

# Schweizerische Ärztezeitung

**1117** Editorial  
von Urs Stoffel  
**Kostenexplosion 2021?**

**1123** Patrouille des Glaciers  
**Sanitätseinsatz auf über  
3000 Höhenmetern**

**1152** «Zu guter Letzt»  
von Eberhard Wolff  
**Über das Dilemma  
der «Medizinischen Polizei»**

**1118** FMH  
**Die Strategie der FMH 2021–2024**



Offizielles Organ der FMH und der FMH Services [www.saez.ch](http://www.saez.ch)  
Organe officiel de la FMH et de FMH Services [www.bullmed.ch](http://www.bullmed.ch)  
Bollettino ufficiale della FMH e del FMH Services  
Organ uffical da la FMH e da la FMH Services



**Verlag**

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

**Externe Redaktion**

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

**Redaktion Ethik**

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

**Redaktion Medizingeschichte**

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

**Redaktion Public Health, Epidemiologie, Biostatistik**

Prof. Dr. med. Milo Puhan

**Redaktion Recht**

Dr. iur. Ursina Pally, Leiterin Rechtsdienst FMH

**FMH**

EDITORIAL: Urs Stoffel

1117 **Kostenexplosion 2021?**

1118



AKTUELL: Nora Wille, Ursina Pally Hofmann, Yvonne Gilli

**Die Strategie der FMH 2021–2024** Als die Ärztekammer am 27. Mai 2021 die Strategie der FMH für die Jahre 2021 bis 2024 verabschiedete, endete damit ein Entstehungsprozess, der bereits 2019 seinen Anfang nahm. Gleichzeitig begann mit dem Ärztekammer-Beschluss der entscheidende Teil des Strategieprozesses: die Umsetzung. Der Artikel gibt einen Überblick über Entwicklung und Inhalte der Strategie, die in den kommenden Jahren Leitfaden unserer Arbeit sein wird.

1122 **Personalien****Weitere Organisationen und Institutionen**

SCHWEIZER ARMEE: Raphaël Kohlprath

1123 **Der Sanitätsdienst der Patrouille des Glaciers 2022****Briefe**1129 **Briefe an die SÄZ****FMH Services**1130 **Seminare / Séminaires / Seminari**1132 **Stellen und Praxen** (nicht online)

## Tribüne

THEMA: Christina Venzin

1139 **Die Zukunft des Führens in der Medizin**

WISSEN: Eva Mell

1142 **Wer unbewusst lernt, vergisst weniger**

## Horizonte

STREIFLICHT: Rolf H. Adler

1145 **Warum Kunst zur Medizin gehört**

SCHAUFENSTER: Zeno Schneider

1147 **Unglaublich, aber wahr**

1150 **Buchbesprechungen**

## Zu guter Letzt

Eberhard Wolff

1152 **Über das Dilemma der «Medizinischen Polizei»**

TOM REED STUDIO

TR

## Impressum

### Schweizerische Ärztezeitung

Offizielles Organ der FMH  
und der FMH Services

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

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

### Anzeigen:

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

### Stellenmarkt und Rubrikanzeigen:

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

### Rubrik FMH Services: FMH Consulting

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

### Abonnemente FMH-Mitglieder:

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

### Anderer Abonnemente:

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

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

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

### © FMH

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

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

mit den Beipackzetteln der verwen-  
deten Medikamente verglichen werden.

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

printed in  
switzerland



Titelbild:  
© Hassan Pasha / Unsplash

# Kostenexplosion 2021?

**Urs Stoffel**

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



Bald ist es wieder so weit, der Prämienherbst steht vor der Tür und mit ihm auch die alljährlichen Diskussionsrunden um Statistiken und Massnahmenvorschläge, wie dem Wachstum der Gesundheitskosten Einhalt geboten werden könnte.

Seit 2016 hat das Departement Ambulante Versorgung und Tarife der FMH kontinuierlich ein differenziertes und aussagekräftiges Monitoring der ambulanten Arztkosten in den Praxen aufgebaut. Einer der Eckpfeiler dieses Datenmonitorings ist die umfassende ärzteigene Datensammlung durch Trustcenter, welche von der NewIndex für dieses Monitoring aufgearbeitet und bereitgestellt wird. Dieser Datenpool basiert auf Rechnungsdaten von circa 10 500 Arztpraxen und 316 Millionen Rechnungskopien (Stand Ende März 2021). Die verwendeten Daten sind immer anonymisiert. Es ist die Aufgabe der FMH, zu evaluieren, wie sich die Gesundheitskosten im praxisambulanten Bereich entwickeln, und die Gründe für diese Entwicklungen zu analysieren.

Wir konnten beispielsweise aufzeigen, dass das TARMED-Volumen pro Patient seit Jahren stabil ist [1], die Anzahl Patienten im Verlauf der Jahre aber zunimmt und sich damit teilweise auch die Kostenentwicklung begründen lässt.

## Seit 2016 hat das Departement Ambulante Tarife ein aussagekräftiges Monitoring der ambulanten Arztkosten in den Praxen aufgebaut.

Eine weitere Analyse zeigt die Zuwachsrate bei den Leistungen, die von Versicherern eingefordert werden, wie beispielsweise dem formalisierten Arztbericht. Hier lässt sich je nach Position bis zu einer Verdopplung von einem Jahr zum nächsten beobachten.

Santésuisse erwartet 2021 den grössten Kostenschub seit Jahren [2]. Ihre Auswertung basiert auf den aktuellen Zahlen des Versicherungsverbandes für das erste Halbjahr (Januar bis Juni 2021). Auf den ersten Blick sieht man ein erhebliches Wachstum von 7,7% für ärztliche Behandlungen im Vorjahresvergleich. Auf den zweiten Blick präsentiert sich jedoch ein etwas differenzierteres Bild: Die vor knapp einem Jahr publizier-

ten Entwicklungen für das erste Halbjahr 2020 wiesen einen Rückgang der Kosten von 4,4% auf [3]. Grund dafür war, dass über längere Zeit nicht dringliche Behandlungen und Eingriffe nicht durchgeführt werden durften. Das diesjährige Wachstum kann also nur mit einer Periode verglichen werden, in welcher die Behandlungen ebenfalls uneingeschränkt erbracht werden konnten. Es handelt sich dabei um den sogenannten Basiseffekt. Berücksichtigt man diesen, so lie-

## Trotz anhaltender Pandemie liegen die Kosten für ärztliche Behandlungen im ersten Halbjahr 2021 auf dem Niveau von 2019!

gen die Kosten im ersten Halbjahr 2021 trotz anhaltender Pandemie – und diese erzeugt bei Weitem nicht nur Test- und Impfkosten – auf dem Niveau von 2019! Seit mehreren Jahren liegt nun das Wachstum der Gesundheitskosten bei 3% und entspricht somit bereits den Wachstumszielvorgaben, welche der Expertenbericht im Auftrag des Eidgenössischen Departements des Innern (EDI) 2017 als «ehrgeizig» und langfristig anzustreben beschrieben hatte [4]. Es gibt somit keinen Anlass für politischen Aktivismus mit drastischen Kostendämpfungsmassnahmen.

Wie die Entwicklung für das gesamte Jahr 2021 aussehen wird, hängt von unterschiedlichen Faktoren ab. Noch ist die Corona-Pandemie nicht überstanden, und auch das Jahr 2021 wird sicher kein «normales» Jahr sein. Genau für solche Fälle haben die Versicherer prämiendifinanzierte Reserven angelegt. Wann, wenn nicht jetzt, sollte auf diese Reserven zugegriffen werden, um die finanziellen Auswirkungen der grössten Pandemie der letzten Jahrzehnte abzufedern?

### Literatur

- 1 Schutz K, Zehnder S. TARMED-Volumen pro Patient seit Jahren stabil. Schweiz Ärztezg. 2021(102);19–20:640–2.
- 2 Pinto C. Die Gesundheitskosten schnellen in die Höhe. Sonntags-Zeitung, 8.8.2021, S. 5.
- 3 Monitoring der Krankenversicherungs-Kostenentwicklung (MOKKE) (admin.ch), Abrufdatum: 24.9.2020.
- 4 Kostendämpfungsmassnahmen zur Entlastung der obligatorischen Krankenpflegeversicherung: Bericht der Expertengruppe, <https://www.news.admin.ch/news/message/attachments/50084.pdf>

In der täglichen Arbeit die zentralen Herausforderungen des Gesundheitswesens angehen

# Die Strategie der FMH 2021–2024

Nora Wille<sup>a</sup>, Ursina Pally Hofmann<sup>b</sup>, Yvonne Gilli<sup>c</sup>

<sup>a</sup> Dr. phil., persönliche wissenschaftliche Mitarbeiterin der Präsidentin; <sup>b</sup> Dr. iur., Generalsekretärin der FMH; <sup>c</sup> Dr. med., Präsidentin der FMH

Als die Ärztekammer am 27. Mai 2021 die Strategie der FMH für die Jahre 2021 bis 2024 verabschiedete, endete damit ein Entstehungsprozess, der bereits 2019 seinen Anfang nahm. Gleichzeitig begann mit dem Ärztekammer-Beschluss der entscheidende Teil des Strategieprozesses: die Umsetzung. Der nachfolgende Artikel gibt einen Überblick über Entwicklung und Inhalte der Strategie, die in den kommenden Jahren Leitfaden unserer Arbeit sein wird.

Wenn der FMH-Zentralvorstand zu Beginn einer neuen Legislatur die politischen und strategischen Zielsetzungen für die nächsten Jahre ausarbeitet, müssen grosse Fragen beantwortet werden: Welche Herausforderungen sind für die FMH zentral? Was sind unsere Ziele? Wie können wir die Arbeit der FMH so gestalten, dass wir diese Ziele erreichen können – oder ihnen zumindest näherkommen? Schnell wird im Rahmen dieses Prozesses deutlich: Die Strategieentwicklung ist nicht einfach nur eine statutarische Pflichtübung des Zentralvorstands (ZV) [1] – sondern erfüllt sehr viele Funktionen: Sie bietet Raum für eine umfassende Reflexion, schafft einen Fokus auf gemeinsame Prioritäten, weist die Schwerpunkte der Arbeit transparent nach aussen aus und etabliert für die beginnende Legislatur einen Leitfaden, an dem die Arbeit ausgerichtet und gemessen werden kann.

Um diese Funktionen erfüllen zu können, folgt der Strategieprozess einem klaren Ablauf (siehe Abb. 1). Nach einer vertieften Analyse der Herausforderungen, die auf die FMH zukommen, werden daraus die Ziele der eigenen Arbeit abgeleitet. Im Anschluss werden die Massnahmen definiert, mit denen die festgelegten Ziele und Subziele erreicht werden sollen. Im Verlauf der Legislatur prüft der ZV in einem jährlichen Review

die Aktualität der Herausforderungen und Ziele und insbesondere den Stand der Umsetzung der einzelnen Massnahmen.

## Ausgangspunkt: Was sind die Erwartungen unserer Mitglieder und anderer Stakeholder?

Damit die Strategie die zentralen Herausforderungen des Gesundheitswesens und Erwartungen der FMH-Mitglieder gut abbildet, wurden zunächst die Einschätzungen verschiedener Stakeholder systematisch erfasst: Neben 3000 zufällig ausgewählten FMH-Mitgliedern wurden auch die ÄK-Delegierten, die Kader-Angestellten des FMH-Generalsekretariats und weitere Expertinnen und Experten gebeten, die wichtigsten Herausforderungen zu priorisieren. Diese Erhebung wurde bereits im letzten Quartal 2019 durchgeführt, da die Ergebnisse bis zur ursprünglich für Mai 2020 geplanten Wahl vorliegen sollten. Die Corona-Pandemie und Verschiebung der Wahl waren noch nicht absehbar.

Die im September 2020 publizierten Befragungsergebnisse [2] zeigten, dass es Ärztinnen und Ärzte genauso wie Expertinnen und Experten als zentrale Aufgabe der FMH ansehen, der Ärzteschaft politisches Gehör zu verschaffen. Ein wichtiges Anliegen auf politischer Ebene ist der Erhalt der Tarifautonomie, deren Bedeutung aktuell insbesondere durch die geplante Budgetierung der Gesundheitsversorgung unterstrichen wird. Die absehbaren schmerzhaften Auswirkungen von «Kostensteuerung» und «Zielvorgaben» für die Patientenversorgung und damit für den ärztlichen Arbeitsalltag müssen vermieden werden. Auch viele weitere Herausforderungen betreffen direkt den Versorgungsalltag: So wurden nicht nur allgemein die Arbeitsbedingungen und die Attraktivität des Berufs als

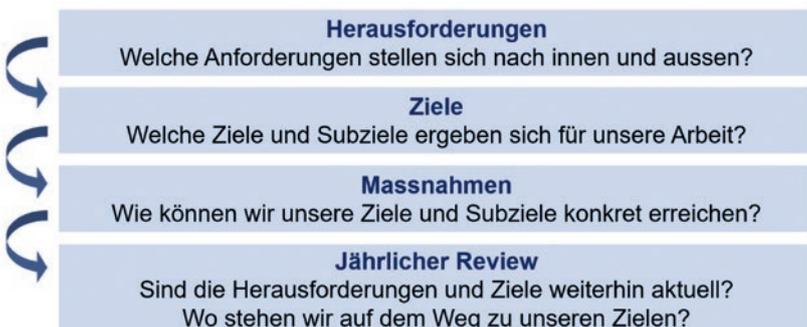


Abbildung 1: Strategieprozess der FMH.

- (1) Gesundheitspolitik Schweiz: Interessensvertretung
- (2) Ambulante Tarife & Erhalt Tarifaufonomie
- (3) Arbeitsbedingungen & Attraktivität des Arztberufs
- (4) Zusammenhalt / geschlossenes Auftreten FMH
- (5) Administrativer Aufwand im Arztberuf
- (6) Zeitdruck in Arzt-Patientenbeziehung
- (7) Kostendruck in Patientenbehandlung
- (8) Ärztemangel und Sicherung der Versorgung
- (9) Aus-, Weiter- und Fortbildung
- (10) Image der Ärzteschaft
- (11) Vereinbarkeit Familie und Beruf
- (12) Zulassung / Vertragsfreiheit / Kontrahierungszwang
- (13) Mediale Präsenz der Positionen der FMH
- (14) Ärztgesundheit und Burnout

Abbildung 2: Zentrale Herausforderungen der FMH in der Legislatur 2021–2024.

wichtige Themen genannt, sondern auch sehr konkret Aspekte wie der Zeitdruck in der Arzt-Patienten-Beziehung, der Kostendruck in der Patientenbehandlung, der wachsende administrative Aufwand, aber auch Themen wie die Vereinbarkeit von Berufs- und Privatleben sowie Ärztgesundheit und Burnout.

**Literatur**

- 1 Gemäss Statuten der FMH, Artikel 49 Absatz 2, obliegt dem Zentralvorstand als leitendem Organ der FMH die «Ausarbeitung der politischen und strategischen Zielsetzungen».
- 2 Wille N, Schlup J. Welches sind die wichtigsten Herausforderungen für die FMH? Schweiz. Ärzteztg. 2020;101(40):1254–8; <https://saez.ch/article/doi/saez.2020.19251>

**Von den Befragungsergebnissen zur Strategie: Definition prioritärer Herausforderungen**

Die Ergebnisse der Strategiebefragung verdichtete der am 28. Oktober 2020 neugewählte Zentralvorstand (ZV) zunächst zu einer Liste priorisierter Herausforderungen (siehe Abb. 2). Im Rahmen eines Workshops wurden im Dezember 2020 die Einschätzungen der FMH-Mitglieder und ÄK-Delegierten, ergänzt um die Einlassungen der Expertinnen und Experten, diskutiert und gewichtet. Fokussiert wurden insbesondere Themen, die für alle Mitglieder und nicht nur für Sub-

gruppen von Bedeutung sind. Auch Themen, die nicht sinnvoll von einzelnen Mitgliederorganisationen bearbeitet werden können, sondern Anstrengungen auf nationaler Ebene erfordern, wurden priorisiert. Darüber hinaus analysierte der ZV die Anliegen der Mitglieder im Lichte aktueller Entwicklungen und Erwartungen externer Anspruchsgruppen: Um als Berufsverband einen Mehrwert zu bieten, muss die FMH nicht nur Bedürfnisse aufnehmen, sondern ihre Expertise auch nutzen, um Entwicklungen zu antizipieren, vorzubereiten und Probleme abzufangen, bevor diese bei den Mitgliedern aufschlagen.

**Mit Zielen werden Herausforderungen zu Aufträgen an die FMH-Departemente**

Damit die definierten Herausforderungen in die alltägliche Arbeit der FMH übersetzt werden können, braucht es die Festlegung von Zielen. In einem nächsten Schritt prüfte darum jedes Departement der FMH, welche strategischen Ziele es sich angesichts der priorisierten Herausforderungen für die Arbeit der kommenden Jahre setzen sollte. Die von den Departementsleitenden und der Generalsekretärin erarbeiteten Vorschläge wurden in einem zweiten Strategieworkshop im Januar 2021 präsentiert, diskutiert und verabschiedet (siehe Abb. 3). Während die Hauptziele eher übergreifende Stossrichtungen aufzeigen, sind die dazugehörigen jeweils vier bis fünf Subziele deutlich konkreter (aus Platzgründen in Abbildung 3 nicht ergänzt).

Der abschliessende Schritt in die operative Umsetzung erfolgte mit dem dritten und letzten Strategieworkshop im Februar 2021, in dem der ZV gemeinsam mit den FMH-Kaderangestellten jedem Subziel eine oder mehrere Massnahmen zuordnete. Diese operative Konkretisierung, wie die Arbeit der FMH den aktuellen Herausforderungen gerecht werden kann, wird in dieser Legislatur den roten Faden der Arbeit bilden. Sie liefert auch die Basis für den jährlichen Review, in dem der Fortschritt der einzelnen Massnahmen regelmässig geprüft wird.

Die strategischen Ziele der FMH wurden sowohl anlässlich der Delegiertenversammlung (DV) als auch in der Ärztekammer (ÄK) vorgestellt. Die DV vom 24. März 2021 begrüsst die Strategie und empfahl diese – nach einer Diskussion, in der auch Anregungen zur Umsetzung gegeben wurden – der Ärztekammer gemäss Art. 30, Abs. 2 der Statuten zur Genehmigung. Dieser Empfehlung folgte die Ärztekammer am 27. Mai 2021, als sie die strategischen Ziele mit 146 Jastimmen, 3 Neinstimmen und 5 Enthaltungen genehmigte – und damit den Startschuss für eine erfolgreiche Umsetzung gab.

**Politik und Kommunikation, Dr. med. Yvonne Gilli**  
Die FMH steht für eine geschlossene Ärzteschaft und setzt sich erfolgreich für eine starke Patientenversorgung ein.

**Daten, Demographie und Qualität, Dr. med. Christoph Bosshard**  
Die FMH setzt sich für transparente Qualitätsarbeit sowie den Erhalt der Qualitätsautonomie ein und verfügt über die besten Daten zur Ärzteschaft.

**Dienstleistungen und Berufsentwicklung, Dr. med. Michel Matter**  
Die FMH gestaltet die Zukunft des Arztberufs aktiv mit und bietet ihren Mitgliedern attraktive Dienstleistungen.

**Ambulante Versorgung und Tarife, Dr. med. Urs Stoffel**  
Die FMH setzt sich für den Erhalt der Tarifaufonomie ein, sichert eine sachgerechte Entschädigung und stärkt die ambulante Versorgung.

**Stationäre Versorgung und Tarife, Dr. med. Jana Siroka**  
Die FMH engagiert sich für sachgerechte Entschädigungen und gute Rahmenbedingungen der ärztlichen Tätigkeit in der stationären Versorgung.

**Digitalisierung / eHealth, Dr. med. Alexander Zimmer**  
Die FMH setzt sich für eine bedarfsgerechte und nutzenbringende Digitalisierung ein.

**Public Health und Gesundheitsberufe, Dr. med. Carlos Quinto**  
Die FMH unterstützt und stärkt Public Health im Sinne der Ärzteschaft.

**Generalsekretariat, Dr. iur. Ursina Pally Hofmann**  
Das GS verwaltet, koordiniert und entwickelt die FMH als Expertenorganisation weiter.

Abbildung 3: Hauptziele der Departemente und des Generalsekretariats für die Legislatur 2021–2024.

# Personalien

## Todesfälle / Décès / Decessi

*Urs Schwarz* (1956), † 2.6.2021,  
Facharzt für Neurologie, 8126 Zumikon

*Reto Ratti* (1934), † 10.6.2021,  
Facharzt für Kardiologie und Facharzt für  
Allgemeine Innere Medizin, 7000 Chur

*Walter Dickenmann* (1940), † 14.6.2021,  
Facharzt für Allgemeine Innere Medizin,  
7430 Thusis

*Rudolf Schneider* (1949), † 16.7.2021,  
Facharzt für Allgemeine Innere Medizin,  
5107 Schinznach Dorf

*Ruth Gattiker* (1923), † 24.7.2021,  
Fachärztin für Anästhesiologie,  
7260 Davos Dorf

*Claude Biedermann* (1934), † 5.8.2021,  
Facharzt für Gynäkologie und Geburtshilfe,  
3037 Herrenschwanden

*René Cavin* (1945), † 7.8.2021,  
Spécialiste en chirurgie, 1700 Fribourg

## Ärztegesellschaft des Kantons Bern

**Ärztlicher Bezirksverein Bern Regio**  
Zur Aufnahme als ordentliches Mitglied  
haben sich angemeldet:

*Thomas Gluecker*, Facharzt für Radiologie,  
FMH, Salemspital, Schänzlistrasse 39, 3013 Bern

*Alexandre Kondratiev*, Praktischer Arzt,  
Moosbühlstrasse 2, 3302 Moosseedorf

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 haben sich gemeldet:

*Ludwig Schretzenmayr*, Facharzt für Allge-  
meine Innere Medizin, Sanacare Gruppen-  
praxis, Löwencent, Zürichstrasse 9,  
6004 Luzern

*Zdenka Tolar*, Fachärztin für Allgemeine  
Innere Medizin, FMH, Praxis Mall of Switzer-  
land MedCenter AG, Ebisquare-Str. 1/16,  
6030 Ebikon

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

Zur Aufnahme in unsere Gesellschaft  
Sektion Gäu hat sich gemeldet:

*Laura Kolly*, Fachärztin für Allgemeine  
Innere Medizin, FMH, Hausärzte Friedeck,  
Bertiswilerstrasse 26, 6023 Rothenburg

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

## Ärzte-Gesellschaft des Kantons Zug

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

*Stefan Christen*, Facharzt für Allgemeine  
Innere Medizin und Facharzt für Gastro-  
enterologie, FMH, Dorfplatz 2, 6330 Cham

Einsprachen gegen diese Kandidatur müssen  
innerhalb 14 Tagen seit dieser Veröffent-  
lichung 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.



INNOVATION QUALITÉ

**Jetzt Projekt einreichen – bis 06.12.2021**

Zukunftsweisende Qualitätsarbeit im Gesundheitswesen gehört aufs Podest: Gewinnen Sie  
die Innovation Qualité, den Preis für Qualität in der Medizin! Melden Sie Ihr Projekt an auf  
[www.innovationqualite.ch](http://www.innovationqualite.ch).





**Abbildung 2: Patientensammelpunkt von Tête Blanche, 3650 m ü.M.** Diese mythische Passage bleibt vielen Teilnehmenden als kältester Ort in Erinnerung.

**Tabelle 1: Geringfügige Verletzungen (NACA-I) während der PdG 2014.**

5	Akute Höhenkrankheit
8	Leichte Atemwegserkrankung
8	Leichte gastrointestinale Erkrankung
16	Erschöpfung
2	Blasen an den Füßen
1	Augenbrennen
1	Grippesyndrom
1	Erfrierung
7	Hypothermie
9	Oberflächliche Wunde
32	Kleinere Knochen- und Gelenktraumata
2	Schulterluxation
1	Einfaches Kopftrauma
48	Nd

nen. Ausserdem muss die Evakuierung mittels Helikopter an schwer zugänglichen Stellen gewährleistet werden (Abb. 2).

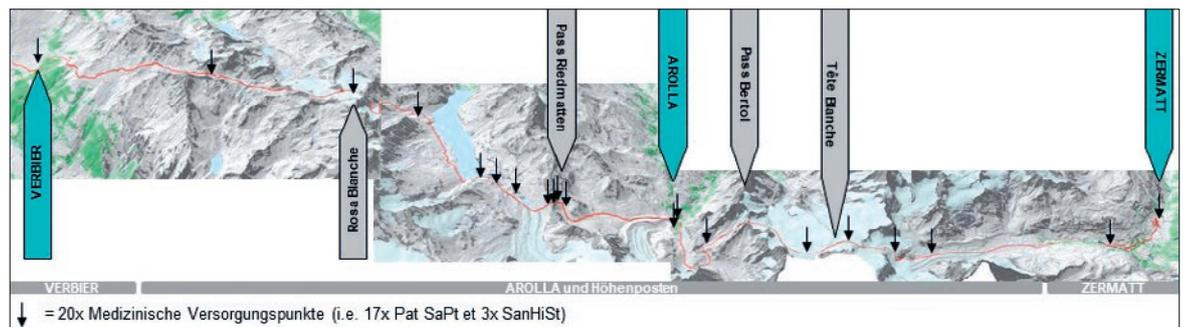
Während der PdG 2018 waren 54 Ärzte und 30 Sanitäter für acht Tage auf den Höhenposten im Einsatz (Abb. 3). Typischerweise werden pro Ausgabe der PdG 140 verletzte Teilnehmende und etwa sechs Tonnen medizinisches Material und Gerätschaften mit den Helikoptern transportiert.

Da die statistischen Daten zu heterogen sind, ist ein epidemiologischer Vergleich zwischen den Ausgaben derzeit nicht möglich. Trotz allem gibt die PdG 2014 ein gutes Beispiel des Profils der üblicherweise anzutreffenden Pathologien. Einhundertzweiundsiebzig Fälle wurden während der beiden Rennen behandelt, die sich wie folgt gemäss dem National Advisory Committee of Aeronautics Score (NACA) [1] verteilen: 22 NACA-O, 143 NACA-I, 2 NACA-II, 3 NACA-III, 1 NACA-IV, 1 NACA-V. Die häufigsten Fälle (NACA-I) sind in Tabelle 1

aufgeführt. Schwerwiegendere Fälle (NACA-II bis -V) umfassen Frakturen, akutes Abdomen, Lungenembolie und akutes Lungenödem.

Das Auswahlverfahren für die PdG 2022 wird durch die hohen Anforderungen sehr anspruchsvoll. Die eingesetzten Ärztinnen und Ärzte und das Pflegepersonal profitieren drei Monate vor Start der PdG von einer einsatzbezogenen Ausbildung (EBA), um die für das Hochgebirge benötigten medizinischen und technischen Fähigkeiten zu vertiefen. An dieser Schulung erhält das eingesetzte Sanitätspersonal eine Ausbildung in Gebirgsmedizin, Gebirgstrauma, dem Verhalten bei Helikopter-Evakuierungen (EC-635) und Bergrettungstechniken. Diese Ausbildungen werden von den wichtigsten Partnern der PdG durchgeführt, u.a. von der Luftwaffe und von den Bergführern des Kompetenzzentrums Andermatt.

Um eine hohe Kompetenz im Sanitätsdienst zu erhalten, suchen wir sowohl ärztliche als auch paramedizi-



**Abbildung 3: Vereinfachtes Schema des Sanitätsdispositivs der PdG 2022.** Die Höhenposten befinden sich im Hochgebirge, das entlang der Alpenhöhenroute (im Durchschnitt 3000 Höhenmeter) verläuft. Schwarze Pfeile stellen medizinische Versorgungspunkte dar.

## Erfahrungsbericht von Christophe Chablais, 15 Jahre Erfahrung in der PdG



Oberleutnant Christophe Chablais  
S4 Sanität, Stab Kommando Patrouille des Glaciers  
Rettungsanitäter im CSU von Waadt Nord und la Broye.

Nach meiner Ausbildung zum Kompanieführer werde ich im Jahr 2005 in der Notrufzentrale der Sanität eingeteilt. Meine Aufgabe ist es, Hilferufe der Patrouillen entgegenzunehmen und die Kommunikation zwischen den sanitätsdienstlichen Elementen sicherzustellen. Als Rettungsanitäter im zivilen Leben konnte ich durch diese erste Erfahrung die Herausforderungen, die die Kollegen in der 144-Zentrale im Alltag erleben, besser verstehen.

Anschließend hatte ich die Gelegenheit, die Verwaltung des gesamten Sanitätsmaterials zu übernehmen, d.h. etwa sechs Tonnen Material, das durch die Schweiz geschickt und anschliessend auf den Höhenposten verteilt wird. In diesen fünfzehn Jahren hat meine Rolle an Bedeutung gewonnen, und viele Herausforderungen mussten gemeistert werden. Meine Ratschläge wurden oft berücksichtigt und meine zivilen Fähigkeiten miteinbezogen. Zum Beispiel wurden standardisierte Prozesse entwickelt, welche auf den Sanitätsposten individuell eingesetzt und angepasst wurden. Dadurch konnten der Materialbeschaffungsprozess optimiert und der Materialverlust reduziert werden. Die oft extremen Temperaturbedingungen schränkten die Lagerbedingungen für Schlüsselgüter wie Medikamente ein, die bei Ende der PdG oft vernichtet werden müssen. Dank dieser Massnahmen konnte in der Ausgabe 2018 der Verbrauch von Sanitätsmaterial um 25% gesenkt werden.

Die PdG ermöglichte es mir auch, meine Fähigkeiten zu vertiefen, und beeinflusste mein ziviles Berufsleben, sowohl als Logistikoffizier als auch als Einsatzleiter im Advanced Medical Post Detachment in Lausanne. Besonders im Einsatz bei Air14 und beim Schwingfest in Estavayer-le-Lac konnte ich meine Erfahrungen aus der PdG anwenden. Ich freue mich, Teil dieses grossen Abenteurers zu sein, und hoffe, bald die richtige Person zu finden, an die ich die Fackel weitergeben kann und die bereit ist, für mehrere Ausgaben der PdG diese wichtige Aufgabe zu übernehmen.

## Erfahrungsbericht von Christophe Bianchi, Arzt PdG 2016

Die PdG medizinisch zu unterstützen bedeutet, an einem legendären Rennen in einer einzigartigen Umgebung teilzunehmen und Emotionen von seltener Intensität zu erleben. Meine Verbindung zur PdG begann 2014 als Teilnehmer, nachdem mich ein Freund dazu motiviert hat, am grossen Rennen teilzunehmen. Ein Jahr später, nach über zehn Rennstunden, fällt mir nur ein Gedanke ein, als ich den Aufstieg der Rosablanche sah: «Warum machst du das nur?» Trotz der Anstrengung und der Zweifel, glücklich und müde, aber vor allem pünktlich, überquerten wir die Ziellinie. Diese Erfahrung hat mein Leben geprägt: Ich habe zwar viel über die Berge, aber vor allem viel über mich selbst gelernt.

Zwei Jahre später sind wir wieder am Berg Rosablanche, diesmal aber als Ärzte. Nach dem Aufstieg von Verbier mit den Tourenski, beladen mit unserer Militärausrüstung, entdecken wir das Zelt, in dem wir eine Woche voller Überraschungen verbringen werden. Von den Soldaten des Gebirgsinfanteriebataillons mit einem Glas Weisswein begrüsst, bleibt uns gerade noch Zeit, uns hinzusetzen und etwas zu essen, bevor wir uns auf den Weg machen, die Stufen des mythischen Anstiegs der Rosablanche aus dem Eis zu schlagen. Nachdem ich den Berg vor zwei Jahren bestiegen habe, weiss ich, wie wichtig diese Stufen sind. Entsprechend sogfältig bin ich dabei und denke mir, dass ich dadurch den Teilnehmern beim Rennen ein wenig helfen kann.

Nach einem majestätischen Sonnenuntergang verbringen wir die erste Nacht in unserem Zelt. Man schläft fantastisch auf über 3200 Metern! Nach einem Tag der Vorbereitungen und einer Skitour gehen wir früh ins Bett. Tatsächlich werden die ersten Patrouillen um 21.45 Uhr Zermatt verlassen. Wir müssen also bereit sein, sie am frühen Morgen noch vor Sonnenaufgang willkommen zu heissen.

Am Fusse des Rosablanche, um 4.30 Uhr morgens, sah ich in der Ferne etwas, was ich nie vergessen werde. Mitten in den Bergen in

einer sternklaren Nacht kam uns eine lange Lichterschlange von Stirnlampen entgegen. Es waren die ersten Patrouillen, welche dieses unglaublich schöne Bild abgaben. Was für eine unbeschreibliche Magie. Dann nimmt alles Fahrt auf: Die Patrouillen ziehen vorbei, und wir treffen uns am frühen Nachmittag, als das Ende des Rennens bekanntgegeben wurde. Was für ein Abenteuer!



Oberleutnant Christophe Bianchi (links), Arzt am Patientensammelplatz Rosablanche, PdG 2016, Facharzt für Innere Medizin und ISP für Notfallmedizin.



**Abbildung 4: Vorbereitung der Strecke.** Die ersten Paletten mit sanitärer Ausrüstung werden vier Wochen vor Beginn der PdG auf die Höhenposten geflogen.

nische Fachkräfte, die motiviert sind, ab 2022 für mehrere Ausgaben der PdG mitzumachen. Eine Ausbildung in Anästhesie, Intensivmedizin, Notfallmedizin oder Traumatologie ist wünschenswert. Insbesondere Fachpersonal, das bereits Rettungsdienste geleistet hat und weiss, wie man sich im Hochgebirge verhält, wird eingeladen, sich zu bewerben. Es handelt sich um einen Echteinsatz unter realen Bedingungen (Abb. 4). Die sanitätsdienstlichen Elemente müssen unter teilweise extremen Bedingungen jederzeit einsetzbar sein. Die Einberufung erfolgt durch freiwilligen Militärdienst oder durch einen zivilrechtlichen Vertrag für eine Gesamtdauer von acht Einsatztagen und einem Tag obligatorischer Weiterbildung.

#### Bildnachweis

Kommunikationsabteilung Stab Kdo PdG

#### Literatur

- 1 Weiss M, Bernoulli L, Zollinger A. The NACA scale. Construct and predictive validity of the NACA scale for prehospital severity rating in trauma patients. *Anaesthesist*. 2001 Mar;50(3):150–4.

## Das Wichtigste in Kürze

- Seit mehr als einem halben Jahrhundert führt die Armee die Patrouille des Glaciers (PdG) durch, um ihre Truppen für die Bedingungen im Hochgebirge zu trainieren.
- Der Sanitätsdienst für diesen internationalen Wettbewerb ist beachtlich: 2018 waren 54 medizinische und 30 paramedizinische Fachkräfte im Einsatz.
- Bei jeder Ausgabe werden etwa 140 Verletzte und sechs Tonnen medizinisches Material mit dem Helikopter transportiert. Die häufigsten leichten Erkrankungen sind die akute Höhenkrankheit, leichte Atemwegserkrankungen, leichte Verdauungsstörungen, Erschöpfungszustände und leichte Knochen- und Gelenktraumata.
- Die PdG sucht motivierte Ärztinnen und Ärzte sowie paramedizinische Fachkräfte, die ab 2022 während mehrerer Ausgaben am Wettbewerb teilnehmen möchten. Eine Ausbildung in Anästhesie, Intensivmedizin, Notfallmedizin oder Traumatologie ist erwünscht.

Major Raphaël Kohlprath  
Stab Kommando  
Patrouille des Glaciers  
Rue du Catogne 7  
CH-1890 Saint-Maurice  
pdg.tdiv[at]vtg.admin.ch

# Briefe an die SÄZ

## Was lange währt, wird endlich gut?

Brief zu: Barbosa S, Matter M. FMH lanciert Branchenlösung für Arbeitssicherheit in der Arztpraxis. Schweiz. Ärzteztg. 2021;102(33):1036–7.

«23. August, ein wichtiges Datum für die Sicherheit am Arbeitsplatz». Es wird die Branchenlösung der FMH vorgestellt, die ab diesem Datum über eine Webseite bezogen werden kann. Vorausgesetzt ist eine Mitgliedschaft bei der Arbeitssicherheit Schweiz, was zu einer Einsparung von fixen Kosten bis Ende August 2023 führe. Das Thema «Arbeitssicherheit in der eigenen Praxis» habe ich mit Kollege Michael Trippel, damals Leiter des Arbeitsmed. Dienstes des KS Luzern, an einem Workshop an der SGAM/SGARM Jahrestagung in Luzern am 11.11.2005 angeboten und dafür

eine kleine Umfrage bei 59 hausärztlich tätigen Praxen in der Region BS/BL durchgeführt. Es hat sich klar gezeigt, dass das Thema dringend von der FMH zusammen mit der SGARM (Arbeitsmedizin) angepackt und der praktizierenden Ärzteschaft eine Hilfestellung mittels Handbuches angeboten werden muss. Wir

hoffen, dass diese dringende Bitte mit dieser Branchenlösung nun erfüllt wird.

*Dr. med. Rudolf Ott, Allg. Innere Medizin, Betriebsarzt Schweizerische Gesellschaft für Arbeitsmedizin (SGARM), Biel-Benken*

## Briefe

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

[www.saez.ch/de/publizieren/leserbrief-einreichen/](http://www.saez.ch/de/publizieren/leserbrief-einreichen/)

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

## Aktuelle Themen auf unserer Website

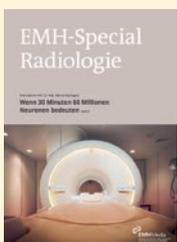
[www.saez.ch](http://www.saez.ch) → Tour d'horizon



Interview mit Prof. Dr. med. Maria Wertli, Präsidentin Qualitätskommission der Schweizerischen Gesellschaft für Allgemeine Innere Medizin (SGAIM)

### Qualitätsindikatoren – Nutzen und Grenzen

Die Qualitätskommission der SGAIM präsentiert erstmals die neuen Qualitätsindikatoren für die stationäre Behandlung.



Editorial von Sandra Ziegler, Geschäftsführerin EMH Schweizerischer Ärzteverlag

### EMH-Special: eine neue Publikationsreihe

Spannende Berichte, wertvolle Inputs für den Praxisalltag und Erfahrungsaustausch – dies sind die wichtigsten Eckpunkte der neuen Publikationsreihe «EMH-Special».



# Seminare / Séminaires / Seminari

## Praxiseröffnung/-übernahme

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

### Themen

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

### Datum

<b>K05</b>	Donnerstag, 4. November 2021 9.00–16.30 Uhr	<b>Basel</b> <b>Hotel Victoria</b>
------------	---	---------------------------------------

## Praxisübergabe/-aufgabe

**Zielgruppe:** Ärztinnen und Ärzte, die ihre Praxis an einen Partner oder Nachfolger übergeben oder liquidieren wollen. Idealtermin: **5–10 Jahre vor geplanter Übergabe oder allfälliger Liquidation** (aus steuerrechtlichen und vorsorgeplanerischen Gründen).

### Themen

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

### Daten

<b>K09</b>	Donnerstag, 23. September 2021 13.30–18.00 Uhr	<b>Zürich</b> <b>Volkshaus</b>
<b>K10</b>	Donnerstag, 11. November 2021 13.30–18.00 Uhr	<b>Basel</b> <b>Hotel Victoria</b>

## Praxiscomputer-Workshop

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

### Themen

- **Anforderungen an ein Praxisinformationssystem** (Einführung)

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

### Daten

<b>K13</b>	Mittwoch, 15. September 2021 13.15–17.45 Uhr	<b>Zürich</b> <b>Technopark</b>
<b>K15</b>	Donnerstag, 18. November 2021 13.15–17.45 Uhr	<b>Olten</b> <b>Stadttheater</b>

## IT Security Awareness

**Zielgruppe:** Ärztinnen und Ärzte, medizinische Praxisassistenten/-innen.

### Themen

- Datenschutz und Informationssicherheit
- Herausforderungen und Risiken
- Schutzbedürftige Daten und Systeme im Gesundheitswesen (Praxis, Spital, Heim)
- Sicherheitsmassnahmen und Werkzeuge
- Umgang mit Klienten-/Patientendaten
- Ausblick auf das elektronische Patientendossier

### Datum

<b>K13</b>	Mittwoch, 24. November 2021 18.00–20.30 Uhr	<b>Zürich</b> <b>Volkshaus</b>
------------	---	-----------------------------------

## Ouverture et reprise d'un cabinet médical

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

### Contenu

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

### Dates

<b>K22</b>	Jeudi 2 septembre 2021 13h30–18h30	<b>Lausanne</b> <b>World Trade Center</b>
<b>K23</b>	Jeudi 4 novembre 2021 13h30–18h30	<b>Genève</b> <b>Crowne Plaza</b>

## Remise et cessation d'un cabinet médical

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

### Contenu

- **Aspects juridiques** (contrats en général, dossiers patients, autorisations)
- **Estimation d'un cabinet et remise du cabinet** (calcul de l'inventaire et du goodwill comme base de négociation, recherche de succession, recommandations)
- **Assurances/prévoyance/patrimoine** (remise/résiliation des contrats d'assurances, formes de prévoyance, planification de la retraite et des finances)
- **Conséquences fiscales d'une remise ou d'une cessation** (optimisation de l'impact fiscale lors d'une remise/cessation, impôt sur les bénéfices et gains immobiliers, détermination de la date optimale pour la remise/cessation)

### Date

<b>K25</b>	Jeudi 11 novembre 2021 13h30–18h30	<b>Genève</b> <b>Crowne Plaza</b>
------------	--	--------------------------------------

## Apertura e rilevamento di uno studio medico

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

### Contenuto

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

### Data

<b>K51</b>	Mercoledì 13 ottobre 2021 dalle 16.00 alle 18.00	<b>Chiasso</b> <b>FMH Services (Consulting)</b>
------------	--	--

Anmeldung/  
Inscription/  
Registrazione

[www.fmhservices.ch](http://www.fmhservices.ch)



Riskmanagement

# | Einfach alle Risiken im Griff



Jederzeit  
bereit

## Die alltäglichen Risiken kennen **Evaluation Ihrer persönlichen Situation.**

- Analyse der Risiken innerhalb des Praxisbetriebes
- Einstufung nach Eintretenswahrscheinlichkeit und Schadenausmass
- Erarbeitung von geeigneten Massnahmen
- Aufbau eines Monitoring-Systems

### CONSULTING

FMH Consulting Services AG  
Burghöhe 1  
6208 Oberkirch  
Tel. 041 925 00 77  
mail@fmhconsulting.ch  
www.fmhconsulting.ch





## Gendernormen in der Führungsetage

# Die Zukunft des Führens in der Medizin

Christina Venzin

Dr. med., Leitende Ärztin Nephrologie, Spital Davos, Dozentin college M, Bern

Frauen stossen nach wie vor an die berüchtigte Glasdecke. Studien zeigen, dass normative Vorstellungen von Führung und «Weiblichkeit» eine Doppelbindung erzeugen, die Frauen benachteiligt. Dies zeigt sich in Bewerbungssituationen und bei der Förderung von Mitarbeitenden. Erst mit der Einsicht in die Voreingenommenheiten, die zu dieser Doppelbindung führen, können sich die Prozesse verbessern.

In Führungspositionen sind Frauen noch immer unterrepräsentiert – auch in der Medizin. Wie eine Studie im NEJM 2020 [1] zeigt, wurden zwischen 1979 und 1997 prozentual weniger Ärztinnen in Leitungspositionen befördert als ihre männlichen Kollegen – und die Lücke verschmälerte sich nicht in einer späteren Kohorte zwischen 1998 und 2013. Auch in der Schweiz sind Frauen prozentual weiterhin in Kaderpositionen unterrepräsentiert: In der Altersgruppe von 45 bis 59 sind Chefarztpositionen nur zu 13,4% von Frauen besetzt.

### Die herausfordernde Vereinbarkeit von Familie und Beruf ist nicht der alleinige Faktor für das Ungleichgewicht auf der Führungsebene.

Und das, obwohl der Anteil der weiblichen Ärzte in der Alterskategorie von 45 bis 54 Jahren 50% beträgt. In der Alterskategorie unter 40 Jahren übersteigt die Zahl der Medizinerinnen die der männlichen Kollegen; dennoch herrscht Ungleichgewicht: Nur 25% der Leitungsfunktionen sind von Frauen besetzt [2].

Weshalb sollten Frauen seltener Leitende Ärztinnen und Chefärztinnen werden als ihre männlichen Kollegen? Die in der Schweiz noch immer herausfordernde Vereinbarkeit von Familie und Beruf ist ein nicht zu vernachlässigender Faktor, doch nicht der alleinige.

### Unterschiedliche Erwartungen an männliche und weibliche Führungskräfte

Was wird in Führungspositionen erwartet, welche Führungsqualitäten sind gefordert? Eine ideale Führungskraft wird mit den Eigenschaften wie Entscheidungsfreude, Durchsetzungsfähigkeit, guter Vernetzung und Unabhängigkeit assoziiert – Eigenschaften, die man in der westlichen Kultur dem «idealen Mann» zuordnet. Frauen, die sich genau so verhalten, werden als kratzbürstig, schroff und unsympathisch wahrgenommen, denn sie sollen sich auch freundlich, fürsorglich und selbstlos zeigen. Dieses Dilemma kreiert eine sogenannte Doppelbindung, also eine widersprüchliche Erwartung, die unerfüllbar bleibt [3].

Eine berühmt gewordene Studie der Columbia University [4] konnte dies illustrieren: Studierende erhielten den Lebenslauf der sehr erfolgreichen Silicon-Valley-Risikokapitalgeberin Heidi Roizen. Die Hälfte der Studierenden erhielt denselben Lebenslauf mit geänderter Namen: Howard Roizen. Die Teilnehmenden, welche Fragen zu Howard beantworteten, bezeichneten ihn als beeindruckend und hätten gerne für ihn gearbeitet. Die Teilnehmenden, die den echten Lebenslauf von Heidi Roizen erhielten, fanden sie zwar kompetent, aber weniger sympathisch und wollten nicht für sie arbeiten.

Frauen müssen in Führungspositionen einen besonderen Balanceakt leisten, indem sie sich als starke Führungskraft einerseits und als weiblich genug andererseits darstellen, um sowohl als Führungskraft akzeptiert als auch sympathisch zu sein [5].

### Weshalb gibt es weniger Frauen in Führungspositionen?

Positiv anzumerken ist, dass Stelleninserate in der Medizin nun (fast ausschliesslich) beide Geschlechter ansprechen; Kaderpositionen werden in Teilzeit angeboten, und Führungsqualitäten werden auf Ausgewogenheit bedacht formuliert (z.B. durchsetzungsfähig und kooperationsbereit). Doch: Bewerben sich gleich viele Frauen wie Männer auf eine Kaderposition? Das Ergebnis (die anteilmässig geringe Vertretung von Frauen in der Führung) lässt zwei Dinge vermuten: Entweder Frauen bewerben sich seltener auf diese Positionen als Männer, oder sie stolpern im Laufe des Bewerbungsverfahrens über die *gendered norms of leadership* [6].

Zutreffend ist wohl beides. Aus Bereichen der Wirtschaft weiss man, dass Frauen sich tatsächlich seltener auf Kaderpositionen bewerben, da die Wahl in ein solches Gremium in der Regel mit psychologischen Sanktionen (Ablehnung, Sympathieentzug) einhergeht. «Psychologische Kosten» entstehen bei Frauen, die bereit sind, mit Männern in Konkurrenz zu treten [7].

### Rekrutierungsverfahren: Stolpersteine der Gendernormen in der Führungsetage

Wenn sich Frau dann bewirbt, stellen Bewerbungsgespräche den ersten Stolperstein dar. In Männern sieht man das Potenzial, Frauen werden stärker nach ihren bisherigen Leistungen bewertet. Eine Studie untersuchte hierzu Bewerbungsverfahren und hielt fest: Um Berücksichtigung für eine Kaderposition zu erhalten, mussten die Leistungsnachweise von Frauen mindestens so gut sein wie die ihrer männlichen Kollegen, gleichzeitig mussten sie höheren Massstäben während des Auswahlverfahrens genügen, da das

Führungspotenzial bei Frauen häufig übersehen wurde [8].

So ist zwar die theoretische Möglichkeit zur Bewerbung auf eine Kaderarztstelle formal für Männer und Frauen in der Medizin gleich, doch weniger weibliche Bewerbungen und unterschiedliche Bewertungskriterien im Rahmen von Vorstellungs- und Auswahlgesprächen führen zu einem Ungleichgewicht.

Ein weiterer Stolperstein auf dem Weg zur weiblichen Kaderarztstelle sind Mitarbeitendengespräche. Eine Studie [9] untersuchte diese auf das Vorliegen von Mustern, die Mitarbeitendengespräche mit Männern von denen mit Frauen unterschieden: Persönlichkeitsmerkmale wurden deutlich häufiger bei Frauen er-

### Rekrutierungsverfahren und Mitarbeitendengespräche sind Knackpunkte, die besondere Aufmerksamkeit verdienen.

wähnt als bei Männern, Frauen mussten das Erreichte nochmals beweisen (damit wiederholt sich das Muster aus den Bewerbungsgesprächen), und es galt die Annahme, dass Frauen mit Kindern weniger Karriereambitionen hätten als Männer mit Kindern (die sogenannte *maternal wall*). Zudem ermutigte man Männer häufiger, Visionen zu entwickeln und sich durchzusetzen, Frauen riet man eher zur Kooperation und dazu, den Fokus auf ein lieferbares Ergebnis zu richten.

Das Thema Selbstbewusstsein wird bei Frauen immer wieder bemängelt [10]. Warum wird Frauen häufiger unterstellt, sie seien nicht selbstbewusst? Man könnte auch umgekehrt davon ausgehen, dass Männer häufiger nach dem Motto *fake it till you make it* handeln und Frauen eine realistische Portion Selbstzweifel mitbringen [7].

### Die Stolpersteine beseitigen

Muster und Ideale entstehen überall dort, wo es einfacher ist, in Kategorien zu denken, so auch bei den Gendernormen in der Führungsetage. Sie zu durchbrechen ist schwer, aber das Bewusstsein über ihren fragwürdigen Sinn in einer modernen Gesellschaft kann den Weg zu neuen Normen ebnen. Rekrutierungsverfahren und Mitarbeitendengespräche sind dabei Knackpunkte, die besondere Aufmerksamkeit verdienen.

Wie können wir den Stolpersteinen konkret begegnen? Zumindest für die Mitarbeitendengespräche gibt es Evidenz [9]: Wenn man einerseits Bewertungsbögen so anpasst, dass mindestens drei konkrete Beispiele für die Bewertung einer Eigenschaft (z.B. Innovation, Führungsqualitäten) festgehalten werden müssen, und an-

dererseits Mitarbeitende zum Hintergrund der Änderung schult, führt dies offenbar zu gleichberechtigter Beförderung.

Und die übrigen Stolpersteine? Da sind Kreativität und Mut gefragt. Warum nicht einmal in Teilzeit auf eine Kaderposition bewerben – die Wahrscheinlichkeit, dass es nun immer mehr Pendants für Jobsharing geben wird, steigt stetig, schliesslich steigt der Wunsch nach Teilzeitarbeit bei beiden Geschlechtern. Auf Seite der Vorgesetzten wären Vorstellungsgespräche durch gemischte Teams denkbar. So sässe eine Bewerberin beiden Geschlechtern gegenüber, wodurch einerseits das Führungspotenzial einer Bewerberin seltener übersehen würde, gleichzeitig wäre das Signal auf Vorgesetzenseite klar: Wir bemühen uns um Perspektivenvielfalt.

### Welche Führungseigenschaften braucht die Medizin der Zukunft?

Führung in der Medizin ist anspruchsvoll. Es gilt nicht nur, Mitarbeitende gut zu führen, auch Patientinnen und Patienten erwarten zunehmend andere Dinge von der Medizin. Eine Analyse von Patientenbefragungen [1] zeigt, dass Freundlichkeit, Respekt, Empathie, gute Koordination ihrer Behandlung und gute Kommunikation im Rahmen jeglicher Behandlungsform (ambulant und stationär) am stärksten wertgeschätzt werden. Dies gilt umso mehr, als sich Patientinnen und Patienten zunehmend durch einen medizinischen Dschungel bewegen müssen – noch nie zuvor gab es so viele unterschiedliche Behandlungsoptionen verschiedener Erkrankungen. Den Erwartungen nach Orientierung, Gesprächen und Augenhöhe mit klassischen, streng hierarchischen Führungseigenschaften begegnen zu wollen dürfte schwerfallen.

Der Medizinerberuf muss sich angesichts wachsender unterschiedlicher Erwartungen von Patientinnen und Patienten, Gesellschaft und Wirtschaft wandeln. Erfolgreiches und nachhaltiges Führen erfordert sowohl Fähigkeiten, die eher Frauen zugeschrieben werden, als auch klassische (eher mit Männern assoziierte)

Führungseigenschaften. Die Zusammenarbeit von Frauen und Männern ist auf allen Etagen erstrebenswert, da gemeinsam mehr Neues entstehen kann. Wenn wir das Führungspotenzial weiblicher Mitarbeitender verkennen, verschenken wir die Hälfte unseres gemeinsamen Potenzials. Und wir sollten unser volles Potenzial ausschöpfen, um das Gesundheitswesen in eine erfolgreiche Zukunft zu führen!

### Bildnachweis

Esteban Lopez Unsplash

### Literatur

- 1 Richter KP, Clark L, Wick JA, et al. Women Physicians and Promotion in Academic Medicine. *N Engl J Med.* 2020;383(22):2148–57. doi:10.1056/NEJMsa1916935
- 2 Poster FMH-Ärzttestatistik 2020, <https://www.fmh.ch/files/pdf25/poster-fmh-aerzttestatistik-2020.pdf>
- 3 Ibarra H, Ely RJ, Kolb DM. Women Rising: The Unseen Barriers. *Harvard Business Review.* September 1st, 2013. Available at: <https://hbr.org/2013/09/women-rising-the-unseen-barriers> (accessed: June 28, 2021).
- 4 Leadership psychology institute. Women & the Leadership Labyrinth Howard vs Heidi. <https://www.leadershippsychologyinstitute.com/women-the-leadership-labyrinth-howard-vs-heidi/>
- 5 Koenig AM, Eagly AH, Mitchell AA, Ristikari T. Are leader stereotypes masculine? A meta-analysis of three research paradigms. *Psychological Bulletin.* 2011;137(4):616–42. doi:10.1037/a0023557
- 6 Zheng W, Kark R, Meister A. How Women Manage the Gendered Norms of Leadership. *Harvard Business Review.* Published online November 28, 2018. Accessed May 9, 2021. <https://hbr.org/2018/11/how-women-manage-the-gendered-norms-of-leadership>
- 7 Berger J, Osterloh M, Rost K. Focal random selection closes the gender gap in competitiveness. *Science Advances.* 2020;6(47):eabb2142. doi:10.1126/sciadv.abb2142
- 8 Player A, Randsley de Moura G, Leite AC, Abrams D, Tresh F. Overlooked Leadership Potential: The Preference for Leadership Potential in Job Candidates Who Are Men vs. Women. *Front Psychol.* 2019;10. doi:10.3389/fpsyg.2019.00755
- 9 Williams JC, Loyd DL, Boginsky M, Armas-Edwards F. How One Company Worked to Root Out Bias from Performance Reviews. *Harvard Business Review.* Published online April 21, 2021. <https://hbr.org/2021/04/how-one-company-worked-to-root-out-bias-from-performance-reviews>
- 10 Doldor E, Wyatt M, Silvester J. Research: Men Get More Actionable Feedback Than Women. *Harvard Business Review.* Published online February 10, 2021. Accessed May 16, 2021. <https://hbr.org/2021/02/research-men-get-more-actionable-feedback-than-women>
- 11 Guney S, Childers Z, Lee TH. Understanding Unhappy Patients Makes Hospitals Better for Everyone. *Harvard Business Review.* Published online April 2, 2021. <https://hbr.org/2021/04/understanding-unhappy-patients-makes-hospitals-better-for-everyone>

### Das Wichtigste in Kürze

- Frauen müssen zusätzlich zu männlich attribuierten Führungsqualitäten wie Stärke auch weiblich konnotierte Qualitäten demonstrieren, um akzeptiert zu werden.
- Besondere Stolpersteine stellen Bewerbungsverfahren und die Förderung von Mitarbeitenden dar, da die Führungskompetenzen von Frauen oft übersehen werden.
- Diese Prozesse können durch die Verwendung von ausgewogenen Bewertungsbögen und durch gemischte Auswahlgremien offener gestaltet werden.

### L'essentiel en bref

- Pour être acceptées, les femmes doivent faire preuve de qualités à connotation féminine en plus des qualités de *leadership* attribuées aux hommes, comme la force.
- Les processus de candidature et la promotion du personnel constituent des obstacles fréquents, les compétences de *leadership* des femmes étant souvent négligées.
- Ces processus peuvent devenir plus accessibles par l'utilisation de formulaires d'évaluation équilibrés et par des panels de sélection mixtes.

Dr. med. Christina Venzin  
Spital Davos, Promenade 4  
CH-7270 Davos Platz  
cvenzin[at]spitaldavos.ch



Selbst wenn wir eine Szene nur unbewusst wahrnehmen, speichert unser Gehirn sie ab.

# Wer unbewusst lernt, vergisst weniger

**Eva Mell**

Managing Editor der *Schweizerischen Ärztezeitung*

Forschende der Universität Bern haben gezeigt, dass auch unbewusste Erlebnisse in unserem Gehirn abgespeichert werden, unser Verhalten beeinflussen und im Gegensatz zu bewussten Erinnerungen nicht gelöscht werden. Von den Erkenntnissen könnten künftig Menschen profitieren, die an Demenz erkrankt sind.

Eine Cartoon-Schildkröte schwimmt in ein Schiffswrack. Ein Fisch folgt ihr. Wenig später verlässt die Schildkröte das Wrack, und ein Hai schwimmt hinein. Welche Tiere waren gleichzeitig im Versteck? Zugegeben, die Aufgabe klingt wie ein Kinderspiel. Tatsächlich aber könnte sie die neue Hoffnung für die Demenzforschung sein. Und sie liefert überraschende Erkenntnisse über die Macht des Unbewussten in uns allen. Aber der Reihe nach.

Die Berner Gedächtnisforscherin Katharina Henke und ihr Team zeigten 320 Probanden Cartoons, in denen sich Meerestiere in verschiedenen Konstellationen versteckten. Damit das Filmvergnügen zu einem Aha-Erlebnis für die Wissenschaft werden konnte, bau-

ten sie in ihre Studie eine Hürde ein. Die Teilnehmenden wussten zwar, dass sie Filme sehen würden, doch sie konnten die Szenen nicht bewusst wahrnehmen. Die Forschenden zeigten die Bilder nur für wenige Millisekunden und bauten Störbilder ein. So wurde die Informationsverarbeitung auf einer unbewussten Stufe gestoppt. Dennoch konnten sich die Probanden überraschend gut an die Einzelheiten erinnern [1].

Sahen die Teilnehmenden die Filme bewusst, gaben sie zwar mehr richtige Antworten. Die unbewussten Erinnerungen haben dennoch einen Vorteil: Egal wie viele Szenen die Probanden unbewusst hintereinander sahen, ihr Erinnerungsvermögen blieb konstant. Je mehr Film-

## Zur Person



Katharina Henke ist ausserordentliche Professorin am Institut für Psychologie der Universität Bern. Für die Erforschung des Unbewussten interessierte sie sich bereits während ihres Studiums. Dort hatte sie gelernt, dass das Unbewusste nicht in der Lage sei, räumliche und zeitliche Informationen abzuspeichern und Schlussfolgerungen zu ziehen. «Ich dachte mir schon damals, das kann doch gar nicht sein»: Die Forscherin folgte ihrer Intuition und zeigt in ihrer neuen Studie, dass das Unbewusste zu Unrecht unterschätzt wird.

sequenzen sie hingegen bewusst sahen, desto schwerer fiel es ihnen, sich an die Einzelheiten zu erinnern. Die Forschenden bilanzieren: Bewusste Erinnerungen wirken sich stärker auf unser Verhalten aus als unbewusste. Doch unbewusste Erinnerungen bleiben uns länger erhalten. Und es gibt noch eine weitere wichtige Erkenntnis.

### Die Forschenden zeigten die Bilder nur für wenige Millisekunden. Dennoch konnten sich die Probanden an die Einzelheiten erinnern.

Um die Frage nach den Tieren im gemeinsamen Versteck zu beantworten, müssen wir komplexe Schlussfolgerungen ziehen. Denn ob bewusst oder unbewusst betrachtet: Niemand konnte die Tiere im Schiffswrack sehen. Dass die Schildkröte gemeinsam mit dem Fisch im Versteck war, ist eine Schlussfolgerung aus der Tatsache, dass die Schildkröte im Wrack blieb, als der Fisch hineinschwamm. Bisher galt die Überzeugung, solche Schlüsse könne man nur mit Hilfe bewusster Erinnerungen ziehen, die in unserem episodischen Gedächtnis langfristig gespeichert werden.

### Das Unbewusste im episodischen Gedächtnis

Das episodische Gedächtnis befindet sich im Hippocampus, einer kleinen Gehirnregion, die einem See-

pferdchen ähnelt. Die dort abgespeicherten Informationen sind mit räumlichen und zeitlichen Angaben versehen. Sie geben uns Orientierung – und die Möglichkeit zu schlussfolgern. Lange Zeit glaubten Forschende, dass unbewusste Erinnerungen im Hippocampus keinen Platz haben. Das konnte Katharina Henke bereits in der Vergangenheit widerlegen. Nun zeigte sie zudem, dass sich mit Hilfe des Unbewussten ebenfalls Schlüsse ziehen lassen.

Im Gespräch bezeichnet Andreas Monsch, Leiter der Memory Clinic, Universitäre Altersmedizin Felix Platter in Basel, die Erkenntnisse des Teams um Katharina Henke als «hochrelevant für die Demenztherapie». Die Studie beantworte zwar längst nicht alle Fragen rund um unsere Hirnfunktionen, trotzdem sagt er: «Solche Erkenntnisse erlauben uns, in neue Sphären vorzustossen.» Genau das hat Katharina Henke vor. Ihr erklärtes Fernziel: «Feine, unbewusste Erinnerungsspuren, die Demenzpatientinnen und -patienten im Hippocampus noch bilden können, könnte man mittels elektrischer Stimulation oder Magnetstimulation stärken. So könnte es möglich werden, dass die Erinnerungen wieder ins Bewusstsein vordringen [2].»

### Bewusste Erinnerungen wirken sich stärker auf unser Verhalten aus als unbewusste. Doch unbewusste bleiben uns länger erhalten.

Und auch für das Leben gesunder Menschen ist ihre Forschung relevant. Katharina Henke sieht in den Studienresultaten einen Hinweis darauf, dass der Einfluss des Unbewussten bisher massiv unterschätzt wurde. Ihr Rat: Wir alle sollten öfter auf unsere Intuition hören. Nach einem Vorstellungsgespräch könnte es zum Beispiel sein, dass rein rational alles für den Job spricht. «Vielleicht bleibt trotzdem ein schlechtes Bauchgefühl. Man sollte darauf hören», sagt Katharina Henke. Denn unbewusst nehmen wir Zwischentöne, Mimik, Gestik und vieles mehr auf. Diese Wahrnehmungen fliessen in einen komplexen Abwägungsprozess unseres Unbewussten ein, das viel mehr Argumente gleichzeitig betrachten könne als unser Bewusstsein – und seine Schlüsse daraus zieht.

#### Bildnachweis

Roma Kaiuk / Unsplash

#### Literatur

- 1 www.cell.com/current-biology/fulltext/S0960-9822(21)00807-1
- 2 Vgl. Roy DS, Muralidhar S, Smith LM, Tonegawa S. Silent memory engrams as the basis for retrograde amnesia. Proc Natl Acad Sci USA. 2017 Nov 14;114(46):E9972–9. doi: 10.1073/pnas.1714248114

# Warum Kunst zur Medizin gehört

Rolf H. Adler

Prof. em., Dr. med., ehem. Chefarzt Innere Medizin, C.-L.-Lory-Haus, Inselspital Bern

Über den Umgang mit dem Menschen hinter der Krankheit in der medizinischen Praxis wird seit dem 17. Jahrhundert intensiv debattiert. In die Debatte hinein spielt die Frage, ob Medizin Wissenschaft und/oder Kunst ist.

Bernard Lown's Buch *The Lost Art of Healing* [1] stösst auf einen grossen Leserkreis von Ärztinnen und Ärzten. Zu recht: Die Technisierung der Medizin droht, den Menschen aus den Augen zu verlieren. Der Aufruf zur Berücksichtigung von Patientinnen und Patienten geht von einem Kardiologen aus, das scheint mir bedeutsam. Es sei daran erinnert, dass Lown den Defibrillator mit direktem Strom eingeführt hat, Herzrhythmusstörungen seinen Namen tragen und dass er sich gegen die lange Liegezeit für Herzinfarktpatienten durchgesetzt hat.

Ist die Kunst in der Heilkunde tatsächlich verloren gegangen? Schon Anfang des 20. Jahrhunderts haben hervorragende Ärzte auf die Vernachlässigung von Patientinnen und Patienten hingewiesen und die «Kunst» in deren Betreuung vermisst. William Osler (1849 bis 1919): Der gute Arzt behandelt die Krankheit, der grosse Arzt die Patientin oder den Patienten mit der Krankheit. Harvey Cushing (1869 bis 1939): Der Arzt hat nicht nur die Krankheit zu beachten, sondern die Person mit ihrer Krankheit in ihrer Umwelt. Dass bereits im 19. Jahrhundert die Idee bestand, dass die Patientinnen und Patienten keine Rolle mehr spielen sollten, geht aus Bemerkungen von Ernst Wilhelm von Brücke (1819 bis 1892) und Emil du Bois-Reymond (1818 bis 1896) hervor, die sich auf ihre Fahne geschrieben hatten: Wir wollen nicht eher ruhen, als bis der Mensch physikalisch-chemisch erklärt ist. Es darf gefragt werden, ob die Kunst in der Medizin in der Epoche von René Descartes an überhaupt eine Rolle gespielt hatte.

## Der Kern der Medizin

Die Frage nach der Medizin als Kunst oder Wissenschaft hat George L. Engel, Professor für Innere Medizin und Psychoanalytiker (mein Lehrer in Rochester N.Y.), aufgeworfen in *The Care of the Patient: Art or Science?* [2]. Die Frage nach der Wissenschaft in der Medizin ist leichter zu beantworten als diejenige nach der Kunst. Wissenschaft in der Medizin umfasst das

Beobachten, die Formulierung eines theoretischen Konzepts, erneutes Beobachten und das Prüfen, ob die Theorie den neuen Beobachtungen gerecht wird. Bedeutsam ist, dass die Auswahl der unendlich vielen Gegebenheiten, die beobachtet werden können, vom inneren Zustand der Beobachtenden abhängt.

Aber jetzt zur zweiten Frage: Was ist der Anteil der Kunst in der Medizin? Geht sie über das Handwerkliche hinaus? Ist sie additiv zur wissenschaftlichen Medizin? Überlappen sich beide? Sind sie zwei Aspekte des Gleichen?

## Die Kunst in der Medizin hat mit dem Unbewussten zu tun. Diesem kommen Ärztinnen und Ärzte nur durch Empathie nahe.

Ein Krimi in Anlehnung an Agathe Christies Roman *After the funeral* soll uns der Antwort näherbringen [3]. Miss Marple und ihr Freund, der Bibliothekar, verkaufen in einer kleinen Stadt Abzeichen für einen guten Zweck. Sie kommen zum Park und Tor des reichen Mr. Enderby. Das Tor ist offen. Sie treten ein. Miss Marple ruft nach dem Schlossherrn. Dieser erscheint auf der Galerie, zu der eine breite Treppe hinaufführt. Er greift sich an die Brust, fällt zusammen und stürzt die Freitreppe hinunter vor die Füsse der beiden. Miss Marple beugt sich zu Enderby hinunter und bemerkt: «Er ist tot.» Bevor sie die Treppe erklimmt, hebt sie noch einen Klumpen Lehm vom Boden auf und lässt ihn in ihre Manteltasche gleiten. Sie begibt sich auf die Galerie. Aus einer halb offenen Tür erscheint eine garstige Katze, springt über ihre Schulter und verschwindet. Miss Marple denkt, dass jemand die Katze eingeschleust haben muss im Wissen um Enderbys Katzenphobie, um ihn zu Tode zu erschrecken. Wieder unten bei ihrem Begleiter, spricht sie: «Mord!» Sie begeben sich aufs Polizeikommando. Der flotte Chef tritt ein, begrüsst die beiden freundlich und ruft aus: «Miss Marple, doch nicht schon wieder ein Mord? Enderby war herzkrank, das weiss das ganze Städtchen. Ich werde diesem Mordverdacht nicht nachgehen.» «Dann

tue ich es», antwortet Miss Marple. Sie denkt an die vier geldgierigen Neffen Enderbys und begibt sich auf deren Pferdelandgut. Der Abdruck des Stiefels auf dem Lehmklumpen passt genau zur Stiefelsohle eines Neffen.

In dieser Geschichte scheint Miss Marple Kunst zu verkörpern, nämlich die Verknüpfung verschiedener Beobachtungen zu einem vereinigenden Konzept. Miss Marple hat das Nichtsichtbare in Sichtbares verwandelt, das ist nach Paul Klee ein Aspekt der Kunst.

### Kunst in der medizinischen Praxis

Diese Sichtbarmachung des Nichtsichtbaren ist der Anteil der Kunst in der Medizin. Doch wie wird dieser in der Praxis umgesetzt? Hierzu einige Beispiele.

Ein Bündner Hausarzt empfiehlt einer alten Frau, wegen ihrer Bauchschmerzen ins Spital einzutreten. Die Frau: «Muss ich gehen? Verreisen?» Der Arzt erkennt das Unsichtbare, den Doppelsinn der Frage und antwortet: «Ich hoffe, Sie im Dorf wiederzusehen.» Die Frau schildert ihm noch die letzten Worte ihres Mannes, der wegen Krebs im Spital lag. Er habe gesagt, adieu, der Zug ist bereit, ich steige ein, ich verreise.

Eine Hausärztin [4] berichtet von einer längere Zeit betreuten Patientin, die sich nicht gesund fühlte. In einer der Konsultationen erzählt diese einen Traum. Ihr begegnet ein bildschöner Prinz. Die Hausärztin kommentiert: «Oder eine Prinzessin.» Einige Wochen später verkündet die Patientin, es gehe ihr sehr gut, sie habe sich in eine Frau verliebt, sei mit ihr zusammengezogen, die Beschwerden seien vergangen. Die Hausärztin hat im Sinn von Klee etwas Nichtsichtbares ins Sichtbare gehoben.

Damit wird deutlich, dass Kunst in der Medizin mit dem Unbewussten zu tun hat. Wie kommen Ärztinnen und Ärzte diesem nahe? Vermutlich durch Einfühlungsvermögen, Empathie. Das Verlorene in der Kunst des Heilens entspricht dem Verzicht auf Empathie, vielleicht sogar ihrem Verlernen während der Ausbildung. Die Abnahme des Mitfühlens und die Zunahme des Sarkasmus im Laufe des Medizinstudiums sind beobachtet worden.

Engel wurde oft an andere Medical Schools eingeladen und begleitete die dortigen Ärzte auf ihren Visiten. Der Arzt trat an ein Bett und erklärte der Patientin, sie dürfe nach Hause zurückkehren. Engel beobachtete die Arm- und Beinbewegung der Frau, während der Arzt dies sagte. Sie hob den rechten Unterarm und die Hand mit der Handfläche nach oben und liess sie dann in Pronation auf die Bettdecke sinken. Engel trat zur Frau, wiederholte ihre Geste

und sprach: «Sie dürfen nach Hause gehen?!» Die Frau begann zu weinen und erklärte, ihr Mann betrüge sie und habe sie verlassen. Sie befürchte, einsam zu Hause, wieder mit dem Trinken zu beginnen. Daraufhin wurde die Sozialfürsorge eingesetzt [5].

Auf der Chefvisite trat ich in ein Viererzimmer ein. Im ersten Bett sass ein junger, kräftig aussehender Mann. Er fuhr mich an: Gehen Sie weiter, ich verzichte auf die Chefvisite. Er trug ein T-Shirt, das auf der Brust den Kopf eines Schäferhundes zeigte. Bevor ich weiterging, bemerkte ich: «Mir scheint, dieser Schäferhund muss eine Bedeutung für Sie haben.» Der Patient: «Das war mein einziger Freund, er ist gestorben!» Plötzlich lud er mich ein, Platz zu nehmen, und wir sprachen über Liebe und Verlust und trennten uns am Ende des Gesprächs ruhig und respektvoll. Empathie musste mich geführt haben, vom Verstand her müsste ich mich zurückgezogen haben, denn ich habe als Achtjähriger von einem Schäferhund eine tiefe Bisswunde erlitten.

### Empathie darf nicht mit Sympathie und auch nicht mit Freundlichkeit und gutem Willen verwechselt oder durch sie ersetzt werden.

Empathie mag in bestimmten Situationen die Intuition lenken. Sie ist jedoch nicht zu verwechseln mit Sympathie, die eine vollständige Identifikation mit dem andern bedeutet. Sie ist auch nicht mit Freundlichkeit und gutem Willen zu verwechseln oder durch sie zu ersetzen. Empathie zu empfinden muss begleitet sein von Wissen, etwa über die Entwicklung der Affekte und Denkweisen von der Säuglingszeit bis ins Erwachsenenalter sowie von den Eigenarten des Unbewussten und von einer Schulung in der Fähigkeit, ein Interview zu führen, so beispielsweise das semistrukturierte Interview [6].

Wir können die Fähigkeit zur Empathie als einen Aspekt der Kunst in der Medizin auffassen. Die Kunst besteht also im Sichtbarmachen unsichtbarer Zusammenhänge der Patientinnen und Patienten und in ihrer Integration in das biopsychosoziale Konzept der Medizin.

#### Literatur

- 1 Lown B. The lost art of healing. New York: Random House; 1999.
- 2 Engel GL. The care of the patient: art or science? Johns Hopkins Med J. 1977;140(5):222–32.
- 3 Film Murder at the Gallop von Metro-Goldwyn-Mayer; 1963. Basierend auf Christie A. After the Funeral. London: Collins; 1953.
- 4 Adler RH, Albrecht J. Hausarzt und Traum. Swiss Med Forum. 2012;12:420–1.
- 5 Adler RH. Die Geste der Hilflosigkeit in der Arzt-Patient-Beziehung. Praxis. 2018;107:1127–8.
- 6 Adler RH, Hemmeler W. Anamnese und Körperuntersuchung. 3. Aufl. Stuttgart, Jena, New York: G. Fischer-Verlag; 1992.

# Unglaublich, aber wahr

## Nr. 1

Nach langjährigem, konsequentem Einsatz von Yin Yoga, Body Talking, gezielter Nahrungsmittelergänzung, ursachenorientierter Harmonisierung der Körpersysteme sowie regelmässiger Einnahme von Immun Power Drinks, Selen-Kapseln, Multivitaminen und Magnesium verfügte sie für drei Wochen über das stärkste Immunsystem im ganzen Quartier.

## Nr. 2

Nachdem der gründliche Untersuch bei seinem Hausarzt weder klinisch noch labormässig irgendwelche pathologischen Befunde ergeben hatte, beschloss er, sich bezüglich seines unerklärlich anhaltenden Wohlbefindens, seiner auffallenden sportlichen Leistungsfähigkeit und zur Abklärung der Normalbefunde von einem entsprechenden Spezialisten untersuchen zu lassen.

## Nr. 3

Beim Sehtest zeigte sich in aller Deutlichkeit, was er lieber übersehen hätte.

## Nr. 4

Er konnte sich das nicht erklären, aber jedes Mal, wenn er etwas suchte, fand er es erst ganz am Schluss.

## Nr. 5

Nachdem sie sich drei Monate konsequent an die Ratschläge ihres Hausarztes gehalten hatte, fühlte sie sich so viel besser, dass sie die Konsequenz um wöchentlich 25% stufenweise reduzierte.

## Nr. 6

Die Archivierung von medizinischen Unterlagen und Dokumenten hat den Sinn, erhaltungswürdige medizinische Unterlagen und Dokumente so lange zu erhalten, bis sie als nicht mehr erhaltungswürdig betrachtet werden.

## Nr. 7

Als der Arzt dann fragte, ob sie Fieber gehabt hätte, sagte sie, das sei ja eben das Komische: dass sie nie Fieber habe.

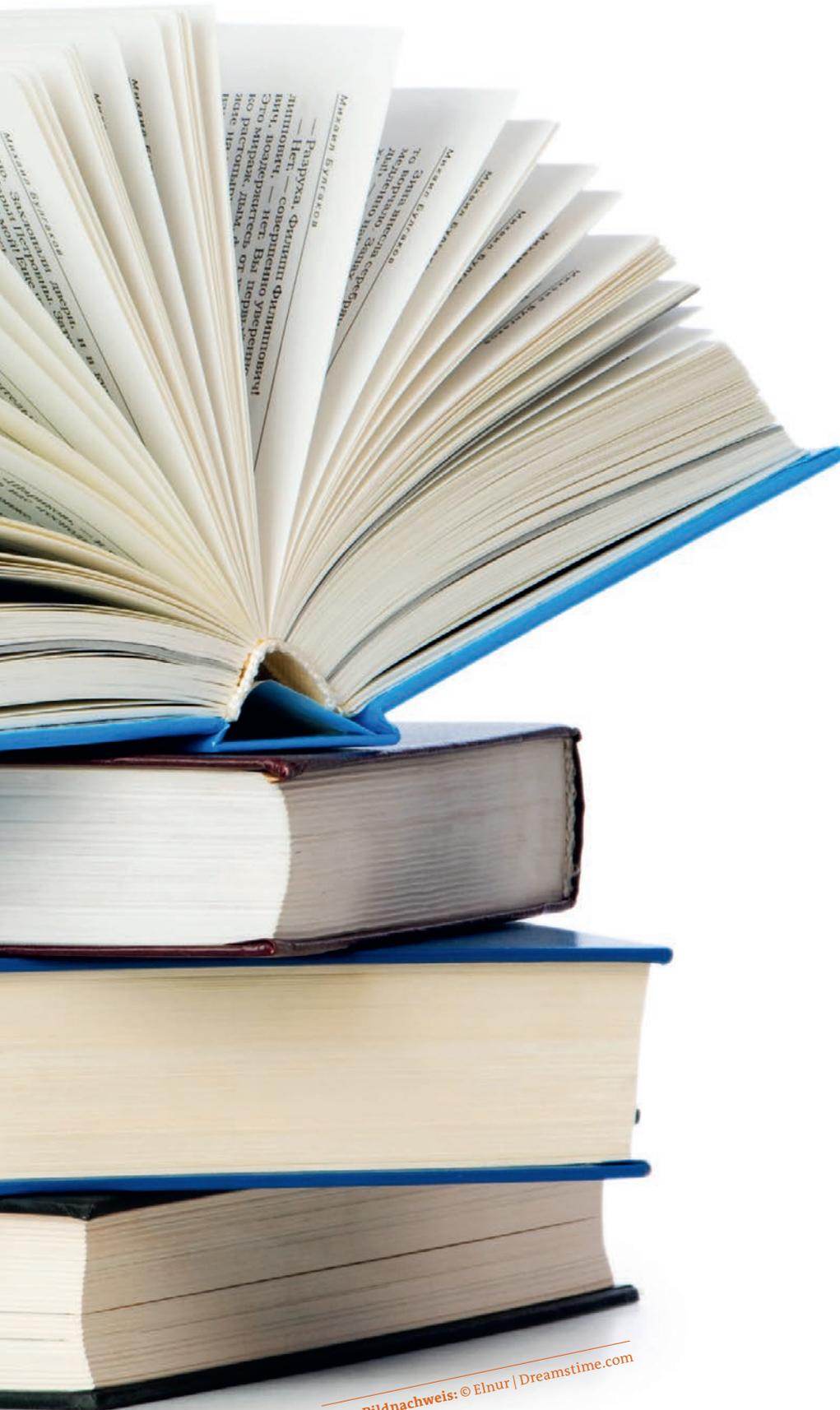
## Nr. 8

Nachdem sie die ausführliche Nebenwirkungsliste des Medikaments studiert hatte, verzichtete sie darauf, den Beschrieb der Wirkung auch noch zu lesen.

*Dr. med. Zeno Schneider, Egg  
zeno.schneider[at]mythen.ch*

## Bildnachweis

Mykyta Dolmatov | Dreamstime.com



Bildnachweis: © Elnur | Dreamstime.com

Essai



## Vaincre l'injustice climatique et sociale

Naomi Klein,  
Rebecca Steffoff

Paris: Actes Sud; 2021

Naomi Klein est une journaliste canadienne, professeure à l'Université Rutgers, dont les ouvrages sur le dérèglement climatique et ses conséquences ont retenu l'attention (*Tout peut changer*, 2015; *Plan B pour la planète*, 2019). Dans ce dernier livre, elle s'adresse aux jeunes générations, présentant de manière très accessible, avec de nombreux exemples, les enjeux auxquels elles – et nous tous – sont confrontées. Elle s'est associée pour cela à une auteure de livres pour la jeunesse.

Elle décrit les éléments principaux du problème, y compris leurs dimensions sociales, comment nous en sommes arrivés là et résume les efforts entrepris pour le résoudre, ou au moins le réduire. L'auteure rappelle l'engagement des jeunes de plusieurs pays pour sensibiliser à l'urgence et à la nécessité de concrétiser les décisions de la COP21 de Paris: «Nous sommes actuellement, en tant que société, incompatibles avec le long terme. Tous les faits sont connus, rien ne nous empêche d'avancer. Rien sinon nous-mêmes [...] Mais il faudrait accepter d'attaquer frontalement la doxa économique.»

L'ouvrage aborde aussi l'éco-piraterie, notamment à l'endroit de populations autochtones, ainsi que la géo-ingénierie, à savoir les propositions techniques qui veulent mitiger le réchauffement par des actions à très large échelle au niveau planétaire, susceptibles de créer d'autres déséquilibres. Naomi Klein se fait l'avocate d'un changement majeur de notre façon de vivre, clamant que c'est l'occasion de créer un monde plus juste pour tous, et plus sain pour toutes les espèces vivantes.

Selon elle, de nouveaux récits peuvent aider le changement: «Nous avons aussi besoin d'espoir, de belles histoires. L'art doit nous aider à construire l'avenir.» Dans la postface, l'auteure avertit des leçons à tirer de la pandémie du Covid-19: «Après un tel choc, un retour en arrière est impossible.»

Dr méd. Jean Martin,  
membre de la rédaction

[jean.martin\[at\]saez.ch](mailto:jean.martin[at]saez.ch)

## Roman



**Wann wird es endlich wieder so, wie es nie war**  
Joachim Meyerhoff

Köln: Kiepenheuer & Witsch; 2021

Dieser Bub schläft am besten, wenn er die «Irren» schreien hört: In Joachim Meyerhoffs *Wann wird es endlich wieder so, wie es nie war* wächst der junge Protagonist auf dem Gelände der Kinder- und Jugendpsychiatrie in Schleswig auf, wo sein Vater Psychiatriedirektor ist. Er feiert mit den Bewohnern Geburtstag und spielt mit ihnen, verheimlicht der Leserschaft aber auch nicht, wie er und seine Brüder sie knallhart nennen: «Idioten, Irre oder Verrückte. Aber auch die Dödies, die Blödiess, die Tossen, Spaddel, Spackos oder Spasties.»

Auch den ganzen normalen Wahnsinn innerhalb der Familie lässt der Autor nicht aus. Er erzählt von den Sticheleien der Brüder, den Affären des Vaters – und vom Tod. Es ist kaum möglich, das Buch im Zug oder an anderen öffentlichen Orten zu lesen, ohne immer wieder laut lachen oder sogar weinen zu müssen. Tragik und Komödie gehen in dem autobiografischen Roman des preisgekrönten Autors ebenso Hand in Hand wie Wahrheit und Fiktion. Das Buch ist Teil 2 der fünfteiligen Serie *Alle Toten fliegen hoch*, in der Meyerhoff seine Familiengeschichte verarbeitet. In den weiteren Teilen begleiten die Leserinnen und Leser den heranwachsenden Joachim ins Austauschjahr nach Amerika, auf die Schauspielschule, zu den trinkfesten Grosseltern und in scheiternde Liebesbeziehungen. Jeder einzelne Roman punktet durch Sprachgewalt, Witz und eine Extraportion Tragik.

Eva Mell,  
Managing Editor SÄZ

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

## Sachbuch



**Mit ADHS erfolgreich im Beruf – So wandeln Sie vermeintliche Schwächen in Stärken um**  
Heiner Lachemeier

Berlin: Springer; 2021

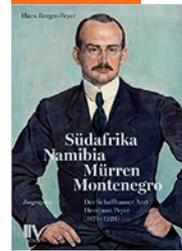
Heiner Lachemeier gliedert sein Buch in kurze Unterkapitel und schiebt Fallgeschichten und Zugaben ein, so dass auch jemand mit einer reduzierten Aufmerksamkeitsspanne sich das Werk häppchenweise zu Gemüte führen kann. Er beschreibt plastisch, wie er in der Antwort einer Fachzeitschrift auf seinen eingereichten Beitrag *Major changes have to be made* das anfängliche Wort «No» übersieht, und ihm gelingen einprägsame Wortschöpfungen wie die «absolutistisch-idealistische Phase der Adoleszenz».

Als unorthodoxes Mittel zur Bewältigung ungeliebter Versicherungsanfragen stellt der Autor folgende Selbstanweisung vor: den Anfragenstapel genau dann zu beantworten, wenn er eine Höhe von zehn Zentimetern erreicht hat. Die Leistungsfähigkeit von Menschen mit ADHS unter Stress erklärt er mit einer Analogie über den Rennmotor aus der Formel 1, der bei langsamen Drehzahlen abstirbt, aber unter Belastung höher drehen kann als der von Alltagsautomobilen. Mehrfach weist Lachemeier darauf hin, dass der krankheitsorientierte Begriff ADHS (Aufmerksamkeitsdefizit und Hyperaktivitätsstörung) mit UMIF (Unusual Management of Informations and Functions) besser benannt wäre.

Dr. med. Tim Klose, Zürich

[tim.klose\[at\]hin.ch](mailto:tim.klose[at]hin.ch)

## Biografie



**Südafrika, Namibia, Mürren, Montenegro – Der Schaffhauser Arzt Hermann Peyer (1874–1923)**  
Hans Berger-Peyer

Zürich: Chronos; 2021

Als junger Arzt die Welt entdecken – kurz nach dem Medizinstudium in Zürich verlässt der Schaffhauser Hermann Peyer 1901 die Schweiz und reist nach Südafrika, um in einer Arztpraxis mitzuarbeiten. So kann er zwar die zerrüttete Beziehung zu seinem Vater hinter sich lassen, gerät allerdings mitten in den Burenkrieg und später als Eisenbahnarzt in den Deutsch-Namibischen Krieg. 1912 ist er mit dem Roten Kreuz beim Ersten Balkankrieg mit dabei, und bei Ausbruch des Ersten Weltkriegs wird er zum Chef des Militärsanitätswesens in Montenegro ernannt. Erst 1915 kehrt er nach Schaffhausen zurück.

Der Historiker Hans Berger-Peyer hat das Leben von Hermann Peyer, dem Grossvater seiner Ehefrau, aufgezeichnet. Chronologisch und sehr nah am Quellenmaterial beschreibt er Peyers Lebensstationen und ergänzt sie mit Hintergrundinformationen zum historischen Kontext. Die Biographie veranschaulicht, wie junge Schweizer das imperialistische «Abenteuer» der westlichen Grossmächte als Karriereprungbrett nutzen konnten, und leistet so einen Beitrag zu aktuellen Debatten um die Verstrickung der Schweiz in den Kolonialismus.

Rahel Gutmann,  
Junior Redaktorin SÄZ

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

## Teilen Sie Ihre literarischen Entdeckungen mit uns!

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

## Partagez vos découvertes littéraires!

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

# Über das Dilemma der «Medizinischen Polizei»

**Eberhard Wolff**

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



Medizinische Polizei? Nein, hier geht es nicht um medizinische Zwangseinweisungen oder Ordnungshüter, die im Kontext der Corona-Massnahmen aktiv wurden. Zumindest nicht direkt. *System einer vollständigen medizinischen Polizey* heisst eine sechsbändige Kompilation von Ideen über öffentliche Gesundheit von Johann Peter Frank (1745–1821). Der titelgebende Begriff meinte damals so etwas wie «Staatliches Gesundheitswesen». Frank wird heute in eher verkürzender Sicht als Begründer der Public Health gehandelt. Die ist gerade in aller Munde, umso mehr zu seinem 200. Todestag diesen März. Im Blick auf Frank – früher wie heute – spiegelt sich eine Gretchenfrage der Public Health: Wie hältst Du es mit der «Polizei»?

Gesundheit als Aufgabe des Staats erlebte in Franks Ära, dem aufgeklärten Absolutismus, einen Boom, weil man viele und gesunde Untertanen als Grundbedingung eines starken Staats ansah und aufklärerische Ärzte alles dem Gesundheitsgedanken unterordneten. Frank war Sozialmediziner, für den das Volkseid die Mutter der Krankheiten war. Sein «System» forderte gesunde Lebensbedingungen, gute Ausbildung der Ärzte etc. Die andere Seite seiner «Sozialhygiene» waren Kontrolle und Intervention. Frank baute eine Drohkulisse des gesundheitlichen Niedergangs auf. Für seine Idee von Volksgesundheit wollte er das Verhalten der Untertanen bis in intimste Details geregelt, verordnet und nötigenfalls verboten wissen. Ein paar Beispiele: Er wollte bei Familienfeiern die in seinen Augen ungesunde «Völlerei» bestrafen lassen und Beobachter zur Denunziation verpflichten. Er wollte bei «Volksergötzlichkeiten» sogar den Walzer verbieten. Und vor allem wollte er unzähligen Menschen die Ehe «auf immer untersagen»: bei vielen Krankheiten, von der «Auszehrung» über Steinleiden bis zum «Zipperlein». Selbst Alten oder «übelgestalteten» Menschen. Frank dachte auch über Koitusverbote und Zwangsscheidungen nach. Alles in einem unentwirrbaren Knäuel aus bevölkerungspolitischer «Proto-Eugenik» und bürgerlicher Moral. Dazu kam aufklärerische Selbstüberhebung: die feste Überzeugung, die einzige medizinische Wahrheit und die einzig akzeptable Moral zu besitzen.

Frank hatte mit seiner «Medizinischen Polizey» einerseits grossen Erfolg, andererseits bezeichneten bereits

Zeitgenossen seine Ideen als den «Despotismus» eines «Diktators». Nationalsozialistische Medizinhistoriker bejubelten ihn dagegen als «Gesundheitsführer» oder nannten ihn lobend «Rassenpolitiker».

Kein Wunder, beschrieb die angloamerikanische Medizingeschichte nach dem Krieg Franks Gedankenwelt gerne als «aufgeklärten Despotismus». Sie sahen früher das grundsätzliche Dilemma der «öffentlichen Gesundheit»: Präventionspolitik wird schnell regulatorisch, restriktiv und interventionistisch. Die deutschsprachige Medizingeschichte brauchte da länger. Für die Historikerin Ute Frevert repräsentierte Frank die «totalitäre Utopie einer überall wirksamen staatlichen Bevormundung». Interventionismus funktioniert am besten vor Bedrohungs- und Niedergangsszenarien. Und Präventionspolitik ist nicht davor gefeit, nachträglich als problematisch erscheinende Massnahmen durchzusetzen.

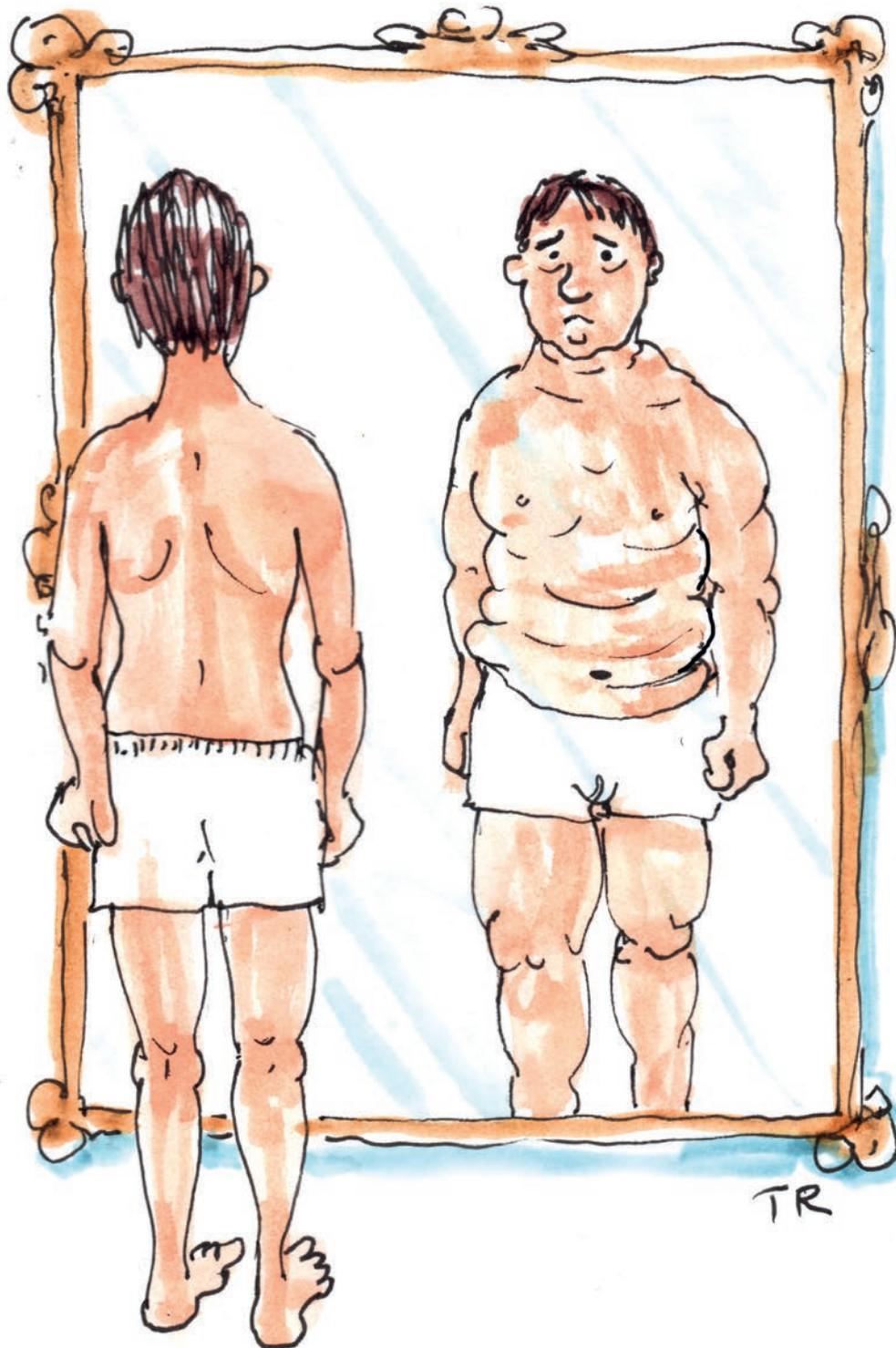
Vor diesem Hintergrund spiegeln aktuelle Beiträge zu Franks 200. Todestag unterschiedliche Sichtweisen auf Prävention. Ein Kollege des *Ärztblatts Baden-Württemberg* schrieb etwa im Juni über den «Pionier der präventiven Medizin»: «Die Erhaltung der Gesundheit als Garant für ein funktionierendes Staatsgebilde war für ihn wichtiger als die Freiheitsrechte und Freiheitswünsche des Einzelnen. Kein Wunder, dass er daher später im 20. Jahrhundert auch von den Nationalsozialisten vereinnahmt wurde.»

Im März dieses Jahres unterhielten sich dagegen in der Akademie für Öffentliches Gesundheitswesen in Düsseldorf zwei Fachleute über die Aktualität Franks vor dem Hintergrund der derzeitigen Pandemie. Dabei ging es um die Bedeutung von Franks «strikten Hygienevorschriften», um die Wichtigkeit des «starken Staats» und die Notwendigkeit von «klaren Direktiven». Worum es nicht ging, war das Dilemma von Franks Ideen und der Prävention schlechthin.

Diese Doppelgesichtigkeit gerät gerade in Krisen noch schneller aus dem Blick, wenn der Gedanke daran besonders nützlich wäre. Die Medizingeschichte kann mit Beispielen wie Franks «Medizinischer Polizey» die Sensibilität wachhalten, welche Nebenwirkungen präventive Interventionen haben können.

*Einzelnachweise und Literatur beim Verfasser.*

eberhard.wolff[at]emh.ch



# FATTER MORGANA

© tom reed studio