

# Schweizerische Ärztezeitung

**169** Editorial  
von Monika Brodmann Maeder  
**Das SIWF und  
die kompetenzbasierte  
ärztliche Weiterbildung**

**179** SAMW  
**Kritischer Blick auf  
die klinische Forschung**

**202** «Zu guter Letzt»  
von Eberhard Wolff  
**Über die gewesenen  
Genesenen**

**174** Reformaktivismus beim BAG  
**Zu viele Projekte, kaum erreichte Ziele**



**Verlag**

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

**Externe Redaktion**

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

**Redaktion Ethik**

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

**Redaktion Medizingeschichte**

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

**Redaktion Public Health, Epidemiologie, Biostatistik**

Prof. Dr. med. Milo Puhan

**Redaktion Recht**

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

**FMH**

EDITORIAL: Monika Brodmann Maeder

169 **Das SIWF und die kompetenzbasierte ärztliche Weiterbildung**

SIWF: Jan Breckwoldt, Monika Brodmann Maeder

170 **Kompetenzbasierte Bildung – eine Einführung**

AKTUELL: Felix Huber

**Das BAG soll keine weiteren Kompetenzen mehr erhalten** Als wäre das Bundesamt für Gesundheit (BAG) mit der Pandemie nicht schon heillos überfordert, schmiedet es ständig neue Gesetze. Es gibt aber bereits zu viele offene Baustellen. Einige davon zerstören teilweise wertvolle Institutionen, die über Jahre Pionierarbeit geleistet haben. Der unselige Aktivismus des BAG verursacht immense Kosten – es sollte dringend über die Bücher und etliche missglückte Projekte neu aufsetzen.

176 **Personalien****Weitere Organisationen und Institutionen**

SAMW: Myriam Tapernoux, Claudio L. A. Bassetti

179 **Blick auf die klinische Forschung****Briefe**182 **Briefe an die SÄZ****FMH Services**

 FMH SERVICES

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

# Swiss Medical Events

Fort- und Weiterbildungsveranstaltungen auf einen Blick!

 **EMH Media**  
 SCHWEIZERISCHER ÄRZTEVERLAG  
 EDITIONS MEDICALES SUISSES



events.emh.ch

Immer  
aktuell

Grosse  
fachliche  
Breite

Einfach  
durchsuchbar

## Tribüne

THEMA: Eva Mell

192 **Gemeinsam für mehr Lebensqualität**

STANDPUNKT: Christine Hohl Moinat

195 **Etre femme médecin aujourd'hui: un autre regard**

## Horizonte

STREIFLICHT: Jann Schwarzenbach

198 **Dr. Fifas Lebensängste**

200 **Buchbesprechungen**

## Zu guter Letzt

Eberhard Wolff

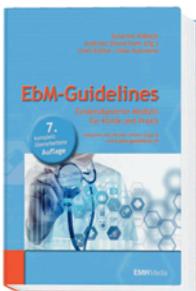
202 **Über die gewesenen Genesenen**

TOM REED STUDIO

TR

## EbM-Guidelines

Evidenzbasierte Medizin für Klinik und Praxis



Susanne Rabady, Andreas Sönnichsen  
**EbM-Guidelines**  
**Evidenzbasierte Medizin für Klinik und Praxis**  
 7., komplett überarbeitete Auflage, 2018. 1568 Seiten, mit zahlreichen, hauptsächlich schwarz-weißen Abbildungen und Tabellen. Gebunden.  
 CHF 171.–  
 ISBN 987-3-03754-115-9  
 EMH Schweizerischer Ärzteverlag AG

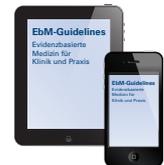
**Das Buch**  
 Das gesamte Fachwissen der allgemeinmedizinisch-internistischen Grundversorgung. Das Standardwerk – über 1600 Seiten sicheres Wissen.

**Die Online-Version**  
 Fortlaufend aktualisiert, noch mehr Inhalte, Bilder, Videos und Audiobeispiele. Links zu den Cochrane-Library-Beiträgen, Evidence Summaries. Jahresabonnement online CHF 158.–, mehr Info und Bestellung auf [www.ebm-guidelines.ch](http://www.ebm-guidelines.ch)

**Die Mobile-Version**  
 Die EbM-Guidelines sind für alle mobilen Endgeräte wie Tablets und Smartphones ohne Zusatzkosten nutzbar.

Verkauf der EbM-Guidelines durch EMH nur innerhalb der Schweiz. Weitere Informationen finden Sie unter [shop.emh.ch](http://shop.emh.ch)

**Ihre Bestellmöglichkeiten:** +41 (0)61 467 85 55 | [auslieferung@emh.ch](mailto:auslieferung@emh.ch) | [shop.emh.ch](http://shop.emh.ch)  
 EMH Schweizerischer Ärzteverlag AG | Farnsburgerstrasse 8 | CH-4132 MuttENZ



## 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](mailto:redaktion.saez@emh.ch), [www.saez.ch](http://www.saez.ch)

**Verlag:** EMH Schweizerischer Ärzteverlag AG, Farnsburgerstrasse 8, 4132 MuttENZ, Tel. +41 (0)61 467 85 55, [www.emh.ch](http://www.emh.ch)

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

**Stellenmarkt und Rubrikanzeigen:**  
 Inserateannahme, Tel. +41 (0)61 467 85 71, [stellenmarkt@emh.ch](mailto: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](mailto:mail@fmhjob.ch), [www.fmhjob.ch](http://www.fmhjob.ch)

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

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

**Abonnementspreise:** Jahresabonnement CHF 320.– zzgl. Porto.

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

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

**Hinweis:** Alle in dieser Zeitschrift publizierten Angaben wurden mit der grössten Sorgfalt überprüft. Die angegebenen Dosierungen, Indikationen und Applikationsformen, vor allem von Neuzulassungen, sollten in jedem

Fall mit den Fachinformationen der verwendeten Medikamente verglichen werden.

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

printed in  
 switzerland



Titelbild:  
 © BP Miller / Unsplash

# Das SIWF und die kompetenzbasierte ärztliche Weiterbildung

**Monika Brodmann Maeder**

PD Dr. med. et MME, Präsidentin des SIWF



Im letzten Jahr erfolgte im Schweizerischen Institut für ärztliche Weiter- und Fortbildung SIWF der Startschuss für das Grossprojekt «Kompetenzbasierte ärztliche Weiterbildung in der Schweiz». Seit 2017 ist die kompetenzbasierte Bildung mittels der «PROFILES» (Principal Objectives and Framework for Integrated Learning and Education in Switzerland) in der ärztlichen Ausbildung implementiert [1]. Dieses Modell soll nun auch in der ärztlichen Weiterbildung eingeführt werden. Nicht nur ermöglicht dies ein besseres Kontinuum zwischen der universitären medizinischen Ausbildung und der ärztlichen Weiterbildung, sondern es entspricht auch einer weltweiten Entwicklung zur Modernisierung der medizinischen Weiterbildung [2, 3].

Diese Modernisierung beinhaltet viele verschiedene Bausteine und wird sich über mindestens ein Jahrzehnt erstrecken. Denn es gilt nicht nur, alle medizinischen Fachgesellschaften sowie die über 2400 anerkannten Weiterbildungsstätten und über 2200 anerkannten Praxisweiterbildner ins Boot zu holen, sondern auch viele weitere Entscheidungsträger aus Medizin und Politik von dieser Entwicklung zu überzeugen. Dabei geht es um viel mehr als nur die Anpassung von Weiterbildungsprogrammen, die Entwicklung von übergeordneten und fachspezifischen EPAs: Es geht um ein Umdenken und einen Kulturwandel in der medizinischen Bildung.

Diese hat sich in den letzten Jahren stark professionalisiert: In vielen Gesundheitsberufen werden Expertinnen und Experten mit einer Zusatzkompetenz in Erwachsenenbildung eingesetzt, um junge Kolleginnen und Kollegen möglichst gut auf ihre späteren Aufgaben im Gesundheitswesen vorzubereiten. Bildungsangebote wie der «Master of Medical Education» (MME) werden zunehmend wichtig, und an der Universität Bern ist sogar eine Habilitation mit einem Schwergewicht in medizinischer Lehre möglich. Exzellenz in Lehre hängt nicht mehr nur von einem natürlichen Talent und viel Engagement ab, sondern basiert auch auf wissenschaftlicher Evidenz (siehe auch das «Zu guter Letzt» von Werner Bauer, Schweiz Ärztztg. 2021;102(50):1704). Diese Professionalisierung führt aber auch dazu, dass die *medical educators* spezielle

Ausdrücke oder sogar eine eigene Sprache verwenden, die es nicht eingeweihten Ärztinnen und Ärzten schwer macht, den Diskussionen zu folgen.

Wir aber wollen natürlich, dass Sie folgen, liebe Leserinnen und Leser. Wir wollen Sie im Boot. Deswegen hat sich das SIWF entschlossen, in der *Schweizerischen Ärztezeitung* eine Serie zum Thema «Kompetenzbasierte ärztliche Weiterbildung» und den damit verbundenen Bildungsaspekten zu starten. Einmal im Monat publizieren wir Artikel von Ärztinnen und Ärzten, die als *medical educators* in der EPA-Kommission oder als Instruktorinnen und Instrukturen bei den «Teach the teachers»-Kursen des SIWF mitarbeiten. Das Ziel dieser Artikelserie ist es, die Komplexität des Grossprojektes der kompetenzbasierten ärztlichen Weiterbildung möglichst verständlich zu machen für Sie als Leserinnen und Leser der SÄZ. Denn der Kulturwandel in der ärztlichen Weiterbildung geht uns alle an. Gleichzeitig soll die zukunftsweisende Entwicklung auch ein Gesicht beziehungsweise viele Gesichter erhalten.

Den Auftakt zu dieser Serie bildete das Interview mit Olle ten Cate, dem «Papst der EPAs», der als Keynote Speaker an der Plenumsveranstaltung des SIWF im November 2021 das Publikum faszinierte. In dieser Ausgabe der SÄZ finden Sie einen ersten Übersichtsartikel «Kompetenzbasierte Bildung – eine Einführung». In rund einmonatlichen Abständen folgen Artikel zu Begriffen wie CanMEDS, EPAs, *change management*, *leadership* oder *programmatic assessment*. Wenn Sie als geneigte Leserin oder Leser noch nichts mit diesen Ausdrücken anfangen können, würden wir uns freuen, sie Ihnen mit Hilfe unserer Reihe näherzubringen und Sie mitzunehmen auf eine spannende Reise in die faszinierende Welt der medizinischen Bildung.

## Literatur

- 1 Michaud PA, Jucker-Kupper P, and the members of the PROFILES working group. PROFILES; Principal Objectives and Framework for Integrated Learning and Education in Switzerland. Bern: Joint Commission of the Swiss Medical Schools; 2017.
- 2 Frank JR, Snell LS, ten Cate O, Holmboe ES, Carraccio C, Swing SR, et al. Competency-based medical education: theory to practice. *Medical teacher*. 2010;32(8):638–45.
- 3 Carraccio C, Englander R, Van Melle E, ten Cate O, Lockyer J, Chan M-K, et al. Advancing competency-based medical education: a charter for clinician-educators. *Academic Medicine*. 2016;91(5): 645–9.

# Kompetenzbasierte Bildung – eine Einführung

Jan Breckwoldt<sup>a</sup>, Monika Brodmann Maeder<sup>b</sup>

<sup>a</sup> PD Dr. med., et MME Oberarzt meV, Institut für Anästhesiologie, Universitätsspital Zürich; <sup>b</sup> PD Dr. med. et MME, Präsidentin des SIWF

«Kompetenzbasierte Bildung – eine Einführung» lautet der Titel des ersten Artikels der neuen Themenserie des SIWF in der *Schweizerischen Ärztezeitung*. Die medizinische Bildung hat sich in den letzten Jahren zu einem eigenständigen Fachgebiet mit spezialisiertem Wissen und einer eigenen Sprache entwickelt. Der vorliegende Beitrag möchte die wichtigsten Begriffe erklären und hoffentlich Ihr Interesse für das Projekt der Kompetenzbasierten ärztlichen Weiterbildung wecken.

## Zusammenfassung

Ein zentraler Aspekt der Kompetenzbasierten Bildung (Competency-Based Medical Education oder CBME) ist die Festlegung der zu erreichenden Kompetenzen am Ende eines Bildungsabschnitts. Kompetenz wird verstanden als ein Set von Wissen, Fertigkeiten und Haltungen, das mit den Aufgaben des Berufsalltags in Einklang steht. Kompetenzbasierte Weiterbildung beinhaltet auch, dass die am Ende der Weiterbildung

nen und Ärzte in Weiterbildung, sondern auch die Anforderungen auf der Programmebene transparent machen.

## Einleitung

Wesentliches Merkmal der Medizin ist ihre stetige Weiterentwicklung. Das gilt nicht nur für die Wissensbasis und Technologien, sondern auch für Krankheitskonzepte oder ethisch-gesellschaftliche Rahmenbedingungen. Um Neuerungen gewachsen zu sein und zukünftige Entwicklungen gestalten zu können, sind Aus-, Weiter-, und Fortbildung daher unverzichtbar. Jede Ärztin und jeder Arzt ist zu jedem Zeitpunkt der Arbeitskarriere davon betroffen, vom Studium über das Facharzt-Diplom bis zum Ruhestand.

Noch vor 50 Jahren wäre niemandem aufgefallen, wenn in einem Weiterbildungsprogramm ausschliesslich Fachwissen unterrichtet wird und dass die Überprüfung der fachärztlichen Reife eine reine Wissensprüfung ist. Dies ist heute anders: Neben dem reinen Fachwissen sind praktische Fertigkeiten, die Kommunikation mit Patientinnen und Patienten und im Team, das Management von Abläufen sowie ethische

## Wichtig sind konstruktive Rückmeldungen zum aktuellen Lernstand.

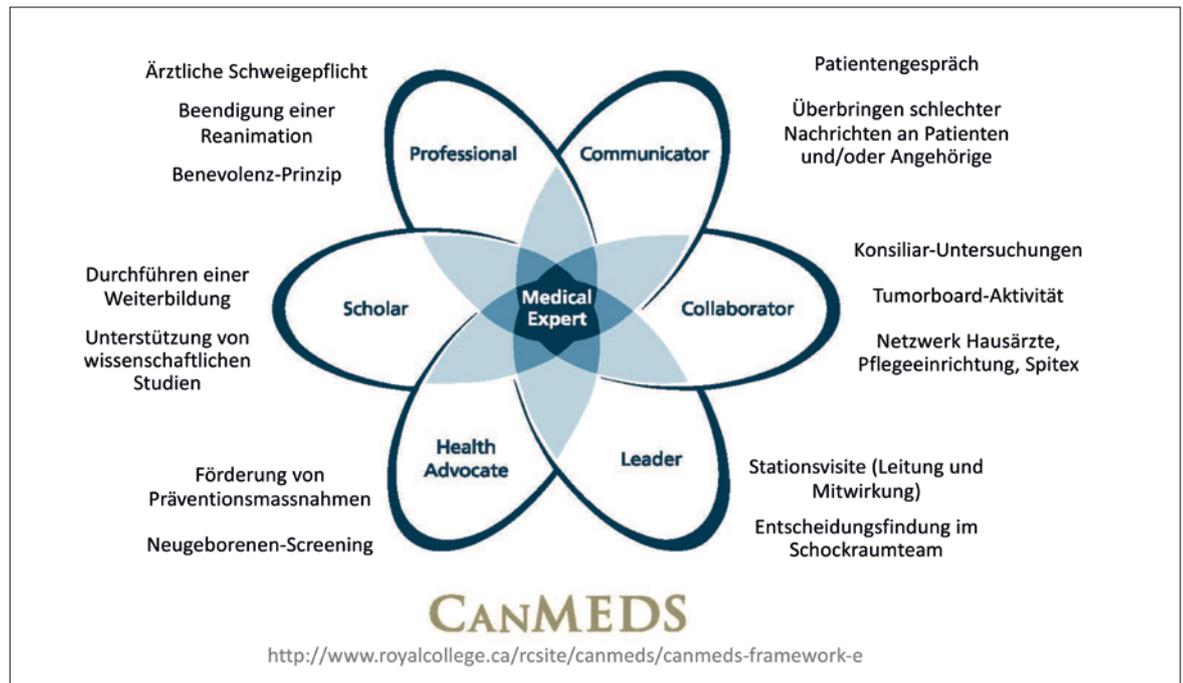
zu erreichenden Kompetenzen die Grundlage aller Weiterbildungsaktivitäten sind. Wichtig für den effektiven Aufbau von Kompetenzen sind häufige und konstruktive Rückmeldungen zum aktuellen Lernstand. Weiterbildende müssen dazu geeignete Teaching-Situationen erkennen und nutzen sowie effektives und unterstützendes Feedback geben. Dabei kommt den Arbeitsplatz-basierten Assessments (AbAs) eine zentrale Bedeutung zu: Im Rahmen des Konzepts «Entrustable Professional Activities» (EPAs) werden diese erweitert und deren inhaltliche Relevanz erhöht.

EPAs sind für das jeweilige Fachgebiet typische Arbeitspakete (*professional activities*), welche den Ärztinnen und Ärzten in Weiterbildung schrittweise zur selbständigen Ausübung anvertraut werden. Zur Einschätzung des Kompetenzniveaus wird dabei der notwendige Grad der Beaufsichtigung bestimmt.

AbAs bzw. EPAs gehen ins Weiterbildungs-Portfolio ein und können so nicht nur den Lernpfad für Ärztin-

## Aus-, Weiter- und Fortbildung sind unverzichtbar, vom Studium bis zum Ruhestand.

Grundhaltungen essentiell. Im weitesten Sinn kann die Summe dieser verschiedenen Teilaspekte als Kompetenzen beschrieben werden. Das «CanMEDS»-Modell [1], welches diese umfassendere Sicht auf die ärztliche Tätigkeit beschreibt, wird später in diesem Beitrag noch erläutert. Die formalisierte Überprüfung



**Abbildung 1:** CanMEDS-Rollen mit Beispielen. Image adapted from the CanMEDS Physician Competency Diagram with permission of the Royal College of Physicians and Surgeons of Canada.

dieser integrierten ärztlichen Handlungskompetenz wurde vor rund 10 Jahren mittels sogenannter Arbeitsplatz-basierter Assessments (AbAs) in die ärztliche Weiterbildung in der Schweiz eingeführt; den meisten von Ihnen werden die Begriffe Mini-CEX (Mini-Clinical Examination) [2] oder DOPS (Direct Observation of Procedural Skills) bekannt sein [3]. Damit wurde ein wichtiger erster Schritt in Richtung Competency-Based Medical Education getan [4, 5].

## Der Weg zum Ziel

Kompetenzen können als die Summe aus Wissen, Fertigkeiten und Haltungen für ein gegebenes Gebiet beschrieben werden (siehe Kasten «Definitionen»).

«Kompetenzbasierung» bedeutet, dass alle Weiterbildungsaktivitäten unter der Perspektive der am Ende zu erreichenden Kompetenzen erfolgen. Die Weiterbildungsziele sollen mit den konkreten Aufgaben im Arbeitsalltag übereinstimmen, und ebenso sollte der Weiterbildungserfolg an den erreichten Kompetenzen gemessen werden.

Das Ziel der Weiterbildung wird somit nicht mehr über die reine «Verweildauer» in einem Weiterbildungsprogramm bestimmt, sondern ob die Ärztinnen und Ärzte die konkreten Aufgaben des Fachgebiets selbständig ausführen können (*independent practice*). Für alle Beteiligten am Weiterbildungsprozess sollten die Outcomes transparent sein, weshalb sie möglichst beobachtbar und überprüfbar sein müssen.

Wichtig für einen effektiven Kompetenzerwerb sind zunächst einmal häufige und konstruktive Rückmeldungen zum aktuellen Lernstand. Hierbei ist die Gewährleistung von psychologischer Sicherheit (*educational safety*) zentral [6]: Die Ärztinnen und Ärzte in Weiterbildung müssen zu ihren Weiterbildenden eine Vertrauensbasis aufbauen und Sicherheit haben, dass alles, was im Rahmen der Lernsituation ausgetauscht wird, unter ihnen bleibt. Weiterbildende müssen geeignete Teaching-Situationen erkennen (davon gibt es weit mehr, als man denkt) und diese nutzen (das geht oft leichter, als man denkt). Effektives, konstruktives und unterstützendes Feedback ist dafür essentiell. Traditionelle Arbeitsplatz-basierte Assessments (AbAs) können hier helfen, weisen aber auch einige Grenzen auf: AbAs sind relativ zeitaufwendig – deren Durchführung benötigt im Durchschnitt 20 bis 30 min –, werden oft als nicht authentisch wahrgenommen und neigen zu unspezifischem Feedbackverhalten [7]. So besteht die Gefahr, dass AbAs zur formalistischen Checklisten-Übung verkommen [8, 9]. Auf der anderen Seite ist ein gewisser Prüfungscharakter niemals ganz auszuschliessen. Ein Schritt zur Optimierung liegt in der Verkürzung und gleichzeitig häufigeren Anwendung der AbA-Formate, damit in der gleichen Zeit mehr «Messpunkte» möglich sind. Mobile Web-Applikationen können hier zusätzliche Hilfe bieten, indem sie den Prozess des Assessments unterstützen [10]. Neben der Anpassung von Frequenz und Dauer von einzelnen AbAs gilt es vor allem, deren inhaltliche

Relevanz zu erhöhen. Dazu haben sich in den letzten Jahren «Entrustable Professional Activities» (EPAs) als äusserst hilfreich erwiesen [11], weil sie den Bedingungen des klinischen Alltags besser gerecht werden [12, 13]. Für die aktuell gängige Definition des Begriffs EPA verweisen wir auf den Kasten «Definitionen». EPAs sind klar umschriebene, für das jeweilige Fachgebiet typische Aktivitäten (*professional activities*), welche im Laufe der Weiterbildung den Assistenzärztinnen und -ärzten schrittweise zur selbständigen Ausübung anvertraut werden. Für eine beobachtete EPA stellt sich die Weiterbildnerin oder der Weiterbildner die Frage: «Wie viel Beaufsichtigung wird die Assistenzärztin brauchen, wenn sie diese Aktivität morgen erneut ausführt?» Das erforderliche «Level of Supervision» wird damit zum Mass des Kompetenzniveaus, und das Bewertungsinstrument wird dementsprechend als *entrustment scale* bezeichnet [14]. Der Grad an Autonomie für die Ärztinnen und Ärzte in Weiterbildung wird so an die beobachtbare Leistung angepasst, was die individuelle Weiterentwicklung aktiv fördert.

Bei regelmässiger Einschätzung und Dokumentation der «Levels of Supervision» im Weiterbildungs-Portfolio kann der allmähliche Lernfortschritt auch graphisch sichtbar gemacht werden. Für Ärztinnen und Ärzte in Weiterbildung und Weiterbildende steigt dadurch die Transparenz, und Kompetenzlücken können erkannt werden. Auch ist dadurch beispielsweise schneller erkennbar, wer für welche Dienste eingeteilt werden kann. Wenn Einschätzung und Feedback zum Kompetenz-Fortschritt regelmässig genug gegeben werden, nimmt das Gewicht eines einzelnen Messpunktes immer weiter ab und mildert dadurch den Prüfungscharakter eines AbA. Aus der Summe aller Messpunkte kann dann trotzdem eine endgültige (*pass-fail*) Prüfungsentscheidung gefällt werden. Dadurch verändert sich das Assessment am Arbeitsplatz. Es geht nicht mehr darum, das Gelernte zu kontrollieren (*assessment OF learning*), sondern die Prüfungssituation soll zur Erweiterung der Kompetenzen bzw. zum Lernen verwendet werden (*assessment FOR learning*) [15]. Dieses Konzept wird als «Programmatic Assessment» bezeichnet [16]. Zentral für ein echtes «Programmatic Assessment» ist die gelebte Kulturänderung, die von Lernenden und Supervidierenden gemeinsam getragen werden muss. Denn seitens der Lernenden ist eine aktive Haltung, Feedback einzufordern, unabdingbar [17]: Die Ärztinnen und Ärzte in Weiterbildung müssen damit vermehrt Verantwortung für ihre Weiterbildung übernehmen.

Spätestens an dieser Stelle ist es wichtig, auf die Teaching-Kompetenzen der Weiterbildenden einzugehen: Die bisherigen Ausführungen zeigen klar, dass

## Definitionen

### Kompetenz

Eine beobachtbare Fähigkeit einer medizinischen Fachkraft, die mehrere Komponenten wie Wissen, Fertigkeiten, Werte und Einstellungen umfasst.

### Entrustable Professional Activity EPA

Eine «EPA» (eine anvertraubare berufliche Tätigkeit) ist eine Einheit der beruflichen Kompetenz, die einem Auszubildenden vollständig übertragen werden kann, sobald er oder sie zeigen konnte, dass er oder sie die Befähigung zur unbeaufsichtigten Ausführung dieser Tätigkeit hat.

gutes Teaching keine Frage von zufällig vorhandenem Talent ist, sondern ganz einfach gelernt – und geübt – werden muss. Das SIWF bietet dafür seit einigen Jahren sogenannte «Teach-the-Teacher»-Kurse in Zusammenarbeit mit dem Royal College of Physicians of London an, inzwischen auch in französischer und deutscher Sprache mit Schweizer Instruktorinnen und Instrukto- ren.

In den bisherigen Abschnitten haben wir den Weg einer zeitgemässen Weiterbildungspraxis skizziert. Im kommenden Abschnitt möchten wir uns noch den Zielen der ärztlichen Bildung widmen. Das oben bereits erwähnte CanMEDS-Rollenmodell beschreibt umfassend die Kompetenzen der «guten Ärztin» bzw. des «guten Arztes».

## Rollenmodell für ärztliches Handeln

Alle Weiterbildungsprogramme in der Schweiz stützen sich auf das CanMEDS-Modell («Canadian Educational Directives for Specialists»), das in den 1990er Jahren in Kanada entwickelt wurde [4]. Auch der nationale Lernzielkatalog für das Medizinstudium in der Schweiz (PROFILES [18]) bezieht sich ausdrücklich auf das CanMEDS-Modell. Das Modell beinhaltet sieben Rollen, welche die ärztliche Tätigkeit in ihrer ganzen Breite beschreiben. Eine eingängige Graphik zeigt die Rollen als einander überlappende Blütenblätter, in deren Mitte der «Medical Expert» als Schnittmenge aller Rollen steht (s. Abb. 1). Das CanMEDS-Modell wurde 2015 um drei fundamentale und rollenübergreifende Themen erweitert [1]: «Patient Safety», «Interprofessionalism» und «Accountability for the Continuity of Care» (was auch als «Patientenzentrierung» zu verstehen ist). CanMEDS 2015 stellt dadurch die Verantwortung der Ärztin/des Arztes gegenüber dem Individuum (Patientin bzw. Patient) und der Gesellschaft (Gesundheitssystem) noch stärker in den Vordergrund.

Der Reiz des CanMEDS-Rollenmodells liegt darin, dass es die ganze Breite des ärztlichen Handelns mit einem einfachen Modell abbildet. Es verdeutlicht, dass die

«gute Ärztin» weit mehr benötigt als Fachwissen und handwerkliches Geschick. Die Weiterbildung muss daher ausdrücklich auch die vermeintlich weniger wichtigen Rollen einschliessen, die um den «Medizinischen Experten» herum angeordnet sind. Dazu gehören beispielsweise kommunikative Fähigkeiten oder auch ärztliches Handeln im ethischen Kontext. Die Vermittlung solcher Kompetenzen kann in formellen Kursen erfolgen, aber auch als explizites Teaching am Arbeitsplatz. Den Weiterbildenden kommt dabei eine wichtige Vorbildfunktion zu.

Das CanMEDS-Modell [1] schliesst stattdessen auch den Aspekt des lebenslangen Lernens mit ein und thematisiert ausdrücklich die Fortbildung und die Gestaltung des Karriereausklangs. Die Notwendigkeit der kontinuierlichen, möglichst selbstgesteuerten Fortbildung ergibt sich schlüssig aus Daten, welche die Veränderung von Kompetenzniveaus im Verlauf des Arbeitslebens aufzeigen [19], sowie aus weiteren Daten, die zeigen, dass regelmässige berufliche Fortbildung mit besserer Arbeitsleistung assoziiert ist [20]. Die Fortbildung im Sinne des «Continuous Professional Development» (CPD) wird damit zu einer weiteren ärztlichen Kernkompetenz, die das ärztliche Handeln in einer hohen Qualität langfristig ermöglicht [21].

## Fazit

Kompetenzbasierte ärztliche Weiter- und Fortbildung ist der am besten zielführende Weg zur Entwicklung und Aufrechterhaltung einer hohen ärztlichen Kompetenz und Behandlungsqualität. Sie erhöht die Transparenz für die eigentlichen Lernziele für Assistenzärztinnen und -ärzte *und* für die Weiterbildenden. Einschätzungen der «Anvertraubarkeit» für «Entrustable Professional Activities» zeichnen den Pfad der beruflichen Entwicklung nach und unterstützen in be-

sonderer Weise die Autonomieentwicklung der Weiterzubildenden. Als umfassendes Rahmenwerk für exzellentes ärztliches Handeln ist das CanMEDS-Modell in der Schweiz eingeführt und bereits in der ärztlichen Ausbildung etabliert.

## Bildnachweis

Akram Huseyn / Unsplash

## Literatur

- 1 CanMEDS Framework 2015: <https://www.royalcollege.ca/rcsite/canmeds/canmeds-framework-e>
- 2 Norcini JJ, Blank LL, Duffy PD, Fortna GS. The mini-CEX: a method for assessing clinical skills. *Ann Intern Med.* 2003;138:476–81.
- 3 Loerwald AC, Lahner FM, Nouns ZM, et al. The educational impact of Mini-Clinical Evaluation Exercise (Mini-CEX) and Direct Observation of Procedural Skills (DOPS) and its association with implementation: A systematic review and meta-analysis. *PLoS One.* 2018;13(6):e0198009.
- 4 Frank JR, Snell LS, ten Cate O, et al. Competency-based medical education: theory to practice. *Med Teach.* 2010;32:638–45.
- 5 Morcke AM, Dornan T, Eika B. Outcome (competency) based education: an exploration of its origins, theoretical basis, and empirical evidence. *Adv Health Sci Educ Theory Pract.* 2013;18:851–63.
- 6 Johnson CE, Keating JL, Molloy EK. Psychological safety in feedback: What does it look like and how can educators work with learners to foster it? *Med Educ.* 2020;54:559–70.
- 7 Watling CJ, Ginsburg S. Assessment, feedback and the alchemy of learning. *Med Educ.* 2019;53:76–85.
- 8 Bindal T, Wall D, Goodyear HM. Trainee doctors' views on workplace-based assessments: are they just a tick box exercise? *Med Teach.* 2011;33:919–27.
- 9 Sabey A, Harris M. Training in hospitals: What do GP specialist trainees think of workplace-based assessments? *Educ Prim Care.* 2011;22:90–9.
- 10 Ferenchick GS, Solomon D, Foreback J, et al. Mobile technology for the facilitation of direct observation and assessment of student performance. *Teach Learn Med.* 2013;25:292–9.
- 11 Ten Cate O. Entrustability of Professional Activities and Competency-Based Training. *Med Educ.* 2005;39:1176–7.
- 12 Breckwoldt J, Beckers S, Breuer G, Marty A. Entrustable professional activities: Ein zukunftsweisendes Konzept für die ärztliche Weiterbildung. *Anaesthesist.* 2018;67:452–7.
- 13 Jonker G, Hoff RG, ten Cate OT. A case for competency-based anaesthesiology training with entrustable professional activities: an agenda for development and research. *Eur J Anaesthesiol.* 2015;32:71–6.
- 14 Ten Cate O, Schwartz A, Chen HC. Assessing Trainees and Making Entrustment Decisions: On the Nature and Use of Entrustment-Supervision Scales. *Acad Med.* 2020;95:1662–9.
- 15 Schuwirth LW, van der Vleuten CP. Programmatic assessment: from assessment of learning to assessment for learning. *Med Teach.* 2011;33:478–85.
- 16 Van der Vleuten CP, Schuwirth LW. Assessing professional competence: from methods to programmes. *Med Educ.* 2005;39:309–17.
- 17 Teunissen PW, Stapel DA, van der Vleuten C, Scherpbier A, Boor K, Scheele F. Who wants feedback? An investigation of the variables influencing residents' feedback-seeking behavior in relation to night shifts. *Acad Med.* 2009;84:910–7.
- 18 Nationaler Lernzielkatalog PROFILES: <https://www.profilesmed.ch/>
- 19 Choudhry NK, Fletcher RH, Soumerai SB. Systematic review: The relationship between clinical experience and quality of health care. *Ann Int Med.* 2005;142:260–73.
- 20 Wenghofer EF, Marlow B, Campbell C, et al. The relationship between physician participation in continuing professional development programs and physician in-practice peer assessments. *Acad Med.* 2014;89:920–7.
- 21 Lockyer J, Bursley F, Richardson D, et al.; ICBME Collaborators. Competency-based medical education and continuing professional development: A conceptualization for change. *Med Teach.* 2017;39:617–22.

Der Autor und die Autorin: PD Dr. med. Jan Breckwoldt ist Oberarzt meV am Institut für Anästhesiologie des Universitätsspitals Zürich. PD Dr. med. Monika Brodmann Maeder ist Fachärztin für Allgemeine Innere Medizin und Präsidentin des SIWF.



Fotos:  
zVg

[jan.breckwoldt\[at\]usz.ch](mailto:jan.breckwoldt[at]usz.ch)

## Reformaktivismus trotz unerreichter Ziele

# Das BAG soll keine weiteren Kompetenzen mehr erhalten

**Felix Huber**

Dr. med., Präsident mediX schweiz

Als wäre das Bundesamt für Gesundheit (BAG) mit der Pandemie nicht schon heillos überfordert, schmiedet es ständig neue Gesetze. Es gibt aber bereits zu viele offene Baustellen. Einige davon zerstören teilweise wertvolle Institutionen, die über Jahre Pionierarbeit geleistet haben. Der unselige Aktivismus des BAG verursacht immense Kosten – es sollte dringend über die Bücher und etliche missglückte Projekte neu aufsetzen.

Die Liste der gescheiterten und unerledigten Projekte im BAG ist lang. Trotzdem wird mit einem noch nie dagewesenen Reformeifer und einer überhandnehmenden, lähmenden Bürokratie im gleichen Stil weitergemacht. Ganz wie Mark Twain schrieb: «Als wir unser Ziel aus den Augen verloren hatten, verdoppelten wir unsere Anstrengungen.» Es ist geradezu traurig mitanzusehen, was damit alles zerstört wird, während gute und dringend nötige Initiativen wie EFAS oder ein

zeitgemässer Tarif im ambulanten Bereich nicht vorankommen oder sogar ausgebremst werden.

### Untaugliches Qualitätsgesetz

Wir haben ein neues Qualitätsgesetz, das komplett an der Realität vorbei absolut unrealistische Vorgaben zur Qualitätsverbesserung macht. Die Experten in der Eidgenössischen Qualitätskommission quälen sich seit Monaten mit den Vorgaben und Auflagen, die einfach nicht praktikabel sind. Die seltsame Fokussierung auf Qualitätsprojekte zerstört die Mehrheit der langjährigen Qualitätsinitiativen in der Schweiz. Das erste Resultat dieser fehlgeleiteten Aktion ist die Paralyse der Stiftung für Patientensicherheit. Sie wird leider stillschweigend untergehen. Das neue Qualitätsgesetz ist das eindrucklichste Beispiel dafür, wie das Eidgenössische Departement des Innern (EDI) und das BAG aus einer gut gemeinten, parlamentarischen Initiative zur Qualitätssicherung in der Medizin ein untaugliches, bürokratisches Monster konstruiert haben. Die Bilanz ist katastrophal. Dieses Gesetz und die Verordnung dazu gehören in die Totalrevision, bevor auch nur das erste Projekt zur nachzuweisenden Qualitätsverbesserung startet. Die gesprochenen 45 Millionen für die nächsten drei Jahre kann man sinnvoller einsetzen.



Das BAG: zu viele Projekte und zu wenig Blick fürs Wesentliche?

### Nutzloses EPD

Wir haben ein weiteres Monster beim elektronischen Patientendossier (EPD), das nie funktionieren wird. Der Bundesrat gesteht in seinem Bericht vom 11. August 2021 erhebliche Umsetzungsprobleme ein und be-

kräftigt: Das EPD wird im Verlauf des Jahres 2021 schrittweise flächendeckend eingeführt. Davon haben wir bis jetzt gar nichts bemerkt. Das EPD ist komplett falsch aufgesetzt und wird nie funktionieren. Ein chaotisches Archiv an PDF-Dokumenten ist nutzlos und rechtfertigt diesen Aufwand nicht. Die Bevölkerung wird sich dem komplizierten Registrierungsprozedere nicht unterziehen. Auch wenn das EPD endlich bereit sein wird: Keiner wird es wollen, weil es keinen Nutzen für Patienten und Ärzte bringt. Das hindert EDI und BAG nicht daran, mit einer geradezu grotesken Sturheit weitere Mittel in diesen Rohrkrepler zu investieren. Bilanz: gescheitert, Übung sofort abbrechen; zurück an den Start und als Erstes die Leistungserbringer konsultieren, welchen Weg sie einschlagen würden.

### Elektronisches Impfdossier ohne Zukunft

Das elektronische Impfdossier, meineimpfungen, vom BAG mit jährlich CHF 950 000 und zwei Stiftungsräten unterstützt, ist aus Datenschutzgründen 2021 eingestellt worden. Eine Nachfolgelösung soll über das EPD erfolgen. Das wird dann leider auch ein potemkinsches Dorf bleiben und nie zur Anwendung kommen. Bilanz: Übung sofort abbrechen und eine neue Trägerschaft aufsetzen.

### SMB eingestellt, BAG-Ersatz gescheitert

Das Swiss Medical Board (SMB), eine Initiative der kantonalen Gesundheitsdirektionen, hat seit 2008 eine lange Liste von aufsehenerregenden Publikationen zur medizinischen Überbehandlung in der Schweiz veröffentlicht. EDI und BAG haben es nun geschafft, das Swiss Medical Board abzuhalftern und das Health Technology Assessment (HTA) seit 2015 selber in die Hand zu nehmen. Das SMB hat seine Tätigkeit Ende 2021 eingestellt. Die HTA-Abteilung des BAG hat ein jährliches Budget von rund fünf Millionen Franken mit acht Vollzeitstellen. Seit fünf Jahren ist kein einziger nennenswerter Bericht publiziert worden. Bilanz: gescheitert, sofort aufhören und neue Trägerschaft ermöglichen.

### Veraltetes Meldewesen

Die Digitalisierung des Meldewesens kommt im BAG nicht voran. Nachdem das BAG im Oktober 2020 das Faxgerät abstellte, gab es kein differenziertes Meldewesen mehr. Zwar fehlten dadurch für die Festlegung der Covid-Massnahmen wichtige Informationen wie zum Beispiel, wo sich die Infizierten angesteckt hatten, aber immerhin musste das BAG dann die Anzahl der positiven Befunde nicht mehr mittels Papierwaage

ermitteln. Wir haben in der grössten Pandemie in der Geschichte der Schweiz keine richtigen Datensätze über die infizierten Personen – oder das BAG wertet sie nicht aus. Wir stützen uns auf den wichtigsten Parameter, die Spitaleinweisungen, aber das BAG publiziert nicht, ob die Patienten mit oder wegen Covid hospitalisiert wurden. Geschätzte 50% der positiv getesteten Patienten treten aus einem anderen Grund ins Spital ein. Das BAG wurde auch bei der Einführung der Covid-Impfungen Ende 2020 auf der digitalen Schiene total überrascht. Die Bilanz ist unglaublich und erschreckend.

### Gesundheitspolitischer Reformfuror

Man könnte diese Liste noch lange fortsetzen. Trotz völlig insuffizientem Leistungsausweis des BAG und unter dem Vorwand der Kostendämpfung lanciert Bundesrat Alain Berset weitere monströse Grossprojekte. Dabei wird man den Eindruck nicht los, dass hier gerade die Verstaatlichung des Schweizer Gesundheitswesens geplant wird. Mit dem Massnahmenpaket 2 will Berset eine radikale Umstellung der schweizerischen Gesundheitsversorgung realisieren und greift die beiden naiven und propagandistischen Kostendämpfungsinitiativen der Mitte und der SP als willkommenen Steilpass für ein Globalbudget auf. All dies sind Massnahmen ohne die geringste Chance auf Akzeptanz der Bevölkerung und würde zu noch viel mehr bürokratischer Absurdität führen.

Würden Sie nun dem EDI/BAG weitere neue und weitreichende Kompetenzen und Grossprojekte geben? Möchten Sie eine zukünftige ärztliche Tarifstruktur oder eine Kontrolle über die Einhaltung der Kostenziele dem BAG übertragen? Wir dürfen dem EDI bzw. dem BAG keine einzige weitere neue Kompetenz mehr überlassen. Denn vorher müssen sie ihre Hausaufgaben machen:

- EFAS einführen;
- TARDOC genehmigen;
- HTA neu aufsetzen;
- Digitalen Impfpass vom EPD entkoppeln und auf neuer Basis entwickeln lassen;
- Digitalisiertes Meldewesen aufbauen;
- EPD in jetziger Form verwerfen und neu lancieren;
- Umsetzung Qualitätsgesetz zurück auf Feld eins/ an den Start;
- **Monströse neue Baustellen einfach einstellen: Massnahmenpaket 2, Globalbudget und Kostenziele ersatzlos streichen und die beiden Parteiinitiativen in der Volksabstimmung ohne indirekte Gegenvorschläge ablehnen lassen.**

**Bildnachweis**  
BP Miller / Unsplash

# Personalien

## Todesfälle / Décès / Decessi

*Jacqueline Tscholl-Ducommun* (1947),  
† 12.12.2021,

Fachärztin für Endokrinologie/Diabetologie  
und Fachärztin für Allgemeine Innere  
Medizin, 8400 Winterthur

*Edouard Gugler* (1930), † 7.1.2022,  
Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin,  
3122 Kehrsatz

*Ulrich Graf* (1944), † 14.1.2022,  
Facharzt für Physikalische Medizin und Reha-  
bilitation und Facharzt für Rheumatologie,  
4144 Arlesheim

*Markus Friedli* (1950), † 20.1.2022,  
Facharzt für Kinder- und Jugendpsychiatrie  
und -psychotherapie, 8004 Zürich

## Praxiseröffnung / Nouveaux cabinets médicaux / Nuovi studi medici

### GE

*Sylvain Terraz*,  
Spécialiste en radiologie, FMH,  
Av. Jacob-Daniel Maillard 3, 1217 Meyrin

## Ärztegesellschaft des Kantons Bern

### Ärztlicher Bezirksverein Bern Regio

Zur Aufnahme als ordentliches Mitglied  
haben sich angemeldet:

*Mathias Abegg*, Facharzt für Ophthalmologie,  
FMH, Onovis, Bollwerk 19, 3011 Bern

*Helene Buffat*, Fachärztin für Allgemeine  
Innere Medizin, FMH, Weltpoststrasse 16,  
3015 Bern

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

## Ärztegesellschaft des Kantons Luzern

### Zur Aufnahme in unsere Gesellschaft Sektion Stadt haben sich gemeldet:

*Florian Schleich*, Facharzt für Radiologie,  
FMH, Radiologie Luzern AG, Zihlmattweg 46,  
6005 Luzern

*Barbara-Wettstein-Ling*, Fachärztin für  
Plastische, Rekonstruktive und Ästhetische  
Chirurgie, FMH, W Plastic Surgery, St. Anna  
im Bahnhof, Zentralstrasse 1, 6003 Luzern

### Zur Aufnahme in unsere Gesellschaft Sektion Gäu hat sich gemeldet:

*Friedrich Blumberg*, Facharzt für Pneumologie  
und Facharzt für Kardiologie und Facharzt  
für Allgemeine Innere Medizin, Luzerner  
Kantonsspital 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

## Gesellschaft der Ärztinnen und Ärzte des Kantons Solothurn

### Zur Aufnahme als ordentliche Mitglieder haben sich angemeldet:

*Peter Bertke*, Facharzt für Allgemeine Innere  
Medizin und Facharzt für Nephrologie,  
Solothurner Spitäler AG, Schöngrünstr. 42,  
4500 Solothurn

*Ajet Hyseni*, Facharzt für Allgemeine Innere  
Medizin, FMH, Ärztezentrum Balsthal AG,  
Bahnhofstr. 1, 4710 Balsthal

*Luka Mitrovic*, Facharzt für Allgemeine Innere  
Medizin, FMH, Monvia AG, Frohburgstr. 4,  
4600 Olten

*Christian Prünthe*, Facharzt für Ophthalmolo-  
gie, FMH, Facharzt für Ophthalmochirurgie,  
Vue Augenzentrum, Kapellenstr. 33,  
2540 Grenchen

*Katharina Valerie Rüther-Wolf*, Fachärztin  
für Gynäkologie und Geburtshilfe, FMH,  
Solothurner Spitäler AG, Schöngrünstr. 42,  
4500 Solothurn

*Wulf Daniel Winkler*, Facharzt für Allgemeine  
Innere Medizin und Facharzt für Gastroente-  
rologie, Gastro-Praxis Winkler, Spitalstr. 38,  
4226 Breitenbach

*Cornelia Zosso*, Fachärztin für Chirurgie und  
Fachärztin für Allgemeine Innere Medizin,  
FMH, Ärztezentrum Biberist AG, Zentrum-  
weg 6+8, 4562 Biberist

Einsprachen gegen diese Aufnahmen sind  
innerhalb 14 Tagen nach der Publikation  
schriftlich und begründet bei den Co-Präsi-  
denten der Gesellschaft der Ärztinnen und  
Ärzte des Kantons Solothurn, GAESO,  
Postfach 332, 4502 Solothurn, einzureichen.

## Ärztegesellschaft Thurgau

### Die Ärztegesellschaft Thurgau informiert über folgende Neuanmeldung:

*Efdal Yörük*, Facharzt für Ophthalmologie,  
FMH, Seestrasse 115 b, 9326 Horn



National Cancer Institute / Unsplash

Forderung nach einer integrativeren Arbeitsweise und grösserem Impact

# Blick auf die klinische Forschung

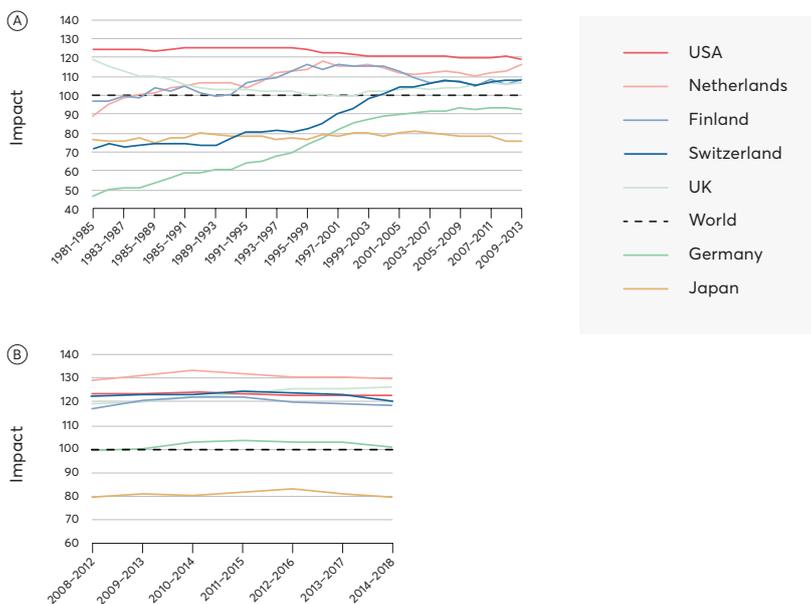
Myriam Tapernoux<sup>a</sup>, Claudio L. A. Bassetti<sup>b</sup>

<sup>a</sup> PhD, Leiterin Ressort Wissenschaft SAMW; <sup>b</sup> Prof. Dr. med., Präsident Arbeitsgruppe «White Paper Clinical Research»

Der Nutzen der durch öffentlichen Gelder finanzierten klinischen Forschung für die Gesellschaft ist in der Schweiz noch nicht gross genug. Welche Veränderungen sind notwendig, um die Zersplitterung der Aktivitäten zu verringern und die multidisziplinäre Zusammenarbeit zu fördern? Die Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissenschaften (SAMW) hat kürzlich ein *White Paper* mit sieben Zielen veröffentlicht. Eines davon ist der Aufbau einer nationalen Koordinationsplattform, die Akteure vereinen und den Impact der klinischen Forschung stärken soll.

Die klinische Forschung galt im internationalen Vergleich (Bühler und Burri, SWR, 1992; SWTR Schrift 3, 2002) und in Bezug auf die Qualität der hiesigen biomedizinischen Forschung und des Gesundheitssystems insgesamt lange Zeit als Problemkind in der Schweiz. In den vergangenen 20 Jahren war sie Gegenstand zahlreicher öffentlicher Initiativen und gezielter Programme, um ihre Rahmenbedingungen zu verbessern. Das Ergebnis dieser Bemühungen zeigt sich unter anderem an der Wirkung von Schweizer Publikationen in der klinischen Forschung im Vergleich zu den in diesem Bereich führenden Nationen (Abb. 1). Der Schweizerische Nationalfonds (SNF) hat einen entscheidenden Beitrag geleistet zur finanziellen

Förderung des Nachwuchses in der akademischen und klinischen Medizin (spezifische Programme für die Medizin, Karriereförderinstrumente, Protected Research Time for Clinicians), zur Durchführung von Longitudinalstudien und unabhängigen klinischen Studien (Investigator Initiated Clinical Trials [IICT]) sowie zum Aufbau der Clinical Trial Units (CTUs), der Swiss Clinical Trial Organisation (SCTO) und der Swiss Biobanking Platform (SBP). Um die Entwicklung von Infrastrukturen und die Vereinheitlichung von Standards für die Verwendung von gesundheitlichen Daten für die Forschung voranzutreiben, finanziert der Bund bis Ende 2024 das Swiss Personalized Health Network (SPHN).



**Abbildung 1:** Entwicklung des Impacts von Schweizer Publikationen in der klinischen Medizin im Vergleich zu in diesem Bereich führenden Nationen zwischen 1981–2013 (A) und 2008–2018 (B). Siehe *White Paper*, S. 9. Quelle: SBFI 2020, Clarivate Analytics Data.

Ihrerseits haben Universitäten, medizinische Fakultäten, Spitäler und deren Forschungseinrichtungen Mittel für die Professionalisierung der Forschung und die Nachwuchsförderung eingesetzt, dies z.B. mit der Einführung neuer MD-PhD-Programme in klinischer Forschung und öffentlicher Gesundheit. Dank öffentlich-privater Partnerschaften haben sie darüber hinaus Zentren für Translationale Forschung ins Leben gerufen, um die Verbindung von Bioengineering und Medizin zu stärken (darunter das sitem-insel in Bern, das Wyss Translation Center in Zürich und das Wyss Center in Genf). Ebenso haben die Institutionen des ETH-Bereichs 2017 die Entwicklung von Technologien für den Gesundheitsbereich zu einem strategischen und finanziellen Schwerpunkt erklärt: via Personalized-Health-and-Related-Technologies-Initiative (PHRT), interdisziplinäre Projekte und durch die Ausbildung des Forschungsnachwuchses.

### Es gibt noch viel zu tun

Trotz aller Bemühungen gibt es weiterhin Mankos. Die Erfolgsquote von Projekten der klinischen Forschung ist

im Vergleich zu den beim SNF eingereichten Gesuchen für nicht-klinische Projekte niedriger (Abb. 2); die Anzahl der klinischen Forschenden mit Kompetenzen in datenbasierter Forschung, die gelernt haben, klinische Studien zu konzipieren und zu begleiten, bleibt unzureichend; es mangelt an Förderung von Interdisziplinarität und diversen Profilen für die klinische Forschung der Zukunft. Patientinnen und Patienten werden bislang nur selten bei der Festlegung der Prioritäten, des Designs, des Outcomes (Patient Reported Outcome Measures [PROMs]) und der Finanzierung klinischer Studien miteinbezogen. Zudem werden die tatsächlichen Bedingungen von Patientinnen und Patienten sowie Klinik in der Forschung nicht ausreichend berücksichtigt. Schliesslich gibt es zu wenige Partnerschaften mit der Industrie und keine hinreichende Unterstützung des langen Prozesses von den Forschungsergebnissen bis zur konkreten Anwendung zum Vorteil der Patientinnen und Patienten.

Das im Auftrag des Staatssekretariats für Bildung, Forschung und Innovation (SBFI) von einer Expertengruppe unter der Leitung von Prof. Claudio Bassetti erarbeitete «White Paper Clinical Research» analysiert die wichtigsten Faktoren, die die klinische Forschung verändern, und identifiziert Schwachstellen und Redundanzen in der aktuellen Forschungslandschaft. Das Dokument präsentiert eine gemeinsame Vision davon, wie Ressourcen effizienter genutzt, Aktivitäten an gemeinsamen Prioritäten ausgerichtet und Herausforderungen der klinischen Forschung in unserem Land bewältigt werden können.

### Integrative klinische Forschungskultur

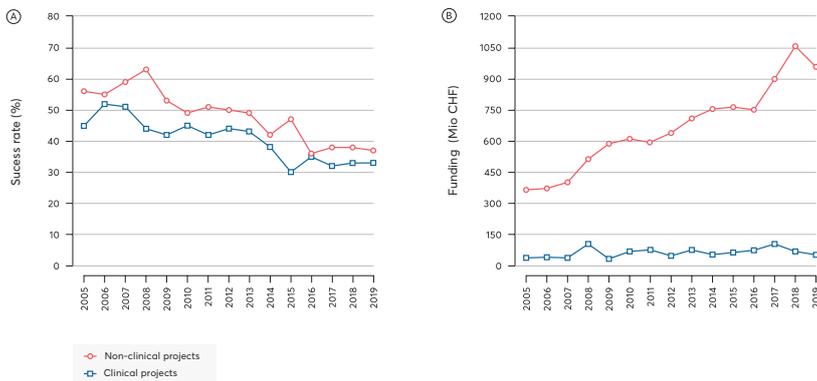
Dem *White Paper* liegt die Überzeugung zugrunde, dass gute medizinische Versorgung auf guter Wissenschaft beruht und von ihr abhängt. Es hebt hervor, dass sich die klinische Forschungskultur wandeln muss, um auf allen Ebenen integrativer zu werden. Damit Fragmentierung und Silodenken bald der Vergangenheit angehören, sind gemeinsame strategische Schwerpunkte, eine bessere Koordination und Abstimmung der Aktivitäten sowie gemeinsame (technische, gesetzliche, ethische) Standards unerlässlich.

Auf klinischer Ebene sind Ausbildung, Training, Mentoring und Förderung von klinisch Forschenden mit unterschiedlichen Profilen auf allen Karrierestufen von zentraler Bedeutung. Zudem gilt es, interdisziplinäre und interprofessionelle Teams aufzubauen, Patientinnen und Patienten und die Bevölkerung insgesamt einzubeziehen sowie die Perspektiven von Fachleuten aus Gesundheitswesen, Technologie, Wirtschaft und Industrie zu integrieren.

Die Methoden der klinischen Forschung müssen durch innovative klinische Studiendesigns, Präzisionsmedi-

### Das Wichtigste in Kürze

- Dank öffentlichen Investitionen in diverse Initiativen, Dateninfrastrukturen und Finanzierungsinstrumente hat sich die patientenorientierte klinische Forschung in der Schweiz in den vergangenen 20 Jahren verbessert.
- Dabei kam es jedoch zu Zersplitterungen und Redundanzen, die die Steuerung des Systems erschweren. Dies wurde insbesondere durch die Coronakrise verdeutlicht.
- Das «White Paper Clinical Research» der SAMW formuliert sieben Ziele und einen Aktionsplan, um die patientenorientierte klinische Forschung in der Schweiz zu stärken.
- Die erste Massnahme ist die Schaffung einer nationalen Koordinationsplattform, um die zahlreichen Akteure zusammenzubringen, Prioritäten und Verantwortlichkeiten zu klären sowie gemeinsame Aktivitäten zu unterstützen.



**Abbildung 2:** Erfolgsquote und Finanzierung von Projekten der klinischen und nicht-klinischen Forschung beim SNF. Siehe *White Paper*, S. 10. Quelle: SNF, Division Biologie und Medizin, 2020.

zin, technologische und digitale Ansätze (Digitalisierung, künstliche Intelligenz, Big Data) erweitert werden. Zur Förderung von Health Data Science und personalisierter Gesundheit in der Forschung sind erhebliche Anstrengungen auf nationaler Ebene notwendig, um datenbezogene Richtlinien zu harmonisieren, Infrastrukturen zur Erleichterung der Interoperabilität zwischen Forschungs- und klinischen Akteuren aufzubauen und den Zugang zu Daten von Bevölkerungskohorten in einem klaren rechtlichen Rahmen zu verbessern. Die steigenden regulatorischen Anforderungen müssen institutionen- und kantonsübergreifend und in Übereinstimmung mit internationalen Standards behandelt werden.

## Sieben Ziele, ein Aktionsplan

Die Ziele sind ehrgeizig. In einer Roadmap definiert das *White Paper* einen Aktionsplan mit sieben Zielen, ergänzt von einer Reihe von Massnahmen, um die Schweiz als international führendes Land in der patientenzentrierten klinischen Forschung zu etablieren:

1. Schaffung einer nationalen Plattform zur Koordination öffentlicher Akteure in der klinischen Forschung
2. Aufbau starker Partnerschaften mit der Öffentlichkeit, der Bevölkerung und den Patientinnen und Patienten
3. Förderung eines Gesundheitssystems, das die klinische Forschung systematisch integriert: *Good care comes with – and from – good science*
4. Investitionen in die Entwicklung von innovativen, dynamischen klinischen Forschungsansätzen, Designs und Technologien, die durch Digitalisierung ermöglicht werden
5. Förderung von translationalen, multidisziplinären und integrierten klinischen Forschungsteams
6. Gewährleistung eines Umfelds, das für klinische Forschung und Gesundheitsforschung attraktiv ist und sie auf allen Karrierestufen unterstützt

Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissenschaften (SAMW)  
Haus der Akademien  
Laupenstrasse 7  
CH-3001 Bern  
m.tapernoux[at]samw.ch

7. Komplexitätsreduktion bei regulatorischen und datenbezogenen Prozessen, um die Effizienz zu steigern und die Umsetzung klinischer Forschung zu beschleunigen

## Dringend nötig: Eine gemeinsame Vision

Die erste Empfehlung des *White Paper* ist der Aufbau einer nationalen Plattform, die den Austausch zwischen den öffentlichen Akteuren in der klinischen Forschung stärken und die Perspektive der öffentlichen Gesundheit einbeziehen soll. Bislang fehlt eine solche Austauschstruktur, die alle Akteure zusammenbringt und konzertierte Aktivitäten sowie eine klare Verteilung von Aufgaben und Verantwortlichkeiten ermöglicht.

Das SBFi hat die Notwendigkeit einer solchen Struktur erkannt und die SAMW als unabhängige Instanz mit dem Aufbau einer nationalen Koordinationsplattform Klinische Forschung für die BFI-Periode 2021–2024 beauftragt ([samw.ch/de/cpcr](http://samw.ch/de/cpcr)). Die Plattform wird weder eine Regulations- noch eine Kontrollinstanz sein. Sie soll prioritäre Handlungsfelder für die öffentlich finanzierte klinische Forschung definieren und Empfehlungen für die entsprechenden Entscheidungsorgane formulieren. Das Ziel sind ein effizienteres System sowie die Verbesserung von Qualität und Impact der klinischen Forschung.

Für die erfolgreiche Umsetzung der im *White Paper* präsentierten ehrgeizigen Vision ist das Engagement der staatlichen und institutionellen Akteure zwar entscheidend, jedoch nicht ausreichend. Die aktive Beteiligung aller, die von klinischer Forschung profitieren – Patientinnen und Patienten sowie die Bevölkerung als Ganzes –, und eine klare politische Unterstützung sind ebenso unerlässlich. Die Covid-19-Pandemie hat unter anderem gezeigt, dass es möglich ist, klinische Forschung effizienter, gemeinschaftlicher und schneller zu organisieren und durchzuführen.

### Zusammensetzung der Arbeitsgruppe:

Prof. Claudio Bassetti, Bern (Präsident); Prof. Murielle Bochud, Lausanne; Prof. Thierry Calandra, Lausanne; Prof. Urs Frey, Basel; Prof. Giovanni Frisoni, Genf; Prof. Antoine Geissbühler, Genf; David Haerry, Bern; Prof. Samia Hurst, Genf; PD Dr. Irène Knüsel, Bern; Prof. Christiane Pauli-Magnus, Basel; Prof. Rahel Naef, Zürich; Dr. Nicole Schaad, Bern (Gast); Prof. Daniel Scheidegger, Arlesheim; Dr. Kevin Selby, Lausanne; Prof. Roger von Moos, Chur; Prof. Stephan Windacker, Bern; Prof. Bernd Wollscheid, Zürich; Dr. Liselotte Selter, SAMW (ex officio); Dr. Myriam Tapernoux, SAMW (ex officio); Dr. Sarah Vermij, SAMW (ex officio).

Das «White Paper Clinical Research» ist in Englisch mit Zusammenfassungen in Deutsch und Französisch erhältlich. Es kann auf der SAMW-Website heruntergeladen oder kostenlos als Druckversion bestellt werden. Mehr Informationen zum *White Paper* und zur nationalen Koordinationsplattform unter: [samw.ch/klinische-forschung](http://samw.ch/klinische-forschung)

# Briefe an die SÄZ

## Kein Grund, dass es nicht funktionieren soll

Brief zu: Disler W, Rota F, Traber R, Samimi N, Seifritz E. Anordnungsmodell: ein illusionärer Dunst (mit Replik). Schweiz Ärztsztg. 2022;103(4):103–4; Berner-Hürbin A, Berner J, Rota F, Traber R, Samimi N, Seifritz E. Verzögerungsmanöver zur angeordneten Psychotherapie (mit Replik). Schweiz Ärztsztg. 2022;103(4):104.

Bei der Psychotherapie für Minderjährige gibt es seit vielen Jahren Erfahrungen mit selbstständig tätigen psychologischen Psychotherapeuten im Bereich der von der IV finanzierten Behandlungen. Bei Kindern und Jugendlichen mit gewissen Geburtsgebrechen (POS, Autismus-Spektrum-Störungen, psychische Folgen von körperlichen Geburtsgebrechen) und bei Psychotherapien mit mehr als einem Jahr Dauer, die v.a. der Eingliederung in Schule/Ausbildung dienen, erhält eine psychologische Psychotherapeutin auf Antrag eines Arztes eine Kostengutsprache für ein bis zwei Jahre für eine festgelegte Therapiefrequenz (häufig 1 Wochenstunde, es sind aber auch 2 Wochenstunden oder seltenere Termine möglich). Falls parallel dazu eine medikamentöse Therapie nötig ist, übernimmt diese die verordnende Ärztin. Nach Ablauf der Kostengutsprache kann die Therapie wenn nötig verlängert werden. Dazu braucht es einen Therapiebericht des Psychotherapeuten und einen Arztbericht.

Ich arbeite mit verschiedenen Psychologinnen seit 25 Jahren in diesem Modell zusammen. Dieses System funktioniert sehr gut und es lindert die in der Kinder- und Jugendpsychotherapie bestehende Versorgungslücke ein wenig. Ich wundere mich, dass ein analoges Modell für die Behandlung von psychisch erkrankten Minderjährigen nicht funktionieren soll, nur weil der Kostenträger statt der IV die Krankenkasse ist.

*Dr. med. Monika Diethelm-Knoepfel,  
Fachärztin Kinder- und Jugendpsychiatrie  
und -psychotherapie, Uzwil*

## Briefe

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

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

## Was selbstverständlich scheint – aber nicht ist

Brief zu: Tapernoux F, Bosshard C. Ein weiteres sinnloses Label der FMH (mit Replik). Schweiz Ärztsztg. 2022;103(3):61–2.

Kollege Tapernoux ärgert sich zu Recht über inflationäre Tendenzen bei der Schaffung von neuen Labels. Er geht davon aus, dass die Einhaltung der Regeln der Standesregeln eine Selbstverständlichkeit sei. Ich muss ihn leider enttäuschen. Nach 24 Jahren als internistischer Chefarzt, sechs Jahren Präsidium einer kantonalen Ärztesgesellschaft und im Anschluss daran ebenso viele Jahre in Ombudsfunktion habe ich erfahren müssen, dass bei einer wachsenden Zahl von FMH-Mitgliedern viele Bestimmungen der Standesordnung kaum bekannt oder toter Buchstabe sind. Dazu kommt ein externer Dilutions-Faktor: der stetig wachsende Anteil unselbständig erwerbender Ärztinnen und Ärzte, welche in Gruppenpraxen und Kliniken nicht selten einer kruden unternehmerischen Logik ausgesetzt sind. Ein Stichwort mag genügen, um das Phänomen zu beschreiben: «Incentives». Dazu gehören Leistungsanreize, welche geeignet sind, die Konzentration auf die ärztliche Aufgabe zu beeinträchtigen. Das FMH-Label «responsible practice» ist gewiss für einzeln praktizierende Grundversorger oder Spezialisten «alter Schule» nicht interessant, da gebe ich Herrn Kollege Tapernoux gerne recht. Das Label und seine neun aus der Standesordnung «destillierten» Standards dienen insbesondere in grösseren Gruppenpraxen, Praxisgruppen, Instituten und Kliniken (der Begriff «practice» gilt selbstverständlich auch für ärztliche Tätigkeit in klinischen Settings) dazu, die Wahrnehmung des FMH-Regelwerks zu wecken, den Blick für unsinnige, fachlich, ärztlich-ethisch, betriebswirtschaftlich wie gesundheitsökonomisch kontraproduktive Zielvorgaben der Unternehmensführung zu schärfen und die Resistenz und Resilienz der dort tätigen Ärztinnen und Ärzte zu stärken. Mit dem Erwerb des Labels unterstellt die Unternehmung ihre ärztlichen Mitarbeitenden der Standesordnung der FMH, selbst wenn diese mehrheitlich nicht FMH-Mitglieder sind. Gefordert werden dadurch nicht nur die Unternehmungen selbst, sondern die FMH-Basisorganisationen mit ihren Ombudsstellen, Ehrenräten und Standeskommissionen. Diese können sich schon heute nicht über Mangel an Arbeit beklagen, und wenn auch Nichtmitglieder zur «Kundschaft» hinzukommen, wird die «Auftragslage» nicht kleiner, aber das neue Label hat das Potenzial, über

eine grössere öffentliche Sichtbarkeit unserer berufsethischen Regeln deren Durchsetzung und Einhaltung zu sichern und mittelfristig auch die wachsende Beschwerde-Flut einzudämmen.

*Dr. med. Hans-Ulrich Iselin, Riehen*

## Werbeproschüre der Stiftung für Konsumentenschutz (mit Replik)

Sehr geehrte Frau Stalder, vor einigen Tagen flatterte mir eine Werbepost der Stiftung für Konsumentenschutz ins Haus. Überschrift: Unterstützen Sie unseren Kampf gegen überhöhte Krankenkassenprämien. Im Text wurde dann auf unrechtmässig überhöhte Rechnungen von Ärzten/Ärztinnen und Spitälern abgehoben, so als sei dieses Problem massgeblich für zu hohe Krankenkassenprämien verantwortlich. Man solle doch bitte den Konsumentenschutz unterstützen, der als Einziger gegen dieses Übel kämpft und die Interessen der Bevölkerung gegenüber Ärzten/Ärztinnen und Spitälern verteidigt.

Geht's eigentlich noch? Auf der Suche nach neuen Spender:innen spielen Sie die billigste und gleichzeitig infamste Karte, die es gibt. Sie unterstellen einen ganzen Berufsstand dem Generalverdacht des systematischen Abrechnungsbetrugs. Nirgends ein Wort darüber, dass es diesen Betrug zwar gibt, dass er sich aber im absoluten Promillebereich bewegt. Nirgends ein Hinweis darauf, dass die Krankenkassenprämien selbst dann, wenn man den Betrug komplett abstellen könnte, allenfalls um wenige Promille sinken würden (also um ein paar Franken pro Familie und Jahr).

Ich gehe davon aus, dass Sie selbstverständlich die Faktoren, die massgeblich für die Steigerung der Gesundheitskosten verantwortlich sind, genau kennen. Aber mit Hinweisen auf Demografie, Lebenserwartung, neue Technologien und Anspruchshaltung von Patient:innen gewinnt man natürlich keine neuen Spender:innen. Ärzte/Ärztinnen am Pranger machen sich da viel plakativer. Ich empfinde Ihre Broschüre als Schlag ins Gesicht.

Wenn Sie sich schon so vehement gegen Betrug einsetzen, dann erwarte ich, dass Sie Ihre Erfolge bei Aufklärung und Strafverfolgung transparent machen, die schwarzen Schafe aus dem Verkehr ziehen und den Rest meiner Kolleg:innen mit dem Dank und dem Respekt behandeln, den wir verdienen. Viel-

leicht ist Ihnen noch der Slogan der Pflegeinitiative in Erinnerung: «Klatschen allein reicht nicht.» Es wäre höchste Zeit, sich zu schämen.

*Dr. med. Stefan Graf, Oppligen*

### Replik auf «Werbebrochure der Stiftung für Konsumentenschutz»

Sehr geehrter Herr Dr. med. Graf

Dass es sich bei ungerechtfertigt hohen Abrechnungen von Leistungserbringern um ein reales, massives und weit verbreitetes Problem handelt, haben die Eidgenössische Finanzmarktaufsicht FINMA [1], der Preisüberwacher [2] und der Bundesrat [3] jüngst festgestellt. Ein Beispiel: Laut dem Preisüberwacher verursachen privatversicherte Patienten Zusatzkosten von durchschnittlich rund 1800 Franken, die Spitäler stellen aber fast 9000 Franken in Rechnung. Auch die FINMA hat Haarsträubendes aufgedeckt. Etwa Tarifverträge, welche automatisch zu ungerechtfertigt hohen Honoraren führen, oder den Fall eines Patienten, über dessen Zusatzversicherung 40 Ärztinnen und Ärzte ohne Begründung Honorarrechnungen gestellt haben. Die Kosten für all diese Machenschaften zahlen die Patientinnen und Versicherten. Die aufgedeckten Fälle zeigen, dass die Kontrolle durchwegs versagt hat: Ärztinnen, Ärzte und Spitäler, Krankenkassen sowie die Aufsicht von Bund und Kantonen schauen viel zu wenig genau hin. Selbstverständlich wäre auch die Kontrolle durch Patientinnen und Patienten wichtig. Solange aber Arzt- und Spitalrechnungen für Laien derart unverständlich sind und die Pflicht zur Rechenkopie von vielen Leistungserbringern ignoriert wird, ist dies schlicht unmöglich.

Wenn alle Kontrollen versagen, ist es die Aufgabe des Konsumentenschutzes, aktiv zu werden. Wir haben zahlreiche Hinweise auf ungerechtfertigt hohe Abrechnungen erhalten, prüfen diese und zeigen fehlbare Ärzte und Leistungserbringer bei den Behörden an. Eine erste kürzlich eingereichte Strafanzeige richtet sich gegen Ärztinnen und Ärzte des Rheumatologiezentrums an der Hirslanden Klinik im Park [4].

Dass Sie die Vorwürfe an Ihren Berufsstand ungerecht finden, kann ich nachvollziehen. Selbstverständlich rechnen viele Ärztinnen und Ärzte korrekt ab. Umso mehr sollte sich dieser Teil der Ärzteschaft darum bemühen, dass fehlbare Leistungserbringer nicht ungeschoren davonkommen – denn diese schaden dem ganzen Gesundheitssystem, nicht nur den Patientinnen und den Versicherten.

*Sara Stalder, Geschäftsleiterin Stiftung für Konsumentenschutz*

PS: Der Konsumentenschutz ist unabhängig von Unternehmen und Politik und deshalb auf Kleinstspenden und Gönnerbeiträge und auf die von Ihnen erwähnten Briefe [5] angewiesen.

- 1 <https://www.finma.ch/de/news/2020/12/20201217-mm-leistungsabrechnung-krankenzusatzversicherer/>
- 2 [https://www.preisueberwacher.admin.ch/dam/pue/de/dokumente/studien/akutstationaere\\_spitaltarife\\_zusatzversicherung.pdf.download.pdf/Akutstation%C3%A4re%20Spitaltarife%20im%20Zusatzversicherungsbereich\\_Bericht\\_d.pdf](https://www.preisueberwacher.admin.ch/dam/pue/de/dokumente/studien/akutstationaere_spitaltarife_zusatzversicherung.pdf.download.pdf/Akutstation%C3%A4re%20Spitaltarife%20im%20Zusatzversicherungsbereich_Bericht_d.pdf)
- 3 <https://www.parlament.ch/de/ratsbetrieb/suche-curia-vista/geschaeft?AffairId=20204714>
- 4 <https://www.konsumentenschutz.ch/medienmitteilungen/doppelte-abrechnungen-straftanzeige-gegen-rheumatologen-an-der-hirslanden-klinik-im-park/>
- 5 <https://www.konsumentenschutz.ch/brief-ungerechtfertigte-rechnungen/>

### Offener Brief an Frau Kollegin Yvonne Gilli

Sehr geehrte, liebe Frau Kollegin Gilli

Für Ihre selbstbewussten, klaren Stellungnahmen in Ihren Editorials möchte ich Ihnen herzlich danken. Ich erkenne eine neue mutige Meinungsbildung der FMH und Selbstvertrauen, welches man oft bei der FMH sehr vermisst hat. Sie sprechen klare Worte, sagen, wo der Schuh drückt, und Sie begründen objektiv und klar.

Die FMH war lange sehr defensiv unterwegs: Angefangen besonders bei Gesundheitsministerin Frau Dreyfuss über Herrn Couchepin, Herrn Burkhalter und zuletzt besonders bei Herrn Berset hat man demütig den Kopf eingezogen und die Interessen der Ärzteschaft nicht überzeugt und klar vertreten. Vor allem linke Politiker haben über Jahre versucht, die Ärzteschaft durch Anprangerungen von zu hohen Löhnen (plakativ an Beispielen von wenigen schwarzen Schafen) zu diskreditieren, um damit vor allem an den Ärzten, aber auch am ganzen Gesundheitswesen zu sparen. Die überwiegende Mehrheit der täglich mit grossem Einsatz, Freude und Überzeugung arbeitenden Ärzte, Grundversorger, Spezialisten und ebenso Pflegenden sind dabei unbeachtet geblieben. Man hat sich mit einer mitziehenden Medienlandschaft auf einige wenige gestürzt, um ein aktionistisches Sparprogramm vor allem auf Kosten der Ärzte, die gerade um 15% der Gesundheitskosten verursachen, durchzusetzen.

Dass damit viele sehr motivierte Gesundheitsbeschäftigte auf der Strecke geblieben sind, zeigt sich immer klarer. Dass innerhalb der FMH eine gewisse Spaltung zwischen Grundversorgern und Spezialisten entstanden ist, scheint auch Ihnen ein Dorn im Auge

zu sein, da Sie klar für eine Einigkeit der Ärzteschaft in der Schweiz plädieren, was die einzige Möglichkeit ist, den Schrumpfsparern unseres Gesundheitswesens einen klaren Riegel zu schieben. Ganz in Ihrem Sinne braucht es eine selbstbewusste, kritische, offene und wohlwollende, sich wieder auf die Grundwerte des ärztlichen Auftrags und der ärztlichen Aufgabe konzentrierte einige Ärzteschaft, die sich wehrt gegen die selber sehr grosszügig am goldenen Napf der Steuerzahler saugenden Aktionisten, die vor allem bei denen sparen wollen, die eigentlich die Last und Verantwortung der gesundheitlichen Versorgung tragen, nämlich den Ärzten und Pflegefachpersonen. Wie sich die eingesparten Betten und Intensivplätze in einer publizistisch hochgespielten Krise ausgewirkt haben, haben wir gerade in aller Deutlichkeit gesehen. Im Gesundheitswesen völlig unerfahrene Politiker und deren technokratische Berater, die sie sich als willfähige Helfer wählen, glauben, über grundlegende wichtige Gesundheitsentwicklungen entscheiden zu können, ohne die mit den wirklichen täglichen Problemen vertrauten Ärzte und Pflegenden einzubeziehen. Es braucht eine Partnerschaft zwischen Politik, Ärzten und Pflegenden und nicht eine schulmeisterliche, regulative und abstrafende Haltung von Funktionären in der Politik, die sich autokratisch gebärden. Ohne hier noch speziell auf die Corona-Krise einzugehen, sei erwähnt, dass diese sehr deutlich zeigt, wie durch das praktisch vollständige Ausgrenzen der Ärzte und Pflegenden in der Bevölkerung eine Hysterie erzeugt wurde, weil nur Politfunktionäre und deren gewählte Gesundheitstheoretiker versuchten, ein eigentlich normales und häufiges medizinisches Problem, statt mit wissenschaftlicher und ärztlicher Erfahrung und gesundem medizinischem Menschenverstand mit administrativem Zwang zu lösen. In diesem Sinne wünsche ich Ihnen und dem FMH-Vorstand weiterhin viel Mut und Kraft, Ihr Walter Schweizer.

*PD Dr. med. Walter Schweizer,  
Neuhausen am Rheinfluss*

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.



Stationsleiterin Anna Pertoldi (links) und Eva Balmer, Oberärztin und Fachliche Leiterin der Palliativstation des Claraspitals in Basel, setzen bei der Behandlung schwer Erkrankter auf Interprofessionalität.

# Gemeinsam für mehr Lebensqualität

**Eva Mell**

Stellvertretende Chefredaktorin der *Schweizerischen Ärztezeitung*

Auf der Palliativstation des Claraspitals Basel arbeiten unterschiedliche Professionen eng zusammen, um die Symptome der Erkrankten zu lindern und die bestmögliche Lebensqualität zu erhalten. Weshalb die Interprofessionalität hier besonders wichtig ist – und wie sie im Berufsalltag gelebt wird. Ein Stationsbesuch.

Krebs. Weit fortgeschritten. In einem Körper, der noch nicht einmal die Hälfte seiner statistischen Lebenserwartung erreicht hat. Das schmerzt.

Deshalb ist die junge Frau hier, auf der Palliativstation des Claraspitals in Basel. Der Gang der acht Betten umfassenden Station ist hell, die Wände unaufdringlich pastellgrün gestrichen und mit grossformatigen Bildern verziert: Ein dicker, dunkelbrauner Stamm schiebt sich auffallend schräg in die Höhe. Droht er umzustürzen? Neben ihm leuchtet ein Licht, das ihn sanft zu halten scheint. Eva Balmer, Oberärztin und Fachliche Leiterin der Palliativstation, tritt aus einem Büro. Es ist Zeit für die morgendliche interprofes-

nelle Besprechung des Kernteams, bestehend aus Ärztinnen, Ärzten und Pflegenden.

«Die Patientin hat körperliche Schmerzen. Aber auch die Auseinandersetzung mit ihrer Situation schmerzt sie. Sie ist noch dabei, anzukommen und sich an uns zu gewöhnen», berichtet eine Pflegefachfrau. Das Pflege-team hat eine besonders intensive Beziehung zu den Patientinnen und Patienten und hat deshalb Informationen, die für die Behandlung oft wichtig sind. «Wie geht es ihr heute?», fragt Eva Balmer und meint damit nicht nur den körperlichen Zustand der Patientin. Denn der Schmerz, der hier auf der Palliativstation gelindert werden soll, ist mehr als ein körperliches Symptom.

## Physischer und psychischer Schmerz

Schmerz hat viele Gesichter. Und es braucht viele Gesichter, um ihm entgegenzutreten. «Als Medizinerin bin ich auf die medikamentöse Behandlung von Schmerz spezialisiert», erklärt Eva Balmer ihre Position im interprofessionellen Gefüge. Im Normalfall schützen uns Schmerzen. Sie zeigen, dass es eine Gefahr gibt, dass der Körper belastet, bedroht oder sogar zerstört wird.

### Schmerz hat viele Gesichter. Und es braucht viele Gesichter, um ihm entgegenzutreten.

Im besten Fall genügen medizinische Handlungen, die sich auf den körperlichen Schmerz beschränken, um ihn zu vertreiben. Die Bedrohung wird eliminiert, das Problem gelöst, der Schmerz verschwindet. Doch bei einer tödlichen Krebsdiagnose ist es komplizierter. «Die Ohnmacht, in der sich Patientinnen, Patienten und Angehörige aufgrund einer Krebsdiagnose befinden, kann einen seelischen Schmerz verursachen, der körperlich spürbar wird», sagt David Hutter, Oberarzt auf der Palliativstation.

Ein Entweder-oder zwischen physischem und psychischem Schmerz, ein Leiden, das schlimmer ist als das andere, gibt es nicht. «Seelischen und körperlichen Schmerz können wir nicht gegeneinander ausspielen», sagt Andreas Dörner, Leiter Psychologische Dienste am

Claraspital und Teil des interprofessionellen Teams auf der Palliativstation. Werde auch der seelische Schmerz behandelt, könne das die Wirkung von medizinischen Schmerzmitteln potenzieren.

Die Beispiele aus dem Behandlungsspektrum der Psychologischen Dienste sind einleuchtend: Die Musiktherapie kann die Atmung verbessern, dadurch Spannungen lösen und das körperliche Wohlergehen verbessern. Und genau wie die Kunsttherapie hilft sie den Patientinnen und Patienten bei der Erkenntnis, dass es auch im Endstadium einer Krebserkrankung mehr gibt als den Schmerz. «Die Menschen merken, ich kann hier etwas tun und heilsame Orte in mir erkunden», sagt die Kunsttherapeutin Lucia Stäubli. Andreas Dörner fasst zusammen: «Schmerz ist ein Zustand, in dem ich mich befinde. Sobald ich in der Lage bin, auch noch andere Zustände zu sehen, wird er flexibler.»

## Wo die Fäden zusammenlaufen

15 Uhr: Im Aufenthaltsraum der Palliativstation findet die wöchentliche interprofessionelle Besprechung mit dem erweiterten Team statt. Hier werden alle Fälle in grosser Runde besprochen. Dazu gehören neben dem Kernteam aus Ärztinnen, Ärzten und Pflegenden auch Mitarbeitende aus der Physiotherapie, der Seelsorge, dem Case Management und der Psychologischen Dienste. An diesem Donnerstag sind zehn Personen anwesend.



Blick auf den Gang der Palliativstation des Claraspitals in Basel.

Aus dem grossformatigen Bild neben dem Sitzungstisch scheinen die Sonnenstrahlen auf das Behandlungsteam zu leuchten. Schmale Baumstämme ragen gen Himmel, ihre Baumkronen sind jenseits des Bildausschnitts, dafür ist der Waldboden zu sehen. Von Totholz und Laub genährt wachsen neue Pflanzen. Der Schatten verschwindet nur dort vom Waldboden, wo Lichtstrahlen auftreffen. Jeder einzelne Strahl zählt.

Eva Balmer schaut in die Runde und beginnt mit dem nächsten Fall. Die junge Patientin mit dem weit vorgeschrittenen Krebs habe eine sehr komplexe Schmerzsituation. «Sie realisiert, wie stark die Krankheit in ihr Leben eingreift», sagt die Ärztin und leitet damit über zu den psychologischen Komponenten des Schmerzes. Eine Pflegefachfrau berichtet, dass die Patientin am liebsten wieder in ihrer eigenen Wohnung leben würde; der Physiotherapeut erzählt, dass die junge Frau gern mobil und kräftig werden und in den Räumen der Physiotherapie trainieren möchte. «Aber

### «Die Ohnmacht, in der sich Patientinnen und Patienten befinden, kann seelischen Schmerz verursachen, der körperlich spürbar wird.»

selbst das Duschen tut ihr schon weh. Sie kann sich noch nicht einschätzen», kommentiert eine Pflegefachfrau. Die Kunsttherapeutin macht darauf aufmerksam, dass noch unklar sei, wie die Beziehung der Patientin zum Vater ist. Eine weitere Pflegefachfrau informiert, dass die Patientin wohl auch einen Bruder habe. Die Case Managende berichtet kurz: «Die Rente ist abgeklärt.» Und die Seelsorgerin fragt: «Soll ich abwarten? Gebt ihr mir Bescheid, falls ich kommen soll?»

Bei der interprofessionellen Besprechung wird alles zusammengeführt, was für die Behandlung der Patientinnen und Patienten und ihrer Angehörigen wichtig sein könnte. «Die Patientin beziehungsweise der Patient steht im Zentrum, aber wir ummanteln auch das Umfeld. Deshalb ist es wichtig zu wissen, ob alle Angehörigen abgeholt sind», erklärt Anna Pertoldi, Stationsleiterin der Palliativstation.

### 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.

## Spezialisierte Palliative Care am Claraspital

Die Palliativstation am Claraspital ist eine eigenständige Abteilung mit acht Betten für «Spezialisierte Palliative Care». Das heisst, es werden Patientinnen und Patienten mit unheilbaren, lebensbedrohlichen Erkrankungen in komplexen oder instabilen Krankheitssituationen behandelt. Neben körperlichen Beschwerden werden auch seelische, soziale und spirituelle Aspekte berücksichtigt. Das interprofessionelle Kernteam besteht aus Pflegefachpersonen sowie Ärztinnen und Ärzten mit spezialisierten Kompetenzen in Palliative Care. Zum erweiterten Team gehören Fachleute aus den Bereichen Psychologie, Kunst und Musiktherapie, Seelsorge, Sozialarbeit, Physiotherapie und Ernährungstherapie.

Jedes Puzzlestück ist wichtig, um den Schmerz der Betroffenen und der Angehörigen ganzheitlich zu behandeln. «Gegenüber Ärztinnen und Ärzten wollen sich Patientinnen und Patienten oft stark zeigen. Bei der Pflege suchen sie eher Trost», erklärt der Psychologe Andreas Dörner. Und dem Physiotherapeuten berichten Erkrankte von körperlichen Zielen, die sie mit Personen aus anderen Berufsgruppen nicht besprechen würden. «In der interprofessionellen Sitzung führen wir all diese Informationen zusammen», sagt Andreas Dörner, der den hohen Respekt schätzt, den alle Berufsgruppen auf der Palliativstation voneinander haben: «Wir wissen, wie wir die Stärken aller Professionen einsetzen können.»

### Jede Fachperson hat ihre Schwerpunkte

Genau darum geht es laut Eva Balmer: «Wir müssen immer wieder neu herausfinden, von welchem Spezialwissen eine Patientin oder ein Patient profitiert.» Als Fachliche Leiterin der Palliativstation halte sie das Team und die Informationen zusammen. Aber: «Niemand von uns hat mehr Gewicht als die andere Person, sondern jeder hat seine Schwerpunkte.»

Die Sitzung ist vorüber, draussen geht die Sonne unter. Auf den Bildern an den Wänden der Palliativstation scheint sie unermüdlich weiter. Ihr Licht trifft auf einen Waldweg, jeder Strahl wird an einer anderen Stelle des Wegs wichtig, um ihn sicher zu beschreiten. Auf dem Gang stehen Eva Balmer und Anna Pertoldi, tauschen sich leise miteinander aus, um anschliessend weiterzuarbeiten, dem Schmerz zu begegnen, eine jede auf ihre Weise und doch gemeinsam.

#### Bildnachweis

Einstiegsbild: zVg/Claraspital Basel; zweite Abbildung: Eva Mell



# Etre femme médecin aujourd'hui: un autre regard

**Christine Hohl Moinat**

Dre, spécialiste en médecine interne générale, médecin formatrice ForOm NVB (Nord vaudois et Broye)

Dans la culture médicale, constate l'auteure, le modèle «faire carrière» est très valorisé. Il génère toutefois des souffrances, tous genres confondus. Une part nombreuse et silencieuse de femmes médecins et quelques hommes choisissent peut-être sciemment de ne pas s'engager dans ce modèle «pervers». Pourrait-on aussi leur donner la parole?

Fin 2020 paraissait dans le *Bulletin des médecins suisses* le dossier «L'épopée des femmes médecins» [1]. Je me souviens m'être réjouie de cette lecture, notamment pour le volet historique. Je me suis cependant vite ravisée après avoir lu les quatre portraits de femmes médecins.

En préambule, j'aimerais dire deux choses. Les lignes que je vais écrire ici ne portent en aucun cas un jugement de valeur concernant les personnes présentées et leur choix, mais témoignent simplement de mon ressenti face à un constat concernant la valorisation constante du modèle «faire carrière» dans la culture médicale. Modèle générant beaucoup de souffrances

dans la communauté, tant chez les hommes et les femmes que chez les enfants.

Ensuite me vient cette question: que veut dire «faire carrière» au sens propre justement? Si ce n'est la perpétuation d'un schéma valorisant l'excellence, la performance, la norme et l'efficacité comme corollaire de l'ascension hiérarchique. Pour rappel, soulignons qu'étymologiquement le mot *carrière* est emprunté à l'italien *carriera* (XII<sup>e</sup> siècle) signifiant *chemin de chars* [2]. D'entrée de jeu, le cadre est clair: on a quitté depuis longtemps les petits sentiers de montagne sinueux qui invitent non seulement à la rêverie mais offrent aussi la possibilité de se perdre, et donc celle de se retrouver.

## Ces femmes engagées sur tous les fronts

Dans ces portraits de femme médecin, où sont donc passées mes amies et collègues Agnès, Caroline, Cécile, Céline, Déborah, Delphine, Dominique, Emilie, Fanny, Gilliane, Laure, Lucile, Maritza, Nathalie, Rosalie, Sarah et Valérie? Ces femmes qui adressent leurs soins au corps et à l'âme. Aux mains, aux yeux et au cœur. Qui endorment et réveillent petits et grands, sans oublier nos aînés. Ou encore, qui traquent les petites bêtes. Ces femmes qui élèvent en même temps un, deux, trois ou quatre enfants ou qui n'en ont pas. Ces femmes qui vivent dans des familles mono-, homo- ou hétéro-parentales. Ces femmes qui ont fait chacune le choix de s'engager autant dans leur vie professionnelle que dans leur vie de famille.

Ces femmes-là représentent tout de même la majorité des femmes médecins en exercice aujourd'hui, rappelons-le! Malheureusement, on n'en parle pas – ou très peu. En revanche, on parle du droit pour les femmes à avoir les mêmes ambitions que les hommes, à «ne pas se cantonner aux rôles intermédiaires» [3]. On parle de but à atteindre – ou pas. «Frauen, die sich immer nur zurücknehmen, um den Frieden nicht zu gefährden, werden als irrelevant abgetan und erreichen nichts» [4]. Tout est dit ou presque.

## Plus subtil et plus compliqué

En lisant ces mots, j'entends encore et toujours: s'adapter à des normes patriarcales pour pouvoir être reconnues, valorisées, entendues. En d'autres termes, les femmes ne sont les bienvenues que si elles épousent, au passage, les codes du patriarcat. Et c'est là, précisément que la colère monte vraiment. La vraie égalité pour une femme n'est pas, je crois, d'y arriver aussi bien qu'un homme. Cela fait longtemps qu'on le sait, les femmes sont tout aussi compétentes. Et elles savent

## Où sont donc passées ces femmes qui ont fait le choix de s'engager autant dans leur vie professionnelle que dans leur vie de famille?

très bien intérioriser les normes patriarcales.

C'est plus subtil et plus compliqué que cela. Il s'agit non seulement de laisser une vraie place au féminin d'une part mais aussi de donner une chance à une autre masculinité de s'épanouir. Par «autre masculinité» j'entends le contraire de «la figure du mâle pur et transcendant [qui] sera toujours là pour promettre de façon mensongère que la maîtrise et le contrôle peuvent complètement gagner sur les forces profondes de la vie et de la mort, que la nature peut être domestiquée» [5].

On pourrait aussi se souvenir, comme le rappelle l'historien Jablonka, que «défendre la justice de genre en tant qu'homme, c'est lutter contre soi-même [...] Il faut être capable de se défaire de l'éducation qu'on a reçue, des réflexes qu'on a acquis, de l'idéologie de genre qu'on s'est forgée, de l'atmosphère de tolérance qui nous entoure, jusqu'à renoncer à être ce que l'on a toujours été» [6]. Et cela passe par le courage de consentir à avoir moins de privilèges.

Mais alors, nous, femmes médecins qui ne faisons justement pas carrière au sens que j'ai défini, ne pourrions-nous pas être simplement telles que nous sommes et être entendues? Ne serait-il pas possible d'avoir voix au chapitre sans pour autant devoir jouer des coudes? Le combat à l'extérieur, pour l'avoir mené longuement, je connais bien. Non seulement on y perd des plumes mais surtout «si nous n'acceptons pas de nous confronter [d'abord] à nous-mêmes, nous risquons de reproduire le paysage de la domination dans les structures mêmes que nous créons pour combattre l'autorité» [7].

## Dire stop au «toujours mieux»

Rappelons aussi que le monde actuel vit une crise profonde et durable, crise à laquelle l'espèce humaine ne survivra peut-être pas. Et que cette situation est le fruit des choix que nous avons faits et faisons face aux sirènes du «toujours plus, toujours mieux, toujours plus loin» tant dans nos milieux professionnels que privés. Que les choses soient claires: il ne s'agit pas de défendre un retour à l'âge de pierre ou à l'idéal bourgeois de la femme au foyer, mais de dire simplement que c'en est assez de cette voie sans issue du superlatif, dictature à laquelle le modèle «faire carrière» appartient. Il serait donc grand temps d'inviter et de valoriser aussi dans nos vies professionnelles des espaces pour la créativité, la poésie, la légèreté, l'incertitude, la simplicité, l'imaginaire et l'attente. Un temps pour la contemplation. Pour tout ce qui «ne sert à rien» *a priori*. S'arrêter, regarder, écouter, ressentir ce qui se passe. Juste là, dans son corps, dans son cœur. Et réinventer ainsi une nouvelle manière d'accueillir, de vivre et de travailler ensemble. Accueillir l'intériorité dans son quotidien, c'est accueillir le féminin et le masculin multiples. Leur faire une vraie place pour leur laisser une chance d'engendrer un monde nouveau.

## Un vrai choix conscient

Ces femmes médecins qui ne font pas carrière ne le font pas toutes parce qu'elles n'en ont pas la possibilité. C'est aussi pour elles un vrai choix. Et c'est précisément

là, dans ce choix conscient du renoncement, que je les comprends entièrement, elles et quelques rares hommes. Elles et ils choisissent sans doute non seulement de ne plus se laisser maltraiter par la perversité de tout un système mais aussi de ne plus y consentir. Elles et ils s'engagent non seulement dans leur vie professionnelle mais aussi, notamment, dans la parentalité, à chaque étape. Ils ne délèguent pas à des tiers toutes les responsabilités du métier le plus difficile au monde. Ils partagent, collaborent, consolent, imaginent et rêvent ensemble au quotidien. Et recommencent encore et encore. Cette part de nos vies que l'on qualifie souvent d'ingrate et aliénante et qui l'est aussi indéniablement. Et quand bien même cet engagement-là ne fera pas avancer la science et qu'elles et ils ne seront jamais nobélisés pour avoir accompagné leurs enfants à devenir des adultes complets, heureux et compétents, il n'en reste pas moins qu'à cet endroit-là, précisément, elles et ils s'engagent directement pour que la société soit un peu plus juste et plus durable.

### Compétences acquises nulle part ailleurs

Même si faire un bricolage en rouleaux de PQ n'est pas aussi prestigieux que publier un article dans le NEJM, emprunter les sentiers sinueux de la parentalité, c'est aussi se donner la chance de développer des compétences que l'on acquiert nulle part ailleurs. Et surtout pas dans un laboratoire, ou pire, devant un écran 12 heures par jour, 6 jours par semaine, 48 semaines par an. Ces compétences acquises dans nos foyers avec leurs mille et un soubresauts de vie et de mort, sont des compétences qui peuvent être appliquées dans

notre pratique médicale. Pour créer un lien juste. Avec soi-même, un ou une patiente, un ou une collègue. Il est même probable que notre engagement quotidien avec nos enfants et nos aînés nous préserve d'être indispensables à notre patientèle. Dérive d'une posture médicale trop souvent rencontrée et très largement dommageable pour les patientes et les patients. Je terminerai simplement à nouveau avec les mots de Jablonka: «Etre féministe, c'est bien; combattre le patriarcat, c'est mieux. Par-là, on s'interdit de dominer les sexes et les genres, notamment les femmes dont la féminité est jugée conforme et les hommes dont la masculinité est jugée non conforme. Fracturé en masculinités, le masculin devient une expérience comme les autres. Qu'est-ce qu'un homme juste? Quelqu'un qui se solidarise avec les femmes, tout en se désolidarisant du patriarcat. Quelqu'un qui respecte l'égalité entre les femmes et les hommes, mais aussi entre le féminin et le masculin ainsi qu'entre les différentes masculinités. Un homme qui reconnaît la liberté des autres. Toute la liberté de tous les autres» [8]. Et c'est dans cette inclusion-là que la vie prend toute sa saveur et devient passionnante.

#### Références

- 1 Bull Med Suisses. 2020;101(45):1504–1516.
- 2 Le Robert historique de la langue française.
- 3 Rippstein J. Bull Med Suisses. 2020;101(45):1510.
- 4 Abbühl N. Bull Med Suisses. 2020;101(45):1512.
- 5 Starhawk. Rêver l'obscur. Femmes, magie et politique. Ed. Cambourakis, 2015, p. 147.
- 6 Jablonka I. Des hommes justes. Du patriarcat aux nouvelles masculinités. Ed. Seuil, 2019, p. 410.
- 7 Starhawk, ibid [5], p. 97.
- 8 Jablonka I, ibid [6], p. 407.

#### Crédits photo

© Bota Zsolt | Dreamstime.com

### L'essentiel en bref

- Dans la culture médicale, «faire carrière» est très valorisé. Or une part nombreuse et silencieuse de femmes médecins ont choisi sciemment de ne pas faire carrière, ce dont on parle très peu.
- On parle en revanche du droit pour les femmes à avoir les mêmes ambitions que les hommes. Pour l'auteure, cela signifie aussi s'adapter à des normes patriarcales pour pouvoir être reconnues et valorisées.
- On devrait dire stop à la dictature du superlatif «toujours plus, toujours mieux, toujours plus loin» pour accueillir et valoriser dans nos vies professionnelles des espaces pour la créativité, la légèreté et l'incertitude.
- Les femmes et hommes médecins qui s'engagent aussi dans leur vie de famille ne feront peut-être pas avancer la science, mais s'engagent directement pour une société plus juste et plus durable.
- Les compétences acquises par la parentalité peuvent s'appliquer dans la pratique médicale, en permettant, par exemple, de se situer plus justement dans le lien médecin-patient.

### Das Wichtigste in Kürze

- In der medizinischen Arbeitskultur hat «Karriere machen» einen hohen Stellenwert. Ein grosser sowie stiller Teil der Ärztinnen hat sich aber bewusst gegen eine Karriere entschieden, worüber kaum gesprochen wird.
- Stattdessen wird über das Recht der Frauen gesprochen, die gleichen Ambitionen wie Männer haben zu können. Für die Autorin bedeutet dies auch, sich an patriarchalische Normen anzupassen, um Anerkennung und Wertschätzung zu erhalten.
- Wir sollten die Diktatur der Superlative «immer mehr, immer besser, immer weiter» beenden und in unserem Berufsleben Räume für Kreativität, Leichtigkeit und Ungewissheit zulassen und wertschätzen.
- Ärztinnen und Ärzte, die sich auch in ihrem Familienleben engagieren, werden vielleicht nicht die Wissenschaft vorantreiben, aber sie setzen sich direkt für eine gerechtere und nachhaltigere Gesellschaft ein.
- Die durch die Elternschaft erworbenen Fähigkeiten können in der medizinischen Praxis angewandt werden, indem sie unter anderem zu einer besseren Arzt-Patienten-Beziehung führen.

christine.hohlmoinat[at]svmed.ch



## Über die Angst vor Entscheidungen

# Dr. Fifas Lebensängste

Jann Schwarzenbach

Dr. med., Facharzt für Allgemeinmedizin, Mitglied FMH

Dr. Fifa litt sein Leben lang gehörig unter seinem Namen. Das lag nicht am gleichlautenden, notorisch korrupten Fussballverband. Schuld war die norditalienische Umgangssprache, in der der Begriff «fifa» für eine – eher übertriebene – Vorsicht und Ängstlichkeit steht. Für Angsthasen eben.

### Unverdienter Spott

So wurde denn der kleine Fifa im Kindesalter zum privilegierten Objekt beissenden Spottes. Weichei, Warmduscher, Beckenrandschwimmer und Schattenparker: Die erbarmungslose Phantasie seiner Spielkameraden und Mitschülerinnen und Mitschüler kannte da keine Grenzen. Dabei war er eigentlich gar nicht furchtsamer als andere auch, fuhr Velo und Motorrad, wählte kaum die blauen Pisten und liess sich zur Sommerzeit im eiskalten Wasser des nahen Flusses treiben. Doch wenn es darum ging, persönliche Entscheidungen zu treffen, reagierte er anders als viele seiner Kommilitoninnen und Kommilitonen. Während diese instinktiv auf potenzielle Partner, Berufsoptionen und sonstige Lebensziele zuzugingen, befahl ihn in solchen

Momenten regelmässig ein panisches Zögern. Ein hemmendes Schwindelgefühl angesichts der Vielfalt möglicher Alternativen.

### Die Qual der Wahl

Nach Abschluss des Medizinstudiums machte Dr. Fifa den Versuch, das eigene Ungemach etwas näher zu bestimmen. Dabei half ihm eine typische Modeerscheinung der heutigen Zeit: die muntere Proliferation neu erfundener, schicker Diagnosen. So stiess denn der frischgebackene Fachmann bald einmal auf «Fobo» und meinte – fürs Erste jedenfalls –, die passende Etikette für

**«Fear of better options» bezeichnet die Angst, aufgrund einer zu treffenden Wahl weitere Handlungsoptionen zu verpassen.**

sein Leiden gefunden zu haben. Das vom amerikanischen Buchautor Patrick McGinnis geprägte Kürzel steht für «Fear of better options» – für die Angst, aufgrund einer zu treffenden Wahl weitere Handlungs-

optionen zu verpassen. McGinnis diagnostizierte damit eine aktuelle Krankheit der Überflussgesellschaft. Ein typisches Leiden unserer Welt der verwirrenden Möglichkeiten, das die Betroffenen schlussendlich in eine beklemmende Sackgasse führe: in eine entscheidungsmässige Paralyse angesichts der Überfülle von Optionen. «Fobo» stehe in enger Verbindung mit steigendem Wohlstand, da den weniger privilegierten Schichten die «Qual der Wahl» naturgemäss erspart bleibe.

### Furcht versus Angst

Dr. Fifa konnte Patrick McGinnis in dieser Hinsicht nur zustimmen. Gleichzeitig spürte er aber, dass seine eigenen Probleme tiefer verwurzelt sein mussten und sich kaum in der psychologisch-soziologischen Diagnose einer «Fear for better options» erschöpften. Um weitere Klarheit zu schaffen, erinnerte er sich an seinen Philosophieunterricht, wo er vom dänischen Sonderling Søren Kierkegaard (1813–1855) gehört hatte. Dieser Denker gilt mit gutem Recht als Urvater des Existentialismus, einer geisteswissenschaftlichen Ausrichtung, die dann erst im letzten Jahrhundert mit Autoren wie Martin Heidegger (1889–1976) und Jean-Paul Sartre (1905–1980) so richtig Fuss fasste.

Während im hergebrachten philosophischen und religiösen Denken die menschliche Existenz in aller Regel auf einem definierten, geistig-materiellen Sockel steht, ist das bei Kierkegaard ganz anders. Er begreift näm-

### Kierkegaard sieht in jeglicher Option, die das Leben bietet, keine Chance, sondern eine Gefahr zu scheitern.

lich unser Dasein als blosser Möglichkeit, die sich realisieren könnte oder eben auch nicht. Da gibt es für ihn nicht die geringste Sicherheit. So sieht er denn in jeglicher Option, die ihm das Leben bietet, auch keine Chance, sondern vielmehr eine Gefahr zu scheitern – ein beunruhigendes «Vielleicht», das ihn mit Angst erfüllt. Im Unterschied zur Furcht, die eine – manchmal auch übertriebene – «fifa» vor etwas Konkretem ist, versteht Kierkegaard die existentielle Angst ganz allgemein als negativ gefärbtes Verhältnis des Menschen zu seinem bedrohlich unbestimmten Umfeld. Als einen Zustand beklemmender Unsicherheit, den er mit dem Schwindel vergleicht, der uns am Rande eines felsigen Gipfels befällt. Der Blick ins Tal, auf eine nahe und zugleich ungreifbar ferne Welt, wird so zum Sinnbild denkbarer Daseinsperspektiven, die sich – aufgrund der trennenden Leere des Abgrundes – immer auch als nichtig erweisen können.

### Drei Begriffe auf Arztbesuch

Die von Kierkegaard beschriebene Lebensangst ist ein typisches Problem des zur Reflexion befähigten Homo sapiens und kann somit zum medizinisch relevanten Thema werden. Nicht nur bei der Spezialistin oder dem Spezialisten für Angststörungen, sondern gerade auch in der Sprechstunde von Allgemeinpraktikerinnen und Allgemeinpraktikern. So möchte nun Dr. Fifa einige ganz persönliche Erfahrungen zu den Begriffen «Fobo», Furcht und Angst einbringen.

Patrick McGinnis' «Fear of better options» dürfte beim kranken Menschen wohl kaum grössere Verwirrung stiften. Die beste Option bleibt hier eine schnelle Linderung oder Genesung. Da zählen ärztliche Kunst und persön-

### Absoluter Spitzenreiter bleibt die blosser Angst, die unangemessene Reizbarkeit unseres natürlichen Alarmsystems.

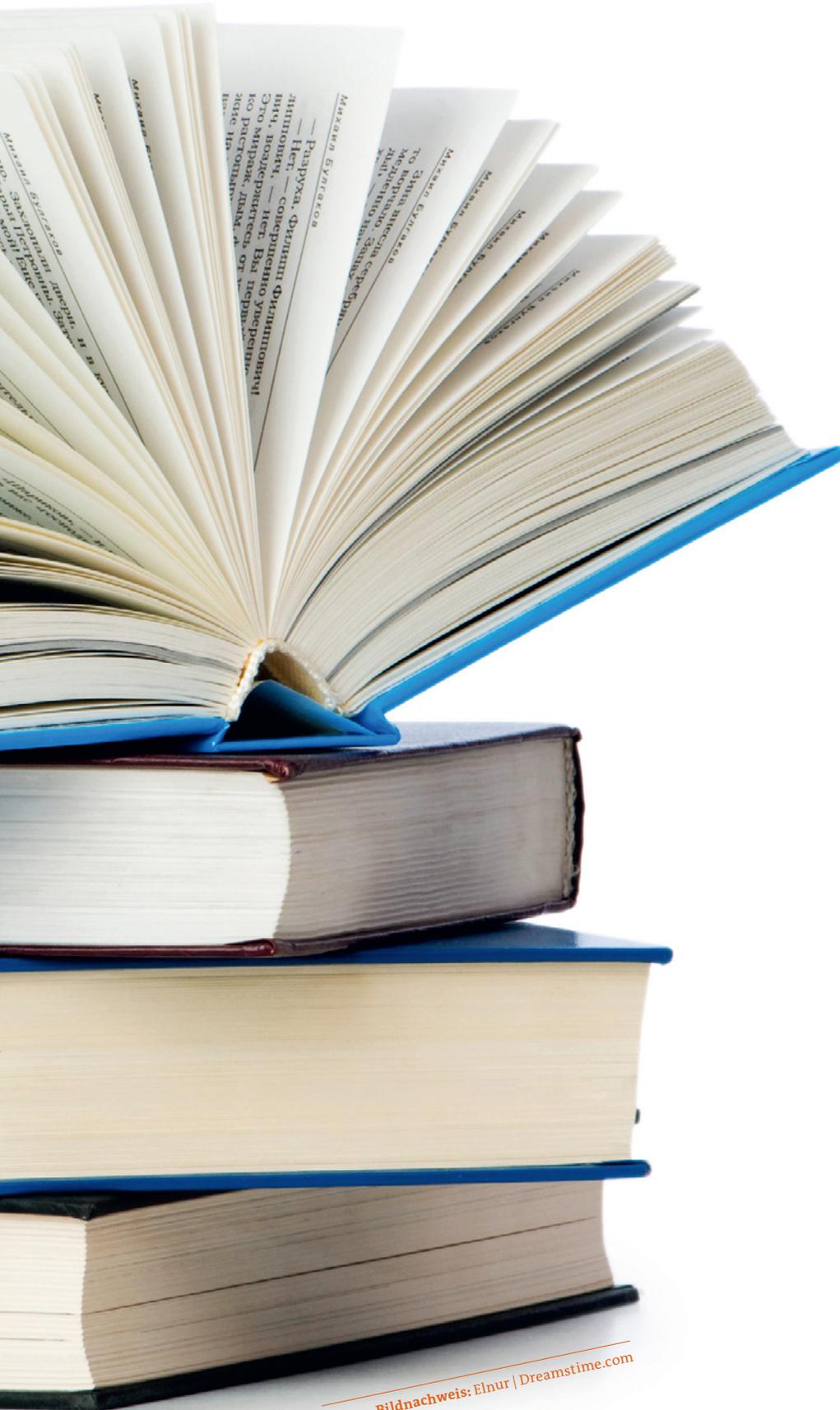
liches Vertrauen in die Fachfrau oder den Fachmann – ganz ohne «Qual der Wahl».

Im Gegensatz dazu ist die Furcht – als «fifa» vor etwas eindeutig Bestimmtem – schon eher im klinischen Alltag anzutreffen. Von Agoraphobie, der Furcht vor weiten Plätzen, bis zur Zoophobie, der Furcht vor Tieren: Die Liste bei Wikipedia ist lang – fast so ausgedehnt wie die menschliche Phantasie. Absoluter Spitzenreiter der «kleinen Praxispsychiatrie» bleibt allerdings die blosser Angst, die unangemessene Reizbarkeit unseres natürlichen Alarmsystems mit ihren wohlbekanntesten Folgen: den rezidivierenden Panikattacken und den chronifizierten Zwangsstörungen. Während die Ersteren ihre Opfer meist unverhofft und hinterhältig überfallen, zeigen Zwangskranke einen durchaus reflektierten, wenn auch negativ gefärbten Realitätsbezug. So ist denn das Putzen und das Kontrollieren keineswegs a priori unsinnig. Erst in einer Endlosschleife werden sie zur selbstquälerischen Falle, zur unruhig-ängstlichen Sucht, die das persönliche Verhältnis zur Aussenwelt in erheblicher Weise verunsichert.

Da liessen sich durchaus Parallelen zu Kierkegaards existentieller Angst auffinden. Das war wenigstens die Ansicht von Dr. Fifa. Ob er mit Hilfe seiner Betrachtungen den Schlüssel zum Verständnis seiner Angstpatientinnen und Angstpatienten gefunden hatte, konnte aber niemand wissen – am allerwenigsten er selbst.

#### Bildnachweis

Brendan Church / Unsplash



Bildnachweis: Elnur | Dreamstime.com

### Enquête



### Qui veut mon rein?

Enquête sur les donateurs altruistes  
Francesca Sacco

Chêne-Bourg: Médecine et Hygiène; 2021

Francesca Sacco, journaliste spécialisée dans la santé et la médecine, se penche sur la problématique des donateurs altruistes, soit celles et ceux qui sont prêts à donner un rein à n'importe quel receveur compatible – par solidarité, pour pallier le manque d'organes, ou «pour avoir une fois fait quelque chose de bien dans sa vie».

Cet ouvrage décrit la situation du don altruiste dans plusieurs pays, chiffres à l'appui. Rare en Suisse (un ou deux par an), il est interdit en Allemagne et en France: on sait les positions restrictives des Français liées à la non-patrimonialité du corps humain. Le don altruiste ne doit inclure aucun échange d'argent, point qui constitue une raison de réserve. Certains considèrent que ces donateurs, prêts à un geste «autosacrificiel», pourraient être des dérangés. Au long de l'ouvrage, les enjeux éthiques particuliers de ce don sont discutés, y compris avec un psychiatre lausannois.

Pour améliorer la qualité de la compatibilité entre donneur et receveur, les dons croisés de reins se sont beaucoup développés: au départ, entre deux paires de personnes avec des liens parentaux ou affectifs forts, mais où c'est le donneur de la paire A qui correspond le mieux au receveur de la paire B. Ce modèle a été élargi en mettant ensemble de multiples paires et des donateurs altruistes. C'est le cas en Suisse depuis 2019.

L'auteure a suivi Albert, candidat suisse au don altruiste depuis 2013. Les étapes de sa trajectoire sont décrites à travers plusieurs entretiens. Le livre se termine sur un échange avec lui au lendemain du prélèvement de son rein, en 2021: «Le chirurgien est venu me trouver. L'équipe de transplantation est enchantée, le rein était parfait, la greffe a bien pris. Nous avons tous gagné.» On découvre des récits de donateurs altruistes d'autres pays et ce qui les a motivés. Un chapitre présente même le «Portrait-robot du donneur altruiste».

Très informatif et agréable à lire, cet ouvrage est d'un grand intérêt pour qui suit les évolutions médicales et socio-éthiques.

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

## Sachbuch

**New Healthcare Management**

Alfred Angerer (Hrsg.)

Berlin: MWV; 2021

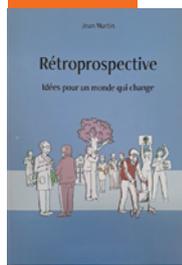
Selbstkritisch beginnt Alfred Angerer, Professor an der Zürcher Hochschule für Angewandte Wissenschaften, seine Einführung mit der Frage: «Noch ein Management-Buch?». Eigentlich gebe es davon ja schon genug. Doch der Herausgeber hat sich und seinen Co-Autorinnen und -Autoren zwei Ziele gesetzt, die dieses Buch besonders machen: Erstens soll es sich spezifisch an Führungskräfte im Gesundheitswesen richten und zweitens so eingängig sein, dass man es auch «am Strand» lesen kann.

Vorgestellt werden sieben Erfolgskonzepte aus der Management-Literatur, die besonders zukunftsfruchtig scheinen: Positive Führung, Value-based Healthcare, Design Thinking, Lean und Kaizen, Digital Health, Selbstorganisation und Agilität. Zusammen genommen würden diese Konzepte eine neue Form der Führung von Gesundheitsorganisationen, das titelgebende «New Healthcare Management», ermöglichen, doch sei jedes Konzept auch einzeln einsetzbar. Die Kapitel beginnen mit der Beschreibung frustrierender Organisationsabläufe oder veralteter Denkmuster, die sich in vielen Gesundheitseinrichtungen hartnäckig halten. Anschaulich und illustriert durch viele Abbildungen wird gezeigt, wieso und wie das jeweilige Konzept hier frischen Wind bringen kann.

Und während der Lektüre wird klar: Dieses Buch kann seine Versprechen einlösen. Es ist praxisnah, beleuchtet aktuelle Beispiele aus der Schweiz und Deutschland und richtet sich mit seinen Schritt-für-Schritt-Anleitungen direkt an Führungspersonen im Gesundheitswesen. Gleichzeitig ist der Stil durchgängig locker, immer leicht humorvoll und geprägt von den persönlichen Erfahrungen der Autorinnen und Autoren. So macht es Spass, «noch ein Management-Buch» zu lesen.

Rahel Gutmann,  
Junior-Redaktorin SÄZ

## Essai

**Rétroprospective**Idées pour un monde qui change  
Jean Martin

Autoédition; 2021

Ce recueil, compilation de textes récents publiés, est bien *rétro-prospectif*, comprenant tout autant une traversée qu'un programme. Une traversée: celle de divers mouvements sociétaux touchant entre autres à la liberté d'expression, à la biodiversité et au climat, aux enjeux de la procréation médicalement assistée, aux inégalités sociales, à l'accompagnement en fin de vie, ainsi qu'à l'influence des lobbys et des conflits d'intérêt, dont notre collègue Jean Martin a tenu très régulièrement la chronique, avec une curiosité vive et engagée. Ces pages empreintes de tolérance rappellent combien ces mutations de la société interpellent de près la médecine et son éthique, ceci parfois même âprement. Elles ne cherchent cependant pas à masquer la contrariété et l'inquiétude que peuvent induire le climato-scepticisme, le manque de solidarité ou la dévalorisation du statut de la vérité.

L'ouvrage dessine également un programme. Parmi les pistes, il est suggéré de tenir compte des interdépendances et d'en prendre soin, d'analyser les enseignements de l'histoire et aussi – surtout? – d'admettre comme inéluctable un changement général du modèle de société. Il contient également un credo, voire un appel: il n'est plus tenable aujourd'hui de se retrancher derrière une *neutralité dogmatique*. «*Indignez-vous!*» a été l'injonction très médiatisée de l'écrivain Stéphane Hessel. «*J'aime ce monde, il faut le changer*», répond ici Jean Martin avec sa plume engagée et courtoise.

Prof. Dre méd. Anne-Françoise Allaz,  
membre de la rédaction

Cette publication peut être obtenue auprès de Jean Martin, au prix de CHF 25 en s'adressant à [jeanmartin280\[at\]gmail.com](mailto:jeanmartin280[at]gmail.com)

## Roman

**Geisterfahrten**

Theres Roth-Hunkeler

Luzern: edition  
bücherlese; 2021

Sich den Durchblick in einer Familiengeschichte zu verschaffen ist alles andere als einfach. Diese Erfahrung macht jede Ärztin, jeder Arzt bei der Familienanamnese. In jeder Familie gibt es dunkle Ecken und herumirrende Geister. Von ihnen wird Lisa bedrängt. Sie ist eine frisch pensionierte Hotelangestellte und möchte nun endlich erfahren, wie ihr Halbbruder und dessen Mutter ums Leben kamen. An einem regnerischen Tag im November 1938 kam es zur Kollision zwischen dem Auto eines Tierarztes und einer jungen Mutter mitsamt ihrem kranken Söhnchen im Kinderwagen – sie wurden überfahren und kamen zu Tode. Dieses Ereignis ist protokolliert und einsehbar in den Gerichtsakten des Kantons Luzern. Es bildet den einen Teil des Romans *Geisterfahrten*. Die Geschichte von Lisa und ihren Erkundigungen hingegen ist erfunden.

Erfunden von Theres Roth-Hunkeler, die mit diesem Titel ihren sechsten Roman vorlegt. Hier zeigt die Autorin präzise und anschaulich, was alles unterschwellig vorhanden ist an Erwartungen, Verflechtungen und Abstossungen im System «Familie». Lisa hofft auf Ernst, ihren zweiten Halbbruder, der einiges älter ist als sie und etwas über die Vorkommnisse von damals erzählen könnte. Sie arrangiert gemeinsame Ferien mit ihm im Tessin. Damit aber gerät Lisa auf eine Achterbahn von unvorhergesehenen Ereignissen, unauslöschlichen Erinnerungen und verwirrenden Gefühlen. Und mit ihr unweigerlich auch die Leserinnen und Leser dieses vielschichtigen Romans.

Dr. med. Felix Schürch,  
Praxis Schürch, Zürich

## Teilen Sie Ihre literarischen Entdeckungen mit uns!

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

## Partagez vos découvertes littéraires!

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

# Über die gewesenen Genesenen

Eberhard Wolff

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



Als Fabio (wir wollen ihn hier so nennen) letzten Sommer von seinen Spanienferien zurückfliegen wollte, wurde er positiv auf Covid-19 getestet. Er machte die Infektion im Hotelzimmer durch und kam nach der Genesung wieder in der Schweiz an. Als er dann im Herbst aber sein Zertifikat wollte, zu dumm, konnte er kein positives PCR-Testergebnis beibringen. Er war genesen – und doch nicht genesen.

Es gab einmal eine Zeit, da bedeutete «genesen sein» einfach, eine Krankheit durchlitten zu haben und jetzt wieder auf den Beinen zu sein. So wie Wilhelm Busch um 1860 gereimt hatte: «Drei Tage war der Frosch so krank, jetzt raucht er wieder, Gott sei Dank!» Das war etwas Emotionales, oft Subjektives. Aber nicht immer so pathetisch wie in Eduard Mörikes romanantischem Gedicht *Der Genesene an die Hoffnung* von 1838 (1888 vertont von Hugo Wolf). War man von etwas genesen, blieb man es für diese Erkrankung. Allenfalls verblasste die Bedeutung dieses Krankheits- oder Gesundheitszustands mit der Zeit.

Und dann kam Corona mit allem Drumherum. Und man fragte zum Beispiel: Verbreiten Genesene das Virus immer noch? Nichts mehr mit Hoffnung und Freude. Genesene wurden zur potenziellen Gefahr. Neue, andere Bedeutungen legten sich über das herkömmliche Begriffsverständnis. Als Nächstes wurden Genesene

## Es gab einmal eine Zeit, da bedeutete «genesen sein» einfach, eine Krankheit durchlitten zu haben und wieder auf den Beinen zu sein.

von Quarantäne-Pflichten befreit. Das «Genesensein» wurde von einem individuellen körperlichen Zustand zu einer medizinischen Ausnahmekategorie. Schliesslich spülte das Zertifikatsregime den etwas altertümlichen, behäbigen Begriff des Genesenen in das grelle Licht extremer Aufmerksamkeit – in nochmals einer anderen Bedeutung. 3G/2G-Tafeln an Eingängen von Restaurants etc. illustrieren öfters mit Piktogrammen, was die «G» bedeuten. Bei «geimpft» ist es fast immer eine Spritze. Bei «genesen» ist es manchmal ein Virus mit einem grünen Haken für «durchgemacht». Das ist das alte «Genesensein». Oft aber ist bei «genesen» das Symbol eines Dokuments abgebildet. Auch mit grünem Haken oder gar mit Stempel. Sehr amtlich.

«Genesen sein» bedeutet seit einigen Monaten im Corona-Alltag mehrheitlich etwas anderes, als eine Krankheit durchgemacht zu haben. Es bedeutet, ein positives PCR-Testresultat vorlegen zu können.

Genesen ist man auch nicht, wenn man die Krankheit überwunden hat, sondern nach einer per Verordnung definierten Anzahl an Tagen ab positivem Test. In der Schweiz und Frankreich sind das 11, anderswo 12, 14 oder in Deutschland gar 28 Tage. Vorher ist man dort nicht «genesen», egal wie «genesen» der eigene Körper ist. Danach ist man es, auch wenn man körperlich noch gar nicht genesen ist.

## Das neue «Genesensein» ist nicht von Dauer. Nach einem halben oder einem Jahr hört es auf. Je nach Land. Um Mitternacht. Klick.

Das neue «Genesensein» ist auch nicht von Dauer, wie das alte. Nach einem halben oder einem Jahr hört es auf. Je nach Land. Um Mitternacht. Klick. Danach werden die amtlich Genesenen etwas, das es vor Corona noch nicht gegeben hat: gewesene Genesene.

Fabienne (nennen wir sie so) zählt zu einer besonderen Gattung. Sie war von März bis September letzten Jahres eine Genesene. Danach wurde sie zu einer gewesenen Genesenen. Damit aber nicht genug. In der Nacht vom 15. auf den 16. November mutierte sie ohne ihr Zutun zu einer Wiedergesenen. Und das, ohne dass sie die Krankheit ein zweites Mal durchgemacht hätte. Und warum? Der Bundesrat hatte das offizielle «Genesensein» im nationalen Alleingang auf ein Jahr verlängert – und per Februar wieder auf 270 Tage verkürzt. Ein IT-Spezialist, wahrscheinlich vom BAG, programmiert dafür alle Zertifikate aus der Ferne immer wieder um.

Ein neues «Genesensein» hat sich über das alte gelegt. Das ist kaum noch an den konkreten Symptomen der (ehemaligen) Kranken orientiert, nicht mehr individuell und graduell, sondern allenfalls serologisch, mehr aber noch amtlich verordnet, digital und einfach ein- und ausschaltbar. Eines hat es aber mit dem alten «Genesensein» gemein: Es ist emotional besetzt. Nun aber nicht mehr so sehr wegen der durchgemachten Krankheit, sondern weil es einen Zutrittspass ins öffentliche Leben darstellt – aber nur zur richtigen Zeit und am richtigen Ort.

eberhard.wolff[at]emh.ch



‘Also, Herr Kafka... Sie sagen, Sie seien heute Morgen völlig verändert aufgewacht. Können Sie das etwas genauer beschreiben?’

© tom reed studio