

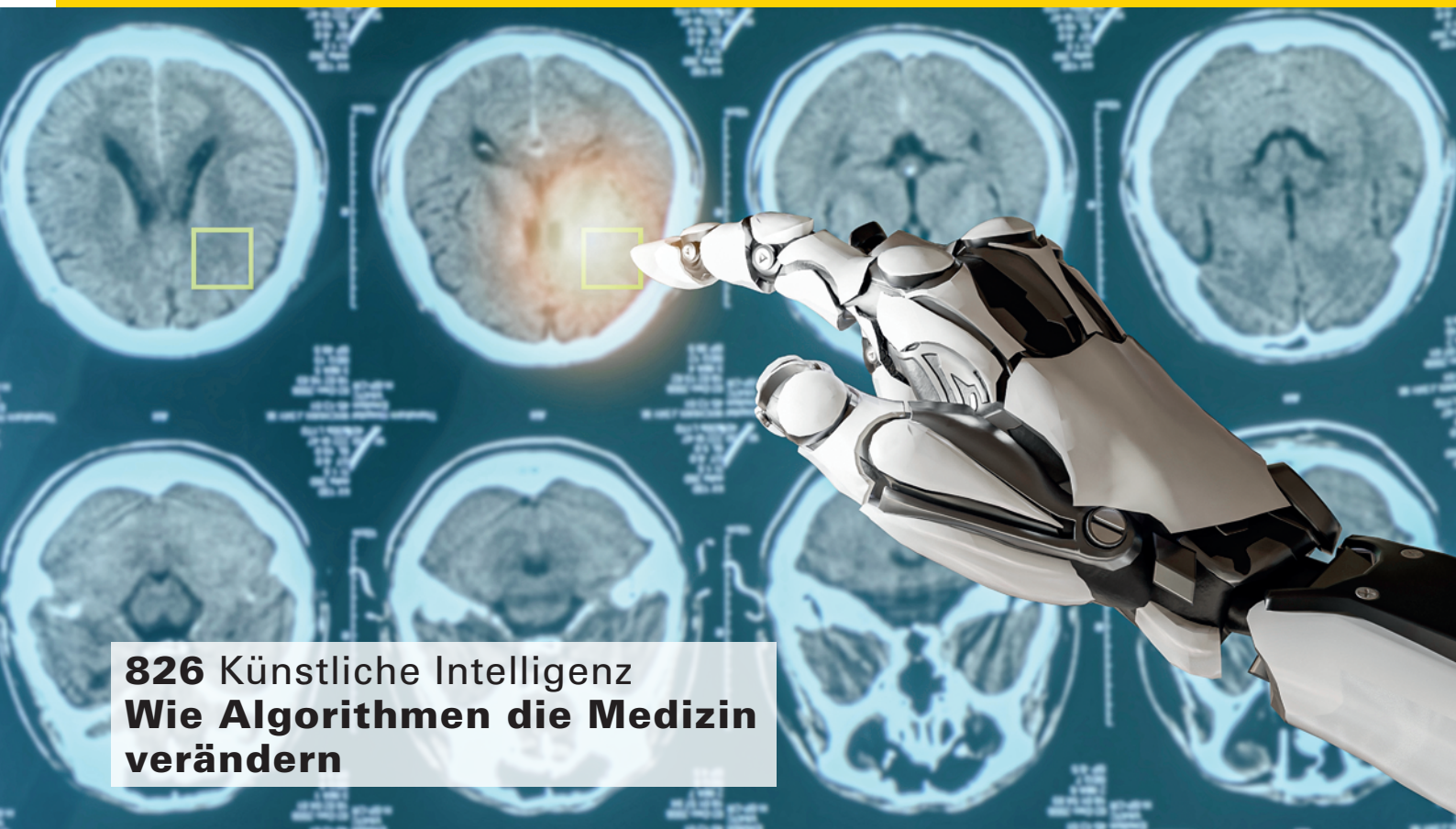
Schweizerische Ärztezeitung

795 Editorial
von Christoph Hänggeli
Finanzierung der Weiterbildung: ein Meilenstein ist erreicht

796 Medizinethik
Neue Richtlinien zur Suizidhilfe in der FMH-Standesordnung

834 «Zu guter Letzt»
von Werner Bauer
Vorbilder sind wir immer – so oder so

24 15.6.2022



826 Künstliche Intelligenz
Wie Algorithmen die Medizin verändern



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 Puhan

Redaktion Recht

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

FMH

EDITORIAL: Christoph Hänggeli

795 **Finanzierung der Weiterbildung: ein Meilenstein ist erreicht**

AKTUELL: Yvonne Gilli, Henri Bounameaux

796 **Leitplanken für Behandlungen und Betreuung am Lebensende**

798 **Personalien**

Organisationen der Ärzteschaft

AEFU: Bernhard Aufdereggen, Martin Forter

801 **Umweltsünder Asthmasprays: Es gibt gute Alternativen**

Briefe / Mitteilungen

806 **Briefe an die SÄZ**

807 **Facharztprüfung / Mitteilungen**

FMH Services

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

Tribüne

COVID-19: Katharina Tabea Jungo, Michael J. Deml, Rebekah Hoeks, Oliver Senn, Sven Streit, Yael Rachamin

817 **Wie Risikogruppen und Hausärzte das erste Pandemiejahr erlebten**

RECHT: Valérie Junod

822 **Suicide assisté: médecin ayant fourni du pentobarbital punissable?**

826



THEMA: Eva Mell

Was willst du bei uns, Dr. Algorithmus? Künstliche Intelligenz (KI) kann grosse Datenmengen schnell und präzise auswerten und ist deshalb eine grosse Hilfe in der Medizin. Gleichzeitig gibt es die Sorge, dass die Technologie Ärztinnen und Ärzte langfristig Arbeitsplätze wegnehmen könnte. Wie schlaue ist es, auf Künstliche Intelligenz zu setzen?

Horizonte

831 **Preise und Auszeichnungen**832 **Buchbesprechungen**

Zu guter Letzt

Werner Bauer

834 **Vorbilder sind wir immer – so oder so**

EVE STOCKHAMMER

Herausforderung für die Biomedizin:

Das biopsychosoziale Konzept



Rolf H. Adler
Herausforderung für die Biomedizin
Das biopsychosoziale Konzept
 2017. 171 Seiten
 CHF 24.50
 ISBN 978-3-03754-110-4

EMH Schweizerischer Ärzteverlag

Rolf H. Adler

Seit der zweiten Hälfte des 20. Jahrhunderts hat die Medizin dank Einbezug psychischer und sozialer Faktoren wesentliche Fortschritte gemacht. Im Sinne der Vordenker in diesem Bereich, leistet Rolf H. Adler in seinem Buch einen Beitrag zum Paradigmenwechsel von einem biologischen zu einem biopsychosozialen Konzept der Medizin, das durch Technisierung und die Sparanstrengungen in eine Krise gerät.

Weitere Informationen finden Sie unter shop.emh.ch

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



Impressum

Schweizerische Ärztezeitung

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

Verlag: EMH Schweizerischer Ärzteverlag 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, dml@fmh.ch

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

Abonnementspreise: Jahresabonnement CHF 320.– zzgl. Porto.

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

© FMH

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

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

Fall mit den Fachinformationen der verwendeten Medikamente verglichen werden.

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

printed in
switzerland



Titelbild:
© Ekkasit919 | Dreamstime.com

Finanzierung der Weiterbildung: ein Meilenstein ist erreicht

Christoph Hänggeli

Rechtsanwalt, Geschäftsführer des Schweizerischen Instituts für ärztliche Weiter- und Fortbildung SIWF



Endlich! Dass die Gesetzesmühlen in Bundesbern langsam mahlen, ist hinlänglich bekannt. Noch länger kann es zuweilen dauern, wenn die Kantone mangels Zuständigkeit des Bundes gemeinsam eine interkantonale Vereinbarung anstreben, die ebenso wie ein Bundesgesetz Gültigkeit für die ganze Schweiz beansprucht. Nach über 10 Jahren Vorbereitung hat es ein Wortungetüm über die Ziellinie geschafft: Die Weiterbildungsfinanzierungsvereinbarung WFV ist kürzlich in Kraft getreten, nachdem sie im Schnecken tempo in 18 Kantonen ratifiziert worden ist.

An der Entstehung der WFV war das SIWF massgebend beteiligt: Wiederholt hatte das SIWF in der politischen Diskussion auf die ungenügende Finanzierung der ärztlichen Weiterbildung hingewiesen und griffige Massnahmen gefordert. Erst die neue Spitalfinanzierung (DRG), welche die Weiterbildung überhaupt nicht berücksichtigt, zwang Bund und Kantone zum Handeln. Im Auftrag des Dialogs «Nationale Gesundheitspolitik» (GDK/BAG) erarbeitete die neu ins Leben gerufene Plattform «Zukunft ärztliche Bildung» unter Mitwirkung des SIWF 2012 Empfehlungen [1], die der GDK zwei Jahre später zur Novellierung der WFV dienen. Bei der Präsentation des Gesetzesentwurfes bekräftigte die GDK, dass die Versorgung der Bevölkerung langfristig mit genügend Fachärztinnen und Fachärzten sichergestellt werden müsse. Bund, Kantone und Universitäten hätten sich zu diesem Zweck vermehrt in der Weiterbildung zu engagieren.

Konkret verpflichtet die WFV jetzt alle Kantone, sich an den Kosten der Spitäler für die Weiterbildung von Ärztinnen und Ärzten mit einem Mindestbetrag von 15 000 Franken (pro Jahr und pro weiterzubildende Person) zu beteiligen. Dabei stehen für das SIWF zwei Fragen im Zentrum:

Wofür dürfen die finanziellen Mittel verwendet werden?
Die Beiträge dürfen ausschliesslich für die Kosten der erteilten strukturierten Weiterbildung eingesetzt werden.

Der erläuternde Bericht zur WFV [2] konkretisiert: «Die strukturierte Weiterbildung umfasst die Tätigkeiten, die im Rahmen der Lehrveranstaltungen für die Weiterbildung entsprechend den Weiterbildungsrichtlinien vorgesehen sind.» Als vom Bund akkreditierte Organisation ist das SIWF für die korrekte Umsetzung und Einhaltung der Weiterbildungsregelungen verantwortlich. Im Rahmen der WBO sind die anerkannten Weiterbildungsstätten dazu verpflichtet, strukturierte Weiterbildung im Umfang von vier Stunden pro Woche anzubieten. Sie müssen überdies aufzeigen, wie die vom Kanton gesprochenen Beiträge tatsächlich verwendet werden. Als Hilfestellung

Wenn die Spitäler die Beiträge für jene Weiterzubildenden erhalten, die das e-Logbuch führen, entsteht eine Win-win-Situation.

für die 2500 Weiterbildungsstätten hat das SIWF deshalb den Begriff der strukturierten Weiterbildung in einer Richtlinie [3] klar definiert und mit anschaulichen Beispielen illustriert. Das SIWF wird die zweckgerichtete Verwendung der Gelder vor allem im Rahmen der Visitationen und der Umfrage bei den Assistenzärztinnen und -ärzten überwachen: Ein wirkungsvoller Hebel zur Sicherstellung der Weiterbildungsqualität!

Für welche Ärztinnen und Ärzte erhalten die Spitäler finanzielle Mittel?

Grundlage bilden die Erhebungen des Bundesamtes für Statistik (BFS). Da jedoch einzig das SIWF mit den obligatorischen SIWF-Zeugnissen die genauen Zahlen aller Weiterzubildenden kennt, sollen die Zahlen des BFS mit den e-Logbuch-Daten des SIWF plausibilisiert werden. Wenn die Spitäler die Beiträge immer dann – und nur dann – für alle diejenigen Weiterzubildenden erhalten, die das e-Logbuch wirklich führen, entsteht eine Win-win-Situation: Das e-Logbuch wird flächendeckend geführt, und den Weiterbildungsstätten steht die maximal mögliche Summe für die strukturierte Weiterbildung zur Verfügung – endlich!

Literatur

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



Leitplanken für Behandlungen und Betreuung am Lebensende

Yvonne Gilli^a, Henri Bounameaux^b

^a Dr. med., Präsidentin FMH; ^b Prof. Dr. med., Präsident SAMW

Menschen, die mit dem eigenen Sterben konfrontiert sind, zu behandeln und begleiten ist eine zentrale Aufgabe der Medizin. Die am 19. Mai 2022 in die Standesordnung der FMH übernommenen SAMW-Richtlinien *Umgang mit Sterben und Tod* bieten der heutigen gesellschaftlichen Realität entsprechende Leitplanken zu Themen wie Selbstbestimmung, Leiden und Leidenslinderung bis hin zur ärztlichen Suizidhilfe.

Die neu in die Standesordnung der FMH integrierten medizin-ethischen Richtlinien der Schweizerischen Akademie der Medizinischen Wissenschaften (SAMW) *Umgang mit Sterben und Tod* unterscheiden sich von der ersetzten Fassung aus dem Jahr 2004 in wesentlichen Punkten. Sie wurden bereits 2018 von der SAMW mit dem Ziel veröffentlicht, Gespräche über Sterben und Tod zu erleichtern und die gemeinsame Entscheidungsfindung und Vorausplanung der Behandlungen und Massnahmen am Lebensende zu fördern. Thematisiert werden z.B. das Recht auf Selbstbestimmung, Fragen rund um Lebensqualität, Leiden und Leidenslinderung, die Betreuung und Unterstützung der Angehörigen oder Entscheidungsmodelle wie *Advance Care Planning*.

Diese Erweiterungen tragen den medizinischen und gesellschaftlichen Entwicklungen Rechnung und wurden in der 2018 von der SAMW durchgeführten öffentlichen Vernehmlassung insgesamt sehr positiv aufgenommen. Zu einer kontroversen Diskussion führte ausschliesslich das Kapitel zur Suizidhilfe (6.2.1). Dieses war 2018 auch der Grund, dass die Ärztekammer die Übernahme der Richtlinien in das ärztliche Standesrecht ablehnte. Damit blieb standesrechtlich die Fassung von 2004 gültig, während die SAMW die Version 2018 bereits in Kraft gesetzt hatte. Für die Fachpersonen entstand ein verwirrender, der Sache nicht dienlicher Zustand mit zwei unterschiedlichen Richtlinien.

SAMW und FMH suchten seither einen Weg, um diese unbefriedigende und zu Unsicherheiten führende Situation aufzulösen. Eine gemeinsame Arbeitsgruppe setzte sich differenziert mit dem Kapitel zur Suizidhilfe und den dort verwendeten Begriffen auseinander und nahm präzisierende Anpassungen vor. Diese wurden von den verantwortlichen SAMW-Gremien im Jahr 2021 genehmigt: Zentrale Ethikkommission (ZEK), Vorstand und Senat. Auf eine erneute öffentliche Vernehmlassung wurde verzichtet, weil die Anpassungen im Verständnis der SAMW keine materielle Änderung der Richtlinien darstellen. Mit dem Entscheid der Ärztekammer vom 19. Mai 2022, diese angepassten Richtlinien in die Standesordnung der FMH aufzunehmen, liegt nur noch eine gültige Fassung der Richtlinien zum Umgang mit Sterben und Tod vor. Diese sind auf Deutsch, Französisch, Italienisch und Englisch online zugänglich: www.samw.ch/richtlinien.



Unterschiede zur Version 2018

Die von der SAMW 2018 in Kraft gesetzten Richtlinien waren bisher nicht Teil der FMH-Standesordnung. Welche Unterschiede bestehen zwischen den Versionen 2018 und 2021? Der aktuelle Text benennt explizit, was vorher implizit enthalten war: Suizidhilfe bei gesunden Personen ist im Sinne dieser Richtlinien medizinisch nicht vertretbar.

Weiter enthält die Fassung 2021 eine Ergänzung in Bezug auf Personen mit Sterbewunsch, die an einer psychischen Krankheit leiden: «Ist davon auszugehen, dass der Suizidwunsch ein aktuell vorliegendes Symptom einer psychischen Störung ist, darf der Arzt keine Suizidbeihilfe leisten und muss dem Patienten die Behandlung der Krankheit anbieten.» Damit ist umgekehrt klar, dass bei urteilsfähigen Personen nicht allein aufgrund einer bestehenden psychiatrischen Vorgeschichte ein ärztlich assistierter Suizid grundsätzlich ausgeschlossen werden darf, sofern alle medizinisch-ethisch geforderten Bedingungen erfüllt sind.

Um in jedem Fall sicherzustellen, dass der Sterbewunsch wohlwogen und dauerhaft ist, schreiben die Richtlinien neu vor, dass der Arzt bzw. die Ärztin mindestens zwei ausführliche Gespräche im Abstand von mindestens zwei Wochen mit der betroffenen Person zu führen hat. Eine Abweichung ist in begründeten Ausnahmefällen jedoch möglich.

Die Bedingung, dass die Krankheitssymptome und/oder Funktionseinschränkungen die Ursache unerträglichen Leidens sind und der Sterbewunsch für den Arzt oder die Ärztin nachvollziehbar sein muss, wird mit dem Hinweis ergänzt, dass die Schwere des Leidens durch eine entsprechende Diagnose und Prognose zu substantiieren ist. Es ist weder möglich noch gefordert, das Ausmass des Leidens einer Patientin bzw. eines Patienten objektiv festzustellen. Dies halten auch die Richtlinien in Übereinstimmung mit der Fassung von 2018 fest. Die Tatsache, dass eine Diagnose vorliegt, kann allein nicht ausreichend sein dafür, dass eine Ärztin oder ein Arzt einen bestehenden Leidenszustand als nachvollziehbar einschätzt. Die Diagnose soll jedoch in diese Beurteilung einfließen.

Die Richtlinien zielen darauf ab, die Selbstbestimmung aller Beteiligten – der Patientinnen und Patienten, der Angehörigen und der medizinischen Fachpersonen – zu achten und zu schützen. Sie bieten klare, an der klinischen Realität orientierte Leitplanken für die ärztliche Suizidhilfe. Damit gewährleisten sie auch mehr Sicherheit für Ärztinnen und Ärzte, die zur Suizidhilfe bereit sind. Für den Teil der Ärzteschaft, der die Suizidhilfe ablehnt, ändert sich nichts.

Orientierung und Rechtssicherheit

Die Richtlinien widmen medizinischen Handlungen, die möglicherweise oder sicher den Eintritt des Todes beschleunigen, das umfangreichste Kapitel, weil zahlreiche rechtliche und medizinisch-ethische Fragen zu berücksichtigen sind. Sie erläutern allgemein akzeptierte ärztliche Handlungen wie die Unterlassung oder den Abbruch lebenserhaltender Massnahmen oder die palliative Sedierung. Darüber hinaus fassen sie die in der Schweiz nicht zulässigen ärztlichen Handlungen zusammen.

Für den Bereich der kontrovers diskutierten Handlungen verfolgen die Richtlinien ein zweifaches Ziel: Sie gehen vom Grundsatz aus, dass die genuine ärztliche

Es ist weder möglich noch gefordert, das Ausmass des Leidens objektiv festzustellen.

Rolle im Umgang mit Sterben und Tod darin besteht, Symptome zu lindern und die Patientinnen und Patienten zu begleiten. Es gehört nicht zu den ärztlichen Aufgaben, von sich aus Suizidhilfe anzubieten, und es gibt keine Verpflichtung, diese zu leisten. Für Ärztinnen und Ärzte, die Suizidhilfe leisten wollen, wird als Unterstützung formuliert, unter welchen Umständen die ärztliche Beihilfe bei der Verwirklichung des Suizidwunschs im Sinne der vorliegenden Richtlinien medizinisch-ethisch vertretbar ist.

Die Richtlinien schaffen einen geschützten Raum für medizinische Fachpersonen mit unterschiedlichen Überzeugungen zu kontrovers diskutierten Handlungen. Sie gewährleisten Orientierung und Rechtssicherheit sowohl für Ärztinnen und Ärzte, die Suizidhilfe ablehnen, wie für jene, die diese durchführen wollen.

Das Wichtigste in Kürze

- Die SAMW-Richtlinien *Umgang mit Sterben und Tod* (2018, angepasst 2021) sind neu Bestandteil der FMH-Standesordnung. Sie ersetzen die bisherige Version aus dem Jahr 2004 (aktualisiert 2013).
- Die Richtlinien nehmen Themen auf, die bisher fehlten, z.B. Leitlinien zum Umgang mit Sterbewünschen und Entscheidungsmodelle wie *Advance Care Planning*.
- Im kontrovers diskutierten Kapitel zur Suizidhilfe wurde das 2004 formulierte Kriterium «Die Erkrankung des Patienten rechtfertigt die Annahme, dass das Lebensende nahe ist» ersetzt durch: «Die Krankheitssymptome und/oder Funktionseinschränkungen des Patienten sind schwerwiegend, was durch eine entsprechende Diagnose und Prognose zu substantiieren ist. Sie sind für ihn Ursache unerträglichen Leidens. Der Sterbewunsch muss für den Arzt bzw. die Ärztin nachvollziehbar sein.»

Richtlinien

Die Richtlinien sind auf Deutsch, Französisch, Italienisch und Englisch erhältlich unter samw.ch/richtlinien oder via QR-Code



Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissenschaften (SAMW)
Haus der Akademien
Laupenstrasse 7
CH-3001 Bern
[ethics\[at\]samw.ch](mailto:ethics[at]samw.ch)

Personalien

Todesfälle / Décès / Decessi

Rudolf Spring (1940), † 22.3.2022,
Facharzt für Orthopädische Chirurgie und
Traumatologie des Bewegungsapparates,
9450 Altstätten SG

Richard Binswanger (1943), † 16.4.2022,
Facharzt für Nuklearmedizin und Facharzt
für Radiologie, 8598 Bottighofen

Ralph Winteler (1924), † 29.4.2022,
Spécialiste en neurologie et Spécialiste en
psychiatrie et psychothérapie, 4054 Bâle

Dieter Wegener (1947), † 8.5.2022,
Spécialiste en psychiatrie et psychothérapie,
1005 Lausanne

Georg Eisner (1930), † 16.5.2022,
Facharzt für Ophthalmologie, 3065 Bolligen

Praxiseröffnung / Nouveaux cabinets médicaux / Nuovi studi medici

GE

Darya Heim, Spécialiste en psychiatrie et
psychothérapie d'enfants et d'adolescents et
Spécialiste en psychiatrie et psychothérapie,
FMH, Avenue du Mail 10, 1205 Genève

VD

Barbara Ney, Spécialiste en angiologie et
Spécialiste en médecine interne générale,
FMH, Rue de la Madeleine 29, 1800 Vevey

Ärztegesellschaft des Kantons Schwyz

Zur Aufnahme in die Ärztegesellschaft
des Kantons Schwyz haben sich angemeldet:

Manuel Albert, Facharzt für Anästhesiologie,
FMH, seit Februar 2021 zu 30% in Lachen tätig

Catharina Mica-Keller, Fachärztin für Neuro-
logie, FMH, seit März 2022 in der Neurolo-
gischen Praxis Dr. Kliesch in Schwyz tätig

Dominique-Christof Oberlin, Facharzt für
Gastroenterologie und Facharzt für Allge-
meine Innere Medizin, FMH, leitender Arzt,
Spital Schwyz

Susanne Stegmeier, Fachärztin für Kinder-
und Jugendmedizin, 8853 Lachen

Einsprachen gegen diese Aufnahmen richten
Sie schriftlich innert 20 Tagen an Dr. med.
Jörg Frischknecht, Bahnhofstrasse 31,
6440 Brunnen, oder per Mail an joerg.
frischknecht[at]hin.ch

Ärzte-Gesellschaft des Kantons Zug

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

Markus P. Arnold, Facharzt für Orthopädische
Chirurgie und Traumatologie des Bewe-
gungsapparates, FMH, Praxis MEIN KNIE AG,
c/o Praxis ViaRiva, Dorfplatz 2, 6330 Cham
(ab 1.8.2022)

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

Swiss Medical Events

Fort- und Weiterbildungsveranstaltungen auf einen Blick!



Immer
aktuell

Grosse
fachliche
Breite

Einfach
durchsuchbar



events.emh.ch
Scan this!



Dimasobko | Dreamstime.com

Umweltsünder Asthmasprays: Es gibt gute Alternativen

Bernhard Aufderreggen^a, Martin Forter^b

^a Dr. med., Präsident Ärztinnen und Ärzte für Umweltschutz (AefU); ^b Dr. lic. phil., Geschäftsführer AefU

Dosieraerosole enthalten klimaschädliche Treibgase. Die Krankenkassen in der Schweiz vergüten rund 900 000 Stück pro Jahr. Würden hauptsächlich treibgasfreie Inhalationssysteme verschrieben, liessen sich pro Jahr rund 600 000 Asthmasprays und damit etwa 13 000 Tonnen CO₂-Äquivalente einsparen – ohne negative medizinische Konsequenzen. Dies zeigt eine Recherche der Ärztinnen und Ärzte für Umweltschutz (AefU).

In der Schweiz sind 21 verschiedene Dosieraerosole auf dem Markt. Ihr Treibgas ist 1430- bis 3320-mal klimaschädlicher als Kohlendioxid (CO₂). Die Bundesbehörden erfassen die Anzahl der verkauften Dosieraerosole nicht. Sie wissen also auch nicht, wie viel Klimagas durch Asthmasprays in die Umwelt gelangt. Die AefU haben dies nun mit einer eigenen Recherche erhoben [1].

kenkassenverband Curafutura Zugang gewährte [2]. Durch den Gebrauch dieser Dosieraerosole gelangen jährlich schätzungsweise 9,7 Tonnen des Treibgases Norfluran und ca. 1,5 Tonnen des noch klimawirksamen

Die CO₂-Fussabdrücke der Pulverinhalatoren und der *Soft Mist Inhaler* sind viel kleiner als jene der Asthmasprays.

Informationen zur Geschichte der Asthmasprays finden Sie unter www.saez.ch oder via QR-Code.



Rund 20 000 Tonnen CO₂

Etwa 900 000 verschriebene Asthmasprays haben die Schweizer Krankenkassen 2020 vergütet. Das zeigt die AefU-Auswertung einer Datenbank, zu der der Kran-

ren Apafuran in die Umwelt. Ihre Klimawirkung entspricht rund 20 000 Tonnen CO₂. Damit verursachte eine einzige Therapieform 2019 in etwa 0,21% des gesamten Ausstosses an Klimagasen (ohne CO₂) bzw. ungefähr 0,05% aller fossilen CO₂-Emissionen der

Das Wichtigste in Kürze

- Eine Datenbank-Auswertung der Ärztinnen und Ärzte für Umweltschutz (AefU) hat ergeben, dass 2020 etwa 900 000 Asthmasprays von Schweizer Krankenkassen vergütet wurden.
- Durch den Gebrauch dieser Dosieraerosole gelangen jährlich schätzungsweise 9,7 Tonnen des Treibgases Norfluran und ca. 1,5 Tonnen Apafluran in die Umwelt, das entspricht der Klimawirksamkeit von rund 20 000 Tonnen CO₂.
- Die AefU empfiehlt, dass Ärztinnen und Ärzte bei der Verordnung von Medikamenten für Asthma und COPD den Klimaaspekt berücksichtigen, die Dosieraerosole mit Treibgas möglichst meiden und stattdessen wenn immer möglich Pulverinhalatoren sowie *Soft Mist Inhaler* verordnen.
- Die AefU schätzt, dass so rund zwei Drittel der jährlich verschriebenen Dosieraerosole eingespart werden könnten, was ca. 600 000 Packungen entspricht.

Schweiz. «Für ein einzelnes Produkt, wie eben Asthmasprays, ist das beträchtlich», sagt Martin Vollmer, Klimaforscher an der Eidgenössischen Materialprüfungsanstalt (Empa).

In Schweden viel weniger Asthmasprays

Die Datenbank-Auswertung der AefU zeigt ausserdem: In der Schweiz behandelten 2019 und 2020 rund 37% der Patientinnen und Patienten ihr Asthma oder ihre chronisch obstruktive Lungenerkrankung (COPD) mit Dosieraerosolen. Die übrigen taten dies hingegen treibgasfrei, 60% mit Pulverinhalatoren und 3% mit mobilen Verneblern, sogenannten *Soft Mist Inhalern* (zurzeit nur als *Respimat* erhältlich).

In Schweden behandeln nur 13% der Patientinnen und Patienten ihre Lungenerkrankung mit den klimaschädlichen Dosieraerosolen. Dieser Anteil beträgt somit bloss einen Drittel von jenem in der Schweiz. 87% der Betroffenen verwenden in Schweden Inhalatoren ohne Treibgas. Grund dafür dürfte sein, dass Schweden die ursprünglich sogar Fluorchlorkohlenwasserstoffhaltigen Treibgase früh verbot, ohne dass ein Ersatzgas

vorhanden war. Deshalb entwickelte die dortige Industrie Pulverinhalatoren.

Klimafreundlichere Rezepte

Analog zu Schweden liessen sich in der Schweiz also rund zwei Drittel der jährlich verschriebenen Dosieraerosole einsparen. Das entspricht in etwa 600 000 Packungen oder schätzungsweise 13 000 Tonnen CO₂, die nicht in die Umwelt gelangen. Das ist möglich, wenn Ärztinnen und Ärzte hierzulande bei der Verordnung von Medikamenten für Asthma und COPD den Klimaaspekt berücksichtigen, die Dosieraerosole mit Treibgas möglichst meiden und stattdessen wenn immer möglich Pulverinhalatoren sowie *Soft Mist Inhaler* verordnen.

Dieser Umstieg lohnt sich fürs Klima auf jeden Fall. Denn die CO₂-Fussabdrücke der Pulverinhalatoren und der *Soft Mist Inhaler* – also ihre Gesamtemissionen von der Herstellung der Packung über den Gebrauch bis zur Entsorgung – sind viel kleiner als jene der Asthmasprays: Eine Packung Dosieraerosol verursache einen CO₂-Abdruck von 19 bis 28 Kilogramm, schrieb das deutsche *Arznei-Telegramm* im November 2021. Bei Pulverinhalatoren seien es nur 0,6 bis 0,9 Kilogramm CO₂ [3].

Umstellung meist kein Problem

Das Umstellen auf treibgasfreie Inhalation ist für die meisten Personen problemlos möglich. Eine englische Studie kam sogar zum Schluss, dass die Umstellung auf die Pulverinhalatoren zu einer besseren Einstellung der Therapie führt [4].

Die AefU appellieren:

- *an die Ärztinnen und Ärzte*, ihre Verschreibungspraxis zugunsten klimaverträglicher Inhalationsformen zu ändern;

Stellungnahme der Fachgesellschaft: «Die korrekte Anwendung von Asthmasprays ist entscheidend»

Im Artikel wird ein wichtiges Problem, «der CO₂-Ausstoss weltweit», thematisiert. Eine korrekte inhalative Therapie ist für Patientinnen und Patienten mit COPD wie auch für solche mit Asthma notwendig. Glücklicherweise gibt es unterdessen sehr viele verschiedene *Devices*, so dass eine Auswahl möglich ist. Insbesondere bei der Notfalltherapie, welche klassischerweise ein Dosieraerosol beinhaltet, gibt es nun gute Daten dafür, dass es besser ist, ein Trockenpulver mit einem inhalativen Kombinationspräparat bestehend aus einem inhalativen Steroid und einer Formoterol-haltigen Substanz zu verwenden.

Nichtsdestotrotz ist die Handhabung der verschiedenen *Devices* individuell zu planen und zu schulen. Lange nicht jede Patientin resp. jeder Patient kann mit allen Inhalationsdevices umgehen. Es ist für uns Ärztinnen und Ärzte zwingend notwendig, dass wir die richtige Therapie für die richtige Person auswählen. Nicht alle Inhalatoren sind austauschbar. Nicht alle Inhalatoren sind global verfügbar. Schlussendlich erscheint es doch am «grünsten», wenn der benutzte Inhalator auch richtig eingesetzt wird.

Am letztjährigen europäischen Pneumologie-Kongress wurden in einer Präsentation Daten aus England vorgestellt. Es wurde gezeigt, dass nicht gut kontrolliertes Asthma assoziiert war mit dreifach höherer Emission durch entsprechende Verwendung von Dosieraerosolen. Dabei spielten die Dosieraerosole mit sofort wirksamen Bronchodilatoren die Hauptrolle und waren hauptverantwortlich für *Devices*, die einen Treibhausgas-Effekt zeigten.

Nur gut kontrollierte COPD- und Asthmabetroffene haben einerseits eine gute Lebensqualität und verursachen andererseits nicht zusätzliche nicht-gewollte Kosten, z.B. durch das Aufsuchen von Notfallstationen oder ungeplante Arztbesuche. Entsprechend scheint es wichtig, weder unsere Patientinnen und Patienten noch ihre *Devices* für medizinische Emissionen zu stigmatisieren, welche im Vergleich mit anderen Emissionsquellen einen verschwindend geringen Anteil der Treibhausgase ausmachen.

Prof. Dr. med. Jörg Leuppi und Dr. med. Thomas Sigrist im Namen des Präsidiums der Schweizerischen Gesellschaft für Pneumologie (SGP)

Tabelle 1: Aktuell in der Schweiz angebotene Inhalativa mit klimaschädlichem Treibgas und ihre Ersatzprodukte.

Dosieraerosol (DA) mit Treibgas, zu vermeiden/ersetzen	Ersatzprodukte ohne Treibgas des gleichen Herstellers	Ersatzprodukte ohne Treibgas anderer Hersteller
Alvesco DA		andere ICS in Pulverform
Atrovent DA	Atrovent Inhalationslösung	
Axotide DA	Axotide Diskus	
Berodual DA		in der EU via Respimat
Flutiform DA		andere ICS/LABA-Kombination, wie etwa: Relvar Ellipta; Symbicort TH
Foster DA		andere ICS/LABA-Kombination, wie etwa: Relvar Ellipta; Symbicort TH
Qvar Autohaler DA		andere ICS in Pulverform
Salamol Autohaler DA		andere SABA in Pulverform, wie etwa: Ventolin Diskus; Bricanyl TH
Seretide DA	Seretide Diskus	
Serevent DA	Serevent Diskus	
Trimbow DA		freie Kombinationen von LABA/LAMA und ICS
Vannair DA		andere ICS/LABA-Kombination, wie etwa: Relvar Ellipta; Symbicort TH
Ventolin DA	Ventolin Diskus / Lösung	

ICS: inhalative Kortikosteroide; LABA: lang wirkende Betastimulatoren; LAMA: lang wirkende Anticholinergika; TH: Turbohaler; SABA: kurz wirkende Betastimulatoren.

- an die ärztlichen Fachgesellschaften, ihre Richtlinien zugunsten klimaverträglicher Inhalationsformen anzupassen und solche Alternativen von den Pharmaunternehmen zu verlangen;
- an die Pharmafirmen, Dosieraerosole mit klimaschädlichen Treibgasen rasch und möglichst ganz durch klimaneutrale Inhalationsformen zu ersetzen.

Zudem fordern die AefU, die CO₂-Fussabdrücke von Inhalatoren in die Medikamenten-Fachinformationen für Ärztinnen und Ärzte aufzunehmen.

Aktuelles Angebot in der Schweiz

Bei den Inhalativa wird unterschieden zwischen Basistherapie (*Controller*) und Bedarfstherapie (*Reliever*). Als Basismedikation oder Controller werden Medikamente mit verzögertem Wirkungseintritt eingesetzt wie LABA (*Long acting beta agonists*/lang wirkende Betastimulatoren) und LAMA (*Long acting muscarinic antagonists*/lang wirkende Anticholinergika). Ein weiteres Basismedikament sind die inhalativen Kortikosteroide (ICS). Diese verschiedenen Medikamentengruppen existieren auch als Kombinationen. Für die Bedarfstherapie kom-

men kurz wirkende Medikamente als *Reliever* zum Einsatz. Sie führen zu einer Entspannung (Relaxation) der Bronchialmuskulatur. Bei der COPD sind dies die SABA (*short acting beta agonists*/kurz wirkende Betastimulatoren). Beim Asthma gilt aber international seit 2019 die Empfehlung, dass nicht mehr mit einem SABA in Reserve inhaliert wird, sondern mit einer Kombination aus Formoterol und einem ICS (MART-Therapie = *Maintenance and Reliever*-Therapie). Dafür sind sowohl Symbicort wie Foster zugelassen. Aber natürlich gilt: Falls eine Patientin oder ein Patient über keinen ausreichenden Atemfluss verfügt, zum Beispiel kleine Kinder oder Erwachsene mit schwerster bronchialer Obstruktion, muss eventuell auf Dosieraerosole mit Spacer zurückgegriffen werden. Dies kann auch für ein Notfallmedikament nötig sein bei Menschen mit schwersten Atemnotattacken in der Anamnese.

Tipps für die klinische Praxis

Einige Hinweise für die Asthma- und COPD-Therapie:

- Im Zentrum der ärztlichen Bemühungen steht die gute Kontrolle/medikamentöse Einstellung des Asthmas und der COPD. Patientinnen und Patienten sollen entsprechend der geltenden Richtlinien (GINA – *Global Initiative for Asthma* [5]) eingestellt werden. Die Therapie und Einstellung sind regelmässig zu überprüfen.
- Es ist bekannt, dass die Inhalationstechnik vieler Betroffener nicht einwandfrei ist. Deshalb braucht es entsprechende Schulung. Sie sollten bei den Arztbesuchen ihre Gerätschaften zur Inhalation mitbringen und deren Anwendung vorführen, damit sich diese allenfalls korrigieren lässt [6]. Schlechte Praxis zu identifizieren und die Versorgung der Betroffenen gemäss den nationalen und internationalen Richtlinien zu gestalten muss oberste Priorität haben.
- Der CO₂-Fussabdruck beim Inhalieren ist in den aktuellen Empfehlungen der Fachgesellschaften zu wenig oder gar nicht berücksichtigt. Diesem Aspekt ist mehr Gewicht einzuräumen.
- Wenn immer es klinisch möglich ist, sollten Pulverinhalatoren und/oder *Soft Mist Inhaler* (mobile Vernebler) verschrieben werden. Viele Firmen bieten neben den Dosieraerosolen auch Anwendungen ohne Treibgase an (s. Tab. 1).
- Bei der Asthmatherapie führt ein Wechsel von einem Dosieraerosol zu einem Pulverinhalator meist nicht zu Problemen bei der Asthmakontrolle. Im Gegenteil, das Therapieresultat nach dem Wechsel auf Pulverinhalatoren war oft sogar besser. Dies zeigt eine aktuelle Studie aus England (*Salford Lung Study in Asthma*) [4].

Literatur

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



[bernhard.aufderreggen\[at\]bluewin.ch](mailto:bernhard.aufderreggen[at]bluewin.ch)

Briefe an die SÄZ

Die FMH ist aber Mitglied des WMA!

Brief zu: Rieser R, Quinto CB, Weil B. Gesunde Ärztinnen und Ärzte für gesunde Patientinnen und Patienten. Schweiz. *Arzteztg.* 2022;103(20):663–8.

Die FMH benötigt doch etwas mehr Aufmerksamkeit für die internationale Gesundheitspolitik! Sowohl, um sich ein wenig zu öffnen und sich etwas Luft zu verschaffen, als auch, um keine kleinen Ungeheuerlichkeiten zu

schreiben: Im Gegensatz zu dem, was man im zitierten Artikel lesen kann, hat die WHO mit dem hervorragenden Text des Genfer Gelöbnisses nichts zu tun, sondern der Weltärztebund (WMA), dem die FMH angehört, der das Gelöbnis verfasst und noch kürzlich an die Entwicklung der Welt und der Gesundheit angepasst hat.

Die Referenz in der Liste am Ende des Artikels ist zwar richtig, aber der Text des Artikels selbst ist ... erstaunlich!

Das Genfer Gelöbnis ist also ein Text, der von Ärztinnen und Ärzten verfasst wurde, ein Text, der uns gehört. Nach dem Wunsch des WMA sollte er zu Beginn jeder Ärztekammer in jedem der fast 120 Mitgliedsländer verlesen werden – warum nicht? Das würde verhindern, dass der Autor dieses Artikels, der doch viele Jahre Mitglied des Zentralvorstands war, diesen Text offenbar schlecht kennt ...

Das Gelöbnis auf Deutsch finden Sie unter dem Link: www.bundesaerztekammer.de/

fileadmin/user_upload/downloads/pdf-Ordner/International/bundesaerztekammer_deklaration_von_genf_04.pdf

*Dr. med. Jacques de Haller, ehemaliger
Präsident der FMH und des Ständigen
Ausschusses der Europäischen Ärzte (CPME),
Vulliens*

Briefe

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

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

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

Aktuelle Themen auf unserer Website

www.saez.ch → Tour d'horizon



Medizin-ethische Richtlinien zum Umgang mit Sterben und Tod in der Standesordnung

Leitplanken für Behandlungen und Betreuung am Lebensende

Die am 19. Mai 2022 in die Standesordnung der FMH übernommenen SAMW-Richtlinien «Umgang mit Sterben und Tod» bieten der heutigen gesellschaftlichen Realität entsprechende Leitplanken zu Themen wie Selbstbestimmung, Leiden und Leidenslinderung bis hin zur ärztlichen Suizidhilfe.



Positionspapier für ärztliche Fachpersonen

Behandlung von Opioidabhängigkeit: Sind Urinproben legitim?

In der Schweiz wird Opioidabhängigkeit mit Medikamenten wie Methadon behandelt. In diesem Rahmen werden häufig Urinproben durchgeführt, um festzustellen, ob die Betroffenen andere Substanzen konsumieren. Diese Tests sind jedoch umstritten.



Mitteilungen

Facharztprüfung

Facharztprüfung zur Erlangung des Facharztstitels Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparats

Zwischenprüfungen 2023

Anatomie und orthopädische Zugangswege

Datum:

Donnerstag und Freitag, 16./17. März 2023

(Reservdatum: 18. März 2022. Die Kandidaten werden gebeten, sich für das Reservdatum ebenfalls verfügbar zu halten.)

Ort:

SFITS (Swiss Foundation For Innovation And Training In Surgery)

Universitätsspital Genf

Anmeldefrist: 10. Dezember 2022

Weitere Informationen finden Sie auf der Website des SIWF unter www.siwf.ch

→ Weiterbildung → Facharzttitel und Schwerpunkte → Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparats

Forschungspreis «Jean et Linette Warnery»

Die Schweizerische Gesellschaft für Rheumatologie (SGR) schreibt den Forschungspreis für rheumatoide Arthritis von CHF 60 000, gestiftet von der Stiftung «Jean et Linette Warnery» in Morges, aus.

Der Preis zeichnet eine oder mehrere klinische Arbeiten oder Grundlagenforschungen aus dem Themenkreis der rheumatoiden Arthritis aus.

Es werden Arbeiten aus der Schweiz oder von Schweizerinnen und Schweizern im Ausland verfasste Arbeiten berücksichtigt, die nach dem 1. Januar 2021 publiziert wurden oder zum Zeitpunkt des Anmeldeschlusses zur Publikation angenommen worden sind. Der Preis kann höchstens zwei Mal demselben Hauptautor resp. derselben Hauptautorin verliehen werden.

Die Arbeiten müssen spätestens *bis zum 30. April 2023* in vier Exemplaren an die Schweizerische Gesellschaft für Rheumatologie, Josefstrasse 92, 8005 Zürich, gesandt werden, ein Exemplar an den Präsidenten der Stiftung «Jean et Linette Warnery».

Die Preisverleihung durch den Präsidenten der SGR findet anlässlich des Jahreskongresses der SGR am 31. August und 1. September 2023 in Interlaken statt. Der Preisträger resp. die Preisträgerin präsentiert seine/ihre Arbeit im Rahmen des wissenschaftlichen Programms des Kongresses.

Auskunft: Dr. Emile Simon, Präsident der Stiftung «Jean et Linette Warnery», Chemin de la Fauvette 32, 1012 Lausanne

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





Unternehmensbewertung

| Einfach
richtig
bewertet

Neutral und
anerkannt

Markt- und realitätsnahe Bewertung
**Bei Aufnahme, Austritt, Scheidung oder
Nachfolge eines Praxispartners**

- Neutrale Unternehmensbewertung (Inventar, Goodwill, Aktienwert)
- Attraktives Preis-Leistungs-Verhältnis
- Marktführerschaft, langjährige Erfahrung und breite Anerkennung bei Bewertungen von Arztpraxen jeder Rechtsform

CONSULTING

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



Wie Risikogruppen und Hausärzte das erste Pandemiejahr erlebten

Katharina Tabea Jungo^a, Michael J. Deml^b, Rebekah Hoeks^c, Oliver Senn^d, Sven Streit^e, Yael Rachamin^f

^a Dr. phil., Postdoktorandin, Teamleiterin, Berner Institut für Hausarztmedizin (BIHAM), Universität Bern; ^b Dr. phil., Postdoktorand, Institute of Sociological Research, Universität Genf, und Division of Social and Behavioural Sciences, School of Public Health & Family Medicine, University of Capetown, Kapstadt; ^c MA, Research Associate, Berner Institut für Hausarztmedizin (BIHAM), Universität Bern, und Institute of Social Anthropology, Universität Basel; ^d Prof. Dr. med., Professor und Hausarzt, Institut für Hausarztmedizin, Universität Zürich und Universitätsspital Zürich; ^e Prof. Dr. med. Dr. phil., Professor und Hausarzt, Berner Institut für Hausarztmedizin (BIHAM), Universität Bern; ^f Dr. sc., Research Associate, Institut für Hausarztmedizin, Universität Zürich und Universitätsspital Zürich; Head Research Development, Campus Stiftung Lindenhof Bern (SLB)

Als die COVID-19-Pandemie Anfang 2020 unseren Alltag auf den Kopf stellte und es zum ersten Shutdown kam, gab es insbesondere für Betroffene aus sogenannten Risikogruppen und deren Hausärzte und Hausärztinnen neue Herausforderungen. Ein Forschungsprojekt zeigt nun auf, welche Auswirkungen die Pandemie auf die Kontinuität der Grundversorgung hatte.

Die COVID-19 Pandemie hat Anfang 2020 unseren Alltag komplett auf den Kopf gestellt. Ende Februar gab es den ersten positiven Fall in der Schweiz, und im März erlebten wir hier den ersten Shutdown. Während dieser Zeit wurde das Gesundheitssystem auf die dringenden Fälle reduziert, was vor allem für sogenannte «besonders gefährdete Personen» (oder «Risikopatientinnen und Risikopatienten») und ihre Hausärztinnen und Hausärzte nicht immer einfach zu navigieren war. Auf einmal lag der Fokus auf dem SARS-CoV-2 Virus, doch was war mit älteren, chronisch kranken Menschen mit mehreren Krankheiten, die auf regelmässige medizinische Betreuung angewiesen waren? Was

galt als «dringend»? Wer war mit «Risikopatientin, Risikopatient» überhaupt gemeint? Und inwiefern konnte die Versorgungskontinuität gewährleistet werden?

Pandemie als Herausforderung

Dieses Forschungsprojekt beleuchtet die Erlebnisse und Erfahrungen der Personen, die als besonders gefährdet eingestuft wurden, sowie ihrer Hausärzte und Hausärztinnen während des ersten Jahres der COVID-19-Pandemie in der Schweiz. Ausserdem liefert es Erkenntnisse zum Einfluss der Pandemie auf die Kontinuität der medizinischen Betreuung durch die



Im Forschungsprojekt wurden Hausärztinnen und Hausärzte dazu befragt, wie sie das erste Jahr der Pandemie erlebt haben (Adam Nieścioruk / Unsplash).

Hausärzte und Hausärztinnen in diesem Zeitraum. Die Definition von «besonders gefährdeten Personen» in diesem Artikel richtet sich nach der Definition des Bundesamts für Gesundheit (BAG) vom Frühling 2020, als die Pandemie begann: Menschen älter als 65 Jahre, Menschen mit Bluthochdruck, Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Diabetes, Lungen- und Atemwegserkrankungen, Krebs sowie Betroffene mit Erkrankungen/Therapien, die das Immunsystem schwächen.

Es handelte sich um ein Mixed-Methods-Forschungsprojekt, das sich aus einem quantitativen und einem qualitativen Teil zusammensetzt. Im quantitativen Teil wurden Daten aus elektronischen Krankengeschichten aus Schweizer Hausarztpraxen, genauer gesagt aus der FIRE Datenbank [1], untersucht. Im qualitativen Teil des Projekts wurden insgesamt 60 semistrukturierte Interviews mit Betroffenen aus den Risikogruppen und Hausärzten und Hausärztinnen durchgeführt. Dieser Bericht fasst die Hauptresultate zusammen, weitere Informationen können den Originalarbeiten entnommen werden [2–7].

Versorgungskontinuität gewährleistet

Die Analyse der Konsultationszahlen von 272 Hausärztinnen und Hausärzten in der Schweiz deutet darauf hin, dass die Versorgung im Jahr 2020 im Grundsatz gewährleistet wurde [2, 3]. Die Konsultationszahlen nahmen während der ersten Welle mit Shutdown im Frühjahr 2020 zwar zwischenzeitlich um circa 12 bis 17% ab, erholten sich aber rasch nach dem Ende des Shutdowns und blieben für den Rest des Jahres im erwarteten Bereich (Abb. 1). Dies war auch während der zweiten Welle der COVID-19-Pandemie der Fall und bestätigte sich für unterschiedliche Risikogruppen.

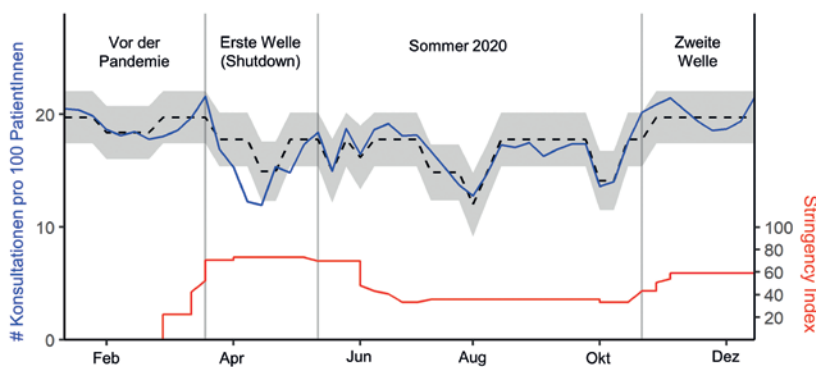


Abbildung 1: Wöchentliche Konsultationszahlen von Betroffenen aus Risikogruppen in der Hausarztpraxis. Die gestrichelten Linien stellen die erwarteten Werte ohne Pandemie dar, mit 95% Konfidenzband (graue Fläche). Die blauen Linien stellen die beobachteten Werte im Jahr 2020 dar und die grauen vertikalen Linien trennen die Pandemieperioden. Die rote Linie stellt den Stringency Index dar, der die Strenge der COVID-19-Massnahmen beschreibt (nachgedruckt und übersetzt aus [12]).

Die positive Bilanz im Sinne einer gewährleisteten Versorgungskontinuität wird durch die Aussagen der Patientinnen und Patienten im qualitativen Teil des Projekts gestützt, welche sich trotz der besonderen Lage gut aufgehoben fühlten bei ihren Hausärztinnen und Hausärzten. Die Interviews mit Patientinnen und Patienten und Hausärztinnen und Hausärzten liefern auch mögliche Erklärungen dafür, wieso die Reduktion während des Shutdowns nicht so drastisch ausfiel wie beispielsweise im stationären Setting [3, 8].

Die Hausärzteschaft spürte zu Pandemiebeginn den Druck als gefühlt «einzige» Anlaufstelle für ihre Patientinnen und Patienten.

Zum einen konnten Telefonkonsultationen einen Teil der regulären Sprechstunden kompensieren [8, 9]. Zum anderen wurde die ihnen bekannte Hausarztpraxis von einigen Patientinnen und Patienten sicherer eingestuft und vorgezogen als das ihnen weniger vertraute Krankenhaus. Die Versorgungskontinuität ist auch den Bemühungen der Hausärztinnen und Hausärzte zu verdanken, welche hinter den Kulissen eine sehr aktive Rolle hatten.

Sicht der Hausärztinnen und Hausärzte

Die interviewten Hausärztinnen und Hausärzte schilderten das erste Jahr der Pandemie als eine sehr intensive Zeit, was eigentlich im Gegensatz zu den tieferen Konsultationszahlen steht [3]. Hier ist jedoch zu beachten, dass vermehrte Telefongespräche mit Patientinnen und Patienten, neue bürokratische Aufgaben und stetig neue Anpassungen in den von uns analysierten Daten nicht quantitativ abgebildet werden konnten, jedoch massgeblich zum Anstieg der Arbeitslast beigetragen haben. Die qualitativen Angaben zur Arbeitslast während der Pandemie decken sich mit Resultaten einer Umfrage der FMH, wonach 50% der teilnehmenden Grundversorgungspraxen angaben, dass ihre Tätigkeit von März bis Oktober 2020 zumindest mässig bis sogar stark von der Pandemie betroffen war [10].

Hausärztinnen und Hausärzte berichteten, besonders achtsam mit ihren Risikopatientinnen und -patienten umgegangen zu sein, indem sie beispielsweise vermehrt Telefongespräche und Beratungen führten, die teils über medizinische Behandlungen hinausgingen, ihre Erreichbarkeit verbesserten (z.B. durch das Abgeben von privaten Telefonnummern) und indem sie für den Notfall Listen mit besonders gefährdeten Personen erstellten. Hinzu kommt, dass die Hausärztinnen und Hausärzte aufgrund der ausgefallenen Spitalaufenthalte und Konsultationen mit Spezialistinnen und Spezialisten während der ersten Monate der Pandemie

Das Wichtigste in Kürze

- Im vorgestellten Forschungsprojekt wurden die Auswirkungen der Pandemie auf die Kontinuität der Grundversorgung im Jahr 2020 untersucht.
- Aus hausärztlicher wie auch aus Patientensicht konnte die Grundversorgung sichergestellt werden. Dies ging jedoch mit einem Mehraufwand für die Hausärzteschaft einher, trotz weniger Konsultationen im Frühjahr 2020.
- Eine der grössten Herausforderungen waren die Informations- und Kommunikationsflüsse mit Patientinnen und Patienten und den Behörden. Zukünftig sind im Fall einer Pandemie klare, konsistente Anweisungen der Behörden wichtig.

den Druck als gefühlt «einzige» Anlaufstelle für ihre Patientinnen und Patienten spürten.

Eine der grössten Herausforderungen waren die Informations- und Kommunikationsflüsse mit Patientinnen und Patienten und den Behörden. Die laufend neuen Empfehlungen von offiziellen Stellen mussten korrekt umgesetzt und nach aussen kommuniziert werden. Viele Hausärztinnen und Hausärzte schilderten eine unzureichende Unterstützung und Kommunikation seitens der Behörden und öffentlichen Anlaufstellen und wichen auf andere Informationsflüsse und -netzwerke aus. Zusammenfassend zeigen unsere Resultate Herausforderungen in Bezug auf neue Arbeitsweisen, bürokratischen Aufwand und Kommunikation auf.

Sicht der Patientinnen und Patienten

Patientinnen und Patienten berichteten trotz der abnehmenden Konsultationen in den ersten Monaten der Pandemie und der durch die Pandemie bedingten besonderen Lage, dass sie sich generell gut aufgehoben gefühlt haben bei ihren Hausärztinnen und Hausärzten und dass ihre Versorgungskontinuität grundsätzlich gewährleistet war. Viele erwähnten die bereits vor der Pandemie gute Beziehung zu ihrem Hausarzt respektive ihrer Hausärztin als wichtigen Faktor [7]. Ob per Telefon oder persönlich in den Praxen; die meisten Patientinnen und Patienten schilderten, dass ihre Hausärztinnen und Hausärzte sich Zeit für sie nahmen. Während manche Patientinnen und Patienten auf Randzeiten auswichen, um eine volle Praxis zu vermeiden, berichteten andere, ihren eigenen Fall selbst als «nicht dringend» eingestuft und deshalb die Anzahl ihrer Konsultationen reduziert zu haben. Eine zusätzliche Unsicherheit war, dass es vielen nicht immer ganz klar war, ob sie als besonders gefährdete Person galten oder nicht [6].

Ausserdem schilderten viele Patientinnen und Patienten, wie sie Solidarität mit der Gesellschaft zeigen wollten, indem sie zu Hause blieben, wie es in den Medien empfohlen wurde. Viele erklärten, dass sie ihre Hausärztinnen und Hausärzte nicht noch zusätzlich belasten wollten mit ihrem Besuch, weil diese schon über-

lastet waren. Zu Beginn der Pandemie dachten manche Patientinnen und Patienten sogar, dass die Hausarztpraxen geschlossen seien. Dies zeigt, dass es auch aus Patientensicht gewisse Kommunikationsprobleme und Unsicherheiten gab.

Lehren für weitere Pandemien

Während Pandemien ist es von grundlegender Bedeutung, Massnahmen zur Eindämmung und Behandlung der sich verbreitenden Infektionskrankheit zu ergreifen. Die COVID-19-Pandemie zeigte jedoch auch auf, dass wir die Reichweite der Pandemie in anderen Bereichen des Gesundheitswesens, die nicht direkt mit COVID-19-Infektionen zusammenhängen, besser erfassen müssen. Die Ergebnisse der präsentierten Studien liefern wichtige Erkenntnisse zur Versorgungskontinuität von bestimmten Bevölkerungsgruppen, welche wegen ihres Alters oder ihren Vorerkrankungen als besonders gefährdet eingestuft wurden und somit bereits vor der Pandemie auf eine kontinuierliche ärztliche Versorgung angewiesen waren.

«Es wurde ohne [die Hausarztmedizin] geplant» – denselben Eindruck, der bereits im Jahr 2020 in einem Bericht der *Schweizerischen Ärztezeitung* genannt wurde, gaben die Hausärztinnen und Hausärzte in den von uns durchgeführten Interviews wieder [11]. Zum einen berichteten sie über Kommunikationslücken und Fehleinschätzungen der Behörden bezüglich der Möglichkeiten im Setting der Hausarztmedizin. Zum anderen äusserten sie den Bedarf nach klaren und konsistenten Anweisungen der Behörden (bspw. Definition von Risikogruppen, Dringlichkeit). In Krisensituationen, in denen sich Richtlinien an solchen Konzepten orientieren, ist es wichtig, dass diese Konzepte so explizit und unmissverständlich wie möglich bleiben.

Schliesslich ist es wichtig, anzuerkennen, dass trotz der unvorhergesehenen Herausforderungen, mit denen diese Pandemie uns konfrontiert hat, sowohl die Gesundheitsfachpersonen als auch die Patientinnen und Patienten ihr Bestes taten, um auf Grundlage von Vertrauensbeziehungen die Kontinuität der Versorgung in einer beispiellosen Zeit sicherzustellen. Dies unterstreicht die Fähigkeit zur raschen Improvisation und auch die Anpassungsfähigkeit der Schweizer Grundversorgung und zeigt, wie die Pandemie als Katalysator für die Ausweitung bestimmter Dienstleistungen, wie z. B. der Telemedizin, dienen konnte. Die Ergebnisse dieser Studie weisen aber auch auf die Notwendigkeit von Mechanismen hin, die einen frühzeitigen und kontinuierlichen Dialog zwischen Gesundheitsbehörden, Gesundheitspersonal und Patientinnen und Patienten während anhaltender Krisen ermöglichen [3].

Literatur

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



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

Analyse d'un récent arrêt du Tribunal fédéral

Suicide assisté: médecin ayant fourni du pentobarbital punissable?

Valérie Junod

Professeure de droit, Universités de Genève et de Lausanne

Le Tribunal fédéral a récemment tranché sur le cas d'un médecin ayant prescrit du pentobarbital à une patiente qui souhaitait se suicider avec son mari mourant. Dans son arrêt, la cour exclut toute condamnation selon la Loi sur les produits thérapeutiques, estimant ses dispositions pénales inapplicables. Bien que détaillé et instructif, l'arrêt n'est pas toujours convaincant.

A la demande de sa patiente, un médecin prescrit du pentobarbital. Il est destiné à une femme certes âgée (86 ans), mais en bonne santé et capable de discerne-

ment qui souhaite se suicider avec son mari gravement malade. Suite au suicide de la patiente, le médecin n'est pas poursuivi pénalement pour infraction à l'art. 115 du Code pénal (CP), la condition du «motif égoïste» posée par cette disposition légale n'étant ici pas remplie, le médecin ayant agi de manière altruiste. Il est en revanche poursuivi pour violation de l'art. 86 de la Loi sur les produits thérapeutiques (LPTh), en l'occurrence pour avoir prescrit un médicament d'une manière non conforme aux «règles reconnues des sciences pharmaceutiques et médicales». La justice genevoise lui a infligé une peine pécuniaire de 120 jours-amende à 100 francs ainsi qu'une amende de 2400 francs. Sur recours devant le Tribunal fédéral (TF), seule cette question est litigieuse, l'arrêt ne traitant *pas* de l'éventuel *droit* (justiciable) des patients en bonne santé à réclamer un suicide assisté à l'aide de pentobarbital ni de l'éventuel *droit* des médecins d'offrir leur soutien dans ce cas de figure.

Dans son arrêt du 9 décembre 2021 [1], rendu public seulement en mars 2022, le TF, dans sa composition à cinq juges au lieu de trois habituellement, exclut toute condamnation selon la LPTh, estimant ses dispositions pénales ici inapplicables.

Renvoi aux tribunaux genevois

L'arrêt est long, détaillé, instructif, mais pas toujours convaincant. Il écarte l'application de la LPTh et casse donc la sanction pénale prononcée sur cette base. La cour admet qu'une prescription de pentobarbital est théoriquement soumise à la LPTh et à la LStup (Loi sur les stupéfiants), car le produit, par sa composition et ses différents usages thérapeutiques possibles, pourrait être qualifié de médicament (il peut agir médicalement) et parallèlement de stupéfiant (étant classé dans



eskay lim/ Unsplash

le tableau b de l'Annexe 1 de l'Ordonnance sur les tableaux des stupéfiants). En principe, cette double qualification du produit pourrait emporter l'application concurrente des deux lois. Toutefois, pour le TF, la LPT_h doit ici céder le pas à la LStup, car cette dernière est plus précise et plus stricte. Ce caractère plus strict découle, selon l'arrêt, des art. 46 et 48 OCStup, lesquels exigent que le médecin prescripteur examine lui-même le patient, respectivement que la «quantité de stupéfiants prescrite [ne dépasse en principe pas ...] un mois» de traitement.

Ayant exclu toute condamnation selon la LPT_h, le Tribunal renvoie l'affaire aux tribunaux genevois pour qu'ils déterminent si l'art. 20, al. 1, let. a LStup a ici été violé au motif que le stupéfiant (i.e. le pentobarbital) aurait été prescrit en violation de l'art. 11, al. 1 LStup. Les juges cantonaux devront déterminer si la prescription s'est faite «dans la mesure admise par la science». Cette notion de la LStup a été jugée équivalente à «selon les règles reconnues par les règles pharmaceutiques et médicales», exigence de l'art. 26 LPT_h.

Beaucoup de questions ouvertes

L'arrêt du TF entame plusieurs champs de discussion intéressants, mais laisse regrettamment la plupart des questions ouvertes. Ainsi, il écrit que le pentobarbital utilisé pour se suicider, tout particulièrement lorsqu'on est en bonne santé, ne l'est *pas dans un but thérapeutique*. L'arrêt laisse entendre, mais sans trancher, que le pentobarbital ne remplirait alors pas la définition d'un médicament selon la LPT_h, puisqu'il ne soignerait, ne traiterait, ne préviendrait, ni ne soulage-

rait une maladie (ou un autre trouble). L'arrêt relève aussi que l'assistance au suicide fournie par les professionnels de la santé n'est «pas une activité à laquelle le médecin est tenu par les règles déontologiques», elle «n'est pas un acte médical» et elle «ne relève pas de l'état des connaissances médicales ou pharmacologiques, non plus que de la science».

Malheureusement, l'arrêt ne dit pas si cela a pour conséquence l'inapplicabilité des art. 26 LPT_h, respectivement 11 LStup, car on se situerait *hors* du domaine médical? Ou, au contraire, cela doit-il signifier que ces deux dispositions sont violées, car la prescription serait alors *contraire* aux règles médicales? Faute d'indication du TF, ce sont les instances genevoises qui devront se pencher sur ces questions.

Dans la partie introductive de son arrêt, la cour suprême décrit en détail les règles élaborées par la FMH et par l'Académie Suisse des Sciences Médicales (ASSM) en matière de suicide assisté, relatant de surcroît la controverse ayant accompagné la révision des règles de l'ASSM. Il évoque également l'autre controverse découlant de l'arrêt Gross de la Cour européenne des droits de l'homme rendu en mai 2013 qui jugeait que la réglementation suisse en matière d'assistance au suicide était trop floue. Cependant, cet arrêt n'est pas entré en force, car la requérante est décédée alors que la cause était pendante. Le TF note que ces textes non contraignants des milieux médicaux continuent à exclure le suicide «de convenance» des personnes en bonne santé et capables de discernement (aussi appelé *Suizid-Bilan*). Cependant, il ne critique pas frontalement ces textes, alors même que son arrêt retient qu'il n'y a pas d'intérêt de police sanitaire à empêcher ce type de suicide.

L'essentiel en bref

- Le Tribunal fédéral a dû trancher sur le cas d'un médecin ayant prescrit du pentobarbital à une patiente en bonne santé. Pour la justice genevoise, ce produit est soumis tant à la Loi fédérale sur les stupéfiants (LStup) qu'à la Loi sur les produits thérapeutiques (LPT_h). Le TF écarte, lui, l'application de la LPT_h et renvoie l'affaire à la justice genevoise en vue d'un examen sous l'angle de la LStup.
- L'arrêt du TF ouvre des champs de discussion intéressants, mais laisse la plupart des questions ouvertes. Il laisse entendre que le pentobarbital ne remplirait pas la définition d'un médicament selon la LPT_h, puisqu'il ne soignerait pas une maladie.
- Le TF ne critique pas les textes non contraignants des milieux médicaux qui excluent le suicide «de convenance» des personnes en bonne santé et capables de discernement, quand bien même il retient qu'il n'y a pas d'intérêt de police sanitaire à empêcher ce type de suicide.
- Il laisse aussi entendre que le corps médical peut aider, de manière altruiste, les patients capables de discernement en leur fournissant n'importe quel produit, tant qu'il ne s'agit pas d'un stupéfiant.
- L'arrêt est à saluer pour ses conséquences pratiques positives. Le médecin qui fournit une aide altruiste à une personne capable de discernement souhaitant mourir ne doit pas être puni pénalement. Il devrait en aller de même selon la LStup.

Pas d'atteinte au but de protection

En effet, l'arrêt observe que la prescription de pentobarbital pour le suicide assisté d'une personne en bonne santé ne porte *pas* «atteinte aux buts de police sanitaire qui ont été assignés à la LPTh», soit «un but de protection de la santé et – en lien avec l'aide au suicide – de prévention des infractions et autres abus». Il appuie ce constat en soulignant que l'aide fournie a permis à la patiente «de mettre fin à ses jours d'une manière moins brutale que celle qui aurait immanquablement résulté d'une autre méthode de suicide.» Il note aussi que si le médecin avait fourni son aide avec une autre méthode, par exemple en remettant une arme à feu, il aurait été à l'abri de toute poursuite. Le TF écrit même que le médecin n'aurait pas pu être sanctionné s'il avait fourni, en vue du suicide, une «substance thérapeutique non soumise à ordonnance permettant, prise dans des quantités suffisantes, de parvenir au même résultat». On pense par exemple à des anti-douleurs comme le paracétamol.

Une telle affirmation laisse entendre que les professionnels de la santé peuvent aider, de manière altruiste, leurs patients à se suicider en leur fournissant n'importe quel produit, en tout cas si ce dernier n'est pas un stupéfiant. Même si la motivation du Tribunal est à cet égard trop brève, on verrait mal le médecin fournissant le stupéfiant permettant une mort douce se faire sanctionner, alors qu'échapperait à toute sanction le même médecin fournissant l'aspirine en overdose qui causerait une mort douloureuse. De même, on verrait mal l'application de la LStup aux prescriptions à des fins de suicide, puisque cette loi vise avant

tout à éviter que ne circulent des produits addictifs susceptibles de causer des dépendances et les troubles physiques, psychiques et sociaux y associés. Or, celui qui se suicide avec du pentobarbital n'est pas à risque de souffrir de dépendance et n'occasionne aucun trouble du type susmentionné. En d'autres termes, appliquer la LStup à de telles prescriptions ne permet aucunement de réaliser les buts assignés par le législateur à cette loi. Cela empêcherait simplement le suicide conçu «d'une manière moins brutale», comme l'a exprimé le TF.

Décision avec des effets positifs

Personnellement, je salue l'arrêt, non pour sa motivation, mais pour ses conséquences pratiques positives. Le médecin qui fournit une aide altruiste à une personne capable de discernement souhaitant se suicider ne doit pas faire l'objet de sanctions pénales, ni selon le CP, ni selon la LPTh, même si le patient est en bonne santé. Comme expliqué ci-dessus, il devrait à mon avis en aller de même selon la LStup. La reconnaissance d'un intérêt à la mort la moins «brutale» possible est aussi à saluer. Si des abus sont à craindre – comme insistent souvent les détracteurs du suicide assisté –, il faudrait à mon sens les prévenir en misant sur un contrôle approprié de la capacité de discernement du patient, tout en vérifiant que d'autres mesures (médicales ou non) ont été proposées à la personne pour vérifier le caractère ferme et définitif de sa volonté. En revanche, poursuivre pénalement le médecin altruiste qui a dûment procédé à ces vérifications est, à mon sens, choquant.

Das Wichtigste in Kürze

- Das Bundesgericht (BGE) musste über den Fall eines Arztes entscheiden, der einer gesunden Patientin Pentobarbital verschrieben hatte. Für die Genfer Justiz unterliegt dieses Produkt sowohl dem Bundesgesetz über die Betäubungsmittel (BetmG) als auch dem Heilmittelgesetz (HMG). Das BGE schloss die Anwendung des HMG aus und wies den Fall zur Prüfung unter dem Gesichtspunkt des BetmG an die Genfer Justiz zurück.
- Das Urteil eröffnet interessante Diskussionsfelder, lässt aber die meisten Fragen offen. Es lässt vermuten, dass Pentobarbital die Definition eines Arzneimittels nach dem HMG nicht erfüllt, da es keine Krankheit heilt.
- Das BGE kritisiert nicht die unverbindlichen Texte medizinischer Fachkreise, die den selbst gewählten Suizid von gesunden und urteilsfähigen Personen ausschliessen, auch wenn es festhält, dass es kein gesundheitspolizeiliches Interesse an der Verhinderung dieser Art von Suizid gibt.
- Es deutet auch an, dass die Ärzteschaft den Patientinnen und Patienten helfen kann, indem sie ihnen jedes beliebige Produkt zur Verfügung stellt, solange es sich nicht um ein Betäubungsmittel handelt.
- Das Urteil ist wegen seiner positiven praktischen Folgen zu begrüssen. Eine ärztliche Fachperson, die einer urteilsfähigen Person mit Sterbewunsch uneigennützig Hilfe leistet, darf nicht strafrechtlich bestraft werden. Dasselbe sollte auch nach dem BetmG gelten.

Retrouvez la liste complète de la littérature sous www.saez.ch ou via code-QR



[redaction.bms\[at\]emh.ch](mailto:redaction.bms[at]emh.ch)

Was willst du bei uns, Dr. Algorithmus?

Eva Mell

Stellvertretende Chefredaktorin der *Schweizerischen Ärztezeitung*

Künstliche Intelligenz (KI) kann grosse Datenmengen schnell und präzise auswerten und ist deshalb eine grosse Hilfe in der Medizin. Gleichzeitig gibt es die Sorge, dass die Technologie Ärztinnen und Ärzte langfristig Arbeitsplätze wegnehmen könnte. Wie schlau ist es, auf Künstliche Intelligenz zu setzen?

«Ärzte, wie wir sie heute kennen, werden irgendwann überflüssig sein» [1]. Als der Arzt und Forscher Jörg Goldhahn diesen Satz formulierte, ahnte er noch nicht, wie viele wütende Reaktionen er damit provozieren würde. «Es waren sehr viele» – so viel verrät er. Der Leiter des Instituts für Translationale Medizin an der ETH Zürich übernahm 2018 im *British Medical Journal* die Bad-Cop-Rolle in einem Pro und Contra zur polarisierenden Frage «Könnte Künstliche Intelligenz Ärzte überflüssig machen?» [2]. Der Professor lacht, wenn er an den Artikel zurückdenkt, und erklärt: «Ich wollte eine Diskussion in Gang bringen.»

Jörg Goldhahn: «Wir brauchen Leute im Gesundheitswesen, die technologieaffin, aber auch kritisch sind.»

Bis zu einem gewissen Grad hat der Wissenschaftler ja recht damit, dass neue Technologien Menschen in manchen Punkten übertrumpfen können. Er gibt ein Beispiel: «Künstliche Intelligenz kann bereits jetzt auf Scans Tumore schneller erkennen als Ärztinnen und Ärzte.» Denn: «Automatisierbare Prozesse erledigt sie schnell und präzise.»

Arzt-Patienten-Beziehung trotz Algorithmus

War es das also mit dem Arztberuf? «Früher als wir denken, werden Ärzte nur noch die AI-Systeme [*Künstliche Intelligenz, Anm. d. Red.*] unterstützen», schrieb Jörg Goldhahn in seinem Beitrag im *British Medical Journal*. Dazu sagt er heute: «Ich habe ein Extremszenario aufgezeigt», und relativiert: «Ein Algorithmus kann einen Arzt nicht ersetzen, vor allem nicht die Arzt-Patienten-Beziehung.»

Jörg Goldhahn will folglich doch kein Berufsuntergangsszenario für Medizinerinnen und Mediziner

zeichnen. Im Gegenteil. Der ETH-Professor war an der Entwicklung und Einführung von Studiengängen und Weiterbildungsprogrammen für Ärztinnen und Ärzte beteiligt, die sich im Bereich Digitalisierung weiterbilden wollen [3]. «Wir brauchen Leute im Gesundheitswesen, die technologieaffin, aber auch kritisch sind. Menschen, die digitale Entwicklungen hinterfragen – und so gut verstehen können, dass sie sie bestmöglich einsetzen», sagt er.

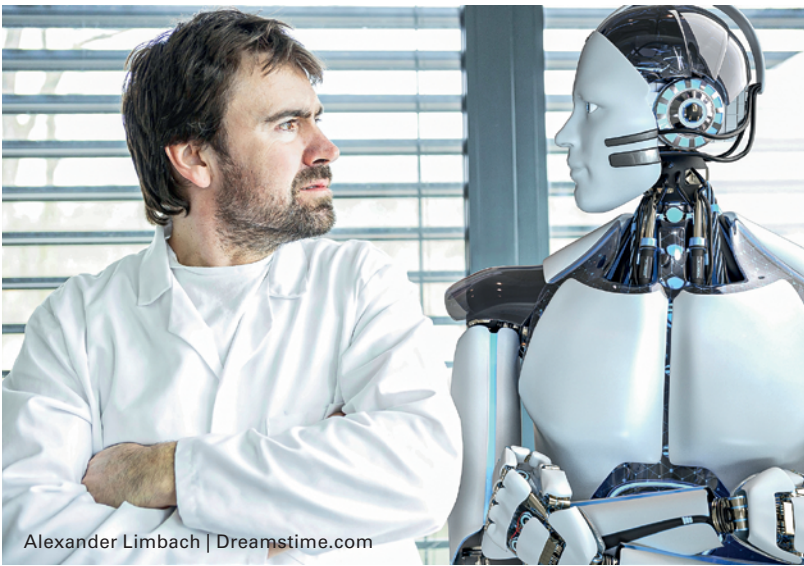
Künstliche Intelligenz im Unispital

Technologieaffin, offen für Neues, aber stets kritisch: So ist Prof. Jens Eckstein, Internist, Kardiologe und Chief Medical Information Officer am Universitätsspital Basel. Von Fragen rund ums Klinikinformationssystem bis zur Erforschung neuer digitaler Anwendungen geht das meiste zunächst über seinen Tisch, was mit Digitalisierung im medizinischen Bereich zu tun hat. «Ich bin die Anlaufstelle für Start-ups, grosse Unternehmen oder Forschende, die mit uns zusammenarbeiten wollen», erklärt er.

Derzeit erforscht er im Rahmen des von Innosuisse geförderten Flagship-Projekts «SHIFT» [4] eine neue Möglichkeit, Vitalparameter von Patientinnen und Patienten im Spital kontinuierlich zu überwachen und

Was ist Künstliche Intelligenz (KI)?

Künstliche Intelligenz bezeichnet die Eigenschaft einer Technologie, menschliche Fähigkeiten wie zum Beispiel Lernen, Analysieren oder Entscheiden zu imitieren. In der Medizin wertet künstliche Intelligenz Datensätze aus und stellt zum Beispiel Diagnosen oder schlägt Therapien vor.



Alexander Limbach | Dreamstime.com

die Daten mittels künstlicher Intelligenz auszuwerten. Das *wearable* in Form eines Armbands wird wie eine Uhr ums Handgelenk geschnallt. Ein integrierter Sensor sammelt Parameter, die Aufschluss über den Gesundheitszustand geben, zum Beispiel die Herzfrequenz und den Herzrhythmus. Zudem laufen Tests zur Messung der Atemfrequenz mit dem sogenannten «Basler Band». Künftig ist womöglich auch eine Blutdruckbestimmung, die Messung der Sauerstoffsättigung und der Körperkerntemperatur realisierbar [5]. Algorithmen analysieren die gesammelten Daten und berechnen automatisch gesundheitliche Risiken der Trägerinnen und Träger.

Jens Eckstein: «Die Angst vor dem Arbeitsplatzverlust ist der Elefant im Raum, wenn wir über neue Technologien sprechen.»

Ähnliche Daten kann eine Smartwatch auch messen. Wozu also das Armband? Für den Einsatz im medizinischen Bereich seien Alltagsgeräte nicht genau genug, erklärt Jens Eckstein. Zum Vergleich: Wenn die Navigationsapp auf dem Smartphone die Dauer des Staus nicht auf die Minute genau berechnet, ist das nicht weiter schlimm. «Wenn eine Anwendung bei uns im Spital aber nur ein einziges Mal meint, dem Patienten gehe es gut, obwohl es ihm sehr schlecht geht, dann haben wir ein riesiges Problem», sagt Jens Eckstein. Deshalb konnten Apple und Co. den Gesundheitssektor bisher noch nicht revolutionieren. Vielleicht aber kann sich das «Basler Band» eines Tages durchsetzen?

Am Ende wird Jens Eckstein Erkrankte im Rahmen des Projekts auch ausserhalb der Spitalmauern mit Hilfe

des Armbands monitorisieren. Geplant ist, dass langfristig Ärztinnen und Ärzte in ambulanten Praxen mit dem «Basler Band» arbeiten können, Zugriff auf die Daten und Auswertungen erhalten und – ja was eigentlich? Von der Anwendung profitieren? Oder sich selbst am Ende abschaffen, weil das Armband immer mehr von ihren Aufgaben übernimmt?

Sorge um den Arbeitsplatz

«Die Angst vor dem Arbeitsplatzverlust – das ist der Elefant, der im Raum steht, wenn wir über den Einsatz von neuen Technologien und künstlicher Intelligenz im Gesundheitswesen sprechen», sagt Jens Eckstein. Ein etwas mulmiges Gefühl habe er, weil er selbst dazu beitrage, solche Anwendungen einzuführen. Dennoch ist er überzeugt, das Richtige zu tun.

Denn derzeit werde viel geklagt über einen Fachkräftemangel, sagt Jens Eckstein und fügt hinzu: «Unsere Patientinnen und Patienten wollen mehr Zeit für Gespräche mit uns.» Also alles gut? Die neue Technologie entlastet die Fachkräfte, die sich endlich mehr Zeit für die Beratung nehmen können? «Damit das klappt, muss die Gesellschaft ein Gesundheitswesen einfordern, in dem Fachkräfte die frei gewordene Zeit für die Betreuung und das Gespräch mit den Patientinnen und Patienten nutzen dürfen», erklärt Jens Eckstein. Bis es so weit ist, wird es laut ihm und Jörg Goldhahn aber noch einige Jahre dauern.

Die Zukunft mitgestalten

Wenn Unternehmen oder Universitäten Pressemitteilungen verschicken, in denen sie verkünden, welche Messungen und Analysen sie im medizinischen Bereich mit Hilfe von Algorithmen durchführen können, dann seien das im Normalfall Anfangserfolge, die noch einige Jahre lang klinisch getestet werden müssen, damit am Ende manche davon eingesetzt werden können.

Aber bekanntlich beginnt die Zukunft immer im Jetzt. Und deshalb empfiehlt Jörg Goldhahn Spitalern, den digitalen Wandel nicht zu verpassen. Wer Technologien früher einführe als andere, habe letztlich einen Wettbewerbsvorteil.

Machen sich am Ende womöglich diejenigen Medizinerinnen und Mediziner überflüssig, die nicht auf neue Technologien setzen? Polarisieren will der ETH-Professor nicht und sagt: «Am Ende haben wir doch alle dasselbe Ziel. Mehr Zeit und eine bessere Behandlung für unsere Patientinnen und Patienten.»

(Lesen Sie auch das Interview auf der folgenden Seite.)

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





Donfiore | Dreamstime.com

«Künstliche Intelligenz ist das Stethoskop des 21. Jahrhunderts»

Weshalb die FMH die Entwicklung von Systemen mit Künstlicher Intelligenz (KI) aktiv mitgestalten will – und wie solche Systeme die Ärzteschaft bei ihrer Arbeit unterstützen können, erklärt Alexander Zimmer, Mitglied des Zentralvorstands FMH und zuständig für den Bereich Digitalisierung und eHealth.



Alexander Zimmer

Alexander Zimmer, welche Vorteile hat Künstliche Intelligenz in der Medizin?

Vergleichbar mit der Situation eines Piloten im Cockpit kann die Künstliche Intelligenz die Ärztin oder den Arzt leiten, indem sie die wesentlichen Informationen aus der Menge von Daten schnell und präzise erkennt. In der Radiologie kann zum Beispiel die Zeit für die Tumorklassifizierung auf wenige Minuten reduziert werden. Es gibt auch andere interessante Einsatzfelder: Eine auf Künstliche Intelligenz gestützte Spracherkennung kann Gespräche mit Patientinnen und Patienten automatisch dokumentieren und schafft uns somit mehr Zeit für die Behandlung.

Sehen Sie auch Gefahren der Technologie?

Künstliche Intelligenz, die zu diagnostischen und therapeutischen Zwecken herangezogen wird, könnte zumindest in Teilen ärztliche Kerndienstleistungen ersetzen. Unser Berufsbild wird sich also durch KI verändern. Diesen Prozess sollten wir Ärztinnen und Ärzte deshalb kritisch und aktiv mitgestalten.

Wann wird das geschehen? In fünf, zehn oder zwanzig Jahren? Oder schon jetzt?

Ich denke, das wird ein Prozess sein, der keine schlagartigen Veränderungen bringt, sondern die heutige Medizin stetig weiterentwickeln wird. Bereits jetzt hat die Künstliche Intelligenz in unserem täglichen Leben Einzug gehalten, ohne dass wir uns darüber zu jeder Zeit bewusst sind. Die FMH möchte ihre Mitglieder befähigen, diesen Prozess zum Nutzen ihrer Patientinnen und Patienten aktiv und ohne Ängste mitzugestalten.

Was tut die FMH in diesem Zusammenhang?

Die FMH wird Ende September dieses Jahres die Broschüre *Künstliche Intelligenz im ärztlichen Alltag* publizieren. Darin fordern wir etwa, dass die Ärzteschaft sowie Patientinnen und Patienten bei der Entwicklung solcher Systeme einbezogen werden sollen. Ausserdem muss zum Beispiel sichergestellt sein, dass qualitativ hochstehende und relevante Daten verfügbar sind, um die KI zu trainieren. Grundlegend ist für uns darüber hinaus: Die KI soll die Arzt-Patienten-Beziehung stärken und nicht ersetzen.

Können Sie garantieren, dass die Technologie den Arzt und die Ärztin nie überflüssig machen wird?

Künstliche Intelligenz wird die Rollen der Ärztinnen und Ärzte kaum je vollumfänglich übernehmen. Die Medizin war immer schon eine durch Technologie unterstützte Disziplin. KI wird in diesem Zusammenhang oftmals als Stethoskop des 21. Jahrhunderts bezeichnet.

Der Umgang mit medizinischen Instrumenten will gelernt sein. Wie sollten künftige Medizinerinnen und Mediziner an den Wandel herangeführt werden?

Es muss ein angemessenes Aus-, Weiter- und Fortbildungsangebot zur Verfügung stehen. Angehende und praktizierende Ärztinnen und Ärzte müssen lernen, mit KI und modernen Technologien sinnstiftend und kompetent im ärztlichen Alltag umzugehen. Dies schliesst rechtliche und ethische Rahmenbedingungen mit ein.

Interview: Eva Mell

HUG: Directeur général nommé officier de la Légion d'honneur

Bertrand Levrat, directeur général des Hôpitaux universitaires de Genève (HUG), a été décoré officier dans l'Ordre national de la Légion d'honneur par l'ambassadeur de France en Suisse, Frédéric Journès. Il a été distingué pour avoir accueilli plus de 400 patients de nationalité française aux HUG durant la pandémie de Covid-19 ainsi que pour sa contribution à la construction de la région franco-suisse du Grand Genève en matière d'accès égal aux soins et à la formation des soignantes et soignants. Bertrand Levrat a dédié cette distinction à tout le personnel des HUG. La Légion d'honneur est le premier ordre national français visant à honorer ses citoyennes et citoyens et les mérites éminents acquis au titre de la Nation.



Bertrand Levrat (© FranceenSuisse).

Erster Albrecht von Haller Young Investigator Award verliehen

Die Schweizerische Herzstiftung hat 2022 zum ersten Mal den Albrecht von Haller Young Investigator Award verliehen. Der Hauptpreis von 25 000 Franken ging an Dr. Marco Luciani vom Center for Molecular Cardiology der Universität Zürich für sein Projekt im Bereich der Alzheimer-Forschung. Zusätzlich wurden Dr. Joanna Bartkowiak vom Inselspital Bern, Dr. Valentina Tröster vom Universitätsspital Basel und Dr. Lukas Weber vom Kantonsspital St. Gallen für ihre Doktorarbeiten ausgezeichnet. Sie erhalten je 2000 Franken. Mit dem Preis will die Herzstiftung jährlich herausragende Arbeiten von jungen Forschenden im Herz-Kreislauf-Bereich würdigen.



Dr. Lukas Weber, Dr. Marco Luciani, Dr. Valentina Tröster, Dr. Joanna Bartkowiak (© Schweizerische Herzstiftung).

Prix «Interprofessionnalité» de l'ASSM

Le projet mené en collaboration entre le Centre hospitalier universitaire vaudois et Unisanté visant à soutenir les résidents et le personnel des établissements médico-sociaux (EMS) et socio-éducatifs (ESE) face au COVID-19 a obtenu le Prix «Interprofessionnalité» 2021 de l'Académie suisse des sciences médicales (ASSM).

Ce projet est le fruit d'une collaboration entre médecine communautaire et spécialistes de gériatrie, soins palliatifs et psychiatrie de l'âge avancé. Il a permis de prendre en charge de nombreux patients sur leur lieu de vie, y compris de les accompagner en fin de vie, mais aussi de créer des synergies entre les différentes équipes mobiles, qui ont perdu après la première vague.

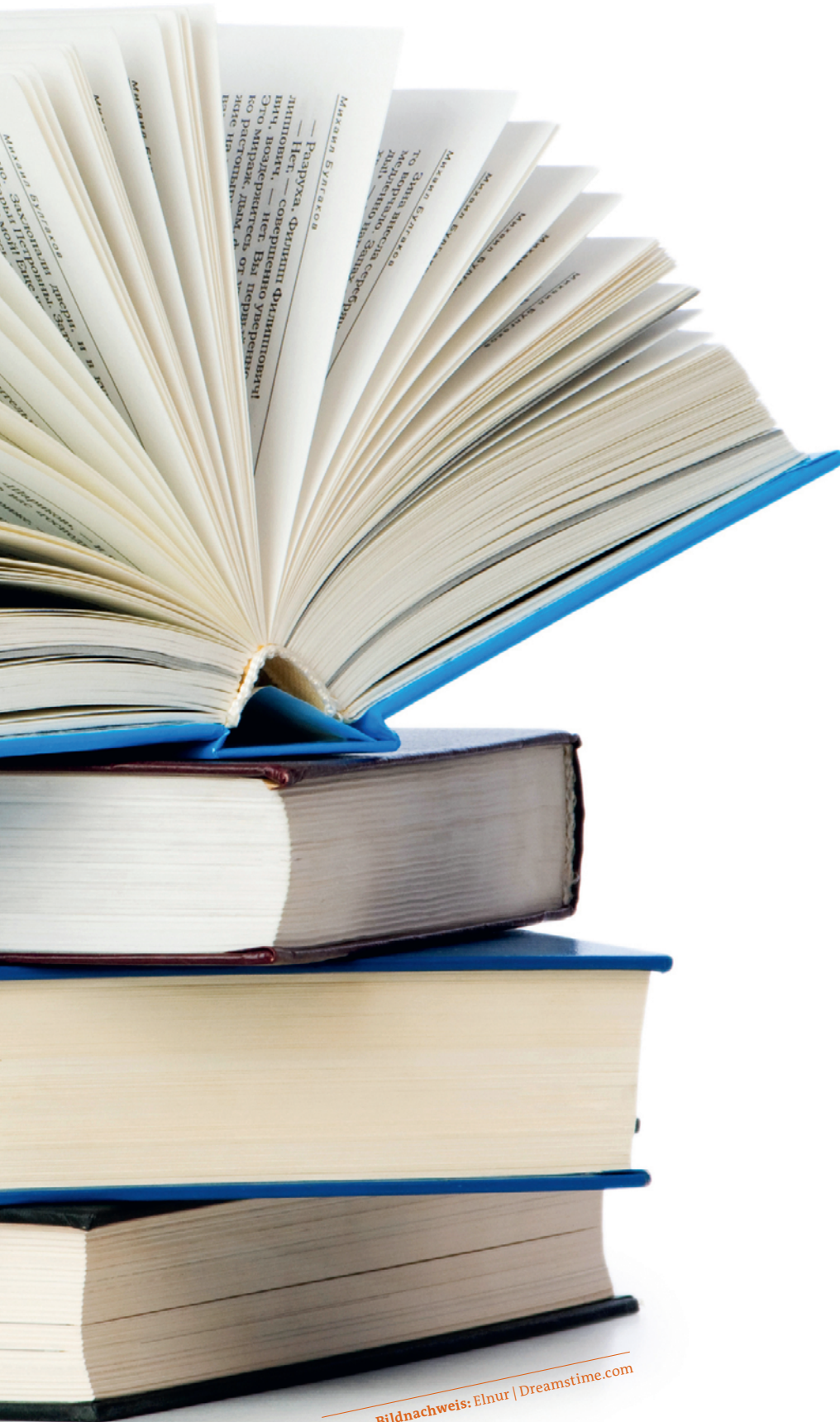
Décerné pour la première fois en 2016, le Prix «Interprofessionnalité» de l'ASSM récompense et met en avant des exemples de bonnes pratiques dans le système de santé suisse.

Universität Zürich verleiht Ehrendokortitel

Ende April beging die Universität Zürich (UZH) den Dies Academicus, mit dem sie ihr 189-jähriges Bestehen feierte. Zu diesem Anlass verlieh die Medizinische Fakultät Prof. Dr. Vera Regitz-Zagrosek von der Charité Berlin einen Ehrendokortitel. Sie würdigt damit ihre Pionierleistung auf dem Gebiet der Gendermedizin und ihren Beitrag zur Erforschung der molekularen und klinischen Aspekte von Geschlechterunterschieden in der Medizin, speziell bei Herz-Kreislauf-Erkrankungen. Die Arbeit von Regitz-Zagrosek hat zudem die Verankerung von Genderaspekten in Lehre und Gleichstellung in der Medizin gefördert. Am Dies Academicus ehren Fakultäten der Universität Zürich jedes Jahr Personen, die sich mit ihrer Wissenschaft und ihrem Lebenswerk besonders hervorgetan haben.



Prof. Dr. Vera Regitz-Zagrosek (zVg).



Bildnachweis: Elnur | Dreamstime.com

Essai



Pandépolitique
Réinventer la santé
en commun

Jean-Paul Gaudillière,
Caroline Izambert,
Pierre-André Juven

Paris: Ed. La Découverte,
2021, 301 pages

Ces trois auteurs français ont à leur actif des travaux sur la vie des systèmes de soins. La saga du Covid et les questions scientifiques, éthiques et politiques qu'elle a suscitées les amènent à un large tour d'horizon des défis pour nos systèmes de santé. D'abord la persistance des inégalités: il n'est pas acceptable que notre société ne parvienne pas à répondre mieux aux besoins.

Durant la pandémie, on a beaucoup parlé de triage. Il convient de dédramatiser ce terme, sachant qu'il s'agit de l'usage optimal des ressources, qui sont toujours limitées. A noter l'importance d'une participation des usagers aux décisions concernant les objectifs et les stratégies du système.

La pandémie de COVID-19 a été dénommée «syndémie». Ce concept fait prendre toute la mesure des origines sociales de la maladie et de ses conséquences. Il faut à cet égard rappeler l'exemple cardinal de la tuberculose, dont William Osler parlait comme d'une «maladie sociale avec des aspects médicaux». La santé communautaire est en souffrance: «La pandémie de Covid-19 a remis à l'ordre du jour une discussion sur les besoins essentiels, pour imaginer un monde soutenable, tenant compte des effets anthropiques de nos actions», y compris le dérèglement climatique et la perte de la biodiversité. Il s'agit aussi de repenser la problématique des communs (bien communs publics mondiaux).

Pour répondre aux besoins, il faut disposer de données crédibles sur des groupes différents. Les auteurs rappellent que beaucoup des difficultés de santé sont liées au racisme ordinaire et au sexisme; c'est dire que l'interdiction de principe en France des «statistiques ethniques» est un non-sens.

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

Sachbuch



Breitenstein 1981–2020
Adolf Jens Koemeda,
Margit Komeda-Lutz,
Felix Müller, Barbara
Müller (Hrsg.)

Zürich: Edition 381; 2021

Im Jahr 1980 sollte das baufällige Schlösschen «Breitenstein» im Thurgau abgerissen werden. Der Kollege Adolf Jens Koemeda, Psychiater FMH, Sohn eines Denkmalpflegers aus Prag, ging auf die Barrikaden. Nach langen Verhandlungen kaufte er das historische Haus, renovierte und organisierte mit seiner Frau Margit erste Fortbildungskurse. So begannen die «Psychotherapiewochen Breitenstein», die bis zum Jahr 2000 regelmässig stattfanden. Die Teilnehmerzahl wuchs von anfänglichen 27 im Jahr 1981 bis über 200 in den 90er-Jahren. 1999 verband sich die Breitensteiner Tagung mit Fortbildungsangeboten der Kantonalen Psychiatrischen Klinik Münsterlingen.

Die Breitensteiner Räume wurden so – neben den medizinischen – auch für andere Veranstaltungen frei. Zwischen 2001 und 2020 fanden zahlreiche Theaterabende, Lesungen und Vorträge im hauseigenen Kellertheater statt. Hier lasen – neben vielen anderen – die renommierten Schriftsteller Martin Walser, Hermann Burger und Peter Stamm gleich mehrmals aus ihren Büchern, die Schauspieler Jaap Achterberg und Volker Ranscht traten regelmässig auf. Es wurden Vorträge gehalten von der Schauspielerin Ruth Maria Kubitscheck, der Psychologin Julia Onken, dem Kantonsarzt Erhard Taverna, dem Volkswirtschaftsprofessor Christoph Binswanger oder alt Bundesrat Moritz Leuenberger.

Das Buch fasst die Aktivitäten – ernst und humorvoll – in der Zeitspanne 1981 bis 2020 zusammen. Es beinhaltet zahlreiche Bild-dokumente und kann in Buchhandlungen oder direkt beim Verlag bestellt werden: info[at]ruefferundrub.ch oder Tel. 044 381 70 30. Preis: CHF 18.–

*Dr. med. Eva Fröhli,
Kreuzlingen*

Ratgeber



Die Anatomie der Zeit – Selbstmanagement für Ärzte
Alexander Ghanem

Bern: Hogrefe Verlag;
2022

Wir alle haben jeden Tag 24 Stunden zu unserer Verfügung. Nicht mehr und nicht weniger. Sie effektiv zu füllen oder wohlüberlegt auch einfach mal verstreichen zu lassen, ist eine Herausforderung. Vor allem für Ärztinnen und Ärzte, die sich nicht über zu wenig Arbeit beklagen können, aber gern auch ein paar erholsame Stunden für sich selbst oder mit der Familie in ihr Leben integrieren würden. In seinem Buch *Die Anatomie der Zeit* beschreibt Prof. Dr. med. Alexander Ghanem, wie das Selbstmanagement gelingen kann. Mit rund 150 Seiten ist der Ratgeber dünn genug, damit man nicht zu viel Zeit zum Lesen aufwenden muss, und umfangreich genug, um einen guten Überblick über unterschiedliche Zeitplanungshilfen zu geben. Angereichert ist das Werk mit kurzweiligen Anekdoten aus dem Leben des Autors, mit denen Alexander Ghanem deutlich macht, wie wichtig es ist, eine Balance zwischen Arbeit und Privatleben zu finden.

Übersichtlich und schnell lesbar wird es durch Infokästen, Zusammenfassungen und Auflistungen. Auch die klare Gliederung in kurze Kapitel trägt zur Übersichtlichkeit bei. Jeweils am Ende der Kapitel gibt es eine knappe Zusammenfassung. Dadurch wird die Lektüre effizient und es ist möglich, schnell zu den Kapiteln zu wechseln, die für die eigene Situation besonders relevant sind. Gut, dass der Autor gegen Ende seines Berufslebens die Zeit gefunden hat, diese Anleitung zu schreiben.

*Eva Mell, Stellvertretende Chefredaktorin
der Schweizerischen Ärztezeitung*

Sachbuch



Planetary Health
Klima, Umwelt und
Gesundheit im
Anthropozän
Claudia Traidl-Hoff-
mann, Christian Schulz,
Martin Herrmann,
Babette Simon (Hrsg.)

Berlin: MWV; 2021

Klimaschutz auch als Gesundheitsschutz zu begreifen eröffnet eine neue, grosszügige Perspektive auf die anthropogenen, also menschengemachten Veränderungen in unserer Umwelt. Die Auswirkungen drohen, die grossen Fortschritte in der globalen Gesundheit der letzten 20 Jahren elementar zu gefährden. Die Autorinnen und Autoren dieses neuen Buches sind weitgehend Pioniere in ihrem Wirkungsfeld. *Planetary Health* ist eine aufstrebende Disziplin, das Konzept wird deshalb zu Beginn des Buches erarbeitet.

Die grundlegenden ökologischen Vorgänge werden mit dem aktuellen Zustand unserer Ökosysteme und einer Einordnung in *Public Health*, Sozioökonomie und Politik verbunden. Im Weiteren nehmen die Auswirkungen der beeinträchtigten Ökosysteme auf die einzelnen Fachdisziplinen einen wichtigen Platz ein.

Von den Beitragenden werden die vorhandenen Belege zusammengeführt, die für einige Fachgebiete gut untersucht und unmittelbar sind, für andere weniger klar belegt. Abschliessend wird die grösste Aufgabe, die Transformation vom Wissen zum Handeln, thematisiert und die Möglichkeiten der Einbettung in unseren klinischen Alltag. Ein dringendes Buch zu einem der wichtigsten Themen des 21. Jahrhunderts.

*Dr. med. Tina Thenisch,
Bern*

Teilen Sie Ihre literarischen Entdeckungen mit uns!

Sie haben ein interessantes Buch gelesen und möchten es einem weiteren Leserkreis vorstellen? Schicken Sie uns Ihre Buchbesprechung (max. 1500 Zeichen inkl. Leerzeichen) an: redaktion.saez[at]emh.ch

Partagez vos découvertes littéraires!

Vous avez lu un ouvrage intéressant et souhaitez en faire profiter d'autres lecteurs? Envoyez-nous votre critique littéraire (max. 1500 signes, espaces compris) à: redaction.bms[at]emh.ch

Vorbilder sind wir immer – so oder so

Werner Bauer

Dr. med., ehem. Präsident des Schweizerischen Instituts für ärztliche Weiter- und Fortbildung SIWF



«So will ich nicht werden.» Erst auf den zweiten Blick passt dieser Gedanke zu einigen Überlegungen, die ich zum Thema des Stellenwerts von Vorbildern in der ärztlichen Bildung anstellen möchte.

Im Laufe der Visitationen von Weiterbildungsstätten wird die Rolle von Vorbildern nicht regelmässig, aber doch immer einmal wieder angesprochen: Sei es, dass leitende Ärztinnen und Ärzte die Hoffnung oder eine Verpflichtung äussern, als Vorbilder wahrgenommen zu werden; sei es, dass Assistenzärztinnen oder -ärzte sich wünschen, Vorbilder zu finden, die sie auf ihrem Weg in die berufliche Kompetenz begleiten.

Mich verwundert ein bisschen, dass es zwar eine fundierte Diskussion und Forschung über verschiedenste Aspekte der ärztlichen Bildung gibt, angefangen bei didaktischen Methoden und der zeitgemässen Formulierung von Lernzielen über *Feedback* und *Assessments* bis zum Stellenwert des digitalen Lernens mit Blick auf eine kompetenzbasierte ärztliche Bildung. Über die Frage aber, welche Bedeutung einer Vorbildrolle der vorgesetzten Ärztinnen und Ärzte zukommt, wird eigentlich wenig gesprochen. Möglicherweise werden die denkbaren Antworten zu den Charakteristika und zum Stellenwert von Vorbildern als zu nebulös eingeschätzt. Ein kurzer Blick in die Literatur fällt dann doch auf eine Reihe von Artikeln, welche die Wichtigkeit des Kontakts mit prägenden Persönlichkeiten während des Studiums und der Weiterbildung betonen. So wird über eine Studie von Scott M. Wright [1] zu den Kriterien, die zum Vorbild machen, berichtet: «*They found that the most important qualities in role models were a positive attitude to junior colleagues, compassion for patients and integrity. Clinical competence, enthusiasm for their subject, and teaching ability were also important, but research achievement and academic status were much less so. Compared with colleagues, physicians who were identified as excellent role models spent more time teaching and conducting rounds and were more likely to stress the importance of the doctor-patient relationship.*»

In einer Göttinger Dissertation zum Thema der Vorbilder und prägenden Personen im Medizinstudium stellt Jenny Katharina Bücken [2] fest, dass eine Wirkung von Vorbildern auf Studierende deutlich erkennbar ist. Vielen Akteuren vor allem in Spitälern scheinbar aber gar nicht bewusst zu sein, dass sie Vorbildfunktionen haben und zur beruflichen Sozialisation der

Lernenden beitragen. Im Idealfall haben Vorbilder eine hohe berufliche Kompetenz, sie leben Werte vor und geben Orientierung. Besonderen Einfluss scheinen begeisterte und überzeugende «role models» auf die Wahl eines Fachgebiets innerhalb der Medizin zu haben und einen besonderen Beitrag können sie bei der Vermittlung der allgemeinen Lernziele leisten, die im Spitalalltag oft zu wenig berücksichtigt werden: Kommunikation, Ethik, Verhalten gegenüber den Patientinnen und Patienten und im Team.

Damit komme ich zurück auf meinen einleitenden Satz: «So will ich nicht werden.» Bis zu einem gewissen Grad können eben auch schlechte Vorbilder eine konstruktive Wirkung haben, indem das, was sie tun, sagen und sind, als nicht modellhaft erlebt wird. Dies bedeutet aber, dass sich alle, die für Führung und Lehre Verantwortung tragen, darüber im Klaren sein müssen, dass sie auf ihre Vorbildfunktion hin beobachtet werden: hilfreich und wertvoll, wenn sie als positiv wahrgenommen wird; bedauerlich, aber eben auch nicht ohne Wirkung im «hidden curriculum», wenn sie nicht genügt. Ich selbst mag mich gut an meine ersten Chefärzte erinnern. Sie hatten, was man von markanten Menschen erwarten kann: viele Charakteristika eines Vorbilds, aber auch einige Persönlichkeitsaspekte, die ich nicht übernehmen wollte. Dass sie mich in meiner Haltung zum Arztberuf geprägt haben, steht fest. Die Begeisterung für die Medizin, das Pflichtbewusstsein und der Wunsch, immer wieder dazuzulernen, waren Vorbildelemente meines ersten Chefs, wogegen seine manchmal barsche Art der Kommunikation mich immer wieder denken liess: so nicht!

Worauf es mir ankommt: Ärztinnen und Ärzte mit einer Führungs- und Bildungsfunktion müssen sich bewusst sein, dass sie für die Mitglieder ihres Teams immer in der einen oder anderen Art Vorbilder sind. Sind sie es im positiven Sinn, vermitteln sie nicht bloss einzelne Lernziele, sondern eine berufliche Haltung und die bleibende Freude an einem der schönsten Berufe, die es gibt. Der Kreis möglicher Vorbilder bleibt aber durchaus nicht auf ärztliche Vorgesetzte beschränkt. Auch andere Mitarbeitende, Kolleginnen und Kollegen, Patientinnen und Patienten können für die Persönlichkeitsentwicklung von uns Ärztinnen und Ärzten Vorbildcharakter haben: «So will ich werden!» oder dann eben «So nie!»

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



[werner.bauer\[at\]hin.ch](mailto:werner.bauer[at]hin.ch)

ORGAN-BANK(SY)

