

Schweizerische Ärztezeitung

662 Editorial
von Carlos B. Quinto
**Gemeinsam in eine bessere
und gesündere Zukunft**

691 Nachhaltigkeit
im Gesundheitswesen
**Umweltschutz in die
medizinische Ausbildung
integrieren?**

698 «Zu guter Letzt»
von Hans Stalder
**Wissenschaftler zwischen
Verehrung und Misstrauen**

663 Wie geht es mir wirklich?
**Wieso Ärztinnen und Ärzte
ihre eigene Gesundheit
zu oft vernachlässigen**



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: Carlos B. Quinto

662 **Gemeinsam in eine bessere und gesündere Zukunft**

663



AKTUELL: Robin Rieser, Carlos Beat Quinto, Barbara Weil

Gesunde Ärztinnen und Ärzte für gesunde Patientinnen und Patienten Ein Grossteil der praktizierenden Ärztinnen und Ärzte sieht sich mit grossem Zeit- und Leistungsdruck konfrontiert. Ihre Gesundheit kommt dabei oft zu kurz. Woran das liegt – und was sich ändern sollte.

QUALITÄT: Fabienne Hohl, Nadja Jenni, Esther Kraft

669 **Die Standesordnung leben – und sichtbar machen**

AKTUELL: Valérie Rothhardt, Caroline Hartmann

671 **Aussergerichtliche FMH-Gutachterstelle**673 **Personalien****Weitere Organisationen und Institutionen**

STADTÄRZTLICHER DIENST ZÜRICH: Jan Holder, Esther Indermaur, David Briner

674 **Versorgungslücken gemeinsam schliessen**

ZHAW: Michael Stucki, Simon Wieser, Eva Blozik, Maria Trottmann

678 **Dem Versorgungsbedarf im ambulanten Bereich auf der Spur****Briefe / Mitteilungen**680 **Briefe an die SÄZ**681 **Facharztprüfungen**

FMH Services



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

Tribüne

THEMA: Rahel Gutmann

691 «Gesundheit und Umwelt sind die Mega-Themen des 21. Jahrhunderts»

694 **Spectrum**

Horizonte

ÄRZTINNEN UND ÄRZTE ALS PATIENTEN:

695 **De l'autre côté du lit: de la blouse blanche à la chemise d'hôpital**

Zu guter Letzt

Hans Stalder

698 **Wissenschaftler zwischen Verehrung und Misstrauen**

HUBER

OH

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@asmiq.ch

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

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

© FMH

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

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

Fall mit den Fachinformationen der
verwendeten Medikamente verglichen
werden.

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

printed in
switzerland



Titelbild:
© Usman Yousof / Unsplash

Gemeinsam in eine bessere und gesündere Zukunft

Carlos Beat Quinto

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



Lange Arbeitstage, hohe Verantwortung, unermüdlicher Einsatz und administrativer Overkill. Mit diesen Anforderungen sah sich das Gesundheitssystem der Schweiz während der Corona-Pandemie konfrontiert. Kein Wunder, dass es aus gesundheitlichen Gründen bei Kantonsärztinnen und -ärzten sowie bei Ärztinnen und Ärzten in Spital und Praxis zu Ausfällen kam. Chronischer Stress führt zu zahlreichen psychischen und körperlichen Beschwerden und kann dazu führen, dass man krank wird und seinen Beruf wechselt oder sogar aufgibt. Dies ist keine neue Entwicklung: Bereits 1996 berichteten Lindeman et al. [1] über erhöhte Suizidraten bei Ärztinnen und Ärzten. In der Schweiz steigt die Rate von Depressionen und Burn-out in der Ärzteschaft kontinuierlich an. [2] Dass wir uns eine überlastete und ausgebrannte Ärzteschaft und ein überfordertes Gesundheitssystem nicht leisten können, hat uns die Corona-Pandemie deutlich vor Augen

Chronischer Stress kann zu zahlreichen psychischen und körperlichen Beschwerden führen und letztlich sogar zur Aufgabe des Berufs.

geführt. Um die Versorgung zu sichern und langfristig ein funktionierendes Gesundheitssystem betreiben zu können, brauchen wir gesunde Ärztinnen und Ärzte. Berufsethos, Befürchtungen über die soziale Akzeptanz oder negative Auswirkungen auf die Karriere führen dazu, dass nur ein kleiner Teil der betroffenen Ärztinnen und Ärzte professionelle Hilfe aufsucht. Die Ursachen für die Ängste liegen tief in der Kultur der Medizin verankert. Strenge Hierarchie und Fehlerkultur sowie unrealistische Ideale sind Treiber dieser Ängste. Vonseiten der Patienten und Patientinnen, aber auch von Kostenträgern und Politik kommt der

Anspruch, dass jederzeit die beste Behandlung zur Verfügung stehen muss, und zwar zum günstigsten Preis. Es wird erwartet, dass die behandelnden Ärztinnen und Ärzte fehlerlos arbeiten und jederzeit alle Hebel in Bewegung setzen, um die Gesundheit ihrer Patientinnen und Patienten zu sichern. Dies ist nachvollziehbar, jedoch können langfristig nur gesunde Ärztinnen und Ärzte eine optimale Medizin leisten. Kaum eine andere Berufsgruppe ist solch einem Leistungsdruck ausgesetzt. Bedenkt man, dass zu dieser Belastung der Anspruch kommt, akademische Höchstleistungen zu erbringen, in der Forschung aktiv zu sein und daneben ein normales Sozialleben zu pflegen und eine Familie zu gründen, wird verständlich, weshalb Ärztinnen und Ärzte häufiger an psychischen Erkrankungen leiden als die Allgemeinbevölkerung. Auch junge und zukünftige Hausärzte sind dieser Belastung ausgesetzt: 49% der Befragten berichten von hohen Stresslevels, 17% hatten bereits ein Burn-out oder eine Depression. [3] Die ohnehin langen Arbeitstage der Ärztinnen und Ärzte werden durch grossen, teilweise sinnfreien administrativen Aufwand zusätzlich verlängert. Weiter- und Fortbildungen werden bewusst in Pausenzeiten und auf Wochenenden gelegt, damit keine Behandlungszeit am Patienten verloren geht. Es ist nahezu unmöglich, so eine gesunde Work-Life-Balance zu erreichen. Gründe genug, die Charta Ärztegesundheit zu verfassen, welche von der Delegiertenversammlung einstimmig angenommen wurde. Gemeinsam stehen wir ein für ein nachhaltig gesundheitsförderndes Gesundheitssystem in der Schweiz, sowohl für die Patientinnen und Patienten als auch für die Ärztinnen und Ärzte. Lesen Sie mehr über die Charta und die Notwendigkeit zu handeln auf Seite 663.

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





Usman Yousaf / Unsplash

Charta Ärztgesundheit – Hintergrundpapier

Gesunde Ärztinnen und Ärzte für gesunde Patientinnen und Patienten

Robin Rieser^a, Carlos Beat Quinto^b, Barbara Weil^c

^a Wissenschaftlicher Mitarbeiter Abteilung Public Health; ^b Dr. med., Mitglied des FMH-Zentralvorstandes, Departementsverantwortlicher Public Health und Gesundheitsberufe; ^c Abteilungsleiterin Public Health, Gesundheitsberufe und Heilmittel

Ein Grossteil der praktizierenden Ärztinnen und Ärzte sieht sich mit grossem Zeit- und Leistungsdruck konfrontiert. Die Gesundheit der Ärztinnen und Ärzte kommt dabei oft zu kurz. Woran das liegt – und was sich ändern sollte.

Ausgangslage: Ärztinnen und Ärzte kümmern sich Tag für Tag mit Hingabe und Einsatz um das Wohl ihrer Patientinnen und Patienten. Dies gelingt umso besser, je gesünder Ärztinnen und Ärzte selbst sind. Der Alltag zeigt jedoch ein anderes Bild: Hoher Leistungsdruck, lange Arbeitstage und grosse emotionale Belastung fordern ihren Tribut. So stimmten 77% der Spitalärztinnen und -ärzte beispielsweise im Jahr 2020 der Aussage sehr oder eher zu, dass sie andauernd unter hohem Leistungsdruck stehen. 70% der Spitalärztinnen und -ärzte stehen gemäss ihrer Einschätzung stets unter hohem Zeitdruck [1]. Das Basiswissen für einen bewussten Umgang mit der eigenen Gesundheit und ein vernünftiges Verhalten im Falle einer Krankheit wird den Patientinnen und Patienten mitgegeben, jedoch durch Ärztinnen und Ärzte selbst kaum angewendet.

Allgemein anerkannt ist der Zusammenhang zwischen beruflicher Belastung, Stress und Krankheit. Forschungsgruppen befassen sich mit arbeitsmedizinischen Fragestellungen und versuchen, Arbeitsbedingungen zum Wohl der Arbeitnehmenden zu verbessern. Das Hauptaugenmerk gilt dabei meistens körperlich belastenden Arbeiten und deren Folgen. Die ärztlichen Arbeitsbedingungen scheinen jedoch oftmals ausserhalb des Forschungsinteresses zu sein. Die Arbeitsbedingungen der Ärzteschaft haben in den letzten Jahren einen erheblichen Wandel erfahren: Besonders die administrativen Tätigkeiten haben in allen Bereichen stark zugenommen. Die ärztliche Tätigkeit weist inhärente Stressoren auf: lange Arbeitstage, zeitliche Limitationen, hohe Erwartungen der Patientinnen und Patienten, steigender bürokratischer Auf-

wand sind nur einige davon. Diese Belastungen führen bei Ärztinnen und Ärzten zu einer zum Vergleich mit der Allgemeinbevölkerung erhöhten Rate an Depressionen, emotionaler und beruflicher Erschöpfung. Ebenfalls weisen z.B. Assistenzärztinnen und Assistenzärzte eine hohe Rate an Drop-outs, Suchterkrankungen und allgemeinen psychischen Erkrankungen sowie eine erhöhte Suizidrate auf. Junge Ärztinnen und Ärzte sehen sich erst nach Abschluss des Studiums mit diesen Problemen konfrontiert. Auf die tatsächlichen Aufgaben im klinischen Alltag werden die Studentinnen und Studenten während des Studiums zu wenig vorbereitet. Auch der Umgang mit belastenden Situationen und hohen Ansprüchen sind kaum Teil des Curriculums und liegen häufig zu stark in der Eigenverantwortung der jungen Ärztinnen und Ärzte.

Die Ursachen dieser Problematik liegen einerseits in der technischen Entwicklung der heutigen Gesellschaft: Informationen sind frei und leicht zu beschaffen, Patientinnen und Patienten sind informiert. Der Anspruch an die effektivste und effizienteste Behandlung ist präsent wie selten zuvor. Fehlinformationen und Anekdoten-Evidenz aus dem Internet oder aus dem Umfeld der Patientinnen und Patienten führen vermehrt zu Diskussionen zwischen Hilfesuchendem und Therapeut. Andererseits sind die Arbeitsbedingungen der Ärztinnen und Ärzte seit Jahren von langen Schichten, Konkurrenzkampf und Leistungsdruck geprägt. Geltende gesetzliche Rahmenbedingungen werden zum Teil durch Arbeitgeber zuungunsten der Ärztinnen und Ärzte ausgeschöpft oder gar nicht eingehalten; eine oftmals vorhandene Bereitschaft zur Selbstaubeutung seitens Ärzteschaft trägt ebenfalls dazu bei. Anlaufstellen für Beschwerden sind zeitweilen inexistent oder nicht anonym. Zusätzlich werden der soziale Austausch und die Freizeitgestaltung durch die Arbeitsbedingungen negativ beeinflusst. Zeit für Freunde und Familie wird zugunsten der Karriere geopfert.

Die Corona-Pandemie brachte den Missstand zwischen hoher Belastung und geringem Ausgleich für alle im Gesundheitswesen beschäftigten Personen in aller Deutlichkeit ans Tageslicht. Die beobachtete hohe Belastung für das Gesundheitspersonal, das Fehlen sozialer Kontakte und Freizeitausgleich waren keine Folgen der Pandemie, sondern die Verstärkung einer bereits bestehenden Problematik. Dass Ärztinnen und Ärzte in dieser Zeit besonderer Belastung ausgesetzt waren, erstaunt nicht: Sie tragen im klinischen Alltag die medizinisch-rechtliche Verantwortung für das Wohlergehen der Patientinnen und Patienten, sie entscheiden gemeinsam mit den Betroffenen über die Behandlung und erledigen zusätzlich eine Fülle von administra-

tiven Aufgaben. Die hohe Auslastung der Notfallstationen während der ersten und zweiten Corona-Welle brachte das Gesundheitssystem in der Schweiz und damit die Ärztinnen und Ärzte an die Grenze der Belastbarkeit. Die Auslastung durch Behandlung, Überwachung, Beratung, Impfung und Forschung während der Pandemie verunmöglichte es vielen Ärztinnen und Ärzten, soziale Kontakte zu pflegen und der eigenen Gesundheit Sorge zu tragen.

Dass sich solche hohen Belastungen negativ auf die Gesundheit auswirken, ist wissenschaftlich erwiesen und nachvollziehbar. Nur eine nachhaltig gesunde Ärzteschaft kann die Anforderungen und Herausforderungen des modernen Alltages bewältigen. Die Gesundheit von allen Ärztinnen und Ärzten ist wichtig, und es gilt, das berufliche und private Gleichgewicht und die Lebensqualität der Ärztinnen und Ärzte heute und in Zukunft zu stärken. Die Corona-Pandemie hat die Wichtigkeit einer starken Ärzteschaft deutlich gezeigt. Der unermüdliche Einsatz der Ärzteschaft sowie sämtlicher weiterer Gesundheitsberufe ermöglicht die erfolgreiche Bewältigung dieser Krise. Sie zeigt jedoch auch deutlich die Schwierigkeiten und Belastungen, mit denen Ärztinnen und Ärzte tagtäglich umgehen müssen. Lange Arbeitstage, kaum soziale Kontakte und Ausgleichsmöglichkeiten in der Freizeit belasten die Gesundheit der Ärztinnen und Ärzte ausserordentlich. Wir tragen die Verantwortung dafür, dass unsere Ärztinnen und Ärzte sowohl während als auch nach der Pandemie gesund bleiben. Deshalb ist es an der Zeit zu handeln.

Die Argumente

- **Gesunde Ärztinnen und Ärzte sind eine notwendige Voraussetzung für die optimale und qualitativ hochstehende Patientenversorgung.**

Die qualitativ hochwertige Versorgung von Patientinnen und Patienten steht in Abhängigkeit zur Gesundheit und Ausgeglichenheit der behandelnden Ärztinnen und Ärzte [2]. Aufmerksamkeit und Konzentrationsfähigkeit sind stark von der psychischen Belastbarkeit abhängig. Ist diese durch chronischen Stress reduziert, leidet auch die Behandlungsqualität. Verschiedene Untersuchungen konnten zeigen, dass das Auftreten medizinischer Fehler bei psychisch belasteten Ärztinnen und Ärzten höher ist [3–5]. Es muss im Interesse der Arbeitgeber, der Patientinnen und Patienten, der Gesamtgesellschaft wie auch der Ärzteschaft selbst sein, gesunde Ärztinnen und Ärzte zu beschäftigen. Nur so können effektivere und effizientere Behandlungen erfolgen, Kosten gesenkt und Fehler vermieden werden. Gesunde Ärztinnen und Ärzte er-



füllen dazu eine wesentliche Vorbildfunktion für ihre Patienten, die Medizinstudenten, Assistenzärztinnen und Assistenzärzte: die nachhaltige Weitergabe von gesundheitsförderndem Verhalten erfolgt nur, wenn Ärztinnen und Ärzte sich selbst gesund verhalten [6, 7]. Gesunde Ärztinnen und Ärzte sind produktiver und verbessern die Arbeitsgrundlage sowohl im stationären wie auch im ambulanten Setting. Ein gesunder Arzt ist somit entscheidend für die Effektivität des interprofessionellen Behandlungsteams. Dies ist die Basis einer qualitätsgesicherten Patientenfürsorge [8].

– **Die Rahmenbedingungen des medizinischen Alltags sind der Gesundheit von Ärztinnen und Ärzten nicht zuträglich.**

Ärztinnen und Ärzte gehen bis an und teilweise weit über ihre Belastungsgrenzen hinaus, um die Patientenversorgung sicherzustellen. Eine Schweizer Querschnittstudie an Spitälern zeigt, dass 70% der Ärzteschaft hohem emotionalem Stress ausgesetzt sind, dass mehr als ein Drittel der befragten Ärztinnen und Ärzte regelmässig Überzeit von sechs Stunden und mehr in der Woche leistet und dass rund 86% der Ärztinnen und Ärzte keine ausreichende Work-Life-Balance haben [9, 10]. Dieses Ungleichgewicht zwischen hoher Belastung und mangelhafter Erholung schadet sowohl der psychischen als auch der physischen Gesundheit der Ärztinnen und Ärzte. Die dadurch entste-

hende psychosoziale Belastung steht in Zusammenhang mit verschiedenen psychischen und physischen Krankheitsbildern [11]. Die Funktion des Immunsystems steht ebenfalls in Zusammenhang mit psychosozialer Belastung [12]. Wir müssen verhindern, dass die Ärztinnen und Ärzte aufgrund der hohen Arbeitsbelastung erkranken oder Schaden davontragen.

– **Ärztinnen und Ärzte sind mit hohen Erwartungen konfrontiert und stellen ebenso hohe Erwartungen an sich.**

Von Ärztinnen und Ärzten wird erwartet, dass sie in ihrem Fachgebiet alles wissen, keine Fehler machen und allen Anspruchsgruppen im Gesundheitswesen gerecht werden. Die Anforderungen an das medizinische Fachwissen sind in den letzten Jahren enorm gestiegen. Das stark erhöhte Publikationsvolumen [13] im medizinischen Bereich macht es zunehmend schwerer, über den aktuellen Stand der Forschung informiert zu bleiben. Die Anpassung von klinischen Guidelines und das kritische Hinterfragen von Behandlungsmethoden tragen zusätzlich zu dieser Problematik bei. Die Forderung nach Bestleistung in der medizinischen Betreuung lässt sich nur schwer mit den Herausforderungen der heutigen Wissensflut in Einklang bringen. Die hohen Ansprüche werden nicht nur seitens der Patientinnen und Patienten laut, auch Politik und Medien bringen den Ärztinnen und Ärzten

grosse Aufmerksamkeit und damit auch Kritik entgegen. Die Verwendung von Medikamenten und Behandlungsmethoden, entstehende Kosten und Folgen werden kritisch hinterfragt, und individuelle Entscheidungen von Ärztinnen und Ärzten werden auf die Goldwaage gelegt. Zusätzlich wird von Ärztinnen und Ärzten erwartet, dass sie Höchstleistungen in Forschung und Lehre erbringen, um intakte Karrierechancen zu haben. Diese Forschungsaktivitäten sind nicht selten eine Beschäftigung, die zusätzlich zur klinischen Tätigkeit ausgeübt wird. Gleichzeitig werden im privaten Bereich die Werte verfolgt, Beziehungen zu pflegen, eventuell Kinder grosszuziehen und eigene Hobbys zu pflegen. Diese hohen Erwartungen, die Ärztinnen und Ärzte an sich selber stellen bzw. die an sie gestellt werden, sind einer der Gründe für den schwierigen Umgang mit der eigenen Gesundheit [14].

– **Ärztinnen und Ärzte haben ein grösseres Risiko, unter gesundheitlichen Problemen zu leiden, als die Gesamtbevölkerung.**

Die Arbeitsbelastung und deren Folgen für die Gesundheit sind im medizinischen Umfeld gut erforscht. Es gibt diverse Belege für den Zusammenhang zwischen Belastung am Arbeitsplatz und Suchtverhalten, Depression oder Burnout [15–17]. Der Arztberuf bringt inhärente Stressoren mit sich, welche sich auf die Gesundheit und Zufriedenheit der Ärztinnen und Ärzte auswirken. Die Schweizer Querschnittstudie an Spitälern zeigt, dass das Risiko, an Burnout zu erkranken, bei Ärztinnen und Ärzten höher liegt als bei anderen untersuchten Gesundheitsfachpersonen [9]. Daten des Bundesamtes für Statistik BFS zeigen, dass Ärztinnen und Ärzte eine 3- bis 6-mal höhere Suizidrate haben als die Gesamtbevölkerung. In internationalen Studien wird dieses erhöhte Risiko bestätigt. Ärzte weisen eine 1,3- bis 3,4-mal höhere Suizidgefährdung auf, Ärztinnen ein 2,5- bis 5,7-mal höheres Risiko [18].

– **Ärztinnen und Ärzte sind es nicht gewohnt, Hilfe in Anspruch zu nehmen.**

Werden Ärztinnen und Ärzte krank, gehen sie oft nachlässig mit ihrer Genesung um. Studien zeigen auch, dass Ärztinnen und Ärzte mit Erkrankungen zur Arbeit kommen, die für sie Anlass wären, ihren eigenen Patientinnen und Patienten ein Arbeitsunfähigkeitszeugnis auszustellen [19]. Zusätzlich fällt es Ärztinnen und Ärzten schwer, sich untersuchen zu lassen, und sie behandeln sich oft selbst, denn sie können sich nur schwer mit der Patientenrolle identifizieren [20]. Dieser Umstand ist international bekannt. Die Weltgesundheitsorganisation hat aus diesem Grund das Genfer Gelöbnis angepasst, damit Ärztinnen und Ärzten die Sorge um die eigene Gesundheit bewusster gemacht werden kann [21]. Der Rollenkonflikt, der ent-

stehen kann, wenn der Arzt plötzlich Patient wird, führt zu zusätzlichen innerpersonellen Spannungen.

– **Boundary Management ist eine zentrale Kompetenz für die Ausübung des ärztlichen Berufs.**

Im Artikel 15 der Standesordnung der FMH ist festgehalten, dass Ärztinnen und Ärzte sich der Grenzen ihrer Fähigkeiten und Möglichkeiten bewusst sein müssen. Ärztinnen und Ärzte sind ausgewiesene Experten im Gesundheitswesen, meistens jedoch in einem spezifischen Fachbereich. Die Abgabe von Empfehlungen und Behandlungsanweisungen ausserhalb des eigenen Fachbereichs ist auch für Ärztinnen und Ärzte nicht möglich. Dies macht die Zusammenarbeit mit anderen Fachbereichen und Berufsgruppen unumgänglich. Akzeptanz und Einhaltung der eigenen Kompetenzen sind Zeichen von Kompetenz und professionellem Handeln. Des Weiteren ist im Behandlungsgrundsatz der Standesordnung der FMH (Art. 4) festgehalten, dass jede medizinische Behandlung unter der Wahrung der Menschenwürde und Achtung der Persönlichkeit, des Willens und der Rechte der Patientinnen und Patienten zu erfolgen hat. Entscheidungen zur Gesundheit der Patientinnen und Patienten haben, wenn immer möglich und angebracht, gemeinsam mit den Patienten zu erfolgen. Ärztinnen und Ärzte müssen aber nicht nur gegenüber ihren Patientinnen und Patienten Grenzen setzen und einhalten. Auch am Arbeitsplatz und innerhalb des interprofessionellen Teams dürfen und müssen Grenzen respektiert und gewahrt werden.

– **Arbeitgeber, Studien-, Weiter- und Fortbildungsstätten sind verpflichtet, die Gesundheit der Studierenden und Arbeitnehmenden zu wahren.**

Die eigene Gesundheit ist für Ärztinnen und Ärzte genauso Pflicht und Recht. Für die eigene Gesundheit einzustehen sollte nicht als elitärer Wunsch eingestuft werden, sondern als Zeichen von Kompetenz. Die eigenen Bedürfnisse reflektieren zu können und die korrekte Interpretation von Krankheitszeichen am eigenen Leib sind notwendig, um für die eigene Gesundheit einstehen zu können. Das Erlernen dieser Fähigkeiten bereits bei Beginn der Ausbildung würde den Umgang mit den eigenen Bedürfnissen nachhaltig positiv verändern. Reflexionsfähigkeit und Analyse des eigenen Gesundheitszustandes sind Qualitäten, die auch an Patientinnen und Patienten weitergegeben werden können. Das Genfer Gelöbnis wurde im Oktober 2017 aktualisiert [22] und verpflichtet Ärztinnen und Ärzte, zur eigenen Gesundheit Sorge zu tragen. Sie werden verpflichtet, ihre eigene Gesundheit nicht hinter die Gesundheit der Patientinnen und Patienten zu stellen, damit sie ihrer Versorgungsaufgabe langfristig gerecht werden können. In der Schweiz ist der Gesundheits-

schutz zudem auch rechtlich verankert. So muss der Arbeitgeber «alle Anordnungen erteilen und alle Massnahmen treffen, die nötig sind, um den Schutz der physischen und psychischen Gesundheit zu wahren und zu verbessern» [23].

– **Führungspersonen und Teammitglieder sind entscheidende Gesundheitsfaktoren für Ärztinnen und Ärzte.**

Gemeinschaft und soziale Interaktionen haben einen grossen Einfluss auf die Mitarbeitenden und sind deshalb individuelle Ressourcen zur Förderung der Gesundheit. Die Unterstützung durch das interdisziplinäre Team und Berufskollegen ist ebenso zentral wie unterstützende Führungskräfte, welche gesundheitsförderliche und auf Beziehung beruhende Führung anwenden. Deshalb ist es zentral, aktuelle Führungsstrukturen und -kulturen zu überarbeiten [24]. Die starre Hierarchie und säulenartige Führung von oben ist nicht mehr zeitgemäss. Neben der Führungskultur bedarf es einer offenen und anerkennenden Kommunikationskultur sowohl innerhalb der Ärzteschaft als auch im Umgang mit anderen Professionen. Wer unter Stress und Zeitdruck Entscheidungen trifft, macht Fehler. Diese Fehler offen anzunehmen und konstruktiv anzugehen hilft, dem Druck besser standhalten zu können. Das Teilen solcher Erfahrungen mit anderen kann helfen, diese in Zukunft zu vermeiden und die persönliche Last zu verringern.

– **Strukturierte und systematisch umgesetzte Interprofessionalität kann entlastend wirken.**

In interprofessionellen Teams arbeiten Personen aus unterschiedlichen Berufen so miteinander, dass in einer bestimmten Situation jeweils diejenige Person die Verantwortung übernimmt, die am besten dafür geeignet ist. Solche Teams kennen die Kompetenzen ihrer Teammitglieder sehr gut und können ihre Aufgaben optimal koordinieren. Fehlbehandlungen können so reduziert, Spitalaufenthalte verkürzt oder die Zahl der Nachkonsultationen verringert werden. Die Gestaltung der interprofessionellen Zusammenarbeit beeinflusst die Zufriedenheit am Arbeitsplatz aller Medizin- und Gesundheitsberufe [25, 26]. Interprofessionelle Teams sind nicht strikt hierarchisch aufgebaut, sondern jede Person kann Verantwortung übernehmen. Dies wirkt sich positiv auf die Zufriedenheit am Arbeitsplatz und die Verweildauer im Beruf aus [27].

– **Die Studierenden werden nicht ausreichend auf den Übertritt vom Studium in den Berufsalltag vorbereitet.**

Der Übertritt aus dem Studium in den Berufsalltag gestaltet sich für viele Studierende schwierig. Trotz der deutlichen Verbesserung der praktischen Ausrichtung von Studiengängen an den Fakultäten in den letzten

Jahren [28] fühlen sich viele Studierende weiterhin ungenügend auf den klinischen Alltag vorbereitet. Die hohen Anforderungen und Erwartungen an junge Ärztinnen und Ärzte treffen ohne Vorwarnung auf die Berufseinsteigenden: Lange Arbeitstage, hohe Verfügbarkeit, grosser administrativer Aufwand, hierarchische Strukturen sind nur einige der Herausforderungen, welchen sich die jungen Ärztinnen und Ärzte stellen müssen. Es ist unbedingt notwendig, die Studierenden besser auf den Übertritt vom Studium in den Berufsalltag vorzubereiten. Dadurch wird der Umgang der Studierenden mit den Herausforderungen des klinischen Alltags verbessert, und weniger junge Ärztinnen und Ärzte erwägen einen frühen Austritt aus dem Beruf. Dies dient langfristig der Gesundheit des Einzelnen und auch beugt es dem Mangel an Fachkräften vor.

– **Politik, Arbeitgebende und Bildungsinstitutionen sind mitverantwortlich für die Erhaltung der Gesundheit von Ärztinnen und Ärzten.**

Der Arbeitnehmerschutz in der Schweiz ist über das Bundesgesetz über die Unfallversicherung UVG und über das Bundesgesetz über die Arbeit in Industrie, Gewerbe und Handel (ArG) gewährleistet. Laut Art. 2 der Verordnung 3 zum Arbeitsgesetz vom 18. August 1993 (ArGV 3, SR 822.113) muss der Arbeitgeber «alle Anordnungen erteilen und alle Massnahmen treffen, die nötig sind, um den Schutz der physischen und psychischen Gesundheit zu wahren und zu verbessern.» Der Arbeitgeber muss auch dafür sorgen, dass «die Arbeit geeignet organisiert wird» (Art. 2, ArGV 3, SR 822.113). Gemäss diesem Grundsatz ist der Arbeitgeber verantwortlich dafür, dass die Arbeitnehmenden nach der Arbeit ebenso gesund sind, wie sie es vor der Arbeit waren. Diesem Grundsatz entsprechende Strukturen und Angebote sind ebenfalls seitens Politik und Bildungsinstitutionen zu fördern.

– **Hilfe kann nur annehmen, wer auch Hilfe erhält.**

Die Annahme von Hilfe ist für viele Ärztinnen und Ärzte ein Zeichen von Schwäche und mit Scham behaftet [29]. Der Fokus auf die eigene Gesundheit ab Studienbeginn sowie die Schaffung von strukturellen Angeboten, wie niederschweligen Anlaufstellen und Unterstützungsangeboten, tragen dazu bei, dass Ärztinnen und Ärzte trotz Belastungen und Herausforderungen gesund bleiben. Um adäquate Angebote zu schaffen, ist es zentral, dass die Angebote auf den Bedarf und die Bedürfnisse der Ärztinnen und Ärzte abgestimmt sind und frei von Stigmatisierung sind. Themen psychischer und physischer Gesundheit müssen von Ärztinnen und Ärzten untereinander gleich behandelt werden wie im Kontakt mit Patientinnen und Patienten.

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



Charta

Gesunde Ärztinnen und Ärzte für gesunde Patientinnen und Patienten

Die Forderungen

1. Für eine optimale Betreuung und Behandlung der Patientinnen und Patienten braucht es gesunde Ärztinnen und Ärzte.
2. Die Gesundheit von Ärztinnen und Ärzten ist entscheidend für eine hohe Qualität ihrer Arbeit. Es liegt im gesamtgesellschaftlichen Interesse, ihre Gesundheit zu erhalten.
3. Das Wohlbefinden der Ärztinnen und Ärzte und das Wohlergehen aller anderen Team-Mitglieder hängen voneinander ab.
4. Die Selbstfürsorge und Selbstregulation wird von Beginn des Studiums bis zur Pensionierung praktiziert und gefördert.
5. Die physische und psychische Gesundheit von Ärztinnen und Ärzten hat eine hohe gesellschaftspolitische, akademische und unternehmerische Priorität.
6. Die psychosoziale Belastung, die von Ärztinnen und Ärzten getragen wird, muss anerkannt, adressiert, erforscht und thematisiert werden.
7. Ein ausgeglichenes Privat- und Berufsleben muss gefordert, gefördert und respektiert werden. Dies gilt sowohl in der Aus- und Weiterbildung als auch im Berufsalltag und bei Karrierechancen.
8. Die Gesundheit von Ärztinnen und Ärzten zu schützen, zu bewahren und zu fördern liegt in der Mitverantwortung von politischen, akademischen und beruflichen Institutionen.
9. Respekt und Toleranz sind fundamentale Werte in der Aus- und Weiterbildung sowie während der gesamten beruflichen Tätigkeit. Eine offene Kommunikationskultur, das Bewusstsein für Probleme in Zusammenhang mit Abhängigkeiten, Diskriminierungen oder Belästigungen muss gefördert werden.
10. Die Rahmen-, Vertrags- und Arbeitsbedingungen während Studium und Berufstätigkeit müssen die Gesundheit der Ärztinnen und Ärzte schützen. Arbeitgeber, Aus- und Weiterbildungsstätten halten sich an die geltenden Rechtsgrundlagen.
11. Die Zeit, die aus gesetzlichen und reglementarischen Gründen für die Aus-, Weiter- und Fortbildung aufgewendet wird, gilt als Arbeitszeit (z.B. Ultraschallkurs).
12. Die geltenden gesetzlichen Grundlagen müssen während der Aus- und Weiterbildung und des Berufslebens eingehalten werden. Dazu gehören z.B. die Bestimmungen zu Arbeitszeit, Gesundheitsschutz und Fürsorgepflicht.
13. Leadership muss befähigend, respektvoll und fürsorglich sein. Es ist eine wichtige Voraussetzung, um die Gesundheit der Ärztinnen und Ärzte zu erhalten und zu fördern. Wertschätzendes Leadership kann erlernt werden.
14. Strukturierte interprofessionelle Teamarbeit hilft, die emotionale und fachliche Belastung zu verteilen. Gemeinsame Verantwortung trägt zur Erhaltung der Gesundheit und des Wohlbefindens von Ärztinnen, Ärzten und Teams bei. Sie muss gefördert und systematisch in die Arbeitsorganisation integriert werden.

Die Charta «Ärztegesundheit – gesunde Ärztinnen und Ärzte für gesunde Patientinnen und Patienten» wurde von der Arbeitsgruppe Prevention for Doctors erarbeitet.

Vertretene Verbände:

- Junge Haus- und KinderärztInnen Schweiz JHaS
- Haus- und Kinderärzte Schweiz mfe
- Unterstützungsnetzwerk für Ärztinnen und Ärzte Remed
- Schweizerische Gesellschaft für Arbeitsmedizin SGARM und Swiss Public Health Doctors SPHD
- Schweizerisches Institut für ärztliche Weiter- und Fortbildung SIWF
- Swiss Medical Students Association swimsa
- Verband Schweizerischer Assistenz- und Oberärztinnen und -ärzte VSAO

Vertretene Abteilungen der FMH:

- Abteilung Berufsentwicklung FMH
- Abteilung Daten, Demographie und Qualität FMH
- Abteilung Public Health FMH
- Abteilung Stationäre Tarife FMH

Robin.rieser[at]fmh.ch

Label «responsible practice FMH»

Die Standesordnung leben – und sichtbar machen

Fabienne Hohl^a, Nadja Jenni^b, Esther Kraft^c

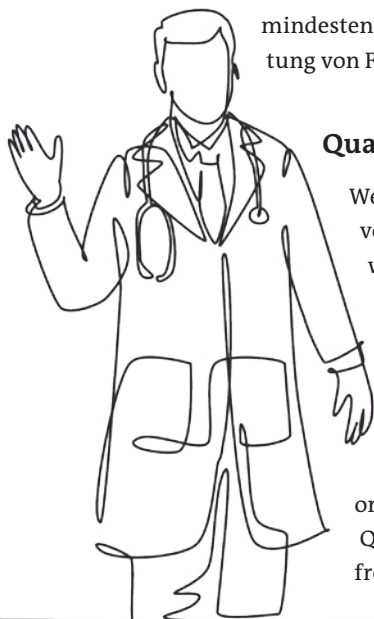
^a Journalistin, ^b M.Sc., MPH; ^c lic. rer. oec., Leiterin; Abteilung Daten, Demographie und Qualität DDQ FMH



Das Label «responsible practice FMH» zeigt, dass eine Gesundheitsorganisation auf der Basis der berufsethischen Regeln und Werte der FMH-Standesordnung arbeitet.

Im vergangenen Sommer hat die FMH das Label «responsible practice FMH» aus der Taufe gehoben. Gesundheitsorganisationen können damit ihre aktive Umsetzung der FMH-Standesordnung und ihrer Werte zeigen. Drei Praxisführende geben Auskunft darüber, was sie zur Einführung des Labels bewogen hat.

Mit der Schaffung des Labels «responsible practice FMH» will die FMH der Standesordnung stärkeres Gewicht verleihen. Der Anstoss dafür kam von FMH-Mitgliedern, was für das Verantwortungsbewusstsein der Ärzteschaft spreche, schrieb FMH-Vizepräsident Dr. med. Christoph Bosshard zur Lancierung des Labels in der *Schweizerischen Ärztezeitung*. Es bestätigt Gesundheitsorganisationen, dass sie sich für die in der Standesordnung festgehaltenen Berufspflichten und berufsethischen Regeln der FMH engagieren. Darunter fallen Themen wie berufliche Kompetenz bzw. Fortbildung, Patientenaufklärung, Schweigepflicht, Qualitätssicherung und medizinische Weisungsfreiheit. Erwerben können das Label «responsible practice FMH» Organisationen, deren Schwerpunkt in der ärztlichen Tätigkeit am Patienten besteht, also Arztpraxen, Polikliniken und Gesundheitszentren. Zudem muss mindestens deren ärztliche Tätigkeit unter der Leitung von FMH-Mitgliedern stehen.



Qualität und freie Berufsausübung

Wenn Gesundheitsorganisationen nicht von FMH-Mitgliedern geführt werden – was im ambulanten Bereich immer häufiger wird –, ist die FMH-Standesordnung für sie nicht bindend. Dasselbe gilt für in der Schweiz tätige Ärztinnen und Ärzte mit ausländischem Arztdiplom, die nicht alle Mitglieder der FMH sind. Mit dem Label können Gesundheitsorganisationen gezielt ein Zeichen für die Qualität ihrer ärztlichen Tätigkeit und die freie Berufsausübung setzen. Denn «eine

Struktur wie unsere AG, die Ärztinnen und Ärzte einstellt, wird teilweise kritisch beäugt», weiss Dr. med. MBA Patricia Kellerhals. Als CEO des monvia Gesundheitszentrums, das acht Gruppenpraxen vereint und ISO-zertifiziert ist, war ihr Interesse für das Label sofort geweckt. «Es soll unsere sorgfältige, evidenzbasierte und unabhängige Arbeit noch sichtbarer machen. Patientinnen und Patienten, Partner, Behörden und aktuelle wie künftige Mitarbeitende sollen unsere Bemühungen zur Einhaltung der Standesordnung sehen.» Das Label verstärke die Glaubwürdigkeit des Unternehmens und werde bei der Rekrutierung helfen, ist Patricia Kellerhals überzeugt. «Ausserdem vermittelt das Label den Mitarbeitenden viel Wertschätzung und Anerkennung für ihre Arbeit.» Nicht zuletzt helfe das Label, Qualitätssicherung den Ärztinnen und Ärzten nicht als Kontrolle, sondern als konstruktive Fehlerkultur zu vermitteln.

Vertrauen schaffen

Auch Prof. Dr. med. Claudio Rosso von ARTHRO Medics schätzt das Label «responsible practice FMH». «Wir können damit auf die Qualitätsbestrebungen unserer Praxis und auf unsere Selbstverpflichtung zur ethischen Berufsausübung aufmerksam machen.» Dies sei bei anderen qualitätssichernden Instrumenten nicht immer möglich. Dank des Labels im Wartezimmer sei nachvollziehbar, dass sich seine Praxis einen hohen Standard setze. «Damit können wir Vertrauen dafür schaffen, dass wir tun, was gut ist für die Patientinnen und Patienten – und nicht für unseren Geldbeutel.» Dies sei gerade für sein Fach der Orthopädischen Chirurgie zentral, dem oft der Vorwurf des zu häufigen Operierens gemacht werde.

Ferner hat der Label-Antrag Claudio Rosso erneut ins Bewusstsein gerufen, wie wichtig der selbstkritische

Mit dem Label «responsible practice FMH» zeigen Praxisleitende dass sie die Standesordnung leben. © Aisha Nuraini | Dreamstime.com



Dr. med. Rodolfo Maduri, Facharzt für Neurochirurgie, Clinique de Genolier, Genolier VD: Das Label als «wichtige Botschaft für den hohen Standard der Patientenversorgung».



Prof. Dr. med. Claudio Rosso, Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, ARTHRO Medics AG, Basel: «Wir können mit dem Label zum Ausdruck bringen, dass wir uns für Qualitätssicherung und *value-based medicine* einsetzen.»



Dr. med. MBA Patricia Kellerhals, CEO monvia gesundheitszentrum, Luzern: «Grössere Glaubwürdigkeit und erleichterte Rekrutierung» dank des Labels «responsible practice FMH».

Blick auf die eigene Arbeit ist. «Als Arzt muss ich meine Grenzen kennen und auf die kollegiale Zusammenarbeit setzen», sagt er. «Denn selbst wenn wir Kollegen teilweise auch Konkurrenten sind, so haben wir doch die gleiche Mission, nämlich den Patienten zu heilen.»

Im Dienst der Patienten

«In unserer Praxis haben wir uns bei unserer Arbeit schon immer an der Standesordnung der FMH orientiert», sagt Neurochirurg Dr. med. Rodolfo Maduri. Die Einführung des Labels bot ihm dennoch eine willkommene Gelegenheit, seine Mitarbeitenden für die Patientenbedürfnisse zu sensibilisieren, um diesen besser gerecht zu werden. So sei etwa der Datenschutz für die Patientinnen und Patienten ein wichtiges Anliegen. «Sie mögen es beispielsweise nicht, wenn man sie im Wartezimmer mit Namen aufruft», erzählt Rodolfo Maduri. Also habe er ein System mit einem Piepton wie in einem Selbstbedienungs-Restaurant eingeführt. «Es war eine einfache, aber sehr wirkungsvolle Massnahme, für die wir ausgezeichnete Rückmeldungen erhielten.»

Schlankes Antragsprozedere

Um das Label «responsible practice FMH» zu erhalten, müssen die interessierten Unternehmen einige Dokumente einsenden, um die Umsetzung der FMH-Standesordnung nachzuweisen. Rodolfo Maduri erlebte den dafür nötigen Aufwand als überschaubar und die Zusammenarbeit mit der FMH als sehr angenehm. Ein

Eindruck, den die anderen interviewten Praxisleitenden teilen. «Ganz ohne Arbeit geht es nicht, aber wir Ärzte sind es uns ja gewohnt, Formulare auszufüllen», sagt Claudio Rosso. Für Patricia Kellerhals liess sich der Label-Antrag zügig zusammenstellen. «Wir arbeiten sehr prozess- und qualitätsorientiert, insofern waren wir bereit.» Nicht einmal das Einholen der *Certificates of Good Standing* habe viel Zeit gekostet, «aber es hat bewusst gemacht, dass es um eine seriöse Sache geht».

Anregungen zur Weiterentwicklung

Es bleibt die Frage, welche Themen das Label künftig auch noch oder verstärkt berücksichtigen könnte. Für Patricia Kellerhals ist in der Standesordnung das Thema Interprofessionalität noch untervertreten, ihr fehlt die Erwähnung weiterer medizinischer Berufe. «Angesichts des wachsenden Ärztemangels können wir die Gesundheitsversorgung nur aufrechterhalten, wenn Ärztinnen und Ärzte viel mehr delegieren.» Rodolfo Maduri wünscht sich, dass die FMH die Patientinnen und Patienten noch besser über die Ziele des Labels informiert. «Denn für Laien ist es nicht einfach zu verstehen, was gute medizinische Qualität überhaupt ausmacht.» Zudem würde er ein online einsehbares Register der zertifizierten Praxen begrüßen. In der Standesordnung der FMH vermisst er ferner eine Präzisierung dazu, in welcher Weise Ärztinnen und Ärzte sich auf den Sozialen Medien präsentieren dürfen. «Es besteht das Risiko, dass die Patientenrechte im Internet aus Marketing-Gründen missachtet werden», sagt Rodolfo Maduri. Diese Rückmeldungen und Reflexionen zeigen: Das Label macht die qualitativ überzeugende medizinische Arbeit der Ärzteschaft sichtbar und unterstützt die Bestrebungen der FMH, ihren Mitgliedern nützliche Instrumente für den Berufsalltag zu bieten – beispielsweise in Form von Empfehlungen zum Umgang mit Social Media [1]. Die Weiterentwicklung und Stärkung des Labels ist ein zentrales Anliegen der FMH. Die Erfahrungen der Organisationen sind eine wichtige Grundlage dafür.

Literatur

- 1 www.fmh.ch > Dienstleistungen > E-Health > Social-Media-Empfehlungen (www.fmh.ch/dienstleistungen/e-health/social-media-empfehlungen.cfm)

Beantragen Sie das Label «responsible practice FMH»

Sie erwägen, sich für das Label «responsible practice FMH» zu zertifizieren? Sie finden alle Informationen und Unterlagen dazu auf www.fmh.ch/responsible-practice.de. Ihre Fragen beantworten wir gerne via E-Mail an [ddq\[at\]fmh.ch](mailto:ddq[at]fmh.ch) oder telefonisch unter der Nummer 031 359 11 11.

Jahresbericht 2021

Aussergerichtliche FMH-Gutachterstelle

Valérie Rothhardt^a, Caroline Hartmann^b

^a Rechtsanwältin, Co-Leiterin der Gutachterstelle; ^b Rechtsanwältin, Dr. iur., Co-Leiterin der Gutachterstelle

Seit 1982 wird der Jahresbericht der FMH-Gutachterstelle in der *Schweizerischen Ärztezeitung* veröffentlicht. Nun erscheint er neu in elektronischer Form. Die Online-Version ist übersichtlich gestaltet und ermöglicht es den Leserinnen und Lesern, Kapitel gezielt auszuwählen.

An dieser Stelle werden nur noch die Statistiken für das vergangene Jahr veröffentlicht. Die restlichen Informationen (Analyse der Statistiken und Aktivitäten) sind auf der Website der Gutachterstelle zu finden.

Entdecken Sie den Jahresbericht in seiner neuen Form, indem Sie dem Pfad www.fmh.ch → Über die FMH → Organisation → FMH-Gutachterstelle → Jahresbericht 2021 folgen.

Wir wünschen Ihnen eine spannende Lektüre.

Statistische Angaben

Tabelle 1: Erstellte Gutachten [1] und Ergebnis, aufgeschlüsselt nach Sprachregion, 2021.

	Erstellte Gutachten	Sorgfaltspflichtverletzungen [2] bejaht	Sorgfaltspflichtverletzung verneint	Sorgfaltspflichtverletzung unbestimmt
Deutschschweiz	26	13	13	0
Tessin	2	0	2	0
Westschweiz	17	9	7	1
Ganze Schweiz	45 (100%)	22 (48,9%)	22 (48,9%)	1 (2,2%)

Tabelle 2: Kausalität [3], aufgeschlüsselt nach Sprachregion, 2021.

	Sorgfaltspflichtverletzung bejaht	Kausalität bejaht	Kausalität verneint	Kausalität unbestimmt
Deutschschweiz	13	11	2	0
Tessin	0	0	0	0
Westschweiz	9	6	3	0
Ganze Schweiz	22 (100%)	17 (77,3%)	5 (22,7%)	0 (0%)

Tabelle 3: Nichteintreten, aufgeschlüsselt nach Sprachregion, 2021.

Nichteintreten	
Deutschschweiz	3
Tessin	2
Westschweiz	3
Ganze Schweiz	8

Tabelle 4: Erstellte Gutachten und Ergebnis [4] nach Fachgebiet, 2021 und 1982–2021.

	Erstellte Gutachten		Sorgfaltspflichtverletzung bejaht		Sorgfaltspflichtverletzung verneint		Sorgfaltspflichtverletzung unbestimmt	
	2021	1982–2021	2021	1982–2021	2021	1982–2021	2021	1982–2021
Allgemeine Innere Medizin	1	505	1	183	0	308	0	14
Anästhesiologie	1	128	0	41	1	84	0	3
Chirurgie	4	877	2	313	2	537	0	27
Dermatologie	0	31	0	9	0	20	0	2
Gastroenterologie	1	23	0	9	1	14	0	0
Geriatrie	0	0	0	0	0	0	0	0
Gynäkologie und Geburtshilfe	3	494	1	190	2	296	0	8
Hämatologie	1	1	0	1	0	0	0	0
Handchirurgie	2	70	2	26	0	42	0	2
Herz- und thorakale Gefässchirurgie	0	28	0	9	0	18	0	1
Infektiologie	1	1	1	1	0	0	0	0
Intensivmedizin	0	2	0	1	0	1	0	0
Kardiologie	1	28	1	13	0	14	0	1
Kieferchirurgie	0	27	0	3	0	24	0	0
Kinderchirurgie	0	15	0	5	0	10	0	0
Kinderpsychiatrie	0	1	0	0	0	1	0	0
Nephrologie	0	2	0	0	0	2	0	0
Neurochirurgie	2	116	1	38	2	78	0	2
Neurologie	0	29	0	8	0	20	0	1
Onkologie	0	10	0	4	0	6	0	0
Ophthalmologie	1	157	1	49	1	103	0	6
Orthopädische Chirurgie	19	811	8	304	11	492	0	15
Oto-Rhino-Laryngologie HNO	0	126	0	31	0	91	0	4
Pädiatrie	0	75	0	32	0	40	0	3
Pathologie	0	6	0	4	0	2	0	0
Pharmakologie	0	2	0	2	0	0	0	0
Physikalische Medizin und Rehabilitation	0	13	0	3	0	9	0	1
Plastische und Wiederherstellungschirurgie	2	136	0	28	1	105	1	3
Pneumologie	0	3	0	2	0	1	0	0
Psychiatrie	0	21	0	8	0	13	0	0
Radiologie	1	60	1	16	1	41	0	4
Radio-Onkologie	0	1	0	1	0	0	0	0
Rheumatologie	0	18	0	6	0	12	0	0
Urologie	5	91	2	14	3	74	0	3
Thoraxchirurgie	0	1	0	0	0	1	0	0

Personalien

Todesfälle / Décès / Decessi

Mahire Krüger (1976), † 14.4.2022,
Fachärztin für Gynäkologie und Geburtshilfe, 4665 Oftringen

Arthur Trenkel (1928), † 20.4.2022,
Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie,
6900 Massagno

Jean-François Monod (1948), † 30.4.2022,
Spécialiste en gynécologie et obstétrique,
1007 Lausanne

Jean-Luc Crevoisier (1950), † 30.4.2022,
Spécialiste en cardiologie et Spécialiste en médecine intensive et Spécialiste en médecine interne générale, 2800 Delémont

Ärztegesellschaft des Kantons Bern

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

Nicoletta Milena Hüdepohl-Iucolano,
Fachärztin für Allgemeine Innere Medizin,
Medbase Bern Bahnhof, Parkterrasse 10,
3012 Bern

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

Ärztegesellschaft des Kantons Luzern

Zur Aufnahme in unsere Gesellschaft Sektion Stadt hat sich gemeldet:

Rudolf Müller, Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, FMH, vascmed ag, Venen-Praxis Luzern, Unter der Egg 10, 6004 Luzern

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

Wir veröffentlichen Ihre Inhalte

Die Schweizerische Ärztezeitung veröffentlicht die Anliegen von Organisationen der Ärzteschaft und weiteren Organisationen. Denn hier erreichen Sie Ihre Zielgruppe.

Mögliche Themen:

- Ärztliche Berufspolitik und Gesundheitspolitik.
- Fragen des Public Health.
- Ökonomische, juristische, ethische, kulturelle oder andere Themen, die Ärztinnen und Ärzte betreffen.

Unsere Redaktion prüft gern jeden Beitrag, der noch nicht in anderen Medien veröffentlicht wurde.



Weitere Informationen
finden Sie unter
saez.ch → Autorenrichtlinien



Interprofessionelles Projekt «Mind the Gap»

Versorgungslücken gemeinsam schliessen

Jan Holder^a, Esther Indermaur^b, David Briner^c

^a Dr. med., Stadtärztlicher Dienst Zürich, Psychiatrische Poliklinik; ^b APN, Spitex Zürich; ^c Dr. med., Praxis Beckenhof, Zürich

Die Psychiatrische Poliklinik des Stadtärztlichen Dienstes der Stadt Zürich und die Spitex führen gemeinsame mobile Einsätze durch. Damit konnten die interprofessionelle Zusammenarbeit gestärkt und eine Versorgungslücke geschlossen werden.

In psychischen Krisensituationen gelingt es vielen Personen nicht (mehr), Hilfe selbst in Anspruch zu nehmen. Bevor es zur akuten Selbst- oder Fremdgefährdung und zu einer allfälligen fürsorglichen Unterbringung kommt, vergehen oft Wochen oder sogar Monate. Solche Personen fallen durch die Maschen des bestehenden Versorgungssystems. Sie sind auf eine tragfähige und niederschwellige Versorgung angewiesen, welche

sich auf verschiedene professionelle Kompetenzen abstützt und bei Bedarf auch aufsuchend tätig ist. Ein wichtiger Faktor für das Gelingen der Behandlung in einem mobilen Setting, gerade bei wenig motivierten und vulnerablen Patientinnen und Patienten, ist eine gute interprofessionelle Kooperation zwischen Spitex und behandelnden psychiatrischen Fachpersonen.

Einsatz bei psychischen Problemen

Aufsuchende psychiatrische Hilfen wie beispielsweise das *Home Treatment*, die mobile Krisenintervention (MoKit) oder das *Assertive Community Treatment* sind in vielen Ländern etabliert. Die deutsche S3-Leitlinie *Psychosoziale Therapien bei schweren psychischen Erkrankungen* empfiehlt, Menschen mit schweren psychischen Störungen in akuten Krankheitsphasen nach Möglichkeit mit mobilen multiprofessionellen Teams in ihrem gewohnten Lebensumfeld zu behandeln.

In der Schweiz sind solche Ansätze allerdings noch wenig verbreitet, obschon mit einer gut verfügbaren mobilen Krisenintervention die Anzahl Klinikeinweisungen [1] oder wie beispielsweise im Kanton Aargau und in Zürich mit dem *Home Treatment* stationäre Behandlungstage reduziert werden konnten [2, 3]. In der Literatur zeigen sich zudem Hinweise auf eine grössere Zufriedenheit bei Patientinnen und Patienten und eine geringere Stigmatisierung im Vergleich zur stationären Behandlung.

In der Stadt Zürich bieten sowohl die Spitexorganisationen als auch die Psychiatrische Poliklinik (PPZ) des Stadtärztlichen Dienstes (SAD) mobile Leistungen an. Die Spitexorganisationen mit Leistungsauftrag der Stadt Zürich pflegen jährlich knapp 10 000 Patientinnen und Patienten, einen erheblichen Teil davon mit psychischen Störungen, die PPZ betreut und behandelt rund 2000 Personen jährlich.



Im interprofessionellen Projekt «Mind the Gap» machen Pflegefachpersonen der Spitex Zürich und ärztliche Fachpersonen der Psychiatrischen Poliklinik gemeinsam Hausbesuche.

	Fürsorgerische Unterbringungen (FU) (%)	Einbindung in Behandlung (%)	Keine weitere Intervention (%)	Total Einsätze
Mind the Gap	4 (5)	55 (69)	21 (26)	80
MoKit ohne Spitex	60 (12)	191 (38)	253 (50)	504
Total	64 (11)	246 (42)	274 (47)	584

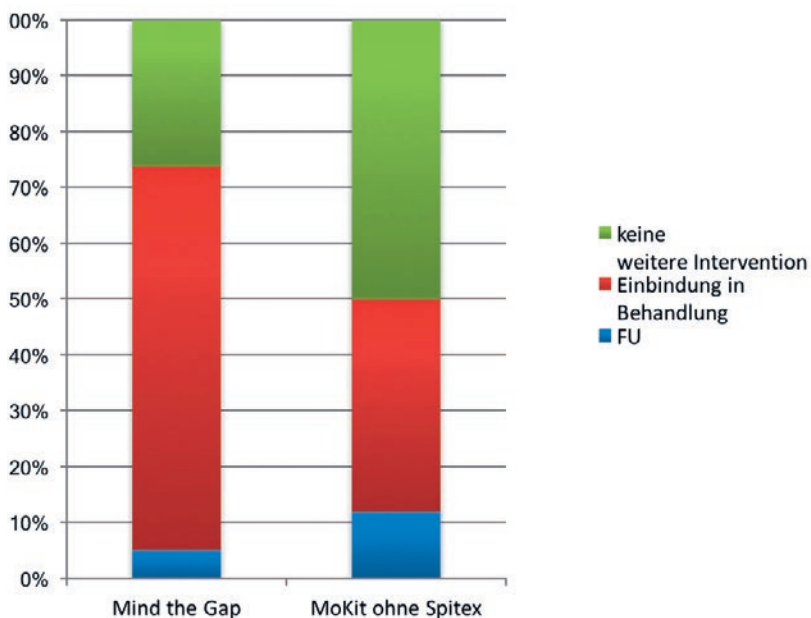


Abbildung 1: Massnahmenvergleich zwischen den Einsätzen der regulären mobilen Krisenintervention (MoKit) und dem Projekt «Mind the Gap». Bei «keine weitere Intervention» waren entweder keine weiteren Massnahmen nötig oder sie wurden abgelehnt.

Interprofessionelle Zusammenarbeit

Das Thema Interprofessionalität hat in den letzten Jahren in der Schweiz zunehmend an Bedeutung gewonnen. Verschiedene Akteure auf nationaler (z.B. Bundesamt für Gesundheit, Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissenschaften) und kantonaler Ebene haben Initiativen zur Förderung der interprofessionellen Zusammenarbeit (IPZ) lanciert. Unbestritten ist, dass eine gute Abstimmung der Therapien zwischen den Fachpersonen zu einer qualitativen Verbesserung der Behandlung führt. Innerhalb von Institutionen ist die IPZ in der Regel strukturell und organisatorisch gut verankert. Anspruchsvoller ist die IPZ an den Schnittstellen, insbesondere zwischen ambulanten Leistungserbringern.

Projekt «Mind the Gap»

Bis 2016 arbeiteten die beiden Dienste Spitex Zürich und PPZ (SAD) trotz ähnlichen Klientels und mehrerer Schnittstellen nur punktuell zusammen. Nach einem gemeinsamen Besuch eines Modellprojekts in Thun wurde das Ziel formuliert, in Zürich die Versorgung von Menschen in psychosozialen Krisen und gleichzei-

tig die interprofessionelle Zusammenarbeit zwischen Spitex und PPZ (SAD) zu verbessern. Mit gemeinsamen mobilen Einsätzen sollte die Koordination der bestehenden Angebote und der verschiedenen Berufsgruppen gefördert werden. Zur Stärkung der sozialen Teilhabe wurden im Rahmen des Projekts auch gemeinsame Gruppenangebote (Freizeitaktivitäten und Achtsamkeit) durchgeführt. Das Projekt «Mind the Gap» startete im Oktober 2016 und wurde im Dezember 2018 abgeschlossen. Das Angebot wurde dank der positiven Ergebnisse anschliessend in den Regelbetrieb überführt.

Gemeinsame mobile Kriseneinsätze

In komplexen sozialpsychiatrischen Situationen wurden gemeinsame Hausbesuche durchgeführt. Sie hatten zum Ziel, gemeinsam mit der betroffenen Person und ihren Angehörigen eine geeignete ambulante Behandlung aufzugleisen. Die Hausbesuche wurden von einer Pflegefachperson der Spitex Zürich und einem Psychiater oder einer Psychiaterin der PPZ (SAD) durchgeführt. Die interdisziplinäre Kombination der beiden Professionen ermöglichte einen ganzheitlichen Blick auf die Situation sowie das gemeinsame Aufbauen eines Unterstützungsnetzes. Während des Projekts wurden 80 Hausbesuche (im Durchschnitt 0,75/Woche) durchgeführt, und anschliessend wurde das Ergebnis der Intervention erfasst.

Die häufigsten Hauptdiagnosen waren Psychose, Abhängigkeitserkrankung und Depression.

Von den besuchten Personen waren etwas mehr als die Hälfte Frauen, die meisten davon alleine lebend.

Projektelevaluation

Interprofessionelle Zusammenarbeit

Dank des gemeinsamen Projekts konnte eine Verbesserung des gegenseitigen Verständnisses erreicht werden. Bei mobilen Einsätzen galt eine situative Verantwortungsübernahme, womit auch ein gemeinsames Lernen einherging. Rollen und Erwartungen wurden praxisnah ausgefüllt, die Zufriedenheit der Mitarbeitenden war ausgesprochen hoch. In regelmässigen Sitzungen wurden die Einsätze evaluiert und das Prozedere angepasst.

Verbesserte Einbindung ins Versorgungsnetz

Die Ergebnisse der Intervention mit «Mind the Gap» wurden mit den standardmässigen Hausbesuchen verglichen. Die gemeinsam durchgeführten Einsätze führten häufiger zu einer Einbindung in das Behandlungsnetz; oft konnte gleich ein Nachfolgetermin mit

der Spitex vereinbart werden. Gleichzeitig mussten weniger häufig fürsorgerische Unterbringungen angeordnet werden.

Limitationen

Die Evaluation wurde auf Basis der erhobenen Kennzahlen durchgeführt. Der Vergleich der beiden Gruppen zeigte bezüglich soziodemografischer Daten und Diagnosen keine signifikanten Unterschiede. Aufgrund des naturalistischen Studiendesigns können aber verschiedene Bias nicht ausgeschlossen werden.

Empfehlungen

Das Projekt «Mind the Gap» hat gezeigt, dass schwer psychisch kranke Menschen dank der Koordination verschiedener Professionen eher in eine Behandlung eingebunden werden können. Die Kombination aus pflegerischen, psychiatrischen und sozialarbeiterischen Kompetenzen ermöglichte eine massgeschneiderte und multiprofessionelle Unterstützung. Das Projekt führte in verschiedenen Situationen zu einer engeren und verbesserten interprofessionellen Zusammenarbeit zwischen den involvierten Institutionen. Die schwer kranken Menschen konnten gemeinsam besucht und betreut werden, so konnte die Behandlung den Bedürfnissen der Besuchten laufend angepasst werden.

Mehr als die Hälfte der Patientinnen und Patienten wurde nach einem gemeinsamen Hausbesuch von der Spitex weiterbetreut, einige vom PPZ und einige von beiden Institutionen gemeinsam. Erfreulich ist, dass in der Hausbesuchs-Indikation bei lediglich 5% der Einsätze Patientinnen und Patienten mittels fürsorglicher Unterbringung eingewiesen werden mussten, im Vergleich zu 12% entsprechender Einweisungen bei der herkömmlichen Krisenintervention ohne den interdisziplinären Ansatz.

Die Kompetenzen der jeweils anderen Berufsgruppe wurden gefördert und standen nicht in Konkurrenz zueinander. In den situativ zusammengestellten, interprofessionellen Teams arbeiteten Personen aus unterschiedlichen Berufen so miteinander, dass in einer bestimmten Situation jeweils diejenige Person

die Verantwortung übernahm, die am besten dafür geeignet war. Bei schwierigen Fallentscheidungen wurde das Prozedere, wenn immer möglich, gemeinsam festgelegt. Die Teams kannten die Kompetenzen ihrer Teammitglieder sehr gut und konnten ihre Aufgaben optimal koordinieren. Herausfordernd war der hohe Koordinationsbedarf z.B. bei Teilzeitarbeitenden und bei oft nicht planbaren Anmeldungen. Die anfangs bereitgehaltenen Anmeldefenster wurden im Projektverlauf durch dynamisch gewählte Termine ersetzt. Die situationsentsprechend zusammengestellten Teams waren nicht hierarchisch aufgebaut, womit sie sich durch Verantwortungsübernahme beiderseits auszeichneten. Die Fokussierung auf die interdisziplinäre Zusammenarbeit hinsichtlich der Umsetzung des Projekts im Regelbetrieb scheint auch in der Evaluation eine gewichtige Rolle zu spielen [4].

Stand heute

Das Projekt «Mind the Gap» ist ein Meilenstein für die interprofessionelle Zusammenarbeit in der Stadt Zürich zwischen Spitex und PPZ geworden und wurde 2019 in den Regelbetrieb überführt. Die gute praxiserprobte Zusammenarbeit wird weiter fortgeführt und funktioniert bis heute reibungslos. Aktuell werden Finanzierungslücken über die Betriebe getragen, da die heutigen Tarife die mobile Tätigkeit und Gruppenangebote ungenügend oder nicht decken. Das Projekt gewann 2016 den Preis des Gesundheitsnetzes 2025, da es insbesondere durch seinen Nutzen für Patientinnen und Patienten überzeugen konnte.

Bildnachweis

Liubomyr Feshchyn | Dreamstime.com

Literatur

- 1 Murphy SM, et al. Crisis intervention for people with severe mental illnesses. *Cochrane Database Syst Rev.* 2015.
- 2 Stulz N, et al. Home treatment for acute mental healthcare: randomised controlled trial. *Br J Psychiatry.* 2020.
- 3 Mötteli S, et al. Utilization and effectiveness of home treatment for people with acute severe mental illness: a propensity-score matching analysis of 19 months of observation. *Front Psychiatry.* 2018.
- 4 Gerber M, Kraft E, Bosshard C. Interprofessionelle Zusammenarbeit aus Qualitätssicht. *Schweiz Ärztztg.* 2018;99(44):1524–9.

Das Wichtigste in Kürze

- In einer schweren psychischen Krise gelingt es vielen Personen nicht mehr, Hilfe in Anspruch zu nehmen.
- In der Stadt Zürich wurde mit dem Projekt «Mind the Gap» eine Versorgungslücke für Betroffene geschlossen.
- Das mobile Angebot und die interprofessionelle Kooperation zwischen Spitex und Psychiatrie bildeten die Erfolgsfaktoren des Projekts.

L'essentiel en bref

- En cas de crise psychique grave, de nombreuses personnes ne parviennent plus à demander de l'aide.
- A Zurich, le projet «Mind the Gap» a permis de combler une lacune dans les soins pour ce groupe de personnes.
- La coopération interprofessionnelle entre les services d'aide et soins à domicile (Spitex) et les services psychiatriques a été un facteur de réussite du projet.

Dem Versorgungsbedarf im ambulanten Bereich auf der Spur

Michael Stucki^a, Simon Wieser^b, Eva Blozik^c, Maria Trottmann^d

^a MSc, Wissenschaftlicher Mitarbeiter, Winterthurer Institut für Gesundheitsökonomie, ZHAW, und Departement Gesundheitswissenschaften und Medizin, Universität Luzern; ^b Prof. Dr. oec. publ., Leiter Winterthurer Institut für Gesundheitsökonomie, ZHAW; ^c Prof. Dr. med. MPH, Institut für Hausarztmedizin, Universitätsspital Zürich, und SWICA-Versorgungsforschung, Winterthur; ^d Dr. oec. publ., SWICA-Versorgungsforschung, Winterthur, und Wirtschaftswissenschaftliche Fakultät, Universität Luzern

Es braucht Transparenz über den Versorgungsbedarf, um die richtigen Prioritäten setzen zu können. Die Zerlegung der Kosten nach Krankheitsgruppen kann hier wichtige Hinweise liefern. Eine neue Studie zeigt, dass im ambulanten Bereich fast 20% der Gesundheitskosten für muskuloskeletale Erkrankungen anfallen und rund 12% für psychische Erkrankungen.

In kaum einem anderen Bereich sind die öffentlichen Ausgaben so hoch und so wenig transparent wie im Gesundheitswesen. Offizielle Statistiken zeigen zwar, in welchen Leistungsbereichen die Kosten entstehen und ob sie durch Steuern, die obligatorische Krankenversicherung (OKP) oder direkt durch die Patientinnen und Patienten finanziert sind [1]. Was den Versorgungsbedarf aber wirklich verursacht – d.h., welche Krankheitsbilder zu welchen Kosten führen –, darüber ist nur wenig bekannt. Eine Ausnahme bildet eine 2018 im

European Journal of Health Economics erschienene Studie, die erstmals systematisch und detailliert die Gesundheitskosten in der Schweiz nach Krankheitsgruppen beleuchtet [2]. Kürzlich haben das Winterthurer Institut für Gesundheitsökonomie und die SWICA-Versorgungsforschung eine Weiterentwicklung der Kostenzerlegung publiziert. Die Untersuchung befasst sich detailliert mit den bislang wenig erforschten ambulanten Kosten [3].

Wo der Versorgungsbedarf hoch ist

Die Ergebnisse zeigen, dass muskuloskeletale Erkrankungen 19,2% der ambulanten Kosten verursachen, gefolgt von psychischen Krankheiten mit 12% (siehe erste Spalte in Abb. 1). Trotz ihrer grossen Krankheitslast und ihres grossen Anteils an den verlorenen potenziellen Lebensjahren in der Schweiz folgen kardiovaskuläre Krankheiten (8,6%) und Krebserkrankungen (7,3%) erst auf den Rängen vier und fünf der teuersten Krankheitsgruppen im ambulanten Bereich.

Die unterschiedlichen Leistungsbereiche weisen aber erwartungsgemäss deutliche Unterschiede auf. So entstehen im hausärztlichen Bereich viele Ausgaben für muskuloskeletale (23,7%), übertragbare (13,8%) und kardiovaskuläre Erkrankungen (12,1%), während bei den Spezialistinnen und -ärzten die Erkrankungen oder Untersuchungen der Sinnesorgane (insbesondere der Augen) mit fast 30% den Spitzenplatz einnehmen. Bei den Medikamenten sind es nach den muskuloskeletalen Erkrankungen (15,3%) die Krebserkrankungen (14,4%) und kardiovaskulären Erkrankungen (11,3%), die einen hohen Anteil der Kosten verursachen. Im Spital

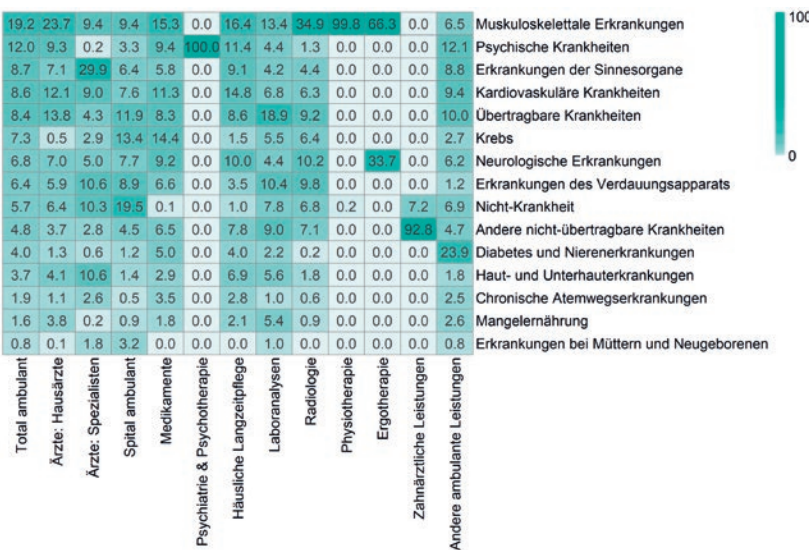


Abbildung 1: Prozentuale Anteile der Krankheitsgruppen an den OKP-Ausgaben nach Leistungsbereichen (Jahr 2017; eigene Abbildung basierend auf Stucki et al. 2021). Lesebeispiel muskuloskeletale Erkrankungen: Diese Erkrankungen sind für 19,2% der gesamten ambulanten Kosten, für 23,7% der Kosten für hausärztliche Fachpersonen, für 9,4% der Kosten für Spezialistinnen und Spezialisten usw. verantwortlich.

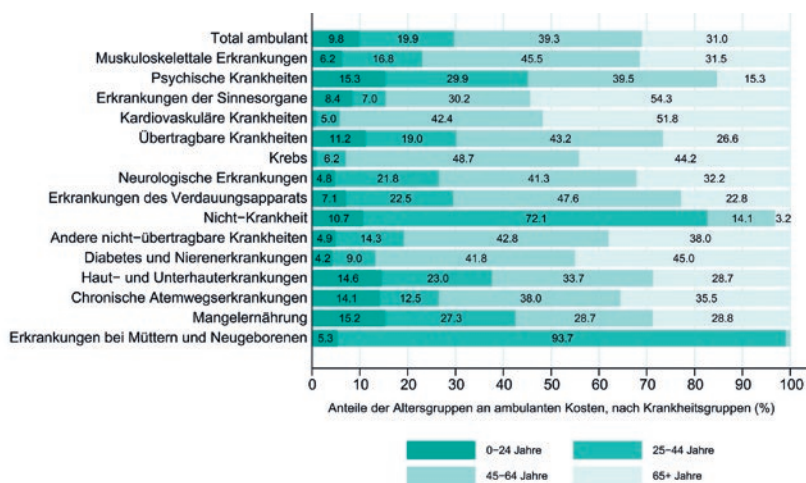


Abbildung 2: Aufteilung der ambulanten Krankheitskosten nach Altersgruppen (Jahr 2017; eigene Abbildung basierend auf Stucki et al. 2021).

ambulant schliesslich sind Leistungen für Nicht-Krankheiten (insbesondere Schwangerschaften ohne Komplikationen und Prävention) mit 19,5% ein grosser Kostenpunkt, gefolgt von den Krebserkrankungen (13,4%).

Auch Jüngere mit Leistungsbedarf

Die hohen Gesundheitsausgaben werden oft der Bevölkerungsgruppe der über 65-Jährigen zugeordnet. Tatsächlich entfallen auf diese Gruppe 31% der ambulanten Kosten, was deutlich über ihrem Bevölkerungsanteil von 18,9% liegt (Abb. 2). Die Auswertung zeigt jedoch grosse Unterschiede zwischen den Krankheitsgruppen. So werden bei den psychischen Erkrankungen nur 15,3% der Kosten von über 65-Jährigen beansprucht, was unter ihrem Bevölkerungsanteil liegt. Fast ebenso hoch ist der Anteil, der durch Kinder, Jugendliche und junge Erwachsene verursacht wird. Erkrankungen des Verdauungsapparats und über-

tragbare Krankheiten treffen häufig Personen im erwerbsfähigen Alter. Bei den kardiovaskulären Erkrankungen und Erkrankungen der Sinnesorgane trifft es aber zu, dass die über 65-Jährigen mehr als die Hälfte der Kosten verursachen. Auch bei Diabetes/Nierenerkrankungen und Krebserkrankungen verursachen sie über 40% der Kosten.

Wem nützt die Transparenz?

Studien wie diese zeigen, wo der Versorgungsaufwand am höchsten ist. Doch wie können wir diese Informationen einsetzen, damit sie der Gesundheitsversorgung der Bevölkerung nützen? Zum einen bestätigt sich die grosse Bedeutung von Präventionsangeboten und Unterstützung des Selbstmanagements, vor allem bei muskuloskeletalen und psychischen Erkrankungen. Die Ergebnisse untermauern zum anderen aber auch die herausragende Rolle von chronischen Erkrankungen in der ambulanten Versorgung, und zwar über alle Leistungserbringergruppen hinweg. Deshalb ist es wichtig, dass die beteiligten Akteure effizient und patientenorientiert zusammenarbeiten. Analysen, die sowohl die Anzahl der betroffenen Personen als auch die aufgewendeten Ressourcen betrachten, helfen dabei, bei tarifpartnerschaftlichen Bemühungen um mehr Qualität in der Versorgung die richtigen Prioritäten zu setzen.

Literatur

- 1 Bundesamt für Statistik. Kosten und Finanzierung des Gesundheitswesens. 2021. BFS-Nummer je-d-14.05.01.01.
- 2 Wieser S, Riguzzi M, Pletscher M, Huber CA, Telsler H, Schwenkglens M. How much does the treatment of each major disease cost? A decomposition of Swiss National Health Accounts. Eur J Health Econ. 2018; <https://doi.org/10.1007/s10198-018-0963-5>
- 3 Stucki M, Nemitz J, Trottmann M, Wieser S. Decomposition of outpatient health care spending by disease – a novel approach using insurance claims data. BMC Health Serv Res. 2021;21:1264. <https://doi.org/10.1186/s12913-021-07262-x>

Das Wichtigste in Kürze

- Eine Untersuchung des Winterthurer Instituts für Gesundheitsökonomie und der SWICA-Versorgungsforschung zur Kostenverteilung im ambulanten Bereich zeigt, dass muskuloskeletale Erkrankungen und psychische Krankheiten die höchsten Kosten verursachen.
- Die Kostenverteilung unterscheidet sich jedoch je nach Leistungsbereich. Im hausärztlichen Bereich sind muskuloskeletale, übertragbare und kardiovaskuläre Erkrankungen Spitzenreiter, bei Spezialärztinnen und -ärzten solche der Sinnesorgane.
- Die Resultate bestätigen die Bedeutung von Präventionsangeboten und der Unterstützung des Selbstmanagements und zeigen, dass chronische Erkrankungen über alle Leistungserbringer hinweg hohe Kosten verursachen.

L'essentiel en bref

- D'après une étude de l'Institut de l'économie de la santé de Winterthour et de la recherche en matière de soins de SWICA sur la répartition des coûts dans le secteur ambulatoire, les maladies musculo-squelettiques et les maladies psychiques génèrent les coûts les plus élevés.
- La répartition des coûts diffère toutefois selon le domaine de prestations. Dans la médecine de famille, les maladies musculo-squelettiques, transmissibles et cardiovasculaires arrivent en tête, tandis que dans la médecine spécialisée, ce sont celles des organes sensoriels.
- Les résultats confirment l'importance des offres de prévention et du soutien à l'autogestion et montrent que les maladies chroniques génèrent des coûts élevés, tous prestataires confondus.

Briefe an die SÄZ

Nachhaltiges Gesundheitswesen: Diskrepanz zwischen Absichten und Tatsachen

Brief zu: Maurer S. Wie Schweizer Spitäler ökologischer werden können. Schweiz Ärztztg. 2022;103(18):606–8

Mit der Thematisierung der Nachhaltigkeit im Gesundheitswesen und dem konkreten Verfassen eines entsprechenden Strategiepapiers hat die FMH 2021 entscheidende Schritte in die Wege geleitet. Den lobenswerten Absichten bläst aber ein rauer Wind entgegen, und zuweilen begeben sich die Autoren auf aalglattes Parkett, wenn sie etwa sagen, dass die Ärzte den Patienten raten sollen, ihren Fussabdruck zu reduzieren, oder wenn die Ärzte eine Vorbildfunktion einnehmen sollen. Es ist eine einfache Tatsache, dass die grosse Mehrheit der ca. 40 000 Schweizer Ärzte zu jenem Teil der Bevölkerung gehört, welche mit all den Ferienwohnungen, Häusern, Jachten, SUV's, belastenden Reisen, Kreuzschiffahrten usw. zu den stärksten CO₂-Emittern der Gesellschaft gehören und mit ihrem Fussabdruck weit entfernt von einer Vorbildfunktion sind. Bevor die Ärzte die Patienten dazu motivieren, den Fussabdruck zu reduzieren, müssten sie bei sich selbst aufräumen. Hoffnung macht aber, dass ein wachsender Teil der Ärzteschaft sich von der elitären Haltung längst verabschiedet hat und ausserordentlich nachhaltig lebt.

Und wenn Simon Maurer auf S.606ff beschreibt, wie Schweizer Spitäler ökologischer werden können, so ist es ganz wichtig, zur Kenntnis zu nehmen, dass in der Schweiz aus Wirtschafts-, Kosten- und Profitgründen immer noch wachsend mehr mit Beton, Stahl, Glas, Kunststoffen gebaut wird als mit nachhaltigen Stoffen. Jetzt und in den kommenden Jahren werden vom Kantonsspital Luzern an allen drei Standorten Luzern, Sursee und Wolhusen neue Spitäler erstellt werden, und hier wird bzgl. Baumaterialien vermutlich soweit bekannt nur tertiär nach ökologischen Kriterien geplant und gehandelt. Dies in krassem Gegensatz zur Realisierung von Spitälern z.B. in Baden-Württemberg und Steiermark. 2018 wurde in Graz das erste Krankenhaus in Vollholzbauweise realisiert. Studien belegen angeblich bereits relevante positive Effekte auf die Gesundheit der Patienten. Es stellt damit ein Vorzeigeprojekt in Sachen Gesundheitsförderung und Umweltschutz dar und es wäre wünschenswert, dass entsprechende Innovationsschritte auch bei den bevorstehenden Millionen- und Milliardenprojekten (Ersatz des Hauptgebäudes des Kantonsspitals Luzern) in der Schweiz vollzogen würden. Politi-

ker und Spitäler haben es in der Hand, weiter Sondermüll zu bauen und die CO₂-Emissionen wachsen zu lassen oder eben die entscheidende Wende in die Wege zu leiten.

Dr. med. Bernhard Estermann, Malters

Dialog zwischen Wissenschaft und Politik über das Klima: eine erfreuliche Initiative

Klima- und Biodiversitätsfragen gewinnen auf nationaler und internationaler Ebene zunehmend an Aufmerksamkeit. Diese Debatten betreffen auch die Ärzteschaft: Die FMH hat im vergangenen Jahr eine zeitnahe Stellungnahme abgegeben, und die SÄZ begrüsst Briefe und Artikel zu diesem Thema [1].

Am 2. Mai fand im Bundeshaus ein Treffen zu diesen drängenden Fragen statt, dessen Ziel es war, die gegenseitige Kenntnis von Politikern und Wissenschaftlern zu verbessern und insbesondere den Dialog zwischen ihnen zu fördern. Damit luden die Präsidentin und der Präsident der beiden Kammern ihre Kolleginnen und Kollegen zu einer Premiere ein, um die Parlamentarierinnen und Parlamentarier in Bezug auf Probleme, die ein stärkeres Bewusstsein – und Handeln – erfordern, «weiterzubilden». Überspringen wir den traurigen Anblick einer fast leeren Hälfte des Plenarsaals, aber beglückwünschen wir die zehn rechten Abgeordneten, die im Gegensatz zu ihren Kollegen der Meinung waren, dass sie ihr Wissen noch weiter verbessern könnten.

Prof. Marcel Tanner, Präsident der Akademien der Wissenschaften Schweiz, eröffnete das Treffen. Anschliessend stellten Forscher, die zum letzten IPCC-Bericht beigetragen hatten, Dozenten der ETH und mehrerer Universitäten acht Themen vor: die ersten vier zu verschiedenen Dimensionen der Bestandsaufnahme, die nächsten vier zu den Massnahmen, die in Betracht gezogen werden sollten, und zwar möglichst schnell [2].

Auch wenn es nur ein halber Erfolg ist, stellt dieses Treffen zwischen Politikern und Wissenschaftlern im Parlament selbst eine bedeutende und notwendige Neuerung dar. Grundsätzlich sollten sich gewählte Politiker für alles interessieren, was das Leben der Gemeinschaft ausmacht, und für die Herausforderungen, die sich ihr stellen. Dazu gehören gegebenenfalls auch Risiken und Bedrohungen. In dieser Hinsicht und in Bezug auf das Klima kann man sich vorstellen, dass sie nicht mehr als jeder andere Lust haben, beunruhigende

Nachrichten zu hören – und an dieser Front mangelt es nicht an beunruhigenden Nachrichten, die sich noch verschärfen werden, wenn wir nicht schnell und hart reagieren.

Einige Parlamentarier neigen dazu, zu sagen: «Jeder ist seines Glückes Schmied: Die Wissenschaftler sollen forschen, wir sollen diskutieren und entscheiden.» Doch wie prominente Beobachter betonen, besteht das Problem darin, dass wir nicht glauben, was wir wissen. Das ist mehr als besorgniserregend, denn wie soll man richtig handeln, wenn man die Fakten nicht anerkennt, wenn man sie nicht einmal wissen will? Um sich auf einen objektiven Ansatz zu einigen und faktenbasierte Massnahmen zu ergreifen, sind regelmässige Gelegenheiten wie der 2. Mai für den direkten Kontakt zwischen Parlamentariern und jenen, die die Realität unserer physischen (Klima) und biologischen (Biodiversität) Umwelt erforschen, wertvoll. Niemand kann diese Herausforderungen mehr auf die leichte Schulter nehmen.

Dr. med. Jean Martin, Echandens

Literatur

- 1 Jaccard René, et al. Wo ein Wille, da ein Weg. Schweiz Ärztztg. 2022;103(17):573–4.
- 2 Trendumkehr: Klima und Biodiversität. Swiss Academies Communications. 2022;17(6), 21 Seiten.

Kaum Widerstand der FMH gegen Beschneidung der Patientenrechte (mit Replik)

In Deutschland hat das Verfassungsgericht jüngst einen Entscheid gefällt, der das Arztgeheimnis stützt [1]: Die Ärztinnen und Ärzte müssen die Patientenakten auch für behördliche Kontrollen zum Betäubungsmittelverkehr nicht öffnen. In der Schweiz ist der Trend umgekehrt: Das Bundesgericht hat in einem Urteil vom März dieses Jahres die ärztliche Schweigepflicht stark aufgelockert (Urteil 2C_658/2018). Die FMH hat hierzu in dieser Zeitung zwei Artikel geschrieben («Wie reagiere ich auf Auskunftsbegehren der Aufsichtsbehörde?» und «Das Bundesgericht präzisiert die Rechtsprechung zum Arztgeheimnis»). Das Problem dabei ist nicht so sehr, dass die FMH das Bundesgerichtsurteil akzeptiert – sie kann dagegen ja wenig tun – sondern, wie leicht sie dies getan hat. Damit wird den Patientinnen und Patienten das falsche Signal ausgesendet: Wir kämpfen nicht für eure Rechte. Auch stösst auf, dass sich die Behörden einerseits mehr Rechte verleihen, die Privatsphäre der Bürgerinnen und Bürger

zu kontrollieren. Andererseits werden aber behördliche Aufgaben an privatwirtschaftliche Organisationen übertragen, ohne dass die Behörden deren Arbeit kontrollieren, so etwa bei den Wirtschaftlichkeitsverfahren, wo BAG und EDI der Santésuisse blind vertrauen, obwohl seit Jahren berechtigte Zweifel an ihrer Methode und ihrem Vorgehen bestehen.

Der VEMS hat Prof. Dr. iur. Ueli Kieser gebeten, ein Rechtsgutachten [2] über oben genanntes Bundesgerichtsurteil zu erstellen. Prof. Kieser geht in seinem Gutachten folgenden drei Fragen nach: 1: «Ist das Urteil 2C_658/2018 mit der BV Art. 13 und EMRK Art. 8 vereinbar?» 2: «Ist die Begründungsgrundlage mit Art. 321 StGB vereinbar?» Und 3: «Ist es möglich oder wie wäre es allenfalls möglich, dass bei der bisherigen Begrenzung der Schweigepflicht gegenüber der Aufsichtsbehörde geblieben wird, wie sie bis dato festgeschrieben war?» Bei der Beantwortung von Frage eins, der Überprüfung der Verfassungsmässigkeit also, hält Prof. Kieser fest: «Es müssen stark überwiegende Interessen bestehen, damit das Privat- und Familienleben eingeschränkt wird.» Er kommt zum Schluss: «Die Würdigung des Bundesgerichts überzeugt nicht.» Bezüglich Begründungsgrundlage der Vereinbarkeit mit Art. 321 StGB hebt Prof. Kieser die Verhältnismässigkeit hervor und schliesst: «Insoweit darf das in Art. 321 StGB erfasste Berufsgeheimnis nur unter besonderen Voraussetzungen eingeschränkt werden.» Auch seine Be-

antwortung der dritten Frage ist eine kritische Würdigung: «Es sind also bezogen auf die Einschränkungen des Berufsgeheimnisses bzw. der Schweigepflicht die Grenzen sorgfältig zu bestimmen und zu berücksichtigen.» Prof. Kieser stellt allerdings auch klar: «... die durch das Bundesrecht gesteckten Grenzen müssen beachtet werden.»

Wir haben also ein Bundesgerichtsurteil, das von einem ausgewiesenen Spezialisten des Schweizer Versicherungsrechts mit Fragen beurteilt wird, während der Zentralvorstand der FMH dieses frag- und widerstandslos akzeptiert. Die FMH hat hier eine Chance verpasst, sich und damit die gesamte Ärzteschaft durch ein engagiertes Eintreten für die Rechte und den Schutz der Patientinnen und Patienten kommunikativ zu profilieren. Die Folgen dieses fehlenden Engagements werden Ärztinnen und Ärzte in einer weiteren Belastung der ohnehin schwieriger gewordenen Arzt-Patienten-Beziehung zu spüren bekommen.

*Dr. med. Michel Romanens, Leitung Verein
Ethik und Medizin Schweiz
Flavian Kurth, Sekretär Verein Ethik und
Medizin Schweiz*

Referenzen

- 1 www.aerztezeitung.de/Wirtschaft/Verwaltungsgericht-Hausarzt-muss-Patientenakten-auch-fuer-BtM-Kontrolle-nicht-oeffnen-427486.html
- 2 Rechtsgutachten Prof. Kieser: www.docfind.ch/KieserGutachtenArztgeheimnis012022.pdf

Replik auf «Kaum Widerstand der FMH gegen Beschneidung der Patientenrechte»

Wir erachten es als eine Aufgabe des Rechtsdienstes der FMH, unsere Mitglieder über Gesetzes- und Verordnungsänderungen auf Bundesebene sowie auch über Urteile des Bundesgerichts zu informieren, welche für die Ärzteschaft und ihren Praxisalltag von Interesse und Bedeutung sein könnten. Dazu gehörte auch die Information über das Bundesgerichtsurteil (2C_658/2018) zur ärztlichen Schweigepflicht.

Die Würdigung eines Bundesgerichtsurteils im Rahmen eines Rechtsgutachtens – wie in casu – erachten wir als einen wichtigen Beitrag zur Rechtsentwicklung. Auch die FMH beurteilt das Bundesgerichtsurteil als problematisch. Dies ändert nichts an der Tatsache, dass es sich um ein letztinstanzliches Urteil handelt. Für die Ärzteschaft ist in diesem Kontext wichtig, darüber informiert zu werden.

Die FMH distanziert sich in aller Form von der Aussage, dass sie sich nicht dezidiert für den Schutz des Arztgeheimnisses engagiert und jede Verwässerung ablehnt. Ein entsprechendes juristisches Engagement ist indessen erst möglich, wenn ein konkreter Fall in Zukunft gerichtlich, und ebenfalls letztinstanzlich, entschieden wird. Selbstverständlich ist die FMH bereit, betroffene Mitglieder in einem solchen Verfahren zugunsten der Erhaltung eines stringenten Rechtsschutzes des Arztgeheimnisses zu begleiten.

Dr. med. Yvonne Gilli, Präsidentin FMH

Mitteilungen

Facharztprüfungen

Facharztprüfung zur Erlangung des Facharztstitels Pharmazeutische Medizin

Datum der schriftlichen Prüfung:

23. August 2022, 09:00–13:00 Uhr

Biozentrum, Spitalstrasse 41, 4056 Basel

Datum der mündlichen Prüfung:

13. September 2022, 09:00–18:00 Uhr

Biozentrum, Spitalstrasse 41, 4056 Basel

Anmeldefrist: 30. Juni 2022

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

Schwerpunktprüfung zur Erlangung des Schwerpunktes Zytopathologie zum Facharzttitel Pathologie

Datum: 1. November 2022

Ort: Institut für Pathologie, Universität Bern

Anmeldefrist: 31. August 2022

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

Schwerpunktprüfung zur Erlangung des Schwerpunktes pädiatrische Endokrinologie-Diabetologie zum Facharzttitel Kinder- und Jugendmedizin

Ort: Universitäts-Kinderspital Lausanne

(Hopital de l'Enfance), Chemin de Montétan 16, 1004 Lausanne

Datum: Donnerstag, 24.11.2022

09.00 Uhr–11.30 Uhr schriftliche Prüfung (auf Englisch)

13.00 Uhr–18.00 Uhr mündliche Prüfung (1 Stunde pro Kandidat/-in)

Anmeldefrist: 1. August 2022

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



Berufliche Vorsorge

Einfach vorsorgen und Steuern sparen



Persönliche
Beratung für
Mitglieder von
FMH Services

Umfassende und neutrale Beratung Steuroptimierte Vorsorge für Ärztinnen und Ärzte

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

INSURANCE

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



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



«Gesundheit und Umwelt sind die Mega-Themen des 21. Jahrhunderts»

Rahel Gutmann

Junior-Redaktorin der *Schweizerischen Ärztezeitung*

Wenn die Erde krank ist, geht es auch uns schlecht. Ärztinnen und Ärzte werden künftig in Praxen und Spitälern mit immer mehr Menschen konfrontiert sein, die an den Folgen des Klimawandels leiden. Höchste Zeit also, ein besseres Verständnis dafür zu bekommen, wie unsere Gesundheit mit der des Planeten zusammenhängt – und das Thema *Planetary Health* in die medizinische Aus- und Weiterbildung zu integrieren. Wie ist der Stand in der Schweiz?

Unser Planet ist krank. Seine Temperatur steigt, sein Zustand verschlechtert sich. Und nicht nur das: Er ist ansteckend. Wenn die Erde Fieber hat, leiden auch wir Menschen. Denn wir müssen schon jetzt und künftig noch stärker mit Wetterextremen, einem steigenden Meeresspiegel und vermehrten Hitzeperioden leben. Fakt ist: Unsere Gesundheit leidet, wenn wir unseren Planeten nicht gut behandeln.

In unserer Themenserie zur Nachhaltigkeit im Gesundheitswesen haben wir bisher über die praktischen Möglichkeiten berichtet, um im Spital und in Praxen Ressourcen zu sparen und nachhaltiges Arbeiten zu fördern. Nun folgt ein Blick auf die Gesundheit der Erde und auf die Frage danach, wie die Gesundheit un-

seres Planeten und unsere eigene Gesundheit zusammenhängen. Es geht um das Stichwort *Planetary Health* – und darum, welche Auswirkungen der Klimawandel auf die menschliche Gesundheit hat.

Im vergangenen Oktober ist die *São Paulo Declaration on Planetary Health* erschienen, ein Aufruf der interna-

Schwerpunktserie Nachhaltigkeit im Gesundheitswesen

Der Klimawandel ist eine weltweite Herausforderung. Auch das Schweizer Gesundheitswesen kann seinen Beitrag dazu leisten, ihm zu begegnen. In einer Serie betrachten wir das Thema aus verschiedenen Perspektiven.

[redaktion.saez\[at\]emh.ch](mailto:redaktion.saez[at]emh.ch)

tionalen *Planetary Health Alliance* [1]. Darin wird davor gewarnt, dass unsere Lebensgrundlage durch den Verlust der Biodiversität sowie die Verschlechterung von Luft, Wasser und Boden mehr und mehr verloren geht. Jeder und jede ist aufgerufen, sich für den Klimaschutz einzusetzen und eine Vorbildfunktion einzunehmen. Das wirft Fragen über die Aufgaben von Ärztinnen und Ärzten auf. Sollen sie sich öffentlich für den Klimaschutz engagieren? Sollen sie in Patientengesprächen vermehrt auf umweltfreundliche Präventionsmöglichkeiten und auf schädliche Umwelteinflüsse hinweisen? Und wo gibt es fundierte Informationen darüber?

Planetary Health fasst Fuss

Ebenfalls im Oktober 2021 hat die FMH ihre *Planetary Health*-Strategie verabschiedet, in der sie den Klimawandel als «grösste gesundheitliche Bedrohung» des 21. Jahrhunderts bezeichnet [2]. Sie zeigt darin auf, wie eng der Klimawandel und die medizinische Tätigkeit verbunden sind. Als erstes Ziel nennt sie die «Information» und hält fest, dass *Planetary Health* in die ärztliche Aus- und Weiterbildung integriert werden soll. Diese Ansicht teilen viele Medizinstudierende, die sich seit einigen Jahren intensiv mit dem Thema der *Planetary Health* auseinandersetzen und sich dafür engagieren, dass es Teil des Curriculums wird. In Deutschland wurde vor drei Jahren an der Charité-Universitätsme-

dizin in Berlin die bundesweit erste Professur für Klimawandel und Umwelt an einer medizinischen Fakultät eingerichtet. Und auch in der Schweiz tut sich etwas. An verschiedenen Hochschulen laufen Vorbereitungen, um *Planetary Health* in den Unterricht zu integrieren. Eine Schwierigkeit dabei: Das Thema ist äusserst transdisziplinär. Eine zweite Schwierigkeit: Das Forschungsgebiet ist noch jung. Es gibt kaum Dozierende mit einem Hintergrund in *Planetary Health*. Nachfolgend berichten Melanie Dussy, Medizinstudentin und *Planetary Health* Coordinator bei der Vereinigung der Schweizer Medizinstudierenden swimsa, Nicolas Senn, Universitätsdozent an der medizinischen Fakultät in Lausanne, sowie Christian Abshagen, Leiter des Certificate of Advanced Studies (CAS) «Umwelt und Gesundheit», darüber, wieso sie sich mit *Planetary Health* beschäftigen und wie sie sich für die Integration des Themas in die medizinische Aus- und Weiterbildung einsetzen.

Bildnachweis

Einstiegsbild: Milosdrn | Dreamstime.com
Alle Porträtbilder wurden von den Interviewten zur Verfügung gestellt.

Literatur

- 1 www.planetaryhealthalliance.org/sao-paulo-declaration
- 2 www.fmh.ch/files/pdf26/20210819-planetary-health-strategie-zu-den-handlungsmoeglichkeiten-der-aerzteschaft-in-der-schweiz.pdf



«Die swimsa fordert, dass *Planetary Health* in die medizinische Ausbildung integriert wird»

«Ich bin durch eine engagierte Gruppe von Studierenden an meiner Universität auf das Thema der *Planetary Health* gestossen. Vorher war mir nicht bewusst, dass Umweltschutz, Medizin und Gesundheit so eng vernetzt sind. Wir mussten uns dieses Wissen neben dem Studium erarbeiten.

Die swimsa fordert, dass *Planetary Health* und der gesamte Themenkomplex der Vernetzungen zwischen der Umwelt und der Gesundheit der Menschen in die medizinische Ausbildung integriert werden.

Es ist wichtig, dass im Studium vermittelt wird, dass die Gesundheit unserer Umgebung die Grundlage unserer Gesundheit ist. Das kommt aus der medizinischen Ausbildung, so wie sie jetzt ist, unserer Meinung nach nicht hervor.

Im Lernzielkatalog der medizinischen Ausbildung, den PROFILES, ist der *health advocate* – die Fürsprecherperson für die Gesundheit – eine der sieben Rollen, die ein Arzt resp. eine Ärztin einnehmen können sollte. Das bedeutet, dass es auch zu den ärztlichen Aufgaben gehört, sich in der Gesellschaft und der

Politik für die Gesundheit einzusetzen. Das beinhaltet aus unserer Sicht, dass wir die Patientinnen und Patienten und die Gesellschaft darüber informieren können, was für gesundheitliche Risiken die Umweltverschmutzung oder der Klimawandel nach sich ziehen.

Schliesslich haben diese Zusammenhänge auch einen grossen Einfluss auf unsere spezifische Tätigkeit, wenn beispielsweise die Patientenlast wegen schädlicher Umwelteinflüsse grösser wird. Darauf müssen wir vorbereitet werden. Es gibt bereits viele interessierte Dozierende, doch scheint die Dringlichkeit noch nicht allen bewusst zu sein.

Idealerweise würde *Planetary Health* longitudinal ins Studium integriert, vom ersten Bachelor- bis zum letzten Masterjahr. Es bräuchte einige Vorlesungen, um die Grundlagen kennenzulernen. Doch danach könnten die bestehenden Lerninhalte immer wieder damit verknüpft werden. Denn *Planetary Health* hat mit allem zu tun und verbindet alle Fachgebiete.»

Melanie Dussy, Medizinstudentin an der Universität Basel und *Planetary Health* Coordinator, Swiss Medical Students' Association (swimsa)



«Wir haben die Studierenden gehört»

«Ich habe vor vier Jahren damit angefangen, Nachhaltigkeitsthemen in meinem Unterricht zu behandeln. *Planetary Health* ist dabei eines von mehreren Konzepten, die ich mit den Studierenden anschau. Bisher habe ich diese Themen in Form von Wahlfächern und in einer Vorlesung vermittelt. Nun arbeiten wir an der Fakultät daran, diesen Bereich

in die reguläre Ausbildung zu integrieren. Es mag so wirken, als hätte man in der Ausbildung zu lange nichts getan, um Nachhaltigkeit zu thematisieren, aber ich finde, zwei bis drei Jahre sind eine eher kurze Zeit, um ein neues Fach ins Curriculum einzuführen.

Der Anstoss dazu kam insbesondere von Studierenden, die sich aktiv für Umweltthemen eingesetzt haben. Wir Dozierenden haben sie gehört und ihre Anliegen wahrgenommen. Nun sind wir es, die sich einsetzen. Unser Dekanat hat das voll und ganz erkannt und kürzlich die Abteilung 'Nachhaltigkeit' geschaffen, die vom Vize-Dekan Renaud Du Pasquier betreut wird. Ausserdem gibt es an der Universität Lausanne mit dem von Nelly Niwa geleiteten *Centre de compétences en durabilité* ein Kompetenzzentrum für Nachhaltigkeitsthemen mit Fachpersonen aus verschiedenen Disziplinen, mit denen wir bei der

Kursplanung zusammenarbeiten. Dank dieser Entwicklungen konnten wir im vergangenen März die Plattform 'Durabilité et santé' lancieren, ein Netzwerk für den Austausch und die interdisziplinäre Zusammenarbeit.

Es gibt eine Debatte darüber, ob Forschende auch politisch aktiv sein dürfen. Früher war es üblich, dass Forschung und soziales Engagement getrennt werden. Aber vielleicht müssen wir das überdenken. Dieses Engagement muss allerdings diskutiert und reflektiert werden.

Auch für bereits praktizierende Ärztinnen und Ärzte braucht es Weiterbildungsmöglichkeiten. In einer Studie haben wir festgestellt, dass fast 80% der befragten Ärztinnen und Ärzte es wichtig finden, mit ihren Patientinnen und Patienten über Umweltthemen wie Natur, Mobilität und Ernährung zu sprechen. Aus meiner Sicht haben hier die FMH und die kantonalen Ärztesellschaften die Aufgabe, Weiterbildungsangebote zu schaffen. Einiges ist bereits in Planung, und es gibt immer mehr Kongresse zum Thema Nachhaltigkeit.»

Prof. Dr. med. Nicolas Senn, Leiter der Abteilung Hausarztmedizin bei Unisanté und Mitverantwortlicher der Plattform «Durabilité et santé» der Fakultät für Biologie und Medizin, Universität Lausanne



«Die disziplinenübergreifende Zusammenarbeit ist neu und bereichernd»

«Gesundheit und Umwelt sind die Mega-Themen des 21. Jahrhunderts, das ist für viele Disziplinen interessant. Doch sie haben eine besondere Relevanz für Medizinerinnen und Mediziner. Wenn wir Gesundheitserhaltung und -förderung betreiben wollen, dann ist das mehr als die Eins-zu-eins-Betreuung von Patientinnen und Patienten. Ich denke, zum

Auftrag *primum non nocere* (Lat. für 'erstens nicht schaden') gehört heute auch, sich Gedanken zu globalen Umweltkrisen zu machen und wenn nötig öffentlich Position zu beziehen, um die Gesundheit der Menschen zu schützen.

In unserem CAS behandeln wir die engen Verflechtungen der menschengemachten Umweltveränderungen und ihre Rückwirkungen auf die menschliche Gesundheit, also *Planetary Health*. Dann schlagen wir den Bogen zu *Sustainable Healthcare* und fragen, wo das Gesundheitswesen und -system heute noch nicht ökologisch ist und wie wir das ändern können. Die Weiterbildung steht allen Berufsgruppen offen.

Etliche Medizinische Fakultäten befassen sich zurzeit intensiv mit der Integration von *Planetary Health* und *Sustainable Healthcare* in das Medizinstudium, oftmals begleitet von der

Mitsprache der Studierendenschaft. Es gibt Studierende weltweit, die sich sehr differenziert mit dem Thema auseinandersetzen. An der Universität Basel darf ich gemeinsam mit einer Kollegin mit Master in *Sustainable Development* die Verortung des Themas als longitudinale Fachrichtung im Curriculum verantworten. Diese disziplinenübergreifende Zusammenarbeit ist neu und bereichernd.

Als Forschungsthema ist *Planetary Health* noch relativ jung und sehr transdisziplinär. Im CAS haben wir Referierende aus dem medizinischen Bereich und solche aus den Umweltwissenschaften.

Das Besondere der *Planetary Health* ist, dass sie gleichzeitig wissenschaftliches Feld und soziale Bewegung ist. Es gibt streng wissenschaftliche Aspekte, wie beispielsweise bei der Untersuchung von umweltschädigenden Einflüssen auf das Herz-Kreislauf-System. Doch daneben ist die Beschäftigung mit dem Thema stark wertebasiert und verfolgt explizit Transformationsansätze.»

Dr. med. Christian Abshagen, Leiter des CAS «Umwelt und Gesundheit», Hochschule für Life Sciences FHNW und Leiter Fachstelle Nachhaltigkeit, Universitätsspital Basel

Besser operieren ohne Anspannung

Chirurginnen und Chirurgen operieren dann gemeinsam am schnellsten, wenn sie eine geringe zwischenmenschliche Anspannung erleben. Das ist das Ergebnis einer Studie von Prof. Dr. Hendrik Wilhelm von der Universität Witten/Herdecke gemeinsam mit Forschenden der University of Toronto, der Business School INSEAD und der Hochschule Hannover.

Das Team untersuchte den Zusammenhang zwischen verschiedenen zwischenmenschlichen Emotionen und der Operationsdauer. Erstens zeigte sich, dass von den untersuchten Emotionen nur zwischenmenschliche Anspannung einen Einfluss darauf hatte. Zweitens wurde festgestellt, dass sich die Anspannung reduziert, sobald die Operierenden eine gemeinsame Spitzenleistung erbringen. Weil eine längere Operationsdauer oft mit einer stärkeren körperlichen Belastung für Patientinnen und Patienten einhergeht, sollte sie möglichst vermieden werden. Aufgrund der Studienresultate empfiehlt Hendrik Wilhelm, dass Personen zusammenarbeiten sollten, die in der Vergangenheit bereits mindestens einmal eine gute gemeinsame Leistung erbracht hatten.



(Universität Witten/Herdecke)

© Olga Kononenko / Unsplash

Mesurer le stress chez les singes

Une équipe neuchâteloise a pu établir l'état de stress ou de quiétude de chimpanzés grâce à des images thermiques mesurant la température du nez. Parue dans *Scientific Reports*, l'étude a été menée en Ouganda entre 2019 et 2021 et réunit plus de 4000 images de neuf mâles. En cas de stress, le sang irrigue les parties du corps utiles pour fuir ou se défendre, faisant baisser la température du nez. Six situations stressantes ont été identifiées: arrivée d'un mâle dominant, démonstration de force de la part d'un autre mâle, actes de copulation, entente de cris, agression, repas en groupe. Ce stress est atténué en présence de femelles. Parmi les activités apaisantes: toilettage, jeu, patrouille en groupe et examen des parties génitales des femelles.

(Université de Neuchâtel)



© Julie Ricard / Unsplash

Le burn-out se lit entre les lignes

Une méthode basée sur l'analyse automatique de textes peut détecter le burn-out. Cet état de fatigue intense est actuellement diagnostiqué par des tests psychologiques. Or ceux-ci présentent des limites importantes, par exemple si les personnes n'osent pas cocher certaines réponses. Les questionnaires plus complets nécessitent, eux, un gros travail d'analyse. Pour y remédier, une équipe soutenue par le Fonds national suisse a recouru à l'intelligence artificielle, appliquant une méthode qui traite automatiquement des textes afin d'identifier si le langage relève du burn-out. Plus de 13000 extraits de textes de la plateforme Reddit, sorte de forum de discussion, ont été analysés. Certains provenaient de discussions en lien avec le burn-out, d'autres de forums thématiques variés. L'algorithme repère correctement 93% des cas de burn-out. Ces résultats doivent être vérifiés par des experts médicaux sur des cas réels de burn-out et sur un échantillon représentatif.

(Fonds national suisse)

Mit Protein gegen Krebs vorgehen

Ein Protein könnte die Ausbreitung von Krebs hemmen. Forschende vom Institute of Science and Technology Austria haben die Rolle des Proteins MFSD1 bei der Metastasenbildung untersucht. Sie erzeugten Krebszellen von Mäusen, denen das Protein fehlte. Diese wanderten viel schneller, was darauf hindeutet, dass MFSD1 die Zellen an der Bewegung hindert. Tumorzellen ohne das Protein könnten also leichter in die Blutbahn und so in andere Teile des Körpers finden. Zusammen mit Forschenden der Universität Zürich testete das Team die Theorie an lebenden Mäusen, wo es bei Krebszellen ohne MFSD1 zu einer stärkeren Metastasierung kam. Belastungstests zeigten ausserdem, dass Krebszellen, die MFSD1 enthielten, schnell starben, während solche ohne Protein intakt blieben. In zukünftigen Studien wollen die Forschenden nun untersuchen, ob eine künstliche Erhöhung des MFSD1-Spiegels dazu beitragen könnte, die Ausbreitung bestimmter Tumore zu unterdrücken.

(Austrian Business Agency, ABA)



Lightfieldstudiosprod | Dreamstime.com

De l'autre côté du lit: de la blouse blanche à la chemise d'hôpital

Etre de «l'autre côté», du côté des patients, est une expérience difficile et d'autant plus déstabilisante lorsque l'on doit échanger sa blouse et son stéthoscope pour une chemise d'hôpital. Peut-être choisissons-nous cette profession en partie pour ne jamais être de ce côté-là, pour repousser le destin à son maximum. Voici le témoignage anonyme d'une jeune médecin qui a vécu, de manière brutale et tragique, le fait d'être patiente*.

Diplôme fédéral de médecine en poche et début intense de thèse de doctorat MD, il est temps de lever le pied. C'est sur cette perspective que j'ai débuté 2022 et très vite mis en pratique cette nouvelle résolution. Cette année s'annonçait vraiment sous ses meilleurs auspices.

Tout bascula brusquement lorsqu'un soir je découvris des adénopathies sus-claviculaires sans autres symptômes associés. La panique m'a envahie. Était-ce vraiment ce que je croyais? Jamais durant les études nous n'avions entendu qu'une telle localisation pouvait être bénigne. Malgré le rassurement de mes proches qui

n'étaient pas du domaine des soins, l'angoisse et la panique ont persisté. Je savais pertinemment quel diagnostic m'attendait. Ce ne sera que le lendemain tôt que je me suis présentée à l'hôpital universitaire pour lequel je travaille. En effet, il était tard et nous savons tous par notre expérience en blouse blanche qu'une prise en charge la nuit est plus compliquée.

Les consultations et examens complémentaires se sont enchaînés jusqu'au diagnostic de cette maladie oncologique. Ce fut le choc, bien que depuis la veille je ne voyais pas d'autres possibilités. Une hospitalisation de 24 heures suivra et sera un cauchemar.

* La personne à l'origine du texte souhaitant garder son anonymat, il n'y a pas de mention d'auteur. Le nom de la personne est connu de la rédaction. Les passages du texte en italique illustrent les réflexions personnelles.

Déréalisation

J'étais fraîchement diplômée, mais je ne me sentais pas encore médecin. Toujours est-il qu'on me le rappellera à maintes reprises et je finirai par y croire: je suis médecin. Cette information ne sera jamais oubliée par tous les intervenants.

C'était tout de même le comble. Non seulement j'étais médecin mais en plus j'avais effectué un stage dans ce service qui allait désormais me suivre et pour boucler la boucle, j'étais en train d'y effectuer ma thèse de doctorat. Comment était-ce possible?

Ce fut bouleversée que je suis montée à l'étage couchée dans un lit. Désormais, j'étais handicapée dans ce lit avec un bracelet où figurait mon nom. Mais ça ne pouvait pas être possible. Ce n'était pas moi dans ce lit... Im-

Je ne me sentais pas malade, mais la réalité des images était autre. Pourtant j'avais l'impression de voir les images d'autres patients.

possible. Handicapée car quand bien même nous pouvons marcher, «il est plus simple de faire les transferts en lit ou en chaise». Malade, non. Je ne me sentais pas malade, mais la réalité des images était autre. J'avais l'impression de voir les images d'autres patients, comme en stage.

Je me sentais désemparée de ce côté du lit. Que faisais-je de ce côté? Ma place devait être de l'autre côté avec les médecins, les soignants. Après tout, ce n'était peut-être qu'un cauchemar: j'allais tester le fonctionnement de cet hôpital universitaire de l'intérieur. C'est ainsi que j'ai eu l'impression d'être traitée comme un objet administratif plutôt qu'un être vivant.

Patient virtuel

La documentation médicale prend plus d'un tiers de la journée d'un médecin [1]. La qualité des soins est-elle dès lors compromise? Qu'en est-il de la satisfaction des médecins au travail? Toujours est-il que rien ne se fait sans dossier informatique.

C'est ainsi que je suis montée à l'étage à 20 heures: l'équipe infirmière ne savait pas quoi faire de moi. Mon dossier informatique n'était pas encore disponible. J'ai expliqué à l'équipe en détail tout ce qu'elle devait savoir, y compris la posologie de la Clexane. J'ai insisté pour avoir cette injection, or mon dossier n'était toujours pas disponible et quand cela a enfin été le cas, le médecin n'avait pas fait la prescription. Je l'ai obtenue à une heure du matin avec une vive douleur.

Cette sensation d'être avant tout un objet s'accroîtra lors de la prise en charge chirurgicale en vue du diag-

nostic histo-pathologique. Encore une fois, mon dossier informatique n'était pas disponible. Quelle poisse. L'angoisse, les larmes m'ont envahie à mesure que le temps passait, puis le chirurgien est arrivé, étonné de me voir en salle d'attente alors que j'aurais déjà dû être sur table. Je lui ai expliqué la situation et j'ai su plus tard qu'il avait haussé le ton pour que les choses bougent, pour moi, «une collègue». J'étais dévastée en arrivant en salle d'opération. Pourquoi tout ce stress? J'étais présente à l'heure: à cause de l'administratif, tout devait se faire dans la précipitation. L'aide-soignante me dira même: «Vous voyez, vous me faites écrire sur ma main [les paramètres vitaux].» Puis, l'anesthésiste me sautera dessus alors que je marchais encore en direction de la salle d'opération. On me mettra un stylo dans la main pour que je signe, couchée, les consentements. Le chirurgien me fera tout de même m'asseoir en voyant cette agitation et calmera le jeu.

Traiter des patients et non des images radiologiques ni des valeurs de laboratoire. Tel est ce que nous apprenons durant la formation de médecin.

Traiter des patients avant tout, tout en rendant le dossier informatisé utile à la prise en charge et non une barrière qui ralentit le flux d'information, accapare le temps et l'énergie des soignants devrait être la règle.

Ecoute et reconnaissance de ses limites

Onze secondes, tel est le temps qu'un médecin laisse au patient pour s'exprimer en début de consultation avant de l'interrompre [2]. Pourtant l'anamnèse est la clé principale et permet à elle seule de poser la majorité des diagnostics. Est-ce la pression du temps, de la pape-rasse ou encore la volonté de diriger le dialogue pour remplir les grilles préétablies qui empêchent le médecin d'écouter?

Je n'arrivais pas à faire entendre mon souhait et la nécessité d'un avis dermatologique avant de débiter tout traitement oncologique.

Bien que le médecin de l'étage m'ait dit à la visite «je vous écoute, dites-moi ce que vous avez compris» et que l'espace d'un instant, je ne me sois pas sentie une chose, la désillusion a surgi rapidement. Il ne m'a pas écoutée quand bien même j'ai été droit au but en utilisant du jargon. Il s'est attaché à me traiter un symptôme connu, qui ne me dérangeait guère et que j'ai précisé trois fois: le prurit. Je lui ai demandé ce qu'il pensait des lésions dermatologiques que j'avais et il s'est aventuré dans les syndromes paranéoplasiques. Définitivement, l'écoute était absente. Des lésions d'il y a deux ans ne pouvaient pas entrer dans ce

tableau. Une médecin stagiaire 6^e année lui a alors fait remarquer qu'il n'avait pas écouté. Cette situation fera écho à celle de la nuit, lorsque j'ai présenté ces lésions à la médecin de garde et qu'elle voudra les traiter sans chercher à savoir l'étiologie, s'obstinant à vouloir soulager ce prurit peu dérangent. Il était évident que je n'arrivais pas à me faire entendre quant à mon souhait et à la nécessité d'un avis dermatologique avant de débiter tout traitement oncologique. Aussi ai-je sollicité l'aide d'un supérieur hiérarchique.

Médecin et tout savoir. Un idéal auquel on aspire, mais nous sommes avant tout humain et non des encyclopédies. Avoir connaissance de ses limites et admettre que nous n'avons pas toutes les cartes en main sont une force et non une faiblesse.

Empathie

L'empathie des soignants dépendrait-elle du niveau de formation? Paradoxalement, j'ai constaté que la femme de ménage, qui a priori n'a bénéficié d'aucun cours de communication, a été une des personnes avec le plus de compassion. Puis est venue une assistante en soins et santé communautaire et une unique infirmière; les médecins de l'étage ont été les moins adéquats.

Il a été montré que les étudiants en médecine en début de cursus sont ceux qui présentent le plus d'empathie. Puis plus l'on gravit les échelons, plus cette sensibilité s'estompe [3]. Est-ce la confrontation avec la réalité clinique? La charge de travail? Le déni de sa propre fragilité?

Les mots sont souvent difficiles à trouver quand un diagnostic nous rapproche dangereusement de la mort. Un simple regard de compassion, un simple mouchoir que l'on tend au patient, une simple présence malgré le silence et les pleurs semblent si anodins et pourtant ils donnent l'impression d'être considérés comme un être vivant plutôt que quelque chose.

Combien de fois ai-je vu les soignants désarmés face à mes pleurs. Certains ne poseront aucune question et feront juste leur «travail» et les gestes nécessaires. D'autres essaieront de s'y aventurer mais en sortiront très vite en changeant de sujet et me laisseront encore plus incomprise. D'autres voudront savoir et seront finalement plus atterrés que moi-même quand j'évoquerai mon diagnostic et mon jeune âge. Rares sont ceux qui mettront un pied dedans avec tact: disponibilité, écoute, partage de son temps.

Combien de fois ai-je vu les soignants désarmés face à mes pleurs. Certains ne poseront aucune question et feront juste leur «travail».

Il est certain qu'avec toutes les connaissances acquises, il n'y a plus de place pour l'insouciance. Anticipation et essais de maîtriser la situation m'ont occupée au début de la prise en charge. J'ai ensuite été vite confrontée aux limites de la médecine, me résignant à vivre au jour le jour et à accepter ce qui allait venir.

Quand bien même cette hospitalisation fut ressentie comme un calvaire par manque d'empathie, la démarche diagnostique n'aurait pas pu être plus rapide et tout au long de ce chemin, j'aurai et rencontrerai des étoiles bienveillantes qui rendront cette expérience de vie un peu plus supportable.

Références

- 1 Golder L, Jans C, Ivankovic M, Kress J, Venetz A. Etude concomitante de SwissDRG sur mandat de la FMH 2019. [Available from: cockpit.gfsbern.ch/fr/cockpit/etude-concomitante-fmh-2019/]
- 2 Singh Ospina N, Phillips KA, Rodriguez-Gutierrez R, Castaneda-Guarderas A, Gionfriddo MR, Branda ME, et al. Eliciting the Patient's Agenda – Secondary Analysis of Recorded Clinical Encounters. *J Gen Intern Med.* 2019;34(1):36–40.
- 3 Neumann M, Edelhäuser F, Tauschel D, Fischer MR, Wirtz M, Woopen C, et al. Empathy decline and its reasons: a systematic review of studies with medical students and residents. *Acad Med.* 2011;86(8):996–1009.

Wissenschaftler zwischen Verehrung und Misstrauen

Hans Stalder

Prof. Dr. med., Mitglied der Redaktion



Während der COVID-19-Epidemie wurden die Wissenschaftler zunächst glorifiziert. Die sagenhafte Geschwindigkeit, mit der das Genom des Virus analysiert und ein wirksamer Impfstoff hergestellt wurde, gab Anlass zu Bewunderung. Doch nach und nach begannen die Medien den Wissenschaftlern zu misstrauen. Was sind die Gründe dafür? Warum dieser Zwiespalt? Am Anfang war es beruhigend, die Ursache der Epidemie schnell zu kennen, im Gegensatz zu anderen Seuchen, wie der Pest oder in jüngerer Zeit das Aids. Die Wissenschaftler waren diejenigen, die es wussten. Erschreckt und ratlos, waren die Regierungen froh, dass sie sich auf etwas stützen konnten, was wie eine solide Grundlage aussah. Dies erweckte jedoch den Eindruck, dass die Wissenschaftler die Regierenden seien, und einigen gefiel es, diese Rolle zu spielen. So war es nicht verwunderlich, dass Wissenschaftler zur Zielscheibe all derer wurden, die gegen jegliche Beschränkungsmassnahmen opponieren, oder derer, die sich ohnehin jeder Autorität widersetzen.

Jedoch das grösste Problem war, so glaube ich, dass viele Wissenschaftler schlechte Kommunikatoren sind. Sie sind gewohnt, miteinander im Labor oder auf Kongressen in einem Jargon zu fachsimpeln, der für den Normalbürger schwer zu entschlüsseln ist. Ausserdem ist es schwierig, in zwei Minuten im Fernsehen zu erklären, was ein Antikörper oder der Unterschied zwischen einer B- und einer T-Zelle ist, dass eine Impfung vielleicht einen besseren Schutz bietet als eine Infektion, dass der Unterschied zwischen den Werten 0,9 und 1,1 eines mysteriösen R-Faktors viel bedeutet oder dass eine Nukleinsäure, die mRNA, sich intrazellulär nicht vermehrt. Nur wenige Menschen verstehen, dass es ein Merkmal der Wissenschaft ist, etabliertes Wissen ständig infrage zu stellen. Anfangs war unklar, ob Masken gegen Viruserkrankungen hilfreich sind, der Zeitpunkt des Auftretens der verschiedenen Mutanten war nicht vorhersehbar, und man konnte nicht wissen, dass die infektiösere Mutante Omikron gleichzeitig weniger virulent war. Es wird somit ein Leichtes, Wissenschaftler zu kritisieren, wenn vermeintlich gut etablierte Ergebnisse hinfällig werden.

Während der Epidemie wurden die Wissenschaftler oft aufgefordert, Prognosen zu erstellen. Sie hätten vorsichtiger sein sollen, denn ihr deduktiver und linearer Ansatz ist zwar hervorragend geeignet, um Fakten zu erklären, aber weit weniger, um Zukünftiges vorauszusehen. Die Interaktion zwischen einer Bevölkerung und einem Virus während einer Epidemie ist komplex, und in komplexen Systemen können kleine, unvorhersehbare Ereignisse unberechenbare Auswirkungen haben. Wie soll man im Voraus wissen, ob und wann eine neue Mutante auftauchen werde oder wie stark die Überzeugungskraft

Nur wenige Menschen verstehen, dass es ein Merkmal der Wissenschaft ist, etabliertes Wissen ständig infrage zu stellen.

der Impfgegner sein wird, um eine hohe Impftrate zu verhindern? Kein Wunder also, dass sich Epidemiologen bei ihren Vorhersagen über den Verlauf der Epidemie einige Male geirrt haben. Und als sie verschiedene (im Übrigen lineare!) Modelle für die Ausbreitung des Virus entwickelten, hätten sie wissen sollen, dass Medien dazu neigen, immer nur die schlimmste Version zu zitieren.

Wie in allen Berufen gibt es leider auch unehrliche Wissenschaftler. Beschönigte Resultate und gefälschte Veröffentlichungen sind nichts Neues. Die auf pseudowissenschaftlichen Grundlagen beruhende Behauptung, Hydrochloroquin sei gegen das Coronavirus wirksam, ist ein Beispiel dafür. Dass Wissenschaftler entgleisen und ihren Ruhm missbrauchen, ist ebenfalls nichts Neues. Haben nicht berühmte Nobelpreisträger Vitamin C gegen Erkältungen und fermentierte Papaya gegen Parkinson als Wundermittel propagiert? Auch die Tatsache, dass zwei der renommiertesten medizinischen Fachzeitschriften Artikel wegen einer zu schnellen und katastrophalen Revision zurückziehen mussten, wird das Ansehen der Wissenschaft nicht gerade erhöht haben.

Man würde den Wissenschaftlern gerne raten: Bleiben Sie bescheiden, kommunizieren Sie in einer verständlichen Sprache, überschreiten Sie nicht Ihr Fachgebiet, und missbrauchen Sie nicht Ihren Ruhm und Ihr Ansehen! Aber: Gelten diese wohlgemeinten Sätze nicht genauso für uns Ärzte?

[hans.stalder\[at\]saez.ch](mailto:hans.stalder[at]saez.ch)

