

Schweizerische Ärztezeitung

157 Editorial
von Carlos B. Quinto
**Eine Herausforderung
für uns alle**

158 FMH
**Covid-19-Impfung:
Aufklärung und
Urteilsfähigkeit**

196 «Zu guter Letzt»
von Hans Stalder
**Die Wahrheit der Ärzte –
in drei Varianten**

187 Tribüne
**Recht: Genetische Untersuchungen
im medizinischen Bereich**



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

Dr. med. vet. Matthias Scholer, Chefredaktor;
Annette Eichholtz, M.A., Managing Editor;
Julia Rippstein, Redaktorin Print und Online;
Nina Abbühl, Junior Redaktorin

Externe Redaktion

Prof. Dr. med. Anne-Françoise Allaz, Mitglied FMH;
Dr. med. Werner Bauer, Mitglied FMH; Prof. Dr. oec. Urs Brügger;
Prof. Dr. med. Samia Hurst; Dr. med. Jean Martin, Mitglied FMH;
Dr. med. Jürg Schlup, Präsident 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

Dr. iur. Ursina Pally, Leiterin Rechtsdienst FMH

FMH

EDITORIAL: Carlos B. Quinto

157 **Eine Herausforderung für uns alle**

RECHT: Ursina Pally Hofmann

158 **Covid-19-Impfung: Aufklärung und Urteilsfähigkeit**

INTERVIEW MIT THOMAS ABEL: Linda Hadorn

160 **«Verunsicherung ist in diesen Zeiten nicht zu vermeiden»**

164 **Personalien**

Weitere Organisationen und Institutionen

MEDIZINETHIKERINNEN UND MEDIZINETHIKER IN DER SCHWEIZ: Heidi Albisser Schleger, Ruth Baumann-Hölzle,
Tanja Krones, Settimio Monteverde, Jan Schürmann

165 **Solidarität und Verantwortung in der Pandemie**

INTERPRET: Lena Emch-Fassnacht

168 **Finanzierung professioneller Dolmetschleistungen immer noch ungeklärt**

Briefe / Mitteilungen

173 **Briefe an die SÄZ**

175 **Facharztprüfung / Mitteilungen**

Wichtige Sicherheitsinformationen

176 **Wichtige Mitteilung zu XELJANZ® (Tofacitinib)**

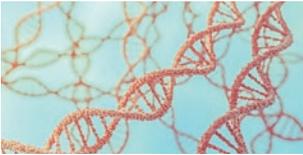
FMH Services



177 **Verabschiedung Beat Bär – Herzlich willkommen Markus Lehmann**

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

Tribüne

- 187  RECHT: Marcel Boller
Genetische Untersuchungen im medizinischen Bereich Das revidierte Gesetz über genetische Untersuchungen (GUMG) beim Menschen soll dieses Jahr in Kraft treten. Es regelt die Verantwortung genetischer Tests. Um sie durchführen zu können, wird teilweise der Facharzttitel vorausgesetzt. Zudem stärkt das Gesetz den Datenschutz und das Selbstbestimmungsrecht der Betroffenen.

190 **Spectrum**

Horizonte

- STREIFLICHT: Jann Schwarzenbach
 191 **«Blütensammler» oder Schulmediziner?**
- STREIFLICHT: Jakob Grieder
 193 **Das Fax: Ein immer noch verfrühter Nachruf**
- SCHAUFENSTER: Jürg Kesselring
 195 **Nautilus – Newton**

Zu guter Letzt

- Hans Stalder
 196 **Die Wahrheit der Ärzte – in drei Varianten**



ANNA

Impressum

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

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

Anzeigen:
 Markus Süess,
 Key Account Manager EMH
 Tel. +41 (0)61 467 85 04,
 markus.suess@emh.ch

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

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

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

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

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

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

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

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

mit den Beipackzetteln der verwen-
 deten Medikamente verglichen werden.

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

printed in
switzerland



Titelbild:
 © Vchalup | Dreamstime.com

Eine Herausforderung für uns alle

Carlos B. Quinto

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



Seit nunmehr einem Jahr teilen wir unseren Alltag mit einem ungebetenen Gast. Wir werden beinahe wöchentlich vor neue Herausforderungen gestellt, die unsere Gesundheit, unsere Geduld und unsere Gesundheitskompetenz auf die Probe stellen. Sie erinnern sich an das Frühjahr 2020: Plötzlich stand die Welt still, die Bevölkerung begab sich in den Lockdown, die Gesundheitssysteme bereiteten sich auf die Notsituation vor, die Wissenschaft erforschte das neue Virus, und die Politik zerbrach sich die Köpfe über die nötigen und möglichen Schritte für das Gemeinwohl. Und mittendrin Sie, die Ärzteschaft. Der erste Lockdown führte auch für die Ärzteschaft zu Unwuchten und Unsicherheiten. Durch Ihren trotzdem steten Einsatz ermöglichten Sie es uns allen und vor allem Ihren Patientinnen und Patienten, durch diese schwere Zeit zu kommen, in Zusammenarbeit mit der Pflege, den Medizinischen Praxisassistentinnen und vielen weiteren Berufstätigen im Gesundheitswesen. Sei es in Ihrer Rolle als Unterstützende in schwierigen Situationen, als Beratende und Behandelnde bei schwer Erkrankten, bei einem nahenden Lebensende oder bei Menschen mit Ängsten und Unsicherheiten, wo Sie mit einem offenen Ohr zur Seite standen.

Wir werden beinahe wöchentlich vor neue Herausforderungen gestellt, die uns auf die Probe stellen.

Die Ungewissheit darüber, was morgen sein wird und wie schwer dieses Virus uns selbst oder unser Umfeld treffen kann, stellt eine grosse Herausforderung für die Gesundheitskompetenz dar. Die Gesundheitskompetenz des Einzelnen hängt damit zusammen, ob Zugang zu Wissen aus qualitativ guten Quellen vorhanden ist, ob das Verstehen und die Anwendung dieses Wissens möglich sind und ob entsprechende Handlungsmöglichkeiten auch vorhanden sind. Es lässt sich

nicht alles auf Eigenverantwortung reduzieren, zumal dieser Begriff in letzter Zeit aus unterschiedlichsten Beweggründen bemüht wird.

Eine repräsentative Umfrage [1] der Careum Stiftung ergab, dass fast die Hälfte der Einwohnerinnen und Einwohner der Schweiz es als schwierig empfindet, adäquate Entscheidungen in Bezug auf Covid-19 zu treffen. Der schnelle Wechsel von Bestimmungen und die unterschiedlichen Einschränkungen der Kantone ver-

Danke, liebe Mitglieder, dass Sie zur Bewältigung dieser Pandemie beitragen.

unsichern die Bevölkerung. Das Verständnis darüber, wie ich mich selbst und andere schützen kann, ist während der Pandemie das Zentrum gesundheitskompetenten Handelns. Indem wir als Arzt oder Ärztin anspruchsvolle Informationen auf verständliche Weise vermitteln können und zu den aktuellen Themen beratend zur Verfügung stehen, fördern wir die Gesundheitskompetenz des Einzelnen und erhöhen die Sicherheit für die gesamte Bevölkerung.

Eine gesundheitskompetente Gesellschaft versteht die Tragweite der Situation, und wie sie sich durch einfache Massnahmen zu schützen vermag [2]. Die gesamte Bevölkerung der Schweiz trägt gemäss einem lesenswerten Interview in dieser Ausgabe (S. 160) eine Mitverantwortung zur erfolgreichen Bewältigung der Pandemie. Ihre tägliche Arbeit, liebe Mitglieder, trägt dazu bei, Gesundheitskompetenz zu fördern und Unsicherheit zu reduzieren. Danke, dass Sie zur Bewältigung dieser Pandemie beitragen. Danke für Ihr Engagement, für Ihre Arbeit und Ihr Durchhaltevermögen.

Literatur

- 1 Corona-bezogene Gesundheitskompetenz, zugegriffen 19.1.2021. www.migesplus.ch/publikationen/corona-bezogene-gesundheitskompetenz
- 2 Spring H. Health Literacy and Covid-19. Health Information & Libraries Journal. 2020;37(3):171–2. doi.org/10.1111/hir.12322

Covid-19-Impfung: Aufklärung und Urteilsfähigkeit

Ursina Pally Hofmann

Dr. iur., Rechtsanwältin, Generalsekretärin und Leiterin Rechtsdienst der FMH

Urteilsfähigkeit

Urteilsfähigkeit ist zeitlich und sachlich relativ, eine Person ist daher zu einem bestimmten Zeitpunkt in Bezug auf eine bestimmte Entscheidung urteilsfähig. Je komplexer der betreffende Sachverhalt, desto höhere Anforderungen werden an die Urteilsfähigkeit gestellt und umgekehrt.

Ein Mensch ist urteilsfähig, wenn er in der Lage ist, vernunftgemäss zu handeln [1]. Ist dies der Fall, darf der Patient auch eine aus medizinischer Sicht unvernünftige Entscheidung treffen. Ein urteilsfähiger Patient muss also aus objektiver medizinischer Sicht nicht vernünftig handeln, sondern nur dazu in der Lage sein [2]. Urteilsunfähigkeit liegt erst vor, wenn die mentalen Fähigkeiten der Patientin signifikant eingeschränkt sind. Der schweizerische Gesetzgeber geht von der Urteilsfähigkeit der Menschen aus [3]. Die Ärztin darf deshalb grundsätzlich davon ausgehen, dass ihr Patient urteilsfähig ist. Es sind weder besondere Abklärungen noch eine Dokumentation dieses Sachverhalts notwendig.

Liegen Schwächezustände vor, entfällt die gesetzliche Vermutung der Urteilsfähigkeit und ihr Vorliegen muss abgeklärt werden.

Abklärungsbedarf

Das Gesetz nennt Schwächezustände, bei deren Vorliegen die Vermutung der Urteilsfähigkeit nicht mehr gilt. Neben Kindesalter, psychischen Erkrankungen oder geistiger Behinderung können Rausch- und ähnliche Zustände dazu führen, dass eine Person urteilsunfähig ist. Liegt beim Patienten einer dieser Zustände vor, muss der Arzt prüfen, ob dieser Zustand einen Einfluss auf die Urteilsfähigkeit seines Patienten haben könnte [4].

Weil die Covid-19-Impfung aktuell für Risikogruppen, wozu ältere und bereits erkrankte Personen gehören, zur Verfügung gestellt wird, können Überlegungen betreffend die Urteilsfähigkeit in diesem Zusammenhang durchaus eine Rolle spielen.

Nicht jeder Schwächezustand führt zu einer Urteilsunfähigkeit [5]. Die gesetzliche Vermutung der Urteilsfähigkeit entfällt dann aber, und es muss eine Abklärung vorgenommen werden. Das Gesetz lässt offen, wie diese zu geschehen hat. In einem ersten Schritt reicht eine formlos durchgeführte Abklärung aus. Führt diese nicht zu einem eindeutigen Ergebnis, ist eine Evaluation durchzuführen.

Sobald die Ärztin von der Urteilsfähigkeit ihres Patienten nicht mehr ausgehen kann, hat sie nachzuweisen, dass sie die besondere mentale Situation erkannt, sich die notwendigen Überlegungen gemacht und eine allenfalls indizierte Evaluation durchgeführt hat. Deshalb sollte sie ihre Schlussfolgerungen schriftlich festhalten und begründen, weshalb sie zu ihrer Einschätzung – entweder des Vorliegens der Urteilsunfähigkeit oder der Urteilsfähigkeit – kommt.

Adressat der Aufklärung

Der Arzt ist aufklärungspflichtig. Die Aufklärung ist der urteilsfähigen Patientin geschuldet.

Der Gesetzgeber sieht bei urteilsunfähigen Volljährigen (>18 Jahre [6]) eine Stufenfolge von vertretungsberechtigten Personen vor. Sie beginnt mit Personen, welche in einer Patientenverfügung oder einem Vorsorgeauftrag dazu bestimmt wurden, fährt weiter mit einem Beistand für medizinische Massnahmen, dem im gemeinsamen Haushalt lebenden oder der Patientin regelmässig und persönlich Beistand leistenden Ehegatten oder eingetragenen Partner und endet bei den regelmässig und persönlich Beistand leistenden Geschwistern. Gibt es mehrere vertretungsberechtigte Personen, entstehen Konflikte oder können die Patientenrechte anderweitig nicht gewahrt werden, kann die Erwachsenenschutzbehörde beigezogen werden [7]. Grundsätzlich darf eine gutgläubige Ärztin aber davon ausgehen, dass bei mehreren vertretungsberechtigten Personen jede im Einverständnis mit den anderen handelt [8].

Die vertretungsberechtigte Person ist – soweit sie selbst urteilsfähig ist – Adressatin der Aufklärung und sie willigt in die Behandlung ein. Dabei darf die vertre-

tungsberechtigte Person nur so handeln, dass dem mutmasslichen oder in einem früheren Zustand der Urteilsfähigkeit ausdrücklich geäusserten Willen der Patientin entsprochen wird.

Kann der Patientenwille nicht eruiert werden, muss die vertretungsberechtigte Person im objektiven Interesse der Patientin handeln [9].

Eine urteilsunfähige Patientin kann nicht rechtsgenügend aufgeklärt werden und einwilligen, sie ist aber so weit möglich in die Entscheidungsfindung einzubeziehen [10].

Inhalt der Aufklärung

Grundsätzlich muss der Patient über die Art und Risiken der in Aussicht gestellten Impfung so aufgeklärt werden, dass er in Kenntnis der Sachlage einwilligen kann [11]. Die haftpflichtrechtliche Verantwortung für diese Aufklärung liegt beim impfenden, nicht beim zuweisenden Arzt.

Die Aufklärung hat sich inhaltlich nach den dem Impfstoff beiliegenden Fachinformationen zu richten [12]. Auch die in den Fachinformationen enthaltenen Hinweise auf eine beschränkte Studienpopulation – wenn der zu impfende Patient dieser angehört – und eine allfällige verkürzte Studiendauer oder andere spezielle Umstände beim Zulassungsverfahren usw. sind zu erwähnen. Ebenso gehört zur Aufklärung, den Patienten über allfällige, noch nicht in der Fachinformation enthaltene, aber wissenschaftlich nachgewiesene Risiken zu informieren. Weiter ist der Patient darauf hinzuweisen, dass eine Impfung freiwillig ist, sofern dies zutrifft, und ob ein allfälliges Ansteckungsrisiko für Dritte besteht (je nach Impfstoff ist das möglich) [13].

Die Ärztin hat mit dem Patienten zu klären, ob aufgrund der konkreten Umstände eine Impfung überhaupt notwendig und sinnvoll ist. Das ist je nach Gefährdungslage für jeden einzelnen Patienten im Hinblick auf die Folgen einer Infektion mit dem Erreger, gegen welchen geimpft werden muss, zu prüfen und zu diskutieren.

Nicht nur über häufig auftretende Risiken muss aufgeklärt werden, sondern auch über seltene, sofern diese bekannt sind und schwere Folgen haben können.

Ebenso ist die Patientin darauf hinzuweisen, dass nicht alle Risiken und Nebenwirkungen bekannt sind, wenn das der Fall ist. Das dürfte vor allem bei Impfstoffen, deren Langzeitfolgen noch unbekannt sind, ein relevantes Thema sein.

Wird die Patientin darüber aufgeklärt, dass allenfalls noch unbekannt Risiken bestehen, haftet der Arzt für diese nicht, wenn sie sich verwirklichen sollten.

Die Aufklärung ist zu dokumentieren, damit sie im Falle eines Haftpflichtverfahrens nachvollziehbar ist.

Der Patient ist individuell und anlässlich eines Gesprächs aufzuklären. Aufklärungsformulare bzw. die Fachinformation zu Medikamenten und Impfstoffen können allenfalls eine unterstützende Funktion übernehmen und als Basis des Gesprächs dienen, das persönliche Gespräch und die individuelle Aufklärung aber nicht ersetzen. Für die Abgabe und Verordnung von Medikamenten existieren in der Schweiz üblicherweise keine Aufklärungsformulare. Die Aufklärung muss in diesen Fällen deshalb in der Krankengeschichte dokumentiert werden. Dabei ist auch kurz festzuhalten, über welche Aspekte der Fachinformation aufgeklärt wurde.

Verfügt der Patient bereits über die wichtigsten Informationen, kann er ausdrücklich auf ein Gespräch und das Stellen von Fragen verzichten. Auf diesen Verzicht kann er jederzeit vor dem Impfakt zurückkommen. Der Verzicht ist nur dann rechtsgenügend, wenn der Patient weiss, dass er ein Gespräch in Anspruch nehmen und Fragen stellen kann.

Wird die Patientin aufgeklärt, dass allenfalls noch unbekannt Risiken bestehen, haftet der Arzt für diese nicht, wenn sie sich verwirklichen sollten.

Neben der Fachinformation gibt es zurzeit weitere Dokumente zum Thema Covid-19-Impfung, welche von verschiedenen Stellen erarbeitet wurden. Unter anderen stellt das BAG Dokumente zur Verfügung, die auch zur Planung und Durchführung des Impfaktes und zur Unterstützung des Aufklärungsgesprächs herangezogen werden können. Diese sind unter den folgenden Links zu finden:

- > Covid-19-Impfung (admin.ch)
- > Downloads Covid-19-Impfung – So schützen wir uns (bag-coronavirus.ch)

Literatur

- 1 BGE 124 III 5, E. 1a; vgl. auch: Pally Hofmann U. Ist mein Patient urteilsfähig? Schweiz. Ärzteztg. 2019;100(34):1102–3.
- 2 BGE 132 III 455, E. 4.2.; Hotz S. In: Büchler A, Jakob D (Hrsg.). Kurzkomentar ZGB, 2. Aufl. Basel: Helbing Lichtenhahn Verlag; 2018. N 1 zu Art. 16 ZGB.
- 3 Art. 16 Zivilgesetzbuch.
- 4 Hotz, N 2 zu Art. 16 ZGB.
- 5 BGE 127 I 6, E. 7b/aa; Urteil des Bundesgerichts (2C_410/2014) vom 22. Januar 2015, E. 6.3.
- 6 Art. 14 Zivilgesetzbuch.
- 7 Art. 381 Zivilgesetzbuch.
- 8 Art. 378 Zivilgesetzbuch.
- 9 Art. 378 Abs. 2 Zivilgesetzbuch.
- 10 Art. 377 Abs. 3 Zivilgesetzbuch.
- 11 BGE 117 Ib 197; vgl. dazu auch: Pally Hofmann U. COVID-19-Impfung: Haftung und Patientenrechte. Schweiz. Ärzteztg. 2021;102(1–2):5–7.
- 12 Urteil des Bundesgerichts (4A_365/2014) und (4A_371/2014) vom 5. Januar 2015, E. 9.2.
- 13 BGH VI ZR 189/85 vom 3. Juni 1986; BGH III ZR 52/93 vom 7. Juli 1994 E. II.2a.

«Verunsicherung ist in diesen Zeiten nicht zu vermeiden»

Das Interview führte: Linda Hadorn

Wissenschaftliche Mitarbeiterin, stv. Abteilungsleitung Abteilung Public Health, FMH

Wir alle leben seit Frühjahr 2020 in einem neuen Alltag mit der COVID-19-Pandemie. Was sind in Ihren Augen die zentralen Erkenntnisse dieser letzten Monate?

Das Bedeutende aus Public-Health-Sicht ist, dass die Wissensbasis, auf der alle Personen handeln müssen, unsicher ist. Das prägt den Alltag, den Umgang mit den Herausforderungen und das stellt dann selbst neue Herausforderungen. Wir alle müssen immer wieder neu dazulernen. In der Wissenschaft gibt es jetzt viel Neues zu erarbeiten und neu zu lernen, aber auch die Politik muss lernen, wie auch jede einzelne Person. Die Herausforderung dabei ist, dass wir anfänglich relativ wenig wissen und nicht vorbereitet sind. Das zeigt sich an ganz vielen verschiedenen Stellen. In der momentanen Lage halte ich das für sehr bezeichnend.

Betrachten wir den Verlauf etwas genauer, war die Pandemie zuerst ein Problem für die Wissenschaft, dann wurde sie für die Politik ein Problem. Diese Bereiche mussten herausfinden, wie bedeutsam die Situation werden würde und ab wann praktische Massnahmen nötig sein würden. Dies geschah, bereits bevor das Thema an die breite Öffentlichkeit kam. Anfangs wurde also viel im biomedizinischen Wirkungsfeld an Erkenntnissen gearbeitet. Und erst, als man gesehen hat, dass wir das Problem mit einer biomedizinischen Herangehensweise nicht schnell in den Griff bekommen, wurde auch ins Blickfeld genommen, welche Konsequenzen die Situation haben könnte und wahrscheinlich haben wird. Seien es Konsequenzen für die Wirtschaft, für das Zusammenleben, für die Schulen, für praktisch alle Lebensbereiche. Erst nach und nach rückte das in den Blick, und nebst Wissenschaft und Wirtschaft wurden auch die sozialen und psychosozialen Herausforderungen thematisiert.

Um die Frage abzuschliessen, möchte ich noch einmal auf den Aspekt der Unsicherheit zurückkommen. Da ist eine relativ grosse Unsicherheit im Wissen und im politischen Handeln, aber auch in der Kommunikation. Und das halte ich für sehr wichtig. Der Umgang mit dieser Pandemie ist ein langer und breiter Lernprozess; und auch das muss gut kommuniziert werden.



Prof. Dr. phil. et PhD Thomas Abel, Institute of Social and Preventive Medicine Bern, thematisiert die volatile Wissensbasis und grosse Komplexität von COVID-19 bei gleichzeitig dringendem Handlungsbedarf.

Welches sind basierend auf den eben erläuterten Erkenntnissen Ihrer Ansicht nach die grössten Herausforderungen im Umgang mit der COVID-19-Pandemie?

Es gibt sehr viele Herausforderungen. Und ich denke, es ist schwer zu sagen, welche davon die grössten sind. Mit Blick auf die Bevölkerung sehe ich drei grosse Herausforderungen. Die eine ist die Dringlichkeit der Massnahmen. Massnahmen, von denen wir wussten, dass sie wirksam sind, wie Abstand halten, Handhygiene, und über die Zeit werden weitere dazukommen, beispielsweise aktuell das Impfen. In Bezug auf die Dringlichkeit lässt sich sagen, dass sich bestimmt 90 Prozent unserer Schweizer Bevölkerung sehr ver-

nünftig verhalten, also angemessen. Das müssen wir unbedingt sichern und dürfen dies nicht für selbstverständlich erachten. Diesem grossen Anteil der Bevölkerung muss positive Aufmerksamkeit geschenkt werden. Die vernünftig handelnden Menschen sollten immer wieder darin bestärkt werden.

Neben der Dringlichkeit der Massnahmen ist die hohe Komplexität der aktuellen Krise eine weitere grosse Herausforderung. Besonders denke ich hier an die Komplexität der Konsequenzen von praktischen Massnahmen. Praktisch jede einzelne Massnahme, die zum

Zu den grossen Herausforderungen gehören sicher die Dringlichkeit der Massnahmen, die hohe Komplexität und die erst langsam wachsende Wissensbasis.

Beispiel im Bereich der Wirtschaft getroffen wird, hat wiederum enorme Konsequenzen für andere Bereiche. Oder wenn wir die Schulen schliessen, dann gibt es zwar epidemiologisch jede Menge Gründe, das zu tun. Zugleich ergeben sich damit aber auch Schwierigkeiten in den Familien, bis hin zur Erweiterung sozialer Ungleichheiten im Schulerfolg. Wir haben mittlerweile Studien, die zeigen, dass – auch in der Schweiz – bestimmte Schüler- und Schülerinnengruppen viel mehr leiden als andere.

An diesem Beispiel zeigt sich, wie komplex die Auswirkungen sind, und damit muss auch die Bevölkerung umgehen. Ein wichtiger Aspekt ist, dass es gelingen muss, diese Komplexität zu kommunizieren. Es zu ignorieren macht keinen Sinn, denn die Menschen erleben in vielen ihrer Lebensbereiche ja, dass es kompliziert und komplex ist.

Und die dritte Herausforderung ist sicherlich, wie ich eben schon gesagt habe, die Unvollständigkeit des Wissens. Das heisst, in Bezug auf grosse neue Fragestellungen braucht es Zeit, bis wir das Wissen absichern können. Bis wir einwandfrei sagen können, so müsst ihr, müssen wir handeln. Wir leben in unsicheren Zeiten. Das muss auch akzeptiert und gut kommuniziert werden.

Zusammenfassend gehören zu den grossen Herausforderungen sicher die Dringlichkeit der Massnahmen, die hohe Komplexität und die erst langsam wachsende Wissensbasis. Wir alle müssen auf einer volatilen Wissensbasis und bei grosser Komplexität, aber eben doch dringlich handeln – das erzeugt entsprechende Unsicherheit bei praktisch allen Beteiligten.

Welche spezifischen Erkenntnisse können für solch unsichere Zeiten abgeleitet werden? Was ist wichtig, damit ein gesunder Umgang gelingt?

Etwas, das wir sicherlich mehr beachten müssen, ist, dass die Situationen nicht für alle gleich oder gleich gut zu bewältigen sind. Die unterschiedlichen Lebenskontexte der Menschen müssen bei Entscheidungen berücksichtigt werden. Natürlich haben wir verallgemeinerbare Regeln, wie zum Beispiel Abstand halten oder Maske tragen. Je nach Kontext ist das aber mehr oder weniger leicht umsetzbar, und es ist auch mehr oder weniger relevant.

Ich nehme da gerne das Beispiel der Bushaltestelle: Wenn niemand sonst an der offenen Bushaltestelle steht, muss ich keine Maske tragen. Das Individuum muss in dieser Situation selbst entscheiden. Sobald jemand dazukommt, muss man die Maske tragen. Es gibt demzufolge Dinge, die wir gar nicht im Detail regeln können. Die für das Übertragungsrisiko relevanten Lebensbedingungen variieren oft, z.B. je nach Wohnbedingungen, im Quartier, am Arbeitsplatz. Auch da ist eine Regelung bis ins Detail nicht möglich. Wir brauchen also zuerst einige klare Regelungen (z.B. Abstand halten, Maske tragen) und dann die Bedingungen, dass dies für möglichst jede und jeden möglich wird (Arbeitsplatzanpassungen, Gratismasken für Niedrigverdiener usw.).

Und dann braucht es eben auch den einzelnen Menschen als Experte bzw. Experten für ihre, seine jeweilige Lebenssituation und aktive Mitarbeit. Das halte ich für einen sehr wichtigen Punkt. Ich denke, gerade in Zeiten der Unsicherheiten, in Zeiten, wo wir nicht alles regeln können und wollen, brauchen wir vernünftig agierende Bürgerinnen und Bürger. Sie müssen mithelfen, und wir sollten sie wahrnehmen als die Expertinnen und Experten ihrer eigenen Situation,

Die Menschen dürfen nicht reduziert werden auf die «Träger des Virus» und nicht als passive Befehlsempfänger angesprochen werden.

die dann zu Koproduzentinnen der Lösungen werden, konkret der Unterbrechung der Übertragungsketten, einer Verlangsamung der Ansteckungen usw. Die Menschen dürfen nicht reduziert werden auf die «Träger des Virus» und nicht als passive Befehlsempfänger angesprochen werden, sondern vielmehr als Mitexpertinnen für die Situation. Hier spielt auch die Gesundheitskompetenz hinein. Dass Menschen solche Zusammenhänge verstehen und sich auf der Basis von ihrem Wissen einbringen können, ist zentral. Die Menschen sollten nicht einfach strenge Regeln befolgen, weil man das halt so macht. Viel besser ist, wenn sie selbst aktiver Teil der Lösung des Problems sind. Das mag idealistisch klingen, aber ich glaube, dass das die ric-



Es braucht das Durchhaltevermögen der Bevölkerung.

tige Zielsetzung ist und zu unserer Gesellschaft hier in der Schweiz am besten passt.

Was diesen Weg schwierig macht, sind verschiedene Hindernisse. Wir haben Inkonsistenzen, auch in den politischen Massnahmen und Strategien. Wir haben Medien, die oftmals nicht hilfreich sind, die zum Beispiel Nachrichten zuspitzen, wohl damit das irgendwie attraktiver klingt, obwohl ich mich oft frage, ob das wirklich attraktiver für die Leserin oder für den Zuhörer ist, wenn das immer so vereinfachend zugespitzt wird. Und die Medien schüren Verunsicherung in der Bevölkerung, wenn zum Beispiel bei Anpassungen der Corona-Massnahmen von «Lotto» oder «Chaos» die Rede ist. Ich denke, dass den Medien eine wichtige Rolle zukäme, die eben angesprochene Komplexität und Unsicherheit, die sich aus den laufenden Lernprozessen heraus ergeben, konstruktiv zu ver-

Es geht darum, dass wir die Leute stärken, die jetzt schon und immer noch vernünftig handeln.

mitteln. Natürlich ist das eine Herausforderung an die Medien, aber ich habe auch hohe Erwartungen an die seriösen Medien. Sie müssen mithelfen, eine gute Kommunikation in der Bevölkerung sowie zwischen der Bevölkerung, der Politik und der Wissenschaft zu fördern.

Was können denn die einzelnen Personen beitragen? Wo sehen Sie die Handlungskompetenzen jedes Einzelnen?

Im Moment wird viel von Eigenverantwortung gesprochen. Ich verwende diesen Begriff nicht gerne, unter anderem, weil er Dinge vermischt, die nicht vermischt

werden sollten. Dieser Begriff steht im Deutschen für zwei unterschiedliche Bedeutungen. Zum einen bezeichnet der Begriff Eigenverantwortung ein «ich für mich», dass also ich für mein eigenes Wohlergehen verantwortlich bin. Aber davon abweichend wird dieser Begriff jetzt in der Pandemie-Krise auch gebraucht, um auf die Verantwortung des «Einzelnen für andere», für die Gemeinschaft hinzuweisen. Und das sind eigentlich zwei völlig verschiedene Dinge, und so führt der vage Begriff Eigenverantwortung schnell mal zu Unklarheiten in den Debatten. Darum halte ich den Begriff für nicht sinnvoll. Bei den Herausforderungen dieser Pandemie würde ich eher von Mitverantwortung sprechen. Mitverantwortung heisst immer, ich selbst muss etwas tun für andere und letztlich auch für mich selbst. Im Verständnis der Mitverantwortung erwarte ich aber auch von anderen, dass sie etwas tun, ergo, dass wir gemeinsam etwas tun. Das brauchen wir unbedingt in dieser Pandemie. Es nützt uns nichts, wenn jemand nur für sich selber schaut. Wir wissen, dass Maskentragen den grösseren Effekt hat in Bezug darauf, andere zu schützen. Wir alle sind Passagiere im

Diese Vorstellung, dass die Gesundheit der Bevölkerung das höchste Gut ist, ist offensichtlich nicht selbstverständlich.

Bus. Wir alle sind die Nachbarn, die im Lebensmittelladen sich treffen. Wir sind dann immer mit den anderen. Wenn wir das begreifen und es auch als solches in den Vordergrund stellen, dann, denke ich, machen wir einen Fortschritt.

Ich denke auch, dass die Gesundheitskompetenz, die ich vorher erwähnt habe, auf die genannten Herausforderungen durch die Pandemie angepasst werden muss. In einer solchen Situation, wo noch viel Wissensunsicherheit vorhanden ist, wo Komplexität aller Orten herrscht, zugleich aber dringlich und im Sinne der Mitverantwortung aller gehandelt werden muss, da brauchen wir eine Form der Gesundheitskompetenz, in der die Menschen differenziert auf die Medien, auf die Politik, auf die Wissenschaft und auch auf ihr eigenes Handeln schauen.

Es gibt Stimmen, die sagen, das kann man der Bevölkerung, der einfachen Bevölkerung nicht zumuten. Demen würde ich gerne widersprechen und sagen, es ist sehr beachtlich, wie viele differenzierte Entscheide praktisch jeder Bürger, jede Bürgerin im Alltag fällt. Zum Beispiel beim Kauf eines Autos oder beim Buchen von Ferien. Das machen die Leute auch nicht nur anhand von zwei Kriterien, sondern sie überlegen sich durchaus differenziert, was sind die Vorteile, was sind die Nachteile. Ich glaube deshalb, dass wir einen gewis-

sen Differenzierungsgrad des Denkens, wenn es um Gesundheit geht, an alle anlegen können und auch systematisch fördern sollten.

Wir brauchen den aktiv mitdenkenden Menschen und die kritische Gesundheitskompetenz im Sinne von Mitdenken, Reflektieren einschliesslich selbstkriti-

Den Menschen muss das Bewusstsein vermittelt werden, ihr seid nicht einfach nur die, die den Regeln zu folgen haben.

scher Betrachtung. Ein kleines Beispiel konkret zur aktuellen Pandemie: Wenn eine bestimmte Facebook-Seite die Hauptquelle meiner Informationen zur Pandemie ist, dann muss ich mir bewusst sein, dass ich da gefilterte Informationen erhalte.

Wie hoch schätzen Sie den Durchhaltewillen der Bevölkerung für die nächste Zeit ein, und welche praktischen Empfehlungen können Sie geben?

Das Phänomen, das Sie jetzt Durchhaltevermögen nennen, hängt mit dem zusammen, was in den Sozialwissenschaften und der Psychologie derzeit wissenschaftlich als «Corona-Fatigue» erforscht wird. Diese Ermüdung, dass man nicht mehr mitmachen will und des Ganzen wirklich überdrüssig wird. Das ist ein grosses Problem bei der Dauer, die diese Krise jetzt schon anhält. Wir brauchen aber das Durchhaltevermögen in der Bevölkerung bis zu und noch mit den Impfungen. Ich denke, ein Weg, diesen Durchhaltewillen hochzuhalten, ist, wenn die Menschen mehr als Teil der Lösung anerkannt werden und wenn sie erleben, dass sie in ihren Bemühungen anerkannt und mit ihren Bedenken respektiert werden. Den Menschen muss das Bewusstsein vermittelt werden, ihr seid nicht einfach nur die, die den Regeln zu folgen haben, und ihr müsst jetzt noch fünf Monate weiter diesen Regeln folgen. Es geht darum, dass wir die Leute stärken, die jetzt schon und immer noch vernünftig handeln. Dort müssen wir investieren. Wir dürfen diese Mitarbeit nicht einfach für selbstverständlich halten, sondern müssen sie positiv rückverstärken. Das würde einer Ermüdung entgegenwirken und helfen, das Durchhaltevermögen auch zu erhalten.

Wir alle kennen das: Wenn wir uns als selbstwirksam erleben, dann sind wir ausdauernder. Und wenn ich sehe, was in meinem Quartier hier in Bern an Nachbarschaftshilfen läuft, dann geht das in diese Richtung. Die Menschen sind bereit, sich einzubringen und zu helfen. Diesem Aspekt und Ausdruck von Mitverantwortung sollte mehr Aufmerksamkeit geschenkt wer-

den; auch dieses Potenzial in der Bevölkerung gilt es zu erkennen, anzuerkennen und systematisch zu fördern.

Wo sehen Sie Möglichkeiten, dass sich die Ärzteschaft der Schweiz einbringt?

Da denke ich an verschiedene Ebenen. Zum Beispiel an den praktizierenden Arzt, die praktizierende Ärztin in der Allgemeinarztpraxis. Ich denke, dass dort ohnehin schon sehr gute Voraussetzungen vorherrschen. Dass dort der Patient, die Patientin schon vermehrt im Sinne eines partnerschaftlichen Verhältnisses wahrgenommen wird. Diesen Ärztinnen und Ärzten wird es nicht schwerfallen, ihre Patientinnen und Patienten als Mit-Experten anzusprechen, wenn es um den Umgang mit der Pandemie geht, und sie auf angemessenes und vernünftiges Verhalten hin zu beraten.

Und es gibt die anderen Ebenen, also auch die der organisierten Ärzteschaft. Hier wäre zu überlegen, in welcher Form sich die Berufsvertretungen auch im gesundheits- und sozialpolitischen Diskurs einbringen. Es könnten so vielleicht die sozialrelevanten gesundheitlichen Konsequenzen früher und deutlicher in die politische Diskussion eingebracht werden. Zudem könnte das Grundverständnis des aktiven Patienten, der aktiven Patientin gestärkt werden, ganz aktuell am Beispiel der Pandemie und des bestmöglichen Umgangs damit.

Und was mich gerade akut umtreibt, ist, dass wir in der Schweiz pro Kopf sehr viel Geld ausgeben für ein gutes Gesundheitswesen. Das tun wir aus guten Gründen, denn wir glauben daran, dass die Gesundheit der Bevölkerung ein ganz wichtiges, vielleicht sogar das wichtigste Mass ist für eine gut funktionierende Gesellschaft. Trotzdem stellen sich Interessenvertreter und bestimmte Politikerinnen und Politiker hin und argumentieren in einer Richtung, die auf ein Primat der Wirtschaft gegenüber der Gesundheit hinausläuft. Natürlich weichen sie dann aus, wenn man sie darauf anspricht. Wenn man genau hinhört, geht es aber genau darum. Das beschäftigt mich. Und ich denke, dass das auch etwas ist, was diese Pandemie uns lehrt. Diese Vorstellung, dass die Gesundheit der Bevölkerung das höchste Gut ist, die ist offensichtlich nicht selbstverständlich und wird in diesen Krisenzeiten immer wieder mehr oder weniger direkt infrage gestellt. Ich hoffe, dass wir hier – zusammen mit der Bevölkerung und mit der Ärzteschaft – unsere Stimme erheben. Die Gesundheit sollte das oberste Mass der Dinge sein.

Bildnachweis

© Janosch Abel (Porträt); © Solarisys13 | Dreamstime.com (Symbolbild)

Personalien

Todesfälle / Décès / Decessi

Heinz Bürki (1936), † 26.12.2020, Facharzt für Pathologie, 6030 Ebikon

Marlene Koller (1932), † 8.1.2021, 8700 Küsnacht ZH

Serge Poli (1935), † 14.1.2021, Spécialiste en néphrologie, Spécialiste en médecine intensive et Spécialiste en médecine interne générale, 1005 Lausanne

Praxiseröffnungen / Nouveaux cabinets médicaux / Nuovi studi medici

NW

Claudia Göhring, Fachärztin für Allgemeine Innere Medizin, Haus am Dorfpark, 6374 Buochs

TG

Johannes C. Engesser, Praktischer Arzt, Löwenstrasse 16, 8280 Kreuzlingen

Ärztegesellschaft des Kantons Bern

Ärztlicher Bezirksverein Bern Regio

Zur Aufnahme als ordentliches Mitglied haben sich angemeldet:

Stefan Christen, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin und Facharzt für Gastroenterologie, FMH, Universitätsklinik für Viszerale Chirurgie und Medizin, Inselspital, 3010 Bern

Stephan Mildner, Facharzt für Chirurgie, Schänzlihalde 11, 3013 Bern

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

Ärztegesellschaft des Kantons Luzern

Zur Aufnahme in unsere Gesellschaft Sektion Stadt haben sich gemeldet:

Harald Gregor, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, FMH, ab 1.2.2021: Seestrasse 21, 6353 Weggis

Claudine Kocher, Fachärztin für Infektiologie, Fachärztin für Tropen- und Reisemedizin und Fachärztin für Allgemeine Innere Medizin, FMH, Hirslanden Klinik St. Anna, St. Anna-Strasse 32, 6006 Luzern

Stefan Müller, Facharzt für Radiologie, FMH, Radiologie Luzern AG, Zihlmattdstrasse 46, 6005 Luzern

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

Ärztegesellschaft des Kantons Schwyz

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

Denis Beyer, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin, FMH, Praxis für Allgemeinmedizin Muotathal

Wiebke Mogwitz, Fachärztin für Gynäkologie und Geburtshilfe, Altendorf SZ, für eine ausserordentliche Mitgliedschaft

Katharina Niebler, Fachärztin für Anästhesiologie, FMH, Oberärztin Spital Lachen

Michael Ringli, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin, FMH, Medicoplus Rothen-thurm

Theo Signer, Facharzt für Ophthalmologie, FMH, Chefarzt Vista Diagnostics AG, Pfäffikon SZ

Einsprachen gegen diese Aufnahmen richten Sie schriftlich innert 20 Tagen an Dr. med. Uta Kliesch, Maria-Hilf-Strasse 9, 6430 Schwyz, oder per Mail an [uta.kliesch\[at\]hin.ch](mailto:uta.kliesch[at]hin.ch)

Umgezogen?

Einloggen bei myFMH

Adresse anpassen unter Personalien

EMH Media
SCHWEIZERISCHER ÄRZTEVERLAG
EDITIONS MEDICALES SUISSES



Der Schutz, das Wohlergehen und der Erhalt der Lebensqualität von vulnerablen Personen sind eine gesellschaftliche Pflicht.

Solidarität und Verantwortung in der Pandemie

Heidi Albisser Schleger^a, Ruth Baumann-Hölzle^b, Tanja Krones^c, Settimio Monteverde^d, Jan Schürmann^e

^a Dr. phil., Medizinerin, Universität Basel, Institut für Pflegewissenschaft; ^b Dr. theol., Medizinerin, Institut Dialog Ethik; ^c Prof. Dr. med., Dipl. Soz., Klinische Ethikerin, Universität Zürich, Institut für Biomedizinische Ethik und Medizingeschichte, Universitätsspital Zürich; ^d Prof. (FH), PhD, RN, Klinischer Ethiker, Hochschuldozent, Berner Fachhochschule, Departement Gesundheit, Universität Zürich, Institut für Biomedizinische Ethik und Medizingeschichte, Universitätsspital Zürich; ^e MA, Klinischer Ethiker, Universitätsspital Basel

Die Corona-Pandemie berührt weite Bereiche des gesellschaftlichen, wirtschaftlichen und politischen Lebens. Mit hoher Dringlichkeit stellt sich angesichts der Ressourcenknappheit die Forderung nach einer konkret gelebten Solidarität und verantwortungsvollen Koordination zwischen Behörden, Organisationen, Institutionen, Generationen und Individuen. Medizinerinnen und -ethiker der Schweiz formulieren dazu vier Postulate.

In der ersten Pandemiewelle standen die drohende Überlastung des Gesundheitswesens, der Schutz des Lebens und der Lebensqualität besonders vulnerabler Personengruppen und die Ausstattung von Gesundheitseinrichtungen mit Schutzmaterial im Vordergrund. Die Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissenschaften (SAMW) [1], die Schweizerische Gesellschaft für Intensivmedizin (SGI) [1, 2], die Nationale Ethikkommission im Bereich der Humanmedizin

[3], die Swiss National COVID-19 Science Task Force [4], der Schweizerische Berufsverband der Pflegefachfrauen und der Pflegefachmänner [5–7], die Stiftung Dialog Ethik [8] sowie eine Gruppe von Medizinerinnen und Mediziner der Schweiz [9] haben wiederholt auf damit verbundene ethische Herausforderungen hingewiesen. In der zweiten Pandemiewelle haben sich diese Herausforderungen verschärft, es sind aber auch weitere hinzugekommen. So zeigen

sich neue Personengruppen, die für die Auswirkungen der Pandemie besonders verletzlich sind, wie etwa Kinder, Familien, Alleinerziehende, alleinstehende Seniorinnen und Senioren oder Menschen in prekären sozialen Lagen. Zudem werden durch die Corona-Pandemie existierende Herausforderungen im Gesundheitswesen verschärft: Unterfinanzierung von ambulanten und stationären Leistungen, fehlende Finanzierung von Pandemie-spezifischen Massnah-

Die Grundversorgung muss gestärkt und verletzbare Personengruppen müssen geschützt werden.

men, mangelnde Koordination der Leistungserbringer im Umgang mit knappen Ressourcen, aber auch Fachkräftemangel sowie die physische und psychische Erschöpfung des Gesundheitspersonals. Diese schon bekannten Herausforderungen bedrohen in der Corona-Pandemie den Sicherstellungsauftrag von Institutionen der Gesundheitsversorgung für die gesamte Wohnbevölkerung.

Vier Postulate

Die Autorinnen und Autoren des vorliegenden Appells zeigen im Folgenden vier Aspekte auf, in denen sie das ethische Postulat einer gelebten Solidarität und Verantwortung besonders gefährdet sehen. Sie fordern die Verantwortlichen auf der Ebene von Bund, Kantonen, Gemeinden, Leistungserbringern und -finanzierern auf, rasch konkrete Massnahmen zu ergreifen, welche die Grundversorgung stärken, besonders verletzbare Personengruppen schützen, die Transparenz in der Koordination von Verlegungen sowie der Triage, sofern diese unvermeidlich ist, sicherstellen.

1. Stärkung der Grundversorgung

Die medizinische Grundversorgung ist der Grundpfeiler eines funktionsfähigen Gesundheitswesens. Diese muss gerade auch in der Pandemie gestärkt werden. Dies schliesst die verstärkte Einbindung der Hausarztmedizin und der Spitex-Dienste in die öffentlichen Gesundheitsmassnahmen zur Bekämpfung der Pandemie ein sowie die häusliche Betreuung und Versorgung von COVID-19- und anderen schwer Erkrankten, die keine Hospitalisation wünschen. Der Zugang zu palliativer Versorgung von COVID-19-Patientinnen und -Patienten muss unabhängig vom Ort der Behandlung (Heim, Spital oder zu Hause) gewährleistet sein. Ebenso muss die psychiatrische, psychotherapeutische und psychologische Betreuung gestärkt werden, um den akuten Bedarf

zu bewältigen und psychische Langzeitfolgen der Pandemie zu lindern. Zur Stärkung der Grundversorgung gehört auch der Ausbau der Telemedizin.

2. Schutz vulnerabler Personengruppen

Der Schutz, das Wohlergehen und der Erhalt der Lebensqualität von vulnerablen Personen ist eine gemeinschaftliche Aufgabe und dadurch auch grundlegende Pflicht aller Akteurinnen und Akteure im Gesundheits- und Sozialwesen. Die COVID-19-Pandemie hat unterschiedliche Personengruppen besonders verletzlich gemacht. Diese Verletzlichkeit kann durch das Lebensalter (z.B. Kinder, Betagte), soziale Umstände (Jugendliche im Schulalter, Alleinerziehende, Heimbewohnerinnen und -bewohner), die gesundheitliche Situation (z.B. Risikogruppen) oder den Arbeitsort (Gesundheits- und Sozialwesen) verstärkt werden. Auf die Wahrung der Persönlichkeitsrechte von *Bewohnerinnen und Bewohnern von Pflegeheimen und weiteren Wohneinrichtungen* ist unbedingt zu achten. Dies schliesst den garantierten Zugang von *essential visitors* ein, d.h. pflegenden Angehörigen, Beiständen und Fachpersonen (z.B. Hausärztinnen und -ärzte, Seelsorgerinnen und -sorger etc.). Das *Gesundheitspersonal* bedarf effektiver Schutzmassnahmen zum Erhalt der physischen und psychischen Gesundheit. Es muss mit allen Mitteln verhindert werden, dass *Mitarbeitende*

Das Gesundheitspersonal bedarf effektiver Schutzmassnahmen zum Erhalt der physischen und psychischen Gesundheit.

mit bekanntem positivem Befund Kontakt mit Patientinnen, Patienten, Bewohnerinnen und Bewohnern haben. Zudem haben erkrankte Mitarbeitende Anrecht auf eine angemessene Zeit der Genesung. Für ethische Fragestellungen im Umgang mit vulnerablen Personen sollten flächendeckend niederschwellige Strukturen der ethischen Unterstützung zur Verfügung stehen.

3. Transparente Triage- und Verlegungskriterien sowie Koordination

Ressourcen müssen lokal und national optimal koordiniert werden, um Triagesituationen für alle Patientinnen und Patienten im Kontext der COVID-19-Pandemie zu verhindern. Eine rein vorsorgliche «stille» (oder implizite) Triage gewisser Personengruppen, z.B. aufgrund des Alters oder des Wohnorts Pflegeheim, ist ethisch nicht zulässig. Zeichnet sich die Notwendigkeit einer Triage ab, müssen die Kriterien transparent sein, etablierte Richtlinien [1] berücksichtigen und den Willen der betroffenen Person einbeziehen. Wird auf *lokaler* Ebene eine Triage notwendig, *bevor* eine natio-

nale Triage und Koordination etabliert ist – z.B. wegen fehlender lokaler Kapazitäten und Verlegungsoptionen –, muss auch die lokale Triage transparent sein und sich an den Richtlinien der SAMW/SGI [1] orientieren. Für ethische Fragestellungen im Kontext von Triageentscheidungen sollten Strukturen der ethischen Unterstützung vor Ort verfügbar sein.

4. Nachhaltige Finanzierung

Nebst der Grundversorgung leisten auch Spitäler und Kliniken einen unverzichtbaren Beitrag zur Bewältigung der Pandemie. Die Pflicht zu Bereitschaftsleistungen während der COVID-19-Pandemie hat bei vielen Spitälern zu grossen, bisher nicht oder ungenügend gedeckten Ertragsausfällen geführt. Fragen der fairen Finanzierung resp. der staatlichen Refinanzierung unterfinanzierter Spitäler sollten mit allen Beteiligten explizit und rasch geklärt werden. Die aktuelle Coronapandemie darf keine nachteiligen Auswirkungen auf die Spitalisten-Verträge haben. Ebenso sollte während der Pandemie die Fallzahlenerhebung für die anstehende Vergabe der Spitalleistungsaufträge sistiert werden, mit Ausnahme der Fallzahlenerhebungen durch den koordinierten Sanitätsdienst. Neben der stationären muss aber auch die ambulante Versorgung in materieller, finanzieller und personeller Hinsicht gleichbehandelt und gefördert werden, um die schweren Auswirkungen der Krise besser zu bewältigen. Durch eine transparente, koordinierte Verteilung von Patientinnen und Patienten können lokale Triagesituationen verhindert werden, was die Gesundheitsversorgung für die ganze Bevölkerung sichert.

Mitautorinnen und Mitautoren

Bernice Elger, Prof. Dr. med.; Isabelle Karzig, MScN, MAE; Diana Meier-Allmendinger, Dr. med., lic. theol.; Andrea Moser, MScN; Reto Stocker, Prof. Dr. med.; Manuel Trachsel, PD Dr. med. Dr. phil.; Tatjana Weidmann-Hügler, MSc, MA

Das Wichtigste in Kürze

- Die Bewältigung der Covid-19-Pandemie stellt die Gesellschaft vor grosse Herausforderungen. Medizinerinnen und -ethiker der Schweiz formulieren vier Postulate, die den solidarischen und verantwortungsvollen Umgang mit der Krise sicherstellen sollen.
- Sie fordern: die Stärkung der Grundversorgung, den Schutz vulnerabler Personengruppen, transparente Triage- und Verlegungskriterien sowie Koordination und eine nachhaltige (Re-)Finanzierung der medizinischen Leistungen.

Folgende Personen unterstützen diesen Appell (in alphabetischer Reihenfolge)

- Andrea Büchler, Prof. Dr. iur. Dr. h.c., Präsidentin Nationale Ethikkommission im Bereich der Humanmedizin NEK
- Thomas Gruberski, Dr. iur., und Sibylle Ackermann, lic. theol., Dipl.-Biol., Ressort Ethik, Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissenschaften
- Thomas Heiniger, Dr. iur., Präsident Spitex Schweiz
- Annina Hess-Cabalzar, MA Psychotherapie, und David Nadal, Prof. Dr. med., Präsidium Akademie Menschenmedizin
- Susanne Hochuli, Präsidentin Schweizerische Stiftung SPO Patientenorganisation
- Samia Hurst, Prof. Dr. med., Swiss National COVID-19 Science Task Force, Leiterin Expertengruppe Ethische, rechtliche und soziale Fragen
- Isabelle Moret, Präsidentin H+ Die Spitäler der Schweiz
- Bianca Schaffert, MScN, Präsidentin Ethikkommission Schweizerischer Berufsverband der Pflegefachfrauen und Pflegefachmänner
- Johanna Sommer, Prof. Dr. med. (FMH AIM), Vorsteherin Institut Hausarztmedizin, Medizinische Fakultät, Universität Genf
- Franziska Sprecher, Prof. Dr. iur., Professorin für Gesundheitsrecht, Universität Bern
- Laurent Wehrli, Präsident CURAVIVA Schweiz, und Markus Leser, Dr. phil., Leiter Fachbereich Menschen im Alter CURAVIVA Schweiz

Literatur

- 1 www.samw.ch/dam/jcr:14cb0e53-eedb-4089-96dd-b49a1b388994/richtlinien_v3-1_samw_triage_intensivmedizinische_massnahmen_ressourcenknappheit_20201217.pdf
- 2 www.sgi-ssmi.ch/files/Dateiverwaltung/COVID_19/Stellungnahmen%20SGI/IMSGCVCVCM_Stellungnahme_COVID-19_201217_DE_06.pdf
- 3 www.nek-cne.admin.ch/de/ueber-uns/news/news-details/nek-ve-roeffentlicht-stellungnahme-zum-schutz-der-persoenlichkeit-in-institutionen-der-langzeitpflege/
- 4 <https://sciencetaskforce.ch/expertengruppe-ethics-legal-social/>
- 5 www.sbk.ch/aktuell/news-single?tx_news_pi1%5Bnews%5D=529&cHash=945dcacc3bc32ec49159514f6ea8d88b
- 6 www.sbk.ch/files/sbk/Aktuell/COVID_19/2020_05_08_Eth_Herausforderungen_SARS-CoV2_def_d.pdf
- 7 www.sbk.ch/files/sbk/pflegethemen/docs/SBK-ASI_Ethik_Standpunkt_Isolation.pdf
- 8 www.dialog-ethik.ch/ueber-uns/aktuell/kommentar-zur-zeit-vom-13-november-2020
- 9 <https://saez.ch/article/doi/saez.2020.19037>

Bildnachweis

© Ristinose | Dreamstime.com, Symbolbild

Settimio Monteverde
Universität Zürich
Institut für Biomedizinische
Ethik und Medizin-
geschichte
Winterthurerstrasse 30
CH-8006 Zürich
Tel. 044 634 40 81
settimio.monteverde[at]
uzh.ch

Prekäre Situationen im ambulanten Bereich, bei Hausarztmedizin und Psychotherapie

Finanzierung professioneller Dolmetschleistungen immer noch ungeklärt

Lena Emch-Fassnacht

Lic. phil., Verantwortliche Kommunikation und Projekte, INTERPRET

Zurzeit werden Dolmetschleistungen im ambulanten Bereich nicht von der öffentlichen Hand finanziert. Insbesondere für Haus- und Kinderärztinnen und -ärzte ist dies problematisch. Sie müssen Verständigungsschwierigkeiten und damit schlimmstenfalls eine Fehlversorgung von Patientinnen und Patienten in Kauf nehmen.

Die Vorteile des Einsatzes von professionellen Dolmetschenden anstelle kaum qualifizierter Übersetzungshilfen sind allgemein anerkannt: Professionelle Dolmetschende unterliegen der Schweigepflicht, sie handeln überparteilich, dolmetschen beidseitig, vollständig und sinngemäss. Dies ermöglicht eine effiziente und effektive Erhebung und Kommunikation von Diagnosen, die Patientensicherheit und Wahrung der Patientenrechte, erhöht die Therapietreue und stellt einen diskriminierungsfreien Zugang zur medizinischen Grundversorgung sicher. In der Schweiz können Ärztinnen und Ärzte mit Hilfe des national anerkannten Qualifizierungssystems von INTERPRET auf professionelle Dolmetschende zurückgreifen, wenn die sprachliche Verständigung mit Patientinnen und Patienten erschwert ist [1].

Ärztinnen und Ärzte verlassen sich jedoch in vielen, auch schwierigen Situationen auf «Hände und Füsse» oder greifen auf private Übersetzungshilfen zurück. Sie tun dies mehrheitlich aus zwei Gründen:

Erstens, weil die Finanzierung von professionellen Dolmetschleistungen im Gesundheitswesen nach wie vor nicht geklärt ist, und zweitens, weil die organisatorischen Hürden offenbar so hoch sind, dass die oft einfachere (Not-)Lösung vorgezogen wird. In beiden Fällen wird der Entscheid aber nicht aus fachlichen und qualitätsbezogenen Überlegungen gefällt, sondern aufgrund hinderlicher Rahmenbedingungen. Diese negativen Rahmenbedingungen gilt es zu ändern.

Die aktuelle Situation

Im Jahr 2019 wurden 163 153 Dolmetscheinsätze (oder 53% aller im Kontext des interkulturellen Dolmetschens erfassten Einsätze) im Bereich Gesundheit getätigt [2].

Von diesen rund 163 000 Einsätzen fanden 28% im stationären Bereich statt. Hier empfiehlt die Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren (GDK), die Kosten für Übersetzungs- und Dolmetschdienste, welche zur Durchführung einer zweckmässigen Behandlung erforderlich sind, den Leistungen der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) zuzurechnen [3]. Das Bundesamt für Gesundheit (BAG) und der Bundesrat unterstützen diese Empfehlung [4, 5]. Im Rahmen der Tarifautonomie liegt es jedoch im Ermessen der Tarifpartner, die Kosten der Dolmetschdienste einzuberechnen. Eine Konkretisierung hierzu fand bis jetzt nicht statt. Spitäler, Universitätskliniken und Psychiatrien behelfen sich mit unterschiedlichen Lösungen, zum Beispiel über Leistungsverträge mit den Kantonen, mit Global- oder

Eine Interessengemeinschaft für Verständigung

INTERPRET ist ein 1999 in der Schweiz gegründeter unabhängiger Verein für interkulturelles Dolmetschen und Vermitteln. Er verfügt über ein national anerkanntes Ausbildungs- und Qualifizierungssystem und ist Träger des eidgenössischen Fachausweises für interkulturell Dolmetschende und Vermittelnde. Als nationale Interessengemeinschaft vereinigt und vertritt er alle Akteure des interkulturellen Dolmetschens und Vermittelns: die interkulturell Dolmetschenden, die regionalen Vermittlungsstellen sowie die Ausbildungsinstitutionen. Eine Qualifizierungsstelle definiert und überwacht Standards für die Ausbildung und Zertifizierung.

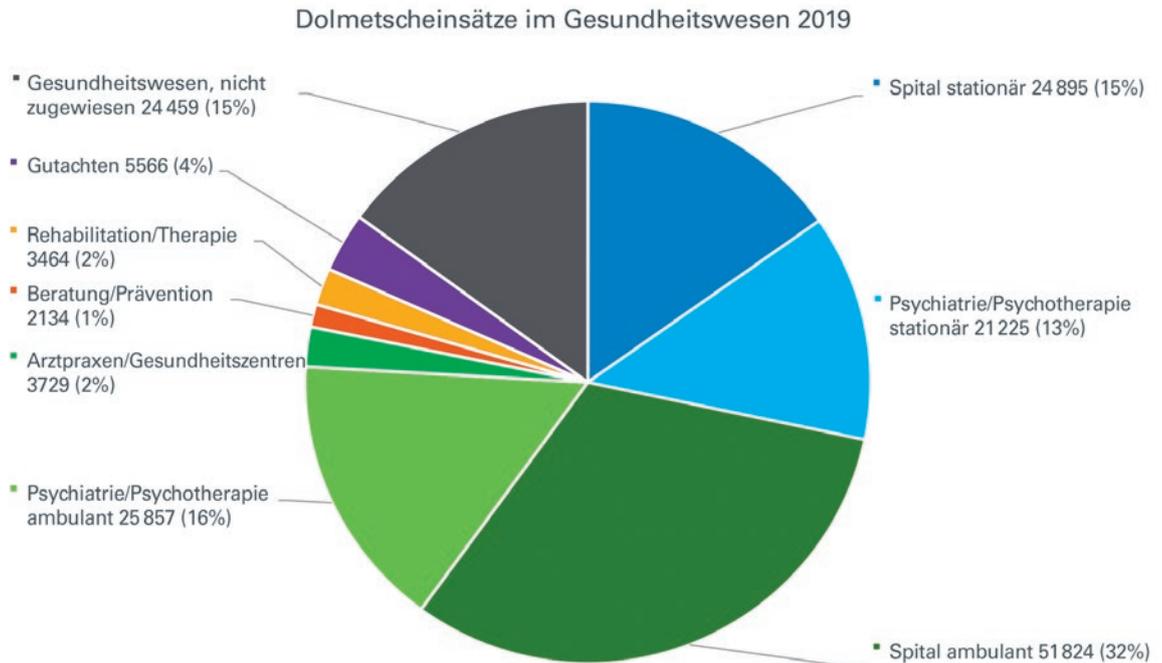


Abbildung 1: Dolmetscheinsätze im Gesundheitswesen, Stand 2019 (Quelle: INTERPRET).

Abteilungsbudgets der Institutionen oder mit zusätzlichen Fonds.

Über die Hälfte (57%) der Dolmetscheinsätze findet jedoch im ambulanten Bereich statt. Für den grössten Teil dieser Dolmetschleistungen ist aktuell keine Finanzierung vorgesehen (Spital und Psychiatrie ambulant, Psychotherapie, private Arztpraxen). Die Kosten werden mehrheitlich von den stationären Einrichtungen (Spitäler und Psychiatrien) sowie durch private oder öffentlich-rechtliche Organisationen (z.B. Ambulatorien des Schweizerischen Roten Kreuzes, Beratungsstellen) getragen.

Unbefriedigende Lage für private Praxen

Sprachschwierigkeiten sind ein zentrales Thema in der Arzt-Patient-Interaktion [7–9]. Eine Situationsanalyse zur Lage von Hausärztinnen und -ärzten zeigt, dass für 83% der Befragten Sprachschwierigkeiten eine besondere Herausforderung darstellen [7]. Die behelfsmässigen Lösungen, wie zum Beispiel Unterhaltung «mit Händen und Füssen» oder der Einsatz von Verwandten und Bekannten als Übersetzungshilfen, werden von den befragten Hausärztinnen und -ärzten als problematisch eingeschätzt. Denn die Schwierigkeiten bleiben damit auf beiden Seiten bestehen: «Einerseits können manche Patienten/-innen ihre Anliegen kaum ausdrücken. Andererseits ist es als Ärztin/Arzt schwierig, solche Patienten/-innen zu verstehen und Diagnosen zu stellen sowie Behandlungsschritte einzuleiten,

insbesondere wenn die Patienten/-innen für längerfristige Therapien instruiert werden müssen» [7]. Hinzu kommt, dass Ärztinnen und Ärzte wegen der unübersichtlichen Lage aufgrund der unterschiedlichen Zuständigkeiten in Kantonen und Gemeinden noch viel weniger auf die Unterstützung durch profes-

Für 83% der Hausärztinnen und Hausärzte stellen Sprachschwierigkeiten eine besondere Herausforderung dar.

sionelle Dolmetschende zurückgreifen [9]. Aus Sicht der Autorenschaft der zitierten Artikel wäre daher eine grundsätzliche Lösung der Finanzierung von Dolmetschleistungen auf nationaler Ebene wünschenswert [7, 9]. Die statistischen Auswertungen der Dolmetscheinsätze zeigen die bedenklichen Auswirkungen des derzeitigen Finanzierungsproblems: Gesamtschweizerisch fanden im Jahr 2019 in privaten Arztpraxen oder Gesundheitszentren nur 3 729 Dolmetscheinsätze statt (2%). Die Hausarztmedizin als Grundversorgung des schweizerischen Gesundheitssystems kann so einem beachtlichen Teil der Bevölkerung nicht gerecht werden.

Ein noch dramatischeres Bild zeigt sich bei der psychotherapeutischen Versorgung. So leiden zum Beispiel 40–50% aller geflüchteten Menschen unter Traumafolgerkrankungen, welche jedoch mehrheitlich aus sprachlichen Gründen nicht therapiert werden können [10]. Durch eine Deckung der Dolmetschkosten

hätten traumatisierte Geflüchtete rascher Zugang zur Therapie, denn geeignete Psychotherapeutinnen und -therapeuten können auch in Privatpraxen und in der Regelversorgung Traumatherapien anbieten für geflüchtete Personen ohne ausreichende Kenntnisse der

Manche Patientinnen und Patienten können ihre Anliegen kaum ausdrücken.

Landessprachen. Dies würde die Chance auf Genesung erhöhen und das Risiko von Chronifizierungen senken, was neben hohen gesundheitlichen und gesellschaftlichen Folgekosten auch viel persönliches Leid ersparen würde.

Nationale Lösungen erforderlich

Das Problem der ungelösten Finanzierung wird von den Tarifpartnern und dem Gesetzgeber anerkannt, es herrscht aber Uneinigkeit, wer für die Lösung zuständig ist. Im Sinne einer Gleichbehandlung für alle Regionen und Leistungsbereiche fordern deshalb das Schweizerische Rote Kreuz (SRK) und INTERPRET für den ambulanten Bereich eine einheitliche nationale Lösung [11]. Der berufliche Alltag im Gesundheitswesen ist geprägt von Begegnungen. Ratsuchende zu verstehen, um gemeinsam der Situation angepasste Massnahmen zu wählen und umzusetzen, ist ein wesentlicher Teil der Arbeit und darf nicht an einer fehlenden Finanzierungslösung scheitern.

Bildnachweis
© INTERPRET

Literatur

- 1 Interpret. Ausbildung und Qualifizierung von interkulturell Dolmetschenden und Vermittelnden. www.inter-pret.ch → Ausbildung und Qualifizierung
- 2 Interpret. Einsatzstatistiken zum interkulturellen Dolmetschen und Vermitteln 2019; 2020. www.inter-pret.ch → Service → Statistiken
- 3 Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren. Empfehlungen zur Wirtschaftlichkeitsprüfung. 2019. www.gdk-cds.ch → gdk → themen → spitalfinanzierung
- 4 Bundesamt für Gesundheit BAG. Faktenblatt. Finanzierung des interkulturellen Dolmetschens im Gesundheitswesen durch die obligatorische Krankenpflegeversicherung (OKP). 2019.
- 5 Stellungnahmen des Bundesrates zur Motion 19.4279 (Sibel Arslan); 2019. www.parlament.ch/de/ratsbetrieb/suche-curia-vista/geschaefft?AffairId=20194279
- 6 Bundesamt für Statistik BFS. Schweizerische Gesundheitsbefragung 2017; 2020. www.bfs.admin.ch/bfs/de/home/aktuell/neue-veroeffentlichungen.assetdetail.14817585.html
- 7 Oetterli M, Laubereau B, Krongrava P, Essig S, Studer C. Unterstützung von Hausärzten/-innen bei der Behandlung von Patienten/-innen mit Migrationshintergrund: Situationsanalyse, Handlungsbedarf und Empfehlungen zu Massnahmen. Studie zuhanden des BAG und der Dienststelle Soziales und Gesellschaft (DISG) des Kantons Luzern, Interface Politikstudien Forschung Beratung und Institut für Hausarztmedizin und Community Care. Luzern; 2016. www.bag.admin.ch → bag → empfehlungen-hausaerzte
- 8 Migrant Women's Health Care Needs for Chronic Illness Services in Switzerland (MIWOCA). 10 Empfehlungen zur Verbesserung der gesundheitlichen Versorgung von Frauen mit chronischen Erkrankungen unter besonderer Berücksichtigung von Patientinnen mit Migrationserfahrung. Empfehlungen. Nationales Forschungsprogramm 74 Gesundheitsversorgung, Universität Bern; 2020. www.miwoca.ch/wp-content/uploads/sites/12/2020/03/MIWOCA-Empfehlungen_DE_FINAL.pdf
- 9 Jäger F, Pellaud N, Laville B, Klausner P. Barriers to and solutions for addressing insufficient professional interpreter use in primary healthcare. *BMC Health Services Research*. 2019; 19:753.
- 10 Kiselev N, Morina N, Schick M, Watzke B, Schnyder U, Pfaltz M. Barriers to access to outpatient mental health care for refugees and asylum seekers in Switzerland: the therapist's view. *BMC Psychiatry*. 2020; 20:378.
- 11 Interpret, SRK. Finanzierung notwendiger Dolmetschdienste im Gesundheitswesen. 2020. www.inter-pret.ch → Positionen und Stellungnahmen

Das Wichtigste in Kürze

- Professionelle Dolmetschende ermöglichen eine effiziente und effektive Erhebung und Kommunikation von Diagnosen, die Patientensicherheit und Wahrung der Patientenrechte, erhöhen die Therapietreue und stellen einen diskriminierungsfreien Zugang zur medizinischen Grundversorgung sicher.
- Die Finanzierung von professionellen Dolmetschleistungen im Gesundheitswesen ist nach wie vor nicht geklärt.
- Besonders im ambulanten Bereich, bei Hausarztmedizin und Psychotherapie wird aufgrund ungeklärter Finanzierungsfragen zu selten auf Dolmetschdienste zurückgegriffen.
- Das Problem der ungelösten Finanzierung wird von den Tarifpartnern und dem Gesetzgeber anerkannt, es herrscht aber Uneinigkeit, wer für die Lösung zuständig ist. Wünschenswert ist eine nationale Lösung.

L'essentiel en bref

- Les interprètes professionnels permettent une collecte et une communication efficaces et efficaces des diagnostics, la sécurité des patients et la préservation de leurs droits, augmentent l'adhésion au traitement et assurent un accès non discriminatoire aux soins de santé primaires.
- Le financement des services d'interprétation professionnelle dans le domaine de la santé n'est toujours pas réglé.
- Ce problème affecte particulièrement le secteur ambulatoire, la médecine de famille et la psychothérapie, où le recours aux services d'interprétation est trop rare.
- Le problème du financement est reconnu par les partenaires tarifaires et le législateur, mais il y a désaccord sur la question de savoir qui est chargé de trouver une solution. Une solution nationale est souhaitable.

Lena Emch-Fassnacht
INTERPRET
Schweizerische Interessengemeinschaft für interkulturelles Dolmetschen und Vermitteln
Monbijoustrasse 61
CH-3007 Bern
Tel. 031 351 38 28
[lana.emch\[at\]inter-pret.ch](mailto:lana.emch[at]inter-pret.ch)

Johanniskraut und Rivaroxaban: Mit Hyperforin-armem Johanniskrautextrakt pharmakokinetische Interaktionen vermeiden

Untersucht wurde der Einfluss eines Hypericumextraktes mit mittlerem Hyperforingehalt auf die Pharmakokinetik und die Pharmakodynamik des Antikoagulanziums Rivaroxaban [1]. Der Johanniskrautextrakt bewirkte eine Reduktion der Rivaroxaban-Exposition in Verbindung mit einer proportionalen signifikanten Abnahme des pharmakodynamischen Effekts. «Das unterstreicht einmal mehr die klinische Relevanz der durch Hypericum verursachten pharmakokinetischen Interaktionen», so Prof. Dr. Stephan Krähenbühl, Basel. Verantwortlich dafür ist der Hyperforingehalt des Johanniskrautextraktes [2]. Je weniger Hyperforin ein Johanniskrautextrakt enthält, desto geringer ist das pharmakokinetische Interaktionsrisiko. Daher kommen die Autoren zu der Empfehlung, bei Rivaroxaban-Patienten einen Hyperforin-armen Johanniskrautextrakt (z.B. Ze 117 mit einer maximalen Hyperforin-Tagesdosis von 1 mg) einzusetzen.

[1] Scholz I et al. <https://doi.org/10.1111/bcp.14553>

[2] Moore LB et al. PNAS. 2000;97:7500–2.

Quelle: Max Zeller Söhne AG, eingereicht am 21.1.2021

SWICA lanciert Telemedizingerät für Selbstuntersuchungen

Nach einem Jahr Pilotphase können ab sofort alle SWICA-Versicherten das innovative Telemedizingerät TytoHome kaufen und einsetzen. Das Gerät, für das sich SWICA in der Schweiz die Exklusivrechte gesichert hat, konnte in der Testphase durch Benutzerfreundlichkeit und medizinische Qualität überzeugen. Eine Umfrage unter den Testnutzern hat gezeigt, dass rund 90 Prozent der Teilnehmenden mit TytoHome «zufrieden» oder gar «sehr zufrieden» sind. Mit TytoHome können Patientinnen und Patienten selbständig Tonaufnahmen des Herzens, der Lunge und der Bauchregion sowie digitale Bilder und Videos des äusseren Gehörgangs, des Trommelfells, des Rachens und der Haut erstellen. Zudem sind präzise Messungen der Herzfrequenz und der Körpertemperatur möglich. Die Daten können an den Telemedizinanbieter santé24 übermittelt werden und erlauben den Ärztinnen und Ärzten von santé24 eine differenzierte Diagnosestellung, sichere Behandlung und optimale Nachkontrolle.

Quelle: SWICA Gesundheitsorganisation, eingereicht am 18.1.2021

Deutschlands BfArM tritt SNOMED International für die landesweite Nutzung von SNOMED CT bei

LONDON, 6. Januar 2021 (GLOBE NEWSWIRE) – Die Bundesanstalt für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) hat ihre Mitgliedschaft bei SNOMED International für die nationale Nutzung von SNOMED CT ab Anfang Januar 2021 bekannt gegeben.

SNOMED CT, die weltweit umfassendste klinische Terminologie und ein anerkanntes kritisches Element für den elektronischen Austausch von Gesundheitsdaten, ist ein wichtiger Baustein für die Umsetzung der deutschen Digitalisierungsinitiative. Ab dem 1. Januar 2021 können sich deutsche Benutzer registrieren, um eine kostenlose Lizenz für die Nutzung von SNOMED CT anzufordern, indem sie die Website des National Release Center des BfArM besuchen.

Quelle: SNOMED International, eingereicht am 15.1.2021

Neues Positionspapier: «Sozialethische Überlegungen zum Umgang mit Sterben und Tod»

Dialog Ethik setzt sich mit diesem neuen Positionspapier für eine humane Sterbekultur im Sinne von professioneller Palliative Care ein. Fokussiert wird darin schwerpunktmässig auf den gesellschaftlichen Umgang mit der Suizidbeihilfe aus einer sozialethischen Perspektive. Es wird auch der Frage nachgegangen, ob es Gefängnisinsassen möglich sein soll, mit Suizidbeihilfe aus dem Leben zu scheiden. Das Positionspapier ist in fünf Teile strukturiert. Der erste Teil stellt acht Thesen und sich daraus ergebende acht Forderungen auf. Der zweite Teil des Positionspapiers erklärt Begriffe, während im dritten Teil in einem Exkurs auf den selbstbestimmten freiwilligen Nahrungs- und Flüssigkeitsverzicht eingegangen wird. Der vierte Teil nennt die Voraussetzungen für die Entscheidungsfindung am Lebensende. Im fünften Teil befindet sich eine Literaturübersicht zur vertieften Auseinandersetzung mit der Thematik.

Quelle: Stiftung Dialog Ethik, eingereicht am 13.1.2021

Operationen können Epilepsie heilen

Eine neue Broschüre der Schweizerischen Epilepsie-Liga gibt Auskunft zur Epilepsiechirurgie.

Zwanzig Jahre lang litt Kerstin G. trotz Behandlung an epileptischen Anfällen. Erst als sie den Neurologen wechselte, stellte sich heraus: Ihre Epilepsie war operabel, und heute ist Kerstin G. anfallsfrei.

Der Name ist fiktiv, die Geschichte nicht: Auch in der Schweiz kommt es bis heute vor, dass Epilepsiebetreffende erst nach Jahrzehnten im Hinblick auf eine mögliche Operation untersucht werden. Dabei ist die Erfolgchance grösser, je früher operiert wird. Rund jede zehnte pharmakoresistente Epilepsie liesse sich mit einem chirurgischen Eingriff heilen. Ist das nicht möglich, gibt es palliative Operationen, insbesondere elektrische Stimulationsverfahren.

Die neue Informationsbroschüre der Schweizerischen Epilepsie-Liga «Epilepsiechirurgie» lässt sich auf Deutsch, Französisch und Italienisch downloaden oder bestellen: www.epi.ch/operationen

Quelle: Schweizerische Epilepsie-Liga, eingereicht am 4.12.2020

Noema Pharma beschafft CHF 54 Millionen in Serie-A-Finanzierungsrunde

Die Noema Pharma AG, ein in der Schweiz ansässiger Hersteller von Medikamenten gegen seltene neurologische Erkrankungen, hat am 1. Dezember den erfolgreichen Abschluss einer Serie-A-Finanzierungsrunde mit einem Volumen von CHF 54 Millionen (USD 59 Millionen) bekannt gegeben, mit der die weitere Entwicklung der vielversprechenden Produktkandidaten im klinischen Stadium des Unternehmens finanziert werden soll. Das multinationale Schweizer Pharmaunternehmen Roche erhielt im Austausch gegen Rechte an vier Produktkandidaten im klinischen Stadium eine Aktienbeteiligung an Noema. Die Produktkandidaten werden für neurologische Indikationen entwickelt, in denen hoher medizinischer Handlungsbedarf besteht, wie Anfälle im Rahmen des Tuberosen Sklerosekomplexes (TSC), Trigeminalneuralgie, Tourette-Syndrom und andere seltene neurologische Erkrankungen.

Quelle: Noema Pharma, eingereicht am 1.12.2020

Briefe an die SÄZ

La FMH et son service juridique découragent-ils les médecins de participer aux vaccinations contre la COVID-19?

Lettre concernant: Pally Hofmann U. Vaccin contre le COVID-19: responsabilités et droits des patients. Bull Med Suisses. 2021;102(1-2):5-7.

A la lecture de l'article de la Dr iur. Ursina Pally Hofmann, je pense que tout médecin devrait réfléchir à deux fois avant de participer à la campagne de vaccination contre la COVID-19 en méditant son message:

Pour chaque patient, lors d'un entretien individuel, qui ne peut pas être remplacé par un formulaire d'information, le médecin doit donner les informations selon la notice du fabricant, faire part des réserves exprimées par les autorités, rappeler que la vaccination est facultative et qu'il existe un risque de contamination de tiers, discuter de l'utilité de vaccin selon la situation particulière du patient, l'informer des risques courants, des risques peu probables mais graves ainsi que des risques à long terme qui ne sont pas connus... Tout cela doit être consigné par écrit afin d'obtenir le consentement éclairé du patient!

Merci à la FMH de nous rappeler nos obligations légales avant que nous ne nous lançions avec enthousiasme dans la lutte contre la pandémie en participant aux campagnes de vaccination! Personnellement, j'estime qu'il aurait été plus judicieux de proposer des conseils pratiques et adaptés à ces temps extraordinaires, sans promouvoir une interprétation légaliste susceptible de décourager les médecins et la population, ralentir les vaccinations et affaiblir la lutte contre la COVID-19.

Dr Cédric Vuille, Nyon

Impfen ist nichts anderes als immunologische Bildung

Jeder Mensch hat einen Anspruch auf Bildung. Dies gilt als Menschenrecht. Es gibt Menschen, die in Selbstverantwortung nur homöopathische Dosen von Bildung für sich und ihre Kinder möchten. Diese Freiheit muss man ihnen gewähren, soweit sie damit andere nicht gefährden. In allen Schulen vermitteln Lehrer die Bildung der Kinder, Adoleszenten und Erwachsenen. Sie sind wichtig, weil sie Wissen über immunologische Zusammenhänge lehren. Deshalb sollten sie in Anerkennung dieser Aufgabe auch nach dem direkt betroffenen Pflegepersonal prioritär die Möglichkeit einer Impfung erhalten (bildungspolitische Win-

win-Situation). Lehrer, welche sozial benachteiligte Adoleszente und junge Erwachsene unterrichten, sind vermehrt gefährdet.

Die gelagerten Impfdosen über eine Woche in einem Kühlschrank der Armee, eines Kantons oder eines Arztes ist ein Mass für die Effizienz der Corona-Impfprogramme. Welcher Kanton hat die meisten erhaltenen Impfdosen unter der Haut jener Personen, welche diese Impfung besonders notwendig haben? Nur dort wirken Impfstoffe. Irgendwie wird in der kleinen Schweiz das weltweit so hoffnungsvoll angestrebte Ziel einer raschen und gerechten Verteilung der knappen Impfstoffe administrativ erschwert.

Wenn die Hausärzte die wirksame Impfselektion ihrer Patienten übernehmen, ist dies gemäss dem Zweck der sozialen Gerechtigkeit sinnvoll. Wenn sie die Impfungen auch gleich selbst durchführen dürfen, ist dies wirtschaftlicher, als ein Rezept für Impfstellen auszustellen (WZW).

Es gibt genügend Ärzte, sicher auf dem Land, welche ihre Risikopatienten sofort impfen möchten und könnten. Manche administrativen Ausreden behindern die effektive Verteilung der Impfstoffe, wie Kühlschränke, Organisation und Aufteilen zu grosser Impfstoffpakete, inkompatible Statistiken, Aufbau von Impfzentren usw.

Wegen der aktuellen Lage der Epidemie ist auch rasches Impfen notwendig.

Testen zwecks relevanter Quarantäne sowie Massnahmen zwecks effizienter Virusreduktion über reduzierte Kontakte, Schutzwände, Masken bei Ausscheidern und Empfängern ersetzen keine Impfungen.

Noch braucht es alle Massnahmen. Nur gleichzeitig wirken sie am besten.

Dr. med. Markus Gassner, Grabs

Eine Corona-Satire und ein Rätsel: Wo versteckt sich Normalität, wo der Wahn?

Liebe Leserinnen und Leser

Ich biete Ihnen die einmalige Gelegenheit, in die Gedankenwelt Alain des Grossen (AdG) einzutauchen, unseres Lenkers in schwierigen Zeiten. Kurz nach dem Tod von Mike Shiva habe ich plötzlich an mir die Fähigkeit des Gedankenlesens festgestellt. Sie hat mir erlaubt, AdG (Alain den Grossen) zur Situation zu befragen. Ich muss zugeben, dass ich bisher die Seelenwanderung unterschätzt habe!

Eines Nachts hat AdG geträumt, zu uns zu sprechen:

Liebe Ärztinnen und Ärzte der Schweiz

Ich bin auf Ihre Unterstützung angewiesen: Nur wenn wir weiterhin mit aller Macht daran arbeiten, das Angstlevel hochzuhalten, wird es uns gelingen, die Rückkehr zur virologisch absolut unhaltbaren demokratischen Freiheit zu verhindern. Denn es droht grosse Gefahr für unsere virologische Unversehrtheit: das Referendum gegen das Corona-Notrecht ist zustande gekommen. Da wollen doch Demokratie-Extremisten mich und die Task Force entmachten.

Aber wir haben uns bereits unsere Strategie zurechtgelegt. Wenn alle, die wollen, geimpft sind, werden wir die Situation für sicher erklären. Solange muss geheim bleiben, dass die neuen Mutanten 21 nicht durch den Impfstoff 2020 abgedeckt werden. Dann erfolgt die kurze Öffnung. In dieser Euphorie platzieren wir die Abstimmung über das Notrecht. Alle haben genug von den ewigen Diskussionen und schicken das Referendum bachab.

Erst danach lassen wir die Horrorbotschaft raus, dass die Mutanten 21 auch bei genesenen und geimpften zu Neuinfektionen führen werden. Der Horror geht weiter und ich übernehme wieder das Zepter. Notrecht wird verhängt und 2022, wenn der neue Impfstoff 21 zeitgleich mit der Mutante 22 da ist, werden wir den Lockdown verlängern, bis der Impfstoff 22 und die Mutante 23 da sind. Ahnen Sie, wie es weitergeht?

Die Demokratie ist ja nicht abgeschafft, denn immer, wenn sie virologisch 100% unbedenklich ist, kann sie vorübergehend zwischen zwei Pandemie-Wellen in Kraft treten.

Das gelingt uns aber nur, wenn Sie, liebe Ärztinnen und Ärzte, mithelfen, das Referendum gegen das Notrecht aufzuhalten. Sonst droht ein unzumutbarer Zustand der Demokratie ohne 100%-ige virologische Unbedenklichkeit!

Und einige von Ihnen sind nicht auf meiner Seite:

Auf der Facebook-Seite eines Ihrer Kollegen habe ich folgenden Spruch gefunden:

Wer gefährdet die Demokratie:

Links-extremisten? Nein, denn die sind nicht an der Macht

Rechts-extremisten? Nein denn die sind nicht an der Macht

Islamistische Extremisten? Nein, denn die sind nicht an der Macht

Gesundheits-extremisten? Oh ... die sind ja an der Macht!

Ich habe sofort mit Mark Zuckerberg Kontakt aufgenommen, er hat sich bei mir entschuldigt, dass dieser subversive Tweet noch nicht gelöscht ist. Seine Suchmaschinen haben ihn

nicht gefunden, da das Wort Corona nicht drin vorkommt.

Liebe Ärztinnen und Ärzte, Sie können erahnen, welche tiefgründigen Gedanken mich antreiben, sogar, wenn ich schlafe. Wenn man nicht mehr unterscheiden kann, ob es Tag oder Nacht ist, dann wird die Arbeit im Schlaf fortgesetzt.

Ihr Alain d.G., Lenker der Schweiz in schwierigen Zeiten

Schlusswort des Verfassers: Geschätzte Leserinnen und Leser, ein Erfolg des Referendums gegen das Notrecht könnte also dazu führen, dass die Demokratie trotz infektiologischer Bedenken weiter besteht, können wir das wirklich wollen? Sind Sie sicher, wo Wahn und wo Normalität steckt? Vielleicht liegt der Wahn in der vermeintlichen Normalität?

Dr. med. Rainer Fischbacher, Herisau

Das exponentielle Potenzial von wiederholten Massentests – viraler als das Virus?

Die Diskussion über die diagnostische Qualität von Schnelltests im Rahmen von Massentestungen übersieht einen wichtigen Punkt: Sobald ein Test dem Testkollektiv mehr Infizierte entzieht, als durch die falsch negativen in der nächsten Generation angesteckt werden, gehen die Infektionszahlen im Testkollektiv zurück. Der post-Test-Reproduktionswert (hier als R' bezeichnet) liegt dann unter 1,0 und bei wiederholter Testung ergibt sich ein exponentieller Rückgang der Infektionszahlen. Besonders hohe Anforderungen an die Sensitivität sind nicht notwendig: selbst bei einer Sensitivität von 50% ergeben sich noch epidemiologisch vorteilhafte Effekte.

Dazu ein Beispiel: In einem Testkollektiv befinden sich 100 Infizierte. Diese stecken nach einem Generationszyklus von 14 Tagen durchschnittlich jeweils 3 Personen an, sodass nach zwei Wochen 300 Infizierte vorhanden sind ($R = 3$, Verdopplungszeit 8,8 Tage). Ein Test mit einer Sensitivität von 90% hätte von den initial 100 Infizierten 90 Personen erkannt und isoliert und so die Ansteckungen auf 30 reduziert. Die R' -Zahl im Testkollektiv würde von 3,0 auf 0,3 sinken ($R' = R * (1 - \text{Sensitivität})$). Wiederholt man diesen Test nach 14 Tagen, bleiben wiederum nur 10% der Infizierten übrig, die erneut jeweils 3 Personen anstecken – R' bleibt bei 0,3. Bei n Wiederholungen ergibt sich ein exponentieller Rückgang mit R' hoch n . Führt man diesen Test insgesamt viermal im Abstand von 14 Tagen durch, sinkt die Zahl der Infizierten im Testkollektiv nach 6 Wochen auf 0,81% des ursprünglichen Niveaus (0,3 hoch 4). Ein Test mit einer Sensitivität von 66,7% alle

14 Tage genügt in diesem Beispiel, um das Infektionsgeschehen in eine Stagnation ($R' = 1$) zu überführen: von drei Infizierten werden zwei erkannt und isoliert. Der übrig gebliebene würde wiederum drei anstecken.

Selbst eine Sensitivität von 50% hätte einen vorteilhaften Effekt: Die R' -Zahl würde von 3 auf 1,5 sinken. (Der oft gehörte Vergleich mit einem Münzwurf hinkt, da die Gesunden durch die hohe Spezifität weiterhin zuverlässig erkannt werden.)

Ein Manko besteht jedoch: Die Infizierten, die sich in der Anfangsphase der Infektion befinden und deren Viruslast unter der Nachweisgrenze liegt, werden vom Test nicht erkannt. Es besteht eine diagnostische Lücke von einigen Tagen im Krankheitsverlauf. Diese subdiagnostisch Infizierten stellen bei den Antigen-Schnelltests einen nicht unerheblichen Anteil der gesamten Infizierten. Ein verkürztes Testintervall (z.B. 7 Tage) kann diese übersehen und zwischenzeitlich infektiösen Personen früher erkennen. Die diagnostische Lücke wird kleiner. Tägliche Testung des Kollektivs würde die Lücke sogar weitgehend schliessen. Das exponentielle Potenzial wiederholter Massentests und die Wichtigkeit von kurzen Testintervallen sollten gerade jetzt berücksichtigt werden, wo einfach zu handhabende Speichel-Schnelltests aufkommen und den Weg frei machen zur repetitiven Massentestung in grossem Stil: täglich zu Hause.

*Dr. med. Andreas Kümmel,
Facharzt für Radiologie, Kreuzlingen*

«Solidarität» und «Ethik»

Der saloppe Gebrauch dieser beiden moralisch entstellten Begriffe sowohl unter uns Ärzten als auch unter den führenden Politikern ist für den nüchtern denkenden, aufgeklärten Bürger schmerzlich.

Unter dem vielzitierten Wort «Solidarität» in der sog. Coronakrise wäre eigentlich zu verstehen, dass die Regierungsmitglieder des Bundes und der Kantone, die Parlamentarier, die Universitätsangestellten der Taskforce, im Grunde genommen alle staatlich abgesicherten Gehalts- und Lohnempfänger während der verordneten Massnahmen abgestuft beispielsweise auf 50% bis 30% ihrer Gehälter zugunsten der betroffenen berufseingeschränkten Arbeitnehmer und Arbeitgeber verzichten würden. Es wäre dann auch besonders interessant, wie einschneidend die Regierungsbeschlüsse noch ausfallen würden. Diese sogenannte «Solidarität» stützt sich ja auf das Fundament der sogenannten «Ethik». Wenn man sieht, wie utilitaristisch und egoistisch auch dieser Begriff verwendet wird, müsste

wieder einmal in Berücksichtigung gezogen werden, dass wir eine geradezu unheimliche Doppelmoral leben: dass für die zunehmend überalterten, über 80-jährigen Menschen, die bereits über 90% ihrer durchschnittlichen Überlebenszeit hinter sich gebracht haben, ganze jüngere Generationen in wirtschaftlichen, sozialen und psychischen Abgrund verdammt werden und daneben jährlich mindestens 10 000 ungeborene Individuen bei einer durchschnittlichen Lebenserwartung von über 80 Jahren mit einem ethisch-juristischen Ablassbrief in den ersten 12 Wochen ihres Daseins ungestraft meuchlings umgebracht werden. Es braucht zu diesem Verständnis keinen religiös dogmatischen Hintergrund, das klare rationale Denken genügt, um zu wissen, dass aus keinem befruchteten menschlichen Ei etwas anderes als ein menschliches Individuum hervorgeht. Dasselbe rationale Denken weist uns darauf hin, dass mit den grossartigen medizinischen und hygienischen Fortschritten diese – wenn auch unkorrekt, unter Weglassung der abgetriebenen Individuen berechnete, ständig steigende Lebenserwartung – immer näher an die naturgegebene Sterblichkeit des Menschen heranrücken. Wir werden doch, wenn wir solche Erscheinungen wie die «Coronakrise» etwas menschlicher verstehen wollen, besonders aufgefordert, über Notwendigkeit von Krankheit im Zusammenhang mit der Endlichkeit, mit Sterben und Tod noch etwas umfassender zu denken. Es sind ja niemals Zahlen, die sterben, es sind in jedem Falle immer ganz bestimmte, einmalige Individuen mit einer ganz einzigartigen Biographie, die schicksalsmässig mit oder an Covid-19 erkranken und möglicherweise daran sterben. Ist es denn wirklich die alleinige ärztliche und politische Aufgabe, das Tor am Ende des Lebens mit aller politischen und medizinischen Brachialgewalt zu verrammen? Mit höchstem Respekt stehe ich vor all den Pflegepersonen, den Angehörigen, den Kollegen, die in selbstloser Hingabe sich diesen Menschen seelisch-geistig und somatisch heilend widmen, den Tod mit gebührender Ehrfurcht akzeptierend. Ist es richtig, dass wir Haus- und Klinikärzte vom reinen Apparatezwang, von virologischen Schreibtisch- und Laborgelehrten, von Politikern und Statistikern statt beraten, bevormundet werden müssen? Muss die Heilkunst sich vor der medizinisch-statistisch-juristischen Politik beugen? Quo vadis Homo sapiens?

*Dr. med. Samuel Aebi,
Facharzt Allgemeine Medizin, Ittigen*

Mitteilungen

Facharztprüfung

Facharztprüfung zur Erlangung des Facharzttitels Dermatologie und Venerologie

Schriftliche Prüfung SGDV

Datum:

13. November 2021

Ort:

Bern (Der genaue Ort wird noch bekanntgegeben.)

Anmeldefrist:

Die Registrierung für das schriftliche Examen beginnt am 1. Februar 2021, *Anmeldeschluss ist der 15. August 2021.*

Mündliche Prüfung SGDV

Datum:

25. November 2021

Ort:

Universitätsspital in Zürich

Anmeldefrist:

Die Registrierung für das mündliche Examen beginnt am 1. Februar 2021, *Anmeldeschluss ist der 15. August 2021.*

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

Jack Plaschkes Memorial Award

The Swiss Paediatric Oncology Group (SPOG) and the Swiss Society of Pediatric Surgery are delighted to open applications for the **JACK PLASCHKES Memorial Award 2020/2021 in the amount of CHF 5000.**

This prize is intended to promote Clinical and/or Basic Research in the field of Paediatric Oncological Surgery in Switzerland.

We encourage junior colleagues fulfilling the requirements to apply.

Requirements for applicants:

- Paediatric surgeons in training
- Age below 40 years (i.e. born after 1.1.1980)
- Swiss candidate working in a Swiss or foreign academic institution
- Swiss candidate or foreigner working in a Swiss academic institution
- Foreigners working outside Switzerland in collaboration with a Swiss academic institution

Clinical Research or Basic science Projects which are achieved, in process or in project, can be submitted.

Please send the following documents:

- Up-to-date CV
- Cover letter
- Letter of recommendation from a supervisor
- Short summary (max. 4,000 characters) describing the project

to:

Partner Relations [partnerrelations\[at\]spog.ch](mailto:partnerrelations[at]spog.ch)

SPOG Coordinating Center
Effingerstrasse 33, 3008 Bern

before 15 April 2021.

The selected candidate will be awarded during the SPOG Scientific Meeting (4–5 June 2021) in Bern.

Aktuelle Themen auf unserer Website

www.saez.ch → Tour d'horizon



Interview mit Jürg Schlup, dem scheidenden Präsidenten der FMH

«Ich halte nichts von Selbstdarstellung»

2012 wurde Jürg Schlup zum Präsidenten Verbindung der Schweizer Ärztinnen und Ärzte gewählt. Ende Januar gibt er die Leitung an seine Nachfolgerin Yvonne Gilli ab und blickt auf acht bewegte Jahre zurück.



Ursina Pally Hofmann, Rechtsanwältin, Generalsekretärin und Leiterin Rechtsdienst FMH

COVID-19-Impfung: Haftung und Patientenrechte

Antworten auf die wichtigsten Haftungsfragen im Zusammenhang mit einer Impfung und Pflichten der Ärzteschaft.



Zürich, Februar 2021

Wichtige Mitteilung zu XELJANZ® (Tofacitinib)

Streichung der 10 mg 2× täglich Dosis bei rheumatoider Arthritis und zusätzliche Angaben zum erhöhten Risiko für venöse Thromboembolien und zur Gesamtmortalität.

Zusammenfassung

- In einer PASS-Studie (Post Authorization Safety Surveillance) wurde bei Patienten, die mit XELJANZ® behandelt wurden, im Vergleich zu TNF-Hemmern (TNFi) ein dosisabhängiger Anstieg von Ereignissen einer Lungenembolie (LE) beobachtet. An der Studie nahmen Patienten mit rheumatoider Arthritis (RA) in einem Alter von ≥50 Jahren mit mindestens einem kardiovaskulären Risikofaktor teil.
- In dieser Studie wurde bei Patienten, die mit XELJANZ® 10 mg 2× täglich (BID) behandelt wurden, im Vergleich zu Patienten, die XELJANZ® 5 mg BID oder TNFi erhielten, eine höhere Gesamtmortalität verzeichnet.
- Swissmedic hat daher entschieden, dass für die XELJANZ® 10 mg BID Dosis zur Behandlung von RA kein positives Nutzen-Risiko-Profil mehr besteht. Somit ist diese Dosis für die Behandlung von RA nicht mehr zugelassen.
- Die einzige in der Schweiz für die Behandlung von RA zugelassene XELJANZ® Dosis ist 5 mg BID.
- Fachpersonen sollen Patienten vor und während der Behandlung auf Risikofaktoren für venöse Thromboembolien (VTE) beurteilen. Untersuchen Sie Patienten mit Anzeichen und Symptomen einer VTE sofort. Beenden Sie die Behandlung mit XELJANZ® bei Patienten mit Verdacht auf VTE, unabhängig von der Dosis oder Indikation.

Sehr geehrte Damen und Herren,
In Absprache mit Swissmedic möchte Pfizer Sie über Folgendes informieren:

Hintergrundinformation

Im April 2019 wurden Fachpersonen in der Schweiz informiert, dass in einer grossen, laufenden randomisierten PASS-Studie bei Patienten, die mit XELJANZ® behandelt wurden, im Vergleich zu TNFi ein Anstieg von LE-Ereignissen beobachtet wurde. In dieser Studie wurden ≥50-jährige Patienten mit RA und mindestens einem kardiovaskulären Risikofaktor mit 5 mg XELJANZ® BID, 10 mg XELJANZ® BID oder einem TNFi behandelt. In der aktuellsten Ad-hoc-Analyse dieser Studie erhöhte sich bei Patienten, die mit 5 mg BID behandelt wurden, das LE-Risiko (Inzidenzrate [95%-Konfidenzintervall] pro 100 Patientenjahre: 0.27 [0.12–0.52]) im Vergleich zu TNFi (0.09 [0.02–0.26]), und dieses Risiko stieg unter 10 mg BID weiter an (0.54 [0.32–0.87]).

In derselben Studie wurde bei mit XELJANZ® behandelten Patienten eine erhöhte Gesamtmortalität beobachtet. Die IR (95%-KI) lagen bei 0.89 (0.59–1.29) für 10 mg BID, 0.57 (0.34–0.89) für 5 mg BID und 0.27 (0.12–0.51) für TNFi.

Empfehlungen für Fachpersonen

Die 10 mg BID Dosis sollte für die Therapie der RA nicht angewendet werden. XELJANZ® 5 mg BID ist für RA und Psoriasis-Arthritis die einzige empfohlene Dosis und ist auch für die Erhaltungstherapie bei Colitis ulcerosa (CU) zugelassen.

Patienten sollten vor und während der Behandlung mit XELJANZ® auf VTE-Risikofaktoren beurteilt werden. Untersuchen Sie Patienten mit Anzeichen und Symptomen einer VTE sofort und beenden Sie die Behandlung mit XELJANZ® bei Patienten mit Verdacht auf VTE, unabhängig von der Dosis oder Indikation.

Aufgrund der Streichung der 10 mg BID Dosis wurden die Dosisanpassungsempfehlungen aktualisiert:

Bei RA-Patienten, die starke Inhibitoren von CYP3A4 (wie Ketoconazol) oder CYP2C19 (wie Fluconazol) erhalten, darf die Dosis von XELJANZ® 5 mg 1× täglich nicht überschritten werden.

Bei RA-Patienten mit mittelschwerer Beeinträchtigung der Leberfunktion sowie auch bei RA-Patienten mit mittelschwerer oder schwerer Beeinträchtigung der Nierenfunktion darf die Dosis von 5 mg 1× täglich nicht überschritten werden. Schwere Leberinsuffizienz bleibt eine Kontraindikation.

Bei CU bleibt XELJANZ® 10 mg BID zur Einleitung der Behandlung sowie bei Therapieversagen in dieser Indikation zugelassen.

Meldung unerwünschter Arzneimittelwirkungen

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

Kontaktangaben

Sollten Sie weitere Fragen haben oder zusätzliche Informationen benötigen, so wenden Sie sich bitte an Pfizer Medical Information tel: +41 (0) 43 495 71 11 oder EUMedinfo@pfizer.com.

Beilagen

Für weitere Informationen verweisen wir auch auf die Arzneimittelfachinformation von XELJANZ® unter <http://www.swissmedicinfo.ch>

Mit freundlichen Grüssen

Dr. med. Rahel Troxler Saxer, Medical Director
Vanessa Kermer, Head Regulatory Affairs

Pfizer AG
Schärenmoosstrasse 99
8052 Zürich

Verabschiedung Beat Bär



Beat Bär gibt nach neun Jahren die Geschäftsführung der FMH Services Genossenschaft auf eigenen Wunsch ab und tritt in den wohlverdienten Ruhestand. Unter seiner strategischen Führung entwickelte sich die FMH Services erfolgreich weiter als kompetentes, breit gefächertes führendes Beratungsunternehmen im Gesundheitswesen. Wir danken Beat Bär für seine engagierte, kompetente und erfolgreiche Führung unserer Organisation und wünschen ihm für seine Zukunft nur das Beste.

Herzlich willkommen Markus Lehmann



Per 1. Januar 2021 durften wir Markus Lehmann, lic. rer. pol. Universität Bern, als neuen Geschäftsführer bei der FMH Services Genossenschaft begrüßen. Markus Lehmann war seit 1994 in verschiedenen Positionen als Führungskraft bei der Credit Suisse tätig. Wir freuen uns, mit Markus Lehmann einen erfahrenen Nachfolger gefunden zu haben, und wünschen ihm bei seiner neuen Aufgabe viel Freude und Erfolg.



Rechtsschutz

| Einfach zu
seinem Recht
kommen

Sonderkon-
ditionen für
Mitglieder von
FMH Services

Recht haben ist nicht gleich Recht bekommen
**Rechtsschutzversicherung für angestellte
und selbständige Ärzte**

- Privat-, Verkehrs- und Berufsrechtsschutz in einem
- Prämien sparen dank exklusiven Rahmenvertragskonditionen
- Deckung bei Streitigkeiten infolge Überarztung

INSURANCE

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



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



Genetische Untersuchungen im medizinischen Bereich

Marcel Boller

Dr. iur., Rechtsanwalt, Zürich

Das Inkrafttreten des revidierten Gesetzes über genetische Untersuchungen beim Menschen (GUMG) ist im Laufe des Jahres 2021 geplant. Revidiert wurde es vor allem aufgrund schneller technologischer und gesellschaftlicher Entwicklungen. Das Gesetz regelt die Veranlassung medizinischer genetischer Tests. Das GUMG verlangt teilweise einen Facharzttitel, damit entsprechende Untersuchungen angeordnet werden dürfen. Zudem stärkt es den Datenschutz und das Selbstbestimmungsrecht der Betroffenen, da es erhöhte Anforderungen an die Einwilligung und die Aufbewahrung der Daten stellt.

Initiierung von genetischen Tests

Genetische Tests im medizinischen Bereich sind besonders wichtig, weil sie oft mit bestimmten Therapieformen verbunden sind. Ohne entsprechende Tests könnten viele moderne Therapien nicht durchgeführt werden, da die Patientin oder der Patient bestimmte genetische Voraussetzungen erfüllen muss, damit eine Therapie erfolgreich angewendet werden kann.

Das revidierte GUMG sieht vor, dass genetische Untersuchungen im medizinischen Bereich nur durch Ärz-

tinnen und Ärzte veranlasst werden dürfen. Das Gesetz enthält hierzu folgenden Grundsatz: Genetische Untersuchungen im medizinischen Bereich können von Ärztinnen und Ärzten angeordnet werden, die einen eidgenössischen Ausbildungstitel in dem Fachgebiet besitzen, dem die betreffende Untersuchung zugeordnet ist, oder die über besondere Qualifikationen in der Humangenetik verfügen [1].

Liest man diese Bestimmung, könnte der Eindruck entstehen, dass genetische Untersuchungen nur von Ärztinnen und Ärzten mit einem Facharzttitel veranlasst

werden dürfen. Die ebenfalls revidierte Verordnung über genetische Untersuchungen beim Menschen (GUMV) stellt jedoch klar, dass nicht in allen Bereichen ein Facharzttitel erforderlich ist [2]. Ärzte der allgemeinen Inneren Medizin können auch mit Krankheiten konfrontiert werden, die Gentests erfordern. Beispielsweise erwähnt das Eidgenössische Departement des Innern (EDI) in seinen Erläuterungen ausdrücklich die Untersuchung von Volkskrankheiten wie bestimmte Gerinnungsstörungen oder familiäre Hyperlipidämie. Andere Krankheiten sind gemäss EDI ausgeschlossen: Insbesondere die Abklärung und Therapie von seltenen Krankheiten, Chromosomenstörungen oder erblich bedingten Krebserkrankungen fallen nicht in den Bereich der allgemeinen Inneren Medizin.

Erfordernis eines spezifischen Facharzttitels

In diesem Sinne wird es in Zukunft notwendig sein, genetische Tests einem bestimmten Fachgebiet zuzuordnen. Im Rahmen der Ausarbeitung der Ausführungsverordnung wurden entsprechende Listen erstellt, die eine Kategorisierung ermöglichen sollen. In Bezug auf diejenigen genetischen Untersuchungen, welche nur durch Medizinalpersonen mit entsprechendem Facharzttitel initiiert werden dürfen, hat das EDI folgende Liste entworfen:

- Untersuchung von seltenen Krankheiten, strukturellen oder numerischen Chromosomenstörungen und erblich bedingten Krebserkrankungen,
- Gentests bei Kindern und anderen urteilsunfähigen Personen (siehe Art. 16 GUMG), pränatale Gentests (siehe Art. 3 Bst. g und Art. 17 GUMG) und Gentests zur Familienplanung (siehe Art. 3 Bst. i GUMG), und
- präsymptomatische Gentests (siehe Art. 3 Bst. e GUMG).

Umgekehrt hat der Bundesrat in der revidierten GUMV auch den Versuch unternommen, bestimmte Untersuchungen ohne Facharzttitelerfordernis zu definieren. Die folgenden Prüfungen können von Ärzten veranlasst werden, die weder einen eidgenössischen Ausbildungstitel in dem Fachgebiet, dem die Prüfung zugeordnet ist, noch eine besondere Qualifikation in Humangenetik besitzen [3]:

- pharmakogenetische Studien;
- diagnostische genetische Untersuchungen, die weder seltene Krankheiten noch Chromosomenstörungen noch erblich bedingte Krebserkrankungen betreffen;
- genetische Untersuchungen, die weder seltene Krankheiten noch Chromosomenstörungen noch erblich bedingte Krebserkrankungen betreffen und sich an ein breites Publikum richten;

- genetische Untersuchungen nach Artikel 31 Absatz 1 GUMG, die zu medizinischen Zwecken erfolgen.

Trotz dieser Positivliste wird es auch in Zukunft Abgrenzungsfragen geben, da dieser Forschungsbereich einem steten und schnellen Wandel unterliegt. Daher dürfte es auch an den ärztlichen Fachorganisationen sein, noch konkretere Richtlinien zu erlassen bzw. allfällige Entwicklungen aufzunehmen und in ihren Empfehlungen an die Ärzteschaft zu implementieren.

Einwilligung der Betroffenen

Die beschriebenen genetischen Untersuchungen im medizinischen Bereich dürften häufig im Rahmen einer bestimmten Therapie oder zur Abklärung einer Therapieeignung initiiert bzw. angeordnet werden. Selbstverständlich setzt dies eine sorgfältige Abklärung der Eignung und Erforderlichkeit einer genetischen Untersuchung voraus.

Die korrekte Durchführung eines genetischen Tests durch eine Ärztin oder einen Arzt bedingt ebenso die Kenntnis und Einhaltung der datenschutzrechtlichen

Es ist sinnvoll, eine schriftliche Einwilligung einzuholen, selbst wenn die Anforderungen des Gesetzes tiefer sein sollten.

Bestimmungen, zumal der Gesetzgeber mit dem revidierten GUMG das Selbstbestimmungsrecht der Patientinnen und Patienten gestärkt hat.

In der Praxis dürfte sich dies insbesondere bei der Einholung der Zustimmung manifestieren. Das bereits im geltenden GUMG enthaltene Zustimmungserfordernis der betroffenen Person zur Durchführung einer genetischen Untersuchung stellt eines der Kernelemente zur Gewährleistung der Persönlichkeitsrechte dar. Dieses Erfordernis wird im revidierten GUMG nun dahingehend verstärkt, dass es sich um eine ausdrückliche Zustimmung des Betroffenen handeln muss [4]. Ausdrücklichkeit ist gemäss Botschaft des Bundesrates vom 5. Juli 2017 bereits gegeben, wenn eine «nonverbale Äusserung mittels eines im konkreten Kontext klaren Zeichens oder einer entsprechenden Bewegung» vorliegt.

Wie bisher sieht das revidierte Gesetz bei besonders sensitiven Untersuchungen vor, dass die Einwilligung schriftlich zu erfolgen hat [5]. Um allfällige Unsicherheiten und Haftungsfragen gleich zu Beginn auszuschliessen, ist es wohl in jedem Fall sinnvoll, eine schriftliche Einwilligung einzuholen, selbst wenn die Anforderungen des Gesetzes tiefer sein sollten.

Überschussinformationen

Das revidierte GUMG enthält ausdrückliche Bestimmungen zu Überschussinformationen. Dabei handelt es sich um Ergebnisse einer genetischen Untersuchung, welche für den Untersuchungszweck nicht benötigt werden. Hierfür bekräftigt das revidierte GUMG das Verhältnismässigkeitsprinzip spezifisch für genetische Untersuchungen, indem Überschussinformationen grundsätzlich so weit als möglich zu vermeiden sind [6]. Konkret führt dies dazu, dass, wenn verschiedene Untersuchungsmethoden vorliegen, zwingend die Methode zu wählen ist, welche keine bzw. weniger Überschussinformationen generiert. Ebenfalls ist das untersuchende Laboratorium verpflichtet, die Medizinalperson über mögliche Überschussinformationen zu informieren [7].

Trotzdem lässt sich in vielen Fällen die Entstehung von Überschussinformationen nicht verhindern. Es gilt daher, bereits im Rahmen der Aufklärung sowohl auf die Möglichkeit der Generierung von Überschussinformationen hinzuweisen als auch auf die verschiedenen Arten von Informationen [8].

Aufbewahrungsdauer von Proben und Daten

Ausgehend vom datenschutzrechtlichen Verhältnismässigkeitsprinzip regelt das revidierte GUMG die erlaubte Dauer der Aufbewahrung für Proben und genetische Daten für den gesamten Geltungsbereich des Gesetzes [9]. Grundsätzlich dürfen Proben und Daten

nur so lange aufbewahrt werden, wie dies für den damit verfolgten Zweck erforderlich ist.

- Proben und Daten im medizinischen Bereich: Es wird keine fixe Maximaldauer festgelegt, um eine möglichst hohe Anpassungsfähigkeit zu wahren.
- Proben und Daten ausserhalb des medizinischen Bereichs: Das revidierte GUMG legt die maximale Aufbewahrungsdauer auf 2 Jahre fest [10].

Diese Unterscheidung dürfte darauf zurückzuführen sein, dass im medizinischen Bereich Laboratorien beizugezogen werden, die selbst der behördlichen Aufsicht unterstehen, wodurch eine Einhaltung der Grundsätze gewährleistet werden kann. Bei Untersuchungen ausserhalb des medizinischen Bereichs fehlt es in der Regel an einer solchen Aufsicht.

Eine längere Aufbewahrung ist in beiden genannten Fällen zulässig, sofern das Einverständnis des Betroffenen zur Verwendung für einem anderen Zweck vorliegt [11]. Dieser Vorbehalt dient der Stärkung des Rechts auf informationelle Selbstbestimmung.

Literatur

- 1 Art. 20 GUMG (Gesetz über genetische Untersuchungen beim Menschen).
- 2 Art. 5 GUMV.
- 3 Art. 5 GUMV.
- 4 Art. 5 Abs. 1 GUMG.
- 5 Art. 25 GUMG.
- 6 Art. 9 GUMG.
- 7 Art. 18 GUMV.
- 8 Art. 6 GUMG.
- 9 Art. 11 GUMG.
- 10 Art. 11 Abs. 2 GUMG.
- 11 Art. 12 GUMG.

Bildnachweis

© Vchalup | Dreamstime.com, Symbolbild

Das Wichtigste in Kürze

- Im Laufe des Jahres 2021 tritt das revidierte Gesetz über genetische Untersuchungen beim Menschen (GUMG) in Kraft. Damit gelten neue Bestimmungen im Bereich der Gentests.
- Bei Untersuchungen im medizinischen Bereich gelten spezifische Vorschriften betreffend die Veranlassung solcher Tests. Je nach zugeordnetem Fachgebiet dürfen nur Ärztinnen und Ärzte mit einem entsprechenden Facharzttitel genetische Untersuchungen anordnen.
- Das revidierte Gesetz stärkt zudem den Datenschutz und das Selbstbestimmungsrecht. Daher ist in Zukunft das Einholen einer schriftlichen Einwilligung empfehlenswert.

L'essentiel en bref

- Dans le courant de 2021, la Loi révisée sur les tests génétiques chez l'homme (GUMG) entrera en vigueur. Cela signifie que de nouvelles dispositions s'appliqueront dans le domaine des tests génétiques.
- Dans le cas des examens médicaux, des règles spécifiques s'appliqueront concernant le lancement de ces tests. Selon la spécialité, seuls les médecins ayant un titre de spécialiste correspondant peuvent commander des tests génétiques.
- La loi révisée renforce également la protection des données et le droit à l'autodétermination. Il est donc conseillé d'obtenir à l'avenir un consentement écrit.

Dr. iur. Marcel Boller
Wenger & Vieli AG
Dufourstrasse 56
Postfach
CH-8034 Zürich
m.boller[at]wengervieli.ch

Keine Nachteile für die Mutter – Vorteile für das Kind

Bei Kaiserschnitt-Geburten werden gemäss schweizerischen und internationalen Guidelines seit Jahrzehnten weltweit der Mutter vor dem Schnitt Antibiotika verabreicht. Erstmals konnte nachgewiesen werden, dass die Mutter keinem erhöhten Infektionsrisiko ausgesetzt ist, wenn Antibiotika nach der Abnabelung statt vor dem Schnitt verabreicht werden. Für das Neugeborene entsteht damit ein erheblicher Vorteil, da eine potenzielle Belastung durch Antibiotika ausgeschlossen werden kann. Dies geschieht zum Schutz vor nachgeburtlichen Infektionen. Ein internationales Forschungsteam unter Leitung des Universitätsspitals Bern hat zwischen 2009 und 2018 die bisher grösste Studie zum Thema durchgeführt. In 75 Schweizer Spitälern wurden total 55901 Kaiserschnitte ausgewertet. Die Resultate können weitreichende Auswirkungen haben. Der Schutz der Darmflora des Säuglings ist von grösster Bedeutung für zahlreiche Aspekte seiner Entwicklung. Eine Beeinträchtigung des Mikrobioms durch Antibiotikagabe kann zum Beispiel Auswirkungen

auf die Entwicklung des Immunsystems oder auf die Hirnentwicklung haben. Die neuen Forschungsergebnisse machen es möglich, dieses Risiko erheblich zu vermindern.

(insel.ch)



Bald besser vor unnötiger Antibiotikagabe geschützt: Neue Forschungsergebnisse zeigen, dass Antibiotika vor dem Kaiserschnitt nicht nötig sind (© Hughstoneian | Dreamstime.com, Symbolbild).

Les espaces verts ont un effet relaxant, mais pas toujours

Près de 75% de la population européenne sont quotidiennement confrontés au bruit de la circulation. Cependant, un environnement approprié peut influencer cette pollution sonore, ont découvert les chercheurs de l'Empa. Une vue par la fenêtre sur la nature peut réduire considérablement les nuisances sonores: ce regard agit comme échappatoire et rend le bruit moins dérangeant. Si les espaces verts en zone urbaine contribuent à réduire les nuisances sonores des routes et des chemins de fer, cela semble contre-productif dans le cas

des avions: plus l'environnement est vert, plus le vacarme des zincs dérange. Cette conclusion de l'étude s'explique par le fait que nous ne pouvons pas échapper au bruit des avions en nous éloignant, créant ainsi un sentiment d'impuissance. A cela s'ajoute le fait que l'on s'attend à une atmosphère calme, rendant ainsi le bruit aérien d'autant plus dérangeant. Dans une prochaine étape, les chercheurs veulent approfondir les aspects psychologiques et surtout physiologiques du bruit et inclure d'autres facteurs.

(empa.ch)

Gentechnik ohne unerwünschte Nebeneffekte

Forschende der Universität Zürich haben einen Impfstoff gegen den weitverbreiteten Parasiten *Toxoplasma gondii* entwickelt. Durch eine Abwandlung der Genschere CRISPR-Cas9



Der Parasit *Toxoplasma gondii* kann Menschen mit einem geschwächten Immunsystem gefährden und Fehlbildungen in Föten auslösen. Der Krankheitserreger gelangt über Katzen in den Menschen (© Serhii Luzhevskiy | Dreamstime.com, Symbolbild).

werden dessen essentielle Gene ausgeschaltet. Mit den so veränderten Parasiten können Katzen geimpft werden. Die abgewandelten Erreger produzieren keine infektiösen Oozysten. Die Katze ist so vor der Ansteckung mit Toxoplasmose aus der Wildbahn geschützt. Die von den Zürchern verwendete Methode weist nicht die üblicherweise auftretenden Nachteile auf, bei denen sich unbeabsichtigte genetische Veränderungen einschleichen können. Die vorprogrammierte Genschere wird ausserhalb der Zelle zusammengebaut und direkt in den Parasiten eingeschleust. Die so erzielten Veränderungen des Erbguts unterscheiden sich nicht von natürlichen Mutationen. Nach Bearbeitung der Gene werden die Komponenten der Genschere sehr rasch vollständig abgebaut – zurück bleibt nur der gewünschte Schnitt.

(uzh.ch)

Zusammenhang von Gebärmutterhalskrebs und HIV-Infektionen entdeckt

Frauen, die mit HIV infiziert sind, haben ein sechsfach höheres Risiko, an Gebärmutterhalskrebs zu erkranken. Besonders betroffen sind die Regionen Süd- und Ostafrika. Dies hat ein Forschungsteam der Technischen Universität München (TUM) herausgefunden. Dafür wurden eine systematische Review sowie eine Metaanalyse von insgesamt 24 Studien aus den Jahren 1981 bis 2016 durchgeführt, an denen 236127 Frauen mit HIV aus vier Kontinenten (Afrika, Nordamerika, Asien und Europa) teilgenommen hatten.

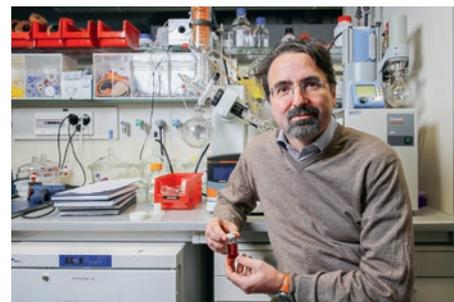
Insbesondere für die afrikanischen Länder südlich der Sahara sind daher HPV-Impfungen sowie frühzeitige Zervixkarzinom-Screenings von hoher Bedeutung.

(tum.de)

Une molécule artificielle qui tue le virus de la grippe

Des scientifiques de l'EPFL ont conçu une molécule artificielle capable de détruire le virus de la grippe. Publiée dans *Advanced Science*, cette découverte est prometteuse pour la création d'un médicament contre la maladie saisonnière. La grippe est l'une des infections virales les plus répandues et constitue un problème de santé publique majeur. Selon Francesco Stellacci, professeur à l'EPFL, elle «représente un risque élevé de pandémie. Les vaccins doivent être mis à jour chaque année puisque la souche du virus mute. Et parfois, ils se révèlent moins efficaces.» Les antiviraux existants attaquent le virus à l'intérieur des cellules et bloquent temporairement la répllication virale. Les chercheurs se sont ainsi penchés sur une nouvelle conception de molécules virucides fonctionnelles et non nocives contre la grippe. Ils ont développé une molécule de sucre modifiée qui imite la membrane cellulaire humaine. Dupé, le virus s'y accroche. «Notre molécule applique alors une pression locale qui le détruit. Cette réaction est irréversible», poursuit Prof. Stellacci. La molécule a aussi l'avantage d'agir sur plusieurs types de gripes.

(epfl.ch)



Prof. Francesco Stellacci est l'un des chercheurs à avoir développé cette molécule porteuse d'espoir (© 2020 EPFL).



«Blütensammler» oder Schulmediziner?

Jann Schwarzenbach

Dr. med., Facharzt für Allgemeinmedizin, Mitglied FMH

Infolge seiner wissenschaftlich orientierten Prägung sah Dr. Homunculus schlichtweg keinen Grund, das eigene, schulmedizinisch geprägte Weltbild auf irgendeine Weise ergänzen zu müssen. Hatten doch die akkurate Beobachtung von Kausalzusammenhängen und die bewährte Trial-and-Error-Methode viele Naturgeheimnisse lesbar gemacht, und den «Göttern in Weiss» äusserst wirksame Instrumente in die Hand gegeben. So verstand denn unser Kollege, im Einklang mit gängigen Lehrmeinungen, die gesamte Natur als an sich sinnloses, auf Ursache und Wirkung beruhendes

Man könnte den Coronahorden nebst einer schmarotzerhaften Lebendigkeit auch geistige Eigenschaften zuschreiben.

Objekt, das vorab der «Krone der Schöpfung» zu dienen hatte. Ohne solche Positionen wirklich zu hinterfragen zeigte er aber trotzdem eine gewisse Sensibilität seiner Umwelt gegenüber. Angesichts betörend schöner Landschaften und erhabener Bergwelten bezeichnete er sich gerne als Romantiker, und immer wieder ertappte er sich dabei, der Natur Eigenschaften einzuräumen, die aus rationaler Sicht unsinnig erscheinen mussten: schöpferische Kraft zum Beispiel, aber auch eine innere Ordnung und zweckmässige Ausgestaltung oder – wenn sie denn schon beim Klimawandel

auf ihre Frevler zurückschlagen sollte – sogar eine gewisse Handlungsfreiheit. Folgende kollegiale Radiobotschaft aus einem norditalienischen Covid-19-Hotspot schien diese beunruhigende Spekulation zu bestätigen: «Was das Virus will, ist viel mehr, als wir tun können.»

Grau ist alle Theorie

Natürlich sind Viren keine bewussten Subjekte und haben somit keinen spontanen Willen. Ihr Verhalten ist, wie alle Natur, rein mechanistisch determiniert: Als inaktive Klügel proteinverpackter RNA werden sie von fremden Organismen, je nach Ansteckungs- und Krankheitsverlauf, mehr oder weniger effizient geklont. So weit, so theoretisch grau. Wer will, der darf es aber bunter haben. So könnte man etwa den Coronahorden nebst einer schmarotzerhaften Lebendigkeit durchaus auch geistige Eigenschaften zuschreiben: ruchlose Heimtücke etwa oder eine geschickte Wachstumsstrategie – in körpernaher Zusammenarbeit mit gesundgeschriebenen Superspreadern. Darüber hinaus erinnern die ubiquitär selbstänzlich hochschiessenden, epidemischen Gausskurven recht gut an knospende Blumen und die Patientenscharen an Vogelschwärme, die sich unter gewaltigem Flügelschlagen emporheben, um dann regelmässig wieder in sich zusammenzufallen.

Corona und die «Krone der Schöpfung»

Trotz seiner Herkunft aus der nüchternen Retorte gefielen Dr. Homunculus diese blumigen Metaphern eines dynamischen, sich selbst bestimmenden epidemischen Geschehens. Die naturphilosophisch interessierten Denker Immanuel Kant (1724–1804) und Friedrich Schelling (1775–1854) bestärkten ihn darin. Sie hielten nämlich die gängige, unbestrittenermassen effiziente,

Schelling, der Naturphilosoph par excellence, erklärte die gesamte Natur zum lebendigen, vernunftbegabten Organismus.

wissenschaftliche Betrachtungsweise für ungenügend, um die Natur in ihrer ganzen Vielfalt verstehen zu können. Dazu müsse sie vielmehr als einheitliches, auf zweckmässigen Ordnungsprinzipien beruhendes Wesen aufgefasst werden. Der für seine intellektuelle Redlichkeit berühmte Kant liess hier aber grosse Vorsicht walten und sah in solchen Spekulationen nur ein allgemein menschliches Bedürfnis, das unsere Naturbeobachtung wohl begleiten müsse, aber niemals in der Lage sei, echte und reproduzierbare Erkenntnisse zu vermitteln. Dies bleibe den streng verstandesmässigen Untersuchungsmethoden vorbehalten. Schelling, der Naturphilosoph par excellence, sah das später nicht mehr so eng und erklärte die gesamte Natur kurzerhand zum lebendigen, vernunftbegabten Organismus. Dieser sollte sich dann als *Natura naturans* seiner inneren Logik gemäss entwickeln – eine Sichtweise, die insbesondere den Dichturfürsten Goethe faszinierte. Natürliches und Geistiges wurden dabei zu gleichwertigen Aspekten ein und derselben Sache: die Natur zum sichtbaren Geist und der Geist zur unsichtbaren Natur. Je nach Entwicklungsstufe sollte dann in konkreten Einzelbereichen das eine oder

das andere überwiegen: bei der «Krone der Schöpfung» natürlich der Geist, bei Corona wohl eher die Natur.

Intellektuelle Quacksalberei

Solche Geistesgeschichten waren dem rational durchprogrammierten Dr. Homunculus naturgemäss nicht ganz geheuer. Die Einheit natürlicher und geistiger Dimensionen, ein Lieblingsthema der Romantiker, liess sich ja noch irgendwie verstehen oder wenigstens erahnen. Schellings Behauptung, dass selbst in lebloser Materie, also wohl auch in Viren, eine Art von Geist hause, grenzte aber doch an intellektuelle Quacksalberei. Die Naturphilosophie ist eben keine Naturwissenschaft, sie beschert uns keine wirklichen Erkenntnisse. Immanuel Kant hatte ihr in dieser Hinsicht auch glasklare Limiten gesetzt: Allen blumigen Illustrationen zum Trotz bleibe die Natur, wie sie «an sich» sei, ein Buch mit sieben Siegeln. Dr. Homunculus sah das eigentlich genauso und meinte, dass sich diese philosophische Bescheidenheit bei holistisch orien-

Allen blumigen Illustrationen zum Trotz bleibe die Natur, wie sie «an sich» sei, ein Buch mit sieben Siegeln.

tierten Kolleginnen und Kollegen ebenfalls durchsetzen sollte. Er selbst war um Covids willen nicht zum Blütensammler geworden. In seinen schulmedizinisch verdrahteten Algorithmen waren alternative Behandlungsoptionen nämlich gar nicht vorgesehen. Ob das für seine Patientinnen und Patienten stets ein Segen war, darf aber gern bezweifelt werden.

Bildnachweis

© Illia Bondar | Dreamstime.com, Symbolbild

Dr. med.
Jann P. Schwarzenbach
Via Guidino 9
CH-6900 Paradiso
jann.schwarzenbach[at]
gmail.com

Das Fax: Ein immer noch verfrühter Nachruf

Jakob Grieder

Dipl. Arzt, Ärztlicher Mitarbeiter der Informatik und Mitglied des CIRS Team, St. Claraspital, Basel

Der Durchbruch

Es war Alexander Bain, welcher vor 177 Jahren seinen Kopiertelegraphen zum Patent anmeldete. Es sollten aber noch einmal über 130 Jahre vergehen, bis asiatische Schriftzeichen dem Telefacsimile, auch Fax genannt, zum weltweiten Durchbruch verhalfen.

Japanische Schriften mussten bis in die 1970er Jahre für Fernschreiben erst mühsam in das westliche Alphabet transkribiert werden, dank dem Fax liessen sich jene Texte nun erstmalig innert Sekunden in die ganze Welt versenden. Und nicht nur diese. Zeitungsredaktionen erhielten eilig entwickelte Fotos aus Übersee gefaxt, schriftliche Verträge wurden von Juristen per Fax über Telefonlinien zugestellt, und bald nutzten auch Ärztinnen und Ärzte das mittlerweile bezahlbare Gerät rund um den Globus.



abends vor dem Heimweg noch abtippen, denn automatische Texterkennung steckte damals noch in den Kinderschuhen.

Einigen Patientinnen und Patienten weltweit dürfte das Fax wohl auch das Leben gerettet haben. So wünsche ich dem Faxgerät auch nicht den Tod, sondern bloss den wohlverdienten Ruhestand. In Ehren.

Eine Frage der Sicherheit

Nun sagen Sie vielleicht: Schön und gut, aber mein IT-System ist auch nicht über alle Zweifel erhaben, als zusätzliche Sicherheit behalte ich noch das Faxgerät, es frisst kein Heu. Bis ins Jahr 2017 hätte ich Ihnen hier voll und ganz zugestimmt; damals stellte der Bundesrat nämlich fest, dass der Faxdienst nicht mehr zur Grundversorgung gehört, und eine grosse Telekommunikationsanbieterin liess uns wissen, dass sie die Faxversorgung ab 2018 «nicht mehr garantieren kann». Jedoch: «abgeschafft», wie die Boulevardpresse damals titelte, wurde das Fax eben nicht – nur noch unsicherer. Der Grund für den Bundesratsbeschluss war übrigens die weltweite Umstellung analoger Telefonie auf digitale Systeme, die

sogenannte IP-Telefonie, welche ihren Namen vom Internet-Protokoll hat. Ihr handschriftliches Rezept wird also mittlerweile vom Faxgerät in ein Tonsignal umgewandelt, welches für die IP-Telefonie wiederum in Einsen und Nullen digitalisiert wird, um danach erneut in ein Tonsignal zurückgewandelt zu werden,

Der wohlverdiente Ruhestand

In den frühen 1990er Jahren registrierte die Deutsche Post erstmals über eine Million privater Faxanschlüsse. Selbst für Studenten gab es nun erschwingliche Faxgeräte. Ich tauschte mit meinen Kommilitonen Multiple-Choice-Übungen für die Medizinalprüfungen per Fax aus und wartete gebannt, bis die handschriftlichen Notizen meiner Freunde aus dem Gerät quollen. In meiner Zeit als Assistenzarzt schliesslich faxten Kollegen dem Chef das verdächtige Kardiogramm seiner Patientin, und die diensthabende Kardiologin bekam sonntags das frische EKG per Fax nach Hause zur Beurteilung. Hausärzte faxten mir ihre Notfallanmeldungen und den Apotheken das Rezept. Und so manchen zugefaxten Austrittsbericht einer Überweisung musste ich spät-

Viele zugefaxte Berichte musste ich spätabends noch abtippen, denn die automatische Texterkennung war damals noch nicht ausgereift.

damit schlussendlich bei der Apothekerin die Rezeptkopie aus deren Fax gedruckt wird. Vertikalstreifen inklusive, falls die nasse Tinte bei Ihnen den Faxscanner bekleckert hatte. Im Wissen, dass das e-Rezept heute leider noch nicht schweizweit verbreitet ist, gestehe ich Ihnen diese Anwendung noch zähneknirschend zu. Aber vielleicht können Sie Ihrer Apotheke ja sogar schon den Scan über eine sichere E-Mail-Verbin-

Da das e-Rezept heute leider noch nicht schweizweit verbreitet ist, gestehe ich Ihnen das Faxen zähneknirschend noch zu.

dung zukommen lassen. In den meisten Spitälern und Betrieben werden eingehende Faxe übrigens über oft extern eingekaufte Systeme digitalisiert und in E-Mails mit PDF-Datei-Anhang überführt. Schwierig zu erkennen: War der Kaliumwert auf dem zittrigen Fax jetzt eine 3 oder eine 6? Nein, der Computer kann das eingescannte Fax auch nicht sicherer auflösen als Sie. OCR-Software (Optical Character Recognition) ist zwar heute auf einem hohen Niveau, aber auch hier entstehen Fehler. Und so werden die gesetzlich vorgeschriebenen (elektronischen) Archive von Kliniken weiterhin fröhlich immer mal wieder mit unleserlichen Faxnachrichten gefüllt. Wenn dies dem elektronischen Patientendossier dereinst erspart werden kann, wäre allen gedient.

Infektionsmeldungen per Fax

Seit Beginn der Pandemie hat das nichtmedizinische Publikum wohl mit einem gewissen Erstaunen festgestellt, dass auch die höchste Gesundheitsbehörde

der Schweiz Infektionsmeldungen per Fax entgegennimmt. Einige interessierte Millennials dürften den Begriff im März sicher gegoogelt haben. Immerhin wurde nach der ersten Faxflut relativ zügig auch ein elektronisches Meldesystem auf die Beine gestellt.

Auch hier: Als Sender haben Sie beim Faxversand keinerlei Kontrolle über die Lesbarkeit einer Faxübertragung, ein Sendereport gibt Ihnen lediglich eine Aussage darüber, dass eine Faxübertragung an ein Endgerät stattgefunden hat, was aber keine Aussage über die Lesbarkeit des ausgedruckten Dokuments zulässt. Von denjenigen Fällen, wo (tatsächlich noch existierende) physische Empfänger-Faxgeräte keinen Strom, keine Tonertinte, keine freie Telefonleitung oder kein Papier hatten, mal ganz zu schweigen.

Für alle Fälle gerüstet

Apropos Sicherheit: Ja, Computersysteme und Internet können auch ausfallen. Aber wenn Sie wirklich für alle Fälle gerüstet sein möchten: Stellen Sie ein regelmäßiges Backup Ihrer EDV sicher, und überlegen Sie sich, allenfalls ein zweites Smartphone bei einem anderen Anbieter zu nutzen. Dieses kann durchaus auch mit einer Prepaid-SIM-Karte ohne monatliche Fixkosten versehen werden. Mindestens alle drei Monate sollten Sie dieses Ersatz-Smartphone aber auch benutzen, damit die Nummer nicht gesperrt und die Batterie geladen wird.

Bildnachweis

© Avesun | Dreamstime.com, Symbolbild

Jakob Grieder
Mühlenberg 5
CH-4052 Basel
joggim[at]gmail.com

Nautilus – Newton

Der grosse Newton sass an einem Strand
und hielt zwei Muscheln in der Hand,
die ihm das weite Meer in seine Hand gespült.
Er greift sie, tastet, wägt und fühlt,
noch während seine Blicke über die unendlich weiten
Flächen dieses leicht bewegten Meeres gleiten,
dass Formen ein Geheimnis hüten,
die Anlass zum Studieren bieten.

Abends dann, zu Haus' im stillen Zimmer
leuchten dieser Muscheln zarte Schimmer,
und er zeichnet sorgsam ihre Schatten,
die die Kerzen aufs Papier geworfen hatten.

Diese schönen Halbmondformen
gliedern sich nach strengen Normen
an die gleichgeformten Nachbarzellen.

Er markiert auf ihnen feine Stellen,
und in ihrer Strichverbindung
legt sich zeichnend eine Windung
auf die harte Muschelschale:
wie für Himmelskörper die Spirale.

Und mit dieser kann er messen
und dabei sich selbst vergessen;
schreitet fort in der Erkundung,
legt Tangenten an die Rundung,
deren Schnittpunkt er verbindet,
misst und rechnet, bis er findet,
dass die Winkel, die sich dort befreien,
stets an jedem Ort identisch seien.

Das Äquiangularprinzip ist formuliert,
das seither fast ein jedes Lehrbuch ziert.

Isaac Newton gibt sich keine Blösse
und berechnet auch die Grösse,
oder um wie viel die Zellen
in der strengen Ordnung schwellen,
wenn sie um die starren Achsen
grösser werdend stetig wachsen,
und er schreibt sich «sechs Prozent»
auf das gelbe Pergament
und erkennt darin ein Drittes:
das Verhältnis Gold'nen Schnittes.

Als er das Prinzip erkannte
und befriedigt sich entspannte,
sieht er plötzlich noch inmitten
seiner Bücher Margeriten,
die als Gruss aus einer andern Welt
eine liebe Hand ihm auf den Tisch gestellt.

Doch sein Auge, weil es liebt,
ist in der Betrachtung schon geübt
und erkennt im Blütenkelche
wieder die Gesetze, welche
ihn im Muschelbild beglücken
nun durch diese Blumen ebenso entzücken.

Freude und Begeisterung
halten diesen Mann in Schwung,
er erkennt aus den Naturspiralen
auch die Fibonacci-Zahlen,
glaubt, das Urprinzip, das er gewonnen,
gelte auch für ferne Sonnen.

Doch in unsern Lebenswelten
können nur Gesetze gelten,
die die Form, das Wachstum, einbeziehen,
die dem Leben Kraft verliehen.

Newton, der sich selbst dagegen wehrt,
wird dann von der Menge sehr verehrt,
denn er habe in den Abendstunden
das Prinzip des Lebens fast gefunden.

Und er geht zurück zum Strand,
wo er diese Muscheln fand,
die als Wirklichkeit gespiegelt,
was sich im Gesetz entsiegelt.

Und er wirft dann diese beiden,
schwungvoll zwar, doch ganz bescheiden,
wieder in das Meer zurück
und behält für sich sein Glück.

Denn er wird als Greis zum Kind,
weiss, dass wir nicht die Natur betrachten,
sondern nur die Bilder, die wir von ihr machten,
spürt, dass auch Erkenntnis, Wissen, Lehre
Stückwerk, angesichts der grossen Meere
höchstens kleine Muscheln sind.

Prof. Dr. med. Jürg Kesselring, Valens

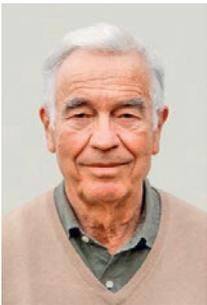
Bildnachweis
© Lorna Roberts |
Dreamstime.com,
Symbolbild

juerg.kesselring[at]
bluewin.ch

Die Wahrheit der Ärzte – in drei Varianten

Hans Stalder

Prof. em. der Medizin, Redaktionsmitglied



«*Toute vérité n'est pas bonne à dire.*» Dieses französische Sprichwort des 13. Jahrhunderts traf voll zu, wenn zu meiner Assistentenzeit eine unheilbare Krankheit wie Krebs diagnostiziert wurde: Die Diagnose durfte nicht dem Patienten, sondern allenfalls der Familie mitgeteilt werden. Oder an den Sippenchef: So war es, als wir einen Roma behandelt hatten und sich der eher bedrohliche Clan im Hof des Spitals niedergelassen hatte. Heute ist es unsere Pflicht, die Patienten zu informieren, und schon die Studenten lernen, wie man schlechte Nachrichten vermittelt. Aber es gibt immer noch viele Regionen auf der Welt, wo es nicht üblich ist, den Patienten die Wahrheit zu sagen: Die Pflege, die auch die Information beinhaltet, ist Sache der Familie oder der Sippe. Dies zu erkennen ist wichtig im Umgang mit Patienten anderer Herkunft. Die Wahrheit zu sagen, eine für uns so selbstverständliche Pflicht, muss also an die soziale und kulturelle Situation des Patienten angepasst werden. Aber geben wir zu, dass es auch für uns nicht immer selbstverständlich ist, die ganze Wahrheit zu sagen. Könnte zum Beispiel die Aufzählung aller möglichen Nebenwirkungen eines Medikaments nicht die vom Patienten erwartete positive Wirkung – den Placebo-Effekt – verringern und damit der Genesung abträglich sein? Ethik und Deontologie sind nicht immer leicht in Einklang zu bringen ...

«*Von jeder Wahrheit ist das Gegenteil ebenso wahr*» (Hermann Hesse, Siddhartha). Eines Tages kam ein Kollege in mein Büro und bat mich, die Syphilis-Diagnose aus seinem elektronischen Patientendossier zu streichen. Er hielt den VDRL (Venereal Disease Research Laboratory) von einem früheren Aufenthalt für ein falsch positives Resultat. Aber ein Faktum aus dem elektronischen Dossier zu streichen ist genauso schwierig, wie ein belastendes Foto von Facebook zu entfernen! Was tun, wenn die «Wahrheit» der Krankengeschichte nicht mit der «Wahrheit» des Patienten übereinstimmt? Notizen in elektronischen Dossiers bleiben stabil und unveränderlich, während sich das Gedäch-

nis der Menschen mit der Zeit verändert: Ihre Wahrheit entwickelt sich. Ausserdem basiert unsere Wahrheit auf wissenschaftlichen Grundlagen, die für den Patienten nicht immer unmittelbar verständlich sind. Umso wichtiger ist es, bei einem neuen Patienten, zum Beispiel in der Notfallstation, zunächst eine gründliche Anamnese zu erheben. Dies wird die Erinnerungen des Patienten wachrufen und seine Wahrheit ans Licht bringen. Dann können wir diese mit der anderen vergleichen, der in der Krankenakte.

«*Toute vérité n'est pas bonne à dire, ni bonne à croire*» (Pierre Augustin Caron de Beaumarchais, Le Mariage de Figaro, 1784). Die SÄZ-Rubrik der Briefe ist der Ort, wo Ärzte ihre Anliegen frei äussern und Verbesserungsvorschläge anbringen können. Aber in letzter Zeit ist ein Problem mit den Leserbriefen aufgetaucht: Was tun, wenn einige Kollegen die Wahrheit verdrehen und, illustre Verfasser imitierend, das schreiben, was man heute Fake News nennt? Offenbar hat sich dafür die Covid-19-Epidemie als eine gute Gelegenheit erwiesen. Wie reagiert man, wenn ein Kollege Sätze schreibt wie: «Die Covid-19-Epidemie ist nichts anderes als eine leichte Grippe», «Der PCR-Test ist nicht spezifisch für SARS-CoV-2» oder «Kann man von einer Infektion sprechen, wenn jemand keine Symptome hat?». Wenn er diese Viren mit «Staphylokokken, die einen diabetischen Fuss kolonisieren» vergleicht? Oder wenn er behauptet, dass die «Pandemie» (in Anführungszeichen!) vorbei ist? Im Moment hat unsere Bevölkerung noch viel Vertrauen in unseren Beruf. Um dieses nicht zu verlieren, ist es deshalb die Pflicht eines jeden Arztes, seine Worte abzuwägen und sie auf wissenschaftliche Daten zu stützen.

Das heisst nicht, liebe Kolleginnen und Kollegen, dass es nicht erlaubt oder gar erwünscht sei, dass Sie Ihr Herz ausschütten und einen Leserbrief schreiben, um unsere Bundes- und Kantonsbehörden bezüglich der Bekämpfung von Covid-19 zu kritisieren, wenn Sie gute Argumente dafür haben! Es gäbe einige.

johann.stalder[at]junige.ch



www.annahartmann.net