

# Courrier au BMS

## Heilen ist gut – Selbst(er)kenntnis ist tiefer

Brief zu: Kurt H. «Ich liebe mein Leben – so wie es ist». Schweiz Ärztezg. 2022;103(9):277–8.

Ärztinnen und Ärzte wendet sich den Kranken zu. Sie helfen ihnen, suchen sie zu heilen. Dies ist nach meiner Lektüre der Tenor am Schluss des Textes. Was mir hier wesentlich fehlt, ist auch bei Klaus Dörner zu vermissen, wenn er in seinem Buch «Der gute Arzt. Lehrbuch der ärztlichen Grundhaltung» [1] im Abschnitt «Verstehen» als «bewährte Faustregel» schreibt: «Als Arzt ist es nicht meine Aufgabe, den anderen besser zu verstehen, vielmehr ist es meine Aufgabe, meine Beziehung zum anderen so zu gestalten, dass er sich besser versteht.» Ob nun die «paternalistische Haltung (Subjekt-Objekt-Dimension)», die «partnerschaftliche bzw. gegnerschaftliche (Subjekt-Subjekt-Dimension)» oder die «Haltung vom Anspruch des anderen her (Objekt-Subjekt-Dimension)» – selbst die «Haltung vom Anspruch des anderen her» (E. Levinas) kann nur geleistet werden, wenn just jenes beachtet wird, was S. Kierkegaard (1813–1855) anhand seiner ersten von vier erbauten Reden von 1844 brillant veranschaulicht: die «tiefere Selbsterkenntnis» [2]. Denn nach Irvin D. Yalom gilt: «Je besser wir uns selber kennen, desto besser wird unser Leben» [3]. Davon ist in den ärztlichen «Reflexionen zum Tag der Kranken» leider nichts Näheres zu lesen. Es ist eine grosse Aufgabe, andere zu verstehen, gewiss besonders verantwortungsvoll in der Arzt-Patienten-Beziehung. Eine grössere ist es wohl, sich selber tiefer zu verstehen. Da dies die Grundlage für die Zuwendung zum anderen, hier: den Kranken, ist, ist zu fragen, warum sie, die tiefere Selbsterkenntnis, nicht vom Autor als Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie näher mit bedacht worden ist, sodass allen Ärzten dieses Fundamentale gewahrt werden kann? Wie sonst sollte ich, als Arzt oder als Kranker, selber getrost und mit Vertrauen sagen können – ob in Pandemie- oder in Kriegszeiten –: «Ich liebe mein Leben»? –

*Christian Präckel-Stein, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, Diessenhofen*

- 1 Dörner K. «Der gute Arzt. Lehrbuch der ärztlichen Grundhaltung» (Schattauer, Stuttgart: 2001) S. 67–77, Zitat S. 83; vgl. K. Dörner 20032, S. 68–80, Zitat S. 86.
- 2 Kierkegaard S. «4R44», in: GW (Eugen Diederich, Düsseldorf/Köln 1952), Bd. 5, S. 22
- 3 Dieses Zitat findet sich zur SRF-Sendung «Sternstunde Philosophie» vom 05.10.2014.

## Un bon médecin, certes, mais désenchanté? (avec réplique)

Lettre concernant: Albermann K, Frick S, Grünig P, Meienberg A. Suis-je un bon médecin? Bull Med Suisses. 2022;103(8):238–41.

Etre un «bon médecin», c'est ce que l'on espère devenir lorsqu'on est en formation, comme le suggèrent les auteurs de l'article sur le référentiel CanMEDS publié dans le Bulletin des médecins suisses. Selon ce référentiel, pour devenir «expert médical», un médecin doit acquérir des compétences d'érudit, de professionnel, de communicateur, de collaborateur, de leader/gestionnaire et de promoteur de la santé. Quel programme, c'est vertigineux... Mais comment arriver à exceller dans tous ces domaines? Comment ne pas avoir le sentiment d'être incompetent dans l'un ou l'autre? Comment ne pas s'épuiser? Et en plus le médecin devrait s'occuper du réchauffement climatique!

Etre un «bon médecin» est moralement satisfaisant et socialement désirable, mais n'est pas un objectif raisonnable pour la formation. Beaucoup de médecins, et c'est probablement de plus en plus fréquent, souffrent de burnout [1, 2], ont un sentiment d'impuissance et d'incompréhension face au «système» et sont perplexes quant au sens de leur activité professionnelle, voire regrettent même leur choix professionnel [3]. Les raisons de ce désenchantement sont multiples mais la frustration causée par l'écart, d'une part, avec le mythe un peu romantique du «bon médecin» aux compétences multiples, toujours disponible, inépuisable, désintéressé, au service de son patient et de la société et, d'autre part, avec la dureté de la pratique pourrait jouer un rôle.

Pour rester pragmatique, la formation du médecin pourrait se concentrer sur l'amélioration du processus de soins auquel il contribue, afin que ce processus soit pertinent en termes d'évidence (evidence-based practice), aligné dans la mesure du possible sur les attentes des patients (patient-centered care), en tenant compte des ressources limitées et des contraintes du système de santé. Pour ce faire, le médecin gagnerait à se former à une approche systémique centrée sur l'amélioration de la qualité des soins (quality improvement) [3]. Cela passe aussi par une compréhension des contraintes du système de santé (sur les plans administratif, financier, légal et politique) dans lequel le processus de soin se déroule. Dès lors, des compétences transversales essentielles à développer sont la capacité à négocier avec les nombreux partenaires impliqués dans le processus de soin et celle de gérer l'incertitude inhérente aux systèmes

complexes [4], tout en acceptant ses limites et son impuissance.

Ces éléments sont toutefois peu présents dans le système CanMEDS. Celui-ci gagnerait à donner plus d'importance à la question de la place du médecin dans un système de santé complexe et turbulent, et surtout à comment il peut y manœuvrer sans s'épuiser.

*Prof. Arnaud Chiolero, Laboratoire de santé des populations (#PopHealthLab), Université de Fribourg*

### Références

- 1 Sebo P, et al. A cross-sectional study of the health status of Swiss primary care physicians. *Sci Rep.* 2021;11(1):23459.
- 2 Zumbrunn B, et al. The well-being of Swiss general internal medicine residents. *Swiss Med Wkly.* 2020;150:w20255
- 3 Banerjee A, et al. What can quality improvement learn from evidence-based medicine? *J R Soc Med.* 2012;105(2):55–9.
- 4 Greenhalgh T, Papoutsis C. Studying complexity in health services research: desperately seeking an overdue paradigm shift. *BMC Med.* 2018;16(1):95.

## Replik auf «Un bon médecin, certes, mais désenchanté?»

Für die wertvollen Feedbacks bedanken wir uns sehr. Es freut uns, dass eine kritische Auseinandersetzung mit den ärztlichen Rollen angestossen werden konnte. Neben der Rückmeldung von Herrn Prof. Chiolero haben wir auch direkte Zuschriften erhalten – wir erlauben uns eine zusammenfassende Replik.

Zum einen wurden die hohen Ansprüche adressiert, die das CanMEDS-Modell suggeriert. Es ist nachvollziehbar, dass angesichts all der Kompetenzen die Sorge besteht, dass wir an den Erwartungen eingehen. Dies ist insbesondere vor dem Hintergrund wichtig, dass Ärztinnen und Ärzte doppelt so häufig von Burn-out betroffen sind wie nicht ärztliche Erwerbstätige [1].

Daher appellieren wir daran, trotz der vielfältigen Ansprüche an uns Ärztinnen und Ärzte, die das CanMEDS-Modell repräsentiert, die Erwartungen im Alltag nicht zu überladen, sondern die CanMEDS-Blüte individuell angepasst und mit Bedacht zu füllen.

Wie in unserem Artikel beschrieben, wurden weltweit verschiedene Modelle von ärztlichen Rollen entworfen. Prof. Chiolero weist auf vier wichtige Kernkompetenzen hin, wie «evidence based practice, patient centered care, quality improvement und managing comple-

xity». Des Weiteren ergab eine repräsentative systematische Analyse aus Österreich ähnlich dem CanMEDS-Modell 6 Kategorien: 1. general interpersonal qualities, 2. communication and patient involvement, 3. medical competence, 4. ethics, 5. medical management, 6. teaching, research, continuous education [2]. Drittens erinnert eine Zuschrift auf unseren Artikel daran, dass durchaus unterschiedliche Antworten zu erhalten sind, wenn Medizinstudierende, praktizierende Ärztinnen und Ärzte und Patientinnen und Patienten nach «der idealen Ärztin / dem idealen Arzt» gefragt werden [3].

Es ist lohnenswert, sich in solche Ansätze zu vertiefen und Vergleiche anzustellen. Allenfalls finden sich für den eigenen Arbeitsalltag passendere Konzepte. Das in der Schweiz für die Aus- und Weiterbildung gültige CanMEDS-Modell deckt unseres Erachtens gerade wegen seiner Breite die meisten Facetten unseres klinischen Alltags ab – mit den genannten Vor- und Nachteilen.

Zu guter Letzt kann man sagen, dass die Frage «bin ich eine gute Ärztin / ein guter Arzt» schon fast eine philosophisch-ethische ist. Bereits zu Zeiten des Hippokrates gab es Bestrebungen festzulegen, was Bestandteil ärztlicher Ethik sein sollte; manches davon hat bis heute seine Gültigkeit behalten. Allerdings steht die Berufsausübung von Ärztinnen und Ärzten unter einem zunehmenden ökonomischen Druck. Um diesem entgegenzuwirken, wurde für die Schweiz unlängst ein neuer Eid vorgeschlagen [4]. Und hier schliesst sich auch der Kreis zu den erhaltenen Zuschriften: Im Vorwort der verlorenen Kunst des Heilens erwähnt Bernard Lown, «dass Menschen [in den USA] das Recht nach anständiger und kompetenter Gesundheitsversorgung» einfordern. Er beschreibt das Bild eines profitorientierten Gesundheitswesens, einem «Oxymoron», das die Ansprüche an die Ärztin / den Arzt maximiert, in dem aber für «die Kunst der Anteilnahme am Patienten» zu wenig Zeit bleibt oder wertvolle Kompetenzen nicht in ausreichendem Masse vermittelt werden [5].

Es bleibt daher die Aufgabe der Zukunft, sich in der ärztlichen Aus- und Weiterbildung, mit dem nötigen Anspruch, gleichzeitig mit der gebotenen Bescheidenheit, auf erreichbare praktische Inhalte zu einigen und diese Ziele gemeinsam weiterzuentwickeln.

*Dr. med. Kurt Albermann  
KD Dr. med. Sonia Frick  
Dr. med. Priska Grünig  
Dr. med. Andrea Meienberg*

- 2 Steiner-Hofbauer V, et al. What is a good doctor? Wien Med Wochenschr. 2018;168:398–405.
- 3 [http://www.linus-geisler.de/vortraege/0403guter\\_arzt.html](http://www.linus-geisler.de/vortraege/0403guter_arzt.html)
- 4 <https://www.dialog-ethik.ch/projekte/schweizer-eid>
- 5 Bernard Lown. Die verlorene Kunst des Heilens. Suhrkamp Verlag 2004; ISBN 978-3-518-45574-6

### Zuerst TARDOC genehmigen, EPD, so nicht

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

Kollege Huber schreibt vom gesundheitspolitischen Reform-Furor. Das elektronische Patientendossier soll unbedingt noch in diesem Jahr erzwungen werden. Man versprach den praktizierenden Ärzten eine freiwillige Teilnahme, durch die Hintertüre wurde das EPD ganz geschickt aufgegleist. Im Nationalrat wurde das KVG ergänzt um folgenden Zusatz: Die Praxisbewilligung ist an die Führung der elektronischen KG gekoppelt. Ausnahmebewilligungen gibt es nur für Ärzte, welche in den nächsten 5 Jahren die Pensionierung erwägen. Ohne elektronische KG kann man natürlich auch das EPD nicht bewirtschaften. Das EPD ist nur sinnvoll, wenn folgende drei Rubriken ständig aktualisiert werden: Die wichtigsten fünf Diagnosen, die aktuelle Medikamentenliste und Allergien. Hierfür muss es ein einfach zu findendes und auszufüllendes Feld geben. Ob die Hausärzte überhaupt Zeit haben, um ständig die Dossiers zu aktualisieren, ist eine andere Frage. Und da wir jetzt schon zeitlich als Grundversorger eingeschränkt werden mit der Konsultationsdauer ist für die Bewirtschaftung des EPD eine separate Tarifposition einzuführen. Dies darf nicht über die Position «ärztliche Leistungen» erfolgen. Die ärztlichen Leistungen sind ja auch limitiert und öfters nicht ausreichend, wie wir alle wissen.

Bevor man mit der Forderung EPD auf uns zukommt, ist zuerst der TARDOC zu genehmigen. Hierfür wurde von den kantonalen Tarifexperten viel Geld und Zeit investiert. Der neue Arzttarif ist überfällig. Nachher kann das EPD überarbeitet werden, aber nur mit Abstimmung und Rücksichtnahme auf uns Hausärzte. Wir wollen nicht eine lose Dokumentensammlung ohne Übersicht. So erfüllt das EPD seine Funktion als orientierende Hilfe überhaupt nicht. Jeder kann in das EPD Akten reinstellen und reinfüllen. Zeit, um seitenweise Akten zu lesen und zu sortieren, hat niemand.

*Dr. med. Thomas Clerc, Aadorf*

### Initiative anti-tabac: un vote de la sagesse populaire

Le peuple et les cantons ont accepté l'initiative populaire pour la protection des enfants et des jeunes contre une publicité ayant pour but de les transformer en consommateurs du tabac, des produits scientifiquement reconnus comme nuisibles à la santé et addictifs, c'est-à-dire les rendant dépendants à la nicotine. Le oui est net et réjouit le monde médical et de la prévention.

En Suisse, l'acceptation d'une initiative est rare (25 sur 227). Et l'acceptation de deux initiatives en moins de six mois est exceptionnelle, surtout si l'on tient compte que les deux relèvent du domaine de la santé. La pandémie a-t-elle aiguë la sensibilité de la population en matière de santé? En novembre, le peuple a plébiscité l'initiative des soins, maintenant il a accepté celle de la prévention selon le proverbe «Mieux vaut prévenir que guérir».

Personne ne peut rester indifférent aux argumentaires utilisés par les partisans de et les opposants à cette restriction publicitaire du tabac. Les adversaires mettaient en avant le bien-être économique et la liberté d'une industrie et d'un commerce qui font des affaires lucratives avec un produit qui «tue». Les partisans se souciaient de la santé de la population de demain et plus généralement de la santé publique. Personne ne peut ignorer le fait que santé et tabac sont incompatibles ni celui que toute personne dépendante au tabac est un client précieux de cette industrie. Plus cette personne est jeune, plus intense et longue sera sa carrière de dépendante.

La Suisse détient l'un des taux de fumeurs parmi les plus élevés d'Europe. En adoptant une vraie politique de prévention, des pays comparables ont réussi à diminuer ce que la médecine qualifie d'épidémie anthropogène [1].

Hélas, ce oui remarquable ne corrige pas la Loi sur les produits du tabac, qui empêche la Suisse de ratifier la Convention cadre anti-tabac de l'ONU. Le Parlement et le gouvernement portent la responsabilité d'une nation qui se classe parmi les dernières pro-tabac au monde et qui préfère les affaires lucratives des multinationales du tabac, qu'elle n'a pas honte d'héberger, à la sagesse populaire et au savoir médical.

*Dr Roland Niedermann, spécialiste en médecine interne générale, Chêne-Bougeries*

#### Référence

- 1 Progress with the global tobacco epidemic. [www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(15\)60498-6/fulltext](http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(15)60498-6/fulltext)

#### Literatur

- 1 V. Känel R. Burnout und Resilienz bei Ärztinnen und Ärzten. Prim Hosp Care. 2017;17(3):51–6.

## Zur Pandemie und Verantwortung

Sars-CoV2-Viren verursachen die aktuelle Pandemie. Also liegt eine weltweite Epidemie vor. Daraus ergibt sich, dass diese Viren sich nicht an Landesgrenzen und ganz sicher nicht an kantonale halten. Massnahmen sind somit letztlich nur weltweit koordiniert effektiv.

Die Pandemie ist keineswegs verschwunden, weder in einem Kanton, einer Altersgruppe noch weltweit, im Gegenteil. Keine Regierung kann eine «Pandemie» für beendet erklären, wie bei Pocken, weder der Bundesrat noch das Parlament. Bei Massnahmen zur Eindämmung einer Pandemie ist eindeutig der Bund für die Schweiz (Confoederatio Helvetica: CH) zuständig. Die Verantwortung kann er deshalb weder aufheben noch delegieren. Auch Politiker sollten ihre «eigene Verantwortung» wahrnehmen. Die «Eigenverantwortung» kann einen Gesunden nicht vor einer Erkrankung durch hochansteckende Krankheiten schützen, höchstens das Risiko für sich und andere reduzieren.

Gesundheit ist keine Ware oder Dienstleistung, die man kaufen kann. Patienten wollen selten Kunden sein, sondern betreut werden. Dies geht nur mit Menschen, die sich gegenseitig vertrauen, helfen. Die Resilienz ist so viel wichtiger als die «Qualität» einzelner Produkte wie beispielsweise Masken oder digitale Zertifikate.

Impfen ist Bildung des Immunsystems. Die Immunität der Bevölkerung, der Schutz vor Infektionen ist wichtiger als ein Spitalbett oder die bessere Lebenserwartung des Geimpften.

Dies gilt nicht nur für Covid, auch für Masern, Hepatitis usw.! Experten, welche sich nur für partikuläre Kriterien der Impfungen einsetzen, sind entsprechend reduziert glaubwürdig.

Studierende sollten das eigene Beobachten lernen, nicht nur Algorithmen, auch Fertigkeiten und Verantwortung. Auch Ärzte müssen lernen können, im Studium, Praktikum und später. In der Ethik gibt es keinen überregionalen Common consent. Der *Common consent* für die erste Operation eines Patienten ist im Notfall irrelevant. Die Zeit (Zeitpunkt und Zeitdauer) bleibt immer massgebend.

Auch alte Ärzte sollten arbeiten dürfen, solange sie können. Es gibt keinen interessanteren, abwechslungsreicheren Beruf als der des (Land-)Arztes. Wie eigentlich alle Menschen ist er deswegen nicht standardisierbar. Ein hilfreicher «MAS»-Statistiker behauptete, statistisch sei jeder ab 65 «pensioniert», sogar wer weiter selbstständig arbeitet.

Der Verlauf der Pandemie zeigt die Hybris der Digitalisierung. Das Areal des Gehirns für den Daumen ist bei Älteren statistisch kleiner. Junge lernen schneller. Die Fähigkeit, eigene Synapsen zu machen, ist aber prinzipiell altersunabhängig. Das ist die Grundlage jeder

Rehabilitation. Selbst wenn einem Menschen ein Teil des Gehirns fehlt, ist er deswegen nicht wertlos (invalid). Für eine gute und gerechte Betreuung multimorbider Menschen ist dies wichtig, auch bei Verhandlungen über «Tarife» der «Sozialversicherungen».

Gebt den Schulen und Altersheimen gute Textilien, dann machen sie schneller bessere Masken, die getragen werden. Nicht praktikable Empfehlungen wirken kontraproduktiv.

Gebt den Ärzten Impfstoffe mit optimalen Bedingungen, dann impfen sie schneller und langfristig besser als Impfzentren, nicht nur gegen Coronaviren.

Vertrauen und Resilienz ist wichtig, nicht nur zum Schutz vor Coronaviren!

*Dr. med. Markus Gassner, Grabs*

**Les courriers des lecteurs publiés reflètent l'opinion de l'auteur. La sélection, les éventuelles coupures et la date de publication sont du ressort exclusif de la rédaction. Il n'y a pas de correspondance à ce sujet. Les contenus diffamatoires, discriminatoires ou illégaux ne seront pas publiés. Chaque auteur est personnellement responsable de ses déclarations.**

# Communications

## Examens de spécialiste

### Examen de spécialiste pour l'obtention du titre de spécialiste en radio-oncologie / radiothérapie

*Lieu:* Centre de radio-oncologie Bienne, Seeland, Jura bernois, Chemin des Vignes 38, 2503 Bienne

*Date:* Jeudi et vendredi 10 et 11 novembre 2022

*Délai d'inscription:* le 30 juin 2022

Vous trouverez de plus amples informations sur le site web de l'ISFM [www.siwf.ch](http://www.siwf.ch) → formation postgraduée → Titres de spécialiste et formations approfondies → radio-oncologie / radiothérapie

## Prix Suisse d'Angiologie 2022

La Société Suisse d'Angiologie décerne chaque année un prix de CHF 10 000 pour un travail scientifique dans le domaine des maladies vasculaires, publié ou accepté pour publication dans un journal à politique éditoriale. Sont éligibles, les candidats suisses ayant effectué leurs travaux de recherche en Suisse ou à l'étranger de même que les candidats étrangers ayant effectué leurs travaux en Suisse.

Les publications accompagnées d'une lettre de candidature et curriculum vitae sont à adresser jusqu'au 23 septembre 2022 au

Professeur Marc Righini  
Hôpitaux Universitaires de Genève (HUG)  
4, rue Gabrielle-Perret-Gentil  
1211 Genève 14

ou à l'adresse e-mail: [marc.righini\[at\]hcuge.ch](mailto:marc.righini[at]hcuge.ch)

Le prix sera remis lors du 22<sup>e</sup> congrès de l'Union des Sociétés Suisses de Maladies Vasculaires à Zurich, du 2 au 4 novembre 2022.