


Schweizerische Ärztezeitung

87 Editorial
von Carlos Quinto
Liberales Verständnis

116 Abstimmung über
Tierversuchsverbot
Das Ende der Labormaus?

128 «Zu guter Letzt»
von Hans Stalder
**Aducanumab:
Blockbuster oder Flop?**

4 26.1.2022



88 Kompetenzbasierte
medizinische Weiterbildung
Besser gerüstet für die Praxis



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



Verlag

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

Externe Redaktion

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

Redaktion Ethik

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

Redaktion Medizingeschichte

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

Redaktion Public Health, Epidemiologie, Biostatistik

Prof. Dr. med. Milo Puhan

Redaktion Recht

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

FMH

EDITORIAL: Carlos Quinto

87 **Liberales Verständnis**

88

SIWF: Interview mit Olle ten Cate von Cornelia Eisenach

«**Ich möchte Medizinabsolventen besser für den Beruf rüsten**» Mit der Einführung des Lernzielkatalogs PROFILES setzt das Medizinstudium in der Schweiz auf eine kompetenzbasierte medizinische Ausbildung. Diese Entwicklung wird nun auf die medizinische Weiterbildung ausgeweitet. Olle ten Cate, Forscher auf dem Gebiet der medizinischen Ausbildung, erläutert, wie und warum die sogenannten EPAs in diesem Prozess wichtig sind.

ERSATZWAHL | KANDIDATUREN FÜR DEN ZENTRALVORSTAND DER FMH

90 **Ersatzwahl im Zentralvorstand der FMH: Porträts der Kandidierenden**94 **Personalien****Weitere Organisationen und Institutionen**

BILDUNGSNETZWERK MEDIZIN: Raphaël Bonvin, Joachim Buhmann, Carlos Cotrini Jimenez, Marcel Egger, Alexander Geissler, Michael Krauthammer, Christian Schirlo, Christiane Spiess, Johann Steurer, Kerstin Noëlle Vokinger, Julia Vogt

98 **Studierende auf den Einsatz von maschinellem Lernen vorbereiten****Briefe / Mitteilungen**

103 **Briefe an die SÄZ**

105 **Facharztprüfungen**

FMH Services

106 **Seminare / Séminaires / Seminari**

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

Tribüne

THEMA: Eva Mell

116 Das Ende der Labormaus?

THEMA: Pascal Coullery

118 Advanced Practice Nursing in der Krankenversicherung

Horizonte

120 Persönlich

PORTRÄT: Julia Rippstein

123 «On ne fait rien tout seul»

AUSSTELLUNG: Martin Fux

126 «Unser Projekt ist einzigartig»

Zu guter Letzt

Hans Stalder

128 Aducanumab: Blockbuster oder Flop?

OH

HUBER

Impressum

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

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

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

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

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

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

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

Abonnementspreise: 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.vsdruck.ch/>

printed in
switzerland



Titelbild:
© Dmitry Kotin | Dreamstime.com

Liberales Verständnis

Carlos Quinto

Dr. med., Mitglied des FMH-Zentralvorstandes, Departementsverantwortlicher Public Health und Gesundheitsberufe



Wir sind Angehörige eines freien Berufs. Diese Freiheit benötigen wir, um die grosse Varianz der Problemstellungen, mit denen uns Patientinnen und Patienten in unserer täglichen Praxis aufsuchen, einer Lösung zuführen zu können. Diese Lösungen werden idealerweise gemeinsam mit den Patientinnen und Patienten erarbeitet. Denn Evidence-Based Medicine beinhaltet drei Komponenten: Beste verfügbare wissenschaftliche Evidenz, unsere klinischen Fähigkeiten und Erfahrung sowie die Werte und Vorstellungen der Patientinnen und Patienten. Wir benötigen ebenfalls Freiheiten, um eine Arzt-Patienten-Beziehung in einem geschützten Rahmen stattfinden lassen zu können. Nur in einer vertrauensvollen Umgebung sind Patientinnen und Patienten bereit und in der Lage, uns gewisse wesentliche Informationen im Anamnesegespräch zu geben. Rahmenbedingungen sind folglich essentiell. Staatliche Rahmenbedingungen sollten unsere Tätigkeit erleichtern und nicht zunehmend erschweren und ineffizient werden lassen. Wir behandeln in erster Linie Menschen und nicht Papier.

Nicht zufällig hat der Schweizer Philosoph Peter Bieri je ein Buch den Themen Freiheit und Würde gewidmet. Es bestehen starke Wechselwirkungen mit unserer Gesundheit. Kinder und Jugendliche sollen gefördert werden, auch in ihrer Gesundheit. Dies ist ein Kernanliegen der Initiative «Kinder ohne Tabak». Die Initiative wird von der ganzen Ärzteschaft getragen und von der FMH entsprechend dem Beschluss der Ärztekammer

Nachweislich richtet sich Tabakwerbung oft gezielt an Jugendliche und sie wirkt. Wo es mehr Werbung hat, rauchen mehr Jugendliche.

unterstützt. Wir sind als freier Beruf sozial engagiert und liberal eingestellt. Es entspricht aber nicht unserem liberalen Verständnis, Minderjährige gezielt in die Nikotinabhängigkeit zu führen. Die wissenschaftliche Evidenz dafür, dass die entsprechende Werbung aber genau diese Wirkung hat und sich gezielt an Jugendliche richtet, ist erdrückend.

Es ist nicht konsequent, den Verkauf an unter 18-jährige zu verbieten und diese Altersgruppe weiterhin gezielt zu bewerben. Dies ist aber für die Tabakindustrie der effizienteste Weg, «Langzeitkunden» zu generieren,

um die Verstorbenen zu ersetzen. Denn wer als Minderjähriger mit dem Nikotinkonsum beginnt, ist schneller, stärker und länger abhängig, und das zeitlebens. Diese wissenschaftlichen Fakten sind auch der Tabakindustrie seit langem bekannt und werden voll ausgenutzt. Nachdem der Ständerat 2019, notabene unter liberaler Führung, einen soliden Gesetzesentwurf geschrieben hatte, wurde dieser im Nachgang vom Nationalrat total verwässert. Hinsichtlich Kinder- und Jugendschutz ist der aktuelle «Gegenentwurf» ein Ge-

Liebe Kolleginnen und Kollegen, bitte stimmen sie am 13. Februar «JA» zur Initiative «Kinder ohne Tabak».

setz für das Landesmuseum. Alle Werbeformate, die sich gezielt an Minderjährige richten, sind weiterhin erlaubt und ein paar alte, für Kinder und Jugendliche aus der Mode gekommene (nur 0,2% der Werbeausgaben) werden verboten. Die Gewinne streichen ausländische Grosskonzerne ein. Mit dem aktuellen Gegenvorschlag des Tabakproduktegesetzes werden sich bei uns neue, für Minderjährige attraktive Nikotinapplikatoren auf dem Markt durchsetzen. Dies weil sie günstig sind und man mit ihnen Nikotin hochdosiert konsumieren kann. In China, wo diese Applikatoren produziert werden, ist ihre Anwendung übrigens per Gesetz verboten. Ein entsprechender Artikel wurde letztes Jahr in der SÄZ publiziert. Die neue Evidenz ist in der Politik leider noch nicht angekommen. Aktuell bezahlt jede vierköpfige Schweizer Familie, egal ob Raucher oder Nichtraucher, CHF 1500 Krankenkassenprämien pro Jahr für die Folgen des Rauchens. Man sollte bei der Ursache ansetzen, anstatt unser Gesundheitswesen mit Kostenzielen und Globalbudgets zu deckeln: Die Leute krank zu machen und sie dann nicht zu behandeln entspricht nicht unserem Berufsethos. Ich bitte Sie also, liebe Kolleginnen und Kollegen, stimmen Sie am 13. Februar «JA» zur Initiative «Kinder ohne Tabak» entsprechend unserer Berufung und unserem Berufseid, Gesundheit zu schützen. Was die Tabakprävention anbelangt, sollten wir nicht länger europäisches Schlusslicht bleiben. Auch wir wollen die Raucherprävalenz bei Minderjährigen um 10 Prozent senken können, wie das andere europäische Länder geschafft haben.

«Ich möchte Medizinabsolventen besser für den Beruf rüsten»

Interview: Cornelia Eisenach

Freie Wissenschaftsjournalistin

Mit der Einführung des Lernzielkatalogs PROFILES setzt das Medizinstudium in der Schweiz auf eine kompetenzbasierte medizinische Ausbildung. Diese Entwicklung wird nun auf die medizinische Weiterbildung ausgeweitet. Olle ten Cate, Forscher auf dem Gebiet der medizinischen Ausbildung, erläutert, wie und warum die sogenannten EPAs in diesem Prozess wichtig sind.

Olle ten Cate, die kompetenzbasierte medizinische Ausbildung hat sich seit den neunziger Jahren in vielen Ländern durchgesetzt. Vor etwa 15 Jahren haben Sie das Konzept der «Entrustable Professional Activities» (EPA), auf Deutsch «anvertraubare professionelle Tätigkeiten», eingeführt. Warum war das damals notwendig?

Seit meinen beruflichen Anfängen in den achtziger Jahren verfolge ich ein einfaches Ziel: Ich möchte dafür sorgen, dass Absolventinnen und Absolventen in der Medizin besser für die Ausübung ihres Berufs gerüstet sind. Aber was genau eine gute medizinische Fachkraft ausmacht ist sehr schwer zu definieren. Viele Menschen haben sich mit dieser Frage beschäftigt und sich bei der Beschreibung auf Kompetenzen gestützt. Doch je genauer man versucht, die zu erlernenden Kompetenzen zu beschreiben, desto detaillierter und ausführlicher werden sie. Das ist nicht unbedingt ein Vorteil. Es ist für die klinisch tätigen Lehrkräfte schwer, die Lernenden in Bezug auf alle relevanten Kompetenzen

zu beurteilen. Für dieses Problem wollte ich Lösungen finden. So kam ich auf die Idee, die Thematik anders anzugehen. Meiner Meinung nach sollten wir weniger nach dem Wissen der Absolventinnen und Absolventen fragen als vielmehr danach, was sie in der Praxis leisten müssen.

Können Sie ein Beispiel nennen?

Stellen Sie sich den Tagesablauf einer Dermatologin vor, die am Montagmorgen um acht Uhr beginnt. Fragen Sie sich dazu Folgendes: Was haben Dermatologen während ihrer Arbeitszeit zu leisten? Welche Tätigkeiten, die in dieser Zeit erbracht werden, würden Sie nur einer qualifizierten Dermatologin anvertrauen? Eine qualifizierte Dermatologin muss zum Beispiel in der Lage sein, Hautläsionen zu erkennen, und mit der Pharmakologie von Behandlungen vertraut sein. Sie muss aber auch in der Lage sein, Patientinnen und Patienten zu beraten, ihnen Empfehlungen zur Sonnenbräune zu geben oder sie über ein mögliches Karzinom zu informieren. Es gibt viele Tätigkeiten, die eine integrierte Anwendung von Kompetenzen erfordern. Unterteilt man die dermatologische Praxis in beobachtbare Praxiseinheiten, so ergeben sich daraus die sogenannten «anvertraubaren professionellen Tätigkeiten», englisch EPAs (Entrustable Professional Activities) abgekürzt.

Darin steckt das Wort «Vertrauen». Welche Rolle spielt das Vertrauen bei der Bewertung von Lernenden, die mit EPAs arbeiten?

Vertrauen bedeutet, dass man eine Person bittet, etwas für einen zu tun – auch wenn man sie vorher noch nie bei der Ausübung dieser Tätigkeit gesehen hat. Wenn

Zur Person

Olle ten Cate studierte Medizin an der Universität Amsterdam, wo er 1978 seinen Abschluss erlangte. Anschliessend ergänzte er seinen medizinischen Ausbildungshintergrund um den Bereich Sozialwissenschaften und promovierte 1986 an der Universität Amsterdam über Peer-Teaching in der medizinischen Ausbildung. Seitdem hat er zahlreiche Publikationen zur kompetenzbasierten medizinischen Ausbildung veröffentlicht und auf diesem Gebiet eine führende Rolle übernommen. Im Jahr 1999 wurde er ordentlicher Professor für medizinische Ausbildung an der Universität Utrecht in den Niederlanden. Seit 2012 ist er zudem Lehrbeauftragter für Medizin an der University of California in San Francisco.



man dieses Vertrauen schenkt, macht man sich angreifbar. Aber an einem bestimmten Punkt der Ausbildung bzw. Weiterbildung muss die betreuende Person bereit sein, das Risiko des Anvertrauens einzugehen, was eben auch bedeutet, dass etwas schiefgehen kann. So gibt es beispielsweise für jede Assistenzärztin in der Chirurgie den Zeitpunkt, an dem sie einen bestimmten Eingriff erstmals ohne Aufsicht durchführen muss. In ihrer Weiterbildung hat sie diesen Eingriff vielleicht schon an 20 verschiedenen Patienten durchgeführt. Nun ist es das 21. Mal. Wenn bis hierhin genug Vertrauen aufgebaut werden konnte, sollte die Assistenzärztin diesen Eingriff nun eigenverantwortlich durchführen.

Kann dieser Vertrauensvorschuss von Voreingenommenheit geprägt sein?

Voreingenommenheit ist der negative Aspekt von Subjektivität. Der positive Aspekt von Subjektivität ist die Tatsache, dass Expertinnen und Experten über einzigartige Kenntnisse und Erfahrungen verfügen und diese bei der Beobachtung eines oder einer Lernenden einsetzen können. Wenn wir die Meinungen mehrerer Expertinnen und Experten über einen oder eine Lernende bündeln, erhalten wir ein intersubjektives Urteil. Diese Zusammenführung von Erfahrungen trägt zu einem zuverlässigen und fundierten Urteil bei. Voreingenommenheit hingegen ist ein unerwünschtes Vorurteil, das nichts mit der eigentlichen Beobachtung zu tun hat und das es zu vermeiden gilt.

In der Schweiz arbeiten viele Fachgesellschaften an EPAs für ihre Weiterbildungsprogramme. Welchen Rat geben Sie ihnen?

Die Definition von EPAs kann die Ziele der Weiterbildung verdeutlichen und die Bewertung verbessern. Allerdings müssen die für die Programme Verantwortlichen erkennen, inwiefern die Verwendung von EPAs tatsächlich eine Verbesserung darstellt. Natürlich kostet die kompetenzbasierte Weiterbildung Energie und Zeit, weil man die Menschen begleiten muss. Zugleich wächst dabei aber das Vertrauen in die Lernenden. Und mit dem richtigen Feedback können die Lernenden auch proaktiver werden und selbst an ihrem Lehrplan arbeiten. Daher glaube ich, dass sich die Qualität der Weiterbildung durch den Einsatz von EPAs nur verbessern kann.

Einige könnten befürchten, nicht genug Zeit für die Arbeit mit EPAs zu haben.

Nun ja. Laut einer kürzlich in Kanada durchgeführten Studie erhöht sich die zeitliche Belastung pro Teilnehmerin oder Teilnehmer um 18 Minuten im Monat. Die

ser Zeitaufwand ist machbar. Schliesslich gibt es ja bereits eine Menge Interaktion zwischen den Lernenden und den Betreuenden, da Letztere Erstere anleiten müssen. Man kann diese Interaktion nutzen, um Feedback zu geben. Dazu bedarf es keiner grösseren Infrastruktur. Zudem gibt es inzwischen auch sehr nützliche und benutzerfreundliche Apps für das Smartphone. Auf diese Weise kann das Feedback automatisch in das Portfolio der Lernenden übertragen werden. Nach meiner Ansicht geht es gar nicht so sehr darum, wie viel Zeit man hat und benötigt, sondern vielmehr um ein allgemeines Umdenken.

Was meinen Sie mit «Umdenken»?

Jedes Mal, wenn man als betreuende Person eine lernende Person beobachtet, sollte man sich fragen: Ist diese Person bereit, die Tätigkeit unbeaufsichtigt in der Praxis auszuüben? Würde ich ihr morgen meine eigenen Familienmitglieder als Patienten anvertrauen? Und wenn nicht, warum nicht? Es ist natürlich sehr einfach, einem oder einer Lernenden zu sagen: «An deiner Leistung gibt es nichts auszusetzen, also bekommst du eine gute Note.» Wenn man sich jedoch fragt, ob diese Person in der Lage ist, diese Aufgabe morgen ohne Aufsicht mit einem neuen Patienten in einer kritischen Situation zu bewältigen, wird man vielleicht eher sagen: «Mmh, vielleicht lieber noch nicht.» Die Frage des Anvertrauens ist also wichtiger als die Bewertung der Kompetenz.

Wie sieht für Sie die künftige Entwicklung der EPAs aus?

Ein wichtiger Aspekt ist, ob die EPAs auch nach Abschluss der Weiterbildung und bis zum Eintritt in den Ruhestand für die berufliche Fortbildung einsetzbar sind. Nehmen wir zum Beispiel die Physiotherapie. Physiotherapeuten dürfen in sehr unterschiedlichen Bereichen tätig sein. Sei es die Rehabilitation nach Skiunfällen, die Unterstützung von Kindern mit angeborenen Anomalien oder von Menschen mit chronischen Krankheiten, oder aber die Betreuung von Leistungssportlern und -sportlerinnen. Wenn man in einen Bereich wechseln möchte, den man schon lange nicht mehr oder noch nie ausgeübt hat, sollte man nachweisen müssen, dass man entsprechend qualifiziert ist, oder unter Aufsicht üben, um (wieder) Erfahrung zu sammeln. Die EPAs können auch zu diesem Zweck eingesetzt werden.

Bildnachweis
zVg / Olle ten Cate



Ausserordentliche Ärztekammer vom 3. März 2022

Ersatzwahl im Zentralvorstand der FMH: Porträts der Kandidierenden

Im Rahmen der ausserordentlichen Ärztekammer vom 3. März 2022 findet die Ersatzwahl von Michel Matter in den Zentralvorstand der FMH statt. Mit dem ausserterminlichen Rücktritt von Michel Matter ist der Sitz der lateinischsprachigen Schweiz ab dem 31. Januar 2022 vakant. Diejenigen Kandidatinnen und Kandidaten, die bei Redaktionsschluss bekannt waren, stellen sich in einem Porträt vor.

Wen wählt die Ärztekammer?

Gewählt wird an der ausserordentlichen Ärztekammer vom 3. März 2022 ein Ersatzmitglied im Zentralvorstand der FMH für die Legislatur 2020–2024: Voraussetzung für die Wählbarkeit einer Kandidatin bzw. eines Kandidaten ist u.a. der Arztberuf sowie die

FMH-Mitgliedschaft. Bei den Kandidatinnen und Kandidaten für den Zentralvorstand wird von der Ärztekammer zusätzlich die Erfüllung eines Anforderungsprofils gefordert.

Kandidatur für den Zentralvorstand

Philipp Spring



Titel: Dr. med.
 Geburtsdatum: 29.5.1979
 Wohnsitz: Lutry
 Herkunftsort: Gams (SG)
 Zivilstand: verheiratet
 E-Mail: philipp.spring@vidymed.ch
 Facharzttitel: Dermatologie und Venerologie

Standespolitische Mandate

- Seit 2017: Delegierter für Tariffragen SGDV und Vorstandsmitglied
- Seit 2017: Präsident Groupement des Dermatologues Vaudois
- Mitglied der Gruppe «Public Affairs» der SGDV

Führungserfahrung

Personalverwaltung am dermatologischen Zentrum der Vidymed-Gruppe (7 Angestellte)

Kompetenzen, Motivation und Ziele

Meine Leidenschaft ist die Dermatoallergologie. Ich bringe dieses Fachwissen mit in die Praxis, um es mit anderen Subspezialitäten der Dermatologie zu praktizieren. Ich habe eine gute Verbindung zum CHUV als Belegarzt und zur Forschungsgruppe, mit der ich immer noch zusammenarbeite. Mit Patrick Perrier und Maxime Vernez habe ich 2014 im Rahmen einer grossen Gruppe für ambulante Medizin in Lausanne ein Zentrum für Dermatologie und Dermatochirurgie eröffnet. Gemeinsam ist man stark!

In meinem Dachverband im Tariffbüro setze ich mich stark für die Neufassung des TARMED ein. Es sind schöne, lehr- und begegnungsreiche Jahre. Im Bundeshaus findet eine Reihe von Sitzungen mit Parlamentariern der jeweiligen Gesundheitskommissionen statt. Es gilt, Kompromisse zu finden, bestimmte Positionen dennoch zu verteidigen und eine starke Einheit mit den Chirurginnen und Chirurgen zu wahren, damit die Politik uns als geschlossene Einheit wahrnimmt.

Mitgliedschaft in Ärztesellschaften

- Seit 2014: Waadtländer Ärztesellschaft (SVM)
- Seit 2012: Schweizerische Gesellschaft für Dermatologie und Venerologie (SGDV)
- Seit 2012: Europäische Gesellschaft für Dermatologie und Venerologie
- Seit 2007: FMH

Interessenbindungen

- Berater für verschiedene schweizerische und internationale Pharmaunternehmen

Weitere Qualifikationen

- Aktiver höherer Stabsoffizier (Schweizer Armee)
- Experte für Telemedizin

Sprachen

Deutsch (Muttersprache), Französisch (B1), Englisch (B1), Italienisch (B2)

Derzeitige berufliche Tätigkeit

- Selbstständige Tätigkeit im dermatologischen Zentrum der Vidymed-Gruppe, Lausanne
- Belegarzt am CHUV und bei der Hirslanden-Gruppe
- Mitglied einer Forschungsgruppe bei Unisanté, VD, Hauttoxikologie

Politische Partei

keine

Bisher ausgeübte politische Mandate

Keine

Kandidatur für den Zentralvorstand

Murielle Mormont



Titel: Dr. med. MD (Belgien)
 Geburtsdatum: 22.9.1982
 Wohnsitz: Brent
 Herkunftsort: Ukkel (Belgien)
 Zivilstand: verheiratet, 1 Kind
 E-Mail: mmormont@cliniquevalere.ch
 Facharzttitel: Allgemeinchirurgie und Traumatologie

Mitgliedschaft in Ärztesgesellschaften

- Seit 2021: Association Suisse Romande de Chirurgie Coelioscopique (ASRCC)
- Seit 2020: Verband der Belegärzte der Schweiz, die an privaten wie auch an öffentlichen Spitälern tätig sind (Schweizerischen Belegärzte-Vereinigung, SBV)
- Seit 2020: European Endometriosis League (EEL)
- Seit 2020: Société Nationale Française de Colo-Proctologie (SNFCP)
- Seit 2018: Walliser Ärztesgesellschaft (VSÄG)
- Seit 2017: FMH

Interessenbindungen

- Keine

Weitere Qualifikationen

- 2022–2023: Executive MBA in Healthcare Management (HEC Lausanne)
- 2017: Spezialisierungskurs Strahlenschutz
- 2008: Doktorarbeit über Grundlagenforschung in den Neurowissenschaften im Universitätsspital, unter der Aufsicht von Prof. Serge Schiffmann (ULB)
- 2006: Humanitärer Einsatz in Vietnam, Ho-Chi-Minh-Stadt
- 2002: Europäisches Erste-Hilfe-Zertifikat
- 1998: Erster Preis für Musik und Instrumentbeherrschung am Königlichen Konservatorium in Brüssel
- 1993: Ersthelfer-Zertifikat

Sprachen

Französisch (Muttersprache), Holländisch (Muttersprache), Englisch (C1), Deutsch (A1–A2)

Derzeitige berufliche Tätigkeit

- 2021: Aufbau eines Netzwerks von Praxen
- Seit 2018: Tätigkeit als selbstständige Chirurgin in der Clinique de Valère (Sion) und in eigener Praxis
- 2015–2016: Ausbildung von Assistenzärztinnen und -ärzten und Studierenden der Medizin (UniGE)

Politische Partei

keine

Bisher ausgeübte politische Mandate

2003–2005: Mitglied der GESQ, politische Gruppierung zum Schutz von Studierenden (BE)

Standespolitische Mandate

- Ab 2022: Mitglied der Interessenkommission für Spitalärzte der Walliser Ärztesgesellschaft.
- Seit 2020: Mitglied der Standeskommission der Walliser Ärztesgesellschaft.
- 2003–2005: Delegierte für akademische Karriere
- 2003–2005: Stellvertretendes Mitglied im Fakultätsrat der Freien Universität Brüssel

Führungserfahrung

- 2021: Treffen der verschiedenen Westschweizer Ärztesgesellschaften sowie der SBV und FMCH, um eine interkantonale Diskussion über die aktuellen Verhandlungen betreffend das VVG zu führen.
- 2003–2005: Vorsitzende der GESQ (BE)

Kompetenzen, Motivation und Ziele

Nach 10 Jahren Arbeit im öffentlichen und 4 Jahren im privaten Sektor kenne ich die unterschiedlichen Problematiken gut. Als Frau in der Chirurgie bin ich für die Schwierigkeiten junger Ärztinnen und Ärzte und ihre Sorgen empfänglich. Durch meine Arbeit in der Standeskommission habe ich Mediation sowie den Umgang mit heiklen Dossiers gelernt. Das Tarifsysteem interessiert mich besonders; in diesem Bereich bin ich bereits in privaten Einrichtungen tätig. Meiner Ansicht nach bin ich bzgl. der neuen nationalen VVG- und Tarifverhandlungen gut positioniert, um die Interessen der Ärzteschaft zu vertreten. Bei einem interkantonalen Treffen konnte ich kürzlich meine Fähigkeiten in den Bereichen Teamführung, Zuhören und Management unter Beweis stellen.

Ich möchte mich um innovative Lösungen für Tariffragen sowie die Repräsentation der jungen Ärzteschaft kümmern und die Kommunikation zwischen verschiedenen Organisationen und damit das Bild des medizinischen Zusammenhalts verbessern.

Kandidatur für den Zentralvorstand

Philippe Eggimann



Titel: Dr. med., p.-d. & MER
 Geburtsdatum: 7.9.1960
 Wohnsitz: Sullens (VD)
 Herkunftsort: Lausanne (VD)
 Zivilstand: verheiratet, 2 Kinder
 E-Mail: philippe.eggimann@svmed.ch
 Facharzttitel: Innere Medizin; Infektiologie; Intensivmedizin

Mitgliedschaft in Ärztesellschaften

- Seit 2009: Waadtländer Ärztesellschaft (SVM)
- Seit 1999: Schweizerische Gesellschaft für Infektiologie (SSI)
- Seit 1999: Schweizerische Gesellschaft für Intensivmedizin (SGI)
- Seit 1995: Schweizerische Gesellschaft für Allgemeine Innere Medizin (SGAIM)
- Seit 1995: FMH
- Europäische Gesellschaft für klinische Mikrobiologie und Infektionskrankheiten (ESCMID) und Europäische Gesellschaft für Intensivmedizin (ESICM)

Interessenbindungen

- Seit 2018: Verwaltungsratsmitglied von NewIndex

Weitere Qualifikationen

- Wissenschaftliche und akademische Aktivitäten
- Revisor für mehrere internationale wissenschaftliche Zeitschriften
- h-Index (Web of Science): 36 (5231 Zitate); 186 Publikationen (Liste auf Anfrage)
- Zertifikat für Good Clinical Practice (Hauptprüfer & Sponsor) durch SwissMedic, UNIL und UNIGE
- Seit 2016: 356 Auftritte in den Medien (TV, Radio, Printmedien) im Zusammenhang mit der Standespolitik

Sprachen

Französisch (Muttersprache), Deutsch (B1), Englisch (C1)

Derzeitige berufliche Tätigkeit

- 2004–2017: Leitender Arzt in der Abteilung für Intensivmedizin für Erwachsene (Service de médecine intensive Adulte) des Waadtländer Universitätsspitals (CHUV), nach der Zusammenlegung der Intensivpflege für Medizin und Chirurgie im Jahr 2006, an der ich massgeblich beteiligt war.
- Seit 2018: Leitender Arzt, Abteilung für den Bewegungsapparat (Département de l'appareil locomoteur (DAL), Waadtländer Universitätsspital (CHUV), Lausanne

Politische Partei

keine

Bisher ausgeübte politische Mandate

Keine

Standespolitische Mandate

- Seit 2018: Präsident der Société Médicale de la Suisse Romande (SMSR)
- Seit 2016: Präsident der Waadtländer Ärztesellschaft (SVM)
- Seit 2016: Delegierter der SMSR bei der Delegiertenversammlung der FMH
- Seit 2012: Delegierter der Waadtländer Ärztesellschaft in der Ärztekammer der FMH
- Seit 2009: Vorstandsmitglied der Waadtländer Ärztesellschaft (SVM)
- 2011–2016: Präsident der Association des Médecins-cadres des CHUV
- 2009–2018: Vorstandsmitglied der Association des Médecins-cadres des CHUV

Führungserfahrung

- Standespolitik, siehe oben
- 1999–2016: Präsident der Kommission für den Jahreskongress der SGI

Kompetenzen, Motivation und Ziele

Ich habe meine Karriere, die zuvor gänzlich auf die Intensivmedizin und die klinische Forschung mit Schwerpunkt auf der Verbesserung der Qualität der Gesundheitsversorgung durch die multidisziplinäre Prävention nosokomialer Infektionen fokussiert war, schrittweise hin zur Standespolitik entwickelt. Ich möchte mein Engagement in der Standespolitik fortführen, um die Bedingungen für die Ausübung der ärztlichen Tätigkeit zu verteidigen, unabhängig davon, in welchem Rahmen die Ärztinnen und Ärzte tätig sind. Wenn die Ärztekammer mir die Ehre erweist, mich in den Zentralvorstand zu wählen, werde ich es ihren Mitgliedern überlassen, mir die Themen anzuvertrauen, für die ich ihrer Meinung nach kompetent sein könnte.

Personalien

Todesfälle / Décès / Decessi

Samuel Rink (1935), † 14.9.2021, 8867 Niederurnen

Julius Caesar (1956), † 28.11.2021, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie und Praktischer Arzt, 3011 Bern

Theophil Staehelin (1932), † 10.12.2021, 4144 Arlesheim

Carl Keel (1934), † 29.12.2021, Facharzt für Chirurgie, 8820 Wädenswil

Ärztegesellschaft des Kantons Bern

Ärztlicher Bezirksverein Bern Regio

Zur Aufnahme als ordentliches Mitglied in leitender Tätigkeit haben sich angemeldet:

Marcos Delgado, Facharzt für Intensivmedizin, Leitender Arzt Intensivmedizin, Spital Tiefenau, Tiefenaustrasse 112, 3004 Bern

Barbara Kleer, Fachärztin für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, Leitende Ärztin Team Knie,

Universitätsklinik für Orthopädie und Traumatologie, Inselspital, 3010 Bern

Zur Aufnahme als ordentliches Mitglied hat sich angemeldet:

Karen Burger, Praktische Ärztin, FMH, Monvia Gesundheitszentrum, Tellstrasse 32, 3014 Bern

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

Ärztegesellschaft des Kantons Luzern

Zur Aufnahme in unsere Gesellschaft Sektion Stadt hat sich gemeldet:

Hanswilly Mattes, Facharzt für Anästhesiologie und Facharzt für Intensivmedizin, FMH, ab April 2022: Klinik für Anästhesie, Intensivmedizin und Schmerztherapie, St. Anna-Strasse 32, 6006 Luzern

Zur Aufnahme in unsere Gesellschaft Sektion Gäu hat sich gemeldet:

Jacqueline Yvonne Mauch, Fachärztin für Chirurgie und Fachärztin für Anästhesiologie, FMH, Luzerner Kantonsspital, Standort Sursee, 6210 Sursee

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

Ärzte-Gesellschaft des Kantons Zug

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

Seo Simon Ko, Facharzt für Oto-Rhino-Laryngologie, FMH, Buonaserstrasse 7, 6343 Rotkreuz

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

Aktuelle Themen auf unserer Website

www.saez.ch → Tour d'horizon



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

«Es hat nie an Ideen gefehlt»

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



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

Qualitätsindikatoren: Mehrwert für die Hausarztpraxis

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



Neue Lernziele für das Medizinstudium erarbeitet

Studierende auf den Einsatz von maschinellem Lernen vorbereiten

Raphaël Bonvin^a, Joachim Buhmann^b, Carlos Cotrini Jimenez^c, Marcel Egger^d, Alexander Geissler^e, Michael Krauthammer^f, Christian Schirlo^g, Christiane Spiess^h, Johann Steurer^f, Kerstin Noëlle Vokingerⁱ, Julia Vogt^b

^a Prof. Dr. med., Universität Fribourg; ^b Prof. Dr., ETH Zürich; ^c Dr., PhD, ETH; ^d Prof. Dr. med., Universität Bern; ^e Prof. Dr., Universität St. Gallen;

^f Prof. Dr. med., Universität Zürich; ^g Dr. med., Universität Luzern; ^h Dr., Universität Basel; ⁱ Prof. Dr. iur. et Dr. med., Universität Zürich

Die Digitalisierung hat die Medizin bereits verändert und wird die ärztliche Tätigkeit auch in Zukunft stark beeinflussen. Es ist deshalb wichtig, dass sich angehende Ärztinnen und Ärzte bereits während des Studiums mit den Methoden und Einsatzmöglichkeiten des maschinellen Lernens auseinandersetzen. Die Arbeitsgruppe «Digitalisierung der Medizin» hat dazu Lernziele erarbeitet.

In den nächsten Jahren werden Methoden des maschinellen Lernens immer häufiger in der Medizin eingesetzt werden. Ärztinnen und Ärzte haben jetzt die Chance, diesen Umbruch ihres Berufs aktiv mitzugestalten und die neuen Technologien insbesondere für die Interaktion «Arzt–Patient» zu nutzen und in die Patientenberatung zu integrieren.

Dazu benötigen sie ein Grundverständnis der entsprechenden Technologien, um sich an diesem Prozess aktiv beteiligen zu können und die neuen Technologien in der ärztlichen Praxis bewerten und sinnvoll einsetzen zu können. Es ist deshalb wichtig, das maschinelle Lernen bereits im Studium zu behandeln.

Einsatzmöglichkeiten der Digitalisierung

In der Arbeitsgruppe «Digitalisierung der Medizin» des Bildungsnetzwerkes Medizin haben wir die Digitalisierung der Medizin und ihre Implikationen insbesondere durch das maschinelle Lernen diskutiert. Zudem haben wir erörtert, welche Bildungsinhalte Studierenden im Laufe des Medizinstudiums vermittelt werden sollten. Wir sind uns bewusst, dass wir mit diesem Fokus auf maschinelles Lernen nur einen Teil der Digitalisierung abdecken. Andere Einsatzmöglichkeiten der Digitalisierung sind beispielsweise die Telemedizin, die kontinuierliche Erfassung physiologischer Parameter (wie Puls oder Blutdruck) und die Beratung und Betreuung von Patientinnen und Patienten mit chronischen Krankheiten mittels Apps.

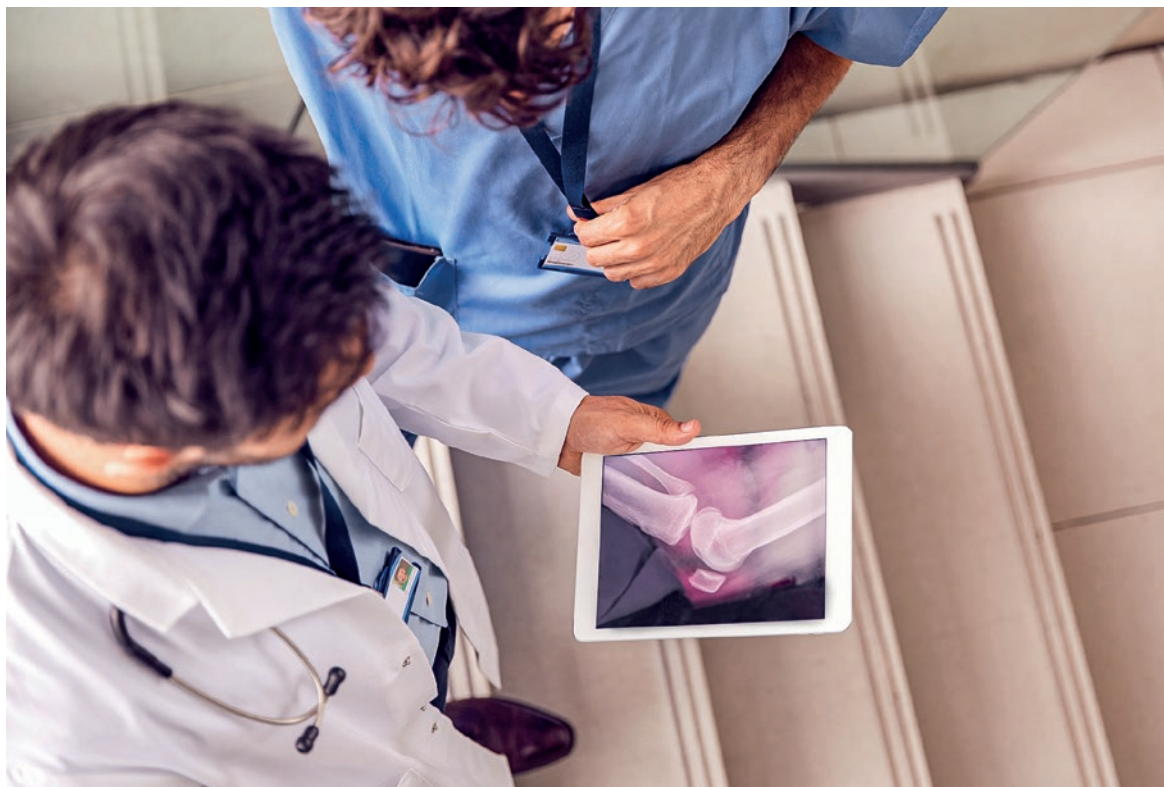
Maschinelles Lernen im Studium

Konkret setzte sich die Arbeitsgruppe mit der zentralen Frage auseinander: *Was sollten alle Medizinstudierende am Ende ihres Studiums über «machine learning» bzw. maschinelles Lernen verstehen, wissen und anwenden können?* Zukünftige Medizinerinnen und Mediziner sollten in der Lage sein, ein System des maschinellen Lernens und dessen Anwendung in der jeweiligen klinischen Situation anhand von Kriterien zu validieren. Spezifisch sollten sie befähigt sein, mittels dieser Methoden generierte Ergebnisse korrekt zu deuten und anschliessend im klinischen Kontext anzuwenden.

Deshalb schlagen wir die folgenden generellen Lernziele zum Thema maschinelles Lernen vor: Basiswissen über Daten und Datenverwaltung, Grundwissen zu Konzepten, Validierung von Ergebnissen, die Ärztinnen und Ärzte mit maschinellem Lernen erzeugen, Wissen über die Anwendung in der medizinischen Praxis und Kenntnisse über rechtliche und ethische Aspekte der Anwendung in der Praxis. Für Studierende, die sich ein vertieftes Wissen aneignen wollen, schlagen wir vor, spezielle Kurse anzubieten.

Grundkenntnisse über Daten

Voraussetzung für die Entwicklung von Algorithmen und die Anwendung der Algorithmen in der Praxis sind Daten. Diese Daten müssen nach bestimmten Standards gespeichert werden, um für die Weiterverarbeitung nutzbar zu sein. Obwohl Algorithmen zu-



Es ist wichtig, dass Ärztinnen und Ärzte sich frühzeitig mit der Digitalisierung auseinandersetzen. So können sie kommende Veränderungen in ihrem Beruf aktiv mitgestalten.

nehmend unstrukturierte Daten (Bilder, Texte) verarbeiten können, sind sie weiterhin auf strukturierte (kodierte) Daten, wie etwa präzise Diagnosen oder eine detaillierte Dokumentation der Therapieverläufe, angewiesen. Strukturierte Daten sollten national und international über Standards harmonisiert erhoben werden, damit Daten aus verschiedenen Quellen (Spitälern, Arztpraxen) für das Trainieren von Algorithmen zusammengelegt werden können.

- Grundkenntnisse zu Datenstandards sollten gelehrt werden. Das gilt sowohl für Standards zur Übermittlung von unstrukturierten Daten wie auch zur Kodierung von Krankheiten mittels internationaler Standards wie ICD-10-Codes oder SNOMED Clinical Terms.
- Ein Verständnis für die verschiedenen Formen von Datenintegration (virtuell, materialisiert), aber auch für neue Formen von verteiltem maschinellem Lernen (föderiertes Lernen) sollte als Grundkonzept vorhanden sein.

Grundkenntnisse der Konzepte

Die Studierenden sollen verstehen, was ein Modell ist, was modellieren heisst, und wissen, was Expertinnen und Experten des maschinellen Lernens unter einem

Algorithmus verstehen. Wichtig ist, dass die Studierenden die grundlegenden Konzepte von maschinellem Lernen kennen und verstehen. Ein vertieftes Wissen über sich kontinuierlich entwickelnde technische Details ist nicht notwendig. Ein Grundwissen in Programmierung und Statistik ist unverzichtbar, um Einsichten darüber zu gewinnen, wie statistische Modelle im Rahmen von maschinellem Lernen trainiert werden. Mit Hilfe dieser Kenntnisse können Medizinstudierende feststellen, ob ein Modell für eine bestimmte Fragestellung geeignet ist oder nicht.

Einige Themen, die zu diesen Grundlagen gehören, sind:

- Wahrscheinlichkeiten und Erwartungswerte
- Grundlegende Sätze der Statistik wie z.B. das Gesetz der grossen Zahlen
- Lineare und logistische Regressionsmethoden
- Modelltraining, Überanpassung («overfitting») und Unteranpassung («underfitting»)
- Lernen von Modellparametern
- Konzepte neuronaler Netzwerke

Wenn immer möglich, sollen diese Themen anwendungsbezogen und anhand von Praxisbeispielen gelehrt werden. Grundlegende Kenntnisse des Programmierens müssten vorausgesetzt oder aber zusammen mit der Anwendung von Bibliotheken für maschinelles

Lernen wie *scikit-learn* und *Keras* (beide für die Programmiersprache Python) im Unterricht vermittelt werden.

Validierung von Ergebnissen

Aus konzeptioneller wie auch aus klinischer Sicht stellt sich die Validierung der Ergebnisse, die mit maschinellem Lernen generiert werden, als eine prioritäre Aufgabe dar. Die Studierenden sollen die Frage, ob sie den Ergebnissen vertrauen dürfen, beantworten können.

Einige Themen, die zu diesen Grundlagen gehören, sind:

- Verfahren zur Kreuzvalidierung
- Beurteilung binärer Klassifikatoren: Sensitivität, Spezifität, AUC («area under the curve»)
- Extrapolierbarkeit von Ergebnissen eines Algorithmus, der an einer Kohorte entwickelt wurde, auf Personen einer anderen Kohorte
- Zudem sollten die Studierenden fähig sein, die Robustheit und eine mögliche Voreingenommenheit (Bias) von Systemen mit Künstlicher Intelligenz zu erkennen und Anpassungen, so etwa das Trainieren mit neuen Daten, zu begleiten.

Einsatz in der klinischen Tätigkeit

Maschinelles Lernen kann autonom und nicht-autonom (als Entscheidungsunterstützung) eingesetzt werden. Das bedeutet:

- Ärztliches Personal muss befähigt sein, die Rolle von maschinellem Lernen im Gesamtprozess der Behandlung zu verstehen.

- Die Medizinstudierenden müssen imstande sein, den Patientinnen und Patienten die Ergebnisse des Modells verständlich zu erläutern.

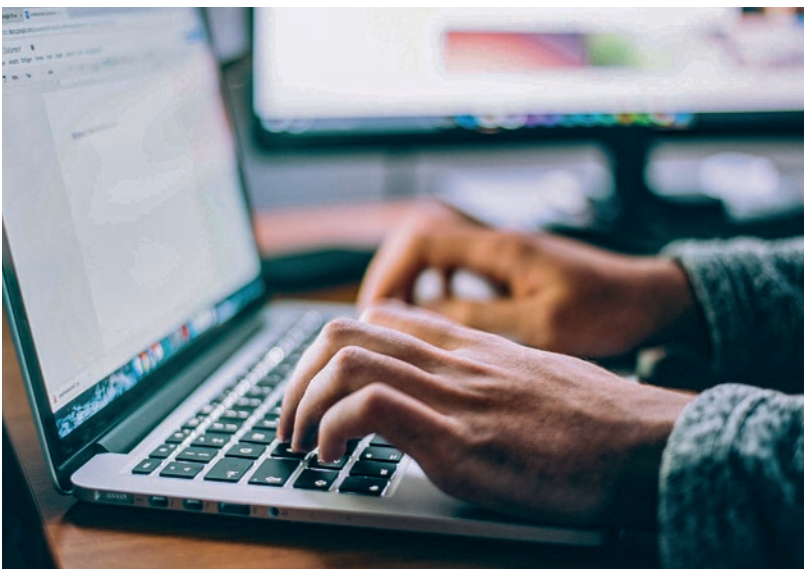
Ethische und rechtliche Fragen

Das maschinelle Lernen wirft neue ethische und rechtliche Fragen auf. Studierende müssen für diese gesellschaftspolitischen Aspekte sensibilisiert werden und müssen in diesen für das Berufsbild wesentlichen Fragen Stellung beziehen können. Hierzu einige Beispiele:

- Ethische und rechtliche Anforderungen an den Umgang mit Daten: Was sind die Voraussetzungen, damit (Patienten-)Daten erhoben und weiterverwendet werden dürfen? Was für Besonderheiten gibt es bei urteilsunfähigen oder verstorbenen Patientinnen und Patienten?
- Ethische und rechtliche Anforderungen an die Datensicherheit: Was für Voraussetzungen gibt es z.B. in Bezug auf die Speicherung oder Anonymisierung von Daten?
- Ethische und rechtliche Anforderungen an die Entwicklung und den Einsatz eines Maschinellen-Lernen-Modells: Wie transparent und nachvollziehbar werden algorithmische Entscheidungen getroffen? Könnten solche Systeme anhand der Lerndaten voreingenommen sein? Wie können solche Systeme fortlaufend mit neuen Daten angepasst und verbessert werden? Welche Regeln der Kunst sind bei Methoden des maschinellen Lernens zu beachten, und können die Entscheidungen von Maschinellen-Lernen-Systemen kausal begründet werden?
- Rechtliche Möglichkeiten und Grenzen beim klinischen Einsatz dieser Methoden: Welche medizinischen Tätigkeiten und Entscheidungen dürfen von Maschinen übernommen werden? Welche medizinischen Tätigkeiten müssen zwingend von der Ärztin oder vom Arzt ausgeführt werden?
- Haftung und Verantwortung: Wer haftet für fehlerhafte Modelle, z.B. wenn ein Modell nach einer allfälligen Lernanpassung mit neuen Patientendaten fehlerhafte Ergebnisse generiert?

Sicht der Studierenden

Sowohl an der Universität Bern als auch an der Universität Luzern wurden vom Studiendekan mit jeweils fünf Vertreterinnen oder Vertretern der Studierenden, die von den lokalen Fachvereinen der Medizinstudierenden angefragt wurden, Diskussionen zur Bedeutung des Themas Digitalisierung in der Medizin durchgeführt. Die Diskussionen fanden online statt und



Medizinstudierende wünschen sich, dass der Einsatz digitaler Methoden im Studium stärker thematisiert wird.

dauerten jeweils eine Stunde. Die Studierenden wurden nicht nach dem Zufallsprinzip ausgewählt, und damit sind die Ergebnisse der Diskussion zwar nicht repräsentativ, aber ergaben doch klare Hinweise auf relevante Themen, die in der Ausbildung berücksichtigt werden sollten.

Die Studierenden brachten klar zum Ausdruck, dass das Thema «Digitalisierung der Medizin» für sie relevant ist und in die Ausbildung integriert werden sollte.

Medizinstudierende wollen auch etwas über die ethischen und rechtlichen Aspekte der Digitalisierung lernen.

Als Themen der Digitalisierung, die aus ihrer Sicht wichtig sind, nannten sie Telemedizin, mobile Gesundheitsapps, Künstliche Intelligenz und maschinelles Lernen.

Sie wünschen sich, dass im Unterricht von der klinischen Anwendung digitaler Methoden ausgegangen wird und die theoretischen Grundlagen im Kontext der klinischen Anwendung gelehrt werden. In verschiedenen Spitälern sind bereits digitale Techniken im Einsatz, und diese wären nach Meinung der Studierenden interessante Ausgangspunkte für den Unterricht.

Bezüglich Künstlicher Intelligenz und maschinellen Lernens erachten es die Studierenden als sehr sinnvoll,

dass sie im Studium ein Grundverständnis darüber erwerben und insbesondere lernen, wie die Ergebnisse beurteilt (validiert) und interpretiert werden können. Die zu einer klinischen Tätigkeit neigenden Studierenden sehen die Validierung als sehr relevant und prioritär an. Studierende, die eine wissenschaftliche Tätigkeit planen, möchten mehr als nur die Konzepte und Methoden verstehen; sie möchten in Zukunft diese Methoden auch anwenden können.

Die Studierenden wollen auch etwas über die ethischen und rechtlichen Aspekte der Digitalisierung lernen und etwas über den potenziellen Nutzen und die Risiken erfahren. Zudem möchten sie über die möglichen Veränderungen informiert werden, die die Digitalisierung auf ihre spätere ärztliche Tätigkeit haben könnte. Die Studierenden äusserten ausserdem den Wunsch, dass definiert und auch in PROFILES abgebildet wird, welches Wissen und welche Fähigkeiten sie am Ende des Studiums beherrschen sollten.

Die Teilnehmenden des Workshops danken Aline Tannò (School of Medicine, HSG) für die Verfassung des Protokolls und die Aufzeichnung der Gespräche und den Studierenden der Universitäten Bern und Luzern für die Teilnahme an der Diskussion.

Bildnachweis

Monkey Business Images | Dreamstime.com
Glenn Carstens-Peters / Unsplash

Das Wichtigste in Kürze

- Maschinelles Lernen wird zunehmend zum Einsatz kommen in der Medizin. Es ist deshalb wichtig, dass Ärztinnen und Ärzte ein Grundverständnis dieser Technologien haben.
- Die Arbeitsgruppe «Digitalisierung der Medizin» des Bildungsnetzwerkes Medizin hat erörtert, welche Implikationen die Digitalisierung auf die Medizin hat und welche Bildungsinhalte zum Thema maschinelles Lernen den Medizinstudierenden vermittelt werden sollten.
- Sie schlägt folgende Lernziele vor: Basiswissen über Daten und Datenverwaltung, Grundwissen zu Konzepten, Validierung von Ergebnissen, die Ärztinnen und Ärzte mit maschinellem Lernen erzeugen, Wissen über die Anwendung in der medizinischen Praxis und Kenntnisse über rechtliche und ethische Aspekte dieser Anwendung.

L'essentiel en bref

- L'apprentissage automatique sera de plus en plus utilisé en médecine. Il est donc important que les médecins aient une compréhension de base de ces technologies.
- Le groupe de travail «Numérisation de la médecine» du réseau de formation en médecine a discuté des implications de la numérisation pour la médecine et des contenus de formation sur l'apprentissage automatique qui devraient être enseignés aux étudiants en médecine.
- Le groupe propose les objectifs d'apprentissage suivants: connaissances de base sur les données et la gestion des données, connaissances de base sur les concepts, validation des résultats que les médecins produisent avec l'apprentissage automatique, connaître l'application dans la pratique médicale ainsi que les aspects juridiques et éthiques de cette application.



Rechtsschutz

| Einfach zu
seinem Recht
kommen

Sonderkon-
ditionen für
Mitglieder von
FMH Services

Recht haben ist nicht gleich Recht bekommen
**Rechtsschutzversicherung für angestellte
und selbständige Ärzte**

- Privat-, Verkehrs- und Berufsrechtsschutz in einem
- Prämien sparen dank exklusiven Rahmenvertragskonditionen
- Deckung bei Streitigkeiten infolge Überarztung

INSURANCE

Roth Gyax & 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.

Briefe an die SÄZ

La beauté au temps du Covid

Lettre concernant: Martin J. La beauté pour renouer avec la nature et l'équilibre? Bull Med Suisses. 2022;103(1-2):44.

Dans la réflexion pour la nouvelle année du Dr Jean Martin, j'ai trouvé beaucoup de points sur lesquels réfléchir. La phrase du roman *L'Idiot* «Est-ce vrai, prince, que vous avez dit que la beauté sauvera le monde? [...] Quelle beauté sauvera le monde?» nous invite à définir ce concept: depuis le temps des philosophes grecs, des hommes de foi comme saint Augustin et saint Thomas, des penseurs comme Kant et Hegel, ou des poètes comme Schiller ont essayé de définir le terme et d'établir s'il existe une catégorie immuable où demeure le «beau».

Le Dr Martin se questionne à propos des photos dures et choquantes: «peuvent-elle contribuer au 'sauvetage' nécessaire?» A ce propos, quand Dostoïevski était en train d'écrire *L'Idiot*, il visita le Kunstmuseum de Bâle. Le tableau *Der tote Christus im Grab* (Hans Holbein le Jeune, 1521), nous raconte sa femme, le fascina tellement qu'il faillit avoir une attaque épileptique, tandis qu'elle, dégoûtée, s'en éloigna. Avant de quitter le musée, Dostoïevski dit à sa femme les mots qu'il fera prononcer au prince Mychkine: «Mais sais-tu qu'en regardant [ce tableau] un croyant peut perdre la foi?»

Ce tableau est imposant par ses dimensions de niche tombale qui contourne à peine un corps mort, maigre et martyrisé, nu sauf pour un petit bout de tissu autour des flancs. Comme pour les photos choquantes on peut se demander: est-ce que cela est beau? Pour Dostoïevski, la beauté doit être «pure», ne peut pas être séparée du contexte moral, et ce tableau a un pouvoir énorme: ou bien il «sauve», ou bien il fait perdre la foi, ce qui nous ramène à notre propre responsabilité et choix personnel, nous questionne: est-ce le sacrifice du Fils de Dieu incarné (beauté morale du sacrifice?) ou le cadavre d'un noyé pêché hors du Rhin (terrible énigme de la mort)? La beauté doit être esthétique? ou bien éthique? Ethique et esthétique doivent coïncider? L'adjectif «beau» (en italien *bello*), dérive du latin *bellus*, diminutif de *bonus*, lié donc au concept éthique. En latin, «beau» en sens esthétique est *pulcher* ou *formosus* (d'où l'espagnol *hermoso*).

Même si nous n'en connaissons pas la définition, notre œil, oreille, cœur, cerveau savent percevoir le beau. «Rien n'est laid pour celui qui aime», «Non è bello ciò che è bello, è bello ciò che piace», «Pulchra dicuntur quae visa

placent» (saint Thomas) introduisent la subjectivité. Les verbes «aimer» et «plaire» nous plongent dans une sensation de bien-être: ce qui nous plaît sauve notre bien-être, nous aide à retrouver notre équilibre. Est-ce une fuite? Non, l'équilibre nous permet d'être plus attentif à nos devoirs, améliore notre prédisposition à l'attention envers les autres, à l'empathie.

En ce moment, où on parle beaucoup d'intégrité physique et peu de vie spirituelle ou relationnelle, où on touche même à la liberté des gens, nous ressentons la nécessité de nous plonger dans la beauté, pour recharger nos batteries psychiques et émotionnelles, pour retrouver cette harmonie, cet équilibre que nous avons de la peine à voir autour de nous, pour nous accorder le plaisir d'oublier les données techniques, le rapport des chiffres, des équations de G, qui n'ont rien à voir avec la force de gravité, la menace de l'alphabet grec, qui n'est désormais plus un point de repère littéraire et étymologique, mais plutôt le vecteur du monstre qui nous hante depuis deux ans.

Permettons à la beauté de nous apporter son baume bienfaisant!

Dr méd. Enrica Maspoli-Postizzi, Agno

Anordnungsmodell: ein illusionärer Dunst (mit Replik)

Brief zu: Rota F, Traber R, Samimi N, Seifritz E. Wechsel zum Anordnungsmodell: Es gibt noch viel zu tun. Schweiz Ärztztg. 2021;102(51-52):1720-2.

Das Delegationsmodell soll durch das Anordnungsmodell ersetzt werden. Die Psychologen-Verbände haben gejubelt und glauben, sie würden durch das neue Modell selbständig. Doch befinden sie sich mit diesem Glauben in einem illusionären Dunst.

In Wirklichkeit werden sie dadurch lediglich selbständig mit den Krankenkassen abrechnen können. Ansonst aber wird ihre Abhängigkeit von der Ärzteschaft unverändert bleiben, ja sogar administrativ verschärft: Sie dürfen nicht sich frei anmeldende Patienten annehmen, sondern brauchen die Anordnung eines Arztes wie die Physiotherapeuten. Ist diese erfolgt, benötigen sie nach 15 Therapie-sitzungen eine Bestätigung des anordnenden Arztes. Nach wiederum 15 Sitzungen wird ein psychiatrisches Gesuch an die Krankenkasse notwendig. Wer dieses Modell erfunden hat, meinte es nicht gut mit den Psychotherapeu-

ten. Wer weiss, wie eine analytische Psychotherapie verläuft, der wird einen solchen Therapieverlauf, der auf der Unsicherheit beruht, nach 15 oder nach 30 Sitzungen plötzlich abgebrochen zu werden, sicher nicht empfehlen können, weil antitherapeutisch. Eine Psychotherapie beruht auf der Basis von Sicherheit und Vertrauen. Das Anordnungsmodell bietet das nicht und ist daher ein «Rohrkrepierer».

Zudem muss aus dem Text der Autoren des oben angegebenen Artikels geschlossen werden, dass sie Angst haben vor einem solchen Modell. Sie benutzen mehrmals den Begriff «Gefahr» im Zusammenhang mit dem Anordnungsmodell: Die Gefahr, dass Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen nicht adäquat behandelt werden. Die Gefahr, dass die ambulante psychiatrische Versorgung mit dieser Umverteilung mehr schwere Fälle übernehmen muss. Die Gefahr einer Ressourcenverschiebung von schweren zu leichteren Fällen sei besonders gross. Die Autoren scheinen sich sehr um die klinisch-praktische Weiterbildung der psychologischen Psychotherapeuten zu sorgen. Wir stehen also wieder an jenen Anfängen, als sich Sigmund Freud für den psychologischen Psychotherapeuten Theodor Reik für die Erlaubnis, Psychoanalyse zu betreiben, einsetzte.

Es sind also hier zwei verschiedene Probleme akut: Einerseits wird der Anspruch der psychologischen Psychotherapeuten, selbständige Psychotherapie zu betreiben, im Anordnungsmodell erstickt und andererseits sehen wir in den heraufbeschworenen «Gefahren» ein Misstrauen der Autoren dieses Artikels. Das Vertrauen auf die berufliche Integrität aller potentiell Beteiligten sollte eigentlich die Grundlage dafür sein, psychiatrisch und psychotherapeutisch zu praktizieren. Jedem vernünftigen psychologischen Psychotherapeuten ist es klar, dass er sogenannt schwere Fälle zur Psychopharmakotherapie mit einem Psychiater bespricht und seinen Patienten an den Arzt verweist. Eine Zusammenarbeit mit einem Psychiater benötigt keine Anordnung, sondern Vertrauen.

Dr. phil. h.c. Werner A. Disler, eidg. anerkannter Psychotherapeut SBAP/SGP (seit 1974 psychotherapeutische Praxis und Zusammenarbeit mit Ärzten, delegiert seit 1976), Zürich

Replik auf «Anordnungsmodell: ein illusionärer Dunst»

Die Fehlinterpretation von Herrn Disler möchten wir nicht unkommentiert lassen. Weder Angst noch Misstrauen bestimmen

unsere Interventionen, sondern eine berechnete Sorge um die zukünftige psychiatrisch-psychotherapeutische Versorgungssituation in der Schweiz. Die Erfahrungen, die Deutschland gemacht hat, sollten uns eine Lehre sein. Mehr als 20 Jahre nach einem ähnlichen Systemwechsel ist die Lage dort prekär: Während Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen nicht ausreichend geholfen wird, erfahren jene mit leichten Symptomen eine Überbehandlung. Auch sind die psychotherapeutischen Praxen sehr ungleich verteilt; sie konzentrieren sich vor allem in den Städten. Und trotz einer hohen Zunahme der Zahl zugelassener psychologischer Psychotherapeutinnen und -therapeuten als selbstständige Leistungserbringer bestehen lange Wartezeiten. Diese eklatante Fehlversorgung ist hinreichend belegt (u.a. durch Studien der Bertelsmann Stiftung). Warum also dieselben Fehler wiederholen? So, wie der Systemwechsel in der Schweiz jetzt ausgestaltet ist, orientiert er sich in erster Linie an den Interessen einer Berufsgruppe: der psychologischen Psychotherapeuten. Massgebend für die Ausgestaltung der Versorgung muss aber der aktuelle Bedarf sein, unter Berücksichtigung von epidemiologischen und sozio-demographischen Daten. Diese Grundlagen fehlen für den vorgenommenen Systemwechsel, darauf haben wir bereits in der Vernehmlassung hingewiesen. Stattdessen wurde er sogar beschlossen, ohne vorgängig sicherzustellen, dass die Kantone von Beginn weg ein Instrument in der Hand haben, die Zulassung der psychologischen Psychotherapeutinnen und -therapeuten zu steuern. Wir erachten es als unsere Pflicht, sowohl im Sinne unserer Patientinnen und Patienten als auch der Prämienzahlenden auf diese eklatanten Mängel hinzuweisen. Fehlversorgungen sind im Nachhinein nur schwer zu korrigieren.

Dr. med. Fulvia Rota, Präsidentin der Schweizerischen Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie (SGPP)

*Dr. med. Rafael Traber, Vizepräsident der SGPP
Nanda Samimi, Eidg. Dipl. Pharm. ETH,
Vizepräsidentin der Swiss Mental Health Care (SMHC)*

Prof. Dr. med. Erich Seifritz, Präsident der SMHC

Verzögerungsmanöver zur angeordneten Psychotherapie (mit Replik)

Brief zu: Rota F, Traber R, Samimi N, Seifritz E. Wechsel zum Anordnungsmodell: Es gibt noch viel zu tun. Schweiz. Ärzteztg. 2021;102(51-52):1720-2.

Sehr geehrte Psychiaterinnen und Psychiater, mit Befremden habe ich, seit Jahrzehnten delegierender Arzt für Psychotherapie, von Ihrer Forderung nach Hinausschieben der angeordneten Psychotherapie Kenntnis genommen. Wenn das BAG in Sachen Covid innert Tagen Entschlüsse treffen kann, ist es mir unverständlich, dass zur Überwindung der delegierten Psychotherapie über zehn Jahre vergangen sind. Die noch bestehenden Fragen anerkenne ich selbstverständlich, doch glaube ich nicht an eine unkontrollierte Mengenausweitung. Tatsächlich bleibt die Psychotherapie von einer ärztlichen Verordnung abhängig und ist im Verlauf durch ärztliche Berichte kontrolliert. Ich möchte nicht glauben, dass Ihre Forderung wirtschaftlich bedingt ist. Wir, meine psychotherapeutisch arbeitende Ehefrau und ich, TT SAPPM der ersten Stunde, rechnen fest mit einem Inkrafttreten im Sommer 2022.

*Dr. phil. Annie Berner-Hürbin,
Dr. med. Jean Berner, Luzern*

Replik auf «Verzögerungsmanöver zur angeordneten Psychotherapie»

Bei diesem fundamentalen Systemwechsel ist es verantwortungslos und naiv, darauf abzustützen, was man selber glaubt oder nicht glaubt, ohne jegliche Faktenbasis oder ohne den Blick nach Deutschland, wo ein ähnlicher Systemwechsel vor über 20 Jahren vollzogen wurde (siehe dazu unsere Replik auf «Anordnungsmodell: ein illusionärer Dunst»). Die Mengenausweitung ist auch nicht per se das Problem, sofern es dem effektiven Versor-

gungsbedarf dient. Ein niederschwelliger Zugang zur Psychotherapie ist grundsätzlich zu begrüssen, wenn dadurch Chronifizierungen oder eine Verschlechterung der Erkrankung vermieden werden können. Aber wie wir in unserem Beitrag «Anordnungsmodell: Es gibt noch viel zu tun» deutlich aufgezeigt haben, ist die Zeitspanne für diesen Systemwechsel zu kurz angesetzt. Er ist unausgegoren, mit zahlreichen offenen Fragen in Bezug auf Versorgung, Sicherheit, Qualität und Kostenentwicklung. Darum wird es zwangsläufig zu Fehlanreizen und zur Risikoselektion kommen. Was Sie als Verzögerungsmanöver interpretieren – als würden wir daraus irgendeinen Nutzen ziehen –, ist nichts anderes als eine berechnete Sorge, dass sich die heutigen Engpässe verschlimmern und damit die Ziele verfehlt werden. Wir erinnern daran, dass der Bundesrat explizit betonte, mit diesem Systemwechsel die Versorgung in der Kinder- und Jugendpsychiatrie, in Krisen- und Notfallsituationen in Randregionen sowie bei Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen verbessern zu wollen. Es ist für uns bis heute nicht nachvollziehbar, wie das funktionieren soll, da dieser Systemwechsel losgekoppelt von einer bedarfsgerechten Steuerung beschlossen und dafür eine sehr kurze Zeitspanne vorgesehen wurde. Massgebend für diese Zeitspanne ist im Übrigen nicht, wie Sie schreiben, seit wann die delegierte Psychotherapie «überwunden» werden soll, sondern wann sich die Behörden an die entsprechenden Arbeiten gemacht haben.

Dr. med. Fulvia Rota, Präsidentin der Schweizerischen Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie (SGPP)

*Dr. med. Rafael Traber, Vizepräsident der SGPP
Nanda Samimi, Eidg. Dipl. Pharm. ETH,
Vizepräsidentin der Swiss Mental Health Care (SMHC)*

Prof. Dr. med. Erich Seifritz, Präsident der SMHC

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.

Mitteilungen

Facharztprüfungen

Facharztprüfung zur Erlangung des Facharztstitels Hämatologie

Datum

Schriftlich-theoretische Prüfung:
Freitag, 10. Juni 2022

Mündliche Prüfung: Dienstag, 11. Oktober 2022

Ort

Schriftlich-theoretische Prüfung: Bern oder Wien (während des EHA-Kongresses 2022)

Mündliche Prüfung: Inselspital, Bern

Anmeldefrist

Schriftlich-theoretische Prüfung: Es gelten die Anmeldefristen der EHA.

Mündliche Prüfung: 31. Juli 2022

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

Facharztprüfung zur Erlangung des Facharztstitels für Medizinische Genetik

Datum: Donnerstag/Freitag,
24./25. November 2022

Ort: Universitätsspital Basel

Anmeldefrist: 23. September 2022

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

Facharztprüfung zur Erlangung des Facharztstitels für Infektiologie

Ort: Inselspital Bern; Universitätsspital Basel; CHUV Lausanne; Hôpitaux universitaires de Genève; Universitätsspital Zürich

Datum: Mittwoch, 31. August 2022

Anmeldefrist: 14. Mai 2022

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

Facharztprüfung zur Erlangung des Facharztstitels Neurologie

Datum:

1. Teil (schriftlich: Multiple-Choice-Prüfung in Englisch): Freitag, 26. August 2022 (14.30 bis 18.30 Uhr)

2. Teil (mündlich/praktisch): Freitag, 28. Oktober 2022 (individuelle Zeiten)

Ort:

1. Teil (schriftlich): Inselspital, Institut für Pathologie, Hörsaal Langhans, Bern

2. Teil (mündlich/praktisch):
Universitätsspital Basel

Anmeldefrist: 1. März bis 31. Mai 2022

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

Seminare / Séminaires / Seminari

Praxiseröffnung/-übernahme

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

Themen

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

Daten

K01	Donnerstag, 10. März 2022 9.00–16.30 Uhr	Zürich Volkshaus
K02	Donnerstag, 12. Mai 2022 16.00–20.30 Uhr	St. Gallen Hotel Einstein
K03	Donnerstag, 9. Juni 2022 9.00–16.30 Uhr	Bern Schmiedstube

Praxisübergabe/-aufgabe

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

Themen

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

Daten

K06	Donnerstag, 17. März 2022 13.30–18.00 Uhr	Zürich Volkshaus
K07	Donnerstag, 5. Mai 2022 16.00–20.30 Uhr	St. Gallen Hotel Einstein
K08	Donnerstag, 23. Juni 2022 13.30–18.00 Uhr	Bern Schmiedstube

Praxissoftware-Workshop

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

Themen

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

Daten

K13	Donnerstag, 31. März 2022 13.15–17.45 Uhr	Zürich Technopark
K14	Donnerstag, 30. Juni 2022 13.15–17.45 Uhr	Bern, Stadion Wankdorf

Ouverture et reprise d'un cabinet médical

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

Contenu

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

Dates

K20	Jeu di 10 mars 2022 9h00–17h00	Lausanne, Hôtel Alpha-Palmiers
K21	Jeu di 9 juin 2022 9h00–17h00	Genève Hôtel Royal

Remise et cessation d'un cabinet médical

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

Contenu

- **Aspects juridiques** (contrats en général, dossiers patients, autorisations)

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

Date

K24	Jeu di 19 mai 2022 13h30–18h30	Lausanne Hôtel Aquatis
------------	-----------------------------------	----------------------------------

Atelier consacré au logiciel de gestion du cabinet médical

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

Contenu

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

Date

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

Apertura e rilevamento di uno studio medico

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

Contenuto

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

Data

K50	Mercoledì 9 marzo 2022 dalle 16.00 alle 18.00	Chiasso FMH Services (Consulting)
------------	---	--

Anmeldung / Inscrizione /
Registrazione

www.fmhservices.ch





Stellen-, Praxen-, Markt-Plattform

| Einfach
anbieten und
finden



Stellen,
Praxen und
Artikel
fmhjob.ch

Ob Stelle im Gesundheitswesen,
Praxis, Praxispartner oder Artikel
Hier werden Sie fündig

- Zahlreiche Jobs und Praxen in der ganzen Schweiz
- Top Arbeitgeber
- Führende Schweizer Plattform im Gesundheitswesen für Stellen, Praxen und Artikel

CONSULTING

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





Das Ende der Labormaus?

Eva Mell

Stellvertretende Chefredaktorin der *Schweizerischen Ärztezeitung*

Die Initiative «Ja zum Tier- und Menschenversuchsverbot» fordert ein komplettes Verbot von Tierversuchen und der Forschung am Menschen. Wieso darunter das Wohlergehen von Menschen in der Schweiz und sogar weltweit leiden würde, haben Vertreterinnen und Vertreter von acht Forschungsinstitutionen an einer gemeinsamen Pressekonferenz erklärt.

Was wäre, wenn es in der Schweiz keine Labormäuse mehr geben würde, die vom Homo sapiens im Dienste der Wissenschaft studiert werden? 556107 Tiere untersuchten Schweizer Forschende im Jahr 2020, davon 346382 Mäuse. Könnte damit bald Schluss sein? Am 13. Februar stimmt das Schweizer Stimmvolk über die Initiative «Ja zum Tier- und Menschenversuchsverbot – Ja zu Forschungswegen mit Impulsen für Sicherheit und Fortschritt» ab. Für das Initiativkomitee wäre die Annahme der erwünschte Schritt in Richtung Ethik, Fürsorgepflicht, Vernunft, Fortschritt und Logik – um nur ein paar Schlüsselbegriffe aus der Website der Initiantinnen und Initianten zu nennen [1]. Die Gegnerinnen und Gegner der Initiative zeichnen hingegen ein düsteres Bild: «Die Annahme der Initia-

tive würde ein Forschungsverbot bedeuten», sagte Marcel Tanner, Präsident Akademien der Wissenschaften Schweiz, bei einer virtuellen Pressekonferenz von acht akademischen Forschungsinstitutionen [2].

Die Annahme der Initiative würde ein Forschungsverbot bedeuten; es ist die Abwanderung von Forschenden ins Ausland zu erwarten.

Vertreterinnen und Vertreter von swissuniversities, ETH-Rat, Universitäre Medizin Schweiz unimeduisse, 3R Kompetenzzentrum Schweiz, Junge Akademie Schweiz, Schweizerischer Nationalfonds, Swissfaculty und Akademien Schweiz argumentierten geschlossen gegen die Initiative und erklärten: Eine Annahme

Tierversuche in der Schweiz

Seit 2012 werden im Durchschnitt etwa 600 000 Tiere pro Jahr für Forschungszwecke eingesetzt. Seit dem Jahr 2016 gab es einen leichten Rückgang, der darauf zurückzuführen ist, dass weniger Mäuse und Fische eingesetzt wurden. Im Jahr 2015 hatte es aufgrund von Verhaltensstudien an grossen Herden sowie Artenschutzprojekten einen deutlichen Anstieg in der Kurve gegeben.

3,2 Prozent aller Versuchstiere wurden 2019 dem höchsten Schweregrad 3, «Schwere Belastung», zugeordnet. Diesen Tieren wurden etwa starke Schmerzen, andauerndes Leiden oder schwere Angst zugefügt. Die Erkenntnisse aus Versuchen mit schwerer Belastung für die Tiere sind relevant für die Erforschung schwerer und komplexer Erkrankungen wie Krebs, Epilepsie oder Alzheimer.

Quellen: www.swissuniversities.ch/fileadmin/swissuniversities/Dokumente/Forschung/Tierversuche/de_Schlusselzahlen.pdf

www.swissuniversities.ch/fileadmin/swissuniversities/Dokumente/Forschung/Tierversuche/de_Schweregrade.pdf

werde den Forschungsstandort Schweiz gefährden, es drohe die Abwanderung von Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftlern ins Ausland.

Die internationalen Folgen

Marcel Tanner machte zudem auf die internationalen Folgen aufmerksam. Die Schweiz trage mit ihren Forschungen zu Krankheiten wie Malaria, HIV oder auch Wurmerkrankungen wesentlich zur Entwicklung von Medikamenten bei, von denen Menschen in unterschiedlichen Ländern profitieren. «Das ist nur möglich mit Tierversuchen und klinischen Studien», erläuterte Tanner. Mit einem Verbot drohe «ein Rückschritt für die Gesundheitsentwicklung weltweit».

Das 3R-Prinzip «Replace, Reduce, Refine» fördert bereits jetzt die Reduktion von Tierversuchen in der Schweiz.

Die Initiantinnen und Initianten wollen aber nicht nur die Durchführung von Tier- und Menschenversuchen verbieten, sondern auch den Handel, die Einfuhr und Ausfuhr von Produkten aller Branchen und Arten, «wenn für sie weiterhin Tierversuche direkt oder indirekt ausgeführt werden», wie es im Initiativtext heisst [3]. «Die Schweiz würde somit in den Erkenntnissen von gestern verharren», kommentierte Bertrand Levrat, Präsident Verband Universitäre Medizin Schweiz. Eine Gesundheitsversorgung auf dem neuesten Stand des Wissens sei dann nicht mehr möglich, erklärte Levrat, der diese Folge für ethisch fragwürdig hält und vermutet, dass sich wohlhabendere Menschen im Ausland behandeln lassen würden.

Die Vertreterinnen und Vertreter der Forschungsinstitutionen machten zudem auf die strengen Regelungen bezüglich Tierversuchen aufmerksam, die bereits gelten. In der Schweiz sind Forschende verpflichtet, Tierversuche unter Beachtung der 3R zu planen, die für Replace, Reduce, Refine (Ersetzen, Reduzieren, Verbessern) stehen. Tierversuche sollen, sofern möglich, durch alternative Versuchsmethoden ersetzt werden. Die Zahl der Tierversuche soll ebenso reduziert werden wie die Anzahl der Tiere pro Versuch. Belastung und Stress sollen durch verbesserte Versuchs- und Haltingsbedingungen verringert und der Erkenntnisgewinn pro Tier erhöht werden. Im Februar 2021 lancierte der Bundesrat zudem das fünfjährige nationale Forschungsprogramm «Advancing 3R – Tiere, Forschung und Gesellschaft», mit Hilfe dessen ethische, rechtliche, kulturelle und weitere Aspekte von Tierversuchen erforscht werden – und das dazu beitragen soll, die Zahl der Tierversuche weiter zu reduzieren [4].

Ersatzmodelle basieren auf Tierversuchen

Auch das 3R Kompetenzzentrum Schweiz war mit Executive Director Jenny Sandström an der Pressekonferenz vertreten. Der gemeinnützige Verein fördert die 3R-Prinzipien und unterstützt Forschende bei der Umsetzung. Sandström machte darauf aufmerksam, dass mit einer Annahme der Initiative selbst das erste R, «Replace», kaum noch umsetzbar sei, denn bei der Entwicklung von Ersatzprodukten, zum Beispiel Organoiden, sei man auf Erkenntnisse aus Tierversuchen angewiesen.

Hubert Steinke, Professor für Medizingeschichte an der Universität Bern, resümierte nach einem kurzen Abriss über die Geschichte von Tier- und Menschenversuchen in der Schweiz: «Wer sich für die Initiative entscheidet, stimmt dafür, einen grossen Teil des medizinischen Fortschritts aufzugeben.»

Bildnachweis

Matthijs Kuijpers | Dreamstime.com

Literatur

- 1 tierversuchsverbot.ch
- 2 www.swissuniversities.ch/themen/forschung-tiere-menschen
- 3 www.bk.admin.ch/ch/d/pore/vi/vis477t.html
- 4 www.sbf.admin.ch/sbfi/de/home/aktuell/medienmitteilungen.msg-id-82212.html



Bildnachweis: Viktor Levi | Dreamstime.com

Rechtliche Verankerung neuer Pflegeberufe

Advanced Practice Nursing in der Krankenversicherung

Pascal Coullery

Dr. iur., Prof. FH, Dozent an der Berner Fachhochschule, Bern

In der Fachwelt und in der Politik scheint ein Konsens darüber zu herrschen, dass neue Pflegemodelle das Potenzial haben, die Qualität und die Effizienz der Gesundheitsversorgung zu verbessern. Die rechtliche Umsetzung orientiert sich an den Prinzipien des Krankenversicherungsrechts. Diese müssen allerdings auch im Lichte übergeordneter, verfassungsrechtlicher Vorgaben diskutiert werden.

Im September 2020 hat der Nationalrat ein Postulat der Nationalrätin Marianne Streiff-Feller [1] angenommen, das dem Bundesrat den Auftrag erteilt, die rechtliche Verankerung von Pflegeexpertinnen und -experten zu prüfen. Der Konsens scheint im Grundsatz breit abgestützt: Der Bundesrat hat die Annahme des Postulats beantragt, Mitglieder aus sechs Fraktionen haben den Vorstoss unterzeichnet, die parlamentarische Mehrheit war komfortabel (108 zu 74 Stimmen). Der Bericht des Bundesrates steht zurzeit noch aus, im Hinblick auf die rechtliche Umsetzung zeichnen sich allerdings auf zweierlei Ebenen Fragen ab.

Gesetzliche Stolpersteine

Das Postulat zielt im Kern darauf ab, Advanced-Practice-Rollen in der Pflege (wie z.B. Nurse Practitio-

ner) unter anderem krankenversicherungsrechtlich abzubilden: Pflegefachpersonen, die durch eine akademische Ausbildung auf Masterstufe Expertenwissen und Entscheidungsfindungskompetenzen in komplexen Pflegesituationen erworben haben, sollen die Fallführung in der Versorgung von chronisch oder mehrfach erkrankten Menschen übernehmen und Leistungen direkt zulasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung abrechnen können.

Zwei Grundprinzipien des geltenden Krankenversicherungsgesetzes [2] stehen diesem Ziel entgegen:

- *Anordnungsprinzip*: Grundsätzlich können nur Ärztinnen und Ärzte Leistungen zur Krankheitsbehandlung direkt auslösen, alle anderen Leistungserbringerinnen und -erbringer können nur auf ärztliche Anordnung hin tätig werden [3]. Eine echte Ausnahme besteht für Chiropraktorinnen und Chiro-

praktoren, und eine scheinbare Ausnahme besteht bei Mutterschaftsleistungen, die von Hebammen ohne ärztliche Anordnung erbracht werden können [4]. Scheinbar ist diese Ausnahme, weil Mutterschaft keine Krankheit ist, so dass vom Kern des Anordnungsprinzips nicht abgewichen wird.

- *Listenprinzip bei nicht-ärztlichen Leistungen:* Bei allen Leistungen, die nicht von Ärztinnen oder Ärzten erbracht werden, gilt ein strenges Listenprinzip, wonach nur Leistungen kassenpflichtig sind, die explizit in einem Rechtsakt (in der Regel in einer Verordnung) gelistet sind. Im Bereich der Pflegeleistungen findet sich heute ein Leistungskatalog in der departementalen Krankenpflege-Leistungsverordnung, der mit Blick auf die Pflegeexpertinnen und Pflegeexperten überprüft werden muss.

Beide Prinzipien beruhen auf Gesetzes- oder Verordnungsrecht. Das heisst, sie können bei einem entsprechenden gesetzgeberischen Willen angepasst werden. In der politischen Diskussion kommt beiden Prinzipien seit Jahrzehnten allerdings eine fast naturrechtlich anmutende, überpositive Bedeutung zu, um die Wirtschaftlichkeit des Systems sicherzustellen.

Zuletzt hat der Bundesrat das Anordnungsmodell in seiner Botschaft zur Pflegeinitiative mit dem Verweis auf den Beitrag legitimiert, den das Anordnungsmodell zur Koordination von Diagnose und Therapie leistet, womit Qualitätssicherung und Wirtschaftlichkeit gefördert werden [5].

Zielkonflikt des Bundesrats

Bereits in seiner Stellungnahme zum Postulat Streiff-Feller erwähnt der Bundesrat das Risiko einer Mengenausweitung und unterstreicht die Bedeutung der Frage, «ob und wie neue Pflegemodelle [...] so gefördert werden können, dass neben der Verbesserung der Versorgungsqualität auch eine Dämpfung der Kostenentwicklung erfolgt». Das Primat des Kostenarguments, das in der bundesrätlichen Argumentation anklingt und eine Kosten-Nutzen-Abwägung auszuschliessen scheint, dürfte in erster Linie (sozial-)politisch motiviert sein: Die Finanzierung der Krankenversicherung über Kopfprämien, die weder auf die Grösse noch auf die ökonomische Situation eines Haushalts Rücksicht nehmen, stösst offensichtlich an Grenzen, die auch nicht durch die kantonalen Prä-

mienverbilligungsmodelle spürbar verschoben werden. Für dieses Primat des Finanzierungsarguments findet sich allerdings keine verfassungsrechtliche Grundlage, im Gegenteil:

- Der Sozialzielkatalog der Bundesverfassung (BV) [6] gibt Bund und Kantonen unter anderem die Aufgabe vor, dass «jede Person die für ihre Gesundheit notwendige Pflege erhält» [7]. Zwar sind die Sozialziele im Rahmen der «verfügbaren Mittel» anzustreben, was aber keinen absoluten Vorrang des Kostenarguments bedeutet und nichts daran ändert, dass das Sozialziel eine Handlungsverpflichtung postuliert, die als formelles Verfassungsrecht verbindlich ist [8].
- Art. 117a BV verpflichtet Bund und Kantone, im Rahmen ihrer Zuständigkeiten für eine ausreichende, allen zugängliche medizinische Grundversorgung von hoher Qualität zu sorgen. Dieser Verfassungsauftrag ist erst 2014 als direkter Gegenentwurf zu einer Volksinitiative («Ja zur Hausarztmedizin») mit einem Jastimmenanteil von 88,1% vom Stimmvolk angenommen worden. Da bei jüngeren Normen historische Auslegungselemente an Gewicht gewinnen [9], lohnt sich ein Blick in die Materialien: Insbesondere die Botschaft des Bundesrates erwähnt wiederholt eine integrierte, interprofessionell erbrachte Versorgung als Kern des Verfassungsauftrages von Art. 117a BV [10]. Die Annahme der Pflegeinitiative durch das Stimmvolk am 28. November 2021 unterstreicht diesen Grundversorgungsauftrag und liefert eine zusätzliche demokratische Legitimation, rechtlich ist der neue Art. 117c BV aber in erster Linie eine Präzisierung ohne oder mit nur geringer konstitutiver Wirkung.

Qualität sollte im Fokus stehen

Neue Pflegemodelle sind idealerweise mit einem echten Effizienzgewinn verbunden. Aus verfassungsrechtlicher Perspektive sind neue Pflegemodelle allerdings unabhängig von einer kostendämpfenden Wirkung weiterzuverfolgen, wenn sie zu einer sachgerechten Weiterentwicklung des Leistungsrechts und damit zu einer medizinischen Grundversorgung von hoher Qualität nach Art. 117a BV beitragen.

Die Eindämmung der finanziellen Belastung für Prämienzahlerinnen und Prämienzahler ist unbestritten ein legitimes Ziel, das dem Versorgungsziel verfassungsrechtlich aber nicht vorgeht. Dieses Ziel sollte deshalb nicht in erster Linie über die Definition des Leistungskatalogs, sondern über eigenständige Modelle zur Finanzierung und Verteilung der Kosten verfolgt werden.

Literatur

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



[pascal.coullery\[at\]bfh.ch](mailto:pascal.coullery[at]bfh.ch)

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.



PD Dr. med. Manuela Funke-Chambour
(© Insel Gruppe)

Insel Gruppe: neue Chefarztin an Universitätsklinik für Pneumologie

PD Dr. med. Manuela Funke-Chambour ist die neue Chefarztin an der Universitätsklinik für Pneumologie im Medizinbereich Spezialisierte Chirurgie und Medizin am Inselspital. Sie schloss 2001 ihr Medizinstudium an der Rheinischen Friedrich-Wilhelms-Universität in Bonn ab und promovierte 2002 ebenda. 2005 erlangte sie

den Facharzttitel in Allgemeiner Innerer Medizin und 2011 den Facharzttitel in Pneumologie. 2019 wurde ihr die Venia docendi der Universität Bern für das Fach Pneumologie verliehen. Manuela Funke-Chambour arbeitete von 2001 bis 2005 am Universitätsspital Lausanne. 2006 begann sie ihre Tätigkeit in der Universitätsklinik für Pneumologie am Inselspital. Seit Ausbruch der COVID-19-Pandemie untersucht die Pneumologin die Effekte von COVID-19 auf die Lunge. Sie initiierte die erste nationale Studie zur Langzeitentwicklung der Lunge nach einer COVID-19-Infektion und baute die Long-COVID-Sprechstunde am Inselspital auf.

Premier poste d'infirmière cantonale

Teresa Gyuriga Perez a été désignée au poste d'infirmière cantonale par le Département vaudois de la santé et de l'action sociale et prendra ses fonctions courant février 2022. Inédit en Suisse, ce poste a été créé en mai 2021 notamment pour aider le canton à valoriser et développer une profession appelée à jouer un rôle clé dans le développement du système de santé et l'évolution démographique. Teresa Gyuriga Perez est titulaire d'un diplôme d'infirmière clinicienne et d'un Master of Advanced Studies de l'Université de Genève en management stratégique des institutions de santé. Elle est aussi au bénéfice d'un Certificate of Advanced Studies HES-SO en intégration des savoirs scientifiques dans les pratiques professionnelles de la santé. Elle est actuellement Infirmière-chef de service de l'Hôpital de l'enfance du département femme mère enfant du CHUV et co-chef de projet dans le cadre du nouvel hôpital des enfants.



Teresa Gyuriga Perez
(© Christophe Senehi)

Spitalverbund AR: neuer Chefarzt der Anästhesiologie

Dr. med. Reinfried Brei wurde zum Chefarzt des Departements Anästhesiologie Spitalverbund Appenzell Ausserrhoden (SVAR) gewählt. Er übernimmt die Funktion von PD Dr. med. Stephan Blumenthal, der zum Chefarzt und Institutsleiter Anästhesiologie des Stadtspitals Zürich gewählt wurde. Der Anästhesiologe ist seit 1999 Facharzt für Anästhesiologie und besitzt einen Fachkundenachweis als Leitender Notarzt (D). Reinfried Brei ist seit Juni 2004 im Spital Herisau tätig. Zuerst als Oberarzt, seit Februar 2011 in leitender Funktion und zuletzt als Chefarzt a.i. Als Chefarzt verantwortet er zusammen mit seinem Team die Bereiche der perioperativen Anästhesie und des Rettungsdienstes.



Dr. med. Reinfried Brei
(© SVAR)



Dr. sc. nat. Monika Lutters
(© KSA)

Kantonsspital Aarau: neue Leiterin der Spitalpharmazie

Dr. sc. nat. Monika Lutters ist ab 1. Februar 2022 die neue Chefapothekerin des Kantonsspitals Aarau. Sie arbeitet seit 2002 als stellvertretende Chefapothekerin im Kantonsspital

Baden (KSB). Dort ist sie verantwortlich für die Bereiche klinische Pharmazie und Qualitätsmanagement. Weiter ist sie seit 2004 Fachkoordinatorin und Dozentin für «Institutionelle Pharmazie» an der ETH Zürich. Darüber hinaus ist sie als Fachauditorin für verschiedene Spitalapotheken tätig. Die 53-Jährige studierte ursprünglich Pharmazie an der Universität Bonn (D) und schrieb ihre Dissertation an der Universität Genf. 2006 erwarb sie den Fachapothekertitel FPH für Spitalpharmazie und 2011 den Fähigkeitsausweis FPH für Klinische Pharmazie.

«On ne fait rien tout seul»

Julia Rippstein

Rédactrice *Bulletin des médecins suisses*

Elle a consacré les douze dernières années à la reconnaissance des maladies rares en Suisse. Co-fondatrice et présidente de ProRaris, Anne-Françoise Auberson a reçu en décembre dernier un doctorat *honoris causa* de l'Université de Berne, récompensant son travail de pionnière et son engagement infatigable en faveur de cette cause. Portrait d'une juriste qui s'est trouvée une vocation sur le tard.

«Cette distinction est fantastique. Mais je ne veux pas la recevoir pour moi: je l'accepte au nom de ProRaris et de toutes celles et tous ceux qui s'engagent pour l'égalité de traitement dans l'accès aux soins. Pour moi, c'est un travail solidaire et non solitaire, parce qu'on ne fait rien tout seul», confiait humblement Anne-Françoise Auberson, présidente de ProRaris, peu après avoir appris qu'elle était distinguée par l'*Alma Mater* bernoise. L'humilité, une caractéristique qui aura marqué son engagement en faveur des maladies rares en Suisse. Un dévouement sans faille qui dure depuis douze ans, jalonné par la création en 2010 d'une alliance nationale des associations de personnes atteintes de maladies rares, connue sous le nom de ProRaris, la reconnaissance de cette alliance, de la mise en place d'un concept national et d'un registre, de la naissance d'une autre association, Uni Rares, le tout grâce à une écoute et une compréhension exception-

nelles des patientes et patients. Difficile de croire qu'Anne-Françoise Auberson s'est lancée «un peu par hasard» dans ce combat à près de soixante ans, devenue entre-temps la porte-parole de près de 600 000 personnes touchées par une maladie rare en Suisse.

Une année de travail à titre gracieux

Elle a toujours eu une «fibre pour le bénévolat et pour le social». Sa licence de droit en poche, elle décide d'offrir une année de travail en tant que juriste. C'est au-

C'est en accompagnant des personnes atteintes du sida et mourantes qu'elle s'est rendue compte des stigmates liés à certaines maladies.

près de la prestigieuse Organisation des Nations Unies qu'Anne-Françoise Auberson décroche un mandat dans le cadre d'un travail comparatif sur les régimes d'adoption. De quoi éveiller son sens aigu de la justice. «Je suis tombée sur des faits aberrants: si l'adoption au sens strict n'existait pas dans les pays musulmans, jamais un enfant orphelin ne sera abandonné. En France, les orphelins sont certes envoyés dans des orphelinats, mais l'adoption n'était pas favorisée, car plus il y a d'adoptions, moins les orphelinats étaient soutenus par l'Etat.» Elle fait aussi ses armes chez Pro Infirmis, qui l'envoie à un salon de tourisme pour faire connaître l'association en quête de lieux de vacances sans barrières architecturales. «Tous les stands étaient luxueux; moi, j'étais seule sur mon tabouret, par chance près du coin réservé à la presse. Un journaliste me demande ce que je fais là et revient dix minutes plus tard avec le directeur du Club Med, totalement enthousiaste.» La suite? Une annonce sur le podium de la radio: le Club Med offre quatre villages pour 15 jours à des personnes handicapées.



Pour Anne-Françoise Auberson, les années ProRaris ont été à la fois «magnifiques humainement» et «usantes».



Anne-Françoise Auberson (3^e depuis la droite) était parmi les pionnières et pionniers qui ont créé ProRaris en 2010.

Maladie honteuse

Mais c'est sa participation à la lutte contre le sida à Genève qui a été décisive pour son engagement futur chez ProRaris. Membre d'un comité pendant dix ans, elle a accompagné des malades du sida dans les années 1980 et 1990, qui mouraient alors en nombre, le plus

Grâce au réseautage et au lobbying, ProRaris est rapidement reçue par l'OFSP et un premier jet du concept des maladies rares voit le jour.

souvent dans la solitude en raison des stigmates. «Je me souviens, je tenais la main à un patient en train de mourir, tout seul, dans une maison d'accueil à Genève. Il y avait aussi des personnes en phase terminale de cancer. Il me disait: 'Même dans la mort, je suis discriminé, je meurs d'une maladie honteuse.' Il enviait les personnes qui mouraient du cancer, entourées de leur famille.» L'inégalité de traitement l'avait toujours choquée, mais cette expérience lui laisse une trace indélébile. «Le lien avec les maladies rares, c'est ça: c'est la faute à pas de chance, on est laissé sur le carreau, on est stigmatisé, on a de la peine à se faire entendre. On est très seul.»

Anne-Françoise Auberson ne veut pas le mettre en avant, mais elle est concernée par les maladies rares à

titre personnel ainsi que dans sa famille proche, ce qui l'a indéniablement sensibilisée au sujet. Atteinte du tremblement essentiel, qui n'est plus considéré comme une pathologie rare mais reste invalidant au quotidien, Anne-Françoise Auberson s'adresse à l'époque aux Hôpitaux universitaires de Genève (HUG) et rencontre la Dre Loredana D'Amato Sizonenko, coordinatrice médicale du portail maladies rares et responsable d'Orphanet. «Elle m'a aussitôt proposé d'intégrer le groupe de pionniers qui s'était donné pour mission de constituer une Alliance des Maladies rares en Suisse.»

Débuts turbulents

Le bénévolat, la «fibre», l'expérience personnelle: les conditions étaient réunies lorsqu'Anne-Françoise Auberson accepte la proposition de la Dre D'Amato. Les débuts de ProRaris sont chaotiques. «Il fallait définir une stratégie précise et se faire accepter comme acteur majeur dans le contexte de la problématique des maladies rares», se rappelle la septuagénaire. Puis, la première présidente devenant secrétaire générale, la juriste prend la tête de l'alliance en 2012, de nouvelles recrues rejoignent le comité et le tout prend son cours. Le contact est rapidement pris avec les représentants des différentes associations, les personnes concernées et les médecins, des rencontres sont organisées avec

l'Office fédéral de la santé publique (OFSP). Un travail de réseautage et de lobbying mené d'arrache-pied qui porte ses fruits: Pascal Strupler, alors directeur de l'OFSP, les reçoit à bras ouvert et un premier jet du concept des maladies rares voit bientôt le jour.

Peu informés, les médecins se sentent souvent impuissants face aux maladies rares. D'où l'importance de la sensibilisation par ProRaris.

Tout ceci n'aurait pas été possible sans la compétence du patient, leitmotiv de ProRaris. «Ce sont les patientes et les patients qui ont donné l'impulsion et fait avancer la cause. Avoir des personnes concernées au sein du comité est un capital inestimable», insiste Anne-Françoise Auberson. Une expertise qui ne prend sens que si elle est couplée à une collaboration avec les professionnelles et professionnels de la santé. Or, peu informés, les médecins peuvent se sentir impuissants face aux maladies rares. D'où l'importance de les sensibiliser par l'entremise d'une association reconnue comme ProRaris. Ce travail, la juriste l'a fait «avec beaucoup d'enthousiasme, je me suis totalement investie». Ce qui l'a portée? Le contact avec les patients, pour qui elle a toujours eu une oreille attentive. «Je ne suis pas quelqu'un d'éminemment sociable, j'ai un fond très timide, mais je n'ai jamais été à court de discussion avec les patients. Le courant est toujours passé.»

A la fois magnifique et usant

L'humain, c'est ce qui lui restera de son temps à ProRaris. Elle a en effet décidé de passer le flambeau. «Au moment de partir, je garde des souvenirs humainement fantastiques et émouvants. Je me rappelle, lors d'un exposé pour une pharma, j'apprends qu'un patient atteint d'une maladie extrêmement rare a besoin d'un traitement très spécifique, produit par la firme en question. En dix minutes, le directeur avait organisé un transport spécial pour que ce patient

Biographie express

Née en 1948 à Fribourg, Anne-Françoise Auberson étudie le droit à l'Université de Genève. Elle obtient sa licence en 1969 et travaille une année bénévolement pour l'ONU dans le cadre d'un travail de recherche sur les conditions d'adoption. Elle s'engage pour Pro Infirmis et le Groupe sida Genève. En 2010, elle cocrée ProRaris, l'alliance nationale pour les maladies rares, qu'elle préside depuis 2012. En 2018, elle fonde Uni Rares pour les patientes et patients atteints d'une maladie rare sans association liée à leur pathologie. Son engagement a été distingué par un doctorat *honoris causa* de la Faculté de médecine de l'Université de Berne en décembre 2021. La juriste quittera la présidence de ProRaris en juin 2022.

puisse recevoir sa dose à Hong Kong.» Après son départ de ProRaris, la Fribourgeoise veut garder un lien avec les personnes concernées, à l'image de cette mère dont les deux enfants ont été diagnostiqués après 30 ans d'attente. «Je vais l'appeler cet après-midi. Même si ce diagnostic n'apporte pas de traitement, c'est une nouvelle incroyable et une reconnaissance importante.» L'humain, ce sont aussi les forts liens d'amitié qui se sont créés au sein du comité de ProRaris. «Je porte une grande admiration à toutes ces personnes avec qui j'ai travaillé. Elles ont des compétences immenses, qu'elles soient concernées directement par les maladies rares, en qualité de proches et de professionnels, ou qu'elles soient des grands scientifiques engagés dans cette cause. Sans oublier la secrétaire générale, très investie. J'aimerais leur rendre hommage.»

Une ère prend fin

La coupure du cordon sera difficile après tant d'années d'engagement. «Je m'intéresserai toujours à la cause mais n'interviendrai plus.» Magnifique sur le plan humain, cette expérience a néanmoins été très intense,

La coupure du cordon sera difficile après tant d'années d'engagement. «Je m'intéresserai toujours à la cause mais n'interviendrai plus.»

conçède la septuagénaire. «Ce combat exige beaucoup d'énergie. C'est une lutte sans fin: il y a 8000 pathologies, et il y en aura toujours plus. Si je pars avec le sentiment d'avoir atteint certains objectifs, une part de moi reste frustrée et inquiète.» Les maladies rares sont certes désormais reconnues grâce à ProRaris, mais le soutien financier continue de faire défaut. «J'entends toujours le même discours: les bases légales nécessaires n'existent pas.» Ce sera à la personne qui lui succédera de passer par la politique, probablement le seul moyen pour que les projets en cours se concrétisent. Lucide, la juriste aborde son départ avec pragmatisme. «Je ne veux pas m'accrocher jusqu'à ce qu'on me demande poliment de partir. C'est le moment, j'ai l'âge et il y a un temps pour tout. J'ai vécu l'époque des pionniers, où il a fallu se faire entendre. Maintenant c'est au tour des spécialistes de la santé publique et aux scientifiques de prendre le relais.» A eux de continuer à changer les mentalités, à régler la question du financement et à favoriser les collaborations, espère-t-elle. Car, comme elle le disait au sujet de son titre honorifique, «on ne fait rien tout seul».

Crédits photos

Photos mises aimablement à disposition par A.-F. Auberson

«Unser Projekt ist einzigartig»

Martin Fux

Leiter Business und Digital Development, Mitglied der Geschäftsleitung EMH

Das digitale Medizinmuseum Bern geht neue Wege. Es werden keine furchterregenden Instrumente vergangener Zeiten zur Schau gestellt, sondern der Dialog mit den Betrachtenden wird betont. So erzählt das Museum, das nur virtuell besucht werden kann, unter dem Motto «Medizin machen» kurze Geschichten. Videos geben Einblick in die abwechslungsreiche Geschichte der Medizin am Inselspital und regen gleichzeitig Fragen und Gedanken zur heutigen Medizin an.

Manuel Kaiser, Sie sind der Projektleiter des neuen digitalen Museums am Berner Inselspital. Die Idee für das digitale Medizinmuseum ist aus einer Notlage entstanden. Können Sie mehr darüber erzählen?

Ursprünglich war ein «klassisches» Museum zur Ausstellung der Medizinsammlung Inselspital geplant. Aus diversen Gründen wurde dieses mehrjährige Projekt aber kurzfristig angehalten. Als Alternativlösung hat man sich dazu entschieden, ein digitales Museum anzubieten. Dank der konzeptuellen und inhaltlichen Vorarbeit mussten wir nicht bei null anfangen. Wir haben versucht, die bestehenden Inhalte für das neue Medium zu adaptieren.

Bei dem Projekt handelt es sich um das erste rein digitale Museum der Schweiz. Wird das Museum auch künftig nur digital bleiben?

Heutzutage nutzen verschiedene Museen hybride Vermittlungsstrategien. Gewöhnlich begleiten digitale Inhalte jedoch bestehende Ausstellungen. Unser Projekt ist also insofern einzigartig, als es eine eigenständige digitale Ausstellung darstellt. Wir wollen uns allerdings in Zukunft nicht ausschliesslich auf den virtuellen Raum



Impfanzetten nach Jenner, o.J., Institut für Medizingeschichte Bern, Inv.-Nr. 3975.



Manuel Kaiser ist Leiter der Medizinsammlung Inselspital Bern.

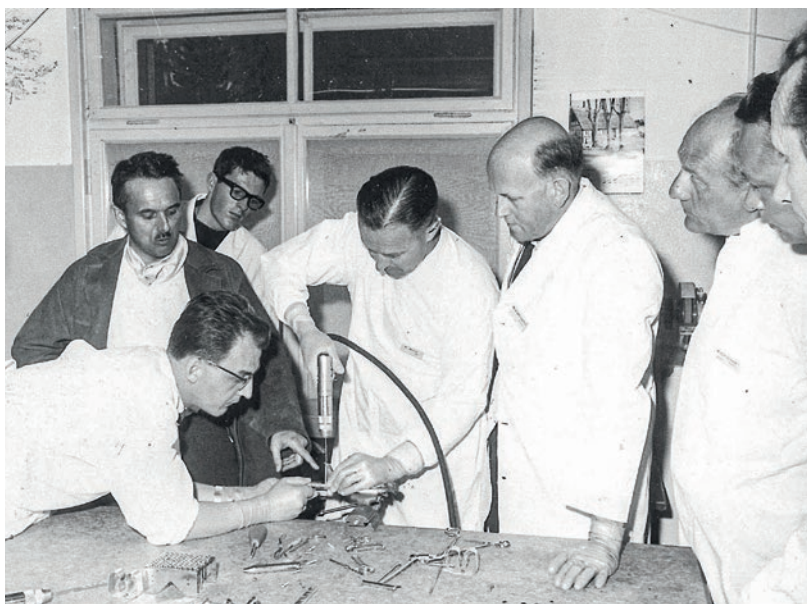
beschränken. Wir setzen uns dafür ein, dass wir bald Depotführungen anbieten können. Zudem wird die Medizinsammlung 2022 erstmals an der Museumsnacht Bern teilnehmen können. Denn es ist natürlich immer noch etwas anderes, wenn man die Ausstellungsexemplare live und in voller Grösse bestaunen kann.

Die Sammlung ist im Normalfall zwar nur digital zugänglich, es gibt sie aber auch physisch. Welcher Aufwand ist damit verbunden?

Das digitale Museum zeigt tatsächlich nur einen Teil der Sammlungsarbeit. Denn auch wenn die Objekte der Öffentlichkeit «nur» digital zugänglich sind, sind sie doch physisch vorhanden. Sie müssen inventarisiert, gelagert und gepflegt werden. Genau diese vielfältigen Aufgaben machen jedoch auch den Reiz der Arbeit aus.

Welche Herausforderungen mussten Sie meistern, um das Projekt zu realisieren?

Richtige Stolpersteine gab es zum Glück keine. Kleinere Probleme sind zwischendurch zwar aufgetaucht,



Osteosynthese-Kurse in Davos, 1960, AO Foundation Archive.



Catgut, um 1950, Institut für Medizingeschichte Bern, Inv.-Nr. 3522.

diese waren aber immer gut und rasch lösbar. Zum Glück konnten wir auf eine ausgezeichnete Zusammenarbeit mit der Web-Agentur zählen, ein junges Team, welches uns flexibel und engagiert zur Seite stand. Vieles ist dadurch auch im Dialog entstanden, sozusagen ein Pingpong-Spiel zwischen Inhaltskonzept und technischer Umsetzung als agiles Projekt. Es war eine intensive Zeit. Bildredaktion, Konzept und Inhalt haben wir intern abgewickelt. Das Team hat diese Aufgaben trotz der zusätzlichen Belastung hervorragend gemeistert.

An wen richtet sich das Museum?

Die Definition der Zielgruppe war in der Tat nicht einfach. Wir haben uns nach langen Gesprächen dazu entschieden, dass das medizinische Fachpersonal nicht die

Hauptgruppe sein sollte, sondern eine breitere Öffentlichkeit. Deshalb betreiben wir momentan zur Unterstützung des Livegangs auch eine intensive Social-Media-Kampagne inklusive aufwendiger Videoproduktion mit dem klaren Ziel des Aufbaus einer Community. Für die Zukunft können natürlich auch noch gezielt weitere Gruppen angesprochen werden; etwa Schülerinnen und Schüler oder Auszubildende in Gesundheitsberufen.

Gab es bereits konkrete Rückmeldungen nach dem Go-Live? Wie kommt das Projekt in der Community respektive der Öffentlichkeit an?

Diverse Ärztinnen, Ärzte und Pflegende haben schon positive Rückmeldungen zum digitalen Medizinemuseum gegeben, und auch auf Social Media ist das Interesse spürbar. Medizingeschichte interessierte viele Leute. Ich bin auch überzeugt davon, dass es in der Schweiz ein Publikum für ein medizinhistorisches Museum gäbe. Gerade die Pandemiesituation hat vor Augen geführt, wie zentral und gleichermassen umstritten medizinisches Wissen ist. Die Auseinandersetzung mit medizinischen Themen wie beispielsweise Impfungen und deren Geschichte ist wichtig, und das digitale Medizinemuseum ist ein guter Ansatz. Ein physischer Ort wäre natürlich wünschenswert, um über medizinische Themen nachzudenken. Genügend Objekte, anhand deren sich verschiedene Aspekte der Medizingeschichte erzählen liessen, wären in Sammlungen in Zürich, Lausanne, Basel oder Bern vorhanden.

Bildnachweis

zVg / Manuel Kaiser / digitales Medizinemuseum, Universität Bern

[martin.fux\[at\]emh.ch](mailto:martin.fux[at]emh.ch)

Das digitale Museum und die Medizinische Sammlung

Das digitale Medizinemuseum wurde im Herbst 2021 eröffnet und ist das Erste seiner Art in der Schweiz. Zahlreiche Geräte, Instrumente und Objekte aus dem Spitalalltag erzählen unter dem Titel «Medizin machen» die Geschichte der praktischen, klinischen Medizin des 20. Jahrhunderts.

Die Exponate stammen aus der Medizinsammlung Inselspital Bern, die das Institut für Medizingeschichte der Universität Bern seit 1989 betreut. Die Sammlung gehört der Inselspital-Stiftung und umfasst rund 10000 Exponate vor allem aus der Zeit seit 1900. Sie repräsentieren Tätigkeiten, Behandlungen, Erfindungen und Alltäglichkeiten des Spitalalltags. Dabei profitiert die Medizinsammlung von der engen Verbindung zwischen Inselspital und Universität Bern. So ist Prof. Hubert Steinke, Direktor des digitalen Medizinemuseums, auch der Lehrstuhlinhaber des Instituts für Medizingeschichte der Universität Bern.

Das digitale Medizinemuseum kann unter medizinmuseum.ch kostenlos besucht werden. Am 18. März 2022 öffnet das Museum im Rahmen der Berner Museumsnacht auch physisch seine Türen. Weitere Informationen unter www.museumsnacht-bern.ch

Aducanumab: Blockbuster oder Flop?

Hans Stalder

Prof. Dr. med., Mitglied der Redaktion



Die *Food and Drug Administration* (FDA) hat Aducanumab von Biogen im Juni 2021 als Medikament zur Behandlung der Alzheimer-Krankheit zugelassen. Diese Entscheidung ist vorläufig: Biogen muss bis 2030 endgültige klinische Studienergebnisse vorlegen.

Aducanumab ist, wie andere ähnliche Wirkstoffe, ein monoklonaler Antikörper, der gegen die bei der Alzheimer-Krankheit beobachteten Amyloid-Aggregate im Gehirn gerichtet ist. Die Tatsache, dass er sie praktisch zum Verschwinden bringen kann, hat grosse Hoffnungen für die Behandlung dieser schrecklichen Krankheit geweckt. Mehrere Studien wurden jedoch aufgrund negativer klinischer Ergebnisse abgebrochen; auch Biogen gab vorerst enttäuschende Ergebnisse bekannt.

Eine erneute Prüfung der Resultate von zwei Studien mit hohen Dosen von Aducanumab veranlasste Biogen, die Substanz bei der FDA zur Zulassung einzureichen. In einer der Studien waren die Ergebnisse jedoch immer noch negativ. In der anderen kam es zu einer statistisch signifikanten Verbesserung einiger neuropsychologischer Parameter. Laut einer von der FDA beauftragten Kommission wissenschaftlicher Expertinnen und Experten waren

Warum hat die FDA Aducanumab zugelassen? Wurde sie von den Alzheimer-Lobbys beeinflusst oder durch zu enge Kontakte mit Biogen?

diese Ergebnisse jedoch klinisch unbedeutend. Entgegen ihrer einstimmigen Meinung (bei einer Enthaltung) hat die FDA diese Substanz dennoch zugelassen. Diese Entscheidung wird von Autorinnen und Autoren in verschiedenen Leitartikeln in renommierten Fachzeitschriften angefochten.

Die FDA räumt ein, dass die klinische Wirkung nicht sehr überzeugend ist. Beeindruckt von dem spektakulären und fast vollständigen Verschwinden der Amyloid-Körperchen, traf sie ihre Entscheidung anhand dieses Surrogatmarkers. Die Hypothese, dass Amyloid-Ablagerungen das pathogene Element beim Fortschreiten der Demenz sind, ist jedoch nicht endgültig bewiesen. Darüber hinaus ist es riskant, ein Medikament nur aufgrund eines Surrogats zu akzeptieren, wie beispielsweise die Verwendung von Fluor bei Osteoporose aufgrund einer verbesserten

Knochendichte gezeigt hat. Die FDA hat zwar noch keine endgültige Zulassung für Aducanumab erteilt, aber die Zeit, die sie Biogen für den Nachweis der klinischen Wirksamkeit bis 2030 eingeräumt hat, erscheint sehr lang.

Die FDA gab das Medikament zunächst für die «Alzheimer-Krankheit» frei, obwohl die klinischen Studien nur Patientinnen und Patienten mit Demenz im Frühstadium umfassten. Kein Wunder, dass durch diese Ankündigung der Aktienkurs von Biogen um 40 Prozent gestiegen ist.

Der jährliche Preis einer Behandlung wurde von Biogen zunächst auf 56 000 Dollar fixiert, nicht eingerechnet die Untersuchungen, die für die genaue Diagnose im Vorfeld notwendig sind, sowie PET-Scan und MRI, die während der Behandlung wegen der Gefahr von Mikroblutungen unerlässlich sind. In der Tat zeigten etwa 40 Prozent der behandelten Personen Anzeichen einer intrakraniellen Hypertonie, und nur etwas mehr als die Hälfte beendete die klinischen Studien. Vor kurzem musste Biogen den Preis reduzieren, was die Aktien wieder fallen liess ...

Warum also hat die FDA Aducanumab zugelassen? Wurde sie von den mächtigen Alzheimer-Lobbys beeinflusst oder, schlimmer noch, durch zu enge Kontakte mit Biogen? Diese Verdachtsmomente sind Wasser auf die Mühlen der Verschwörungstheoretikerinnen und -theoretiker, die hinter jeder Zulassung eines Medikaments (oder Impfstoffs!) ein Komplott zwischen Industrie und staatlichen Behörden vermuten.

Die Entscheidung wirft ebenfalls wichtige ethische Fragen auf. Sollen wir unsere dementen Patientinnen und Patienten schwerwiegenden Untersuchungen und zweifelhaften Behandlungen mit erheblichen Nebenwirkungen aussetzen, die zudem das Risiko bergen, das Leiden zu verlängern, ohne den tödlichen Ausgang zu ändern? Wie steht es um die informierte Zustimmung bei Patientinnen und Patienten mit Demenz?

Zum Glück ist die EU-Arzneimittelagentur (EMA) der leidgehen Entscheidung der FDA nicht gefolgt und hat die Registrierung von Aducanumab verweigert. Hoffen wir, dass *Swissmedic* der EMA folgen wird und so falsche Hoffnungen für unsere Alzheimerpatientinnen und -patienten und ihre Familien nicht aufkommen lässt.

johann.stalder[at]unige.ch

