

Schweizerische Ärztezeitung

276 Editorial
von Jana Siroka
**Der Polarstern und
die Patientenverfügung**

293 Die weibliche Krankheit
**Wieso vor allem Frauen von
Demenz betroffen sind**

302 «Zu guter Letzt»
von Eva Mell
**Jeden Tag eine Ladung
Emotionen**

277 Reflexionen zum Tag der Kranken
**Weshalb wir Erkrankte nach ihren Träumen
und Sorgen fragen sollten**



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



Verlag

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

Externe Redaktion

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

Redaktion Ethik

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

Redaktion Medizingeschichte

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

Redaktion Public Health, Epidemiologie, Biostatistik

Prof. Dr. med. Milo Puhon

Redaktion Recht

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

FMH

EDITORIAL: Jana Siroka

276 **Der Polarstern und die Patientenverfügung**

277



AKTUELL: Hans Kurt

«**Ich liebe mein Leben – so wie es ist**» Ärztinnen und Ärzte können nicht jede Krankheit heilen – doch trotz Leid und Erschütterung kann es Betroffenen gelingen, Mut zu finden und sich dem Leben wieder zu öffnen. Reflexionen zum Tag der Kranken.

280 **Personalien****Briefe / Mitteilungen**282 **Briefe an die SÄZ**283 **Facharztprüfung****Wichtige Sicherheitsinformationen**

284 **Dexmedetomidin (Dexdor®): Belege für erhöhtes Mortalitätsrisiko bei Intensivpatienten ≤65 Jahren, wenn Dexmedetomidin zur tiefen Sedierung angewendet wird**

FMH Services286 **Erweiterung des Treuhandpartnernetzes im Kanton St. Gallen**287 **Stellen und Praxen** (nicht online)

Tribüne

INTERVIEW MIT ANTONELLA SANTUCCIONE CHADHA: Martina Huber

293 «Alzheimer wird bei Frauen oft zu spät oder falsch diagnostiziert»

STANDPUNKT: Jacques Cornuz, Drahomir Aujesky, Gérard Waeber, Christoph Meier, Arnaud Perrier

296 Wie ein akademisches Lehrspital geführt wird

Horizonte

STREIFLICHT: Julia Vecsey

300 Le choix et le hasard

Zu guter Letzt

Eva Mell

302 Jeden Tag eine Ladung Emotionen

OH

HUBER

Impressum

Schweizerische Ärztezeitung

Offizielles Organ der FMH
und der FMH Services

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

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

Anzeigen:

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

Stellenmarkt und Rubrikanzeigen:

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

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

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

Anderer Abonnemente:

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

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

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

© FMH

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

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

Fall mit den Fachinformationen der
verwendeten Medikamente verglichen
werden.

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

printed in
switzerland



Titelbild:
© Jian Xin / Unsplash

Der Polarstern und die Patientenverfügung

Jana Siroka

Dr. med., Mitglied des FMH-Zentralvorstandes, Departementsverantwortliche Stationäre Versorgung und Tarife



Ich empfehle Ihnen, Hans Kurts dringenden Appell zum Tag der Kranken zu lesen. Sie finden ihn auf Seite 277 dieser Ausgabe der SÄZ.

Er appelliert an uns als Ärzteschaft, mit unseren Patientinnen und Patienten immer wieder darüber in den Dialog zu treten, was ein lebenswertes Leben für sie ganz persönlich ausmacht. Gemeinsam Lebensdimensionen auszuloten.

Der Artikel stellt wichtige Fragen. Fragen nach dem Leben und nach dem Tod. Die Frage danach, was uns «gern» leben lässt. Denn Fragen der Lebenszufriedenheit und Sinnhaftigkeit stellen sich auch unabhängig von der körperlichen Gesundheit.

Sei es als Psychiater, sei es als Intensivmedizinerin: In unseren so unterschiedlichen Fachgebieten erleben wir Menschen in schweren Krisen. Als Ärztinnen und Ärzte begleiten wir Menschen in existentiell bedrohlichen Situationen.

Manche Menschen scheinen mit einem inneren Halt durch schwierige Situationen hindurchzusteuern, als führte sie ein Polarstern.

Es gibt Patientinnen und Patienten, die dabei seelisch zu Boden gehen und vom therapeutischen Team getragen werden müssen. Andere scheinen mit einem inneren Halt durch schwierige Situationen hindurchzusteuern. Als Bild erlebe ich es so, wie wenn diese Menschen mit einem Polarstern lebten, der sie führt. Diese Menschen können auch in einer Krise sagen: «Ich lebe gern!»

Ein zentrales Element dabei ist oft auch ihr soziales Umfeld, die Familie und Freunde. Gerade diese Stütze hat in den letzten zwei Jahren gelitten, ist teilweise weggebrochen durch die Massnahmen gegen die Pandemie. Hier gilt es, vonseiten der Politik und im Gesundheitswesen mit Augenmass das soziale Umfeld am Patientenbett wieder zuzulassen. Als Gesundheitsfachpersonen dürfen und sollen wir unsere Patientinnen und Patienten beraten und betreuen. Doch einen Sohn, der seiner Mutter zur Seite steht, oder die Ehefrau, welche die Hand ihres Mannes hält, können wir nicht ersetzen.

Als Fachpersonen können wir – und dazu ruft uns der Tag der Kranken ganz besonders auf – über unser Fachgebiet hinaus umfassende Lebensthemen ansprechen. Nehmen wir den Tag als Appell dafür, mit unseren Patientinnen und Patienten den Dialog über Schicksalsschläge, schwere Krankheit und auch den Tod zu führen. Als konkrete Konsequenz daraus könnte eine Patientenverfügung mit der erkrankten Person neu diskutiert oder auch aktualisiert werden.

Aktuell wird die Patientenverfügung der FMH überarbeitet. Sie soll bald zeitgemäss versuchen, die Quadratur des Kreises abzubilden. Idealerweise sollte sie im Notfall dem Rettungsteam rasch konkrete Anweisungen geben wie «Rea Ja oder Rea Nein». Andererseits sollte sie auch differenziert die Graubereiche bei schwerster Demenz im Pflegeheim oder bei langandauernder Urteilsunfähigkeit auf der Intensivstation beleuchten. Das wird nicht möglich sein auf einer halben Seite. Deswegen wird es auch in Zukunft zwei Versionen der FMH-Patientenverfügung geben.

Im Dialog zum Tag der Kranken wünschte ich mir, dass wir Ärztinnen und Ärzte uns gemeinsam mit unseren Patientinnen und Patienten der ausführlichen Version widmen. Denn um alle «Verästelungen» dieser ausführlichen Version verstehen und differenziert ausfüllen zu können, empfehlen wir Beratung durch eine medizinische Fachperson. Für die FMH soll es bei einer Empfehlung zur Beratung bleiben und keinesfalls verpflichtend sein. Genauso wie es nach Ansicht der FMH auch keine Verpflichtung zur gesundheitlichen Vorplanung geben soll.

Nehmen wir den Tag der Kranken als Appell, mit unseren Patienten über Schicksalsschläge, schwere Krankheit und auch den Tod zu sprechen.

Die Arbeitsgruppe Revision Patientenverfügung strebt eine kurze Version als niederschweligen Einstieg an und eine ausführliche für Menschen, die gern differenziert ihren Willen für die Unwägbarkeiten des Lebens kundtun wollen. Dies gibt uns die Möglichkeit, den individuellen Bedürfnissen unserer Patientinnen und Patienten näherzukommen – und das geht nur im Dialog.



Tag der Kranken vom 6. März

«Ich liebe mein Leben – so wie es ist»

Hans Kurt

Dr. med., Delegierter der FMH und Vizepräsident «Tag der Kranken»

Ärztinnen und Ärzte können nicht jede Krankheit heilen – doch trotz Leid und Erschütterung kann es Betroffenen gelingen, Mut zu finden und sich dem Leben wieder zu öffnen. Reflexionen zum Tag der Kranken.

Krankheiten, Unfälle oder Krisen können unser Leben erschüttern, manchmal über Jahre oder gar lebenslang. Sie verändern unsere Erwartungen, wie unser Leben eigentlich verlaufen sollte; oft ist es nicht mehr möglich, all das zu leben oder zu erleben, was wir uns

Ein kleines Virus zwingt uns, unseren Lebenssinn neu zu suchen.

wünschen. Wir sind konfrontiert mit Einschränkungen, Trauer über Verpasstes und nun Unmögliches. Manchmal überwältigt uns auch Wut über das Schicksal, das uns trifft. Gleichzeitig können diese Gefühle auch der Anlass dafür sein, uns auf die Suche zu

machen nach mehr Lebensfreude, nach bereichernden Erlebnissen in einer nun veränderten Realität. Wir können nach dem Warum und Wohin unseres Lebens fragen und so Ruhe und Werte finden, die wir vielleicht vergessen haben. Vielleicht gilt es aber auch, sich damit zu versöhnen, dass jedes Leben ein Ende findet – so reich es auch sein mag.

Heilen ist gut – begleiten wichtig(er)

Als junger Arzt glaubte ich, alle Krankheiten heilen zu müssen. Selbst war ich intensiv mit meinem Leben beschäftigt, mit Zukunftsplänen, mit hohen Erwartungen an die Medizin und den Fortschritt. Nach gut

dreissig Jahren als Psychiater bin ich bescheidener geworden und denke in Anbetracht meines Alters häufiger an die Endlichkeit des Lebens. Ich habe gelernt, wie zentral sich gerade für Menschen mit psychischen Erkrankungen existentielle Fragen stellen. Ich bin vielen Patientinnen und Patienten begegnet, die keinen Sinn mehr sahen im Leben. Manchmal war es ein hartes Ringen zwischen den Betroffenen und mir, diesen Lebenssinn wiederzufinden. Die unaufhörliche Auseinandersetzung mit Lebensmüdigkeit und Lebensfreude ist für psychisch Kranke wie auch für ihre Ärztinnen und Ärzte herausfordernd. Jede psychiatrisch-psychotherapeutische Behandlung führt wie viele ärztliche Behandlungen früher oder später zur Frage nach dem Lebenssinn, danach, wie ich mein Dasein gestalte, damit ich es lieben kann. Wenn sich Antworten auf diese Fragen finden lassen, kann es trotz Leid, Schmerz und Erschütterung gelingen, sich dem Leben wieder zu öffnen und es zu geniessen. Obwohl kranke Menschen oft am Ende ihrer Kräfte sind, finden sie immer wieder Mut und Hoffnung. Es ist eine unabdingbare und dankbare ärztliche Aufgabe, unsere Patientinnen und Patienten auf diesem Weg zu begleiten, selbst wenn er bis ans Ende ihres Lebens führt.

Die Pandemie als Lebensschule

Corona mit seinen gesellschaftlichen Folgen hat uns mit Vehemenz aus unseren Gewohnheiten herausgerissen. Unser persönliches Dasein und das soziale Miteinander sind nicht mehr die gleichen wie vor zwei Jahren. Die Pandemie macht deutlich, dass unser Leben weder garantiert ist, noch dass wir es selbstverständlich und unbesorgt führen können, ob wir alt oder jung seien. Ein kleines Virus hat uns alle durchgeschüttelt und zwingt uns, so ist es zu hoffen, unseren Lebenssinn neu zu finden. Für junge Menschen bedeutet

Obwohl kranke Menschen oft am Ende ihrer Kräfte sind, finden sie immer wieder Mut und Hoffnung.

dies eine Herausforderung, die nicht alle von ihnen gut meistern. Die Zunahme von depressiven Erkrankungen, Suizidalität und Angstzuständen unter Jugendlichen und jungen Erwachsenen belegt ihre Not. Erstaunlicherweise erleben die älteren Menschen die Situation gelassener, trotz des hohen Risikos einer schweren Covid-Erkrankung. Der Grund dafür liegt vielleicht darin, dass für sie das Leben eine andere Bedeutung hat, selbst wenn – oder gerade weil – für sie das Lebensende in die Nähe rückt. Ihnen glückt es wie

den meisten Menschen, sich in einer Krise wie der jetzigen anzupassen, ein Leben mit Einschränkungen zu akzeptieren und ihm sogar Positives abzugewinnen.

Nach dem Sinn des Lebens fragen

Der Tag der Kranken gibt uns Gelegenheit, einen Moment darüber nachzudenken, was für uns ein lebenswertes Leben ausmacht, insbesondere unter den erschwerten Bedingungen einer Krankheit. Wie lässt sich ein Leben trotz Beeinträchtigungen so leben, dass

Wie lässt sich ein Leben trotz Krankheit so leben, dass Betroffene sagen können: «Mir geht es gut»?

die Betroffenen sagen können: «Mir geht es so weit gut»? Als Behandelnde sollten wir uns ab und zu in unsere Patientinnen und Patienten hineinversetzen und nach ihren Lebensdimensionen forschen. Was wünschen sie sich vom Leben, was hat die Krankheit, ein Unfall, eine Krise an ihrem Lebensentwurf geändert? Worauf müssen sie verzichten, was können sie weiterhin geniessen, was könnte sogar zu einem Gewinn für sie werden? Der Verlust an Lebensqualität kann schmerzhaft sein; trotzdem bleibt es möglich, auch mit einer Krankheit neue Erfahrungen zu machen und ungeahnte Ressourcen zu entdecken. Nicht zuletzt gilt es für jeden und jede von uns, Ärzte, Ärztinnen und Kranke, gesundheitliche Verluste und die damit verbundenen Leiden, Unzulänglichkeiten und Enttäuschungen anzunehmen – auch dann, wenn sie ein Leben unwiderruflich seinem Ende entgegenführen. Der Tag der Kranken kann uns Anlass sein, vermehrt mit unseren Patientinnen und Patienten ins Gespräch zu kommen. So hören wir, welche Ängste sie plagen, was ihre Lebensvorstellungen und Wünsche sind und was ihnen Lebenssinn und Lebensfreude gibt. Durch diesen Austausch können wir sie dabei unterstützen, die Fülle gelebten Lebens in Worte zu fassen und daraus Kraft zu schöpfen.

Bildnachweis

Jian Xhin / Unsplash

Tag der Kranken

Der Tag der Kranken ist ein gemeinnütziger Verein, der 1939 gegründet wurde. Er besteht aus verschiedenen Mitgliedern, so auch der FMH, die im Vorstand des Vereins das Vizepräsidium einnimmt. Der Tag der Kranken findet jeweils am ersten Sonntag im März statt. Weitere Informationen: www.tagderkranken.ch

Personalien

Todesfälle / Décès / Decessi

Peter Thomas Liebmann (1931), † 9.11.2021,
Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin,
8126 Zumikon

Rolf Bossart (1939), † 5.12.2021,
Facharzt für Gastroenterologie und Facharzt
für Allgemeine Innere Medizin,
9000 St. Gallen

Gebhard Joseph Blum (1935), † 2.1.2022,
Facharzt für Dermatologie und Venerologie,
1700 Freiburg

Hans Otto Gsell (1941), † 5.1.2022,
Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin,
4125 Riehen

Béatrice Deslarzes Schaefer (1937), † 27.1.2022,
Spécialiste en oto-rhino-laryngologie et
Spécialiste en allergologie et immunologie
clinique, 1234 Vessy

Erico Pietro Bonetti (1927), † 30.1.2022,
4052 Basel

Arthur M. Beeler (1941), † 4.2.2022,
Facharzt für Radiologie, 8620 Wetzikon ZH

Praxiseröffnung / Nouveaux cabinets médicaux / Nuovi studi medici

VD

Adelaïde Sylvie Guégan-Legeay ép. Boutin,
Spécialiste en pédiatrie, FMH, Centre Médical
Pédiatrique de Montreux, Rue de la Corsaz 27,
1820 Montreux

Marine Jequier Gygax,
Spécialiste en pédiatrie, FMH, Cabinet de
neurologie développementale, Centre
médical de Vidymed, Route de Chavannes 9,
1007 Lausanne

Ärztegesellschaft des Kantons Bern

Ärztlicher Bezirksverein Bern Regio

Zur Aufnahme als ordentliches Mitglied
haben sich angemeldet:

Samuel Kuchler, Facharzt für Ophthalmologie,
FMH, Neuengass-Passage 2, 3011 Bern

Fikret Zengin, Facharzt für Psychiatrie und
Psychotherapie, FMH, Rabbentalstrasse 83,
3013 Bern

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

Ärztegesellschaft des Kantons Luzern

Zur Aufnahme in unsere Gesellschaft
Sektion Stadt hat sich gemeldet:

Daniel Chavez, Facharzt für Allgemeine In-
nere Medizin, Centramed, Frankenstrasse 2,
6002 Luzern

Zur Aufnahme in unsere Gesellschaft
Sektion Gäu hat sich gemeldet:

Sandra Renggli-Willi, Fachärztin für All-
gemeine Innere Medizin, FMH, ab April 2022:
Medarium – Notfall- und Hausarztmedizin,
Dreiklang, Christoph-Schnyder-Strasse,
6210 Sursee

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

Ärztegesellschaft Thurgau

Die Ärztegesellschaft Thurgau informiert
über folgende Neuanmeldung:

Alena Schütte, Fachärztin für Allgemeine
Innere Medizin, FMH, Kurhausstrasse 34,
8374 Dussnang

Ärztegesellschaft des Kantons Zug

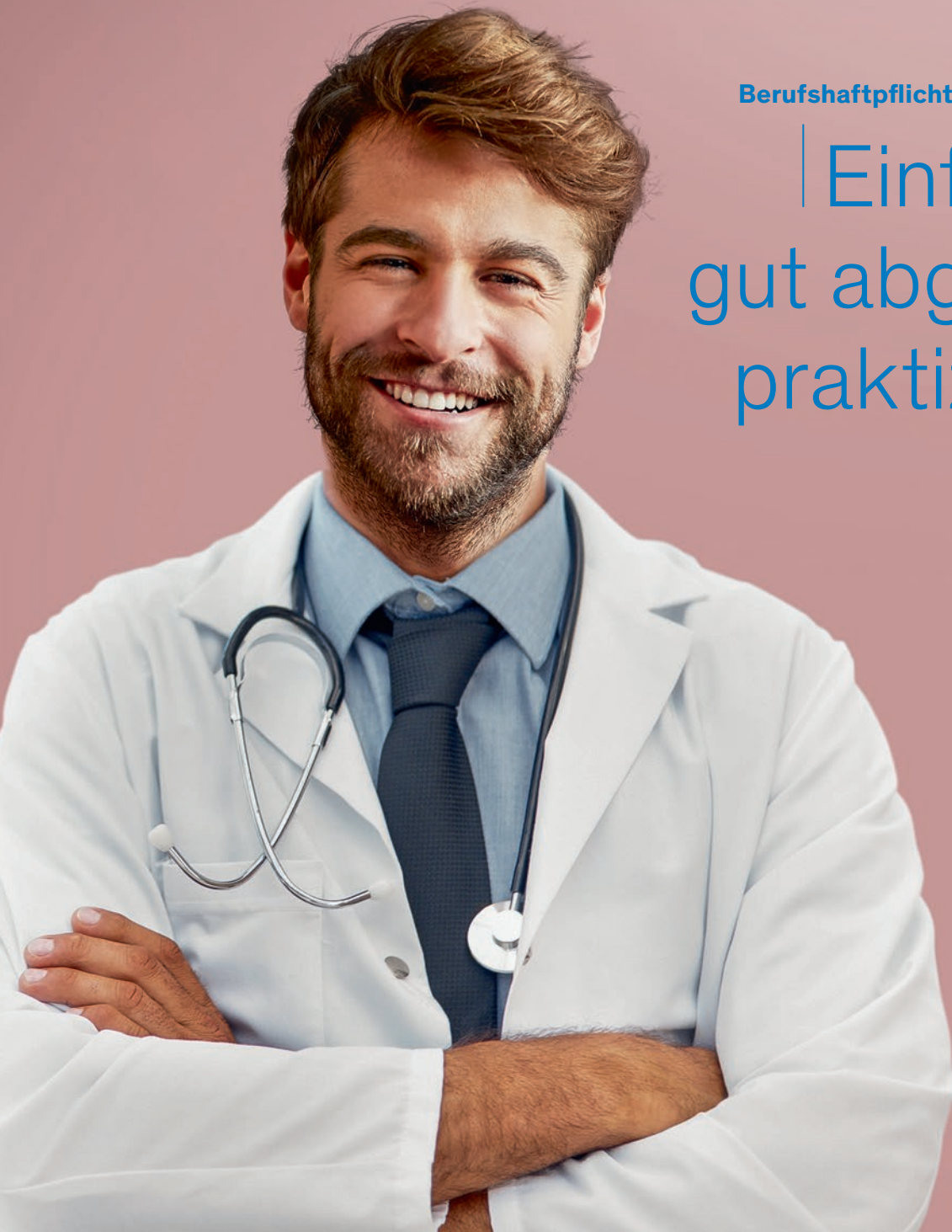
Zur Aufnahme in die Ärzte-Gesellschaft
des Kantons Zug als ordentliches Mitglied
hat sich angemeldet:

Matthias Theodorou, Facharzt für Allgemeine
Innere Medizin, FMH, Bahnhofstrasse 28,
6300 Zug (ab 1.8.2022)

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

Berufshaftpflicht

Einfach
gut abgesichert
praktizieren



Sonderkon-
ditionen für
Mitglieder von
FMH Services

Feinheiten machen den Unterschied
**Umfassende Berufshaftpflichtversicherung
für Ärztinnen und Ärzte**

- Führende Speziallösung für selbständige Ärzte und Gruppen-
praxen
- Prämien sparen dank exklusivem Rahmenvertrag
- Auf Medizinalrecht spezialisierte Juristen

INSURANCE

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



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

Briefe an die SÄZ

Versagen der staatlichen Steuerung

Brief zu: Huber F. Das BAG soll keine weiteren Kompetenzen mehr erhalten. Schweiz Ärztztg. 2022;103(6):174–5.

Der Text stellt sehr pointiert dar, was in unserem Gesundheitssystem falsch läuft. (Parallelen gibt es auch in anderen personell immer mehr aufgeblähten Bundesämtern.)

Leider nehmen die Funktionäre in Bern kaum wahr, dass es für die Leute, die an der Front (in Praxen und in den Spitälern) arbeiten, viel einfacher würde, wenn die Schreibtisch-Spezialisten, die oft keine Ahnung haben von der Wirklichkeit des Berufslebens, einfach einmal gar nichts mehr machen würden und von mir aus einen (reduzierten) Stillhalte-Lohn beziehen würden.

Private Organisationen (wie mediX) und der Gesundheitsmarkt würden sich dann von selbst regulieren. Minimale Kontrollen könnte auch die FMH selbst übernehmen.

In der Corona-Zeit war das BAG mitbeteiligt an Verbreitung von pseudowissenschaftlichen Beurteilungen und Schürung von Panik mit ihren verheerenden Folgen.

Dr. med. Andreas Zurbuchen, Beinwil am See

BAG: nicht alle Probleme aufgelistet

Brief zu: Huber F. Das BAG soll keine weiteren Kompetenzen mehr erhalten. Schweiz Ärztztg. 2022;103(6):174–5.

Es ist nicht der fast dramatische Ton oder die Art der Zusammenstellung, die Sorgen machen. Nein, das Problem ist, dass jeder Satz stimmt. Felix Huber, einer der grössten Kenner des Gesundheitswesens, listet auch bei weitem nicht alle Probleme auf, die im Gesundheitswesen aufgeschoben und verdrängt werden. Wenn z.B. in einem Protokoll einer Expertengruppe zur e-Health-Strategie Schweiz nachzulesen ist, dass 2008 alle Vorarbeiten für die elektronische Kommunikation abgeschlossen sein werden, ab 2010 jeder Leistungserbringer eine sichere digitale Identität und Signatur haben werde und 2015 jeder Bürger jederzeit auf seine medizinischen Daten elektronischen Zugriff haben werde, bleiben einem damaligen Teilnehmer keine Haare mehr zum Sträuben. Aber es zeigt, wie das BAG und seine Führung in den letzten Jahren «aktiv» waren und wie der politisch Verantwortliche die Sache (eben nicht) angegangen hat.

Die Taktik ist immer dieselbe: Die Kantone sind schuld, die Leistungserbringer und andere auch. Neue Handlungsfelder und Gross-

projekte zu starten ohne Meilensteine und Endziele – mit Ausnahme vom Ausbau der eigenen Macht –, das ist Planwirtschaft. Die alten Projekte sind unter Staub begraben und vergessen.

Der Artikel von Felix Huber gehört eigentlich nicht in die Ärztezeitung, sondern in die grosse Öffentlichkeit und in die politischen Gremien.

Dr. med. Kurt Kaspar, Fislisbach

La qualité des soins ne passe pas par des mesures informatiques (avec réplique)

Lettre concernant: Huber F. L'OFSP ne devrait plus obtenir de compétences supplémentaires. Bull Med Suisses. 2022;103(6):174–5.

Un tout grand MERCI au Dr Felix Huber pour son excellent article sur l'incompétence de l'OFSP et de ses diligents qui conduit à la ruine du système de santé suisse. C'est à ma connaissance le premier article qui dit tout haut les dysfonctionnements gigantesques de cet institut, incapable de gérer les problèmes importants qui lui reviennent, mais qui brime les médecins tant par les mesures absurdes imposées dans la pratique que sur le plan des tarifs. Avec le nombre de contraintes que l'OFSP s'apprête à imposer au corps médical, la pratique de notre art sera bientôt impossible! La qualité des soins ne s'impose pas par des mesures informatiques et des écritures. Elle est le résultat de conditions qui permettent l'exercice de notre art dans la sérénité et la bienveillance.

On peut juste s'étonner et regretter que ce soit un confrère hors du giron des cadres de la FMH qui relève les faits, en fasse ce constat et le publie. Pourquoi la FMH (présidente et Comité central) ne s'est-elle pas insurgée jusqu'ici? Il est grand temps que les médecins se réveillent, se manifestent ouvertement et refusent catégoriquement et fermement les nouvelles contraintes que l'OFSP s'apprête à leur imposer. Le Comité central devrait s'en préoccuper rapidement!

Dr Jean-Pierre Grillet, Genève

Réplique à «La qualité des soins ne passe pas par des mesures informatiques»

Nous vous remercions de votre message et de l'opportunité qu'il nous offre de nous exprimer. Vous abordez le thème de la qualité des soins

et mentionnez qu'elle ne s'impose pas par des mesures informatiques et des écritures. Or, elle ne peut pas non plus être assurée uniquement par la sérénité et la bienveillance. Des paramètres tels que contrôle, régulation et liberté thérapeutique doivent être finement équilibrés au cœur d'une interaction complexe. La qualité des soins a de multiples facettes, c'est d'ailleurs un domaine dans lequel la FMH investit beaucoup d'énergie, et plus particulièrement en ce moment avec la mise en œuvre du nouvel article 58 LAMal sur la qualité. La FMH a redoublé d'efforts pour combattre ce nouvel article avec pertinence au Parlement, qui l'a finalement adopté à une très faible majorité.

Vous vous étonnez également de l'absence d'opposition de la part de la FMH. La régulation croissante de la profession de médecin est une tendance que nous observons actuellement au niveau de la Confédération et du Parlement. La FMH s'y oppose bien évidemment. Mais elle n'est pas seule à prendre part au processus politique parlementaire. La FMH est en contact régulier avec la Confédération et les autorités, avec le Parlement et les médias, afin de faire valoir avec force le point de vue et les intérêts des médecins. En notre qualité d'association réunissant des organisations concernées de manière très différente par cette régulation, cette démarche nous semble la voie la plus constructive. Par des éditoriaux et des articles publiés dans le BMS, les membres du Comité central informent régulièrement, et de manière nuancée, de leur position critique et des solutions qu'ils proposent.

Les choses sont ainsi faites que les objectifs que nous atteignons sont souvent bien moins visibles pour nos membres que ceux que nous avons manqués ou atteints partiellement. Parfois, la seule option qui nous reste est de vous soutenir dans la mise en œuvre de ce qui a été décidé et de vous fournir des informations importantes. Nous devenons ainsi des oiseaux de mauvais augure, les messagers de mauvaises nouvelles dont nous ne sommes pas responsables.

Yvonne Gilli, présidente de la FMH

Briefe

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

www.saez.ch/de/publizieren/leserbrief-einreichen/

Praxistätigkeit: Vieles hat sich verändert

Brief zu: Meyer S. Zukunft der FMH? Schweiz. Ärzteztg. 2022;103(5):138.

Ja, lieber Stephan, während unserer Praxistätigkeit hat sich vieles verändert. Leider nicht alles nur zum Guten. So haben die Ökonomie und die Politik das Ruder in der Gesundheitsversorgung übernommen. Sekundiert werden sie von den Krankenkassen, die das Wohl der Patienten hinter ihren ökonomischen Erfolg stellen. Es gibt leider auch immer mehr Kolleginnen und Kollegen, die von der Politik des Misstrauens und der allgemeinen Verunsicherung der Patientinnen und Patienten profitieren. Es ist Tatsache, dass man seinen finanziellen Erfolg schmälert, wenn man aufgrund der klinischen Beurteilung auf technische Untersuchungen verzichtet. Ich stelle auch fest, dass unsere jungen Kolleginnen und Kollegen während der Ausbildung immer weniger in die Kunst der klinischen Untersuchung und des Erhebens der Anamnese eingeführt werden. Sie sammeln «objektive Daten» und verbringen Stunden am PC. Work-Life-Balance und Kostendruck fördern die Entstehung von Grosspraxen, die sich leider immer mehr im Besitz von nicht ärztlichen Investoren befinden. Das Berufsbild der alten Hausärzte entspricht nicht mehr den Vorstellungen der jungen Generation.

Die AGZ und die FMH setzen sich im Rahmen ihrer Möglichkeiten für die Interessen der Patienten und der Ärzteschaft ein. Dafür steht der TARDOC exemplarisch. Der Tarif wurde in enger Zusammenarbeit mit den Fachgesellschaften und der Mehrzahl der Versicherer erarbeitet. Das Tarifwerk berücksichtigt sowohl die Interessen der Patienten als auch der Ärzteschaft. Ein gelungenes Werk der FMH, das vom BAG und von santésuisse bis zum heutigen Tag boykottiert worden ist. Wir hoffen aber, dass der Tarif per 1.1.2023 inkrafttreten kann.

Die einzelnen Mitglieder können sich heute über ihre Bezirks- und Fachgesellschaften sowohl in der AGZ als auch in der FMH in der Delegiertenversammlung und in der Ärztekammer einbringen. Leider nimmt nur eine Minderheit der Mitglieder am standespolitischen Leben teil. Die AGZ sucht im Rahmen des Verbandsentwicklungsprojektes neue Gefässe für den Austausch unter den Mitgliedern und zur Mitgestaltung der Zukunft. Die AGZ und die FMH entwickeln sich weiter und versuchen, die Basis für staats- und standespolitische Fragen zu sensibilisieren.

Der Wandel der Zeit fordert aber auch uns Ärztinnen und Ärzte im Praxisalltag heraus. Arzt sein sollte meiner Meinung nach immer noch Berufung sein. Das heisst, das Wohl des Patienten steht über allem. «Primum non nocere, secundum cavere, tertium sanare.» Das Vertrauen der Patienten ist aber die Vor-

aussetzung für eine erfolgreiche Behandlung. Eine wichtige Nebensache ist auch die finanzielle Abgeltung der geforderten Leistungen. Durch die Politik und die Ökonomie wird der Wert der ärztlichen Leistungen vorsätzlich vermindert. Damit sinkt intrinsisch auch die Bereitschaft der einzelnen Ärztinnen und Ärzte, Verantwortung für ihre Patientinnen und Patienten zu übernehmen.

Auch ich blicke auf mehr als dreissig Jahre ärztlichen Wirkens zurück. Mein Beruf als Hausarzt hat mich bis heute erfüllt, trotz Tarifierfall, unnötiger Administration, wachsendem Misstrauen der Versicherer und Patienten, die immer fordernder auftreten. Geniesse den wohlverdienten Ruhestand und halte Dich an die Volksweisheit: «Mach es wie die Sonnenuhr, zähl die heitren Stunden nur!»

Dr. med. Josef Widler, Zürich

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

Mitteilungen

Facharztprüfung

Facharztprüfung zur Erlangung des Facharzttitels Dermatologie und Venerologie

Schriftliche Prüfung SGDV

Datum und Ort: 26. November 2022, Bern (genauer Ort wird noch bekanntgegeben)

Anmeldefrist: Die Registrierung für das schriftliche Examen beginnt am 1. März 2022, Anmeldeschluss ist der 15. August 2022.

Mündliche Prüfung SGDV

Datum und Ort: 24. November 2022, Hôpitaux universitaires de Genève

Anmeldefrist: Die Registrierung für das mündliche Examen beginnt am 1. März 2022, Anmeldeschluss ist der 15. August 2022.

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

Februar 2022

Dexmedetomidin (Dexdor®): Belege für erhöhtes Mortalitätsrisiko bei Intensivpatienten ≤65 Jahren, wenn Dexmedetomidin zur tiefen Sedierung angewendet wird

Orion möchte Sie in Abstimmung mit Swissmedic über folgenden Sachverhalt informieren:

Zusammenfassung

- Die Studie SPICE III war eine randomisierte klinische Studie, in der bei 3904 kritisch kranken erwachsenen Patienten auf der Intensivstation der Effekt der Sedierung mit Dexmedetomidin auf die Mortalität jeglicher Ursache mit jenem der «üblichen Standardtherapie» verglichen wurde. Mit Blick auf die 90-Tage-Gesamtmortalität ergab die Studie keinen Unterschied zwischen der Dexmedetomidin- und der Standardtherapie-Gruppe (Mortalität von 29,1% in beiden Gruppen).
- Die Studie zeigte einen Effekt des Alters auf das Mortalitätsrisiko auf. Dexmedetomidin war in der Altersgruppe ≤65 Jahren mit einem höheren Mortalitätsrisiko assoziiert als andere Sedativa (Odds Ratio 1,26; 95%-Glaubwürdigkeitsintervall 1,02 bis 1,56). Der zugrunde liegende Mechanismus ist nicht bekannt.
- Am stärksten ausgeprägt war diese Heterogenität des Effekts auf die Mortalität in Abhängigkeit vom Alter in Fällen, in denen Dexmedetomidin früh in hoher Dosis angewendet wurde, um bei Patienten eine tiefe Sedierung zu bewirken, die aus anderen Gründen als zur postoperativen Versorgung aufgenommen wurden. Mit zunehmendem APACHE-II-Score stieg sie an.
- Bei Anwendung von Dexmedetomidin zur leichten Sedierung war der Effekt auf die Mortalität nicht nachweisbar.
- Diese Ergebnisse sollten bei jüngeren Patienten gegenüber dem erwarteten klinischen Nutzen von Dexmedetomidin im Vergleich zu anderen Sedativa abgewogen werden.
- Dexmedetomidin ist bei Intensivpatienten nur für eine Sedierung bis zu einer Tiefe von -3 nach RASS zugelassen.

Hintergrundinformationen zu den Sicherheitsbedenken

Dexmedetomidin (Dexdor®) wird angewendet für:

- die Sedierung erwachsener, intensivmedizinisch behandelter Patienten, die eine Sedierungstiefe benötigen, die ein Erwecken durch verbale Stimulation noch erlaubt (dies entspricht einer Klassifikation

von 0 bis -3 nach der Richmond Agitation-Sedation Scale [RASS]);

- die Sedierung erwachsener, nicht intubierter Patienten vor und/oder während diagnostischer oder chirurgischer Massnahmen, die eine Sedierung erfordern, d.h. prozedurale Sedierung/Wachsedierung.

An der von einem akademischen Sponsor in Auftrag gegebenen Studie SPICE III nahmen

4000 Intensivpatienten teil, die eine mechanische Beatmung benötigten und nach dem Zufallsprinzip entweder einer Sedierung mit Dexmedetomidin als primärem Sedativum oder mit der Standardtherapie (Propofol, Midazolam) zugewiesen wurden. Die Zieltiefe der Sedierung beschränkte sich nicht auf das zugelassene Anwendungsgebiet von Dexdor® für die Sedierung im intensivmedizinischen Kontext (RASS 0 bis -3); auch tiefere Sedierungen (RASS -4 bis -5) waren erlaubt. Die Applikation von Dexdor® wurde je nach klinischem Bedarf nach der Randomisierung noch für bis zu 28 Tage fortgesetzt.

Insgesamt wurden 3904 Patienten in eine Intention-to-treat-Analyse einbezogen. Mit Blick auf die 90-Tage-Gesamtmortalität ergab die Studie keinen Unterschied zwischen der Dexmedetomidin- und der Standardtherapie-Gruppe (Mortalität von 29,1% in beiden Gruppen). Das mediane Alter der in die Analyse einbezogenen Patienten lag bei 63,7 Jahren. 976 der Patienten unter dem medianen Alter erhielten Dexmedetomidin als primäres Sedativum. Davon verstarben 219 Patienten innerhalb von 90 Tagen nach der Randomisierung (22,4%). 975 der Patienten unter dem medianen Alter wurden gemäss Standardtherapie (Propofol, Midazolam) sediert. Davon verstarben 176 Patienten innerhalb von 90 Tagen nach der Randomisierung (18,1%).

In nachfolgenden Analysen wurde eine Heterogenität des Behandlungseffekts von Dexdor® festgestellt. Bei Patienten ≤65 Jahren war ein erhöhtes 90-Tage-Mortalitätsrisiko zu beobachten (Odds Ratio 1,26 [95%-Glaubwürdigkeitsintervall 1,02–1,56]). Der zugrunde liegende Mechanismus ist zwar noch unklar, am stärksten ausgeprägt war die Heterogenität des Effekts auf die Mortalität in Abhängig-

keit vom Alter jedoch in Fällen, in denen Dexmedetomidin früh in hoher Dosis angewendet wurde, um bei Patienten eine tiefe Sedierung zu bewirken, die aus anderen Gründen als zur postoperativen Versorgung aufgenommen wurden. Mit zunehmendem APACHE-II-Score stieg sie an.

Diese Ergebnisse sollten bei Patienten bis zu einem Alter von 65 Jahren gegenüber dem erwarteten klinischen Nutzen von Dexdor®, wenn es gemäss den Empfehlungen in der Produktinformation angewendet wird, im Vergleich zu anderen Sedativa abgewogen werden.

Bei Anwendung von Dexmedetomidin zur leichten Sedierung oder bei Patienten

>65 Jahre war der Effekt auf die Mortalität nicht nachweisbar.

Der Mechanismus, über den Dexmedetomidin das Sterberisiko von intensivmedizinisch behandelten Patienten ≤ 65 Jahren erhöhen könnte, ist nicht bekannt.

Dexmedetomidin ist bei Intensivpatienten nur für eine Sedierung bis zu einer Tiefe von -3 nach RASS zugelassen.

Die Produktinformation wurde um einen Warnhinweis ergänzt, der die Evidenz und Risikofaktoren für ein erhöhtes Mortalitätsrisiko bei Intensivpatienten ≤ 65 Jahren beschreibt. Die aktualisierte Arzneimittelinformation wird auf www.swissmedicinfo.ch veröffentlicht.

Aufforderung zur Meldung von unerwünschten Arzneimittelwirkungen

Für Meldungen über unerwünschte Arzneimittelwirkungen (UAW) empfiehlt Swissmedic, das dafür entwickelte Meldeportal Electronic Vigilance System (ELViS) zu verwenden. Alle erforderlichen Informationen hierzu sind unter www.swissmedic.ch zu finden.

Kontaktinformationen des Unternehmens

Orion Pharma AG

Baarerstrasse 75, 6300 Zug, Schweiz

info.switzerland@orionpharma.ch

Tel. +41 41 767 40 90

www.orionpharma.ch

Erweiterung des Treuhandpartner-netzes im Kanton St. Gallen

Brenner Treuhand AG führt seit 1995 das Sekretariat der Ärztesgesellschaft des Kantons St. Gallen, seit 2009 das Sekretariat der Ärztesgesellschaft des Kantons Glarus und seit 2018 auch das Sekretariat des Ärztevereins der Stadt St. Gallen.

Unser Team ist fokussiert und spezialisiert im Ärzte-Treuhandbereich.

Wir betreuen Arztpraxen, Praxisgemeinschaften, Ärztezentren, Beleg- und Spitalärzte/-innen – überall dort, wo Bürokratie, Steuern und Geld das Thema sind.

Im gesamten Bereich rund um unsere Kundenkonstellationen erbringen wir massgeschneiderte Dienstleistungen für Ärztinnen und Ärzte.

– Treuhand

Buchhaltung / Personaladministration / Jahresabschluss / Revision / Beratung bei Gründung, Übernahme, Kauf, Verkauf und Liquidation von Praxen, Praxisgemeinschaften und Ärztezentren, Budget mit Planerfolgsrechnung und Liquiditätsplan / Praxis-CheckUp

– Steuern

Steuererklärungen / Steuerplanung / MWST / Grundstückgewinnsteuer / Bezugsstrategie, Steuerberatung bei Zuzug aus dem Ausland, steueroptimaler Rechtsformvergleich

– Recht

Beratung und Umsetzung Praxisübernahme, Praxisgemeinschaft mit Verträgen, Arbeitsrecht, Güter- und erbrechtliche Beratung

Martin Brenner

Eidg. dipl. Steuerexperte
und Treuhänder mit eidg.
Fachausweis
Mitglied Treuhand Suisse
und Expert Suisse



Der Nutzen unserer Kunden ergibt sich aus der Kombination und dem Vernetzen der verschiedenen Fachbereiche, wobei die Bedürfnisse des Menschen im Zentrum stehen. Aktive und vorausschauende Beratung in unseren Kundenbeziehungen erbringen wir dabei sehr gerne.

Rufen Sie uns für ein kostenloses und unverbindliches Erstgespräch an.

Die Brenner Treuhand AG ist ein von der FMH Services Genossenschaft empfohlenes, rechtlich und wirtschaftlich selbständiges Beratungsunternehmen.

Brenner Treuhand AG
FMH Services (Treuhand)
Gewerbstrasse 6
CH-9242 Oberuzwil
Tel. 071 955 05 65
www.brennertreuhand.ch
[martin.brenner\[at\]fmhtreuhand.ch](mailto:martin.brenner[at]fmhtreuhand.ch)



Einfach weiter-
kommen

Dienstleistungen für Ärzte und Praxen

Praxisgründung
Praxisführung
Gruppenpraxis
Praxisübergabe

 FMH SERVICES

FMH Consulting Services AG

Burghöhe 1
6208 Oberkirch
Tel. 041 925 00 77
mail@fmhconsulting.ch
www.fmhconsulting.ch





Women's Brain Project

«Alzheimer wird bei Frauen oft zu spät oder falsch diagnostiziert»

Das Interview führte: Martina Huber

Freie Journalistin BR, Olten

Alzheimer verläuft bei Frauen anders als bei Männern, sagt Ärztin Antonella Santucione Chadha. Als Mitgründerin der Nichtregierungsorganisation Women's Brain Project setzt sie sich dafür ein, dass geschlechtsspezifischen Unterschieden bei Alzheimer und weiteren Krankheiten des Gehirns mehr Beachtung geschenkt wird.

Sie haben kürzlich ein Buch mit herausgegeben zu den geschlechtsspezifischen Unterschieden bei Alzheimer [1]. Warum ist es wichtig, bei Alzheimer auf diese Unterschiede zu fokussieren?

Erstens machen Frauen mehr als siebenzig Prozent der Betroffenen aus. Zweitens schreitet die Krankheit bei Frauen schneller voran. Ausserdem haben Frauen auch spezifische Risikofaktoren.

Und die wären?

Wir wissen beispielsweise, dass die hormonellen Veränderungen in der Menopause das Alzheimerisiko

erhöhen. Ein weiterer Aspekt ist das Schlafverhalten. Ein spezifischer weiblicher Risikofaktor sind Schlafstörungen, denn Frauen schlafen in der Regel viel schlechter als Männer, beispielsweise während Schwangerschaften, in der Stillzeit und wenn die Kinder noch klein sind. Auch in den Wechseljahren treten oft Schlafprobleme auf. Wir wissen, dass toxische Proteine, die sich im Gehirn anreichern, normalerweise während der Schlafphase abgebaut werden. Es könnte also sein, dass sie sich aufgrund des Schlafverhaltens im Gehirn von Frauen stärker anreichern. Wir wissen noch nicht genug, aber wir wissen, dass Schlaf sehr

wichtig für unser Gehirn und für die Erholung ist und dass schlechter Schlaf das Risiko für viele Gehirnerkrankungen erhöht, auch für Alzheimer.

Weshalb schreitet Alzheimer bei Frauen schneller voran als bei Männern?

Sehr vieles verstehen wir heute noch nicht, aber es gibt immer mehr Hinweise, dass die Krankheit bei Frauen anders verläuft als bei Männern. Das zeigt sich beispielsweise anhand der beiden Proteine Beta-Amyloid und Tau, die bei Alzheimer eine wichtige Rolle spielen. Im Verlauf der Krankheit reichert sich zunächst toxisches Beta-Amyloid zwischen den Gehirnzellen an. Danach kommt es im Innern der Gehirnzellen zur strukturellen Veränderung des Proteins Tau, das sich in Form von sogenannten Tau-Fibrillen anreichert. Diese Tau-Fibrillen sind ein Anzeiger dafür, dass Neuronen absterben.

Studien haben gezeigt, dass Frauen im Vergleich zu Männern mehr Tau haben [2]. Beim gleichen Niveau von Amyloid-Plaques haben sie mehr Tau, ihr Gehirn

Zur Person

Dr. Antonella Santuccioni Chadha studierte Medizin an der Universität von Chieti, Italien, und Neurowissenschaften am Zentrum für Molekulare Neurobiologie Hamburg. Nach Stationen als Ärztin und Forscherin in der Demenz-Abteilung der Psychiatrischen Universitätsklinik Zürich, als Klinische Pathologin und Neurowissenschaftlerin an der Universität Zürich, als Forscherin im Bereich psychiatrische Erkrankungen und Alzheimer bei Roche und als Gutachterin beim Schweizerischen Heilmittelinstitut Swissmedic ist sie seit 2020 beim Biotechnologiekonzern Biogen als Leiterin Stakeholder Engagement für Alzheimer. 2016 rief sie gemeinsam mit Maria Teresa Ferretti und Annemarie Schumacher Dimech das Women's Brain Project ins Leben – eine Gemeinnützige Organisation, die sich mit dem Einfluss von Geschlecht und Gender auf Gehirnerkrankungen befasst. Ziel ist die Gründung eines entsprechenden Forschungsinstituts.

ist dann also schon stärker abgebaut. Wie gesagt, vieles wissen wir noch nicht. Deshalb ist es so wichtig, dass wir diese Prozesse bei Frauen besser studieren. Nur dann können wir Alzheimer bei Frauen gut behandeln und Medikamente entwickeln, die auch für sie gut wirken.

Bei der Entwicklung von Medikamenten wird aber vor allem mit männlichen Versuchstieren gearbeitet, weil diese keinen Zyklus haben.

Ja, in der präklinischen Forschung sind Versuchstiere meist männlich, manchmal auch gemischt. Oftmals wird das Geschlecht der Tiere in Publikationen nirgends erwähnt. Das ist ein grosses Problem, aber zum Glück findet langsam ein Umdenken statt.

Auch in den Phasen 1 und 2 klinischer Studien ist im Allgemeinen die Mehrheit der Versuchspersonen männlich. In Phase-3-Studien, in denen Medikamente vor der Zulassung an einer grösseren Gruppe von Patientinnen und Patienten getestet werden, werden inzwischen mehr Frauen mit einbezogen, aber oftmals machen sie noch nicht die Hälfte der Versuchspersonen aus.

Und selbst das wäre nicht optimal. Bei chronischen, multifaktoriellen Erkrankungen, bei denen zwischen Frauen und Männern Unterschiede bestehen, sollten die Geschlechter eigentlich separat analysiert werden. Ist das nicht möglich, sollte in klinischen Studien zumindest berücksichtigt werden, wie häufig die beiden Geschlechter innerhalb der Bevölkerung tatsächlich von einer Krankheit betroffen sind. Bei Studien zu Alzheimer müssten Frauen also rund siebzig Prozent der Versuchspersonen ausmachen.

Und wie ist es in der Realität?

Wir haben kürzlich 56 klinische Studien zu Alzheimer analysiert [3]. Von den insgesamt fast 40000 Teilnehmenden waren 59 Prozent Frauen. Nur Gender der



Das Geschlecht sollte bei Studien zu Alzheimer unbedingt berücksichtigt werden, sagt Dr. Antonella Santuccioni Chadha.

untersuchten Studien haben über geschlechtsspezifische Ergebnisse berichtet. In den anderen war das Geschlecht schlichtweg kein Thema. Obschon immer deutlicher wird, dass die Krankheit bei Frauen und Männern anders verläuft. Das müssen wir ändern.

Wenn die Krankheit bei Frauen und Männern anders verläuft, sind denn auch die Symptome anders?

Ja. Frauen mit Alzheimer zeigen in einer frühen Phase oft Symptome einer Depression. Und dank guter sprachlicher Fähigkeiten können sie eine leichte kogni-

«Ein erster wichtiger Schritt ist, dass Ärztinnen und Ärzte Frauen ernst nehmen und sich Zeit nehmen für eine gute Anamnese.»

tive Beeinträchtigung oftmals lange verschleiern, so dass selbst Angehörige das Gefühl haben, alles sei in Ordnung. So wird Alzheimer bei Frauen in vielen Fällen zu spät oder falsch diagnostiziert.

Wie kann das verhindert werden?

Ein erster wichtiger Schritt ist, dass Ärztinnen und Ärzte Frauen ernst nehmen und sich Zeit nehmen für eine gute Anamnese. Wenn eine Patientin mit sechzig plötzlich Symptome einer Depression zeigt, sollten sie immer auch fragen: Gibt es Fälle von Alzheimer in der Familie? Wie steht es mit Risikofaktoren wie Diabetes oder Bluthochdruck? Hat die Patientin Schlafprobleme? Wenn mehrere solcher Faktoren zusammenkommen, würde ich empfehlen, das weiter abklären zu lassen.

Wie das?

Indem man untersucht, ob sich in Gehirn oder Rückenmark Beta-Amyloid oder Tau nachweisen lässt. Dies kann entweder mit einer PET-Untersuchung oder einer Lumbalpunktion gemacht werden, was theoretisch in fast jedem Spital möglich ist. Das Problem ist: Der Nachweis von Alzheimer anhand solcher Biomarker ist noch kein Standardprozedere. Dabei könnte er helfen, die Krankheit in einem frühen Stadium zu erkennen, wenn erst leichte kognitive Beeinträchtigungen vorliegen. Selbst wenn wir in naher Zukunft hoffentlich neue Medikamente haben werden, die die toxischen Proteine im Gehirn abbauen, wird man eine Behandlung früh beginnen müssen. Denn aus meiner klinischen Erfahrung als Pathologin und Forscherin weiss ich: Ein Gehirn mit fortgeschrittenem Alzheimer ist voller Löcher und fast zwei Mal kleiner als ein Normalgehirn. Neuronen, die zerstört sind, kann man nicht wiederherstellen. Daran werden auch neue Medikamente nichts ändern.

Die Behandlung muss also einsetzen, bevor das Gehirn zu stark geschädigt ist?

Ja. Alzheimer beginnt meist etwa fünfzehn bis zwanzig Jahre, bevor die ersten Symptome auftreten. Zu einem frühen Zeitpunkt erkannt, können Patientinnen und Patienten auch noch etwas tun, um den Verlauf der Krankheit zu verlangsamen. Ist die Krankheit schon fortgeschritten, fehlt ihnen das Bewusstsein dafür, dass sie krank sind. Man nennt dies Anosognosie. Das ist ein häufiges Symptom der Krankheit. Ich hatte selbst viele Erkrankte, die mir sagten: Ich brauche Sie nicht, Frau Doktor, wieso sind Sie hier? Gehen Sie weg. Viele werden auch aggressiv und wollen nicht, dass nun die Tochter oder eine unbekannte Ärztin plötzlich in ihr Leben eingreift. Das habe ich oft erlebt, als ich noch klinisch gearbeitet habe. Erkennt man die Krankheit früh, kann man die Betroffenen darüber aufklären, was in Zukunft mit ihrem Gehirn passieren könnte und was sie selbst dagegen tun können.

Was genau können sie denn tun?

Eine grosse finnische Studie [4] konnte zeigen, dass körperliche Aktivität und Gedächtnistraining den Verlauf der Krankheit verlangsamen können. Es ist wichtig, dass wir unser Gehirn ständig trainieren, auch im Austausch mit anderen Menschen. Dass wir uns bewegen und Sport machen, auch im Alter, und auch immer wieder etwas Neues lernen, beispielsweise eine neue Sprache oder ein Musikinstrument. Und weil auch ein Hörverlust das Risiko für Alzheimer erhöht, sollte man einen solchen so schnell wie möglich mit einem Hörgerät korrigieren.

Bildnachweis

Skypixel | Dreamstime.com
Porträtfoto: Gloria Bressan

Literatur

- 1 Ferretti MT, Schumacher Dimech A, Santuccione Chadha A (eds.). Sex and Gender Differences in Alzheimer's Disease. Elsevier: 2021.
- 2 Smith R, Strandberg O, Mattsson-Carlgen N, Leuzy A, Palmqvist S, et al. The accumulation rate of tau aggregates is higher in females and younger amyloid-positive subjects. *Brain*. 2020;143:3805–15.
- 3 Martinkova J, Quevenco FC, Karcher H, Ferrari A, Sandset EC, et al. Proportion of Women and Reporting of Outcomes by Sex in Clinical Trials for Alzheimer Disease. A Systematic Review and Meta-analysis. *JAMA*. 2021;4.
- 4 Ngandu T, Jenni Lehtisalo J, Solomon A, Levälähti E, Ahtiluoto S, et al. A 2 year multidomain intervention of diet, exercise, cognitive training, and vascular risk monitoring versus control to prevent cognitive decline in at-risk elderly people (FINGER): a randomised controlled trial. *The Lancet*. 2015;385(9984):2255–63.



Eine besondere Form der Leadership

Wie ein akademisches Lehrspital geführt wird

Jacques Cornuz^a, Drahomir Aujesky^b, Gérard Waeber^c, Christoph Meier^d, Arnaud Perrier^e

^a Prof. Dr. med., Generaldirektor, Universitätszentrum für Allgemeinmedizin und öffentliche Gesundheit (Unisanté), Lausanne; ^b Prof. Dr. med., Direktor, Universitätsklinik für Allgemeine Innere Medizin, Inselspital, Bern; ^c Prof. Dr. med., Medizinischer Leiter, Universitätsspital CHUV, Lausanne; ^d Prof. Dr. med., Direktor, Klinik und Poliklinik für Innere Medizin, Universitätsspital, Zürich; ^e Prof. Dr. med., Medizinischer Direktor des Universitätsspitals (HUG), Genf

Medizinische Einrichtungen mit akademischem Lehr- und Ausbildungsauftrag sind besonders. Sie haben ihre ganz eigenen Führungsstrukturen. Was zeichnet sie aus, und welche Fähigkeiten braucht es, um sie zu leiten? Eine Arbeitsgruppe hat sich mit diesen Fragen befasst und Leitsätze formuliert.

Während es eine Fülle von Büchern, Kursen und Websites zum Thema Leadership gibt, findet man nur sehr wenig Material zur speziellen Situation der Leadership im akademischen Lehrspital (ambulanter Bereich, stationärer Bereich, universitär) einschliesslich Lehr- und Forschungsaufgaben an der medizinischen Fakultät.

Dieser Artikel soll einen Teil dieser Lücke schliessen. Er entstand als Ergebnis der Überlegungen einer Ad-hoc-Arbeitsgruppe von Chefärzten aus der Deutschschweiz und der französischen Schweiz, die für universitäre Weiterbildungsstätten für Allgemeine Innere Medizin verantwortlich sind. Die Arbeitsgruppe bestand aus

Männern der Babyboomer-Generation, die sich der Grenzen ihrer Erfahrungen bewusst waren, als es darum ging, diese Thematik bei Angehörigen der jüngeren Generationen anzusprechen. Die Arbeitsgruppe gliederte deshalb ihre Überlegungen in Workshops mit der Meinung junger Kolleginnen und Kollegen der Generationen X (1966–1976) und Y (Millennials, 1980–1990) ab, die im akademischen Umfeld tätig sind.

Nach der Beschreibung der Hauptmerkmale akademischer Lehrspitäler bietet dieser Artikel ein Referenzsystem für diejenigen, die die erwähnte Verantwortung übernehmen wollen oder werden, sowie Vorschläge zur Entwicklung von Leadership-Skills.

Tabelle 1: Besonderheiten akademischer Lehrspitäler.

Aktivitäten	Governance	Mittelbeschaffung
– Dienstleistungen im Rahmen der somatischen und psychiatrischen Versorgung	– Staatliche Aufsichtsbehörde, häufig in Mischform: Universität–Kanton	Diverse Ressourcen:
– Leistungserbringung im Rahmen therapeutischer und gegebenenfalls auch präventiver (Beratung) Massnahmen	– Governance und Verwaltungsrat der akademischen Institution oft heterogen, repräsentativ für verschiedene berufliche Hintergründe, mitunter mit geringer «fachlicher» Kompetenz	– Öffentliche Hand (gemeinwirtschaftliche Leistungen), universitäre Mittel, Nationalfonds für wissenschaftliche Forschung usw.)
– Schaffung und Vermittlung wissenschaftlicher Erkenntnisse		– Kranken- und Privatversicherungen (Patientenversorgung)
– Vermittlung klinischer Fachkompetenzen		– Private: Finanzierung bestimmter Bereiche der Forschung und Entwicklung
– Vermittlung von Wissen (Fach- und Verhaltenskompetenz)		

Was bedeutet Leadership?

Über die Managementrolle hinausgehend kann Leadership als die Fähigkeit einer Person definiert werden, einer Gruppe von Menschen Orientierung zu geben und sie in die Lage zu versetzen, ein bestimmtes Ziel zu erreichen. Allgemein ausgedrückt bedeutet das, den

Erfolg einer Organisation auf angemessene und effiziente Art und Weise zu sichern.

Ausgehend von dieser Definition stellen sich mehrere Fragen: Welche spezifischen Charakteristika des akademischen Settings (Spital, Poliklinik, stationäre und/oder ambulante Abteilung) sind für erfolgreiche Leadership ausschlaggebend? Welche spezifischen Leadership-Kriterien sind für die Leitung akademischer Strukturen erforderlich? Wie lässt sich das Profil einer Führungsperson in einem Kontext definieren, der sowohl klinische, akademische als auch Management-Komponenten umfasst? Welche Fallstricke und Fehlentwicklungen sollten vermieden werden? Wie kann man sich aus der Rolle der Managerin bzw. des Managers, die oft hierarchiebedingt über Autorität verfügt, hin zu einer Führungsperson entwickeln, die sowohl von anderen Führungskräften wie auch von den Mitarbeitenden anerkannt wird?

Um diese Fragen anzugehen, hielt die Arbeitsgruppe drei zweistündige Sitzungen ab, in denen die Methode des internen Konsenses angewandt wurde. Sie stützte sich dabei auf einen Literaturkorpus, der hauptsächlich aus akademischen Kreisen im eng-

Tabelle 2: Hauptmerkmale für gute Leadership in der Leitung eines akademischen Lehrspitals.

Merkmale	Kommentare, die in den Workshops häufig wortwörtlich so geäussert wurden
Flexibilität und Anpassungsfähigkeit	Nichts ist schlimmer als starrsinnige, unflexible Vorgesetzte!
Authentizität	Niemand ist perfekt! Sich selbst treu bleiben und keine fremde Rolle spielen
Klarheit und Weitblick	Mut zur Veränderung!
Breite Vision	Kontextualisierung des eigenen Handelns in einer institutionellen Perspektive
Überzeugung und Motivation	Achtung: Motivierung der Mitarbeitenden nicht mit Instrumentalisierung für die eigene Agenda verwechseln
Anerkannte fachliche Expertise	Fachwissen verleiht nicht nur Legitimation, sondern auch Glaubwürdigkeit
Ambitionierte Ziele für die Institution	Sicherstellen, dass die persönlichen Ambitionen mit der Funktion übereinstimmen
Grosszügigkeit	Man kann nicht Engagement fordern, wenn man selbst nicht dazu bereit ist
Mut	Mitunter ist es zur Problemlösung notwendig, mit Respekt, aber Entschlossenheit auf Konfrontation zu gehen
Resilienz gegenüber Stress und Druck	Stimmungsschwankungen ermüden die Mitarbeitenden!
Gute Kommunikation	Es wird selten zu viel kommuniziert!
Enthusiasmus	Mobilisierung der Gruppendynamik wird dadurch erleichtert
Ansprechbarkeit und Zuhören	Aktives Zuhören hilft, die Probleme richtig einzuschätzen
Wohllöbende Grundhaltung	Diese Eigenschaft ist nicht unvereinbar mit der Notwendigkeit, manchmal schwere Entscheidungen zu treffen und diese umzusetzen (z.B. sich von einem Mitarbeitenden zu trennen, der nicht die geforderte Leistung erbringt)
Kreativität	Unentbehrlich für die eigenen Aktivitäten im Bereich Forschung und Entwicklung
Vorbildfunktion	Wie kann man Anstrengungen bündeln, ohne mit gutem Beispiel voranzugehen?
Fähigkeit, im kompetitiven Umfeld zu führen	Das akademische Umfeld ist sehr wettbewerbsorientiert
Fähigkeit, Teams zusammenschweissen und nach vorne zu bringen	Manchmal stehen die Mitarbeitenden in Konkurrenz zueinander, insbesondere im Hinblick auf eine mögliche akademische Beförderung
Fähigkeit, Ratschläge zu geben	Dies ist eine seitens der Mitarbeitenden am meisten erwünschte Kompetenz
Fähigkeit, Prioritäten zu setzen	Dadurch können die Teams ihre Energie fokussieren
Ausgeglichene Work-Life-Balance	Auftanken ist wichtig, um wieder Lust auf die Ausübung der beruflichen Tätigkeit zu bekommen

lischsprachigen Raum oder aus Québec stammt [1–5]. Darauf aufbauend folgten vier Workshops mit etwa fünfzig Ärztinnen und Ärzten der Generationen X und Y, in denen essentielle Leadership-Merkmale herausgearbeitet wurden. Temporäre Besonderheiten (z.B. das Auftreten einer Pandemie) oder persönliche Aspekte (z.B. Gehalt) wurden hier bewusst ausser Acht gelassen.

Ergebnisse

Besonderheiten im akademischen Lehrspital

Tabelle 1 fasst die Besonderheiten akademischer Lehrspitäler zusammen, die für die Anforderungen an moderne Führungskräfte (Leadership) ausschlaggebend sind. Die Organisationsstruktur ist hier häufig pyramidal, insbesondere aufgrund des klinischen (medizinische Entscheidungsfindungen) und akademischen (akademische Hierarchisierung der Lehr- und Forschungszu-

Die akademische Organisation ist sehr divers hinsichtlich Alter, Ausbildung und kulturellen Backgrounds der Mitarbeitenden.

ständigkeiten) Kontexts. Das akademische Umfeld, das *per se* ambitiös und wettbewerbsorientiert ist, gestaltet die Leadership sehr komplex. Da die Aktivitäten einer akademischen Struktur die Bereiche Management Klinik, Lehre und «Erschaffung» von Wissen (Forschung) umfassen, muss die

Führungsperson über Fachkompetenz auf allen vier Gebieten verfügen.

Die akademische Organisation zeichnet sich weiter durch eine grosse Diversität der Mitarbeitenden aus, insbesondere hinsichtlich Alter, Ausbildung und kulturellen Backgrounds. Das Finanzierungsmodell ist häufig gemischt und beinhaltet unter politischer Aufsicht stehende Mittel aus öffentlicher und privater Hand, was ein komplexeres Management erfordert. Auch ist die akademische Einrichtung als Arbeitsplatz speziell, ist sie doch sowohl Ort der medizinischen Versorgung als auch der Aus- und Weiterbildung. Studierende, Assistenzärztinnen und -ärzte in Weiterbildung, Kaderärztinnen und Kaderärzte sowie Pflegenden nehmen an gemeinsamen Kolloquien teil. Zusätzlich finden hier oft nationale und internationale Kongresse statt.

Die von der verantwortlichen Führungsperson praktizierte Leadership (Führungsrolle) muss daher mit diesem System, dessen Funktionsregeln sowie der institutionellen Kultur in Einklang stehen. Das Verständnis des speziellen Umfelds, in dem sich die Führungsperson bewegt, ist somit von grosser Bedeutung.

Die Ernennung einer Klinikleiterin oder eines Klinikleiters, einer Direktorin oder eines Direktors derartiger Organisationsstrukturen erfolgt sehr häufig im Rahmen eines doppelten Auswahlverfahrens, sowohl eines institutionellen (Verwaltungsrat) als auch eines universitären (Fakultäts- und Universitätsleitungen), und manchmal sogar eines politischen (Staatsrat).

Hauptmerkmale für gute Leadership

Nach Festlegung der strukturellen Charakteristika wurden von der Arbeitsgruppe und den Teilnehmenden der Workshops die wichtigsten Merkmale einer medizinisch-akademischen Führungsperson ermittelt (Tab. 2).

Natürlich wird von niemandem erwartet, dass er alle diese Eigenschaften besitzt. Vier Eigenschaften wurden von den Teilnehmenden der Workshops als besonders wichtig erachtet:

1. **Weitblick:** Dieser ermöglicht es, alle Dimensionen und Herausforderungen des akademischen Lehrspitals zu erfassen.
2. **Mut:** Manchmal müssen Entscheidungen getroffen werden, die nicht allen gefallen.
3. **Zuhören:** Aufmerksam, respektvoll und wohlwollend. Das schafft Vertrauen, Motivation und Erfolg.
4. **Fähigkeit, Teams und Talente zu bündeln und voranzubringen:** Mit anderen Worten, Energie zu übertragen.

Tabelle 3: Die wichtigsten Fallen und Fehlentwicklungen in der Leadership.

Fallen/Fehlentwicklungen	Kommentare, in den Workshops häufig verbatim so geäußert
Paternalistisch geprägte Sprache («meine», «mein» usw.)	Diese Sprachwahl ist veraltet
Selbstzufriedenheit	Verhindert das Hinterfragen
Egozentrismus	Verhindert Akzeptanz und Zustimmung
Selbstüberschätzung und Überschätzung der eigenen Fähigkeiten	Dieses Risiko besteht vor allem dann, wenn man die Konfrontation mit anderen vermeidet
Autokratismus, Machtmissbrauch, Arroganz	Die Akzeptanz der Mitarbeitenden für eine Entscheidung der Führungsperson darf nicht auf diese Gründe zurückzuführen sein
Erschöpfung, Burnout	Klassische Falle!
Isolation, Elfenbeinturm	Vorsicht: Es muss vermieden werden, nicht mehr in der Lage zu sein, sich mit anderen auseinanderzusetzen
Nachlassen von Kompetenzen	Einige Fähigkeiten lassen, wie bei jedem Menschen, im Alter nach
Verschleiss	Wissen, wann man aufhören sollte!
Fehlender Widerspruch	Eigene Ideen mit denen anderer konfrontieren
Manipulation	Eine Führungsposition kann diese Fehlentwicklung begünstigen
Negativismus	Gegebenenfalls ist ein Burnout nicht weit
Bestreben, es immer allen recht zu machen	Dies hindert dabei, manchmal harte Entscheidungen zu treffen

Es wurde auch darauf hingewiesen, dass ein wohlwollendes Zuhören nicht verbietet, seine Ablehnung zu zeigen. Eine solche Situation kann zwar zu Spannungen führen, aber diese ermöglichen es manchmal, Schwierigkeiten anzugehen und sie so zu lösen.

Schliesslich wurde auch der Unterschied zwischen Management und Leadership angesprochen, obgleich beide Tätigkeiten viele gemeinsame Merkmale aufwei-

Das Verständnis für das spezielle Umfeld, in dem sich die Führungsperson bewegt, ist von grosser Bedeutung.

sen. Die beiden folgenden Unterschiede wurden dabei herausgearbeitet: Erstens die Bedeutung der Vision, wie bereits das Zitat *«managing is doing the things right, leading is doing the right things»* nahelegt, und zweitens die Dichte des Entscheidungsprozesses, wobei die Führungsperson oft weniger Zeit hat und stärker unter Druck steht, Entscheidungen zu treffen.

Was vermieden werden sollte

Tabelle 3 fasst zusammen, was die Führungsperson, ihre Glaubwürdigkeit und ihre Führungskompetenzen bedroht, wobei von Egozentrik und Isolation die grössten Gefahren ausgehen.

Das Wichtigste in Kürze

- Dieser Artikel gibt eine Definition von akademisch-medizinischen Strukturen und der für diese Art von Institutionen spezifischen Führung.
- Die wichtigsten Merkmale dieser Führung sind *Weitblick, Mut, gutes Zuhören* und *die Fähigkeit, Teams und Talente zusammenzuführen und voranzubringen*.
- Was gefährdet die Glaubwürdigkeit einer Führungskraft und ihre Führungskompetenzen? Die grössten Risiken bestehen in der Egozentrik und der Isolation.
- Diese Führungskompetenzen lassen sich durch Mentoring, das Erleben von Situationen auf verschiedenen Hierarchiestufen, interprofessionelles Arbeiten, Coaching, Erfahrungsaustausch und die Teilnahme an einer Gruppe für «zukünftige Führungskräfte» entwickeln.
- Die im Artikel formulierten Ansätze wurden von einer Arbeitsgruppe von Chefärzten, die für Weiterbildungsstätten für Allgemeine Innere Medizin verantwortlich sind, in Zusammenarbeit mit jungen Ärztinnen und Ärzten aus dem akademischen Umfeld erarbeitet.

Eine eigene Leadership-ID entwickeln

Glücklicherweise gibt es zahlreiche Möglichkeiten, diese Leadership-Kompetenzen zu erwerben bzw. zu entwickeln. Dazu gehören insbesondere: 1) Mentoring und Sponsoring durch erfahrenere Führungskräfte; 2) Einarbeitung auf verschiedenen hierarchischen Ebenen (oft schrittweise); 3) berufsübergreifendes Arbeiten, da man in der direkten Auseinandersetzung mit anderen Fachgebieten viel Neues lernt; 4) Coaching mit einem klar zielorientierten Programm; 5) Erfahrung- und Praxisaustausch, um Problemlösungen zu ermöglichen; 6) Teilnahme an Arbeitsgruppen für «zukünftige Führungskräfte». In diesem Zusammenhang auch zu erwähnen sind das Schweizer Programm H.I.T (High Potential University Leaders Identity and Skills Training Program) für Professorinnen [6] und das von der Schweizerischen Gesellschaft für Allgemeine Innere Medizin (SGAIM) gesponserte Buch zur oberärztlichen Tätigkeit [7]. Ausserdem dürfte bald eine Community von Interessierten ins Leben gerufen werden, die sich speziell dieser Thematik widmet.

Die in diesem Artikel aufgeführten Kriterien stammen aus einer explorativen, qualitativen und auf ein Team von jungen Ärztinnen und Ärzten aus der Westschweiz beschränkten Arbeit, folgen jedoch im Grossen und Ganzen den Empfehlungen der internationalen, hauptsächlich englischsprachigen Fachliteratur [2–4].

Danksagung

Unser herzlicher Dank gilt Herrn Prof. Peter Suter für seine wertvollen Ratschläge und den jungen Arztekolleginnen und -kollegen, die uns während der Workshops mit ihren Sichtweisen und Überlegungen unterstützt haben.

Bildnachweis

Rawpixelimages | Dreamstime.com

Literatur

- 1 Clavien PA, Deiss J. Ten tips for choosing an academic chair. *Nature*. 2015;519:286–7.
- 2 Vassie C, Smith S, Leedham-Green K. Factors impacting on retention success and equitable participation in clinical academic careers: a scoping review and meta-thematic synthesis. *BMJ Open*. 2020;5:10(3).
- 3 Salata Robert A, Geraci Mark W, Rockey Don C. U.S. Physician-Scientist Workforce in the 21st Century: Recommendations to Attract and Sustain the Pipeline. *Academic Medicine*. 2018;93(4):565–73.
- 4 joule.cma.ca/fr/apprentissage.html
- 5 www.cpass.umontreal.ca/2017/09/20/rapport-institut-canadien-de-leadership-en-education-medecale-2017/
- 6 UZH – Gleichstellung und Diversität – H.I.T. Program 2021-24
- 7 Roten C, Perrig M. Die oberärztliche Tätigkeit – eine neue Herausforderung, Ein praktischer Leitfaden. Göttingen: Hogrefe; 2021. ID:A17909_M P-ID:A17909_M



Le choix et le hasard

Julia Vecsey

Dr méd., membre de la FMH

Ces deux histoires commencent un matin, au saut du lit. Le hasard choisit alors pour nous: va-t-on se lever du pied gauche ou du droit? Et de ce choix va dépendre le déroulement de toute la journée, que dis-je, de toute la vie!

Du côté face

Premier épisode

Pied gauche: Par un matin pluvieux, le réveille-matin de Juliette ne sonna pas à sept heures tapantes comme prévu, mais heureusement, cette mésaventure lui étant déjà arrivée, elle avait mis en place un réveil de secours, qui, lui, sonna à 7h10. Elle se redressa, prête à sauter du lit, lorsqu'un vertige lui tourna la tête. Prudemment, elle attendit que cela cesse et mit le pied gauche au sol. Elle tâta le sol à la recherche de ses pantoufles, et ne les trouvant pas, voulut poursuivre son chemin pieds nus; grand mal lui en prit, car elle glissa dans le couloir, tenta de se retenir au premier meuble venu, qui malheureusement se trouvait être une bibliothèque chargée de livres, qui n'attendirent pas une

seconde pour se précipiter à terre. Juliette perdit encore quelques minutes à essayer de rassembler tant bien que mal les ouvrages, puis se fit un café, dans lequel elle mit distraitement deux grandes cuillères de... sel!

Pied droit: le même matin, le radioréveil de Jules s'enclencha et diffusa une musique douce; le premier rayon d'un soleil chaleureux se fraya un chemin entre les nuages. Jules posa le pied droit par terre, rencontra sa pantoufle avec bonheur et, après s'être rasé de près, dégusta un thé savoureux, juste bien sucré.

Deuxième épisode

Juliette descendit dans la rue, chercha longuement à retrouver sa voiture, garée dans les parages, mais allez savoir où? Après quelques investigations, elle la vit,

retrouva avec difficulté ses clés au fond de son sac encombré d'un indescriptible fourbi féminin, et une fois qu'elle eût mit la main dessus, elle eut la désagréable surprise de rencontrer une résistance dans la serrure, et Juliette ne réussit par tous ses efforts qu'à casser cette dernière! Il fallut attendre le dépanneur, ce qui la retarda encore.

Jules, quant à lui, enfourcha son vélo, gonflé à souhait, et se rendit sans encombre sur son lieu de travail, le Centre Européen d'Etudes Spatiales.

Troisième épisode

Juliette arriva à son atelier de couture avec du retard, ce qui n'était pas très grave, car en ces temps troublés, les commandes se faisaient rares, l'endroit était donc désert. Elle était en train de confectionner une paire de gants, lorsqu'elle se rendit compte qu'elle avait cousu le pouce gauche sur la main droite... Elle en fut toute retournée.

Les projets de Jules étaient quant à eux bien plus ambitieux: il participait à un programme de «voirie de l'espace», avec le projet d'envoyer dans le ciel étoilé un véhicule capable de rassembler et désintégrer les débris d'engins spatiaux encombrants.

Quatrième épisode

A la pause de midi, Juliette décida de se rendre au café des Amis, le restaurant voisin, qui servait un plat du jour savoureux. Elle s'installa seule à une table près de la porte d'entrée.

Au même moment, Jules décida lui aussi de se rendre au Café des Amis pour déjeuner. En chemin, il sifflotait gaiement, frappant de son pied droit et avec énergie dans les petits cailloux qui se trouvaient sur sa route. Il voulait rejoindre un groupe de collègues attablés au fond de la salle.

Il passa devant Juliette, évita soigneusement le pied gauche de la jeune femme qui dépassait de la table et qui risquait de faire trébucher les passants, mais il ne la remarqua pas.

Cinquième épisode

Après leur dure journée de labeur, chacun regagna son domicile. Ils décidèrent chacun de leur côté de se mettre dans une tenue négligée mais étudiée, avant de ressortir pour aller dans une boîte de nuit branchée.

Après s'être déhanchés comme des fous sur la piste de danse, ils allèrent jusqu'au bar pour se désaltérer, et ils

se retrouvèrent côte à côte, le pied gauche de Juliette frôlant le pied droit de Jules.

Puis, par la magie des ondes pédestres, les pieds se reconnurent, réalisèrent qu'ils s'étaient déjà rencontrés plus tôt dans la journée, alors que les têtes l'ignoraient encore. Jules et Juliette engagèrent la conversation et constatèrent qu'ils travaillaient tous les deux dans le même quartier et qu'ils pourraient facilement se revoir, ce dont tous deux avaient envie.

A vous d'imaginer la suite de cette histoire qui tourne résolument en histoire d'amour...

Du côté pile, tout se passe à l'envers

Premier épisode

C'est Juliette qui se lève du pied droit, qui retrouve aisément sa voiture, se précipite dans son d'atelier de couture, pour découvrir qu'elle croule sous les commandes. Jules de son côté se lève du pied gauche, trouve son vélo avec un pneu crevé, en conséquence, il arrive tardivement sur son lieu de travail pour constater que son projet de poubelle de l'espace ne peut pas fonctionner sans une fine pellicule textile servant de filtre. Il retourne le problème dans tous les sens, mais ne sait pas comment le résoudre.

Deuxième épisode

Au repas de midi, au café des Amis, il trébuché sur le pied droit de Juliette, tombe, casse ses lunettes, mais fait ainsi connaissance avec la jeune femme; elle l'invite à sa table, ils discutent et il réalise qu'elle pourrait lui apporter la confection de la pellicule tant recherchée.

Episodes suivants et épilogue

Ils vont désormais travailler ensemble, et concrétiser le projet de poubelle de l'espace grâce à leur contribution mutuelle, et leur découverte du... philtre!

Là aussi, je vous laisse imaginer la suite de la rencontre... Et bien sûr, ils vécurent heureux et eurent un certain nombre d'enfants!

Il n'y a pas de moralité à cette histoire, nous avons seulement la preuve que ce qui devait arriver arrive toujours, quel que soit le pied du lever...

Crédits photo

Jon Tyson / Unsplash

Jeden Tag eine Ladung Emotionen

Eva Mell

Stellvertretende Chefredaktorin der *Schweizerischen Ärztezeitung*



In meiner Familie lautet das Motto: Jeden Tag wird jede Emotion mindestens einmal durchlebt. Ich habe eine fünfjährige und eine zweijährige Tochter. Grösstmögliche Freude und tiefe Verzweiflung wechseln sich ebenso sehr ab wie Frust, Beleidigtsein, Trauer und Enttäuschung, aber auch Vergnügen, Liebe, Stolz oder Zufriedenheit. Wir Eltern stecken mittendrin im Gefühlsstrudel, müssen einerseits versuchen, uns nicht mitreissen zu lassen, und andererseits darauf achten, dass unser Nachwuchs das Wechselbad der Gefühle ohne Verbrennungen übersteht.

Und das alles nach einem Arbeitstag, der auch nicht ohne Emotionen an uns vorbeigeht. Mal überwiegen im Job die Selbstzweifel, dann die Freude über das Erreichte. Und am Ende ist meistens keine Gelegenheit, die vielen Gefühle zu reflektieren. Nach einem langen Tag kann es sein, dass bei allen Beteiligten die Nerven blank liegen. Wer kennt das nicht? Wie aber damit umgehen und Gelassenheit lernen? Dem Zeitgeist entsprechend blicken viele Menschen nach Asien und versuchen sich in buddhistischen Meditationstechniken, um Stress zu reduzieren und ihre Emotionen in den Griff zu kriegen.

Mal überwiegen im Job die Selbstzweifel, dann die Freude über das Erreichte. Und am Ende ist keine Zeit, die vielen Gefühle zu reflektieren.

Ich muss meinen Blick nur bis nach Thun schweifen lassen. Ein dort praktizierender Kinder- und Jugendpsychiater hat nämlich eine Methode entwickelt, um sogenannte negative Emotionen aus einem neuen Blickwinkel zu betrachten und dadurch gelassener zu werden: die Hypnotische Gefühlsmeditation (HGM). Die Methode kombiniert Meditation, Selbsthypnose und Emotionsregulation und ist erstaunlich leicht anzuwenden: Abwechselnd konzentriert man sich auf eine Emotion und auf ein Bild vor dem inneren Auge, das die Emotion symbolisiert. Erst die Emotion, dann das Bild, dann die Emotion, wieder das Bild und so weiter. In seinem Buch *Badlands-Meditationen* [1] beschreibt der Psychiater, der bis 2021 Supervisor und Ausbilder bei der Schweizerischen Ärztesgesellschaft

für Hypnose war und nun Mitglied des Vereins «hygs» ist, die Methode genauer: «Das Bedrohliche wird durch die konzentrierte Fokussierung auf Distanz gerückt, so dass ich es gut aushalte.» Das Resultat: Frust, Wut oder Verzweiflung erreichen mich nicht mehr in einer unaufhaltsamen Geschwindigkeit. Es wird möglich, sie fokussiert aus verschiedenen Blickwinkeln zu betrachten, um zu erkennen, warum sie tatsächlich da sind. Denn mit negativen Emotionen sei es wie mit Atomen,

Jede negative Emotion hat ihre Berechtigung. Sie zu reflektieren und einzuordnen und sich mit ihr anzufreunden ist anstrengend.

heisst es im Buch. Sie haben eine negative äussere Ladung, aber einen positiven Kern. Und es stimmt. Der Frust zeigt mir, was ich erreichen will, die Trauer, was mir wirklich lieb und wichtig ist.

Jede negative Emotion hat ihre Daseinsberechtigung und kann zu etwas Positivem führen. Sie zu reflektieren, ihren wahren Kern zu entdecken, sie einzuordnen und sich letztlich mit ihr anzufreunden ist eine Lebensaufgabe, die durchaus anstrengend sein kann. Das sehe ich bei meinen Kindern genau wie bei mir. In den herausforderndsten Phasen hat mir die Hypnotische Gefühlsmeditation Gelassenheit geschenkt.

Der Autor hat übrigens einen YouTube-Kanal, auf dem man diese Meditationsmethode in geführten und nach Emotionen sortierten Sessions ausprobieren kann [2]. Wie immer im Leben ist erst einmal etwas Überwindung gefragt. 20 Minuten dauern die Videos im Schnitt. Währenddessen benötigt man Ruhe und die Bereitschaft, sich auf etwas Neues einzulassen. Dass man nach kurzer Zeit keine Wunder erwarten darf, ist auch klar. Zur erfolgreichen Umsetzung der Methode brauche es Disziplin und Durchhaltewillen, warnt der Psychiater. Aber auch an dieser Stelle lohnt sich Gelassenheit. Wir alle haben jeden Tag die Gelegenheit zum Üben. Ob wir wollen oder nicht. Die Emotionen kommen sowieso.

Literatur

- 1 www.hypnose-hgm.com/publikationen/
- 2 www.youtube.com/channel/UCoeHKFKmGPxuBuRkj-wMXwQ

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

