

Schweizerische Ärztezeitung

1598 Editorial
von Michel Matter
**Zusammenarbeit unter
Anerkennung unserer
jeweiligen Kompetenzen**

1599 Juristische Grundlagen
**Verhältnismässigkeit
von Massnahmen zur
Impfmotivation**

1636 «Zu guter Letzt»
von Daniel Schröpfer
**Diversität oder
Gemeinsamkeit**

1623 Interprofessionelle Ausbildung
**Wie die Zusammenarbeit zwischen den
Berufsgruppen gefördert wird**



Verlag

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

Externe Redaktion

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

Redaktion Ethik

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

Redaktion Medizingeschichte

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

Redaktion Public Health, Epidemiologie, Biostatistik

Prof. Dr. med. Milo Puhan

Redaktion Recht

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

FMH

EDITORIAL: Michel Matter

1598 **Zusammenarbeit unter Anerkennung unserer jeweiligen Kompetenzen**

AKTUELL: Kaspar Gerber

1599 **Covid-19: Verhältnismässigkeit von Massnahmen zur Impfmotivation**

1602 **Personalien**

Nachrufe

1605 **In memoriam Andreas Zollinger (1957–2021)**

Weitere Organisationen und Institutionen

ZHAW: Marc Wohlwend, Michael Stucki, Philipp Egli, Simon Wieser

1606 **Evaluationsregister als Allheilmittel bei umstrittenen Leistungen?**

SAMW: Michelle Salathé, Daniel Scheidegger

1610 **Zusammenarbeit von medizinischen Fachpersonen mit der Industrie**

Briefe

1613 **Briefe an die SÄZ**

FMH Services



1616 **Stellen und Praxen** (nicht online)

Tribüne



1623

THEMA: Gert Ulrich, Sylvia Kaap-Fröhlich

Solide Basis für mehr Interprofessionalität ist aus der Gesundheitsversorgung kaum mehr wegzudenken. In der Schweiz herrschen grundsätzlich gute Rahmenbedingungen für eine bedürfnisorientierte Zusammenarbeit verschiedener Berufsgruppen. Diese günstige Ausgangslage muss nun genutzt werden, um die Interprofessionalität im Schweizer Gesundheitswesen zu fördern und fest zu verankern.

INTERVIEW MIT LARA VALESKA MAUL: Martina Huber

1628 «Künstliche Intelligenz kann den Dermatologen nicht ersetzen»

Horizonte

AUSSTELLUNG: Julia Rippstein

1631 **Le bonheur est-il dans la pilule?**

ERFAHRUNGSBERICHT: Lea Luchsinger

1634 **Wenn alles zu viel wird**

Zu guter Letzt

Daniel Schröpfer

1636 **Diversität oder Gemeinsamkeit**

EVE STOCKHAMMER

Impressum

Schweizerische Ärztezeitung

Offizielles Organ der FMH
und der FMH Services

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

Verlag: EMH Schweizerischer Ärzte-
verlag AG, Farnsburgerstrasse 8,
4132 Muttentz, 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 Fachinformationen der
verwendeten Medikamente verglichen
werden.

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

printed in
switzerland



Titelbild:
© Mishkacz | Dreamstime.com

Zusammenarbeit unter Anerkennung unserer jeweiligen Kompetenzen

Michel Matter

Dr. med., Vizepräsident der FMH, Departementsverantwortlicher Dienstleistungen und Berufsentwicklung



Im Vorwort zu den «Langfristperspektiven der öffentlichen Finanzen der Schweiz 2021» unterstreicht Ueli Maurer, Bundesrat und Vorsteher des Eidgenössischen Finanzdepartements, den demografischen Druck, der in den nächsten Jahren auf uns zukommen wird, und die damit einhergehenden finanziellen Anstrengungen in den Bereichen Gesundheit und Altersvorsorge. Die Herausforderung ist enorm, die Reformen sind unumgänglich. Neben dem Klimawandel muss die Alterung der Bevölkerung in politischer wie finanzieller Hinsicht zu einer der Prioritäten werden.

Die Rolle der Pflegekräfte wird an Bedeutung gewinnen. An dieser Stelle muss unser Gesundheitssystem verteidigt und nicht angegriffen werden, wie es der Bund mit seinem Globalbudget vorhat.

Die Versorgung zunehmend aktiverer Senioren, die hohe Ansprüche an ihre Lebensqualität und Akutversorgung stellen, auf der einen Seite sowie die zunehmend später erfolgende Begleitung am Lebensende auf der anderen Seite werden Paradigmenwechsel und Veränderungen der medizinischen Kultur erzwingen. Echte Interprofessionalität und damit eine deutlich verbesserte Koordination der Versorgung werden unumgänglich.

Echte Interprofessionalität und damit eine deutlich verbesserte Koordination der Versorgung werden unumgänglich.

Die paramedizinischen Berufe haben sich in den letzten Jahren weiterentwickelt, spezialisiert und an Kompetenz, Autonomie und Verantwortung gewonnen. Dies ist erfreulich und zudem unerlässlich, um die durch den demografischen Wandel gestellten Herausforderungen bewältigen zu können. Es gilt, die Kommunikation zwischen sämtlichen Akteuren des Gesundheitswesens zu verbessern. Zwingend erforderlich ist das – sehnlichst erwartete – gemeinsam genutzte elektronische Patientendossier, das relevante und sachdienliche medizinische und paramedizinische Informationen enthält und sämtliche elektronischen Systeme abdeckt, die derzeit in medizinischen Zentren und Arztpraxen im Einsatz sind. Wir müssen besser

kommunizieren, die verschiedenen Meinungen und Bewertungen besser zusammenführen, besser koordinieren. Was so offensichtlich zu sein scheint, kommt kaum voran.

Interprofessionalität muss in der Ausbildung frühzeitig durch übergreifende Lehrpläne vermittelt werden, bei denen die gemeinsame Versorgung des Patienten oder der Patientin im Mittelpunkt steht. Interprofessionalität kann aber nur Realität werden, wenn sie sich

Interprofessionalität muss in der Ausbildung frühzeitig vermittelt werden und die gemeinsame Versorgung der Patienten im Mittelpunkt stehen.

in öffentlichen wie in privaten Praxen, in grossen wie in kleinen Pflegeeinrichtungen durchsetzt. Gemeinsam und unter Anerkennung unserer jeweiligen Kompetenzen werden wir diese Revolution, denn um nichts anderes handelt es sich, zum Erfolg führen. Ein solches Streben nach Effizienz und Effektivität muss auf unserer eigenen Tagesordnung stehen. Dies ist namentlich eine strategische Priorität des Departements Dienstleistungen und Berufsentwicklung der FMH, das sich in diesem Bereich stark engagiert.

Wohlgermerkt betrifft dies nicht alle Patientinnen und Patienten, aber doch eine grosse Anzahl. Manche Beobachter werden die Gefahr einer Kostenexplosion im Gesundheitswesen heraufbeschwören. Dem lässt sich leicht entgegenhalten, dass die ja vorhersehbare und somit Planungen ermöglichende Alterung der Bevölkerung eine politische und finanzielle Reaktion nach sich ziehen muss. Es müssen aber auch neue Wege zur Verbesserung der Patientenversorgung und zur Erzielung von Grössenvorteilen eingeschlagen werden. Wir alle haben unsere eigenen, ganz besonderen Fähigkeiten. In unseren jeweiligen Fachgebieten kümmern wir uns um die Patientinnen und Patienten und deren klinische Situation unter aktiver Mitwirkung aller anderen Gesundheitsberufe, wobei das angestrebte Ziel klar festgelegt ist.

Gemeinsam und mit Respekt.

Covid-19: Verhältnismässigkeit von Massnahmen zur Impfmotivation

Kaspar Gerber

Dr. iur., LL.M., Wissenschaftlicher Mitarbeiter (postdoc), Lehrstuhl für Staats-, Verwaltungs- und Sozialversicherungsrecht, Universität Zürich

Der Staat darf die Bevölkerung zum Impfen motivieren, wenn die Instrumente dazu verhältnismässig sind. Dieser Beitrag zeigt auf, wann Informationen, Empfehlungen, ein Impfblogatorium sowie das Covid-Zertifikat dem Gebot der Verhältnismässigkeit genügen. Der Autor legt seinen Ausführungen die Darstellung der Gesetzeslage, erschienen in Ausgabe 47 der *Schweizerischen Ärztezeitung*, zugrunde.

Will der Staat die Impfbereitschaft (nicht nur) im Falle von Covid-19 fördern, kann er dazu Massnahmen ergreifen. Diese müssen aber verhältnismässig sein, das heisst, sie haben kumulativ die folgenden Bedingungen zu erfüllen: Sie sind für die Erreichung eines staatlichen Ziels geeignet, erforderlich und zumutbar. «Zumutbar» bedeutet, über eine vernünftige Zweck-Mittel-Relation zu verfügen [1]. Für die Prüfung der Verhältnismässigkeit der staatlichen Massnahmen zur Impfmotivation sind bei gegebener Wirksamkeit und Sicherheit der jeweiligen Impfung zwei Faktoren entscheidend: Die Art beziehungsweise Intensität der staatlichen Massnahmen sowie deren Zielgruppen. Es stehen verschiedene staatliche Massnahmen mit unterschiedlicher Motivationsintensität zur Verfügung: Informationen, Empfehlungen, das Impfblogatorium und das Covid-19-Zertifikat.

Informationen

Gestützt auf das Epidemien Gesetz (EpG) informiert das Bundesamt für Gesundheit (BAG) über die Gefahren übertragbarer Krankheiten und über die Möglichkeiten zu deren Verhütung und Bekämpfung. Adressiert sind die Öffentlichkeit, Fachleute des Gesundheitswesens, bestimmte Personengruppen, insbesondere wenn sie besonders betroffen sind, sowie Behörden (auch ausserhalb des Gesundheitsbereichs) [2].

Die Information über Krankheitsrisiken oder die Förderung der Gesundheit durch Informationskampagnen ist ein zentrales Mittel zum Schutz der öffentlichen Gesundheit. Die Bürgerinnen und Bürger sollen ihre Entscheidungen möglichst auf der Grundlage von angemessenen Informationen treffen. Weil persönli-

che Entscheidungen und Verhaltensweisen zu Konsequenzen für die eigene oder für die Gesundheit Dritter führen können, soll der Staat insbesondere in diesem Fall Handlungsoptionen und Entscheidungsgrundlagen bereitstellen [3].

Zielgruppenorientierung

Der Staat informiert auf verschiedenen Ebenen. Dabei sind die Methoden und Instrumente den jeweiligen Zielsetzungen angepasst. So können zum Beispiel auf der individuellen Ebene den Menschen, die einem bestimmten Risiko ausgesetzt sind, Beratung und Informationen angeboten werden. Auf der Ebene bestimmter besonders vulnerabler Personengruppen, zum Beispiel Migrantinnen und Migranten, ist gezielt zu informieren. Dadurch sollen eine Gefährdung Dritter, zum Beispiel der übrigen Familienmitglieder, reduziert und die Gesundheitsinteressen der angesprochenen Individuen in den Vordergrund gestellt werden; ein Beispiel hierfür sind Impfbroschüren für Eltern von Kleinkindern [4].

Die Zulässigkeitsvoraussetzungen von Empfehlungen ergeben sich aus dem Grundsatz der Verhältnismässigkeit.

Staatliche Informationen haben sich an den allgemeinen Verwaltungsgrundsätzen zu orientieren. Namentlich sind die Behörden gehalten, verständlich, sachlich, transparent und verhältnismässig zu informieren [5]. Als Mittel der Information fallen in Betracht: Medienmitteilungen und -konferenzen, Bereithalten beziehungsweise Abgeben von Aufklärungsmaterial, Informationen im Internet oder über eine Hotline, das



Bulletin des BAG als amtliche Fachzeitschrift [6] und eigentliche Informationskampagnen über die Medien, wie schon früher die STOP-Aids-Kampagne; möglich sind auch Werbeträger aller Art, etwa Poster oder Flyer in öffentlich zugänglichen Einrichtungen [7].

Koordinierte Kommunikation

Eine kohärente Information und ein einheitliches Vorgehen sind zu gewährleisten. Dazu ist eine ausreichende Koordination im Rahmen der Zuständigkeiten des BAG und der Kantone notwendig. Dabei gilt es insbesondere, die nationalen Ziele und Strategien zu berücksichtigen. Das BAG und die zuständigen kantonalen Behörden sind daher gesetzlich zur Koordination ihrer Informationstätigkeit verpflichtet [8]. Für Gesundheitsfachpersonen sind vom BAG allgemeine Impf-Informationen erhältlich. Es handelt sich um gemeinsam mit Partnern erstellte Empfehlungen, Richt-

linien und Informationen zu Impfungen und Prophylaxe. Deren Ziel ist der Schutz jeder Einzelperson und der Schweizer Bevölkerung [9]. Informationen des BAG ersetzen jedoch niemals das individuelle Gespräch zwischen Ärztin/Arzt und Patientin/Patienten («informed consent»).

Informationen zu Covid-19

Das BAG stellt umfassendes Informationsmaterial zu Covid-19 zur Verfügung. Dazu gehören insbesondere verschiedene medizinische Hintergründe und Hinweise für Alltagssituationen [10]. Explizit für Gesundheitsfachpersonen hat das BAG vielseitige Informationen zum Umgang mit Covid-19 aufbereitet [11].

Empfehlungen

Das BAG veröffentlicht auch Empfehlungen zu Massnahmen gegen übertragbare Krankheiten sowie zum Umgang mit Krankheitserregern und passt die Empfehlungen regelmässig dem aktuellen Stand der Wissenschaft an. Sind andere Bundesämter betroffen, so handelt das BAG mit deren Einverständnis [12]. Empfehlungen enthalten Verhaltensanweisungen. Sie richten sich an die gesamte Bevölkerung, an besonders vulnerable Personengruppen oder an bestimmte Zielgruppen. Die Zulässigkeitsvoraussetzungen von Empfehlungen ergeben sich aus dem Grundsatz der Verhältnismässigkeit. Danach muss für die Empfehlung ein hinreichender Anlass bestehen. Ein solcher Anlass besteht dann, wenn eine Gefahr für die zu schützenden Rechtsgüter vorliegt [13]. Diese Rechtsgüter sind im Fall der übertragbaren Krankheiten die individuelle oder öffentliche Gesundheit, aber auch das daran gekoppelte wirtschaftliche und soziale Funktionieren der Gesellschaft.

Sachliche Einordnung

Der Staat braucht sich bei der Herausgabe von Empfehlungen nicht auf die Mitteilung von Tatsachen zu beschränken. Vielmehr kann er aus den mitgeteilten Tatsachen im Interesse einer wirksamen Verhaltenslenkung der Öffentlichkeit auch selbst wertende Schlussfolgerungen ziehen. Die staatlichen Empfehlungen unterliegen jedoch generell dem Gebot der Sachlichkeit [14]. Als Empfehlungen gelten auch die krankheitsspezifischen Notfallpläne (zum Beispiel Influenza-Pandemieplan Schweiz [15]). Andere Bundesämter können bei der Bekämpfung von Infektionskrankheiten mitbetroffen sein, wie das Bundesamt für Umwelt (BAFU) beispielsweise bei der Bekämpfung von

Insekten oder das Bundesamt für Lebensmittelsicherheit und Veterinärwesen (BLV) im Fall der Zoonosen. Es ist deshalb für den Erfolg von Massnahmen entscheidend, Empfehlungen im Einvernehmen mit den jeweils betroffenen Stellen auszuarbeiten [16].

Die Verbindlichkeit von Empfehlungen

Empfehlungen des BAG – so sinnvoll sie auch sein mögen – können von den Angesprochenen befolgt werden oder auch nicht. Die Nichtbeachtung der Empfehlungen darf für die Adressaten keinerlei unmittelbare grundrechtsrelevante Konsequenzen haben, wie etwa verpflichtende Hygienemassnahmen (zum Beispiel Masken) oder Zugangsbeschränkungen zu öffentlichen Einrichtungen. Dafür gibt es keine gesetzliche Grundlage. Hingegen können befolgte Empfehlungen bei Privaten zu einem (finanziellen) Schaden führen und damit allenfalls eine Haftung des Staates auslösen [17]. Auch Empfehlungen des BAG ändern nichts an der Notwendigkeit des individuellen Gesprächs zwischen Ärztin/Arzt und Patientin/Patienten («informed consent»).

Impfempfehlungen zu Covid-19

Die Impfempfehlungen zu Covid-19 wie auch die Impfempfehlungen zu anderen übertragbaren Krankheiten werden von der Eidgenössischen Kommission für Impffragen (EKIF) in Zusammenarbeit mit dem BAG erarbeitet [18]. Sobald Swissmedic die Zulassung für einen Impfstoff erteilt, verfasst die EKIF die Impfempfehlungen. Sie basieren auf den Resultaten der «klinischen Phase-III-Studien». Für die Impfempfehlungen werden die neusten wissenschaftlichen Erkenntnisse einbezogen und die aktuelle epidemiologische Lage berücksichtigt [19].

Eine zentrale Frage für die Prüfung der Verhältnismässigkeit der Impfempfehlungen lautet: Wie stark ist welche Personengruppe von Covid-19 betroffen? Die Risikogruppen für Covid-19 wurden bereits kurz nach Pandemiebeginn, also vor rund anderthalb Jahren, in den ersten Covid-19-Verordnungen definiert [20]. Nach aktueller Einschätzung kann das Coronavirus für ältere Menschen, schwangere Frauen und für Erwachsene mit Trisomie 21 oder mit bestimmten Formen chronischer Krankheiten gefährlich sein [21]. Das Risikoprofil konnte mit zunehmender Erfahrung laufend präzisiert werden. Die aktuelle Covid-19-Impfstrategie unterscheidet denn auch sechs Zielgruppen nach Alter, Gesundheitszustand und Tätigkeit der Zielpersonen [22]. Die zugehörigen Impfempfehlungen sind unter Berücksichtigung der unterschiedlich gefährdeten

Personengruppen sehr detailliert abgefasst [23]. Bei aus epidemiologischer Sicht problematisch tiefen Impfraten in bestimmten Bevölkerungsgruppen haben sich die behördlichen Informationsbemühungen im Sinne eines risikobasierten Ansatzes auf diese zu konzentrieren. Das verlangt das Gebot der Verhältnismässigkeit.

Impfobligatorium

Die Nichtbeachtung behördlicher Impfempfehlungen durch die breite Bevölkerung kann unter Umständen sozialmedizinisch zum Problem werden. In solchen Fällen ist als Ultima Ratio ein Impfobligatorium in Betracht zu ziehen, beispielsweise für die Arbeit auf bestimmten Abteilungen in Spitälern oder in Heimen [24]. Die Prüfung der Verhältnismässigkeit eines Impfobligatoriums verlangt eine sorgfältige Abwägung

Die Nichtbeachtung der Empfehlungen darf keinerlei unmittelbare grundrechtsrelevante Konsequenzen haben.

zwischen diversen Faktoren. Es sind dies primär die konkrete Bedrohungslage, der zu erwartende epidemiologische Nutzen des Impfobligatoriums und allenfalls die dadurch verminderte Arbeitsmotivation der dem Impfobligatorium unterstehenden Personen.

Covid-19-Zertifikat

Die Zertifikatspflicht gilt seit 13. September 2021 für Personen ab 16 Jahren im Innern von Restaurants, von Kultur- und Freizeiteinrichtungen sowie an Veranstaltungen in Innenräumen [25]. Das Zertifikat wird für Geimpfte, Genesene und Getestete («3G») ausgestellt. Zusätzlich zur heutigen Zertifikatspflicht vergütet der Bund seit 11. Oktober 2021 die individuelle Teilnahme an Tests für Zertifikate abgesehen von gewissen Ausnahmen für Erstgeimpfte und Jugendliche nicht mehr [26]. Dadurch wird die Option «getestet» deutlich erschwert. Dies kann im Einzelfall einen erheblichen Druck zur Impfung gegen Covid-19 erzeugen. Das Covid-19-Zertifikat befindet sich somit zwischen Stuhl (Impfempfehlung) und Bank (Impfobligatorium). Die rechtlichen Fragen dazu sind noch nicht restlos geklärt.

Bildnachweis

Hakan Nural / Unsplash

Literatur

Die vollständige Literaturliste finden Sie in der Online-Version des Artikels unter www.saez.ch

Personalien

Todesfälle / Décès / Decessi

René Rentsch (1936), † 15.7.2021,
Facharzt für Ophthalmologie, 8810 Horgen

Pavel Berkovsky (1945), † 13.9.2021,
Facharzt für Ophthalmologie, 8006 Zürich

Magdolna Horvath-Gordan (1947), † 21.9.2021,
Fachärztin für Allgemeine Innere Medizin,
5430 Wettingen

Heinrich Beringer (1933), † 22.9.2021,
3422 Kirchberg BE

Werner Wüst (1940), † 26.10.2021,
Facharzt für Pathologie, 5454 Bellikon

Peter Corrodi (1944), † 28.10.2021,
Facharzt für Gastroenterologie und
Facharzt für Allgemeine Innere Medizin,
8700 Küsnacht ZH

Fortunat Joos (1937), † 12.11.2021,
Facharzt für Allgemeine Innere Medizin,
7000 Chur

Ärztegesellschaft des Kantons Bern

Ärztlicher Bezirksverein Bern Regio

Zur Aufnahme als ordentliches Mitglied
haben sich angemeldet:

Friedrich Aigner, Facharzt für Allgemeine
Innere Medizin, Seilerstrasse 8, 3011 Bern

Sotirios Gkounis, Facharzt für Psychiatrie
und Psychotherapie, Psy-Bern AG,
Neuengass-Passage 3, 3011 Bern

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

Susann Hasler, Fachärztin für Allgemeine
Innere Medizin und Fachärztin für Allergo-
logie und klinische Immunologie, FMH,
SMAB AG, Effingerstrasse 55, 3008 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
die allfälligen Einsprachen.

Ärztegesellschaft des Kantons Luzern

Zur Aufnahme in unsere Gesellschaft
Sektion Stadt hat sich gemeldet:

Marcus Kühn, Facharzt für Allergologie
und klinische Immunologie, Klinik für
Innere Medizin Hirslanden St. Anna,
St. Anna-Strasse 32, 6006 Luzern

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

Ärztegesellschaft Thurgau

Die Ärztegesellschaft Thurgau informiert
über folgende Neuanmeldung:

Klaus Martin Henney, Praktischer Arzt,
Dorfstrasse 21, 9306 Freidorf

Ärztegesellschaft Uri

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

Cornelia Simmen, Fachärztin für Allgemeine
Innere Medizin, FMH, tätig seit 1.8.2021 in
der Bristenpraxis, 6460 Altdorf

Einsprachen gegen diese Kandidatur müssen
innerhalb von 20 Tagen seit dieser Veröffent-
lichung schriftlich begründet an den
Vorstand der Ärztegesellschaft Uri einge-
reicht werden. Nach Ablauf der Einsprache-
frist entscheidet der Vorstand über Gesuche
und allfällige Einsprachen.

Unterhaltung und Spannung aus der Feder von Ärzten



Kalte Allianz
von Telemachos Hatzisaak



Sabotageakt
von Telemachos Hatzisaak



Rosas Blut
von Peter Hänni



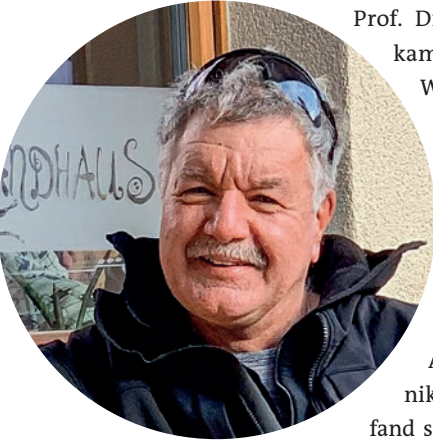
Der Kardinal hinkt
von Marc Gertsch



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

shop.emh.ch

In memoriam Andreas Zollinger (1957–2021)



Prof. Dr. med. Andreas «Andy» Zollinger kam am 14. Februar 1957 in Zürich zur Welt. Nach der Matura 1976 studierte er an der Universität Zürich Humanmedizin und schrieb seine Dissertation 1982.

Nach ersten Erfahrungen als Assistenzarzt in einer Hausarztpraxis und auf der Medizinischen Klinik des Spitals Männedorf wechselte Andy Zollinger in die Chirurgische Klinik des Universitätsspitals Zürich und fand schliesslich in der Anästhesie und Intensivmedizin seine Berufung. Die entsprechenden Facharztstitel erwarb er 1990 bzw. 1993, gefolgt von der Habilitation 1998. 2005 wurde er zum Titularprofessor der Medizinischen Fakultät der Universität Zürich ernannt. Von 1989 bis 1994 war Andy als Oberarzt und von 1994 bis 1999 als Leitender Arzt tätig und begann gleichzeitig mit seiner Forschungstätigkeit. Neben den ersten klinischen Studien mit Catapresan zur Unterdrückung des Intubationsstimulus interessierte er sich besonders für Fragen der Gerinnung und Lungenpathophysiologie. In unzähligen Stunden erarbeitete er Materialien und Techniken zur Optimierung perioperativer Oxygenation und Ventilation. Gleichzeitig schickte er den jungen Dr. med. Marco Zalunardo nach Birmingham, von wo dieser den ersten Thrombelastographen ans Universitätsspital Zürich (USZ) und in die Schweiz brachte, womit das Gerinnungsmonitoring verbessert und Blutprodukte eingespart werden konnten.

Andy liebte auch klassische Oldies und rassige Boliden. Man munkelte, dass er gerne an deutsche Kongresse fuhr, weil dort auf den Autobahnen keine Geschwindigkeitsbegrenzungen galten. Nicht zu vergessen: die Rock- und Bluesmusik. Legendär waren seine Auftritte als DJ, begleitet von Gesangeinlagen der anästhesiologischen «Double Bubble Burst Band».

Im Jahr 1999 wurde sein beruflicher Werdegang mit der Berufung zum Chefarzt für Anästhesie und Intensivmedizin am Triemli gekrönt. Typisch für ihn verzichtete er die ersten zwei Jahre auf Ferien – ganz nach seinem Moto «*les absents ont toujours tort*». Trotzdem fand er Zeit, Genüßliches mit «Netzwerken» zu verbinden und trat 2008 der Zunft zu Wiedikon bei. Bei einem begeisterten Zünftler als Chef war für seine Mitarbeitenden klar, dass er nach dem Sechseläutenmontag nicht vor Mittwoch zur Arbeit kommen würde.

Andys besondere Stärken waren Innovation, Weitsicht und Konfliktfähigkeit, die ihn für eine Spitalkarriere prädestinierten. Nach seiner Wahl in die Spitalleitung wurde er 2010 zum Medizinischen Direktor ernannt. Mit dem grossen Frei- und Spielraum, den er seinen Mitarbeitenden gewährte, ermöglichte er ein über Jahre stabiles ärztliches Kader.

Als ärztlicher Direktor umfassten seine grossen Projekte u.a. den Bau des neuen Bettenhauses, die Optimierung der Notfallstation, die Kooperation mit der Herzmedizin des USZ und die Zusammenlegung der beiden Stadtspitäler Triemli und Waid zum Stadtspital Zürich, zu dessen Co-Direktor er im August 2021 ernannt wurde.

2012 trat Andy dem Stiftungsrat der Stiftung Zürcher Blutspendedienst SRK bei und übernahm 2018 das Vizepräsidium. Ab 2020 vertrat er den Zürcher Blutspendedienst im Verwaltungsrat der Dachorganisation und trieb die Zusammenarbeit des Zürcher Blutspendedienstes mit denjenigen der Ost- und Zentralschweiz (ZOCH-Region) voran. Die Erneuerung des Zusammenarbeitsvertrages zwischen der Dachorganisation und den regionalen Blutspendediensten war ihm ebenso ein Anliegen wie der Aufbau von Konfirmations- und Bestätigungslaboratorien bei Blutspende Zürich.

Die kräftezehrenden Beschäftigungen verlangten nach ruhigen Rückzugsorten. Den Sommer verbrachten Andy und seine Ehefrau Gerda regelmässig in einem abseits gelegenen Hotel in der Bretagne und genossen Entspannung, köstliches Essen und guten Bordeaux. Von ihrem Ferienwohnsitz aus in Klosters unternahmen sie an Wochenenden ausgedehnte Wanderungen. Gerda war Andy eine ideale Partnerin, die ihm Freiraum liess und Verständnis für seinen ausgefüllten Alltag aufbrachte.

Am frühen Morgen des 8. Septembers 2021 bereits wieder an der Arbeit, hat Andys Herz viel zu früh aufgehört zu schlagen. Er hinterlässt eine starke Frau und mit Lukas und Leonie zwei tolle Kinder, die beide Medizin studieren.

KD Dr. med. Patricia Fodor, Leiterin Intensivstation und Stv. Chefärztin, Stadtspital Zürich

Dr. med. Beat M. Frey, Direktor und Chefarzt, Stiftung Zürcher Blutspendedienst SRK

Bildnachweis
Gerda Zollinger



Rechtliche Grundlagen von Evaluationsregistern in der Kranken- und Unfallversicherung

Evaluationsregister als Allheilmittel bei umstrittenen Leistungen?

Marc Wohlwend^a, Michael Stucki^b, Philipp Egli^c, Simon Wieser^d

^a RA MLaw, Wissenschaftlicher Mitarbeiter Zentrum für Sozialrecht, ZHAW; ^b MSc, Wissenschaftlicher Mitarbeiter Winterthurer Institut für Gesundheitsökonomie, ZHAW; ^c RA Dr. iur., Leiter Zentrum für Sozialrecht, ZHAW; ^d Prof. Dr. oec. publ., Leiter Winterthurer Institut für Gesundheitsökonomie, ZHAW

Gesundheitsbezogene Evaluationsregister können wertvolle Daten aus der Alltagsversorgung liefern. Sie werden deshalb regelmässig für gesundheitsökonomische Fragestellungen herangezogen, um zu beurteilen, ob eine Leistung vergütet wird oder nicht. Doch damit sie wirklich zur Schliessung von Evidenzlücken beitragen können, muss einiges beachtet werden.

Sind bei medizinischen Leistungen oder Arzneimitteln die Kriterien der Wirksamkeit, Zweckmässigkeit und Wirtschaftlichkeit umstritten, können Leistungserbringer und/oder Hersteller mit Evaluationsregistern Klarheit schaffen. Diese Register sammeln über einen kurzen Zeitraum von meist wenigen Jahren «*real world*»-Daten zum Einsatz, zur Wirkung und zu den Kosten der umstrittenen Leistung, um eine evidenzbasierte Vergütungsentscheidung zu ermöglichen. Dank

provisorischen Zulassungen haben Patientinnen und Patienten unmittelbaren Zugang zu innovativen medizinischen Leistungen. Allerdings konnten diese Register in der Vergangenheit die Evidenzlücken aus diversen Gründen nicht immer schliessen, und Entscheide über die definitive Vergütung der betroffenen Leistung mussten auf ungenügender Datenbasis gefällt werden. Ist das Evaluationsregister demnach bei umstrittenen Leistungen doch nicht das Allheilmittel?

Zweck von Evaluationsregistern

Gesundheitsbezogene Register können vielfältig eingesetzt werden. Sie werden beispielsweise in der klinischen oder epidemiologischen Forschung angewendet oder können der Überwachung von Eingriffen oder von Medizinprodukten dienen. Regelmässig werden gesundheitsbezogene Register auch für gesundheitsökonomische Fragestellungen herangezogen, etwa um die Häufigkeit und die Kosten von einzelnen Behand-

In der Krankenversicherung werden Evaluationsregister bei umstrittenen Leistungen in einigen Fällen behördlich angeordnet.

lungen zu erfassen. Sie können wertvolle Daten aus der Alltagsversorgung liefern und so zur Schliessung vielfältiger Evidenzlücken beitragen.

In der Schweiz und anderen Ländern werden manchmal Evaluationsregister (Register) mit relativ kurzer Laufzeit ins Leben gerufen, um Daten zu sammeln im Hinblick auf eine definitive Aufnahme in den Leistungskatalog der Krankenversicherung oder in den Kreis der Vergütungsempfehlungen der Unfallversicherung.

Weg in den Leistungskatalog

Damit es eine medizinische Leistung in den Leistungskatalog der sozialen Krankenversicherung schafft, muss sie die Kriterien der Wirksamkeit, Zweckmässigkeit und Wirtschaftlichkeit (WZW-Kriterien) erfüllen, worüber die Bundesverwaltung entscheidet. In der sozialen Unfallversicherung hingegen treffen die Unfallversicherer die nötigen Anordnungen zur zweckmässigen Behandlung der Versicherten (Naturalleistungsprinzip). Die Unfallversicherer vergüten Arzneimittel, pharmazeutische Spezialitäten und Laboranalysen nach den Listen der Krankenversicherung. Die WZW-Kriterien gelten in der Unfallversicherung sinngemäss.

Manchmal ist aber unklar, ob eine Leistung diese Kriterien tatsächlich erfüllt. Sie kann trotzdem unter der Bedingung in den Leistungskatalog (Krankenversicherung) oder unter der Auflage in den Kreis der Vergütungsempfehlungen (Unfallversicherung) aufgenommen werden, dass die Evidenzlücke während einer bestimmten Laufzeit mit einem Register geschlossen wird.

Die aus dem Register gewonnenen Informationen sollen zu einem späteren Zeitpunkt eine fundierte und definitive Entscheidung ermöglichen.

Einsatz von Registern

Solche Register für Vergütungsentscheidungen werden in drei unterschiedlichen Prozessen eingesetzt:

- 1 Bei einer provisorischen Aufnahme von Arzneimitteln auf die Spezialitätenliste der Krankenversicherung (SL).
- 2 Bei einer sogenannten «Coverage with Evidence Development» von ärztlichen Leistungen «in Evaluation», deren Kosten von der Krankenversicherung übernommen werden.
- 3 Bei einer provisorischen Kostenübernahme von orthopädischen Leistungen durch die Unfallversicherung auf Empfehlung der Medizinaltarif-Kommission UVG (MTK). Hier geht es meist um Implantate.

Eine kürzlich erschienene Studie hat die rechtlichen und organisatorischen Herausforderungen im Zusammenhang mit solchen Registern analysiert [1]. Anlass für die Studie war die Tatsache, dass einige der in den letzten Jahren aufgebauten Register die an sie adressierten Fragen nicht beantworten konnten und die Vergütungsentscheidung auf einer ungenügenden Datenbasis gefällt werden musste. Die unfallversicherungsrechtliche Tragweite von Empfehlungen der MTK ist *nicht abschliessend geklärt*.

Hoheitliche Anordnung

In der Krankenversicherung werden Evaluationsregister bei umstrittenen ärztlichen Leistungen in einigen Fällen hoheitlich (behördlich) angeordnet. Gesetz und Verordnung sehen diesbezüglich ausdrücklich vor, dass solche Leistungen «nur unter bestimmten Bedingungen» bzw. «nur unter bestimmten Voraussetzungen» übernommen werden [2]. Soweit das Führen eines Evaluationsregisters gemäss Anordnung eine eigentliche Leistungsvoraussetzung (Bedingung) darstellt, ist die Leistung nach der Rechtslehre nur zu entschädigen, wenn das Evaluationsregister auch tatsächlich geführt und gepflegt wird.

Vorgehen bei umstrittenen Leistungen

In der Unfallversicherung ist der Bundesrat zwar gesetzlich ermächtigt, die Leistungspflicht näher zu umschreiben [3], er hat davon aber bislang nur sehr zurückhaltend Gebrauch gemacht. Namentlich hat der Bundesrat bis heute nicht festgelegt, wer über die Leistungspflicht entscheidet, wenn umstritten ist, ob eine ärztliche Behandlung wirksam sei, und er hat auch nicht bestimmte medizinische Verfahren als «wissenschaftlich anerkannt» oder «wissenschaftlich nicht an-

erkannt» bezeichnet. Dasselbe gilt sinngemäss für die Erfordernisse der Zweckmässigkeit und der Wirtschaftlichkeit. Umstrittene Arzneimittel vergüten die Unfallversicherer gemäss ausdrücklicher Rechtsgrundlage nach der SL [4]. Bei anderen umstrittenen ärztlichen Leistungen orientieren sich die Unfallversicherer an den Listen der Krankenversicherung, ohne dass dieses

Ob Registerdaten zur Evaluation der Wirksamkeit von medizinischen Behandlungen verwendet werden können, wird kontrovers diskutiert.

Vorgehen gesetzlich ausdrücklich vorgesehen wäre.

Bei Arzneimitteln (SL) sind auf Verordnungstufe insbesondere die Aufnahmebedingungen und die Limitierungen näher geregelt [5]. Das Bundesamt für Gesundheit kann die Aufnahme in die SL allgemein «mit Bedingungen und Auflagen verbinden». Gesetzlich vorgesehen ist insbesondere eine befristete Aufnahme bei Arzneimitteln, deren Wirksamkeit, Zweckmässigkeit oder Wirtschaftlichkeit sich in Abklärung befindet. Ohne gesetzliche Grundlage wäre es unzulässig, ein Arzneimittel, dessen Wirksamkeit (noch) nicht hinreichend belegt ist, mit entsprechender Auflage in die SL aufzunehmen.

Sind beispielsweise orthopädische Leistungen umstritten, empfiehlt die MTK für gewisse Leistungen die Kostenübernahme. Die Empfehlung ist befristet, und während ihrer Laufzeit wird versucht, die Evidenzlücke mit einem Register zu schliessen. Die MTK ist aber nicht damit beauftragt, hoheitlich zu vergütende Leistungen zu bezeichnen oder hoheitliche Massnahmen gegenüber Leistungserbringern zu treffen. Die Empfehlungen der MTK haben aus diesem Grund auch keinen rechtsverbindlichen Charakter.

Verantwortung haben Unfallversicherer

Die Unfallversicherer haben eine starke Stellung inne: Sie setzen die zweckmässige Leistung gegenüber den Versicherten fest und erteilen den Leistungserbringern (vorgängig zur Behandlung) eine Kostengutsprache. Weil die Unfallversicherer die zweckmässige Leistung festsetzen, sind sie für die Leistung verantwortlich [6]. Die Unfallversicherer können demnach alle notwendigen Anordnungen zur zweckmässigen Behandlung treffen, müssen aber auf die Bedürfnisse der Versicherten und ihrer Angehörigen Rücksicht nehmen (Naturalleistungsprinzip) [7]. Das Verhältnis zwischen Unfallversicherern und Leistungserbringern hingegen ist über Zusammenarbeits- und Tarifverträge, also primär vertraglich, geregelt.

Im Zuge des Naturalleistungsprinzips können die Unfallversicherer Massnahmen anordnen, die in einem engen sachlichen Zusammenhang mit dem jeweiligen Behandlungsfall stehen und verhältnismässig sind. Soweit Register nicht der Beurteilung der Leistungsvoraussetzungen in einem konkreten Behandlungsfall dienen, sondern als Methode der Qualitätsmessung und/oder zu allgemeinen Evaluationszwecken eingesetzt werden, fehlt es möglicherweise am geforderten engen sachlichen Zusammenhang mit dem konkreten Behandlungsfall. Ob nun die Unfallversicherer bei der Umsetzung der Empfehlung der MTK auf dem Führen des Evaluationsregisters beharren können, ist in der Rechtslehre noch ungeklärt.

Hinzu kommt allenfalls ein datenschutzrechtliches Hindernis: Soweit die Registerdaten dem gesetzlichen Zweck dienen, dass (nur) WZW-konforme Leistungen vergütet werden, sind die Unfallversicherer für den Schutz und die Sicherheit der Personendaten verantwortlich [8]. Die Beteiligten eines Evaluationsregisters müssen sich also über die Modalitäten des Registers verständigen.

Mit Registern Wirksamkeit evaluieren?

Ob Daten aus Registern zur Evaluation der Wirksamkeit von medizinischen Behandlungen verwendet werden können, wird kontrovers diskutiert. Einige Argumente sprechen dagegen. Wichtigster Grund ist das Fehlen einer Kontrollgruppe von Probandinnen und Probanden, die sich von der Interventionsgruppe allein dadurch unterscheidet, dass sie die zu evaluierende Behandlung nicht erhalten hat.

Register weisen im Vergleich zu randomisierten kontrollierten Studien (RCTs), die in der «*hierarchy of evidence*» der Gesundheitswissenschaften den Goldstandard bilden, trotzdem einige Vorteile auf: Sie erlauben die Beobachtung der Erfolge der Behandlungen unter Alltagsbedingungen. Im Gegensatz zu klinischen Studien beinhalten sie zudem nicht nur Daten eines möglicherweise nicht-repräsentativen Kollektivs. Erfahrungen aus dem Ausland zeigen aber auch, dass bei solchen Registern überproportional häufig Patientinnen und Patienten mit grösseren Komplikationen fehlen.

Register sind in der Lage, Patientinnen und Patienten über einen deutlich längeren Zeithorizont zu verfolgen als randomisierte Studien.

Register sind – im Gegensatz zu randomisierten Studien – auch in der Lage, Patientinnen und Patienten über einen deutlich längeren Zeithorizont zu verfolgen. Damit können Register in der Versorgungsforschung zur Quantifizierung des sogenannten «*Efficacy-Effec-*

tiveness Gap», des Unterschieds der Wirksamkeit unter den kontrollierten Bedingungen der RCTs und der Wirksamkeit unter Alltagsbedingungen, dienen. Aus diesem Grund könnten Register in Zukunft unter anderem auch bei Fragen rund um die personalisierte und die Gender-Medizin zur Anwendung gelangen.

Leistungserbringer und Register

Dass der Nutzen von Registern für Vergütungsentscheide in der Vergangenheit nicht immer zufriedenstellend war, kann hauptsächlich auf zwei Ursachen zurückgeführt werden. Zum einen wurde der Definition von klaren und umsetzbaren Fragestellungen und

Die Verantwortung für die Registerführung liegt bei den Ärztinnen und Ärzten, die so mit administrativen Aufgaben belastet werden.

einer sinnvollen Konzeption des Registers nicht immer ausreichend Bedeutung geschenkt. Zum anderen war die Aussagekraft der gewonnenen Evidenz aufgrund der teilweise unzureichenden Vollständigkeit und Vollzähligkeit der Daten begrenzt. Der Bereitschaft der Leistungserbringer zur Datenerfassung kommt daher eine wichtige Rolle zu. Eine vollständige und sorgfältige Registerführung drängt sich unseres Erachtens jedoch auf, weil es sich bezüglich WZW um umstrittene medizinische Leistungen handelt, die der weiteren Evaluation bedürfen.

Teilnahmebereitschaft erhöhen

Mit der Registerführung ist stets ein bedeutender Zusatzaufwand verbunden, der an ausgebildetes Personal delegiert werden kann. Die Verantwortung bleibt jedoch bei den Ärztinnen und Ärzten, die so nebst der Arbeit mit den Patientinnen und Patienten zusätzlich mit administrativen Aufgaben belastet werden. Es stellt sich daher die Frage, wie die Teilnahmebereitschaft

trotz dieser Ausgangslage erhöht werden kann. Weil auch die Hersteller und die Sozialversicherungen ein besonderes Interesse an einem vollzähligen und vollständigen Register haben, erscheint es zielführend, wenn sie Ärztinnen und Ärzte bei der Registerführung personell und/oder finanziell unterstützen. Es gilt allerdings zu beachten, dass die wissenschaftliche Integrität von Ärztinnen und Ärzten nicht untergraben werden darf und die Daten im Register «unbiased» bleiben müssen.

Bei einem im Anschluss an die eingangs erwähnte Studie durchgeführten Stakeholder-Dialog wurde klar, dass durch einen verstärkten Einbezug der Ärzteschaft bei der Konzeption sowie regelmässige Rückmeldungen von für die Leistungserbringer relevanten Zwischenergebnissen die Motivation zur Teilnahme gesteigert werden kann. Evaluationsregister können jedenfalls – wenn sinnvoll konzipiert und sorgfältig geführt – bei umstrittenen Leistungen heilsam sein.

Danksagung

Wir danken Prof. Dr. med. Daniel Scheidegger und Susanna Marti Calmell vom Swiss Medical Board für die wertvollen Diskussionen und die hilfreichen Hinweise. Grosser Dank gebührt auch unseren Interviewpartnern, ohne deren umfassendes Praxiswissen wir die Fragestellungen nicht hätten beantworten können. Junia Landtwing danken wir für ihre umfassende Unterstützung im Projekt.

Bildnachweis

Chris Liverani / Unsplash

Literatur

- 1 Wieser S, Landtwing J, Stucki M, Egli P, Wohlwend M. Der Einsatz von Registern bei Vergütungsentscheidungen: Herausforderungen und Handlungsoptionen, 2021 [Internet]. www.swissmedical-board.ch/fileadmin/public/news/2021/Schlussbericht_SMB_Register_20210520.pdf. Die Autoren des Artikels haben dieses Gutachten im Auftrag des Swiss Medical Board verfasst.
- 2 Art. 33 Abs. 3 KVG i.V.m. Art. 33 Bst. a und c KVV respektive Art. 1 Bst. b KLV.
- 3 Art. 10 Abs. 3 UVG.
- 4 Art. 71 Abs. 2 UVV.
- 5 Art. 65 und 73 KVV.
- 6 Art. 6 Abs. 3 UVG; BGE 136 V 141, E. 4.2.
- 7 Art. 48 UVG.
- 8 Art. 16 DSG.

Das Wichtigste in Kürze

- Evaluationsregister werden eingesetzt, wenn unklar ist, ob eine medizinische Leistung in den Leistungskatalog der Krankenversicherung bzw. in den Kreis der Vergütungsempfehlungen der Unfallversicherung aufgenommen werden soll.
- Die aus dem Register gewonnenen Informationen sollen eine fundierte und definitive Entscheidung ermöglichen.

L'essentiel en bref

- Les registres d'évaluation sont utilisés lorsqu'il n'est pas clair si une prestation médicale doit être incluse dans le catalogue des prestations de l'assurance maladie ou parmi les recommandations de remboursement de l'assurance accident.
- Les informations obtenues à partir du registre visent à prendre une décision fondée et définitive.



Medizin-ethische Richtlinien der SAMW in der Vernehmlassung

Zusammenarbeit von medizinischen Fachpersonen mit der Industrie

Michelle Salathé^a, Daniel Scheidegger^b

^a lic. iur, MAE, Medizin & Ethik & Recht, Basel, wissenschaftliche Begleitung der Subkommission; ^b Prof. Dr. med., Vizepräsident SAMW, Vorsitz der Subkommission

Interessenkonflikte kommen auch in der medizinischen Wissenschaft und Praxis vor, und es braucht Mechanismen, mit diesen Konflikten umzugehen. Die Grundlage ist Transparenz. Die Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissenschaften (SAMW) behandelt diese Thematik in den Richtlinien «Zusammenarbeit Ärzteschaft–Industrie» von 2013. Diese wurden aktualisiert, und der Entwurf der neuen Richtlinien steht vom 29. November 2021 bis zum 25. Februar 2022 zur öffentlichen Vernehmlassung.

Die Zusammenarbeit von medizinischen Fachpersonen mit der Industrie ist seit langem etabliert. Sie liegt grundsätzlich im Interesse einer guten Gesundheitsversorgung und trägt zur Mehrung des Wissens, zur Entwicklung innovativer Therapien und insgesamt zum medizinischen Fortschritt bei. Gleichzeitig kann sie Abhängigkeiten mit sich bringen und zu Interessen-

konflikten führen. Im Bewusstsein um dieses Spannungsverhältnis veröffentlichte die SAMW 2002 die «Empfehlungen zur Zusammenarbeit Ärzteschaft – Industrie». Diese wurden 2006 in Richtlinien überführt und 2013 revidiert [1]. Neue Vorschriften im Umgang mit Heilmitteln in der Verordnung über Integrität und Transparenz (VITH) und revidierte Kodizes der Indus-

trie erforderten eine erneute Aktualisierung der Richtlinien. Die Zentrale Ethikkommission (ZEK) hat deshalb eine breit abgestützte Subkommission mit der Überarbeitung beauftragt.

Transparenz als Leitprinzip

Medizinisches Handeln orientiert sich stets am Patientenwohl und an den Interessen der Gesellschaft. Wenn medizinische Fachpersonen und Gesundheits-

Es ist unerlässlich, bei der Zusammenarbeit mit der Industrie mögliche Interessenkonflikte zu erkennen und transparent damit umzugehen.

organisationen mit der Industrie zusammenarbeiten, können Eigeninteressen und Interessenkonflikte das professionelle Verhalten beeinflussen und die Glaubwürdigkeit von medizinischen Fachpersonen und das in sie gesetzte Vertrauen beeinträchtigen. Der Begriff *medizinisch* wird von der SAMW in einem umfassenden Sinn verwendet. Als *medizinische Fachpersonen* gelten alle Personen, die ärztliche, pflegerische, therapeutische oder pharmazeutische Aufgaben übernehmen, sei es im Zusammenhang mit der Behandlung und Betreuung von Patientinnen und Patienten, in der spezifischen Aus-, Weiter- und Fortbildung oder in der Forschung und Expertentätigkeit. Die vorliegend verwendete Definition unterscheidet sich beispielsweise von jener im Bundesgesetz über die universitären Medizinalberufe vom 23. Juni 2006.

Was das konkret bedeutet

Es ist unerlässlich, bei einer Zusammenarbeit mit der Industrie mögliche Interessenkonflikte zu erkennen und mit diesen transparent und proaktiv umzugehen. Grundsätzlich sollen Interessenkonflikte wenn immer möglich vermieden werden. Die Richtlinien halten beispielsweise fest, dass Geschenke in einer professionellen Beziehung nicht angebracht sind, und bezeichnen einen Grenzwert für sogenannte Vorteile von bescheidenem Wert (z.B. Ausbildungsmaterialien, Arzneimittelmuster).

Wie bereits in der Fassung von 2013 halten die Richtlinien konkrete Prinzipien fest, die handlungsleitend für den Umgang mit Interessenkonflikten sind:

- **Transparenzprinzip:** Interessenbindungen und damit verbundene mögliche Interessenkonflikte sind offenzulegen. Geldwerte Leistungen oder Vorteile müssen offengelegt werden, und der Umfang der er-

haltenen Leistungen sollte öffentlich zugänglich sein.

- **Trennungspflicht:** Medizinisches Handeln muss den Patientinnen und Patienten gegenüber unbeeinflusst sein von versprochenen oder erhaltenen Leistungen oder Vorteilen. Die entsprechenden Vorgänge und Abläufe sind klar voneinander zu trennen.
- **Äquivalenzprinzip:** Damit keine Anreize geschaffen werden, die Interessenkonflikte überhaupt entstehen lassen, müssen Leistungen und Gegenleistungen in einem angemessenen Verhältnis zueinander stehen. Geschenke sind in einer professionellen Beziehung nicht angebracht.
- **Vier-Augen-Prinzip:** Weitreichende Entscheidungen sollten nicht von einer Person allein getroffen werden, insbesondere wenn diese von einem möglichen Interessenkonflikt betroffen ist. Ziel ist es, das Risiko von Missbräuchen zu reduzieren. Alle Verträge über finanzielle Transaktionen mit der Industrie werden von zwei Personen pro Institution unterzeichnet.
- **Dokumentationsprinzip:** Abmachungen sind vertraglich festzuhalten, so dass nachvollziehbar ist, welche Leistungen konkret erbracht und wie sie abgegolten werden. Betreffen die Vereinbarungen Mitarbeitende von Gesundheitsorganisationen, so sind sie von deren Vorgesetzten zu genehmigen.
- **Kontentrennungsprinzip:** Sämtliche Unterstützungsbeiträge an Forschung, Lehre sowie Aus-, Weiter- und Fortbildungen werden aus Gründen der Transparenz auf ein separates Konto verbucht und ordentlich revidiert.
- **Prinzip der Aussenwahrnehmung:** Um Interessenkonflikte möglichst erkennen zu können, ist selbstkritische Reflexion über Abhängigkeiten und Eigeninteressen unerlässlich. Bei der Abschätzung, ob im Einzelfall ein Interessenkonflikt vorliegen könnte, ist stets die Sicht von Aussenstehenden mit einzubeziehen und in der eigenen Abwägung zu berücksichtigen.

Wichtigste Neuerungen auf einen Blick

Nachfolgend werden die wesentlichen Änderungen kurz vorgestellt.

Weiter- und Fortbildung

Die Richtlinien fordern, dass das heutige System der Finanzierung der Weiter- und Fortbildung längerfristig durch neue Finanzierungsmodelle abgelöst wird, die die Risiken für Interessenkonflikte senken. Sie weisen darauf hin, dass Budget und Rechnung gegenüber der Industrie auf Anfrage offengelegt und allfäl-

lige Überschüsse zweckgebunden verwendet werden müssen. Auf von der Industrie unterstützte Rahmenprogramme muss verzichtet werden. Vertiefter als in den bisherigen Richtlinien wird die Basis-Ausbildung thematisiert (inkl. Stiftungsprofessuren).

Neu behandeln die Richtlinien zudem Anwendungsschulungen, virtuelle Veranstaltungen, den Verkauf von (virtuellen) Werbeflächen und die Vermietung von Standflächen.

Forschung und Entwicklung

Im Bereich der Forschung sind heute viele Aspekte, die in den bisherigen Richtlinien geregelt wurden, durch das Humanforschungsgesetz und dessen Ausführungsverordnungen abgedeckt. Die revidierten Richtlinien verweisen auf diese Regelungen. Als neues Thema behandeln sie Forschungspartnerschaften,

Unter den Begriff «Industrie» fallen neu auch die Medizintechnik- und IT-Industrie und kommerzielle medizinische Laboratorien.

Start-ups und Spin-offs sowie Lizenzvereinbarungen und thematisieren mögliche Interessenkonflikte bei der Entwicklung und Erprobung neuer Medizinprodukte oder Verfahren. Dazu halten sie fest, dass eine intellektuell beteiligte und/oder finanziell interessierte Person oder Gruppe zwar an der Erarbeitung der Indikations- und Kontraindikationskriterien mitwirken kann. Es muss jedoch ausgeschlossen sein, dass sie bei der Indikationsstellung zum Einsatz des Produkts oder Verfahrens bei einer Patientin bzw. einem Patienten beteiligt ist.

Medizinische Dienstleistung

Für dieses Thema wurden die Richtlinien um ein neues Kapitel ergänzt. Es erfasst Tätigkeiten, in denen medizinische Fachpersonen ihre Expertise zur Verfügung stellen, sei dies in der Behandlung von Patientinnen und Patienten, bei der Ausarbeitung von fachlichen Leitlinien, aber auch bei der fachlichen Mitarbeit in Be-

ratungsgremien. Die Richtlinien zeigen auf, wie sichergestellt werden kann, dass Behandlungsentscheidungen, insbesondere auch die Verordnung von Arzneimitteln, stets nach den anerkannten medizinischen (und pharmazeutischen) wissenschaftlichen Standards erfolgen.

Geltungsbereich

Je länger, je mehr stehen auch andere medizinische Berufsgruppen im Fokus für eine Zusammenarbeit mit der Industrie. Die revidierten Richtlinien wenden sich deshalb an alle medizinischen Fachpersonen, die Arzneimittel und Medizinprodukte verschreiben, anwenden, abgeben oder einkaufen, und an die Personen in Verantwortungsfunktionen, die diese beschäftigen. Unter den Begriff «Industrie» fallen neu auch die Medizintechnik- und IT-Industrie und kommerzielle medizinische Laboratorien.

Die Richtlinien stehen in Ergänzung zum verbindlichen Gesetzesrecht und zu den Branchen- und Verbandsregelungen. Sie geben Leitlinien, bieten aber keine für alle Einzelfälle direkt anwendbaren Lösungen an. Sie sind in der Praxis von allen Beteiligten im Sinne ihres Geistes nach bestem Wissen und Gewissen anzuwenden und einzuhalten.

Mitglieder der Subkommission

Prof. Dr. med. Daniel Scheidegger, Arlesheim, Vizepräsident SAMW (Vorsitz); Dr. med. Werner Bauer, Küsnacht, Ärztliche Fort- und Weiterbildung (SIWF); Jörg Baumann, Bern, Swiss Medtech (bis Februar 2021); PD Dr. med. Peter Berchtold, Bern, Schweizerische Patientenorganisation (SPO) (ab Juni 2021); Prof. Dr. med. Thierry Buclin, Lausanne, klinische Pharmakologie; Prof. Dr. med. Sophie de Seigneux, Genève, Nephrologie; Susanne Gedamke, M.A., Zürich, Schweizerische Patientenorganisation (SPO) (bis Mai 2021); Prof. Dr. med. Michele Genoni, Zürich, FMCH; lic. iur. RA Jürg Granwehr, Zürich, scienceindustries; Katja Grünenfelder, Zürich, Swiss Medtech (ab März 2021); Prof. Dr. med. Dr. phil. Paul Hoff, Zollikon, Präsident ZEK (ab Juni 2021); Dr. med. Christian Rohrmann, Oensingen, Hausarztmedizin; lic. iur. Michelle Salathé, MAE (wissenschaftliche Begleitung), Basel; Dr. phil. David Shaw, Basel, Ethik; lic. iur. Stéphanie Studer Scherl, Genève, Recht; Prof. Dr. pharm. Ursula von Mandach, Zürich, Perinatale Pharmakologie, SAPP und SAPHW; Yvonne Willems Cavalli, MsC, Bellinzona, Schweizerischer Berufsverband der Pflegefachfrauen und Pflegefachmänner (SBK).

Bildnachweis

Cagkan Sayin | Dreamstime.com

Literatur

1 www.samw.ch/de/Publikationen/Richtlinien.html

Das Wichtigste in Kürze

- Die SAMW hat die Richtlinien «Empfehlungen zur Zusammenarbeit Ärzteschaft-Industrie» von 2013 überarbeitet und aktualisiert.
- Die Neuerungen betreffen den Geltungsbereich für die medizinischen Berufsgruppen, die Weiter- und Fortbildung, die Forschung und Entwicklung sowie die medizinischen Dienstleistungen.
- Die Richtlinien stehen vom 29. November 2021 bis zum 25. Februar 2022 in der öffentlichen Vernehmlassung.

Öffentliche Vernehmlassung

Der Richtlinienentwurf steht vom 29. November 2021 bis zum 25. Februar 2022 in der öffentlichen Vernehmlassung. Weitere Informationen dazu finden Sie unter: samw.ch/vernehmlassung-aezteschaft-industrie

Briefe an die SÄZ

Wir müssen an unsere Kindesinder denken

Brief zu: Zraggen Y. Sehen, was der Fall ist. Schweiz Ärztztg. 2021;102(43):1409.

Es ist schon ein Teil der Wurzel: Die Überbevölkerung unseres Planeten. Mit ca. 8,5 Mio. Einwohnern sind wir in der Schweiz topographiemässig an der oberen Limite. Politiker, Immobilienhändler, Architekten etc. meinen immer, wir hätten ca. 41000 km² zur Überbauung. Nein, auf ca. 18000 km² müssen Häuser, Fabriken, Fussballfelder erstellt werden. Man hätte schon vor Jahren diese Persönlichkeiten über unser Mittelland fliegen lassen sollen, und sie hätten gesehen, dass im Mittelland keine zusammenhängenden «Grünstreifen» vorhanden sind, überall Zersiedlung! Von 10000 m Höhe würde man eine Stadt von Genf bis St.Gallen sehen. Wollen wir dies so weiterführen? Unsere Kinder haben schon noch Raum; wir müssen aber an unsere Kindesinder denken!

Dr. med. Roland Scholer, Liestal

La responsabilité de chacune et chacun est engagée

Lettre concernant: Martin J. Toute activité aurait-elle perdu son innocence? Bull Med Suisses. 2021;102(46):1546–7.

Merci et félicitations à Jean Martin pour son article lucide et plein de vérité profonde! Oui, le monde doit changer, c'est une question de survie de la planète et de l'espèce humaine. Dans l'encyclique Laudato si', le pape François exprime et explique clairement cette nouvelle vision du monde. Je souhaite que chaque médecin et que tous les citoyens et citoyennes sur terre prennent conscience de cette urgence pour le bien de toutes et tous. La responsabilité de chaque femme et homme est engagée. L'avenir nous appartient si nous savons le redessiner.

Dr Charles Broquet, Delémont

Une pub d'enfer

Lettre concernant: Stoffel U. L'adéquation et la transparence doivent primer sur la simplification. Bull Med Suisses. 2021;102(45):1474.

Article intelligent, mais coda malheureuse. Juste un peu moins de 300 francs la consultation. Le prix de la franchise annuelle, ou du salaire moyen quotidien d'une infirmière, à croire que ce tarif affirmé fait le tissu de nos préoccupations. Mais où a-t-on la tête? Le fameux «oui, mais...» a encore de beaux jours devant lui! Facile à comprendre? Non. Même moi j'ai de la peine (mais je paye, comme beaucoup). Historiquement, les médecins se sont opposés à la tarification nationale unifiée, ou presque, et ont aussi trop travaillé dans la plupart des hôpitaux durant des années il est vrai, n'ont pas voulu ANOVA, seule méthode utile (les catégories doivent être discutées), n'ont pas volontiers ou spontanément recalculé quelques tarifications devenues discordantes (les assurances non plus), ont eu de la peine à raccourcir le temps de post-partum au strict nécessaire (fait sans risque on le constate), à facturer exactement dans le privé, etc. Alors que l'on réfléchisse pour préserver l'avenir.

Dr méd. Virgile Woringe, Lausanne

Aktuelle Themen auf unserer Website

www.saez.ch → Tour d'horizon



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

Qualitätsindikatoren: Mehrwert für die Hausarztpraxis

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



Interview mit Virginie Masserey, Leiterin Sektion Infektionskontrolle und Impfprogramm, Bundesamt für Gesundheit

«Alle Fragen zur Impfung sind legitim und ernst zu nehmen»

Die angestrebten Covid-19-Impf-Richtwerte sind noch lange nicht erreicht. Anlässlich der nationalen Impfwoche haben wir Virginie Masserey nach den Gründen und den Möglichkeiten, die Impfbereitschaft gezielt zu erhöhen, gefragt.



Assistance au suicide: entente souhaitée

Lettre concernant: Beck P. L'assistance au suicide fait partie des actes médicaux. Bull Med Suisses. 2021;102(46):1527.

C'est avec beaucoup de sympathie que j'ai lu le courrier du Dr Pierre Beck concernant le suicide assisté. J'ai fait partie de l'équipe qui a fondé EXIT Suisse romande en 1982 et plupart j'ai aussi été accompagnatrice et médecin prescripteur au sein d'EXIT. Pendant plus de 10 ans j'ai été vice-présidente d'EXIT (1982 à 1992) en défendant nos idées surtout dans les médias.

Je suis aujourd'hui une médecin retraitée et vieillissante (84 ans) mais je défends toujours l'assistance au suicide car, tout comme mon confrère Pierre Beck, je suis fière d'avoir pu abréger les souffrances de nombreux patients et patientes et d'avoir fait progresser notre cause pour la liberté du choix de sa mort.

J'espère aussi que l'ASSM et la FMH pourront s'entendre sur ce sujet délicat qui est l'assistance au suicide sans qu'il y ait trop de concessions, surtout par rapport aux dernières directives de l'ASSM.

J'espère que la majorité de mes confrères et consœurs surtout de la FMH sauront faire un

pas dans le sens de l'assistance au suicide qui reste un acte médical quoiqu'ils en pensent.

Un bon compromis qui soit avant tout en faveur de tous les patients et patientes qui présentent «une souffrance insupportable» et qui choisissent leur fin de vie librement avec leur aide.

*Dr Béatrice Deslarzes,
fondatrice d'EXIT Suisse romande, Veyrier*

Mitgefühl ist extrem wichtig

Brief zu: Mösch HP. Chefvisite aus der Horizontalen. Schweiz Ärzteztg. 2021;102(45):1498–501.

Der Erfahrungsbericht von Kollege Mösch hat mich stark berührt. Ich lag selber einmal hilflos in einem Spitalbett und befand mich auf der Schwelle des Todes. In dieser Situation prägten sich mir Worte und auch nonverbale Gesten von Ärztinnen und Ärzten und Pflegenden unauslöschlich ein.

Da war die Notfallärztin mit ihrem engagierten und zugleich empathischen Gesichtsausdruck, die rief: «Bitte macht schnell ein Angio-CT, es ist wichtig und sehr dringlich.» Da war einer, der am Telefon laut sagte: «Sie wol-

len wissen, wie es Dr. Wirth geht? Ach, der liegt da oben im Sterben.»

Das geschah am 14. November 2002. Diagnose: «massive Subarachnoidalblutung» (Genauerer ist zu erfahren in einem Interview von Live-net.ch, wenn mein Name im Google eingegeben wird). Auch bei mir erfüllten sich einige düstere Prognosen nicht.

Ein realer, lebendiger Gott hat beschlossen, mich völlig wiederherzustellen. Er hat u.a. Werkzeuge benutzt, die nach stundenlangem Suchen das blutende Gefäss clippen konnten. Ich habe daraus drei Dinge gelernt: Mitgefühl ist in einer solchen Situation extrem wichtig. Zweitens: Ich nahm mir vor, Menschen, die verunsichert sind, künftig mit mehr Empathie und Sorgfalt zu begegnen, als ich es bisher tat. Drittens: Ich nahm mir vor, einen Lebensstil der Dankbarkeit gegenüber meinem Gott zu führen. Sofern es mir gelingt, liegt darin eine Quelle der Freude, die sich auch auf andere mutmachend auswirkt.

Ich danke allen, die für mich gebetet haben, wie es die im Artikel erwähnte Lernschwester für Kollege Mösch getan hat. Hat es gewirkt? Ich bin soeben mit knapp 73 Jahren in voller Gesundheit in den «Ruhestand» eingetreten ...

Dr. med. Martin Wirth, Frauenfeld

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/

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.



Berufliche Vorsorge

Einfach vorsorgen und Steuern sparen



Persönliche
Beratung für
Mitglieder von
FMH Services

Umfassende und neutrale Beratung Steuroptimierte Vorsorge für Ärztinnen und Ärzte

- Steuern sparen mit bewährten Vorsorgekonzepten
- Vorteile der standeseigenen Vorsorgestiftungen
- Unterstützung bei der Frage Kapital oder Rente

INSURANCE

Roth Gygax & Partner AG
Moosstrasse 2
3073 Gümligen
Tel. 031 959 50 00
mail@fmhinsurance.ch
www.fmhinsurance.ch



Von der FMH Services Genossenschaft empfohlenes, rechtlich und wirtschaftlich selbstständiges Unternehmen.



Aufwind für die interprofessionelle Ausbildung und Zusammenarbeit

Solide Basis für mehr

Gert Ulrich^a, Sylvia Kaap-Fröhlich^b

^a Dr. phil., M.A., Careum Stiftung, Zürich; ^b Dr. rer. nat., MBA, Careum Stiftung, Zürich

Interprofessionalität ist aus der Gesundheitsversorgung kaum mehr wegzudenken. In der Schweiz herrschen grundsätzlich gute Rahmenbedingungen für eine bedürfnisorientierte Zusammenarbeit verschiedener Berufsgruppen. Diese günstige Ausgangslage muss nun genutzt werden, um die Interprofessionalität im Schweizer Gesundheitswesen zu fördern und fest zu verankern.

«Da habe ich lange dafür gebraucht, dass ich gemerkt habe, dass die gar nicht so häufig miteinander reden. [...] Ich habe es immer und immer wieder erlebt, dass ich pro Profession von Anfang bis Ende alles wiedererzählen muss. Das gibt mir kein Vertrauen in die Institution Krankenhaus» [1]. Dieses Zitat einer Patientin in der Schweiz zeigt recht eindrücklich, dass nach wie vor substantieller Handlungsbedarf in der Gesundheitsversorgung besteht.

Allerdings gibt es neben Aspekten der Patientenzufriedenheit und -sicherheit weitere wesentliche Herausforderungen (demographischer Wandel, Zunahme an chronischen Erkrankungen, Kostenexplosion und Fachkräftemangel in Gesundheits- und Medizinal-

berufen), mit denen das Gesundheitssystem in den nächsten Jahren verstärkt konfrontiert sein wird.

Die interprofessionelle Zusammenarbeit und ihre Wegbereiterin, die interprofessionelle Ausbildung, können sicherlich keine Allheilmittel für diese zentralen Herausforderungen sein. Dennoch können sie

Definition Interprofessionalität

Die Weltgesundheitsorganisation (WHO) definiert (interprofessionelle) Zusammenarbeit folgendermassen: «*Collaboration occurs when two or more individuals from different backgrounds with complementary skills interact to create a shared understanding that none had previously possessed or could have come to on their own*» [3].

Engagement verschiedener Institutionen

Ebenfalls sehr erfreulich ist das Engagement der Bildungsinstitutionen, wobei die Fachhochschulen für Gesundheit besonders auffallen, da diese schon seit längerem interprofessionelle Lern- und Lehrsettings anbieten, bspw. gibt es im Bereich Gesundheit der Berner Fachhochschule und der Zürcher Hochschule für Angewandte Wissenschaften spezifische Fachstellen für interprofessionelle Lehre. Aber auch alle Medizinischen Fakultäten der Schweiz bieten inzwischen zumindest fakultativ interprofessionelle Lehre an, und auch die Lehr- bzw. Bildungspläne der Höheren Fachschulen und Berufsfachschulen für Berufe im Gesundheitswesen berücksichtigen den Erwerb interprofessioneller Kompetenzen.

Darüber hinaus setzt sich die Careum Stiftung traditionell sehr intensiv und auf mehreren Achsen für die interprofessionelle Ausbildung und Zusammenarbeit ein. In einem neueren *Careum Working Paper* zur interprofessionellen Ausbildung wird der aktuelle Stand in der Schweiz ausführlich analysiert, und aufbauend auf internationalen Interviews mit Expertinnen und Experten und nationalen Workshops werden Handlungsempfehlungen und Massnahmen für die Zukunft der interprofessionellen Ausbildung in der Schweiz abgeleitet [1]. Die Stiftung ist Partner des Projektverbundes zur Zürcher interprofessionellen klinischen Ausbildungsstation (ZIPAS, www.zipas.ch), wo Lernende und Studierende aus unterschiedlichen Gesundheitsberufen und Bildungsstufen im Spital unter Supervision in interprofessionellen Teams Patientinnen und Patienten betreuen [7].

Das insgesamt positive Bild zur Interprofessionalität in der Schweiz wird abgerundet durch das Engagement der Plattform Interprofessionalität (www.interprofessionalitaet.ch), die insbesondere auf die interprofessionelle

Zur Strategie des Bundesrates «Gesundheit2020» gehörte auch das Ziel, die Ebene der Gesetzgebung anzugehen.

nelle Zusammenarbeit in der ambulanten Grundversorgung abzielt, sowie durch Angebote der SwissIPE (www.swissipe.ch), die Leadership-Kurse zur Interprofessionalität anbietet. Auch Lernende und Studierende zeigen sich aktiv und motiviert. So haben sich Studierende aus den Gesundheitsfächern zusammengetan und 2020 die *Swiss Health Alliance for Interprofessional Education* (SHAPED) gegründet. Deren Anliegen ist es, dabei zu unterstützen, die interprofessionelle Ausbildung in den Gesundheitsfachberufen der Schweiz noch weiter zu verankern.

Wegweisende Aspekte für die Zukunft

Fasst man die Erkenntnisse des *Careum Working Paper* [1] und des *BAG Policy Brief* zur interprofessionellen Bildung [5] zusammen, können insbesondere folgende wegweisenden Aspekte für die nächsten Jahre in der Schweiz bilanziert werden:

- Es braucht ein nationales Netzwerk aus Forschungs-, Praxis- und Bildungsinstitutionen zu Interprofessionalität, das wiederum mit bestehenden und auch lokalen inter-institutionellen Netzwerken verknüpft werden sollte, um die bereits bestehenden Synergien zu konzentrieren.
- Es braucht ein einheitliches Verständnis für interprofessionelle Lernziele und Kompetenzen, die landesweit und verbindlich in der theoretischen und praktischen Ausbildung der Gesundheitsfachberufe berücksichtigt werden.

Die Fachhochschulen für Gesundheit fallen besonders positiv auf, da sie bereits interprofessionelle Lern- und Lehrsettings anbieten.

- Es sollten einheitliche Schulungen für interprofessionelle Lehrpersonen, aber auch für Patientinnen und Patienten (*Patient as Teacher*) in der interprofessionellen Ausbildung konzipiert und umgesetzt werden.
- Im Vordergrund der interprofessionellen Ausbildung sollten realistische und praxisrelevante Ausbildungsformate zur Sicherung einer hohen Ausbildungsqualität stehen. Landesweite Implementierungen von interprofessionellen klinischen Ausbildungsstationen (wie z.B. ZIPAS) und Diskussionen zum Transfer in den ambulanten Bereich könnten hierbei wertvolle Beiträge liefern.
- Es sollten zukünftig weitere im Gesundheits- und Sozialwesen beteiligte Berufe und Disziplinen, wie z.B. Sportwissenschaft, Biomedizinische Labordiagnostik, Soziale Arbeit, Psychologie, aber auch weitere Akteure, wie z.B. Angehörige von Patientinnen und Patienten, freiwillig Arbeitende in Versorgungssettings, Versicherungen, Patientenorganisationen oder Gemeinden, im Feld der Interprofessionalität berücksichtigt werden.
- Auch die Etablierung von Advanced Practice Nurses mit erweiterter pflegerischer Praxis in der Schweiz wird neue interprofessionelle Handlungsfelder eröffnen.

Internationale Tendenzen

Weitet man den Blick über die Landesgrenzen hinaus und betrachtet die einschlägige internationale Litera-

tur der letzten Jahre, wird zunächst ersichtlich, dass weiterhin nordamerikanische und skandinavische Länder führend in der interprofessionellen Ausbildung und Zusammenarbeit sind. Erfreulich ist jedoch, dass sich global mehr und mehr regionen- und/oder länderspezifische Netzwerke bilden, um interprofessionelle Zusammenarbeit möglichst weltweit zu verankern [8].

Ausserdem zeigt sich, dass die interprofessionelle Zusammenarbeit verstärkt mit Fokus auf spezifische Krankheiten (z.B. Diabetes, Demenz oder psychische Erkrankungen) diskutiert wird. Dazu passt, dass international Bemühungen stattfinden, um einerseits die ambulante Grundversorgung vermehrt interprofessionell auszukleiden und andererseits weitere Berufsgruppen bzw. beteiligte Akteure mit an den Tisch zu holen, um die fragmentierte Versorgung in Berufssilos weiter zu durchbrechen.

Studierende aus den Gesundheitsfächern haben 2020 die Swiss Health Alliance for Interprofessional Education gegründet.

Interessant ist auch, dass international neben der Ausbildung vermehrt auf Fort- und Weiterbildungen Wert gelegt wird, um Interprofessionalität stärker unmittelbar in die Versorgungspraxis zu integrieren, und dabei – forciert durch die Corona-Pandemie – auch überlegt wird, interprofessionelle Bildungsangebote online-basiert anzubieten [9].

Interprofessionalität verankern

Insgesamt ist es in der Schweiz gelungen, auf politisch-strategischer und gesetzgeberischer Ebene, auf Ebene der Bildungsinstitutionen und mit Hilfe vieler weiterer

engagierter Akteure, Interprofessionalität insbesondere in der Bildung zukunftsfruchtig zu positionieren. Parallelen zu internationalen Aktivitäten bestätigen die eingeschlagenen Bestrebungen in der Schweiz. In den nächsten Jahren wird es vor allem darauf ankommen, diese günstigen Rahmenbedingungen zu nutzen, Interprofessionalität in der Schweiz dauerhaft und noch fundierter in theoretischer und praktischer Ausbildung zu verstetigen und langfristig finanziell abzusichern. Zudem wird zentral sein, dass der Funke von der interprofessionellen Ausbildung auch auf Fort- und Weiterbildungen und auf die Versorgungspraxis überschlägt, wo den heutigen Auszubildenden, der *workforce* von morgen, die interprofessionelle Zusammenarbeit aktiv (vor-)gelebt werden sollte.

Bildnachweis

Win Nondakowit | Dreamstime.com

Literatur

- Ulrich G, Amstad H, Gardon O, Kaap-Fröhlich S. Interprofessionelle Ausbildung im Schweizer Gesundheitssystem: Situationsanalyse, Perspektiven und Roadmap 2020 [18.10.2021]. www.careum.ch/workingpaper9-lang
- Bodenheimer T, Sinsky C. From triple to quadruple aim: care of the patient requires care of the provider. *Ann Fam Med.* 2014;12(6): 573–6.
- WHO. Framework for action on interprofessional education and collaborative practice 2010 [18.10.2021]. http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/70185/1/WHO_HRH_HPN_10.3_eng.pdf
- SAMW. Charta 2.0 Interprofessionelle Zusammenarbeit im Gesundheitswesen 2020 [18.10.2021]. doi.org/10.5281/zenodo.3865147
- BAG. Policy Briefs – Erkenntnisse und Empfehlungen zur zielgruppenspezifischen Umsetzung 2020 [18.10.2021]. <https://www.bag.admin.ch/bag/de/home/strategie-und-politik/nationale-gesundheitspolitik/foerderprogramme-der-fachkraefteinitiative-plus/foerderprogramme-interprofessionalitaet/policy-briefs-interprof.html>
- BAG. Verzeichnis Modelle guter Praxis – Interprofessionalität: Bundesamt für Gesundheit; 2020 [18.10.2021]. <https://www.bag.admin.ch/bag/de/home/strategie-und-politik/nationale-gesundheitspolitik/foerderprogramme-der-fachkraefteinitiative-plus/foerderprogramme-interprofessionalitaet/projektverzeichnis-modelle-guter-praxis.html>
- Bärlocher A, Caduff U, Staudacher D, Ulrich G. Lernen ohne Professionsgrenzen. *Physioactive.* 2020(6):19–24.
- Khalili A, Thistlethwaite J, El-Awaisi A, Pfeifle A, Gilbert J, Lising D, et al. Guidance on Global Interprofessional Education and Collaborative Practice Research: Discussion Paper. A joint publication by InterprofessionalResearch.Global and Interprofessional.Global. 2019 [18.10.2021]. interprofessionalresearch.global/global-ipecp-guidance/
- Kaap-Fröhlich S, Ulrich G, Wershofen B, Ahles J, Behrend R, Handgraaf M, et al. Positionspapier GMA-Ausschuss – «Interprofessionelle Ausbildung in den Gesundheitsberufen» – Aktueller Stand und Zukunftsperspektiven. *GMS J Med Educ (under Review).* 2021.

Schwerpunktserie Interprofessionalität

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

[gert.ulrich\[at\]careum.ch](mailto:gert.ulrich[at]careum.ch)

Dr. Lara Valeska Maul, Leiterin der Dermatologischen Poliklinik des Universitätsspitals Basel

«Künstliche Intelligenz kann den Dermatologen nicht ersetzen»

Das Interview führte: Martina Huber

Freie Journalistin BR, Olten

Am Universitätsspital Basel wird seit 2019 der schweizweit erste 3D-Ganzkörper-scanner eingesetzt, der innert weniger Minuten sämtliche Muttermale einer Person erfassen und auf Auffälligkeiten prüfen kann. Seit Anfang 2021 untersuchen Hautärztin Dr. Lara Valeska Maul und ihr Team in einer Studie, wie gut der Scanner abschneidet – auch im Vergleich zu einem 2D-Fotoanalyse-System und einer Smartphone-App.

Sie und Ihr Team haben Anfang des Jahres eine Studie zur Früherkennung vom malignen Melanomen bei Hochrisikopatienten gestartet. Wie kam es dazu?

Mein persönlicher Schwerpunkt liegt in der Dermatookologie. In den letzten Jahren sind erfreulicherweise diverse neue Immuntherapien und zielgerichtete Therapien zugelassen worden, die das Gesamtüberleben von Patientinnen und Patienten mit malignem Melanom wesentlich verbessert haben. Die Sterblichkeit ist jedoch weiterhin hoch: Jährlich wird in der Schweiz bei etwa 2800 Menschen ein Melanom festgestellt, etwa 320 Menschen sterben jedes Jahr an schwarzem Hautkrebs. Der entscheidende Schlüssel für eine günstige Prognose bleibt weiterhin, dass wir Melanome frühzeitig erkennen und rechtzeitig operativ entfernen.

Und hier können fotogestützte Bildanalyse-Systeme einen Beitrag leisten?

Ja, genau. 2D-Ganzkörpersysteme werden bereits in diversen Schweizer Spitälern und dermatologischen Praxen eingesetzt. Und auch hier am Universitätsspital ergänzen wir die klassische Untersuchung durch uns Hautärzte mit auf künstlicher Intelligenz basierenden fotogestützten Bildanalyse-Systemen: Seit mehreren Jahren setzen wir das 2D-Fotoanalyse-System Foto-Finder ein. Seit Sommer 2019 haben wir zusätzlich den schweizweit ersten 3D-Ganzkörper-scanner, der es uns erlaubt, sämtliche Muttermale einer Person innerhalb weniger Minuten aufzunehmen und auf Auffälligkeiten zu prüfen. Solche fotogestützten digitalen Systeme können uns Mediziner dabei unterstützen, neue melanozytäre Läsionen und klinische Veränderungen be-

Zur Person

Dr. Lara Valeska Maul hat in Kiel, Deutschland, Humanmedizin studiert und promoviert. Einen Teil ihrer Facharztausbildung absolvierte sie an der Universitätsklinik Kiel im Studienteam von Herrn Prof. Hauschild, einem weltweit renommierten Melanomexperten. Dabei war sie an diversen Phase-I-IV-Studien im Bereich der Dermatookologie beteiligt, die zur Zulassung von zielgerichteten Therapien und Immuntherapien geführt haben.

Seit 2017 ist sie in der Schweiz als Hautärztin tätig. 2019 kam sie als Oberärztin in die Dermatologie ans Universitätsspital Basel, wo sie seit 2020 die Dermatookologie und seit 2021 die dermatologische Poliklinik leitet.



stehender pigmentierter Läsionen zu erkennen, die auf eine maligne Transformation hindeuten können.

Wenn diese Systeme bereits in der Praxis zum Einsatz kommen: Warum ist noch eine Studie dazu nötig?

Studien konnten bereits demonstrieren, dass künstliche Intelligenz genauso gut und vereinzelt sogar besser ist als die Früherkennung, die durch einen Arzt durchgeführt werden kann. Aber es gibt bisher noch keine Studie, die vergleicht, wie gut diese unterschiedlichen Systeme im klinischen Alltag abschneiden im direkten Vergleich zueinander. Zudem wollten wir diese Systeme, die wir Mediziner anwenden, vergleichen mit einer von Patienten eingesetzten Smart-

phone-App, die in Deutschland bereits als CE-zertifiziertes Medizinprodukt zugelassen ist. Denn es gibt immer mehr solche Apps, mit denen die Leute ihre Muttermale selbst analysieren können – aber bisher keine grosse Beobachtungsstudie, die zeigt, wie gut solche Apps in der Hautkrebsfrüherkennung tatsächlich abschneiden.

Wie gross schätzen Sie das Potenzial von foto-gestützten Systemen und künstlicher Intelligenz bei der Früherkennung von Hautkrebs ein?

Sehr gross. Die künstliche Intelligenz hat in der gesamten Medizin eine neue Ära eröffnet. Besonders vielversprechend ist sie in Bereichen, in der die Auswertung von Bildern eine zentrale Rolle spielt – wie eben in der Dermatologie, aber auch in der Radiologie oder in der Ophthalmologie.

Aus meiner Sicht können mit künstlicher Intelligenz unterstützte Ganzkörperfotosysteme den Hautarzt auch in Zukunft nicht ersetzen.

Die Datenbanken der Systeme, die zur Früherkennung von Melanomen eingesetzt werden, enthalten ein exorbitantes Vielfaches von bestätigten Bilddateien von Melanomen, als ein erfahrener Hautarzt in seiner gesamten Laufbahn gesehen haben kann. Sequenzielle Ganzkörperaufnahmen ermöglichen es zudem, den zeitlichen Verlauf zu dokumentieren: Sowohl neue pigmentierte Läsionen als auch die dynamische Verände-

rung bestehender Naevi werden so frühzeitig erkannt. Und das hilft, Melanome frühzeitig zu erkennen und einem prognostisch ungünstigen Krankheitsverlauf vorzubeugen.

Ich persönlich denke, dass wir künstliche Intelligenz in Zukunft routinemässig im medizinischen Alltag einsetzen werden.

Wie steht es mit Smartphone-Apps zur Früherkennung von Hautkrebs?

Damit sie tatsächlich einen Nutzen haben und von Laien gefahrlos eingesetzt werden können, müssten solche Anwendungen extrem sensitiv und spezifisch in ihrer Diagnostik sein. Und es gibt Hinweise aus Studien, dass Smartphone-Apps auch eine Gefahr darstellen können. Das war für mich ein Grund, warum ich diese in unserer Studie mit den Medizinprodukten, die wir Ärzte anwenden, vergleichen möchte.

Weshalb kann die Anwendung solcher Apps gefährlich sein?

Einerseits kann es Menschen unnötig verunsichern, wenn eine App ein Risiko für ein Melanom anzeigt, wo in Wirklichkeit gar keines besteht. Vor allem aber wäre es verheerend, wenn die App ein Melanom nicht erkennt und jemand dann nicht zur empfohlenen dermatologischen Untersuchung geht, weil er oder sie sich in falscher Sicherheit wiegt.

Wenn man solche Apps verwendet, sollte man sich bewusst sein, dass ihre Sensitivität und Spezifität nicht



Fotogestützte digitale Systeme unterstützen die Suche nach malignen Transformationen. © 2021 FotoFinder Systems GmbH.

Der 3D-Ganzkörperscanner am Universitätsspital Basel

Im Sommer 2019 wurde am Universitätsspital Basel der schweizweit erste 3D-Ganzkörperscanner Vectra WB360 in Betrieb genommen. 92 integrierte Kameras erlauben es, die gesamte Hautoberfläche einer Person in einer einzigen Aufnahme zu erfassen. Die Bilder werden dann von einer Software zu einem 3D-Modell zusammengesetzt, einer sogenannten 3D-Bodymap. Darauf können Ärztinnen und Ärzte mit einer integrierten Bildgebungssoftware Läsionen markieren, deren Risikoscore errechnen lassen, sie beobachten und bei Bedarf mit dermatoskopischen Nahaufnahmen und Notizen ergänzen.

Der Ganzkörperscanner kann neben der Hautkrebsfrüherkennung auch in der plastischen und rekonstruktiven Chirurgie eingesetzt werden, oder um Verbrennungen oder Hautkrankheiten wie Psoriasis zu dokumentieren. Weltweit kommt er bislang an 20 Kliniken in Europa, Australien und Nordamerika zum Einsatz.



Der Einsatz von 3D-Ganzkörperscanner steht in der Schweiz erst am Anfang. © Canfield Scientific.

gleich hoch sind wie die der Medizinprodukte, die wir Spezialisten einsetzen. Es werden hierbei auch nur makroskopische Fotos aufgenommen und analysiert und keine Nahaufnahmen, wie wir sie mit Hilfe eines Dermatostops machen können.

Werden künstliche Intelligenz und fotogestützte Systeme Hautärztinnen und Hautärzte künftig überflüssig machen?

(Lacht) Nein. Aus meiner Sicht können mit künstlicher Intelligenz unterstützte Ganzkörperfotosysteme den Hautarzt auch in Zukunft nicht ersetzen, obschon ihre diagnostische Genauigkeit teilweise bereits beeindruckend ist. Natürlich werden sie unsere Mittel und Möglichkeiten erweitern. Aber in gewissen Bereichen stossen die fotogestützten Systeme, die wir heute einsetzen, noch immer an Grenzen. Naevi auf der behaarten Kopfhaut oder im Bereich der Schleimhäute beispielsweise können mit Hilfe solcher Systeme bislang nicht oder nur unzureichend erfasst und geprüft werden. Auch können Tattoos oder farbliche Markierungen auf der Haut ihre Algorithmen verwirren.

Vor allem aber werden die zwischenmenschlichen Interaktionen im klinischen Alltag weiterhin unerlässlich bleiben, und auch die persönliche Beratung der Patientinnen und Patienten.

Diese fotogestützten Systeme oder Smartphone-Apps sagen einem ja auch nicht: Hautkrebs oder nicht.

Genau. Sie errechnen für pigmentierte Läsionen einfach einen bestimmten Risikoscore. Den muss man dann interpretieren. Und es gibt bisher keine Empfehlung, ab welchem Risikoscore eine melanozytäre Läsion exzidiert werden sollte. Auch das ist eine Fragestellung unserer Studie: Ab welchem Cut-off Score sollte man empfehlen, eine Exzision durchzuführen? Momentan muss der Mediziner das aufgrund seiner Erfahrung individuell entscheiden. Da ist es beispielsweise wichtig zu wissen, ob jemand in der Kindheit viele Sonnenbrände hatte oder ob enge Familienangehörige an schwarzem Hautkrebs erkrankt sind. Die künstliche Intelligenz kann und soll uns Mediziner in Zukunft unterstützen, aber sie kann uns nicht ersetzen.

Dr. Lara Valeska Maul,
Universitätsspital Basel
laravaleska.maul[at]usb.ch.

Le bonheur est-il dans la pilule?

Julia Rippstein

Rédactrice print online

Pourquoi prend-on des médicaments, pilules et autres vitamines? Explorant la question, le journaliste suisse Arnaud Robert et le photographe Paolo Woods ont sillonné le globe pendant cinq ans. Le résultat est à voir au travers de l'exposition HAPPY PILLS jusqu'au 16 janvier 2022 à La Ferme des Tilleuls de Renens.

Nous avons tous avalé un jour ou l'autre un médicament – du moins dans les pays «riches». Derrière la prise de comprimés, une douleur, une blessure, un dysfonctionnement, un mal-être. Ces produits miracle sont censés nous aider à aller mieux. L'exposition HAPPY PILLS se penche sur ces «pilules du bonheur»,

«La médecine crée tout un tas de diagnostics qui définissent des troubles auxquels les médicaments donnent une réponse.»

allant du Viagra à la Ritaline en passant par les anxiolytiques, et les raisons qui nous poussent à en prendre. Curieux de comprendre et de questionner notre rapport à ces petites gélules, le journaliste vaudois Arnaud

Robert et le photographe canado-néerlandais Paolo Woods ont parcouru les quatre coins du monde à la rencontre de six consommatrices et consommateurs de médicaments en quête de bonheur. HAPPY PILLS plonge le visiteur dans une réelle enquête journalistique composée de photographies, de témoignages poignants et de séquences filmées. Le *Bulletin des médecins suisses* s'est rendu sur place.

Marchands de rêves?

La genèse du projet HAPPY PILLS remonte à 2014 en Haïti, où Paolo Woods et Arnaud Robert collaborent alors sur deux ouvrages. Leur attention est retenue par les marchands de médicaments qui arpentent les rues



Les vendeurs de médicaments en Haïti ont marqué le début du projet HAPPY PILLS.



Une Amérindienne de 15 ans et son bébé de 1 mois. Elle ne prend pas de contraceptif.

du pays avec leurs impressionnantes tours de pilules, comprimés, pansements, gélules qu'ils vendent à la pièce. «Ces étagères de médicaments nous ont d'abord interpellés par leur «beauté», puis nous avons remar-

qué que les substances vendues par ces marchands racontaient beaucoup d'Haïti: médicaments surdosés venant de Chine, médicaments abandonnés par les ONG. Mais surtout, nous étions frappés de voir le nombre de «patients» s'adressant à ces vendeurs, qui jouaient alors le rôle de prescripteurs», explique Arnaud Robert. Au fil de leurs recherches, notamment sur les mastodontes de l'industrie pharmaceutique Roche et Novartis, et des rencontres avec des consommatrices et consommateurs, ils se rendent compte qu'un médicament est plus qu'une simple notice d'utilisation. «Derrière un comprimé se cache la promesse de guérir, d'aller mieux, d'être plus fort, plus joyeux. Et ce, quasi immédiatement. On s'en remet à la pharma, car on est convaincu des promesses qu'elle fait miroiter. Mais on ne remet pas en question nos modes de vie ni notre consommation de médicaments», poursuit le journaliste.

Dans la première salle, des photos montrent des adolescentes et très jeunes femmes d'Amazonie péruvienne posant avec leurs enfants devant des murs aux graffitis colorés. Certaines ont eu leur premier enfant à 13 ans. A 20 ans, elles sont déjà mères trois fois. La solution la plus simple et efficace: les contraceptifs. Dans une autre pièce, une galerie de photos et posts Instagram illustrant le quotidien banal d'une jeune Américaine de 13 ans, collégienne et cheerleader. On lui a



Les stéroïdes pour être musclés, mais quel effet sur la santé?



Sol jonché d'emballages de médicaments au Niger.



La pharmacie d'une famille haïtienne. Photo de la série *Home Pharma*.



Un couple israélien et leur opulente réserve de médicaments. Photo de la série *Home Pharma*.

HAPPY PILLS, un triptyque

Issus de domaines différents mais reliés par la recherche documentaire et journalistique, Arnaud Robert et Paolo Woods étaient soucieux de proposer un projet multimédia. Outre l'exposition à La Ferme des Tilleuls, HAPPY PILLS est aussi un documentaire produit par Intermezzo Films, en coproduction avec RTS, SSR SRG et ARTE, ainsi qu'un livre, publié par delpire & co, sorte de prolongement de l'exposition qui explore la question sous un angle scientifique et philosophique. Plus d'informations: ferme-distilleuls.ch/exhibition/happy-pills/

julia.rippstein[at]emh.ch

diagnostiqué un trouble de l'attention qu'elle traite à l'Adderall. Apposée à côté des images, la citation d'un psychiatre et spécialiste des TDAH résume bien la problématique investiguée par HAPPY PILLS: «La médecine crée tout un tas de diagnostics qui définissent des troubles auxquels les médicaments donnent une réponse. La pilule marche rapidement, c'est ça que les gens aiment [...] Le problème, c'est que la solution vient toujours de l'extérieur. Notre bonheur vient de l'extérieur.»

Porteurs d'espoir et révélateurs de l'intime

Il y a aussi le gigolo italien qui prend un comprimé de Viagra avant chaque cliente pour se sentir performant et viril, ou le jeune Israélite gay qui avale une PrEP, pilule qui permet de prévenir une infection au VIH avant un rapport sexuel à risque. Une paroi entière composée de captures d'écran du site de rencontres gay Grindr semble illustrer le dilemme, que cette pilule révolutionnaire vient résoudre: succomber sans crainte à la luxure et rester «sain». Dans la même salle, des bodybuilders indiens aux muscles presque monstrueux et aux sourires forcés qui s'enfilent des stéroïdes comme on mangerait des tartines.

Un étage plus bas, la série de photographies *Home Pharma* montre des familles d'une trentaine de pays qui ont étalé tous les médicaments qu'elles possèdent à la maison: de l'opulence au strict nécessaire, des plantes médicinales aux antidépresseurs, la composition d'une pharmacie personnelle diffère d'un pays à l'autre, d'une culture à l'autre et révèle bien souvent le statut socio-économique. «Le dénominateur universel est la vision magique que l'on a de ces substances. La pandémie de COVID-19 a montré à quel point le monde entier projetait ses espoirs dans la pharma pour trouver un remède à cette crise», évoque Arnaud Robert.

Interpellante, l'exposition HAPPY PILLS incite le public à se positionner vis-à-vis de sa propre consommation de substances chimiques. Elle met le doigt sur la signification, parfois très intime et souvent inconsciente, du recours à un bien globalisé et ultrabanal. De quoi ne plus voir un comprimé de Dafalgan de la même manière...

Crédits photos
Julia Rippstein



Einblick ins Medizinstudium

Wenn alles zu viel wird

Lea Luchsinger

Medizinstudentin, Universität Zürich (St. Galler Track)

Das Medizinstudium ist lang und intensiv, das ist bekannt. Doch wie ist es eigentlich, wenn man mittendrin steckt? Eine Medizinstudentin berichtet darüber, wie sie das zweite Semester erlebt hat und wie es sich anfühlt, alles zu geben und am Ende doch zu scheitern.

Frühlingssemester 2021 – So schnell wie das Semester begonnen hatte, hatte es auch geendet. Wie im Flug war die Zeit vergangen. Doch es war kein leichter Start. Wir begannen mit einem Haufen weit zurückliegender Vorlesungen aus dem Herbstsemester, meinem ersten Semester als Medizinstudentin, die erst im Frühlingssemester geprüft wurden. Das Semester war enorm chaotisch. Wir hatten sehr viele verschiedene Dozierende, die immer wieder ähnliche, aber nicht gleiche Themen behandelten.

Von Anfang an alles geben

Kein roter Faden, kein Überblick. Praktika, Mantelstudium, Online- und Präsenzunterricht. Schon ganz am Anfang das Gefühl, dass es unmöglich ist: Wie soll man sich so auf Prüfungen vorbereiten? Keine Übungen, keine Lernziele, tausende Folien. Bereits vom Semesteranfang an das Gefühl, in der Lernphase zu sein. Eine immer präsente Panik, es nicht zu schaffen,

falsch zu lernen, die Prüfungen nicht zu bestehen. Angst vor dem grossen Scheitern. Die Angst verdrängen und von Anfang an alles geben.

Der Lernstoff wächst und wächst

Eigene Zusammenfassungen schreiben. Das Gefühl, alles bis aufs Detail verstehen zu müssen. Recherchieren, Bücher lesen und noch einmal zusammenfassen. Aus der Angst, etwas Wichtiges zu verpassen, hatte ich mir auch noch Lernkarten gekauft. Ein riesiger Stapel, hunderte Karten zur Theorie und Aufgaben. Aus den Zusammenfassungen auf die Lernkarten übertragen. Langsam am unüberblickbaren Haufen Lernstoff verzweifeln, mir einreden, dass es gut kommt, dass ich einfach alles geben muss, mehr lernen, länger und intensiver lernen. Wie viel Freizeit kann ich mir trotzdem noch leisten? Ab und zu eine Wanderung, joggen und auch noch selten in der Pfadi auftauchen.

Das Chaos wurde trotzdem immer grösser. Zu weit habe ich mich von den Vorlesungen entfernt. Ich habe mich immer verbissener aufs Verstehen konzentriert, wollte alles wissen und nicht einfach die Folien auswendig lernen, auch wenn mir eigentlich schon da bewusst war, dass die Folien, der Text auf den Folien, schlussendlich den Prüfungsstoff darstellen.

Immer noch mehr geben

Immer mehr vom Stress getrieben. Keine Müdigkeit, keine Erschöpfung, keine Grenzen mehr spüren. Immer dieser Gedanke, einfach alles zu geben. Aber im-

Bereits vom Semesteranfang an das Gefühl, in der Lernphase zu sein. Eine immer präsen- te Panik, es nicht zu schaffen, falsch zu lernen.

mer das Gefühl, dass es nicht reicht. Gegen Ende der Lernphase lernte ich zwölf bis vierzehn Stunden täglich. Ich konnte nicht mehr wirklich schlafen und war trotzdem noch nicht zufrieden, fühlte mich, als würde ich immer noch nicht genug lernen, nicht alles geben. Mein grosses Interesse, das Recherchieren und Nachlesen brachten mich an den Punkt, an dem ich verstand, wie die Stoffwechselkreisläufe funktionierten, verstand, wie die Zellen aufgebaut sind, wie vom Spermium und der Eizelle ein Fötus entsteht. Jedoch wusste ich nicht, was genau in welchen Worten auf den Folien stand, und das wurde mir schlussendlich auch zum Verhängnis.

Das grosse Scheitern

Bewusst hatte ich mich entschieden, nicht Folien auswendig zu lernen, sondern zu verstehen. Dies erschien mir sinnvoller, denn nur mit Verständnis kann ich später verknüpfen. Zu wissen, wie was auf der Folie steht, scheint mir nicht viel zu bringen. Schon am Montagmorgen bei der ersten Prüfung wurde mir bewusst, dass ich falsch gelernt hatte.

Es wurde nur sehr wenig Verständnis geprüft. Ich hatte das Gefühl, dass niemand fragte, wieso irgendetwas so ist oder wie etwas funktioniert. Gefühlt waren es nur Fragen danach, ob auf den Folien das oder dies stand, ob es so oder so formuliert wurde, nicht was eine Aussage war oder was sie bedeutete, sondern wer eine Aussage machte. Wie konnte ich mich so auf das Falsche konzentrieren? Wie kann es sein, dass ich so viel gelernt hatte und eigentlich auch verstanden hatte und

nun dasitze und nichts beantworten kann? Wie kann das sein? Wie?

Drei Wochen später die Bestätigung: Es hat tatsächlich nicht gereicht. Ich habe die Prüfung nicht bestanden und das auch noch sehr deutlich. 108 Punkte habe ich erreicht, 124 hätte ich gebraucht, die Note ist eine Drei. Im Winter eine Fünf, jetzt eine Drei. Ich habe es nicht geschafft, falsch gelernt, die Prüfung nicht bestanden, mein erstes grosses Scheitern.

Endlich Zeit haben

Und was jetzt? Für mich war von Anfang an klar, dass ich nicht bereits im Sommer an die Nachholprüfungen gehen werde. Dass ich mir ein Jahr Zeit lassen werde für den zweiten und letzten Versuch. Da ich nach der Matur ohne Zwischenjahr direkt an die Uni gegangen war, schien dies die perfekte Gelegenheit zu sein, dieses nun zumindest zu einem Teil nachzuholen.

Mir wurde, nachdem der erste Schock verarbeitet und die Selbstzweifel beseitigt waren, bewusst, dass es keine Tragödie ist, die Prüfung nicht bestanden zu haben, sondern eine Chance. Eine Chance, endlich einmal Zeit zu haben und nichts zu müssen. Aber was mache ich nun mit dieser plötzlich gewonnenen Freiheit? Interrail, Jakobsweg, Surfen in Portugal oder Hawaii, die Welt sehen, neue Menschen und Kulturen kennen-

Zum jetzigen Zeitpunkt weiss ich noch nicht, was ich genau wann machen werde und muss es auch noch nicht wissen.

lernen, Englisch lernen und sicher auch arbeiten. Zum jetzigen Zeitpunkt weiss ich noch nicht, was ich genau wann machen werde, und muss es auch noch nicht wissen. Ich weiss jedoch, wie ich mich auf die Prüfungen nächstes Jahr vorbereiten muss, weiss nun, wie und was gefragt wird, werde die Vorlesungen noch einmal besuchen. Ich bin auch schon in Kontakt mit anderen, die wie ich repetieren werden. Ich bin nicht allein und ich werde das hinkriegen. Und falls nicht, werde ich bis dann einen soliden Plan B haben. Und ein Jahr voller wertvoller Lebenserfahrung.

Dieser Bericht entstand im Sommer 2021 im Rahmen eines Mentoringprogramms der Universität St. Gallen und der HSG Alumni, das Studierenden für die Dauer von zwei Jahren den Austausch mit einer Mentorin bzw. einem Mentor ermöglicht.

Bildnachweis

Siora Photography | Dreamstime.com

Diversität oder Gemeinsamkeit

Daniel Schröpfer

Dr. med., Stadtarzt Zürich, Vorstand Verein der Leitenden Spitalärzte der Schweiz (VLSS), Redaktionsmitglied



Es ist die Zeit gekommen, wo uns in den Fluren wieder aus jeder Wohnung verschiedene Düfte verwöhnen. Die Familien beginnen mit den Vorbereitungen für die Festtage – dazu gehört bei manchen auch das «Guetzlibacken». Diese Tradition wird und wurde auch in meiner Familie gelebt. Es zeigte sich früh, dass die Unmengen an Weihnachtsgebäck meist nur bis kurz nach dem Fest reichten – und zwar nur die gut versteckten. Interessant und bereichernd ist der Austausch der «Guetzli» mit den Nachbarn und Freunden respektive innerhalb der Familie. Beispielsweise für «Vanillekipferl» gibt es so viele verschiedene Rezepte – so viele Nuancen, die sie interessant und schmackhaft machen. Meiner Grossmutter ist zu verdanken, dass wir es als Kinder noch erleben durften, wie ein Stollen gebacken wird. Mein Versuch vor zwei Jahren hatte ihr ein «wohlwollend-stolzes» Lächeln entlockt – ich habe hier wohl noch Potenzial.

Die Bedürfnisse unserer Nachfolgerinnen und Nachfolger können nicht an unseren damaligen gemessen werden.

Mit etwas Fantasie kann man die Grundmischung der Ärzteschaft als das «Studium der Humanmedizin» sehen und die diversen Nuancen als die späteren fachspezifischen Weiterbildungen. Es ist wichtig, sich in diversen Gebieten weiterzubilden, Spezialistin oder Spezialist zu werden und sich voneinander abzuheben. Dies können wir teilweise besonders gut – jeder schaut auf seinen kleinen eingezäunten Garten und achtet darauf, dass dieser nicht beschädigt wird. Wenige verfügen oder nutzen ihre Kompetenz, den Austausch zu suchen und über den eigenen Gartenhag hinauszuschauen. Doch gerade in der aktuellen Zeit – und damit meine ich explizit auch vor der Pandemie – wäre es aus meiner Sicht sinnvoll, dass die Ärzteschaft geeint auftritt und sich nicht in Partikularinteressen verliert. Wir haben diverse Herausforderungen – alle aufzuzählen würde den Rahmen sprengen. Wir haben es in meinen Augen noch immer nicht geschafft, flächendeckend attraktive Arbeitsbedingungen für junge Kolleginnen und Kollegen im stationä-

ren Bereich zu schaffen. Es gibt Fortschritte und gute Beispiele – doch auch dieses Jahr musste ich einen Kollegen wiederholt in einem Spital empfehlen, da er «nur» 80 Prozent arbeiten wird. Es darf nicht vergessen werden, dass wir uns trotz aller Herausforderungen, die es mit sich bringt, im stationären Setting eine Teilzeitanstellung zu realisieren, mit dieser fehlenden Anpassung unsere eigene Zukunft und Nachfolgerinnen und Nachfolger nehmen.

Immer wieder führe ich Gespräche mit Kolleginnen und Kollegen, die nach zwei oder drei Jahren ihre Ausbildung sistieren wollen, da neben einer fehlenden Teilzeitanstellung auch die Arbeitszeiten ein erträgliches Mass – das vertraglich vereinbarte – deutlich überschreiten. Die Bedürfnisse einer neuen Generation – unserer Nachfolgerinnen und Nachfolger – können nicht an unseren damaligen gemessen werden. Wenig hilfreich erscheint mir der Verweis von uns «Älteren», dass es bereits bei uns so gewesen sei, warum sollte es jetzt anders sein. Sollten wir nicht vielmehr den veränderten Bedürfnissen unseres Nachwuchses Rechnung tragen, um die Versorgung unserer Patientinnen und Patienten zu sichern?

Die (gemeinsame oder geeinte) Aussenwirkung der Ärzteschaft hat in meinen Augen ebenfalls noch viel Potenzial. Nur geeint – egal ob ambulant oder stationär tätig, ob angestellt oder selbständig – haben wir die Kraft, unsere Forderungen gegenüber diversen Playern im Gesundheitswesen und anderen externen Disziplinen durchzusetzen. Vielleicht braucht es hierzu Anpassungen der aktuellen Strukturen.

Auch hier darf über den eigenen Gartenzaun geschaut werden und für die grosse Sache und nicht nur den eigenen Garten und Erhalt geschaut werden. Es gibt in der Schweiz diverse Beispiele anderer Berufsgruppen, denen eine Einheit gelungen ist. Auch in benachbarten Ländern treten unsere Kolleginnen und Kollegen gegeneinander auf.

Eine in vielen Punkten geeintere Ärzteschaft – mit Nuancen – kann sich eine deutlichere Stimme in der Innen- und Aussenwahrnehmung verschaffen.

Ich wünsche Ihnen und Ihren Liebsten frohe Festtage.

daniel.schroepfer[at]
zuerich.ch

