

Schweizerische Ärztezeitung

233 Editorial
von Michel Matter
Die Angst vor der Leere

258 Tribüne
**«Un travail trop pauvre
en terme d'intellect rend
malade»**

270 «Zu guter Letzt»
von Nina Abbühl
**Warum ich keine Ärztin
wurde**

7 17.2.2021



234 FMH
**Leitbild der FMH zur Medizinischen
Notfallversorgung in der Schweiz**



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: Michel Matter

233 **Die Angst vor der Leere**

234

FORUM NOTFALL: FMH-Forum Notfall

Leitbild der FMH zur Medizinischen Notfallversorgung in der Schweiz Das 1996 von der «Plattform Rettungswesen» publizierte Thesenpapier hat die Notfallversorgung und das Rettungswesen in der Schweiz stark beeinflusst. Dieses Leitbild wurde nun aktualisiert von der Nachfolgeorganisation «FMH-Forum Notfall», dem Zusammenschluss aller ärztlichen Fachgesellschaften, die sich für eine Optimierung der Notfallversorgung einsetzen. Es soll den Anforderungen an ein zukunftsorientiertes und effizientes Notfalldispositiv für die Schweiz gerecht werden.

239 **Personalien****Briefe / Mitteilungen**242 **Briefe an die SÄZ**244 **Facharztprüfungen / Mitteilungen****Wichtige Sicherheitsinformationen**247 **Wichtige Mitteilung zu Metamizol**249 **Wichtige Mitteilung zu systemisch und inhalativ angewendeten Fluorchinolonen****FMH Services**251 **Stellen und Praxen** (nicht online)

Tribüne

INTERVIEW: Julie Zaugg

258 «Un travail trop pauvre en terme d'intellect rend malade»

STANDPUNKT: René Jaccard, Ueli Hagnauer

262 Die Klimakatastrophe und unsere Pensionskassen

266 Spectrum

Horizonte

STREIFLICHT: Piet van Spijk

267 Die Schwester der Medizin

FILM: Eberhard Wolff

269 «Broken Skin»: Ein poetischer Psoriasis-Film

Zu guter Letzt

Nina Abbühl

270 Warum ich keine Ärztin wurde



BENDIMERAD

Impressum

Schweizerische Ärztezeitung

Offizielles Organ der FMH
und der FMH Services

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

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

Anzeigen:

Markus 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@asmiq.ch

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

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

© FMH

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

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

mit den Beipackzetteln der verwen-
deten Medikamente verglichen werden.

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

printed in
switzerland



Titelbild:
© Schutz & Rettung Zürich

Die Angst vor der Leere

Michel Matter

Dr. med., Vizepräsident der FMH, Departement Dienstleistungen und Berufsentwicklung



Unser gemeinsamer Weg durch die gesundheitliche, soziale und wirtschaftliche Krise ist lang und beschwerlich. Es besteht aber die Hoffnung, dass die Impfung der vulnerabelsten und schwächsten Mitglieder unserer Gesellschaft schliesslich Licht am Ende des Tunnels bringen wird. Die Entwicklung der letzten Wochen und die entsprechenden Massnahmen des Bundes zeigen, dass der Frühling und womöglich auch der Sommer schwierig werden dürften. Davon sind alle in ihrem beruflichen und privaten Alltag betroffen.

An den Hochschulen sind die Studierenden verzweifelt: kaum noch Kontakt zu Kommilitonen, keine direkte Interaktion mit ihren Professorinnen und insbesondere im Medizinstudium weniger klinische Praxis. Die Pandemie hat alles durcheinandergebracht, was das Risiko einer eingeschränkteren, qualitativ schlechteren Ausbildung birgt. Es gibt nun mal keinen Ersatz für gemeinsames Lernen und Praxiserfahrung, die den Erwerb klinischer Kenntnisse ermöglicht und das Herz unserer medizinischen Ausbildung bildet. Der Übergang von Theorie zu Praxis, vom Online-Dokument zur Realität des Abtastens und Abhörens, ist ein Höhepunkt des Medizinstudiums, wo der weisse Kittel und Beruf zur konkreten Realität werden.

Es gibt nun mal keinen Ersatz für den Übergang von Theorie zu Praxis, vom Online-Dokument zur Realität des Abtastens und Abhörens.

Was die Studierenden der höheren Semester angeht, sind sie oft bereits auf Stationen im Einsatz, wo jetzt alles schneller gehen muss, wo der Stress spürbar ist und die Erschöpfung droht. Die Einarbeitung geschieht schnell, und manche finden sich in einer neuen Umgebung wieder, ohne dass ihnen jemand eine Orientierungshilfe gäbe. Rasch müssen sie Verantwortung übernehmen, und für die Einarbeitung auf den Stationen bleibt nur wenig Zeit, da von Assistenzärzten bis hin zu Klinikleiterinnen alle unter Zeitdruck

stehen und überarbeitet sind. In diesen Situationen nimmt die Verantwortung gegenüber der Gesellschaft als Ganzes und der Gemeinschaft vor Ort Form an. Der Einsatz der Studierenden unter erschwerten Bedingungen ist eine wertvolle Hilfe bei der Behandlung der hospitalisierten Patientinnen und Patienten, ob nun mit oder ohne Coronavirus.

Der Einsatz der Studierenden unter erschwerten Bedingungen ist eine wertvolle Hilfe bei der Behandlung der hospitalisierten Patientinnen.

Die psychologischen Auswirkungen der Krise sind immens. Sie hinterlässt in allen Gesellschaftsschichten verheerende Spuren, gerade auch bei den Studierenden. Die jungen Menschen fühlen sich vergessen und an den Rand gedrängt. Ihre Verzweiflung sollte uns sehr zu denken geben. Die Studierenden fürchten sich vor dem Fehlen einer klaren Perspektive für die nächste Zeit, aber auch vor sozialer Isolation, vor einem Schmalspurstudium und vor Prüfungen, für die sie zu wenig lernen und verinnerlichen konnten. Wir müssen endlich ihr Leid zur Kenntnis nehmen, über das in den Medien, zunehmend aber auch von Ärztinnen und Ärzten in Psychiatrie und Grundversorgung berichtet wird.

Als Therapeuten werden wir tagtäglich mit Patientinnen und Patienten konfrontiert, die ihre Niedergeschlagenheit, ihre Einsamkeit, ihr Unbehagen und ihren Verdruss über diese endlos scheinende Situation schildern. Suchtforschende berichten, dass der Konsum psychoaktiver und illegaler Substanzen in die Höhe schnellte. Auch in Kinderpsychiatrie, Psychiatrie und Erstversorgung schlägt man Alarm. Die Gesundheitskrise hat zu einer wirtschaftlichen und sozialen, aber eben auch psychologischen Krise geführt. Unsere Aufgabe ist es deshalb, Schutz und Beistand zu leisten und zu verdeutlichen, dass die jungen Menschen sich dieser Situation hilflos ausgeliefert fühlen.

Leitbild der FMH zur Medizinischen Notfallversorgung in der Schweiz

FMH-Forum Notfall*

* Mitglieder

FMH-Forum Notfall
 Prof. em. Dr. med.
 Wolfgang Ummenhofer,
 SGAR, Vorsitzender
 Sonia Barbosa, MHS,
 Expertin, Departement
 Dienstleistungen und
 Berufsentwicklung FMH
 Dr. Denis Bachmann, SGP
 Prof. Dr. Serge Bankoul, VBS
 Dr. Rudolf Hauri,
 VKS-AMCS
 Prof. Dr. Simon Jung, SNG
 Prof. Dr. Dagmar Keller,
 SGK/SGNOR-Klinische
 Notfallmedizin
 Dr. Michel Alexandre
 Matter, FMH-ZV
 Dr. Robert McShine, SGPP
 Dr. Stefan Müller,
 SGNOR-Präklinische
 Notfallmedizin
 Dr. Patrick Siebenpfund, SGI
 Dr. Paul-Martin Sutter, SGC
 Dr. Beat Stücheli, SGAIM

Präambel

Das FMH-Forum Notfall ist ein Zusammenschluss der ärztlichen Fachgesellschaften, die sich für eine Optimierung der medizinischen Notfallversorgung in der Schweiz engagieren. Schwerpunkte sind die zukünftige Rolle der ärztlichen Grundversorgerinnen und Grundversorger in der Betreuung ambulanter Notfallpatientinnen und -patienten, die Verbesserung der Rettungskette und der professionelle Rettungsdienst. Aus der Perspektive der FMH werden Modelle und Empfehlungen entwickelt, um die individuelle und professionelle Notfallhilfe, auch bei Grossschadensereignissen, nationalen Bedrohungslagen und Katastrophen, gesamtschweizerisch zu strukturieren sowie einheitlich und rechtlich verbindlich zu regeln. Deshalb sind auch die Vereinigung der Kantonsärzte und Kantonsärztinnen der Schweiz (VKS) und der Koordinierte Sanitätsdienst (KSD) im Forum Notfall vertreten.

Die FMH setzt sich dafür ein, dass die medizinische Notfallversorgung gemeinsam durch speziell weitergebildete Hausärztinnen und -ärzte bzw. Notärzte einerseits und Rettungssanitäterinnen und Rettungssanitäter andererseits gewährleistet wird. Das 1996 von der Plattform Rettungswesen der FMH als Vorläuferin des Forums Notfall publizierte Thesenpapier hat die Notfallversorgung und das Rettungswesen in der Schweiz stark beeinflusst. Das aktualisierte Leitbild soll den Anforderungen an ein zukunftsorientiertes und effizientes Notfalldispositiv für die Schweiz gerecht werden.

1. Rettungskette

Der Begriff Rettungskette beschreibt das koordinierte Vorgehen von Ersthelfern, *First Respondern* und professionellen Rettungsteams.

Den ersten Elementen der Rettungskette, wie dem Erkennen einer Notfallsituation, der Alarmierung, dem Beginn von erster Hilfe und lebensrettenden Sofortmassnahmen, müssen besondere Beachtung beige-

messungen werden. Dazu ist es unumgänglich, dass die breite Bevölkerung in der Gesundheitskompetenz und im Anwenden von Notfallkompetenzen geschult wird, was auch bedeutet, das Thema «Wiederbelebung» und ausgewählte Kapitel der ersten Hilfe in den obligatorischen Schulunterricht zu integrieren. Über eine Integration in die kantonalen Lehrpläne sollen den Schulen die notwendigen Mittel gesprochen werden. Für die fachlichen Inhalte ist der Swiss Resuscitation Council (SRC) zuständig.

Die vorerst regionalen und vereinzelt kantonalen *First Responder*-Systeme sollen, wo möglich, überregional weiterentwickelt und mit entsprechender Alarmierung ausgebaut werden. Informationen zur Lokalisierung von Defibrillatoren müssen jedem Ersthelfer unkompliziert über Register zur Verfügung stehen; die Standorte sollen zugänglich, einheitlich beschildert und in die kantonalen Rettungssysteme integriert werden.

2. Ambulante notfallmedizinische Grundversorgung / Dienstärzte

Es liegt in der Verantwortung der Kantone, die notfallmedizinische Grundversorgung überall und jederzeit sicherzustellen; ausführendes Organ für diese Aufgabe ausserhalb des Rettungsdienstes sind die kantonalen Ärztegesellschaften. Leistungserbringer sind die niedergelassenen Hausärztinnen und -ärzte, die sich im Bereitschaftsdienst ausserhalb ihrer Praxispräsenz regional als Dienstärzte organisieren. Durch den stetig zunehmenden Mangel an Grundversorger(inne)n in vielen Regionen der Schweiz kann ein flächendeckendes und permanentes Dienstärztnetz bald nicht mehr garantiert werden. Gleichzeitig stellt die Hausarztmedizin einen wichtigen Eckpfeiler in der Grundversorgung einer zunehmend älteren und polymorbiden Bevölkerung dar. Um auch als Zukunftsmodell überlebensfähig zu bleiben, drängt sich für die Funktion der Hausarztmedizin in der ambulanten notfallmedizinischen Grundversorgung eine Reihe von notwendigen Strukturreformen auf.

Le direttive della FMH per il settore del salvataggio in Svizzera sono disponibili anche in italiano – sulla pagina Web:
www.fmh.ch → Servizi
 FMH – Forum Urgenza o
www.saez.ch → Attuale
 Ausgabe → Archiv → 2021 → 7.

Das FMH-Forum Notfall unterstützt die Umsetzung folgender Massnahmen:

- Regionale/überregionale ambulante medizinische Notrufzentralen mit kantonal, besser schweizweit einheitlicher Notfallnummer sind erforderlich.
- Diese Notrufzentralen müssen professionell besetzt sein, den Einsatz von Triagierungs-Algorithmen und die Implementierung ärztlicher Telemedizin sicherstellen.
- Der Betrieb von Ärzte-Netzwerken in Form von Permanenzen/Notfallpraxen als zentrale Anlaufstellen für ambulante Notfallpatienten in Agglomerationen muss forciert werden; die räumliche Nähe zu Notfallstationen, d.h. eine enge Vernetzung vom ambulanten zum stationären Bereich, erweist sich auch bei Regionalspitälern als Ressourcenoptimierung.
- Die vermehrte Nutzung interprofessioneller Strukturen, insbesondere die Delegation medizinischer Leistungen an *Advanced Practice Nurses* (APN) und *Physician Associates* (PA) (s. 6.6) ist erstrebenswert.
- Ein ärztlicher Hintergrunddienst zur Sicherstellung von Hausbesuchen bei immobilen Patient(inn)en und Heimen muss sichergestellt, aber auch angemessen vergütet werden.
- In Regionen, in denen aus geographischen Gründen ein flächendeckendes Notarztnetz schwierig umzusetzen ist, werden grundversorgende Ärztinnen und Ärzte als Dienstärzte mit entsprechender Ausbildung im Rahmen eines kantonalen Rettungskonzepts eingesetzt (s. 3.2). Dienstärztinnen und Dienstärzte müssen vital bedrohte Patient(inn)en beurteilen und bis zum Eintreffen der Notärztin oder des Notarztes adäquat behandeln können.

Die Bevölkerung soll in der Gesundheitskompetenz und im Anwenden von Notfallkompetenzen geschult werden.

- Häufig müssen Hausärztinnen die Notfallversorgung in psychischen Ausnahmesituationen (z.B. fürsorgliche Unterbringung) übernehmen; hierfür soll eine spezialisierte Weiterbildung der Schweizerischen Gesellschaft für Notfall- und Rettungsmedizin (SGNOR) mit Unterstützung der Foederatio Medicorum Psychiatricorum et Psychotherapeuticorum (FMPP) etabliert werden.
- Die Dienstleistung der notfallmedizinischen Grundversorgung darf für Dienstärztinnen und -ärzte nicht an Attraktivität verlieren. Mittels einheitlicher Reglementierung, entsprechender Weiterbildungsmöglichkeiten und angemessener finanzieller Entschädigung für Ausrüstung, Nacht- und

Pikettdienste soll dem Rechnung getragen werden. Für die finanzielle Ausstattung des regionalen Notfall-Versorgungskonzepts sind die kantonalen Ärztegesellschaften und die Kantone zuständig.

3. Professioneller Rettungsdienst

3.1 Rettungs- und Transportsanitäter(in)

Die Ausbildung zu Rettungssanitäter(inne)n (RS – Diplom HF) und Transportsanitäter(inne)n (TS – Berufsprüfung, BP) ist durch das Bundesamt für Bildung und Technik (BBT) verbindlich geregelt.

Für einen dringlichen Notfall müssen diplomierte Rettungssanitäter(innen) eingesetzt werden. Deren Grundkompetenz kann durch eine delegierte ärztliche Kompetenz erweitert werden; der Rettungssanitäter und die Rettungssanitäterin tragen hierfür die Durchführungsverantwortung.

Auch «einfache» Krankentransporte erfordern eine qualifizierte Betreuung. Die minimale personelle Qualitätsanforderung für geplante Krankentransporte ohne Vitalbedrohung ist die Ausbildung zum Transportsanitäter bzw. zur Transportsanitäterin.

Für die Aus- und Weiterbildungsentwicklung von Rettungs- und Transportsanitäter(inne)n ist das Forum Berufsbildung im Rettungswesen zuständig; dieses trägt auch die fachliche Verantwortung für alle Fragen der Berufsankennung.

3.2 Notärztinnen und -ärzte

Notärztinnen und Notärzte mit Fähigkeitsausweis Präklinische Notfallmedizin/Notarzt (SGNOR) (FA PKNM) müssen an geeigneten Institutionen jederzeit einsatzbereit, in eine anerkannte Rettungsorganisation eingebunden sein und bei entsprechender medizinischer Indikation auch eingesetzt werden. Diese Indikation kann je nach Einsatzort und -zeit regional modifiziert werden. Das Nicht-Einsetzen der Notärztin oder des Notarztes bei gegebener Indikation muss im jeweiligen Einsatzrapport vermerkt und die Abweichung von den Zertifizierungsgrundlagen (s. 6.4) begründet werden. Bei kantonalen Dienstarztkonzepten sind die Einsatzindikationen verbindlich und müssen entsprechend den Absprachen umgesetzt werden.

Der Notarzt, die Notärztin verfügt über eine spezifische Weiterbildung und eine spezielle Ausrüstung. Für die Weiterbildung zum Fähigkeitsausweis Präklinische Notfallmedizin/Notarzt (SGNOR) ist die SGNOR im Auftrag des Schweizerischen Instituts für Weiter- und Fortbildung SIWF FMH zuständig.

Notarzdienste mit Notärzt(inn)en in Ausbildung (s. 6.5) sollen mit einem repräsentativen prozentualen

Anteil von erfahrenen Notärzt(inn)en mit abgeschlossenem Fähigkeitsausweis (FA) betrieben werden.

In Agglomerationen sollen grundsätzlich Notarztdienste mit entsprechender Einsatzindikation betrieben werden. Ersatzweise können in geographisch schwierigen Regionen ein Dienstarzt-konzept und die Luftrettung den bodengebundenen Rettungsdienst unterstützen.

Schweizweit soll nach einem einheitlichen System ein ambulanter Notarzt-tarif definiert werden. Dafür ist die SGNOR in Zusammenarbeit mit der FMH und den Tarifpartnern verantwortlich.

3.3 Sanitätsnotrufzentralen (SNZ)

Die Sanitätsnotrufzentralen (SNZ) koordinieren überregional die präklinischen Notfalleinsätze. Die SNZ sind untereinander vernetzt und betreiben die Sanitätsnotrufnummer 144 in der ganzen Schweiz flächendeckend und gebührenfrei. Weitere Zusammenschlüsse von regionalen SNZ zu einer überregionalen Rettungszentrale sind wünschenswert, um betriebswirtschaftlich und logistisch eine kritische Grösse zu erreichen.

Informationen zur Lokalisierung von Defibrilatoren müssen jedem Ersthelfer unkompliziert über Register zur Verfügung stehen.

Als Disponenten arbeiten medizinische Fachpersonen mit einer SNZ-spezifischen Weiterbildung. Die medizinische Leitung einer SNZ obliegt einer Notärztin bzw. einem Notarzt SGNOR.

Die SNZ triagieren primär alle Notrufe und bieten die geographisch nächsten adäquaten notfallmedizinischen Primärversorgungsmittel auf.

Je nach Situation

- erhält der Hilfesuchende unterstützende Anweisungen, um die Zeit bis zum Eintreffen der Rettungskräfte optimal zu überbrücken;
- wird die Notfallpatientin oder der Notfallpatient der Dienstärztin bzw. dem Dienstarzt oder einer Notfallpraxis zugewiesen;
- werden der nächste Rettungswagen und, wenn indiziert, die Notärztin, der Notarzt respektive die Dienstärztin, der Dienstarzt alarmiert;
- wird bei gegebener Indikation der Rettungshelikopter eingesetzt;
- ist insbesondere bei pädiatrischen Notfällen primär eine Notärztin oder ein Notarzt und grosszügig die Luftrettung aufzubieten;
- werden bei Bedarf die Einsatzleiter(in) Sanität (EL San) und die Leitende Notärztin bzw. der Leitende Notarzt (LNA) angefordert;

- funktionieren die SNZ bei Grossschadensereignissen und Katastrophen als sanitätsdienstliche Einsatzzentrale (Backoffice).

4. Klinische Notfallmedizin (KNM) / Notfallstationen (NFS) der Spitäler

Sämtliche Notfallstationen der Schweizer Spitäler sollen aufgrund der Empfehlungen der SGNOR zu den Minimalanforderungen an Notfallstationen (NFS) [1] einheitlich kategorisiert werden. Um die qualitativ hochstehende Weiterbildung für die Tätigkeit auf den NFS garantieren zu können, müssen Weiterbildungsstätten für den Fähigkeitsausweis Klinische Notfallmedizin (SGNOR) bzw. den interdisziplinären Schwerpunkt Klinische Notfallmedizin (ISP KNM SGNOR) von der SGNOR akkreditiert und in Weiterbildungsstätten Kategorie 1, 2 oder 3 eingeteilt sein. Diese SGNOR-Akkreditierung setzt verschiedene Bedingungen voraus, wie z.B. das Vorhandensein eines Triage-systems, definierte Patientenpfade und Serviceleistungen von anderen mit dem Notfall verbundenen Organisationseinheiten. Weiterhin ist erforderlich, dass (je nach Kategorie) zumindest der oder die Leiter(in) der NFS Träger des ISP KNM SGNOR ist.

Assistenzärztinnen und -ärzte aus den Spitalkliniken rotieren zur Ausbildung auf die Notfallstation oder werden direkt auf der NFS zur Erlangung des SP KNM angestellt.

Die SGNOR-Akkreditierung bedingt, dass je nach Weiterbildungsstätte ein gewisser Prozentsatz der Pflegenden ein Nachdiplomstudium (NDS HF) in Notfallpflege absolviert hat. Interprofessionalität ist eine Voraussetzung für die optimale Patientenbetreuung auf der NFS. Alle NFS weisen ein Katastrophen- und Pandemiekonzept auf, welches regelmässig aktualisiert wird (s. 5).

5. Grossereignisse und nationale Bedrohungslagen

Für Grossschadensereignisse und Katastrophen haben der KSD und die SGNOR die nationale Weiterbildungsplattform Sanitätsdienstliche Führung Grossereignis (SFG) etabliert.

Das Schweizerische Zentrum für Rettungs-, Notfall- und Katastrophenmedizin (SZRNK) ist ein neutrales, national und international ausgerichtetes Kompetenzzentrum und organisiert im Auftrag des KSD die SFG-Curricula. Mit der Organisation der französischsprachigen Kurse (CSAM/CEFOCA-6) ist das CHUV beauftragt. Der SFG-P-Kurs (prehospital) vermittelt die Prinzipien und Grundkonzepte der sanitätsdienstlichen Führung und informiert über Ressourcen und Konzepte der schweizerischen Partnerorganisationen. SFG-H-Kurse (hospital) vermit-



Für einen dringlichen Notfall müssen diplomierte Rettungssanitäterinnen und -sanitäter eingesetzt werden.

teln die Prinzipien der Führung einer NFS bei einem Grossereignis und fokussieren auf die Schnittstelle Präklinik/Klinik.

Rettungssanitäter(innen) und Notärztinnen und -ärzte werden gemeinsam zum bzw. zur «Bereichsleiter(in) Sanität» (BL San) und «Einsatzleiter(in) Sanität» (EL San) resp. «Leitender Notarzt/Leitende Notärztin» (LNA) weiter- und obligatorisch fortgebildet. Die Kantone sind aufgefordert, diese Funktionen einzurichten und mit den notwendigen personellen und materiellen Ressourcen auszustatten.

Im Ereignisfall gibt das internetbasierte Informationssystem (IES) des KSD Informationen über verfügbare Spitalressourcen und unterstützt den Datentransfer zwischen Schadensplatz und Versorgungseinheiten. Damit IES einsatzfähig wird, müssen die beteiligten Dienste und Spitäler instruiert und regelmässig beübt werden.

Im Rahmen der in die Zuständigkeit des Bundes und der Kantone fallenden Pandemiekonzepte muss den grundversorgenden Hausärztinnen und Hausärzten ihre gebührende Rolle zugewiesen werden. Dies setzt die Bereitschaft voraus, sie mit entsprechenden Ressourcen für diese Aufgaben auszustatten. Die Hausärzte sind das wichtigste Bindeglied zu den betroffenen Patient(inn)en, und die übergeordneten Institutionen des Bevölkerungsschutzes müssen sich ihre Erfahrung zunutze machen und die Einbindung der kantonalen Ärztesellschaften in die kantonalen Krisenorganisationen sicherstellen. In

den Pandemiekonzepten muss zusätzlich beantwortet werden, wie die bestehenden Versorgungsstrukturen (niedergelassene Ärztinnen/Spitäler) neben der Versorgung der Pandemiepatienten die medizinische Grundversorgung aufrechterhalten sollen. Die Pandemiekonzepte müssen regelmässig auf ihre Funktionalität überprüft werden.

6. Qualitätsmanagement/Datenschutz

6.1 Hilfsfrist für professionelle Rettungsstrukturen

Vital bedrohte Notfallpatient(inn)en sollen in der Schweiz innerhalb 15 Minuten von professionellen Rettungskräften erreicht werden (Hilfsfrist); wo immer möglich, ist auf eine Hilfsfrist von 10 Minuten hinzuwirken. Bei entsprechender Indikation muss eine Notärztin bzw. ein Notarzt in der gleichen Zeit den Patienten oder die Patienten erreichen können. In geographisch komplexen Regionen kann ein Dienstärztdispositiv das Notarztznetz ergänzen. Das lokale Rettungssystem muss sich mit überregionalen Rettungsstrukturen (Luftrettung) vernetzen.

6.2 Ärztliche Leitung Rettungsdienst

Jeder Rettungsdienst verfügt über eine ärztliche Leitung mit Fähigkeitsausweis Präklinische Notfallmedizin/Notarzt (SGNOR). Die ärztliche Leitung ist in medizinischen Fragen weisungsberechtigt, kann ärztliche

Kompetenzen an Rettungssanitäter(innen) delegieren und ist für die medizinische Qualitätssicherung des Rettungsdienstes verantwortlich.

6.3 Zielspital

Notfallpatient(inn)en sind unter kompetenter Überwachung und Behandlung wenn möglich direkt in das für die definitive Versorgung der schwersten Schädigung geeignete Zielspital einzuweisen. Für spezielle Patientenkollektive (Polytrauma, Schwerbrandverletzte, *Stroke*, Akutes Koronarsyndrom) sind entsprechende Zentren definiert worden. Jeder Transport ist mit den angemessenen personellen (TS, RS, NA) und technischen Ressourcen (Rettungswagen, Helikopter) durchzuführen. Die ärztliche Leitung eines Rettungsdienstes erstellt ein entsprechendes Zuweisungskonzept für die Spitäler in seinem Einzugsgebiet. Bei langen bodengebundenen Transportzeiten sollen Luftrettungsmittel zugezogen werden.

6.4 Qualitätskontrolle

Alle Stufen des Rettungswesens haben einer Qualitätskontrolle zu genügen. Der Interverband für Rettungswesen (IVR) erlässt Richtlinien für Transportmittel und Ausrüstungen der Rettungsdienste. Alle Rettungsdienste in der Schweiz müssen IVR-zertifiziert sein oder eine gleichwertige Qualitätsüberprüfung nachweisen. Der vermehrte Aufwand der zertifizierten Rettungsdienste soll sich in der Tarifstruktur der Kostenträger widerspiegeln.

6.5 Ärztliche Aus-, Weiter- und Fortbildung

Eine notfallmedizinische Basisausbildung soll an allen Medizinischen Fakultäten der Schweiz mit einem am PROFILES-Katalog der SMIFK orientierten Curriculum einheitlich in das Medizinstudium integriert werden. Die Qualitätskontrolle der notfallmedizinischen Grundkurse hat derzeit das FMH-Forum Notfall übernommen (Dienstärztinnen und -ärzte). Für die ärztliche notfallmedizinische Weiterbildung ist die SGNOR im Auftrag des SIWF zuständig.

Den ISP KNM (SGNOR) und den FA PKNM regelt die SGNOR. Die Absolvierung der für die Weiterbildung zum Notarzt geforderten Notarzteinsätze ist nur an einer akkreditierten Weiterbildungsstätte oder einem anerkannten Notarztstandort möglich.

Für die Weiterbildung zum Leitenden Notarzt/zur Leitenden Notärztin (LNA) resp. Einsatzleiter(in) Sanität (EL San) ist der KSD in Kooperation mit der SGNOR resp. der Vereinigung Rettungssanitäter Schweiz (VRS) zuständig.

Die ärztliche Fortbildung wird vom SIWF zusammen mit der SGNOR bzw. dem KSD geregelt. Das SZRNK soll

Lehre und Forschung sowie Weiter- und Fortbildung in Rettungs-, Notfall- und Katastrophenmedizin stärken.

6.6 Interprofessionalität

Die effiziente Vernetzung ärztlicher Strukturen mit interprofessionellen NFM-Ausbildungen (TS, RS, Disponent(inn)en, Notfallpflege/NDS HF) ist ein zentraler Baustein im notfallmedizinischen Spektrum der Schweiz. Für die ambulante Grundversorgung sollten Unterstützungsmodelle mit nicht-ärztlichen medizinischen Fachpersonen (z.B. APN, PA) evaluiert werden.

6.7 Advanced Care Planning (ACP)

Damit das Selbstbestimmungsrecht eines Notfallpatienten oder einer Notfallpatientin auch in einer Ausnahmesituation (Bewusstlosigkeit usw.) gewahrt werden kann, sind sogenannte Ärztliche Notfallanordnungen essentiell. Das Forum Notfall setzt sich dafür ein, dass solche Anordnungen mit Unterstützung des Hausarztes bzw. der Hausärztin erstellt und aktualisiert werden, schweizweit möglichst einheitlich formatiert sowie in Notfallsituationen verfügbar und den Angehörigen bekannt sind.

6.8 Register/Datenschutzbestimmungen

Sinnvolles Qualitätsmanagement erfordert die Überprüfung etablierter Strukturen anhand relevanter Outcome-Daten. Dies trifft insbesondere für Rettungseinsätze jeglicher Art zu. Diese Daten sind derzeit in der Schweiz aus datenschutzrechtlichen Gründen nicht oder nur sehr eingeschränkt zugänglich. Der oder die Datenschutzbeauftragte des Bundes soll in Zusammenarbeit mit den Kantonen sowie den Fachgesellschaften, beteiligten Institutionen, Spitälern und Rettungsorganisationen Möglichkeiten zur Erfassung von Kenndaten in anonymisierter Form entwickeln. Diese Daten sind auch für den Aufbau und Betrieb von Registern zu spezifischen Notfall-Kollektiven (Polytrauma, *Stroke*, Herzstillstand/Reanimation) unverzichtbar. Um die aufwendige Erfassung, Verwaltung und Auswertung dieser Datenbanken sicherzustellen, müssen die Finanzierung und das Qualitätsmanagement solcher Register unter Beachtung der gemeinsamen Empfehlungen von H+, ANQ, SAMW, unimed-suisse und FMH [2] explizit geregelt sein.

Bildnachweis

© Schutz & Rettung Zürich

Literatur

- 1 Vorstand der Schweizerischen Gesellschaft für Notfall- und Rettungsmedizin (SGNOR). Empfehlungen zu den Minimalvoraussetzungen einer Notfallstation. Schweiz Ärzteztg. 2014;95(35):1264.
- 2 www.fmh.ch/files/pdf7/register_empfehlungen.pdf

Personalien

Todesfälle / Décès / Decessi

Kaspar Zürcher (1940), † 5.11.2020,
Facharzt für Allgemeine Innere Medizin,
3005 Bern

Albert Erlanger (1935), † 13.12.2020,
Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie,
8055 Zürich

Ernst Büsser (1939), † 14.12.2020,
Facharzt für Allgemeine Innere Medizin,
8126 Zumikon

Urs Kamber (1941), † 25.12.2020,
Facharzt für Allgemeine Innere Medizin,
3752 Wimmis

Hossen Movarekhi (1932), † 21.1.2021,
Spécialiste en médecine interne générale,
1205 Genève

Giovanni Bass (1934), † 23.1.2021, Facharzt für
Gynäkologie und Geburtshilfe, 8032 Zürich

Richard Hans Meyer (1929), † 24.1.2021,
Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin,
8620 Wetzikon ZH

Praxiseröffnungen / Nouveaux cabinets médicaux / Nuovi studi medici

ZH

Pierre-Alexandre Krayenbühl,
Facharzt für Allgemeine Innere Medizin,
Brauerestrasse 3, 8610 Uster

Gesellschaft der Ärztinnen und Ärzte des Kantons Solothurn

Zur Aufnahme als ordentliche Mitglieder
haben sich angemeldet:

Petra Durrer, Gemeinschaftspraxis Selzach,
Dorfstr. 1c, 2545 Selzach, Fachärztin für All-
gemeine Innere Medizin und Fachärztin für
Intensivmedizin, FMH

Urs Enggist, Praxis Enggist, Winkelacker 15,
4553 Subingen, Facharzt für Allgemeine
Innere Medizin, FMH

Claudia Preissler, Gastroenterologie Solo-
thurn, Zuchwilerstr. 43, 4500 Solothurn,
Fachärztin für Allgemeine Innere Medizin
und Fachärztin für Gastroenterologie, FMH

Felix Gregor Regenfelder, Gruppenpraxis für
Kinder und Jugendliche, c/o Bürgerspital
Solothurn, Schöngrünstr. 42, 4500 Solothurn,

Facharzt für Orthopädische Chirurgie und
Traumatologie des Bewegungsapparates, FMH

Einsprachen gegen diese Aufnahmen sind
innerhalb 14 Tagen nach der Publikation
schriftlich und begründet beim Co-Präsi-
dium der Gesellschaft der Ärztinnen und
Ärzte des Kantons Solothurn (GAESO),
Postfach 332, 4502 Solothurn, einzureichen.

Ärztegesellschaft Thurgau

Zum Eintritt in die Ärztegesellschaft Thurgau
haben sich gemeldet:

Félicie Maria Haueter, Thundorferstrasse 29,
8500 Frauenfeld, Fachärztin für Psychiatrie
und Psychotherapie, FMH

Isabel Heine, Hafenstrasse 11a,
8590 Romanshorn, Praktische Ärztin

Kerstin Recker, Praxis für Frauengesundheit,
Bernrainstrasse 19, 8280 Kreuzlingen

Andreas Schoenenberger, Seeblickstrasse 6,
8272 Ermatingen, Facharzt für Allgemeine
Innere Medizin, FMH

Sabine Werner, Bahnhofstrasse 59, 9320 Arbon,
Fachärztin für Dermatologie und Venero-
logie, FMH

Umgezogen?

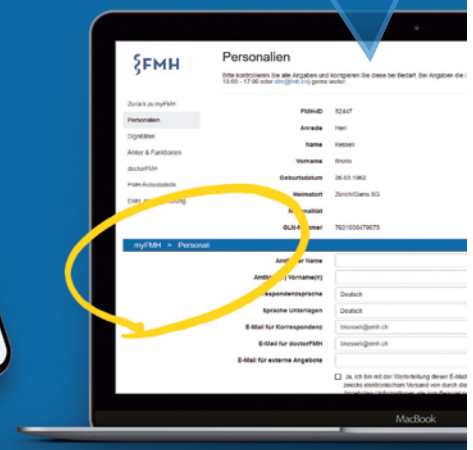


EMH Media
SCHWEIZERISCHER ÄRZTEVERLAG
EDITIONS MEDICALES SUISSES

Einloggen
bei myFMH



Adresse anpassen
unter Personalien



Briefe an die SÄZ

Eine pubertäre Rasselbande

Brief zu: Grieder J. Das Fax: Ein immer noch verführter Nachruf. Schweiz. Ärzteztg. 2021;102(5):193–4.

In seinem aufschlussreichen Beitrag zur Geschichte und Zukunft des Fax präsentiert Jakob Grieder eine detaillierte Mängelliste der Fax-Technologie. Der Vollständigkeit halber sollten aber auch die Nachteile des elektronischen Datenverkehrs erwähnt werden. Das Fax war und ist praxistauglich. Wie ist es mit dem Informationsaustausch per Internet? Wir erhalten die Berichte von Spitälern und Spezialisten im PDF-Format (manchmal auch als Word-Dokument!) mit willkürlichen Benennungen – mal ist es eine Zahlenkombination, mal der volle Name des Patienten. In mühsamer Kleinarbeit muss die MPA das Dokument richtig zuordnen und archivieren. Jedes Röntgeninstitut in der Stadt Zürich hat ein anderes System bei der Übertragung der Bilddaten. Mindestens einmal pro Woche generiert man für irgendwelche Logins neue Passwörter, die leicht vergessen werden können oder kurz und einfach zu merken sind – mit einem leichten Unbehagen wegen der Hacker. Die Hemmschwelle der Behörden, Standesorganisationen und der Spitäler, das medizinische Publikum mit «wichtigen» Mitteilungen zu versorgen, wird zunehmend kleiner. Ein anderes Thema ist der eigenmächtige «Spam»-Ordner, der uns immer wieder zwingt, im elektronischen Abfallkübel zu wühlen und nach vermissten Notizen zu suchen. Was soll's. Es ist beschlossene Sache: Das gute, alte Fax geht in die Rente. Die Entsorgungsgebühr ist bereits bezahlt. Seine Nachfolge übernimmt das Internet mit Mailverkehr, Kontaktformularen und vielen weiteren Tools. Leider ziemlich chaotisch und häufig unausgereift. Eine pubertäre Rasselbande.

Dr. med. Felix Schürch, Zürich

Information sur le vaccin contre le COVID-19

Lettre concernant: Pally Hofmann U. Vaccin COVID-19: information au patient et capacité de discernement. Bull. Med. Suisses. 2021;102(5):158–9.

L'article de Mme Ursina Pally Hofmann paru dans le BMS n° 5 me laisse perplexe. L'exigence d'information, en soi très louable et correspondant à la loi, se heurte à des contingences pratiques que le service juridique de la FMH semble ignorer.

Dans le centre cantonal de vaccination où je travaille depuis peu, nous effectuons environ 300 vaccinations par jour. Toutes les personnes vaccinées (qui déclarent expressément être volontaires) reçoivent une information écrite basée sur les documents de l'OFSP qui mentionne les effets indésirables possibles et connus du vaccin. Il serait par contre irréaliste d'exiger que le médecin et les 4 infirmières présents informent personnellement chaque participant de tous les effets indésirables potentiels du vaccin, y compris ceux que personne ne connaît encore, et enregistre sous forme écrite un consentement éclairé individuel. Une discussion individuelle où le médecin «évoquerait avec chaque personne la nécessité et l'utilité du vaccin» ainsi que «des risques qui ne présentent qu'une faible probabilité de réalisation» et de «l'éventualité de risques encore inconnus» retarderait considérablement la campagne de vaccination, souhaitée par les autorités sanitaires et la grande majorité de la population.

Nous vivons actuellement une situation sanitaire exceptionnelle qui demande des réponses rapides, claires et pragmatiques. Le service juridique de la FMH semble évoluer dans un monde détaché de la réalité du terrain et ses propos ne peuvent que troubler ceux qui tentent de maîtriser la pandémie avec les moyens actuels.

*Dr Jean-Pierre Zellweger,
Villars-sur-Glâne*

Empathie: ein Problem?

«Wir wünschen Ihnen nun viel Freude und anregende Gedanken bei der Lektüre dieses letzten Themenheftes '100 Jahre Schweizerische Ärztezeitung'» – so die Einladung im Editorial «Nach dem Rückblick ein Ausblick». Mich stimmte die Lektüre vor allem nachdenklich: zu denken gibt mir die Digitalisierung-Euphorie, welche – trotz kritischen Reflexionen – den nachfolgenden Beiträgen zugrunde liegt. Auf der Grundlage des modernen Personalisierungsdogmas wird der «Fortschritt der künstlichen Intelligenz» auch für die Medizin implizit als die Grundlage der weiteren Entwicklung schlechthin zelebriert.

Zwar wird nebst dem «Festplatteproblem» und dem «Expertenproblem» auch noch das «Empathie-Problem» erwähnt. Die Empathie

gehe nämlich während des Studiums zunehmend verloren und müsse vorläufig, bis zur Entwicklung einer «Artificial General Intelligence», durch die «Mediziner aus Fleisch und Blut» noch trainiert werden. Empathie sozusagen im Nebenfach. Der populärwissenschaftliche Autor Yuval Noah Harari verfolgt in seinen drei Bestsellern seit langem die Vision der Ablösung des *Homo sapiens* durch den digitalisierten *Homo deus*. Der empathische Arzt werde dabei überflüssig, während für das Pflegepersonal die Empathie eher noch von Bedeutung bleibe.

Ich erlebe die «Personalisierte Medizin» sozusagen als Gegenstück zur «Individualisierten Medizin», wenn auch diese Begriffe oft synonym verwendet werden. Als ein Konzept, das die Patientin auf «eine Vielzahl von genetischen und bio-chemischen Messgrößen» (TASWISS Newsletter 1/2014) reduziert. Unter dem Diktat einer lukrativen «massgeschneiderten Pharmakotherapie» (Wikipedia) steht dabei nicht die individuelle gesamt menschliche Entwicklung im Fokus, sondern die mitgebrachte genetische Ausstattung.

Der Begriff leitet sich ja von der *persona* im römischen Recht ab, einer formaljuristischen Zuordnung, welche schliesslich im Utilitarismus zu einer bedenklichen Unterscheidung zwischen «Person» und «Mensch» geführt hat. Der Begriff des «Individuums» demgegenüber bezeichnet gerade die unteilbare Ganzheit des einzelnen Menschen, die «Entelechie» als das einmalige Wesen des Menschen bei Aristoteles.

Ich habe das Interesse für den individuellen Patienten mit seiner je einmaligen Biographie in der Gesamtheit der Beziehungen zu seiner Um- und Mitwelt nicht nur als die entscheidende Grundlage, sondern auch als die schönste Herausforderung der Medizin verstanden. Für mich ist die Empathie nicht Aufgabe, sondern die unverzichtbare Basis alles ärztlichen Handelns.

Dr. med. Hansueli Albonico, Langnau i.E.

Briefe

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

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

Il faut bannir les pesticides

Lettre concernant: Tschudi J. Les pesticides: quel impact sur la santé? Bull Med Suisses. 2021;102(3):102-4.

Dans le BMS du 20 janvier dernier, le Dr Tschudi attirait notre attention sur les conséquences des pesticides de synthèse sur la santé.

Il est utile de rappeler que les firmes agrochimiques qui commercialisent ces produits ont réussi le tour de force de nous faire oublier que les insecticides sont faits pour tuer les insectes. Comme ils sont utilisés à très large échelle, qu'ils se retrouvent dans les sols, les eaux, l'air et les organismes vivants, il n'est pas surprenant que la biomasse d'insectes volants se soit effondrée de 75% en un quart de siècle. Et que cet effondrement touche également les populations d'oiseaux qui se nourrissent d'insectes et de graines enrobées de pesticides. En 1962, R. Carson avait dans son livre [1] déjà à peu près tout dit sur les risques liés aux pesticides qu'elle préconisait de renommer biocides, en raison de leur effet létal sur d'autres organismes que ceux ciblés. Si la publication de ce livre avait permis à l'époque l'interdiction du DDT, il n'a pas freiné le développement et l'utilisation massive des pesticides, en particulier des néonicotinoïdes, neurotoxiques à dose infinitésimale.

Les firmes agrochimiques ont des stratégies éprouvées de diversion pour brouiller les

pistes et dissimuler la cause principale du déclin des insectes. Stéphane Foucart les résume bien dans un de ses livres [2]. On peut citer entre autres: offrir des financements de recherche à des experts pour réaliser des études destinées à détourner l'attention vers des causalités alternatives au déclin des insectes et installer l'idée que leur disparition est une énigme; saper la crédibilité de chercheurs indépendants; placer ses pions dans toutes les organisations où se discute l'adoption des normes réglementaires.

Mais finalement à quoi servent les pesticides? Des études récentes montrent que dans la majorité des cas les traitements systémiques sont inutiles, que les pesticides ne permettent pas de réel gain de rendements, qui par ailleurs ont même tendance à décliner. Les tenants de l'agriculture industrielle nous assurent qu'il serait impossible de nourrir le monde sans l'usage massif d'intrants. Bien des expériences montrent le contraire. Et comment peut-on imaginer nourrir le monde dans une nature éteinte, sans pollinisateurs? C'est une industrie de mort qui a été mise en place. Il y a 30 ans, il y avait profusion d'abeilles, de bourdons, de papillons; le chant des oiseaux était incessant. Les enfants d'aujourd'hui n'ont plus aucune idée de cette richesse passée.

Nous allons voter le 13 juin sur deux initiatives complémentaires d'importance capitale.

D'une part pour une Suisse libre de pesticides de synthèse; et d'autre part pour une eau potable propre et une alimentation saine. L'organisation faïtière du corps médical suisse, la FMH, devrait être à la pointe pour inviter toutes les sociétés de médecine, et plus largement tous les acteurs de santé à se mobiliser en faveur de ces initiatives.

Les changements climatiques, l'extinction des espèces, les pollutions massives nous interrogent chaque jour un peu plus sur la possibilité même de survie de l'espèce humaine sur une terre dévastée. Face à ce constat, nous devrions nous révolter et rejoindre toutes celles et ceux qui se battent, tout particulièrement les jeunes qui nous montrent l'exemple.

Arnaud Janin, St-Légier-La Chiésaz

- 1 Rachel Carson. Printemps silencieux. Domaine Sauvage, 2009.
- 2 Stéphane Foucart. Et le monde devint silencieux. Seuil, 2019.

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

Aktuelle Themen auf unserer Website

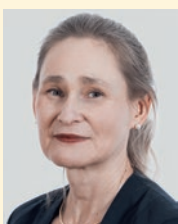
www.saez.ch → Tour d'horizon



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.



Mitteilungen

Facharztprüfungen

Facharztprüfung zur Erlangung des Facharztstitels Oto-Rhino-Laryngologie

Hinweis: Die Prüfungsausschreibung wurde bereits in der Schweiz Ärztez. 2021;102(3):88 mit fehlerhaften Daten publiziert. Untenstehend die korrigierte, aktualisierte Version.

Datum und Ort:

European Board Exam: 31.7.2021

Schriftliche Prüfung Schweiz:
12.11.2021 in Interlaken

Mündliche Prüfung: 4.11.2021

Anmeldefrist

Vom 1.3. bis zum 31.5.2021 elektronisch via Homepage www.orl-hno.ch

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

Facharztprüfung zur Erlangung des Facharztstitels Medizinische Onkologie

Schriftlich-theoretische Prüfung:

Ort: Kantonsspital Olten

Die schriftlich-theoretische Prüfung kann auch in Paris, Frankreich, während des **ESMO-Kongresses** abgelegt werden (siehe ESMO-Informationen, www.esmo.org).

Datum: Samstag, 18. September 2021

Mündlich-praktische Prüfung:

Ort: Kantonsspital Olten, Haus D, Parterre

Datum/Zeit:

Samstag, 30. Oktober 2021 / ab 9 Uhr

Anmeldefrist: 31. Juli 2021

Weitere Informationen finden Sie auf der Website des SIWF unter www.siwf.ch → Weiterbildung → Facharzttitel und Schwerpunkte → Medizinische Onkologie oder unter www.esmo.org oder unter www.sgmo.ch

Schwerpunktprüfung zur Erlangung des Schwerpunktes pädiatrische Nephrologie zum Facharzttitel für Kinder- und Jugendmedizin

Ort und Datum:

Universitätsspital Zürich,
Montag, 28. Juni 2021

Anmeldefrist: bis spätestens 31. März 2021

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

Schwerpunktprüfung zur Erlangung des Schwerpunktes pädiatrische Gastroenterologie und Hepatologie zum Facharzttitel Kinder- und Jugendmedizin

Datum: Freitag, 26. November 2021

Ort:

Der Prüfungsort wird nach Eingang der Anmeldungen und abhängig von der gewünschten Prüfungssprache festgelegt.

Anmeldefrist: 31. August 2021

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

Förderungspreis USGG 2021

Die USGG vergibt auch 2021 einen «Förderungspreis Forschung» im Betrag von CHF 10 000. Es soll dadurch die Forschung im Bereich der Gefässerkrankungen unterstützt werden. Berücksichtigt werden Projekte, welche bereits begonnen wurden und in der Schweiz durchgeführt werden. Ein und dasselbe Protokoll darf im gleichen Jahr nur an eine der in den Gesellschaften der «Union Schweizerischer Gesellschaften für Gefässkrankheiten» (USGG) ausgeschriebenen Preisausschreiben eingereicht werden. Ausgeschlossen sind Projekte, die bereits ausgezeichnet wurden oder durch den SNF unterstützt werden.

- Teilnahmeberechtigt sind Forscherinnen und Forscher bis max. 45-jährig, die in der Schweiz tätig sind. Die Wahl der Preisträgerin oder des Preisträgers erfolgt

durch den wissenschaftlichen Ausschuss der USGG und wird anlässlich der USGG-Jahrestagung am 3. Dezember 2021 vergeben.

- Der Preisträger / die Preisträgerin verpflichtet sich, das Projekt an der Jahrestagung der USGG vorzustellen.
- Bewerbung

Bewerbungen in Deutsch, Französisch oder Englisch sind einzureichen bis spätestens am 27. August 2021 per E-Mail mit folgenden Unterlagen:

1. Projektbeschreibung und erste Ergebnisse (maximal 5 Seiten)
2. Literaturverzeichnis
3. Curriculum Vitae (max. 1 Seite A4)
4. Unterschriebenem Begleitbrief des Antragstellers

Die Bewerbung ist per Mail zu senden an: Prof. Dr. med. D. Staub, Chefarzt Angiologie, Universitätsspital Basel, E-Mail: [daniel.staub\[at\]usb.ch](mailto:daniel.staub[at]usb.ch)

Schweizer Preis für Angiologie 2021

Die Schweizerische Gesellschaft für Angiologie schreibt jedes Jahr einen Preis in Höhe von CHF 10 000 für die besten wissenschaftlichen Arbeiten aus, die in einer «peer reviewed» Fachzeitschrift zur Publikation angenommen oder publiziert sind. Schweizer Kandidaten, die ihre Arbeiten im In- oder Ausland, und Ausländer, die ihre Arbeiten in der Schweiz durchgeführt haben, sind eingeladen, sich für diesen Preis zu bewerben.

Hierfür sollen die Kandidaten nebst dem Bewerbungsschreiben ihr Curriculum Vitae und die Publikationen *bis zum 24. September 2021* an:

Herrn Prof. Dr. med. Marc Righini
Hôpitaux Universitaires de Genève (HUG)
4, rue Gabrielle-Perret-Gentil
1211 Genève 14

oder per E-Mail: [marc.righini\[at\]hcuge.ch](mailto:marc.righini[at]hcuge.ch) schicken.

Der Preis wird anlässlich der 21. Unions-tagung der Union Schweizerischer Gesellschaften für Gefässkrankheiten vom 1. bis 3. Dezember 2021 in Interlaken vergeben.

Februar 2021

Wichtige Mitteilung zu Metamizol

Risiko eines arzneimittelbedingten Leberschadens

Zusammenfassung

- Es wurden Fälle eines arzneimittelbedingten Leberschadens (*drug-induced liver injury*, DILI) unter der Anwendung von Metamizol berichtet. Die meisten Patienten erholten sich nach Abbruch der Behandlung mit Metamizol. Dennoch, in Einzelfällen ist ein akutes Leberversagen aufgetreten, welches eine Lebertransplantation erforderte.
- Unterrichten Sie Ihre Patienten darüber,
 - wie sie Frühsymptome erkennen, die auf einen arzneimittelbedingten Leberschaden hinweisen, wie z.B. Ikterus, Oberbauchbeschwerden, Übelkeit, Erbrechen, Abgeschlagenheit oder Müdigkeit.
 - die Einnahme/Anwendung von Metamizol zu beenden, sollten solche Symptome auftreten, und einen Arzt / eine Ärztin aufzusuchen, um die Leberfunktion prüfen und überwachen zu lassen.
- Eine Metamizol-Behandlung sollte bei Patienten, bei denen ein Leberschaden unter der Anwendung von Metamizol aufgetreten ist und keine andere Ursache für den Leberschaden bestimmt werden konnte, nicht wieder aufgenommen werden.

Die unterzeichnenden Zulassungsinhaberinnen möchten Sie in Abstimmung mit Swissmedic über das Risiko eines arzneimittelbedingten Leberschadens unter der Anwendung von Metamizol informieren:

Hintergrundinformationen zu den Sicherheitsbedenken

Metamizol ist ein nicht-opioides Pyrazolonderivat und besitzt analgetische, antipyretische und spasmolytische Eigenschaften. Es ist bei Kindern, Jugendlichen und Erwachsenen indiziert zur Behandlung von starken Schmerzen und hohem Fieber, welche auf andere Massnahmen nicht ansprechen.

Kürzlich identifizierte, neue Informationen über Leberschäden gaben bei der europäischen Behörde EMA Anlass zu einer umfangreichen Überprüfung der Daten bzgl. des Potenzials von Metamizol, einen arzneimittelbedingten Leberschaden hervorzurufen. Im Rahmen der Prüfung wurden Informationen aus allen verfügbaren Quellen, einschliesslich Berichte über unerwünschte Arzneimittelwirkungen und in der wissenschaftlichen Literatur publizierte Studienberücksichtigt.

Die Leberschäden zeigten vor allem ein hepatozelluläres Muster und traten einige Tage bis Monate nach Behandlungsbeginn auf.

Anzeichen und Symptome schlossen erhöhte Serumwerte von Leberenzymen mit oder ohne Ikterus ein, häufig im Zusammenhang mit anderen Arzneimittelüberempfindlichkeitsreaktionen (z.B. Hautausschlag, Blutdyskrasien, Fieber und Eosinophilie) oder begleitet von Merkmalen einer Autoimmunhepatitis. Bei einige n Patienten trat der Leberschaden nach erneuter Anwendung wieder auf.

Der Mechanismus eines Metamizol-bedingten Leberschadens ist nicht eindeutig geklärt. Aus verfügbaren Daten ergeben sich jedoch Hinweise auf einen immun-allergischen Mechanismus.

Allgemein kann ein arzneimittelbedingter Leberschaden einen potenziell schwerwiegenden Ausgang nehmen, wie akutes Leberversagen mit der Notwendigkeit zur Lebertransplantation.

Basierend auf der kumulativen Markterfahrung mit Metamizol und dem Ausmass der Patientenexposition gegenüber dem Arzneimittel wird das Auftreten eines Leberschadens durch Metamizol als sehr selten eingeschätzt. Allerdings kann die genaue Häufigkeit nicht berechnet werden.

Swissmedic hat basierend auf den vorhandenen Informationen und Daten das Signal evaluiert und daraus entsprechende risikomindernde Massnahmen für die Schweiz abgeleitet.

Massnahmen und Anweisungen/ Empfehlungen für Fachpersonen

Das frühzeitige Erkennen eines möglichen Leberschadens durch die Anwendung von Metamizol ist wesentlich. Patienten sollten darin geschult werden, wachsam gegenüber Symptomen eines möglichen Leberschadens zu sein, und angewiesen werden, die Einnahme/Anwendung von Metamizol zu beenden und einen Arzt / eine Ärztin aufzusuchen, sollten

Firma	Arzneimittel	Kontakt
sanofi-aventis (schweiz) ag	Novalgine (Metamizol), Injektion i.m., i.v.	Medizinische Beratung und Information, Tel: +41 58 440 21 00
	Novalgine (Metamizol), Tabletten	
	Novalgine (Metamizol), Tropfen	
	Novalgine (Metamizol), Zäpfchen	
Mepha Pharma AG	Metamizol-Mepha, Tablette	Mepha Pharma AG, Kundendienst: Tel: +41 61 705 43 43
Sintetica AG	Novaminsulfon Sintetica 500 mg/ml, soluzione iniettabile	Via Penate 5 – 6850 Mendrisio Tel: +41 (0)91 640 42 50
Spirig HealthCare AG	Metamizol Spirig HC, Tropfen zum Einnehmen	Industriestrasse 30 – 4622 Egerkingen Tel: +41 62 388 85 00
	Metamizol Spirig HC, Tabletten	
Streuli Pharma AG	Minalgin, Injektionslösung i.m., i.v.	Bahnhofstrasse 7 – 8730 Uznach Tel: +41 55 285 92 63
	Minalgin, Tabletten	
	Minalgin, Tropfen	

entsprechende Symptome auftreten. Dem medizinischen Fachpersonal wird geraten, bei Patienten die Leberfunktion zu überprüfen und zu überwachen, wenn diese mit Anzeichen und Symptomen, die auf einen Leberschaden hinweisen, vorstellig werden.

Eine Wiederverwendung von Metamizol wird nicht empfohlen, wenn in der Vergangenheit bereits ein Leberschaden während einer Metamizol-Behandlung aufgetreten ist und keine andere Ursache dafür den Leberschaden ermittelt wurde.

Die Fachinformation wird in den Rubriken «Warnhinweise und Vorsichtsmassnahmen»

und «Unerwünschte Wirkungen» sowie die Patienteninformation entsprechend aktualisiert. Die aktualisierte Arzneimittelinformation wird unter www.swissmedicinfo.ch publiziert.

Aufforderung zur Meldung unerwünschter Wirkungen

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 die unten aufgeführten Zulassungsinhaberinnen.

Mit freundlichen Grüssen
Die Zulassungsinhaberinnen

*sanofi-aventis (schweiz) ag,
Mepha Pharma AG, Sintetica AG,
Spirig HealthCare AG, Streuli Pharma AG*

Vernier, Februar 2021

Wichtige Mitteilung zu systemisch und inhalativ angewendeten Fluorchinolonen

Risiko einer Herzklappenregurgitation/-insuffizienz

Betroffene Wirkstoffe: Ciprofloxacin, Delafloxacin, Levofloxacin, Moxifloxacin, Norfloxacin, Ofloxacin

Die Zulassungsinhaberinnen der in der Schweiz zugelassenen Fluorchinolon-Antibiotika möchten Sie in Abstimmung mit der Swissmedic über das Risiko einer Herzklappenregurgitation/-insuffizienz in Zusammenhang mit Fluorchinolonen für die systemische und inhalative Anwendung informieren.

Zusammenfassung

- Systemisch und inhalativ angewendete Fluorchinolone können das Risiko für eine Herzklappenregurgitation/-insuffizienz erhöhen.
- Prädisponierende Faktoren für eine Herzklappenregurgitation/-insuffizienz sind unter anderem ein angeborener oder vorbestehender Herzklappenfehler, Bindegewebs-erkrankungen (zum Beispiel Marfan-Syndrom oder Ehlers-Danlos-Syndrom), Turner-Syndrom, Morbus Behçet, Hypertonie, rheumatoide Arthritis und infektiöse Endokarditis.
- Bei Patienten mit einem Risiko für eine Herzklappenregurgitation/-insuffizienz sollten systemisch und inhalativ angewendete Fluorchinolone nur nach sorgfältiger Nutzen-Risiko-Abwägung unter Berücksichtigung anderer Therapieoptionen angewendet werden.
- Raten Sie Ihren Patienten im Falle von akuter Atemnot, neu auftretendem Herzklopfen oder der Entwicklung von Ödemen am Bauchraum oder in den unteren Extremitäten unverzüglich ärztliche Hilfe in Anspruch zu nehmen.

Hintergrundinformationen zu den Sicherheitsbedenken

Fluorchinolone sind Antibiotika, die für die Behandlung bestimmter bakterieller Infektionen einschliesslich lebensbedrohlicher Infektionen zugelassen sind. Da sie schwerwiegende und langanhaltende unerwünschte Wirkungen haben können, ist ihre Anwendung im Allgemeinen auf Infektionen beschränkt, bei denen andere Antibiotika, die für die Behandlung dieser Infektionen üblicherweise empfohlen werden, für ungeeignet erachtet werden (zu diesem Risiko siehe Healthcare Professional Communication vom Januar 2018, <https://www.swissmedic.ch/swissmedic/en/home/humanarzneimittel/market-surveillance/health-professional-communication--hpc/hpc-systemisch-angewendete-fluorchinolone.html>). Fluorchinolone sollten nur nach sorgfältiger Abwägung ihres voraussichtlichen Nutzens und ihrer Risiken, einschliesslich des Risikos

für Aortenaneurysmen und Dissektionen, angewendet werden (zu diesem Risiko siehe Healthcare Professional Communication vom Februar 2019, <https://www.swissmedic.ch/swissmedic/en/home/humanarzneimittel/market-surveillance/health-professional-communication--hpc/hpc-systemisch-inhalativ-fluorchinolone.html>).

Eine vor kurzem veröffentlichte epidemiologische Studie [1] berichtete über ein etwa zweifach erhöhtes Risiko für Mitralklappen- und Aortenklappenregurgitation/-insuffizienz bei Patienten, die systemische Fluorchinolone einnahmen, im Vergleich zu Patienten, die andere Antibiotika (Amoxicillin oder Azithromycin) einnahmen.

Es wurden mehrere medizinisch bestätigte Fälle einer Regurgitation/Insuffizienz einer der Herzklappen bei Patienten, die Fluorchinolone erhielten, mit wahrscheinlichem oder möglichem kausalem Zusammenhang berichtet. Diese Daten deuten darauf hin, dass Fluor-

chinolone eine Herzklappenregurgitation/-insuffizienz verursachen können.

Darüber hinaus berichtete eine Laborstudie [2], dass eine Exposition mit Ciprofloxacin zu einem Kollagenabbau in Myofibroblastzellen der Aorta führte, die von Patienten mit Aortopathie, einschliesslich Aortenregurgitation/-insuffizienz, gespendet wurden. Dieser Befund gibt Aufschluss darüber, wie ein Fluorchinolon-assoziiertes Abbau von Bindegewebe mit einer Herzklappenregurgitation/-insuffizienz in Zusammenhang stehen kann. Ein Kollagenabbau wurde auch für Fluorchinolon-assoziierte Erkrankungen der Sehnen und der Aorta postuliert.

Faktoren, die das Risiko für eine Herzklappenregurgitation/-insuffizienz erhöhen, sind unter anderem ein angeborener oder vorbestehender Herzklappenfehler, Bindegewebs-erkrankungen (zum Beispiel Marfan-Syndrom oder Ehlers-Danlos-Syndrom), Turner-Syndrom, Morbus Behçet, Hypertonie, rheumatoide Arthritis und infektiöse Endokarditis.

Bei Patienten mit einem Risiko für eine Herzklappenregurgitation/-insuffizienz sollten systemisch und inhalativ angewendete Fluorchinolone nur nach sorgfältiger Nutzen-Risiko-Abwägung unter Berücksichtigung anderer Therapieoptionen angewendet werden. Patienten sollte angeraten werden, im Falle von akuter Atemnot, neu auftretendem Herzklopfen oder einer Entwicklung von Ödemen im Bauchraum oder in den unteren Extremitäten unverzüglich ärztliche Hilfe in Anspruch zu nehmen.

Die Arzneimittelinformation für Fluorchinolon-haltige Arzneimittel wird entsprechend aktualisiert.

Aufforderung zur Meldung von unerwünschten Arzneimittelwirkungen

Für Meldungen über unerwünschte Arzneimittelwirkungen (UAW) empfiehlt Swiss-

medic, das dafür entwickelte Meldeportal Electronic Vigilance System (ELViS) zu verwenden. Alle erforderlichen Informationen hierzu sind unter www.swissmedic.ch zu finden.

Dieses Inserat betrifft alle systemisch und inhalativ angewendeten Fluorchinolon-haltigen Arzneimittel und ist von den unten aufgeführten Firmen erstellt worden.

In der Schweiz zugelassene Fluorchinolone zur systemischen oder inhalativen Anwendung sind:

- Ciprofloxacin
- Delafloxacin
- Levofloxacin
- Moxifloxacin
- Norfloxacin
- Ofloxacin

Kontaktinformationen der Zulassungsinhaberinnen:

Acino Pharma AG, Birsweg 2, 4253 Liesberg, www.acino.swiss

Axapharm AG, Zugerstrasse 32, 6340 Baar, www.axapharm.ch

A. Menarini AG, Thurgauerstr. 36/38, 8050 Zürich; www.menarini.ch

Bayer (Schweiz) AG, Uetlibergstrasse 132, 8045 Zürich, www.bayer.ch

Chiesi SA, Route de Moncor 10, 1752 Villars-sur-Glâne, chiesi.sa@viforpharma.com

Fresenius Kabi (Schweiz) AG, Am Mattenhof 4, 6010 Kriens, www.fresenius-kabi.ch

Helvepharm AG, Walzmühlestrasse 60, 8500 Frauenfeld, www.zentiva.ch

Labatec Pharma SA, rue du Cardinal Journet 31, 1217 Meyrin, www.labatecpharma.com

Lagap SA, Via Morosini 3, 6943 Vezia, www.lagap.ch

Mepha Pharma AG, Kirschgartenstrasse 14, 4051 Basel, www.mepha.ch

Sandoz Pharmaceuticals AG, Suurstoffi 14, 6343 Rotkreuz, www.sandoz-pharmaceuticals.ch

Sanofi-Aventis (Suisse) SA, 3, route de Montfleury, Postfach 777, 1214 Vernier, www.sanofi.ch

Spirig HealthCare AG, Industriestrasse 30, 4622 Egerkingen, www.spirig-healthcare.ch

Streuli Pharma AG, Bahnhofstrasse 7, 8730 Uznach, www.streuli-pharma.ch

Literaturverzeichnis

- 1 Etminan M, Sodhi M, Ganjizadeh-Zavareh S, Carleton B, Kezouh A, Brophy JM. Oral Fluoroquinolones and Risk of Mitral and Aortic Regurgitation. *J Am Coll Cardiol.* 2019 Sep 17;74(11):1444–50.
- 2 Guzzardi DG, Teng G, Kang S, Geeraert PJ, Pattar SS, Svystonyuk DA, Belke DD, Fedak PWM. Induction of human aortic myofibroblast-mediated extracellular matrix dysregulation: A potential mechanism of fluoroquinolone-associated aortopathy. *J Thorac Cardiovasc Surg.* 2019 Jan;157(1):109–19.

sanofi-aventis (schweiz) ag
3, route de Montfleury
1214 Vernier
Schweiz

La souffrance au travail, fléau du XXI^e siècle

«Un travail trop pauvre en terme d'intellect rend malade»

Julie Zaugg

Journaliste freelance

Burn-out, bore-out, mobbing, le travail est de plus en plus souvent source de maladie. L'Institut de recherche en psychodynamique du travail (IPDT) de Paris s'est donné pour mission de comprendre comment les nouvelles formes d'organisation du travail génèrent de la souffrance. Entretien avec Antoine Duarte, le responsable de cette organisation unique en son genre.

Parlez-nous de la naissance de l'Institut de recherche en psychodynamique du travail...

L'idée de créer cet institut est née lorsque Christophe Dejourn, un pionnier de la recherche sur la santé au travail, a voulu prendre sa retraite. La question de la continuité de ses travaux et de ses enseignements s'est alors posée, débouchant sur la fondation de l'IPDT en 2018. L'institut compte aujourd'hui 25 chercheurs, parmi lesquels figurent des titulaires de contrats de recherche, mais aussi des experts venus du Brésil, du Mexique ou d'Italie et les doctorants de Christophe Dejourn, qui en est le directeur scientifique. Il repose sur un modèle associatif unique, grâce auquel il ne dépend ni des universités, ni du financement des grands groupes privés.

Est-il important d'avoir un organisme dédié à la santé au travail?

Oui, c'est crucial. Le travail est le principe organisateur central des rapports entre les êtres humains. Or, avoir un institut qui est dédié à ces thématiques nous oblige

Elle provoque un cortège quasiment infini de maladies: crises d'angoisse, insomnies, syndrome anxieux-dépressif, dérive mélancolique.

à prendre très au sérieux les liens entre le travail et la santé mentale, à les percevoir non pas comme une «petite» question, mais comme un enjeu de civilisation.

Comment la souffrance au travail se manifeste-t-elle?

Elle provoque un cortège quasi infini de maladies: crises d'angoisse, insomnies, syndrome anxieux-dépressif, dérive mélancolique. Dans les cas extrêmes, elle peut mener à une décompensation, voire au suicide. Il ne faut pas oublier non plus les expressions somatiques, comme les troubles musculo-squelettiques, les rectocolites hémorragiques ou les lésions par effort répétitif. Dans certains cas, la souffrance peut même déclencher un accident vasculaire cérébral ou un cancer.

Y a-t-il des cas où elle passe inaperçue?

Oui, lorsqu'elle prend la forme de stratégies de défense, soit ces comportements qu'on adopte pour tenir le coup. Nous avons par exemple eu des journalistes en consultation qui se mettaient à endosser de plus en plus de travail ou à pratiquer du sport de façon frénétique, afin d'éviter de penser à la précarité de leur situation ou à la manière dont ils étaient traités par leurs rédactions. On appelle cela l'auto-accelération. Sur les

A propos d'Antoine Duarte

Antoine Duarte est psychologue clinicien, maître de conférences à l'Université Toulouse Jean Jaurès au sein du Laboratoire de Psychologie de la Socialisation – Développement et Travail (LPS-DT) et docteur en psychologie. Il est le responsable de l'Institut de recherche en psychodynamique du travail (IPDT) de Paris, fondé par Christophe Dejourn en 2018.



chantiers, la peur de tomber ou de subir un accident se manifeste par une exacerbation de la virilité: on bizzute, on multiplie les jeux périlleux, on fait la démonstration de son habileté devant les collègues. Ces stratégies de défense peuvent aussi être collectives. Je suis par exemple intervenu dans une maison de retraite où deux clans s'étaient formés entre les soignants. Il y

Le corps médical souffre de ne plus pouvoir traiter le patient comme il le voudrait, voire de devoir prendre des décisions qui lui nuisent.

avait eu des attaques au chariot débouchant sur un pied fracturé, un fromage placé dans le bureau de la cadre-infirmière, des lettres anonymes pour dénoncer l'adultère d'une aide-soignante avec un infirmier, etc. Mais en creusant, je me suis rendu compte que les soignants souffraient des pratiques qu'ils étaient obligés d'adopter au travail et qu'ils jugeaient répréhensibles sur le plan moral. Le conflit de clan leur permettait de ne pas penser à la façon dont ils devaient traiter les résidents.

Lorsqu'on parle de souffrance au travail, on pense instantanément au burn-out. Est-ce la principale conséquence de cette dernière?

Le burn-out est un terme fourre-tout qui recouvre une multitude de réalités. Il ne s'agit pas que d'un épuise-

ment dû à une surcharge de travail. Il peut aussi naître face à l'expérience de la solitude, lorsqu'un employé se sent lâché par ses collègues ou qu'il n'a plus personne à qui se référer lorsqu'il rencontre des difficultés au travail. Parfois, les gens sont aussi fatigués de faire des choses qui n'ont pas de sens. Pour comprendre la cause d'un burn-out, il faut effectuer une investigation étiologique qui prend en compte non seulement la dimension quantitative mais aussi qualitative du travail.

Peut-on aussi tomber malade par ennui?

Oui, c'est le sens de ce qu'on appelle communément – par un choix de mots malencontreux – un bore-out. On l'observe par exemple sur les chaînes de montage, lorsque les ouvriers vont plus vite que ce qu'on leur demande pour éviter de penser à la tâche répétitive qui leur a été assignée. On le retrouve aussi dans les centres d'appel téléphoniques, avec des employés qui disent «Je pose mon cerveau en rentrant». Lorsque le travail est trop pauvre en termes d'intellect, on en tombe malade.

Qu'en est-il du mobbing et du harcèlement?

Peuvent-ils avoir un impact sur la santé?

Ce ne sont pas des phénomènes neufs. Au XIX^e siècle, les ouvriers étaient fréquemment insultés ou frappés par leur patron. Mais ces formes de harcèlement débouchent aujourd'hui plus souvent sur des décompen-



Les cordonniers sont souvent les plus mal chaussés: au sein du corps médical, la souffrance au travail est un problème massif et en forte augmentation, selon Antoine Duarte.

sations. Cela est dû à l'éclatement des collectifs de travail – soit cet ensemble de règles qui détermine la pratique quotidienne du travail, le jargon employé et la vie sociale de l'entreprise – dans le sillage des nouvelles formes d'organisation du travail fondées sur l'auto-entrepreneuriat et la mise en concurrence des travailleurs entre eux. Or, ce qui est le plus douloureux, ce n'est pas la brutalité du harcèlement mais l'expérience du silence des collègues. On se met à douter, on se dit que peut-être on a mérité d'être traité ainsi.

Assiste-t-on à une hausse de ces diverses formes de souffrance au travail?

Les recherches épidémiologiques menées en France et ailleurs montrent qu'il y a eu une augmentation massive de ces phénomènes. Elle est due au tournant néo-libéral pris par le monde du travail depuis une vingtaine d'années. L'organisation du travail autrefois dévolue aux gens du métier – les journalistes dans les rédactions ou les médecins dans les hôpitaux – a désormais été confiée aux gestionnaires. Cela a débouché sur une série de transformations, parmi lesquelles figurent l'évaluation individualisée de la performance des travailleurs, la standardisation des modes opératoires, la précarisation des salariés et l'utilisation à l'interne de la communication d'entreprise, empruntée à la publicité. Ces changements ont engendré un cortège de pathologies.

Comment soigne-t-on la souffrance au travail?

Lorsque la maladie s'est déjà installée, une thérapie permettra au patient de comprendre les causes profondes de sa souffrance et d'y remédier. En amont, le

Il faut créer des modèles de travail alternatifs, plus humains et gratifiants, comme des collectifs fonctionnant sur le principe de la coopérative.

droit du travail représente un outil puissant pour garantir le respect des droits des travailleurs et prévenir les pratiques pouvant engendrer des pathologies. A plus long terme, il faut imaginer des modèles de travail alternatifs, plus humains et plus gratifiants. Certaines expérimentations, comme la création de collectifs de travailleurs indépendants ou d'entreprises fonction-

nant sur le modèle de la coopérative, vont d'ailleurs dans ce sens et me mettent du baume au cœur.

Quel a été l'impact du Covid-19 sur la santé des travailleurs?

Le confinement et le télétravail ont généré des expériences extrêmement hétérogènes. Certains ont souffert de l'isolement, d'autres y ont vu une bouée de sau-

La souffrance au travail est due au tournant néo-libéral: jadis dévolue aux gens du métier, l'organisation du travail revient aux managers.

vetage pour échapper à une situation difficile en entreprise. Les femmes ont été particulièrement touchées, obligées de cumuler le travail professionnel, domestique et scolaire de leurs enfants. Cela a engendré une charge de travail colossale.

On dit souvent que les cordonniers sont les plus mal chaussés. La souffrance au travail est-elle répandue dans le corps médical?

Oui, il s'agit d'un problème massif et en forte augmentation. Ces dernières années, on a vu des généralistes se suicider, des chefs de service sauter du 7^e étage d'un hôpital. Souvent, cette douleur a des causes éthiques. On souffre de ne plus pouvoir traiter le patient comme on le voudrait, voire de devoir prendre des décisions qui lui nuisent. Ici aussi, le tournant néo-libéral a provoqué des transformations radicales dans l'organisation du travail.

Le travail n'est-il donc que source de malheur?

Non et on l'oublie trop souvent: le travail est aussi une source de plaisir et de santé. On sublime nos valeurs, on mobilise ce qu'il y a de meilleur en nous, lorsque l'organisation du travail nous laisse appliquer notre intelligence. Lorsqu'on surmonte des écueils pour produire un travail de qualité ou qu'on acquiert des savoir-faire neufs, cela provoque un plaisir incommensurable.

Crédits photos

© Antoine Duarte

© Eldar Nurkovic | Dreamstime.com, image symbolique

[zaugg.julie\[at\]gmail.com](mailto:zaugg.julie[at]gmail.com)



Die Erde leidet: Grosse Investitionen in fossile Energien schaden dem Klima.

Die Klimakatastrophe und unsere Pensionskassen

René Jaccard^a, Ueli Hagnauer^b

^a Dr. med., Wissenschaftskommission Klima-Grosseltern; ^b Dr. med., Koordinator BE, Klima-Grosseltern

Wenn die Bemühungen um Erholung von den Folgen der Covid-19-Pandemie nicht postwendend in die nächste Katastrophe, jene der ungebremsten Klimakrise, führen sollen, müssen Kriterien der Nachhaltigkeit den Pandemie- und Postpandemie-Massnahmenkatalog bestimmen (Stichwort *Green recovery*) [3].

Mitten in die zweite Welle der Corona-Pandemie kommt die Meldung: Die Zahl der Menschen, die direkt durch Klimaerwärmung und den ihr zugrunde liegenden Verbrauch fossiler Brennstoffe sterben, steigt weiterhin Jahr für Jahr (2019 weltweit: 7,5 Mio.). Klima-bedingte Herz-, Lungen- und Nierenerkrankungen nehmen stetig zu, und das Gleiche gilt für Arbeitsausfälle infolge der Klimaerwärmung (2019: weltweit 302 Mia. Stunden) [1]. Parallel dazu haben sich die relevanten Klima-Messgrössen weiterhin verschlechtert: Im Vergleich zu 1950 hat die Jahrestemperatur global um 1,2° C, in der Schweiz um 1,7° C zugenommen. Die globale Konzentration des Haupt-Treibhausgases CO₂ ist von 250 auf aktuell 410 ppm angestiegen [2].

Was können wir tun?

Bemühungen um eine bessere Bekämpfung von gesundheitlichen Folgen von Hitzetagen haben in der Schweiz bereits Erfolg gezeigt [4]; schweizweite Projekte zur Erhebung der durch das Gesundheitswesen verursachten Treibhausgasemissionen sind angelaufen, dies mit dem deklarierten Ziel ihrer Reduktion (Stichwort: *Green Hospitals*) [5]; die Ärztinnen und Ärzte für Umweltschutz haben schon vor einiger Zeit einen Leitfaden zur Reduktion des CO₂-Fussabdruckes in der Praxis publiziert [6]. Hier möchten wir auf eine weitere Möglichkeit mit besonders grossem Wirkungspotenzial eingehen: Es geht

darum, wie die gesetzlich vorgeschriebenen Pensionskassen-Spargelder angelegt werden.

Investitionen sind klimarelevant

Die Gesamtsumme der in der Schweiz obligatorisch angesparten Vorsorgegelder beträgt rund CHF 1000 Mia. (entspricht ca. 1/7 der Gesamtsumme des Finanzplatzes Schweiz). Die gegenwärtige Anlagepraxis der Pensionskassen führt auf einen Temperaturanstieg von 4–6°C bis zum Ende des Jahrhunderts hin, dies insbesondere aufgrund hoher Investitionen in fossile Energien, inkl. der besonders klimaschädlichen und ungesunden Kohle [7]. Von den mindestens 300 000 in der Schweiz im Gesundheitssektor Tätigen ist ein Teil in staatlichen Institutionen angestellt und automatisch entsprechenden Kassen zugeteilt – ein grosser Teil ist aber in Kleinunternehmen versichert, die wiederum in der Wahl ihrer Pensionskasse frei sind. Kürzlich ist ein Rating von 110 Schweizer Pensionskassen veröffentlicht worden [8]: Aktuell weisen 8% ein auf Nachhaltigkeit und Klimaschutz ausgerichtetes Portfolio auf. Zu den schlecht klassierten (55%) gehören leider drei wichtige Pensionskassen, die vorwiegend im Gesundheitswesen von der privaten Ärzteschaft genutzt werden: «PAT», «Pro Medico» und «VSAO» [8].

Gute Performance nachhaltiger Investitionen

Global wurde seit 2008 vonseiten des Gesundheitssektors ein Gesamtbetrag von USD 42 Mia. divestiert (Abzug von Investitionen aus den fossilen Energien), woran sich 23 ärztliche Organisationen aus Grossbritannien, Kanada, Australien und Deutschland beteiligten [1]. Es ist nicht einzusehen, warum nicht auch in der Schweiz mit ihrer schlagkräftigen Landesorganisation FMH unsere Pensionskassen verbindlich auf eine Anlagepolitik verpflichtet werden, die mit den Klimazielen des Pariser Abkommens von 2015 (COP 21) übereinstimmt. Heute noch Investitionen in fossile Energien zu tätigen heisst nicht nur, der sich entwickelnden Klimakrise freien Lauf zu lassen und die Gesundheit vulnerabler Teile der Bevölkerung sowie künftiger Generationen zu untergraben [1]. Es bedeutet auch, grosse Verluste unserer Ersparnisse zu riskieren. Zur kraftvollen Vertretung unserer Interessen gegenüber den Pensionskassen können neben der FMH auch

wir alle beitragen: Beziehen wir uns auf das Klimaverträglichkeitsranking unserer Pensionskasse, und fragen wir, was die Pläne zur Verbesserung sind, dann haken wir nach, wenn wir mit dem Bescheid nicht zufrieden sind: Entweder verpflichtet sich unsere Kasse aufs Umschwenken zu einem mit Klimaschutz vereinbarten Kurs, oder wir wechseln ganz einfach auf eine der bereits heute klimafreundlich agierenden Pensionskassen (die übrigens durchaus gute Performances aufweisen). Denn Klimaschutz ist nicht zuletzt Gesundheitsförderung!

Bildnachweis

© Myboys.me | Dreamstime.com, Symbolbild

Literatur

- 1 Watts N, Amann M, Arnell N, et al. The 2020 report of the Lancet Countdown on health and climate change: responding to converging crises; Published online December 2, 2020: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)32290-X](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)32290-X)
- 2 BAFU, et al. 2020: Klimawandel in der Schweiz. Indikatoren zu Ursachen, Auswirkungen, Massnahmen. Umwelt-Zustand Nr. 2013, 105 Seiten.
- 3 EU, July 3, 2020: Boosting the EU's green recovery, online: https://ec.europa.eu/commission/presscorner/detail/en/IP_20_1250
- 4 Ragetti MS, Rössli M. Gesundheitliche Auswirkungen von Hitze in der Schweiz und die Bedeutung von Präventionsmassnahmen. Swiss TPH, Juli 2020.
- 5 Muir K, Keller R, Stucki M. Bringing green best practice into hospitals with an LCA approach. July 29th 2020, Discussion Forum Nr. 74, IUNR u. ZHAW.
- 6 AefU-Ratgeber Ökologie in der Arztpraxis, online http://www.aefu.ch/fileadmin/user_upload/aefu-data/b_documents/themen/praxisoekologie/Ratgeber_Energiecheck.pdf
- 7 BafU u. PACTA, October 2017: Quantifying the alignment of Swiss pension funds and insurances with the Paris agreement, online <https://www.bafu.admin.ch/bafu/de/home/themen/klima/fachinformationen/klima-und-finanzmarkt.html>
- 8 Klima-Allianz Schweiz, 2. November 2020: Erst ein Bruchteil der Pensionskassen investiert klimaverträglich. Online https://www.klima-allianz.ch/klima-rating/?utm_source=Newsletter+Finanzwelt+Politik+DE+200702&utm_campaign=b6ab87ae03-EMAIL_CAMPAIGN_2018_08_30_08_31_COPY_01&utm_medium=email&utm_term=0_f4ff8b12b2-b6ab87ae03-587539512

Das Wichtigste in Kürze

- Die Klimaerwärmung bedroht nicht nur die Umwelt, sondern auch klimabedingte Erkrankungen nehmen stetig zu. Klimaschutz ist also auch Gesundheitsförderung.
- Die Anlage der gesetzlich vorgeschriebenen Spargelder in Pensionskassen mit nachhaltigem und auf Klimaschutz ausgerichtetem Portfolio hat grosses Wirkungspotenzial: die Gesamtsumme der angesparten Vorsorgegelder beträgt in der Schweiz 1/7 der Gesamtsumme des Finanzplatzes.
- Entweder verpflichtet sich unsere Kasse auf einen nachhaltigen Kurs, oder wir wechseln ganz einfach auf eine der bereits heute klimafreundlich agierenden Pensionskassen.

rjaccard@datacomm.ch

Combattre la sclérose en plaques en réparant les synapses

La perte des synapses, signe précoce de lésion du cortex cérébral chez les personnes atteintes de sclérose en plaque progressive, est potentiellement réversible, notamment par l'inhibition ciblée de certaines cellules immunitaires. Cette découverte de chercheurs genevois et

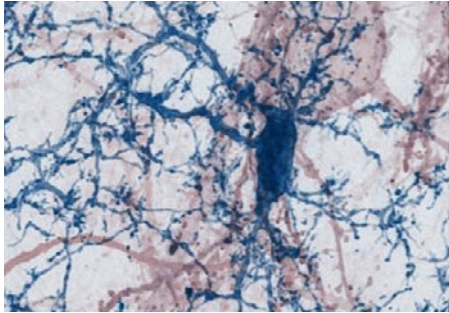


Image microscopique d'une cellule nerveuse d'une souris avec ses processus dendritiques cloutés par des épines synaptiques (rouge) en contact avec une cellule microgliale logée dans le cerveau (bleu) (© Thomas Misgeld).

munichois est parue dans *Nature Neuroscience*. Elle offre une approche intéressante pour de nouvelles thérapies. Pour ce faire, les scientifiques ont observé la perte de synapses généralisée chez des souris: les pointes neuronales où se situent les synapses sont attaquées par certaines cellules immunitaires. L'inflammation due à la réponse immunitaire erronée déclencherait un afflux de calcium qui endommage ces pointes neuronales, diminuant l'activité des neurones. Constat surprenant: ce processus est réversible. Dès l'inflammation maîtrisée, le nombre de synapses se rétablit et les neurones retrouvent leur activité initiale. Cela contredit la croyance selon laquelle le cortex est endommagé de façon permanente chez les patients atteints de sclérose en plaque progressive. Il reste à identifier un nouveau composé capable d'inhiber l'activation des cellules immunitaires responsables de la dégradation des synapses et ainsi de ralentir la progression de la maladie.

(unige.ch)

Selbstdesinfizierende Maske

Forschende haben eine selbstdesinfizierende Maske entwickelt, die Viren und Bakterien auf Knopfdruck inaktiviert. Die antivirale Wirkung des Prototyps liegt bei über 99 Prozent. Die Maske wurde von Forschenden der Zürcher Hochschule für Angewandte Wissenschaften (ZHAW) mit der Firma Osmotex AG entwickelt. Sie besteht aus einem mehrlagigen Spezialstoff sowie Elektroden und einer Spannungsquelle. Zwischen zwei leitenden Schichten liegt eine isolierende Membran. Mit der integrierten Batterie wird auf Knopfdruck eine elektrische Spannung von wenigen Volt angelegt. Diese erzeugt reaktive Sauerstoffmoleküle, die Viren und Bakterien zuverlässig inaktivieren. Auf diese Weise lässt sich die Oberfläche der Maske in wenigen Minuten – sogar während des Tragens – sterilisieren. Die angelegte

Spannung und die erzeugten reaktiven Sauerstoffmoleküle sind dabei für Menschen absolut unbedenklich. Weitere Anwendungen wie sterilisierbare Sitzbezüge werden geprüft.

(zhaw.ch)



Die Maske besteht aus einem mehrlagigen Textil, Elektroden und einer kleinen Batterie (© ZHAW, Hannes Heinzer).

Lésions pulmonaires durables post-Covid-19

Une forme grave du Covid-19 peut durablement détériorer l'absorption d'oxygène par les poumons, même quatre mois après. Celle-ci est réduite d'un cinquième en moyenne par rapport à la valeur attendue pour une personne saine, révèle l'étude «Swiss national Covid-19 lung study», dirigée par l'Inselsspital de Berne. Cette altération fonctionnelle a été établie en mesurant la capacité de diffusion du monoxyde de carbone des poumons (DLCO). Après un Covid-19 sévère, la DLCO s'élevait à 76%. L'interprétation des scanners pulmonaires montre aussi la présence de séquelles au niveau des petites voies aériennes. Neuf centres de pneumologie suisses ont participé à l'étude. Parmi les 113 ma-

lades du Covid-19 évalués, 66 présentaient une forme sévère à critique et 47 une forme légère à modérément sévère. Outre la mesure de la fonction pulmonaire et de la DLCO, l'étude a inclus un test de marche de 6 minutes et la réalisation de scanners pulmonaires. Les facteurs de risque (IMC, tabac, âge, antécédents médicaux) ont été pris en compte. Les lésions pulmonaires constatées montrent que le Covid-19 est loin d'être surmonté une fois la phase aiguë passée, selon les chercheurs qui préconisent une prise en charge et un suivi médical dans des centres de compétence pluridisciplinaires après cette phase.

(Insel Gruppe)

Bluthochdruck schädigt das Gehirn früher als gedacht

Bluthochdruck schädigt neben den Organen auch Gehirnfunktionen. Dies manifestiert sich beispielsweise durch Gedächtnisverlust oder Beeinträchtigung des Gehens. Zu dieser Erkenntnis kamen Forschende aus den USA nach einer Langzeituntersuchung. Im Jahr 1985 wurden Personen zwischen 18 und 30 Jahren in die Studie aufgenommen und über 30 Jahre lang begleitet. Die Forschenden testeten die kognitiven Fähigkeiten wie Gedächtnisleistung oder Aufmerksamkeit von 191 Teilnehmenden und massen ihre Gehgeschwindigkeit, Schrittlänge und Gangvariabilität. Die Wissenschaftler stellten fest, dass die Personen, die seit ihrer Jugend erhöhte Blutdruckwerte aufwiesen, bei den kognitiven Fähigkeiten schlechter abschnitten. Zudem wurde bei diesen auch eine langsamere Gehgeschwindigkeit, kleinere Schrittlänge und höhere Gangvariabilität nachgewiesen. Dies wird auf Schäden an bestimmten Gefäßstrukturen des Gehirns, sogenannte *White Matter Lesions*, zurückgeführt. Vor diesem Hintergrund weisen Experten darauf hin, dass auch junge Erwachsene ihren Blutdruck regelmässig überprüfen lassen sollten.

4D-Simulation für Hirnoperation

Aneurysma-Operationen gehören zu den heikelsten Eingriffen der Neurochirurgie. Ein neuer 4D-Simulator erlaubt die Planung, Erprobung und Optimierung des Eingriffes an einem exakten 4D-Modell inklusive Blut, Blutgefässen und Puls der Patientin oder des Patienten. Die Fachleute finden im Simulator 1:1 die Situation vor, die ihnen später während der realen Operation begegnen wird. Weltweit einzigartig ist die Erweiterung von bekannten 3D-Übungsmodellen (3D-Print-Kopie des Schädels) auf eine 4D-Simulation: die Blutbahnen mit Puls und Blutfluss simulieren auch die zeitlichen Aspekte korrekt. Das 4D-Simulationssystem wurde am Inselsspital, dem Universitätsspital Bern und am ARTORG Center der Universität Bern entwickelt. Das Risiko von Komplikationen während einer Operation kann durch die weitgehend perfektionierte Planung und Übung erheblich gesenkt werden.

(unibe.ch)



Am 4D-Simulator mit patientenspezifischem Kopfmodell können komplexe Hirnaneurysma-OPs trainiert werden (© SurgeonsLab).

Die Schwester der Medizin

Piet van Spijk

Dr. med., Dr. phil., Facharzt für Allgemeine Innere Medizin, Mitglied FMH, Präsident Forum Medizin und Philosophie

Wussten Sie, dass die Medizin eine Schwester hat? Raten Sie, wer es ist!

Nein, es ist nicht die Oekonomia, obwohl sich bei den meisten medizinischen Themen immer auch Fragen der Finanzierung und Wirtschaftlichkeit aufdrängen. Es ist auch nicht die Biologie, nicht die Physik oder die Chemie. Dies Schwester der Medizin ist die *Philosophie!*

In letzter Zeit mehren sich die Anzeichen, dass die einseitige Ausrichtung der Medizin eine Korrektur erfährt.

Eine der grossen grauen Eminenzen der europäischen Kulturgeschichte, Tertullian, machte das vor fast 2000 Jahren klar. Für Medizinstudierende war die Philosophie bis weit ins 19. Jahrhundert hinein ganz selbstverständlich ein Pflichtfach. Dann kam die Überzeugung auf, die Medizin gehöre zur Familie der Naturwissenschaften; das Philosophikum wurde durch das Physikikum ersetzt und später durch Wahrscheinlichkeitsrechnungen und Statistik (d.h. die Mathematik) ergänzt. Die Medizin wurde zu einer naturwissenschaftlichen Disziplin, auf die Philosophie – bzw. deren

Teilwissenschaft, die Ethik – griff man vor allem dann zurück, wenn es die Anwendung umstrittener medizintechnischer Praktiken (Präimplantationsdiagnostik, Erbgutmanipulationen, passive Sterbehilfe etc.) moralisch zu rechtfertigen galt.

Besinnung auf die Wurzeln

In letzter Zeit mehren sich die Anzeichen, dass diese einseitige Ausrichtung der Medizin eine Korrektur erfährt. Als Zeichen dafür kann gewertet werden, dass gegenwärtig an drei Deutschschweizer Universitäten Nachdiplomstudien zum Thema «Philosophie und Medizin» angeboten werden. So ist es heutzutage wieder möglich, Vorteile und Nutzen eines Philosophikums kennenzulernen [1]. Andere Indizien dafür sind ein kürzlich erschienenenes Buch von Beat Gerber [2] und ein Artikel von Magdalena Hoffmann in der Luzerner Standeszeitung [3]. Beide beziehen sich auf Tertullian und weisen darauf hin, dass viele medizinische Entscheidungen auch genuin philosophische Fragen enthalten. Eine kleine Auswahl philosophischer Themen in der Medizin:



Alfred N. Whitehead: «In der philosophischen (und medizinischen) Diskussion ist die leiseste Andeutung dogmatischer Sicherheit hinsichtlich der Endgültigkeit von Behauptungen ein Zeichen von Torheit.»

- Welchen Patientinnen und Patienten ist bei Knappheit der Ressourcen (z.B. Intensivpflege-Betten) aus welchem Grund der Vorzug zu geben?
 - Ist es sinnvoll, einem 95-jährigen eine Hüftprothese einzusetzen? Und wenn «ja», warum?
 - Was ist das Ziel medizinischer Bemühungen? Ist es die Gesundheit? Was ist Gesundheit?
 - Sind Viren Lebewesen? Haben sie Ziele? Sind sie intelligent?
- u.a.m.

Kritisches Hinterfragen

Um nachhaltigen Antworten auf Fragen dieser Art auf die Spur zu kommen, sind solide wissenschaftstheoretische, methodologische und generell philosophische Kenntnisse unabdingbar. Es geht nicht nur darum, medizinische Probleme zu lösen, sondern auch darum, die *Medizin als Wissenschaft zu reflektieren*, und um ein «kritisches Hinterfragen von Gewissheiten, vertieftes Reflektieren über Bekanntes und Unbekanntes und Offenheit für Anderes und Neues» [4].

Wem ist bei Knappheit der Ressourcen (z.B. Intensivpflege-Betten) aus welchem Grund der Vorzug zu geben?

Ähnliches in der Sprache von Alfred North Whitehead, einem bedeutenden Philosophen des 20. Jahrhunderts: «In der philosophischen (und medizinischen) Diskussion ist die leiseste Andeutung dogmatischer Sicher-

heit hinsichtlich der Endgültigkeit von Behauptungen ein Zeichen von Torheit» [5].

Das ist nicht alles, was die Philosophie ihrer Schwester, der Medizin, zu bieten hat. Als grösste Hilfe kann sie ihr die *Geisteshaltung* der Bescheidenheit nahebringen. Seit Sokrates und Platon ist für die Philosophie der

Es geht nicht nur darum, medizinische Probleme zu lösen, sondern auch darum, die Medizin als Wissenschaft zu reflektieren.

Satz «Ich weiss, dass ich nichts weiss» wegweisend. Für die Medizin kann dieser Satz nicht denselben Stellenwert einnehmen, denn er behindert durch seine geradezu verstörende Abgründigkeit das in der Medizin nötige, praktische Handeln. Gute Ärzte und Ärztinnen sind ermuntert, die Wortwahl anzupassen und sich zu sagen: «Ich weiss, wie *wenig* ich weiss.»

Bildnachweis

© Nataliia Mysik | Dreamstime.com, Symbolbild

Literatur

- 1 www.unilu.ch/weiterbildung/ksf/cas-philosophie-und-medizin/, www.weiterbildung.uzh.ch/programme/detail.php?angebnr=43, www.entresol.ch/lehrgaenge/lehrgang-basel/
- 2 Gerber B. Warum die Medizin die Philosophie braucht – Für ein umfassendes Verständnis von Krankheit und Gesundheit. Hofgreffe Verlag; Bern; 2020.
- 3 Hoffmann M. Die Medizin ist die Schwester der Medizin. Luzerner Arzt. 2020;122, S. 10.
- 4 Siehe Literaturangabe 2, S. 16.
- 5 Whitehead AN. Prozess und Realität. 1987 (1929), S. 27 (Ergänzung in Klammer durch P. van Spijk).

[pvanspijk\[at\]svsl.ch](mailto:pvanspijk[at]svsl.ch)



«Broken Skin»: Ein poetischer Psoriasis-Film

Eberhard Wolff

Prof. Dr. rer. soc., Redaktor Kultur, Geschichte, Gesellschaft

Psoriasis ist eine schwierige, eine oft unterschätzte, eine belastende und oft versteckte Krankheit, an der in unseren Gegenden mindestens zwei Prozent der Bevölkerung leiden [1]. Die schweizerische Filmemacherin Lidija Burčak hat in einem halbstündigen Film ein einfühlsames Porträt dieser Krankheit gezeichnet.

Der Film versucht die «Schuppenflechte», ihre Auswirkungen, ihre Wahrnehmung durch die Patientinnen und Patienten in einer vielfältigen Bilderwelt intuitiv und emotional zu fassen: Das Aufbrechen der Haut, das Jucken, Brennen, der unbeschreibliche Wunsch zu kratzen, das schwer greifbare Kommen und Gehen der Krankheit, die Unsicherheit der Behandlung. Die Zusammenstellung visueller Metaphern, Close-ups und Szenen ist unterlegt mit authentischen Beschreibun-

gen von Psoriasis-Betroffenen. «*As if my skin has a complete mind of its own*» ist eine davon.

Bildnachweis

© «Broken Skin» von Lidija Burčak (UK 2019)

Literatur

- 1 Oggier W. Psoriasis gehört thematisiert. Schweiz Ärztztg. 2018;99(17):559–61. doi.org/10.4414/saez.2018.06565

«Broken Skin» von Lidija Burčak (UK 2019), 24 Minuten, englisch mit deutschen, englischen oder rumänischen Untertiteln. Es handelt sich um die Abschlussarbeit der Autorin im Fach Visual Anthropology am Londoner Goldsmith College. Der Film ist seit kurzem gegen ein sehr geringes Entgelt auf der Plattform www.dafilms.com/film/11684-broken-skin zu streamen oder herunterzuladen.

[eberhard.wolff\[at\]emh.ch](mailto:eberhard.wolff[at]emh.ch)



Warum ich keine Ärztin wurde

Nina Abbühl

Junior-Redaktorin



«Grüessech, Herr Dokter.» So begann manche Konsultation in der Hausarztpraxis meines Vaters im Emmental. Anamnesegespräche mit Patientinnen und Patienten, das Blutdruckmessen und Untersuchen im Behandlungszimmer waren mir schon von klein auf vertraut. Als Kind durfte ich meinen Vater ab und zu in die Praxis begleiten. Von jeher wissbegierig, spielte es keine Rolle, dass ich den Inhalt der Gespräche nicht wirklich verstehen konnte – der Mikrokosmos der Praxis war stets ein aufregender Ort für mich. Ich erinnere mich gut an die anatomischen Modelle, die geheimnisvollen Gerätschaften, die freundlichen Praxisassistentinnen, die mir ab und zu Süssigkeiten zugesteckt haben ... Später habe ich das Privileg, jederzeit niederschweligen Zugang zu medizinischer Versorgung zu haben, immer mehr zu schätzen gelernt. Ausserdem konnte ich mir quasi nebenbei doch ein paar (natürlich äusserst basale) Kenntnisse im medizinischen Bereich aneignen. So konnte ich etwa den Unterschied zwischen Bakterien und Viren, was bei Diabetikerinnen und Diabetikern im Körper passiert, und andere medizinische Wissenshappen bereits in meiner Kindheit aufschnappen.

In der Schule habe ich aber des Öfteren schmerzlich erleben müssen, dass die ländlich-bäuerlich geprägte Umgebung auch Ende der 1990er, Anfang der 2000er Jahre die «Arztfamilie», wie wir manchmal genannt wurden, als relativ andersartig beziehungsweise exotisch wahrgenommen hat.

Viele der Kindheitserinnerungen, die ich mit dem Beruf meines Vaters verbinde, sind positiv. Die ärztliche Tätigkeit achte und bewundere ich sehr. Von seinem unglaublichen Arbeitsethos, seinem unermüdlichen Einsatz für seine Patienten weit über normale Bürozeiten hinaus sowie von seinem riesigen Erfahrungsschatz haben Patientinnen vieler Generationen profitiert. Viel Positives – aber nicht nur. Denn ebendieses hohe Arbeitsethos hat auch eine Kehrseite. Ausschweifende Arbeitszeiten, Notfalldienste an vielen Wochenenden und Feiertagen, ein immenser organisatorischer und administrativer Aufwand. Zum Ende der Praxistätigkeit meines Vaters kam für ihn noch der Druck der Nachfolgeregelung hinzu. Der sich schon lange abzeichnende Mangel an Hausärztinnen und -ärzten lässt grüssen ... Dies sind vielleicht

Gründe, die unterbewusst zu meiner Entscheidung beigetragen haben, keine medizinische Laufbahn einzuschlagen.

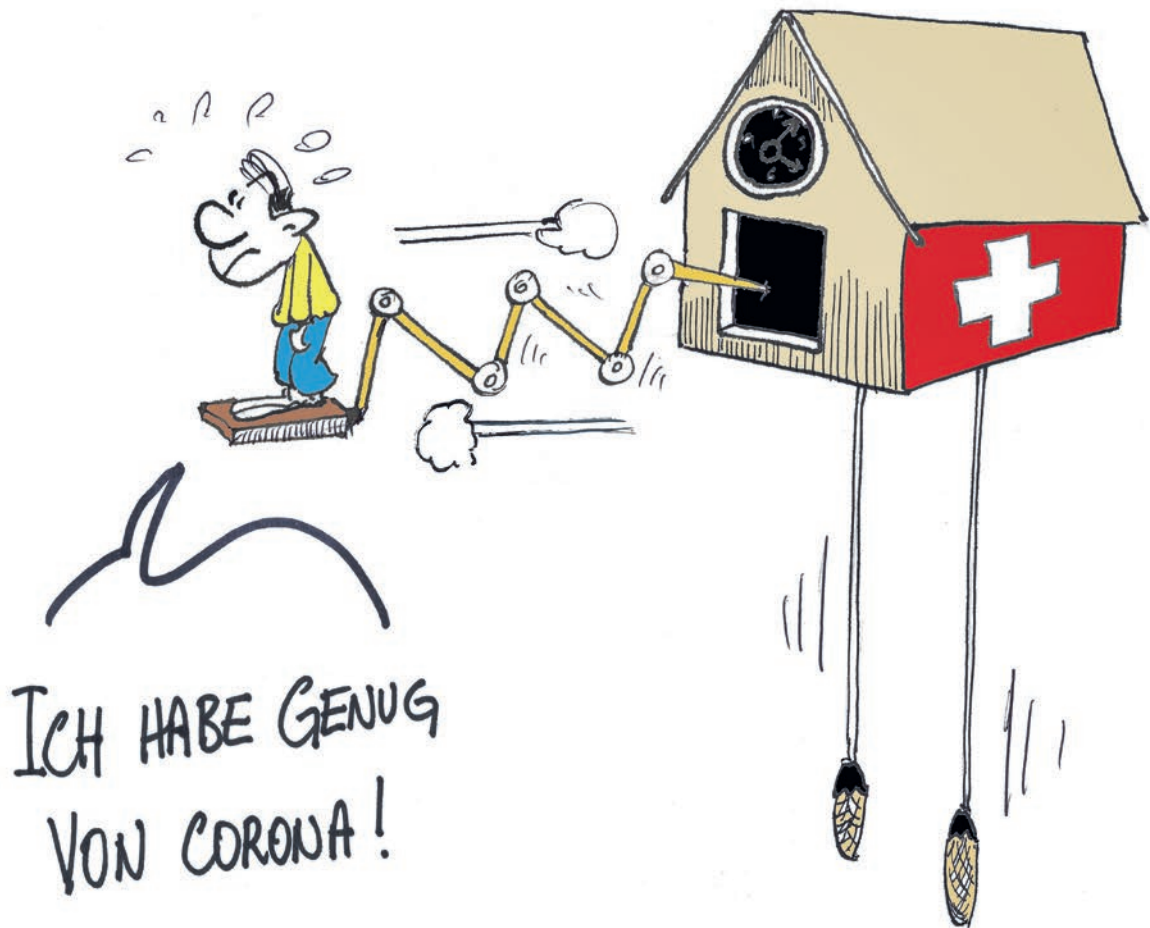
Der familiäre Einfluss war und ist gross bei mir. Letztlich war aber anderes ausschlaggebender: Beim Lesen konnte ich schon immer dem etwas zu engstirnigen Emmentaler Dorf entfliehen. Zunächst allerlei Jugendliteratur, später faszinierten mich Schiller und Brecht, die Weltkriege oder die aktuelle politische Situation so sehr, dass spätestens nach dem Verfassen meiner Maturaarbeit klar war, dass ich Germanistik und Geschichte studieren werde. Die Arbeit handelte übrigens vom Tod als Figur in der deutschen Literatur. Die Literarisierung des ebenso simplen wie unbegreiflichen Faktums des Todes faszinierte mich. Auch hier könnte ein naturwissenschaftlicher Aspekt zumindest vermutet werden. Ein Schelm, wer hinter meiner gewählten Studienrichtung den mütterlichen Einfluss der Deutschlehrerin vermuten würde ...

Und jetzt? Neben dem Studium konnte ich erste berufliche Erfahrungen im Lektorat sammeln. Die Ausschreibung der Stelle bei der SÄZ passte dann einfach. Täglich Texte unterschiedlicher Autorschaft zu lesen und zu bearbeiten fordert und macht Spass. Das Eintauchen in einen Text, das Arbeiten mit und an der Sprache ist etwas vom Interessantesten, was ich mir vorstellen kann. Denn wie uns Friedrich Dürrenmatt als Einsicht hinterlassen hat: «Die Arbeit an der Sprache ist Arbeit am Gedanken.»

Doch zurück zur SÄZ. Wenn ich meinen Vater als Kind das «Gelbe Heftli» lesen sah, hätte ich zwar nie gedacht, einmal an dessen Herstellung beteiligt zu sein, aber so schliesst sich der Kreis: meine naturwissenschaftlichen Interessen sind bei der SÄZ bestens bedient (ich denke hier vor allem an die Rubrik «Spectrum», welche ich jeweils zusammenstellen darf), gestalterisch kann ich mich bei der Bildauswahl austoben, und auch was Geschichtliches angeht, bin ich in meinem ersten Jahr in Muttenz mit den Schwerpunktthemen in den Jubiläumsausgaben auf meine Kosten gekommen.

Ich habe mich zwar dagegen entschieden, Stethoskop und Spritzen selbst in die Hand zu nehmen, der medizinische Kosmos begleitet mich aber auf meinem beruflichen Weg bei der SÄZ weiter – und ich bin froh darüber.

... VERSCHÄRFUNG ...
... LOCKERUNG ...
... VERSCHÄRFUNG ...



NÉJMEDDINE.B