur Verfügung zu stellen.

Differenzierte Bewertung

Wenn wir den Blick konkret auf die Bewertung einzelner Rehabilitationskostengruppen (*rehabilitation cost groups*, RCG) der Einführungsversion richten, kann festgestellt werden, dass der Grad der Differenzierung der Vergütung zwischen einigen Basis-RCG als gering eingestuft werden muss. Als Beispiele können die Basis-RCG TR15 (geriatrische Rehabilitation) und TR16 (muskuloskelettale Rehabilitation) betrachtet werden. Ein Grund für die geringe Differenzierung der Bewertung kann hier sein, dass sich die erbrachten Leistungen in den beiden Bereichen im Durchschnitt nur gering unterscheiden. Daraus kann ein ähnlicher Ressourcenverbrauch entstehen, was sich in der ähnlichen Bewertung der jeweiligen RCG widerspiegelt.

Die Frage, ob diese beiden Basis-RCG überhaupt unterschiedlich bewertet werden sollen, ist entsprechend legitim und Bestandteil von Analysen der SwissDRG AG. Dabei ist zu berücksichtigen, dass die beiden Basis-RCG knapp 50% aller Fälle der Kalkulationsgrundlage der

SwissDRG AG (Daten 2020) umfassen. Zum jetzigen Zeitpunkt ist nicht absehbar, ob und wie sich die Datengrundlage in diesem Bereich weiterentwickeln wird und ob sich allenfalls daraus zukünftig eine grössere Differenz in der Bewertung dieser Basis-RCG ergeben könnte. Konkret soll vermieden werden, dass eine anteilmässig sehr grosse Basis-RCG geschaffen wird, die aufgrund von potenziellen Dateneffekten in Zukunft wieder getrennt werden müsste.

Einen weiteren erwähnenswerten Aspekt stellen die Reha-spezifischen Zusatzentgelte (ZE) dar. Basierend auf der Datengrundlage, welche der ST-Reha-Version 1.0 zugrunde lag, konnten keine Reha-spezifischen ZE etabliert werden. Es ist davon auszugehen, dass mit Hilfe der zukünftigen Detailerhebung und der

Die SwissDRG AG sollte eine Tarifstruktur entwickeln, welche die Leistungsvielfalt abbildet und eine adäquate Vergütung sicherstellt.

regulären Daten auf Fallebene die Möglichkeit zur Etablierung von ZE geschaffen werden kann. Gleichzeitig ist dabei immer zu berücksichtigen, dass ST Reha den Charakter einer pauschalierenden Tarifstruktur behält. Es ist insbesondere darauf zu achten, dass die wesentlichen Leistungen der stationären Rehabilitation über die Tageskostengewichte respektive über das effektive Kostengewicht abgegolten werden. Die Etablierung von Zusatzentgelten soll nicht dazu führen, dass der RCG-Katalog im Extremfall lediglich die Basisfinanzierung sicherstellt und daneben über den ZE-Katalog eine Art Einzelleistungstarif für wesentliche Leistungen existiert. Eine entsprechende Verwässerung der Tarifstruktur ist in jedem Fall zu vermeiden.

Statistische Limitationen

Basierend auf den Anforderungen der Tarifpartner war und ist es Auftrag der SwissDRG AG, eine Tarifstruktur zu entwickeln, welche die gesamte in der stationären Rehabilitation erbrachte Leistungsvielfalt abbildet und eine entsprechend adäquate Vergütung sicherstellen kann. Dies führt dazu, dass nicht nur die Durchschnittspatientin resp. der Durchschnittspatient über die Tarifstruktur gut abgebildet werden muss, sondern auch «seltene» Patientinnen und Patienten. Als prägnantes Beispiel kann die pädiatrische Rehabilitation dienen, die in der Rehabilitation – statistisch betrachtet – eine Randgruppe darstellt. Im Kalkulationsdatensatz machen die pädiatrischen Fälle lediglich einen geringen Anteil aus. Da aber die Bedürfnisse dieser Patientinnen und Patienten besonders ausgeprägt sind, ist es umso wichtiger, eine sachgerechte Ver-



Die Weiterentwicklung der neuen Tarifstruktur basiert auf den Daten, die von den Spitälern zur Verfügung gestellt werden (Arturs Budkevics | Dreamstime.com).

gütung sicherzustellen. Allerdings war es mit den bestehenden Kalkulationsdaten nicht möglich, eine grössere Differenzierung in der Basis-RCG TR11 zu erreichen, ohne wesentliche Kalkulationsgrundsätze der SwissDRG AG zu ignorieren.

Insgesamt kann auch in Bezug auf die «statistischen Randbereiche» festgehalten werden, dass im Rahmen der regulären Weiterentwicklung eine differenziertere Abbildung möglich ist. Mit Verweis auf die existierenden Konzepte besteht die Möglichkeit, dass mit der Verwendung mehrerer Datenjahre in Randbereichen eine Erweiterung der Datenbasis erreicht werden kann. Inwiefern hier die Problematik der fallzahlschwachen Gruppen überbrückt werden, kann bleibt allerdings

Nicht nur die Durchschnittspatientin oder der Durchschnittspatient muss über die Tarifstruktur abgebildet werden, sondern auch «seltene» Fälle.

abzuwarten. In diesem Sinn ist es das Interesse der SwissDRG AG, den statistischen Randbereichen in Zukunft eine verstärkte Aufmerksamkeit zukommen zu lassen, auch wenn allenfalls gewisse Defizite mittelfristig nicht überbrückt werden können. Hier obliegt es den Tarifpartnern und den Kantonen, diese Umstände in der Tarifverhandlung respektive -genehmigung zu berücksichtigen.

Systembedingte Effekte

Bei der Bewertung einer Tarifstruktur ist es sinnvoll, nicht nur die Tarifstruktur als solche, sondern auch die damit einhergehenden Rahmenbedingungen zu betrachten. Diese spielen selbstverständlich in der Anwendung der Tarifstruktur eine grosse Rolle, können aber weitere Bereiche stärker beeinflussen, als dies auf den ersten Blick ersichtlich ist.

Als Beispiel können die «Regeln & Definitionen zur Fallabrechnung unter ST Reha» [1] genannt werden. Unter Kapitel 1.5 wird die Aufenthaltsdauer der Fälle definiert, die je nach Art des Austritts unterschiedlich ausfallen kann. Im Wesentlichen wird dabei für Fälle mit regulärem Austritt der Austrittstag mitgezählt, wohingegen dieser bei verlegten Fällen nicht zum Aufenthalt hinzugerechnet wird. Aus Sicht der Fallabrechnung macht diese Regelung durchaus Sinn, um den Tag der Verlegung nicht doppelt zu vergüten. Für die Entwicklung der Tarifstruktur und insbesondere die in diesem Zusammenhang ausgewiesenen Resultate hat dies allerdings Folgen.

A priori ergibt sich eine systematische Untervergütung der verlegten Fälle und damit der Kurzlieger (Aufenthaltsdauer ca. <10 Tage). Dabei handelt es sich aber,

mindestens teilweise, um eine durch die Rahmenbedingungen künstlich erzeugte Untervergütung. Der Grund dafür ist, dass auf Ebene des Falls die gesamten relevanten Kosten – also auch jene des Tags der Verlegung – in die Kalkulation mit einfließen. Wird diesen gesamten Kosten nun eine aufgrund der Verwendung der hypothetischen *Baserate* theoretische Vergütung ohne den Tag der Verlegung gegenübergestellt, erscheint eine Untervergütung des Falls als realistisch. Es ist also nachvollziehbar, dass bei Fällen mit kurzer Verweildauer die Unterdeckung relativ betrachtet gross ausfallen kann.

Es stellt sich die Frage, wie mit diesem Umstand umgegangen werden soll, damit keinem beteiligten Akteur ein systematischer Nachteil entsteht und die durch die Spitäler erbrachten Leistungen adäquat vergütet werden können. Das Entwickeln sinnvoller und akzeptierter Lösungen in diesem Bereich obliegt der SwissDRG AG und den Partnerorganisationen. Auch hier wird die Weiterentwicklung zeigen, welche Lösungswege angezeigt sind und breit akzeptiert werden oder ob bewusst einzelne Schwächen in der Tarifstruktur in Kauf genommen werden.

Insgesamt kann festgehalten werden, dass die Einführungsversion ST Reha in unterschiedlichen Bereichen Optimierungspotenzial aufweist. In diesem Sinn scheint eine reguläre Weiterentwicklung durch die SwissDRG AG unter Einbezug der Partnerorganisationen mit den bestehenden Konzepten sinnvoll. Gleichzeitig kommt der Datengrundlage eine weiterhin grosse Bedeutung zu, wobei die Spitäler hier die Hauptverantwortung tragen. Nichtsdestotrotz gilt es, bestimmten Bereichen der Rahmenbedingungen ein besonderes Augenmerk zukommen zu lassen und bei Bedarf punktuell Anpassungen vorzunehmen oder allenfalls gewisse systembedingte Unschärfen in Kauf zu nehmen.

Das Wichtigste in Kürze

- Am 1. Januar 2022 wurde die nationale Tarifstruktur ST Reha eingeführt. Federführend bei der Entwicklung der Tarifstruktur für die stationäre Rehabilitation war die SwissDRG AG.
- Die vorliegende Tarifstruktur muss als Einführungsversion verstanden werden, die aufgrund der gelieferten Daten der Spitäler weiter verfeinert werden muss.
- Noch gibt es Unklarheiten beim Grad der Differenzierung der Vergütung zwischen einigen Basis-Rehabilitationskostengruppen. Ebenso konnten bisher keine Reha-spezifischen Zusatzentgelte eingeführt werden.
- Ausserdem muss darauf geachtet werden, dass auch «seltene» Fälle adäquat abgebildet und die systemspezifischen Rahmenbedingungen (zum Beispiel die Fallabrechnung) miteinbezogen werden.

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



[remi.guidon\[at\]swissdrg.org](mailto:remi.guidon[at]swissdrg.org)

Literatur

- 1 SwissDRG AG, 2020; «Regeln & Definitionen zur Fallabrechnung unter ST Reha»; https://www.swissdrg.org/application/files/5716/3819/2647/Regeln_und_Definitionen_zur_Fallabrechnung_unter_ST_Reha_final.pdf, Zugriff am 2.2.2022.

Briefe an die SÄZ

Übernahme sozialer Verantwortung ist mit Gewinnorientierung nicht vereinbar (mit Replik)

Brief zu: Schalch E. Ethik statt Verordnung: Neue Ansätze für die Qualitätssicherung. Schweiz Ärztztg. 2022;103(23):783–5

Herr Kollege Schalch ortet die Schwierigkeiten des immer teureren Schweizer Gesundheitswesens bei den Spannungen zwischen Kosteneffizienz und Qualität und erklärt, dass Gesundheitseinrichtungen statt staatlicher Regulationen ein stabiles ethisches Fundament brauchen, um eine hohe Qualität garantieren zu können und ihrer sozialen Verantwortung gerecht zu werden. Um die steigenden Gesundheitskosten sozial verträglich in den Griff zu kriegen, müsse die Schweiz einen Spagat machen zwischen den beiden Stärken ihres Gesundheitssystems: soziale Finanzierung und privatwirtschaftliche Umsetzung. Und weil die Leistungsträger wie -erbringer privatwirtschaftlich aufgestellt seien, gelte die alte Regel: Keine Gewinnmarge – keine Gesundheitsmission. «No margin – no Mission. Bund und Kantone förderten integrierte Versorgungsmodelle, welche sich von der Basis her entwickeln sollten, wie *medix* und Projekte wie «gesundes Freiamt» usw. vorzeigen. Regulierungen von oben seien kontraproduktiv und wie z. B. das e-Patientendossier als Voraussetzung für Berufsausübungsbew. zeige, führe dies zum Scheitern und Vertrauensverlust auf allen Seiten. Er sieht die grösste Chance darin, dass die Ärzte den Spagat zwischen sozialer Verantwortung und Gewinnorientierung schaffen würden, wie sich an Lösungsmodellen wie *medix* zeige, obwohl gerade *medix* eben nicht die Gewinnorientierung im Blick hat, sondern die soziale Verantwortung und somit gar keinen so beschriebenen Spagat macht. Diese Darstellung der Schwierigkeiten im Schweizer Gesundheitswesen zeigt auf, weshalb die Schweizer Gesundheitspolitik daran scheitert, sozial verantwortlich und gleichzeitig bezahlbar zu sein. 2013 schon hat die American Medical Association im *Journal of Ethics* in einem Editorial festgehalten: No Margin – No Mission Is Too Simplistic. Seit Beginn des 20. Jahrhunderts seien Spitäler in den USA von öffentlichen «non profit»-Institutionen zu Ketten von «for profit»-Spitälern geworden. 100 Jahre später frage man sich wieder, ob ein Spital tatsächlich ein «Geschäft mit Gewinnstreben sein soll oder eine sendungsgetriebene öffentliche Quelle, welche daran arbeite, die Gesundheit der regionalen Bevölkerung zu verbessern. «No Margin – no

Mission» sei eine zu einfache Antwort auf die Frage, ob Spitäler gewinnorientierte Unternehmen oder öffentliche Dienstleistungsbetriebe sein sollen. Solange die Schweizer Gesundheitspolitik an Gewinnorientierung der entsprechenden Institutionen des Gesundheitswesens festhält, wird sie scheitern. Anlässlich der Trendtage Gesundheit 2022 in Luzern hat der Chirurg Prof. Bernhard Egger von Freiburg erklärt: «Solange im Gesundheitswesen Gewinne (AG's usw.) erzielt werden können (von Seiten Leistungserbringer wie Leistungsträger!), wird sich das Problem kaum vollständig lösen können. Gesundheitsinstitutionen sollten in meinen Augen alle nicht-staatliche oder staatliche Non Profit Organisationen sein/werden.» Demnach ist es unsere Aufgabe, als erstes die Religion des «No margin – no mission» abzulegen, uns der Falle der markt-, wettbewerbs-, und konsumorientierten Ökonomisierung zu entziehen, unsere soziale Verantwortung wieder wahrzunehmen. Der Spagat zwischen sozialer Verantwortung und Gewinnorientierung ist weder Ziel noch Dilemma, sondern schlicht obsolet.

Dr. med. Bernhard Estermann, Malters

Replik auf «Übernahme sozialer Verantwortung ist mit Gewinnorientierung nicht vereinbar»

Herr Dr. Estermann hat mit seinem Beitrag die Situation im schweizerischen Gesundheitswesen treffend dargestellt: Man darf nicht über Investitionen und deren Kosten sprechen, sondern nur über Sparen. Unabhängig davon bleiben die drängenden Probleme unseres Gesundheitswesens: Immer mehr ältere und hochaltrige Menschen mit chronischen Krankheiten und mehreren Diagnosen / immer mehr Menschen mit Demenzen / zunehmende Vermischung von Medizinisch-pflegerischem, Sozialem und Juristischem / Langzeitbetreuung bringt Betroffene und Kostenträger, besonders Gemeinden, an ihre Grenzen / knappe hausärztliche Kapazitäten / starke Beanspruchung der (teuren) Notfallstationen in Spitälern / schwierige Betreuung von Menschen aus anderen Kulturkreisen und/oder mit schlechten Sprachkenntnissen. Darauf muss eine Antwort gefunden werden, und meiner Meinung nach innerhalb des gegebenen Systems mit den beiden Säulen «soziale Vorfinanzierung» und «privatwirtschaftliche Umsetzung», welches uns zum besten Gesundheitswesen der Welt gemacht hat.

Im Rahmen meiner Vorträge über unser preisgekröntes Projekt Gesundheitspunkt Oberägeri, welches eine interprofessionelle, patientenzentrierte, integrierte Grundversorgung mit Ärzten, MPKs, MPAs, einem Sozialarbeiter und einer SPITEX-Pflegefachfrau als Antwort auf die oben geschilderten Probleme umsetzt, stellen meine Kollegen immer wieder dieselbe Frage: «Und wer bezahlt dir das? Das ist doch im TARMED nicht abgebildet.» Da der Aufwand, an die nötigen Mittel zu kommen (bei uns Unterstützung durch die Standortgemeinde) sehr gross ist und viel Gratisarbeit bedeutet, ist es mit dem Reformwillen dann meist vorbei. No margin – no mission! Ist das Verhalten verwerflich, Investitionen in eine Qualität, die sich nicht rechnet, nicht zu tätigen? Oder gar sozial verantwortungslos? Sicher ist nur eines: Es führt zu einem Stillstand der Verbesserungsanstrengungen.

Wollen wir eine schweizweite Antwort auf die drängenden Probleme unseres Gesundheitswesens geben – und das sind wir unseren Patienten, welche uns dafür via Prämien und Steuergelder bezahlen, schuldig – braucht es eine koordinierte Anstrengung *aller* am Gesundheitswesen Beteiligten, von der Pharmaindustrie über Ärztesoftware-Firmen, über die Spitäler bis hinunter zu den Apotheken und zu den Hausarztpraxen auf Leistungserbringerseite zusammen mit den Leistungsträgern und dem staatlichen Regulator. Dies ist nur mit einer ernsthaften Gesundheitsreform zu erreichen und nicht mit Pflasterlipolitik in Form von Verordnungen, die keiner wirklich mitträgt (eHealth, Qualitätsartikel usw). Will man so unterschiedliche Leistungserbringer wie die genannten (und viele mehr) im Rahmen ihrer *Kernkompetenzen* eine gemeinsame Antwort finden lassen, braucht es eine gemeinsame Grundlage und gemeinsame Ziele. Mein Vorschlag: eine gemeinsame Versorgungsethik, welche den Spagat zwischen «sozialer Finanzierung» und «privatwirtschaftlicher Umsetzung» schafft, in dem sie die «Ökonomisierung des Gesundheitswesens» begrenzt, aber die privatwirtschaftliche Dynamik nicht völlig herausnimmt. Ich habe oben gezeigt, dass «No margin – no mission» nicht immer mit Gewinnoptimierung zu tun hat, sondern auch mit einem durchaus gesunden Selbsterhaltungstrieb, welcher – so man ihn bei den Verbesserungs- und Qualitätsüberlegungen nicht berücksichtigt – zum Stillstand in der Umsetzung führt = aktuelle Situation im schweizerischen Gesundheitswesen.

Dr. med. Emil Schalch

Künstliche Intelligenz versus Heilkunst und Erfahrung

Brief zu: Mell E. Was willst du bei uns, Dr. Algorithmus? Schweiz *Ärztztg.* 2022;103(24):826–8

Landauf, landab ertönt laut und lauter das Loblied auf die «Künstliche Intelligenz» und ihren unermesslichen Nutzen für die moderne Medizin. Die Suchmaschine löst die kniffligsten diagnostischen Fragen, der Algorithmus präsentiert die Therapie. Die Diagnosen in meiner Hausarztpraxis sind allerdings eher banal: Adipositas, Bluthochdruck, Diabetes, Depression, Rückenschmerzen. Diese Krankheiten verursachen soziale Probleme, langwierige Leiden und grosse Kosten. Die Diagnosen lassen sich stellen noch bevor der Computer hochgefahren ist. Eine Waage genügt, ein Blutdruckmessgerät, eine kapilläre Blutentnahme, aufmerksames Beobachten und ein vertrauliches Gespräch mit der Patientin und dem Patienten. Ich brauche für diese Diagnosen keine «Künstliche Intelligenz». Eigentlich brauche ich überhaupt keine Intelligenz. Was mir hilft sind die Lehrer, die mir gezeigt haben, worauf es ankommt. Und ein paar Jahre Erfahrung. Schwierig wird es bei der Betreuung der betroffenen Patientinnen und Patienten. Wären nicht hier ein paar Investitionen angebracht? Investitionen für eine Hausarztmedizin mit einer kontinuierlichen Betreuung und einer stabilen Arzt-Patient-Beziehung. Inklusiv einer angemessenen Honorierung der Beratung in der Sprechstunde und der kommunikativen Kompetenz des behandelnden Arztes.

Dr. med. Felix Schürch, Zürich

Mit einem konziliannten «Sowohl-als-auch» ist es nicht getan

Gilli Y, Bounameaux H. Leitplanken für Behandlungen und Betreuung am Lebensende. Schweiz *Ärztztg.* 2022;103(24):796–7.

Nach langem Tauziehen hat die FMH die SAMW-Richtlinien zur Sterbehilfe in die Ständesordnung aufgenommen. Yvonne Gilli schliesst in ihrem Artikel, die neuen Richtlinien gewährleisten «Orientierung und Rechtssicherheit sowohl für Ärztinnen und Ärzte, die Suizidhilfe ablehnen, wie für jene, die diese durchführen wollen». Sind damit die Probleme, die sich in der Sterbehilfe stellen, gelöst? Sie sind es nicht. Hierzu als Beispiel ein Fall, den der *Republik*-Artikel «Überstürzter Abschied» vom 20.7.2021 thematisiert hat [1]: Die Familie eines Exit-Mitglieds stellte bei ihrem sterbewilligen Vater einen Wesenswandel fest und hatte das Gefühl, er fälle einen

überstürzten Entscheid. Dafür war im Ablauf von Exit indes kein Platz, der Widerstand der Familie wurde als Nicht-loslassen-Können taxiert, der assistierte Suizid zu deren Befremden unbeirrt durchgeführt. Der Verein Ethik und Medizin Schweiz (VEMS) hat den Fall mit verschiedenen Expertinnen und Experten besprochen. Wir sind uns einig, dass hier zumindest einiges nicht optimal gelaufen ist. Exit übrigens hat unter anderem argumentiert, bereits die Mitgliedschaft in ihrem Verein bezeuge den Sterbewunsch – wobei gleichzeitig in der Mitgliederwerbung argumentiert wird, für die meisten sei eine solche lediglich eine Rückversicherung, sie würden in der Regel keinen Gebrauch vom Angebot machen. Die Sterbehilfe ist heute zu einem Dienstleistungsbetrieb geworden. Da sie am Ende einer Krankheitsgeschichte steht, wirken Fälle wie der obige auf die Medizin zurück. So begrüssenswert es deshalb ist, dass die FMH beiden Positionen gerecht werden will, denen, die dafür sind, und denen, die dagegen sind: Es ist damit nicht getan. Was nützt, ist, dass die offenen Fragen, die sich hier seit längerem stellen und die weder die FMH noch die SAMW beantworten, endlich angegangen werden. Unter anderem ist dies der Einbezug der Angehörigen bei Fällen mit Altersdepression. Diese können oftmals am besten unterscheiden zwischen momentaner Verstimmung und tatsächlichem Sterbewunsch. Des Weiteren fehlt eine Begleitforschung, ebenso eine behördliche Supervision der Ausbildung und der Arbeit der Sterbehelferinnen und Sterbehelfer. Der VEMS hat hierzu mit einem Team von Expertinnen und Experten bereits im Dezember 2017 einen Katalog offener Fragen erstellt [2]. Diese wären nun endlich anzugehen, im Sinne einer Medizin, die sich bis zum Tod für ihre Patientinnen und Patienten engagiert.

*Dr. med. Michel Romanens, Präsident VEMS;
Dr. med. Edward A. Schober,
Vorstandsmitglied VEMS; Dr. rer. nat. habil.
Walter Warmuth, Vorstandsmitglied VEMS;
Flavian Kurth, Sekretariat VEMS*

Literatur

- 1 <https://www.republik.ch/2021/07/20/ueberstuerzter-abschied>
- 2 <https://docfind.ch/VEMSArbeitsgruppeSterbehilfe-Fragekatalog.pdf>

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

Dilettantischer Versand von Rechnungskopien

Ein führendes Unternehmen für Rechnungsversand bietet an, eine Rechnungskopie an Patienten per E-Mail zu versenden, sofern die E-Mailadresse erfasst wurde. Der elektronische Versand ist deutlich günstiger als mittels Briefpost, und selbstverständlich umwelt- und benutzerfreundlicher. Anscheinend eine gute Idee, aber leider unterirdisch umgesetzt. Das Unternehmen sendet Patienten kostenpflichtig per Mail einen Link zum Download der Rechnungskopie. Wird dies innert Wochenfrist nicht gemacht, dann wird die Kopie zusätzlich in Briefform versendet – selbstverständlich wiederum kostenpflichtig.

Das ABC der Computersicherheit besagt, dass niemals ein Link benützt werden darf, welcher per E-Mail eintrifft. Das weiss jedes Kind – aber nicht das Unternehmen, welches sich mit «Sicherheit auf allen Ebenen» rüstet. Rein grundsätzlich stellt sich bereits die Frage, warum kontrolliert wird, ob ein Patient seine Rechnungskopie herunterlädt. Konsequenz zu Ende gedacht müssten analog auch Briefen eine Antwortkarte beigelegt werden zur Bestätigung, dass der Brief geöffnet und gelesen wurde.

Den vertraglich bei diesem Unternehmen angeschlossenen Leistungserbringern ergeht der dringende Rat, auf den E-Mail-Versand von Rechnungskopien gänzlich zu verzichten, womit zumindest ärgerliche Zusatzkosten eingespart werden. Klüger wäre gar, zu einem Anbieter zu wechseln, welcher die basalen Standards der Computersicherheit kennt und berücksichtigt.

Dr. med. Markus Jakob, Bad Ragaz

Der Umgang mit der Arzt-Patienten-Beziehung kann trainiert werden

Brief zu: Bauer W. Vorbilder sind wir immer – so oder so. Schweiz *Ärztztg.* 2022;103(24):834

Dr. med. Werner Bauer schreibt in seinem spannenden Artikel, Ärzte, die von Assistenzärzten als ausgezeichnete Vorbilder erlebt würden, betonten die Bedeutung der Arzt-Patienten-Beziehung. Das ist nicht erstaunlich, denn eine ungestörte Arzt-Patienten-Beziehung ermöglicht es der Ärztin, ihr Wissen und ihre Fähigkeiten uneingeschränkt für die Patientin einzusetzen. Und die Patientin wird in die Lage versetzt, bei der Behandlung bestmöglich mitzuarbeiten.

Eine gute Arzt-Patienten-Beziehung fällt nicht vom Himmel. Sie ist auch nicht eine Frage des Talents des Arztes in der Beziehungsgestal-

tung, sondern sie kann ebenso eingeübt werden wie das Auskultieren oder eine Ultraschalluntersuchung. Sehr gut gelingt das in Balintgruppen, in denen Ärztinnen und andere Fachleute die Patienten behandeln, anhand von freien Patientenschilderungen üben, ihre Einfälle, Gefühle, Fantasien und körperlichen Sensationen wahrzunehmen und mit ihrer Hilfe die Arzt-Patienten-Beziehung besser zu verstehen.

Literatur zur Balintarbeit findet sich unter www.balint.ch/balint-literatur.html, beispielsweise im Artikel des verstorbenen Gründungspräsidenten der Schweizerischen Balintgesellschaft, Dr. med. Heinrich Egli: «Balintarbeit und Wissenschaft.» Schweiz Med Forum 2012;12(23):455–61

*Dr. med. Monika Diethelm-Knoepfel,
Pastpräsidentin der Schweizerischen
Balintgesellschaft, Uzwil*

Fragwürdige Ethik

Brief zu: Gilli Y, Bounameaux H. Leitplanken für Behandlungen und Betreuung am Lebensende. Schweiz Ärztezg. 2022;103(24):796–7.

Die nun in die Standesordnung FMH aufgenommenen SAMW Richtlinien bedeuten durch die Beseitigung der früheren segensreichen «Unklarheit» eine Verschlechterung für alle jene Patientinnen und Patienten bzw. Mitbürgerinnen und Mitbürger, welche z.B. alt und «nur» lebensmüde sind und deswegen keine «ausreichende» ICD-Nummer als Voraussetzung zum humanen Sterben tragen. Selbstverständlich ist es der Ärzteschaft unbenommen, Regeln fürs eigene öffentliche «Image» zu bestimmen, und «Ethik» tönt immer gut. De facto sind die Ärztinnen und Ärzte aber mit den aktuellen Neuerungen das «Hohe Gericht» geworden, das eigenmächtig entscheidet, ob ein freier Mensch human sterben kann oder sich von der Brücke stürzen muss. (Zu meinen Studentenzeiten gab es noch Barbiturat-Hypnotika, welche frei verschrieben werden konnten.)

Mit den neuen Richtlinien innerhalb der FMH wird es nun notwendig, dass das Pentobarbital als «Sterbemittel» ausserhalb der Medizin bezogen werden kann. Man könnte das ein-

malige Bezugsrecht analog einem Waffenschein jeder mündigen und unbescholtenen Person nach einem obligatorischen, rein konsultativen Arztbesuch behördlich erteilen. Der/die Sterbewillige könnte dann in eigener Regie mit einer Sterbehilfeorganisation Kontakt aufnehmen. Ein Arzt ist beim Sterben nicht notwendig. Der Einwand, es würden dadurch Suizide von «nur» psychisch kranken Menschen erleichtert, kann selbstverständlich nicht ganz wegbewiesen werden, aber er relativiert sich durch eine mögliche Abnahme der vielen unmenschlichen und brutalen Alternativen, welche in der Not immer wieder gefunden werden. Aber vor allem: Weshalb sollte es einem leidenden Menschen in einer freien Gesellschaft nicht freigestellt werden, ob er sich behandeln lassen will oder sterben? Wenn schon die ärztliche Ethik bemüht wird: Wer gibt uns Ärzten das Recht, unsere Patientinnen und Patienten zu bevormunden? Respektvolle Fürsorge würde doch ausreichen!

Fazit: Die Ärzte haben sich ethisch eingezäunt, da ist ihr gutes Recht, aber sie haben kein Recht, über die «Ungläubigen» ausserhalb des Zauns zu herrschen. Nun sind die Politikerinnen und Politiker gefordert.

Dr. med. Matthias Neuenschwander, Bern

Mitteilungen

Facharztprüfung

Facharztprüfung zur Erlangung des Facharztstitels für Nephrologie

Datum: 19. + 20.01.2023

Ort: Bern

Anmeldefrist: 27.11.2022

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

Er muss es wissen

Julia Rippstein

Redakteurin der *Schweizerischen Ärztezeitung*

Obwohl selbst komplett querschnittgelähmt, setzt sich Sebastian Tobler unermüdlich für Menschen mit eingeschränkter Mobilität ein. An der Berner Fachhochschule gründete er ein schweizweit einzigartiges Labor zum Entwickeln und Testen von Fahrzeugen für diese Bevölkerungsgruppe. Dieses Labor ist das Ergebnis einer knapp zehnjährigen Zusammenarbeit von Forschung, Medizin und Industrie.

«Dieses Abenteuer hat 2013 durch einen Unfall angefangen. Ein Sturz mit dem Mountainbike machte mich zum Querschnittgelähmten. Ich wurde in die Welt der Behinderung katapultiert, ein Universum, das mir bis zu diesem Zeitpunkt vollkommen fremd war. Plötzlich sass ich im Rollstuhl. Er war das einzige Fortbewegungsmittel, das ich – als absoluter Sport-Fan – benutzen konnte. Vorher machte ich im Schnitt jährlich 10 000 km per Velo, Ski, zu Fuss oder schwimmend.» Das waren die Worte von Sebastian Tobler, als er im April ein in der Schweiz einzigartiges Labor einweihte, dessen Leiter er ist. Auf Empfehlung der Berner Fachhochschule (BFH), an der er forscht und lehrt, gründete er das SCI-Mobility-Labor (SCI, *spinal cord injury*) zur Entwicklung von Fortbewegungsmitteln für Menschen mit eingeschränkter Mobilität.

Erste Tests im Keller

Trotz des tragischen Schicksalsschlags war der Ingenieur sofort entschlossen, sein Handicap zu überwinden und die für sein Wohlbefinden und seinen Lebensstil

so wichtige Mobilität wiederzuerlangen. Noch im Spital – er verbrachte dort über acht Monate – entstand die Idee von einem Dreirad, mit dessen Hilfe sich Arme und Beine gleichzeitig bewegen lassen. Gedacht, getan: Er forderte seine Studierenden auf, einen Prototyp zu entwickeln. 2016 gründete er ein Start-up, um das «GO-TRYKE», ein Elektrofahrrad auf drei Rädern, mit dessen Hilfe Arme und Beine gleichzeitig aktiviert werden können, zu promoten.

«Viel zu häufig werden die Geräte ohne Einbezug der Betroffenen entwickelt. Dabei braucht es die Daten und Informationen der Nutzer.»

Nach der Teilnahme an einer vom NeuroRestore-Team unter der Leitung der Neurologin Jocelyne Bloch und des Neurowissenschaftlers Grégoire Courtine realisierten Studie, bei der ihm eine ins Rückenmark implantierte Elektrode das Gehen ermöglichte, schlug er vor, diese Methode mit dem GO-TRYKE zu kombinieren.

Sebastian Tobler sprudelt über vor Ideen. In dem Bestreben, Menschen, die sich nicht mehr normal bewegen können, zu helfen, machte er sich nach dem Unfall daran, in seinem Keller weitere Geräte zu testen – zunächst nur einfache Modelle und später dann immer ausgefeiltere, hochwertigere Versionen. Allerdings konnten die meisten den Ingenieur und begeisterten Sportler in ihm nicht zufriedenstellen. Er konstatiert einen mangelnden Informationsfluss im Bereich Mobilitätsassistenzsysteme und nur wenig Interesse an der Entwicklung innovativer Lösungsansätze.

Orientierungslos im neuen Universum

Von Projekt zu Projekt und von Partnerschaft zu Partnerschaft nimmt der Gedanke an ein Labor als Ort des fruchtbaren Austauschs und der Zusammenarbeit von Interessierten aus Forschung, Industrie und Medizin



Sebastian Tobler, Querschnittgelähmter und Ingenieur an der Berner Fachhochschule, leitet das neue SCI-Mobility-Labor (Foto: BFH).



Im Labor sind die Prototypen ausgestellt, die seit 2013 entwickelt wurden (Foto: BFH).

mehr Gestalt an. «Es ist das Ergebnis von allem, was seit 2013 passiert ist.» Für Sebastian Tobler ist der Einbezug von Personen wie ihm der Schlüssel und Anreiz für Innovationen in diesem Bereich, zum Aufspüren erschwinglicher, alltagstauglicher Lösungen. «Ich fand keine Markennamen auf dem Rollstuhlmarkt. Ohne Behinderung konnte ich in den entsprechenden Fachzeitschriften selbst Vergleiche anstellen. Als Querschnittgelähmter musste ich feststellen, dass es neben den Katalogen und Empfehlungen der Verkäufer keinerlei technische Vergleichsmöglichkeiten gab», sagt er. Daher galt es auch, die am Markt befindlichen Produkte zu vergleichen und die Ergebnisse dem betreffenden Publikum verfügbar zu machen. Tatsächlich zeigten die durchgeführten Tests deutlich, dass die bei eingeschränkter Mobilität verfügbaren Fahrzeuge Probleme in Bezug auf Stabilität, Bremsleistung und Traktion hatten. «Noch viel zu häufig werden diese Geräte ohne Einbezug der betroffenen Personen entwickelt. Dabei braucht es für die Entwicklung die Daten und Informationen der Nutzer. Im Labor können die Geräte getestet werden und diese Tests bringen ganz konkrete Fortschritte. Das unterscheidet uns von anderen und macht unsere Stärke aus.»

Mehr dazu: www.bfh.ch/de/forschung/forschungsbereiche/labor-sci-mobility/



redaktion.saez[at]emh.ch

Grauzonen in der Gesetzgebung

Das SCI-Mobility-Labor liegt hinter der Bieler Altstadt und weist eine Fläche von 240 m² aus, auf der neben anderen auch ein Dutzend seit dem Jahr 2013 entstandener Prototypen zu sehen sind. Diese Geräte tragen zu mehr Sicherheit, Komfort und Autonomie von Menschen mit eingeschränkter Mobilität bei. Parallel dazu laufen wichtige Projektofferten in den Bereichen Rehabilitation, Sport und Bewegungsfreiheit. Zu diesen Pro-

jekten gehört die Entwicklung einer Lösung für die Stabilitätsprobleme von elektrisch angetriebenen Rollstühlen (eine Art Elektro-Scooter). «Bei diesen Tests wurde deutlich, dass der Schwerpunkt zu hoch und zu weit hinten angesiedelt war. Dadurch ist der Antrieb komplett nach vorn ausgerichtet. Diese Mängel können zu schweren Stürzen führen», erklärt Sebastian Tobler.

Dieses Engagement und Knowhow weckt auch das Interesse der Industrie im In- und Ausland, die massgeschneiderte Produkte auf den Markt bringen will. Die Unternehmen, mit denen Sebastian Tobler zusammenarbeitet, stellen jedoch nur die Geräte zur Verfügung. «Wir wollen unabhängig bleiben.» Die Einrichtung des Labors hat auch die auf gesetzlicher Ebene bestehenden Grauzonen aufgedeckt. «In Bezug auf die Prüfung von Elektrofahrzeugen und die Strassensicherheit besteht auf gesetzlicher Ebene wenig Klarheit.» Sebastian Tobler erklärt dazu, dass Assistenzsysteme wie beispielsweise die elektrische Rückenmarkstimulation nicht mit anderen Elektronikvorrichtungen interferieren dürfen, um so allfälligen Unfallrisiken vorzubeugen. «Ich wünsche mir, dass unsere Initiative die Dinge voranbringt.»

Auch die Medizin kann profitieren

Sebastian Tobler ist überzeugt, dass diese Innovationen ein echtes Plus für die Medizin sind. «Durch die Entwicklung entsprechender Messsysteme können wir dem Arzt Feedback zum Fortschritt seines Patienten geben.» Ein Beispiel: Bei Entlassung aus dem Spital konnte ein inkomplett Querschnittgelähmter 25 kg stemmen; nach einem Jahr Physiotherapie waren es 35 kg. Nachdem er den TRYKE für sein Training getestet hatte, war er nach sechs Wochen bereits bei 60 kg. Jérôme Barral, Professor am *Institut des Sciences du Sport de l'Université de Lausanne* (UNIL), der mit Sebastian Tobler zusammenarbeitet, um die quadrapädische Wirkung von GO-TRYKE zu untersuchen, betont die positiven Auswirkungen dieser spontanen muskulären Ko-Aktivierung auf die neuromotorische Wiederherstellung. Die Bewegung erweist sich auch als positiv für das Herz-Kreislaufsystem und die Knochenmineraldichte.

Nachdem ein Team der BFH und der Unil den Nutzen der Bewegungen gesehen hat, die mit dieser Art von Geräten gemacht werden, will es nun nachvollziehen, was auf anatomischer und zerebraler Ebene passiert. «Wenn die Ärztinnen und Ärzte das Potenzial dieser innovativen Fortbewegungsmittel erkennen, sind sie auch eher geneigt, sie zu verschreiben», meint Sebastian Tobler abschliessend.

«Wir müssen von allen verfügbaren Daten lernen»

Eva Mell

Stellvertretende Chefredaktorin der *Schweizerischen Ärztezeitung*

Komplikationen bei Operationen werden bisher nicht systematisch erfasst – weder in der Schweiz noch international. Das soll sich ändern. Wie das gelingen könnte, war Inhalt der Konsensuskonferenz *Outcome4Medicine* in Zürich. Die Organisatoren Pierre-Alain Clavien und Milo Puhan erklären im Interview, weshalb Schweizer Chirurgeninnen und Chirurgen von internationalen Standards profitieren können.

Pierre-Alain Clavien, regelmässig kommt es nach Operationen zu Komplikationen. Machen Chirurgeninnen und Chirurgen zu viele Fehler?

Clavien: Ich würde nicht von Fehlern sprechen, wenn es um postoperative Komplikationen geht. Ich denke, dass jede Chirurgin und jeder Chirurg das Beste gibt, um Komplikationen zu verhindern. Leider kann dies aber nicht zu 100 % vermieden werden. Wichtig ist zu erkennen, wann und wieso diese Fehler passieren, damit daraus gelernt werden kann. Nicht zuletzt, weil es weltweit enorm hohe Gesundheitskosten generiert, wenn ein Patient oder eine Patientin unter Komplikationen leidet.

Milo Puhan, im Juni fand in Zürich die Konsensuskonferenz Outcome4Medicine statt, die Sie gemeinsam mit Prof. Clavien organisiert haben. Das Ziel war, internationale Standards zur Messung und Verbesserung von Operationsergebnissen zu definieren. Was sind die wichtigsten Erkenntnisse der Konferenz?

Puhan: Die Empfehlungen werden noch bearbeitet und erst in ein paar Monaten publiziert. Aber so viel kann ich sagen: Es wurde bei der Konferenz deutlich, dass man Komplikationen von unterschiedlichen Perspektiven systematisch erfassen und interpretieren muss, um die Qualität der Versorgung und die Lebensqualität von Patienten langfristig zu verbessern.

Können Sie das präzisieren?

Puhan: Es bestand ein klar erkennbarer Konsens darüber, dass man neben medizinischen Aspekten auch ethische, finanzielle und gesellschaftliche Aspekte berücksichtigen muss. Diese ganzheitliche Sicht hat uns gefreut.



Milo Puhan ist Professor für Epidemiologie und Public Health am Institut für Epidemiologie, Biostatistik und Prävention der Universität Zürich.



Prof. Dr. med. Pierre-Alain Clavien ist Direktor der Klinik für Viszeral- und Transplantationschirurgie des Universitätsspitals Zürich.

Gibt es ein spezielles Beispiel für eine Empfehlung, die wahrscheinlich formuliert wird?

Puhan: Ein kleines praktisches Beispiel ist die Empfehlung für bezahltes Datenpersonal in allen Spitätern. Denn ein sehr wichtiger Aspekt bei der Messung von Operationsergebnissen ist die Qualität und Verlässlichkeit bei der Eingabe der Daten, damit überhaupt valide internationale Vergleiche angestellt werden können. Bisher jedoch werden Daten meist spitalintern ohne externe Kontrolle generiert.

Herr Clavien, wieso braucht es überhaupt internationale Standards, um das Outcome von Operationen in der Schweiz zu messen?

Clavien: Wenn man die Versorgung verbessern möchte, sollte man neben den so wichtigen landes-

eigenen Daten auch internationale Daten herbeiziehen. Das ist grundlegend fürs Benchmarking, also die vergleichende Analyse, und für die Definition von Prozessen zur Qualitätsverbesserung. Wir müssen von allen verfügbaren Daten lernen. Dafür ist es essenziell, dass die Ergebnisse und wichtige Faktoren, die zu den Ergebnissen führten, standardisiert erfasst werden.

Wieso gab es solche Richtlinien bisher nicht? Und welche Folgen hatte das?

Clavien: Bisher konzentrierten sich einzelne Akteure auf bestimmte Aspekte der chirurgischen Versorgung und auf die Analyse von Operationsergebnissen in einzelnen Spitälern. Es gab noch keine Anstrengung, diese Silosicht zu verlassen. Die Folge ist, dass es bisher keine gute Datengrundlage gibt, um die Versorgung systematisch zu verbessern, zum Beispiel mittels vergleichender Analyse oder mithilfe einer systematischen Erfassung der Patientensicht auf das Operationsergebnis.

Wer durfte an der Konsensuskonferenz in Zürich mitdiskutieren?

Puhan: Wir haben im Vorfeld neun Expertengruppen gebildet, die basierend auf der wissenschaftlichen Lite-

Operationen und Komplikationen in der Schweiz

Jährlich werden laut Bundesamt für Statistik bei rund 400000 hospitalisierten Personen in der Schweiz chirurgische Eingriffe vorgenommen [1]. Dazu kommen laut Prof. Clavien und Prof. Puhan noch rund 800000 ambulante Operationen pro Jahr. Je nach Operationsart erleiden in der Schweiz bis zu 20 Prozent der Patientinnen und Patienten nach operativen Eingriffen zum Beispiel eine postoperative Wundinfektion. Zu den Folgen gehören längere Spitalaufenthalte, höhere Kosten und im schlimmsten Fall der Tod [2]. Wie viele Komplikationen es insgesamt gibt und wie sie sich auf die Gesundheitskosten auswirken, wird in der Schweiz allerdings bisher nicht erfasst. Auch international mangelt es an Daten. Das soll sich ändern. Mitte Juni fand die Konsensuskonferenz *Outcome4Medicine* in Zürich statt, bei der Empfehlungen für internationale Standards zur Messung und Verbesserung von Operationsergebnissen diskutiert wurden. Weitere Informationen unter: www.outcome4medicine.ch.

ratur und ihrer Expertise Fragen zu verschiedenen Aspekten vorbereitet haben. Die Gruppen waren international und interdisziplinär zusammengesetzt. So gab es Chirurgen, Internisten, Pflegefachleute, Ethikerinnen, Gesundheitsökonominnen, Epidemiologinnen und Juristen.

Darüber hinaus haben auch Laien teilgenommen, die sogar die Empfehlungen formulieren werden, richtig?

Puhan: Wir haben eine Jury bestimmt, die nun nach der Konferenz unvoreingenommen Empfehlungen verfassen wird. Die Mitglieder der Jury sind keine zufällig ausgewählten Personen aus der Allgemeinbevölkerung, wie es im sogenannten dänischen Modell gemacht wird, sondern Personen mit grosser Erfahrung in bestimmten Bereichen, zum Beispiel Qualitätsverbesserung in der Hotellerie. Dieses sogenannte Danish-Zurich-Modell funktioniert sehr gut. Wir haben das schon zu früheren Zeitpunkten verwendet und würden es auf jeden Fall wieder verwenden.

Herr Clavien, welche Folgen wird diese Konferenz langfristig für die Arbeit von Schweizer Chirurginnen und Chirurgen haben?

Clavien: Das ist schwierig vorauszusehen, aber wir hoffen, dass wir einen Grundstein legen können, der von Patienten bis zu Chirurgen und Hausärzten alle motiviert, mit einem standardisierten, patientenorientierten Ansatz die Versorgung zu verbessern.



Immer wieder kommt es nach Operationen zu Komplikationen. Internationale Standards sollen helfen, die Ergebnisse von chirurgischen Eingriffen zu messen und zu verbessern.

Bildnachweis

JC Gellidon / Unsplash

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



Literatur

- 1 www.bfs.admin.ch/bfs/de/home/statistiken/gesundheit/gesundheitswesen/spitaeler/patienten-hospitalisierungen.html#2123622393
- 2 www.patientensicherheit.ch/infektionen-durch-chirurgie/#c85742022

Leadership-Forschung rettet Leben

Urs Brügger

Prof. Dr. oec., Mitglied der Redaktion



Stress am Arbeitsplatz ist eine der Ursachen, die zum Fachkräftemangel im Gesundheitswesen beitragen. Von 2017 bis 2021 wurde dazu eine grossangelegte nationale Studie mit dem Namen STRAIN unter Leitung der Berner Fachhochschule durchgeführt. Die Studie hatte sich zum Ziel gesetzt, Stressquellen, Stressreaktionen und daraus entstehende Langzeitfolgen im Arbeitsalltag von Gesundheitsfachpersonen in der Schweiz zu erfassen und mittels Intervention langfristig zu reduzieren [1]. *Leadership* konnte dabei – neben den generellen Arbeitsbedingungen – als wichtiger Faktor bei der Mitarbeitendenzufriedenheit identifiziert werden. Mit anderen Worten: Die Qualität der Führung hat einen relevanten Einfluss auf den Fachkräftemangel.

Bevor nun aber in Zusammenhang mit dem Fachkräftemangel zahlreiche Forderungen an die Führung im Gesundheitswesen gestellt werden, braucht es ein klares Verständnis darüber, was gute Führung in der speziellen Situation von Gesundheitseinrichtungen überhaupt bedeutet und unter welchen Rahmenbedingungen sie entstehen kann. Denn trotz STRAIN und anderen Studien sind Forschung und Literatur zu *Leadership* im Gesundheitswesen immer noch spärlich, und es besteht grosser Forschungsbedarf.

Zu Interventionen in der Behandlung von Patientinnen und Patienten wird viel klinische Forschung durchgeführt, um diese zu optimieren und deren Wirkungen und Nebenwirkungen zu untersuchen. Gleichermassen sollten wir *Leadership* und organisatorische Massnahmen als Interventionen im Gesundheitssystem verstehen und dieses Thema systematisch beforschen. Denn das eine beeinflusst das andere.

Leadership hat letztlich nicht nur einen Effekt auf den Fachkräftemangel, sondern auch auf Behandlungsqualität, Patientensicherheit und Wirtschaftlichkeit. Zu *Leadership* gehört insbesondere die Schaffung einer entsprechenden Teamkultur und Atmosphäre. In der Organisationstheorie gibt es das Konzept der psychologischen Sicherheit. Wenn sich Mitarbeitende sicher fühlen, sind sie bereit, sich stärker zu engagieren, mehr zu kooperieren und offen ihre Ansichten zu äussern. Wenn Menschen ehrlich sagen, was sie denken, dann

werden vermehrt Verbesserungsvorschläge gemacht, und Fehler können offen angesprochen werden. All dies ist förderlich für Effizienz, Qualität und Patientensicherheit.

Die STRAIN-Studie hat gezeigt, dass Forschung in diesem Thema herausfordernd ist und Zusammenhänge und Effekte schwer zu identifizieren und zu messen sind. Trotzdem sollte genau das noch verstärkt versucht werden, und die Finanzierung dieser Projekte

Wenn Menschen ehrlich sagen, was sie denken, werden vermehrt Verbesserungsvorschläge gemacht und Fehler offen angesprochen.

wäre insbesondere eine Aufgabe für die nichtkommerzielle Forschungsförderung wie Nationalfonds und Innosuisse. Etwas pointiert lautet meine These: *Leadership*-Forschung kann ebenso Leben retten wie klinische Forschung.

Neben der Forschung braucht es gezielte Aus-, Weiter- und Fortbildung der Führungskräfte aller Stufen. Zwar existieren bereits zahlreiche Angebote. Diese sollten aber meiner Meinung nach stärker auf die spezifischen Anforderungen von Gesundheitsorganisationen und deren Führungskräfte ausgerichtet werden. Sie könnten mittelfristig mehr Aspekte von *Evidence-Based Leadership in Health Care* vermitteln.

Zuallererst jedoch braucht es ein Bewusstsein und den Willen, *Leadership* als Arbeit und Aufgabe ernst zu nehmen und ihm die entsprechende Aufmerksamkeit und Bedeutung zu geben. Dieses Verständnis muss an der Spitze der Organisation beginnen. Es reicht nicht, Nachwuchskräfte einmalig in Führungsseminare zu schicken. Das Thema ist eine Kulturfrage und betrifft die gesamte Organisation. Denn: Alle Führungskräfte haben wiederum Vorgesetzte und sind gleichermassen wie die Angestellten den Rahmenbedingungen des Betriebs ausgesetzt.

Leadership ist kein Allheilmittel gegen den Fachkräftemangel, aber mit Sicherheit ein wichtiger Baustein in der Behandlung dieses Problems – und darüber hinaus.

Literatur

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



Literatur

- 1 STRAIN – Work-related stress among health professionals in Switzerland: www.bfh.ch/de/forschung/referenzprojekte/strain/

ABWANDERUNG DER ÄRZTESCHAFT

DAS ABWANDERN
IST DES
ARZTES LUST!



NEDMEDDINE.B
7/2/22