

Schweizerische Ärztezeitung

383 Editorial
von Urs Stoffel
**Die Impfung hat
die beste Wirkung im Ziel**

400 Tribüne
**Depression: eine Modell-
erkrankung mit geschlechts-
spezifischer Relevanz**

412 «Zu guter Letzt»
von Christina Aus der Au
**Die Letzten werden
die Ersten sein**

11 17.3.2021



384 FMH
**Das SIWF-Fortbildungsdiplom:
der «Goldstandard» in der Fortbildung**

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;
Dr. med. Yvonne Gilli, Präsidentin FMH;
Prof. Dr. med. Samia Hurst; Dr. med. Jean Martin, Mitglied FMH;
Dr. med. Daniel Schröpfer, Mitglied FMH;
Charlotte Schweizer, Leitung Kommunikation der FMH;
Prof. Dr. med. Hans Stalder, Mitglied FMH

Redaktion Ethik

Prof. Dr. theol. Christina Aus der Au;
Prof. Dr. phil., Dipl. Biol. Rouven Porz

Redaktion Medizingeschichte

Prof. Dr. med. et lic. phil. Iris Ritzmann; Prof. Dr. rer. soc. Eberhard Wolff

Redaktion Public Health, Epidemiologie, Biostatistik

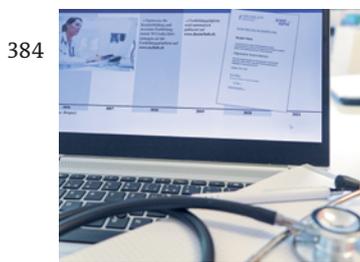
Prof. Dr. med. Milo Puhon

Redaktion Recht

Dr. iur. Ursina Pally, Leiterin Rechtsdienst FMH

FMH

EDITORIAL: Urs Stoffel

383 **Die Impfung hat die beste Wirkung im Ziel**

384

SIWF: Christoph Hänggeli

Das SIWF-Fortbildungsdiplom: der «Goldstandard» in der Fortbildung

Mit dem Ziel, den administrativen Aufwand für alle Beteiligten zu reduzieren, haben Plenum und Vorstand des SIWF beschlossen, die Fortbildungsplattform des Schweizerischen Instituts für ärztliche Weiter- und Fortbildung auszubauen. Die dafür notwendigen Arbeiten sind zurzeit im Gang. So wird etwa ein zentrales Veranstaltungsregister die Suche nach den gewünschten Fortbildungsangeboten erleichtern, und der Eintrag der Veranstaltung ins Fortbildungsprotokoll wird automatisch durch den Organisator oder mittels Smartphone/QR-Code erfolgen können.

AKTUELL: Sonia Barbosa, Michel Matter

387 **Branchenlösung Ärztliche Praxis**389 **Personalien****Briefe / Mitteilungen**390 **Briefe an die SÄZ**391 **Mitteilungen****FMH Services**393 **Stellen und Praxen** (nicht online)**Tribüne**

STANDPUNKT: Katrin Rauen, Susanne Walitza, Egemen Savaskan, Erich Seifritz

400 **Depression: eine Modellerkrankung mit geschlechtsspezifischer Relevanz**403 **Spectrum**

Horizonte

DU FINDEST DEINEN WEG!: Fabienne Hohl

404 «Militär- und Katastrophenmedizin soll auch im Zivilen wirken»

BUCHBESPRECHUNGEN: Jean Martin

408 **Inventer l'avenir: démarches novatrices pour un futur durable**

SCHAUFENSTER: Hedi Meierhans

409 **Beitrag zum Winter | Still erwarte ich**

410 **Preise und Auszeichnungen**

STREIFLICHT: Daniel Oertle

411 **Schreibübung zum 65. Geburtstag**

Zu guter Letzt

Christina Aus der Au

412 **Die Letzten werden die Ersten sein**



BENDIMERAD

Manchmal ist Mama müde

Ein Kinderbuch zum Thema Brustkrebs



Anne-Christine Loschnigg-Barman,
Judith Alder
Manchmal ist Mama müde
Ein Kinderbuch zum Thema
Brustkrebs
2011. 36 Seiten, 17 Abbildungen
in Farbe. Gebunden.
CHF 14.50 / € 14.50
ISBN 978-3-03754-061-9

EMH Schweizerischer Ärzteverlag

Das Kinderbuch «Manchmal ist Mama müde» richtet sich an Kinder im Alter von 2 bis 8, deren Mutter an Brustkrebs erkrankt ist. Das Buch soll den Kindern helfen, die Krankheit der Mutter besser zu verstehen, und die Eltern unterstützen, Worte für das Unfassbare zu finden. Die fröhlichen Illustrationen sprechen Kinder direkt an. Der einfühlsame Text vermittelt ihnen, dass sie mit ihren Sorgen und Ängsten ernst genommen werden und dass die Krankheit nichts an der Liebe zum Kind verändern kann.

Weitere Informationen finden Sie unter shop.emh

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

Impressum

Schweizerische Ärztezeitung
Offizielles Organ der FMH
und der FMH Services
Redaktionsadresse: 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, dml@fmh.ch

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

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

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

© **FMH**
Die Schweizerische Ärztezeitung ist
aktuell eine Open-Access-Publikation.
FMH hat daher EMH bis auf Widerruf
ermächtigt, allen Nutzern auf der Basis
der Creative-Commons-Lizenz
«Namensnennung – Nicht kommer-
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:
© EMH / Julia Rippstein

Die Impfung hat die beste Wirkung im Ziel

Urs Stoffel

Dr. med., Mitglied des FMH-Zentralvorstandes, Departementsverantwortlicher Ambulante Versorgung und Tarife



Seit Wochen beherrscht das Dauerthema Covid-19-Impfungen die Schlagzeilen und ist Tagesgespräch. Anfang des Jahres wurden die Kantone von der raschen Verfügbarkeit des Impfstoffes überrascht und waren nicht vollständig bereit für die Umsetzung der geplanten Impfkampagne. Als man dann so weit war, stockte prompt der Nachschub an Impfstoff. Damit konnte die Impfstrategie bisher nicht so zügig wie gewünscht umgesetzt werden. Auch die Entschädigung für die Impfungen in den Impfzentren und Arztpraxen hätte besser vorbereitet werden können.

Die Arztpraxen waren primär gar nicht oder erst viel später für die Impfung der Bevölkerung vorgesehen. Jedoch zeigte sich bereits in der ersten Phase der Umsetzung, in der die älteren, chronisch kranken und

Gerade Risikopatienten möchten sich gerne in der Praxis von ihrer wohlbekannten behandelnden Ärztin impfen lassen.

polymorbiden Patienten geimpft werden sollten, dass der Ärzteschaft in der freien Praxis eine wichtige Rolle zukommt. Denn es sind die Ärztinnen und Ärzte in den Praxen, welche die Priorisierung und die Triage wie auch die Aufklärung dieser Hochrisikopatienten übernehmen. Sei es, um ihre Patientinnen und Patienten gezielt in ein Impfzentrum zu überweisen, sei es, um sie selbst in ihrer Arztpraxis zu impfen. Das Bedürfnis, sich in der gewohnten Arztpraxis impfen zu lassen, ist gerade bei diesen Hochrisikopatienten gross. Sie wollen bei ihrer wohlbekannten betreuenden Ärztin oder ihrem betreuenden Arzt geimpft werden und nicht in einem Impfzentrum. Es ist eine Frage des Vertrauens. Risikopatienten haben Fragen und wollen beraten werden. Sie sind die vulnerabelste Bevölkerungsgruppe in dieser Pandemie.

Nicht nachvollziehbar ist das Vorgehen der Versicherer und der Gesundheitsdirektorenkonferenz (GDK), wenn es um die Impfschädigung geht. Anfang Januar haben die Vertragspartner GDK und die Versicherer einen Tarifvertrag abgeschlossen. Darin wurde auch die Höhe der Impfpauschale von CHF 14.50 geregelt, die sowohl für die Impfzentren als auch für Arztpraxen

gültig sind. Die FMH war aber zu keiner Zeit Vertragspartner und konnte auch keine eigentlichen Preisverhandlungen führen, obwohl im Vertrag auch die Entschädigung für Impfungen in den Arztpraxen geregelt wird. Das ist ein klassischer Vertrag zu Lasten Dritter. Die FMH hat sich zusammen mit dem Verband der Haus- und Kinderärzte mfe nach Bekanntgabe der Entschädigung eingeschaltet. Wir wurden angehört und konnten mit klaren Berechnungen aufzeigen, dass eine Impfpauschale von CHF 14.50 in den Arztpraxen niemals kostendeckend sein kann. Auch in den Impfzentren werden die Kosten ein Mehrfaches dieser CHF 14.50 betragen; entsprechend wird die Impfung über Steuergelder quersubventioniert. Hinter verschlossenen Türen haben die Versicherer und die GDK daraufhin eine vorläufige Impfpauschale von CHF 24.50 für Arztpraxen ausgehandelt. Damit wurde das Ziel einer einheitlichen und kostendeckenden Impfpauschale für alle Arztpraxen in der Schweiz bei weitem verfehlt. Somit werden sich Impfpauschalen für Arztpraxen von Kanton zu Kanton unterscheiden, da die Kantone, verantwortlich für der Umsetzung der Impfkampagne, nun die Impfpauschalen für eine angemessene Versorgung ihrer Bürger nachbessern müssen. Die kantonalen Ärztesellschaften müssen jeweils einzeln mit den Kantonen verhandeln. Genau das wollten wir eigentlich vermeiden.

Mit der Covid-Impfung verfügen wir erstmals über ein Instrument, das uns erlaubt, mit der grössten Wirkung im Ziel aus dieser Pandemie herauszukommen. Unverständlich und geradezu grotesk ist, dass wir ausgerechnet jetzt um knapp kostendeckende Impfpauschalen in den Arztpraxen kämpfen müssen. Täglich werden rund 100 Millionen vom Staat ausgegeben, um die wirtschaftlichen Auswirkungen der Pandemiemassnahmen zu lindern. Diese Massnahmen könnten gelockert werden, wenn wir mit der Impfung rasch vorschreiten, da die Impfung einen wirksamen Schutz zur Lösung des Problems darstellt. Erfreulich ist, dass wenigstens ein Teil der Kantone, im Gegensatz zu den Versicherern, ihre Verantwortung wahrnehmen und inzwischen eine honorierende Pauschale für die Arztpraxen beschlossen haben.

Das SIWF-Fortbildungsdiplom: der «Goldstandard» in der Fortbildung

Christoph Hänggeli

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

Update Fortbildung

Mit dem Ziel, den administrativen Aufwand für alle Beteiligten zu reduzieren, haben Plenum und Vorstand des SIWF beschlossen, die Fortbildungsplattform des Schweizerischen Instituts für ärztliche Weiter- und Fortbildung «kundenfreundlich» auszubauen. Die dafür notwendigen Arbeiten sind gegenwärtig im Gang: So wird beispielsweise ein zentrales Veranstaltungsregister die Suche nach den gewünschten Fortbildungsangeboten erleichtern, und der Eintrag der Veranstaltung ins Fortbildungsprotokoll wird automatisch durch den Organisator oder mittels Smartphone/QR-Code erfolgen können.

Das Fortbildungsdiplom des SIWF wird zum «Goldstandard» als Nachweis für die Erfüllung der gesetzlichen Fortbildungspflicht. Wie in den umliegenden Ländern sollen auch in der Schweiz über 90% aller Ärztinnen und Ärzte in den Genuss eines gültigen Fortbildungsdiploms kommen. Die Ärzteschaft muss die ärztliche Fortbildung aus eigener Initiative glaubwürdig strukturieren und dokumentieren. Dies geht nicht ohne Qualitätssicherung und ohne eine minimale sinnvolle Kontrolle. Ansonsten läuft die Ärzteschaft Gefahr, dass ihre Anstrengungen von extern als zu wenig ernsthaft beurteilt werden und behördliche Interventionen zunehmend ihre Autonomie einschränken.

Fortbildung: Selbstverständlichkeit und gesetzliche Berufspflicht

Die Ärzteschaft versteht die Fortbildung als selbstverständliche Aufgabe, die primär eigenverantwortlich und entsprechend den individuellen Bedürfnissen wahrgenommen wird. Für alle fünf universitären Medizinalberufe ist sie im Medizinalberufegesetz (MedBG) als obligatorische Berufspflicht auch explizit vorgeschrieben. Die für die Kontrolle zuständigen kantonalen Gesundheitsbehörden sind befugt, eine Verletzung der Fortbildungspflicht mit einem Verweis oder einer Busse bis 20000 Franken zu ahnden. Die Ausgestaltung der gesetzlichen Fortbildungspflicht hingegen – d.h. insbesondere das Festlegen des Umfangs sowie der Art und Weise der Fortbildung – ist Sache der jeweiligen Berufsorganisation.

Für die Ärzteschaft bietet das SIWF zusammen mit seinen Fachgesellschaften ein Fortbildungsdiplom an, das Gesundheitsbehörden und Krankenversicherer gleichermaßen anerkennen. Der Erwerb des Fortbildungsdiploms ist laut Art. 9 der Fortbildungsordnung (FBO) obligatorisch. Für jeden Facharztstitel hat die zuständige Fachgesellschaft ein Fortbildungsprogramm erarbeitet, das die Voraussetzungen für den Erwerb des Diploms detailliert regelt. Welches der 45 Fortbildungsprogramme gewählt wird, liegt in der Eigenverantwortung jedes einzelnen Arztes.

Mit Vorteil orientieren sich Ärztinnen und Ärzte an demjenigen Fortbildungsprogramm, das der aktuellen Berufstätigkeit am ehesten entspricht. Die Fortbildungspflicht beginnt am 1. Januar nach dem Erwerb des Facharztstitels bzw. am 1. Januar nach der erstmaligen Aufnahme der ärztlichen Tätigkeit in der Schweiz. Wer sich hauptberuflich in Weiterbildung zu einem Facharztstitel oder Schwerpunkt befindet, ist während dieser Zeit nicht fortbildungspflichtig.

Fachspezifische Kernfortbildung und erweiterte Fortbildung

Als Richtmass für den Umfang der Fortbildung gelten 80 Stunden (= Credits) pro Jahr (Abb. 1). Nachweispflichtig sind 50 Credits pro Jahr bzw. 150 Credits im Verlauf einer

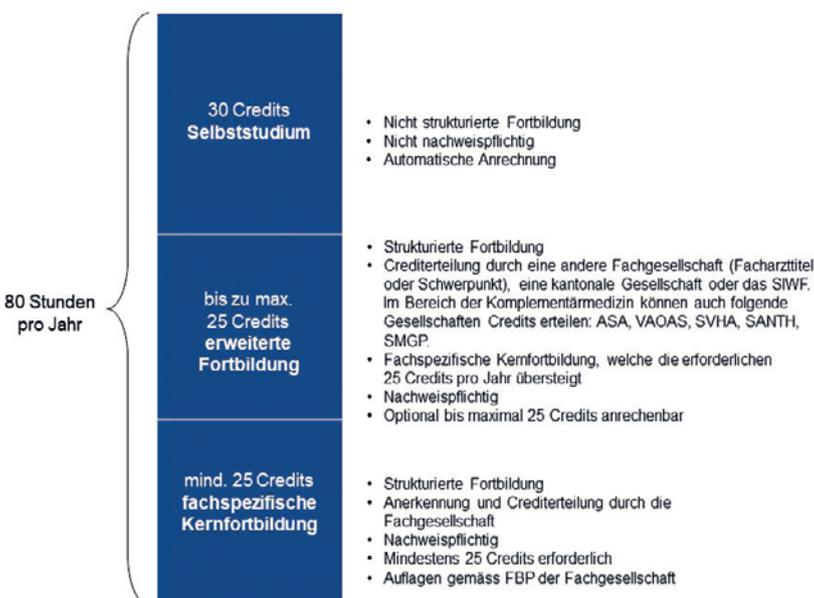


Abbildung 1: Gliederung der geforderten 80 Fortbildungsstunden pro Jahr.

Fortbildungsplattform Unterstützung myFMH DE Abmelden

Startseite **Ärzte** Fachgesellschaften Geschäftsstelle SIWF

Der einfache Weg zum Fortbildungsdiplom

Für Ärzte

Hier können Sie ihre Fortbildungsaktivitäten protokollieren und Diplome beantragen.

Für Fachgesellschaften

Fachgesellschaften können hier die Diplomanträge für ihr Fachgebiet bearbeiten.

Für Geschäftsstelle SIWF

Der Interne Bereich für die Konfiguration steht nur der Geschäftsstelle SIWF zur Verfügung.

© 2020 - Fortbildungsplattform - V 2020.7.13.1

Abbildung 2: Einstiegsseite zur Fortbildungsplattform.

www.doctorfmh.ch - der FMH-ÄrzteIndex 📄 📧 🗑️

Name, Vorname	von Hohenheim Theophrast	E-Mail senden 📧
Mitglied der FMH	Ja	
Arztdiplom(e)	1972	
Facharzttitel	Psychiatrie und Psychotherapie, 2006	
Fortbildungs-Diplom/-Bestätigung	Psychiatrie und Psychotherapie (2020-2022)	
Adresse(n)	Praxis-Adresse Praxis Paracelsus Nussbaumstrasse 29 3000 Bern 15	Lageplan →
GLN-Nummer	7600000000001	
Änderungen melden	Ärztinnen und Ärzte können Änderungen zum eigenen Eintrag direkt über myFMH erfassen.	myFMH →
Informationen gemäss Angaben der Ärztin/des Arztes *		
Akademischer Titel	Dr. med.	
Sprachkenntnisse	Deutsch, Italienisch, Englisch	

* Für die Richtigkeit dieser Angaben trägt die Ärztin/der Arzt die Verantwortung.

Abbildung 3: Beispiel eines Eintrags auf www.doctorfmh.ch

Fortbildungsdiplome im Ärzteverzeichnis www.doctorfmh.ch

Das Ärzteverzeichnis www.doctorfmh.ch enthält neben allen offiziellen fachlichen Qualifikationen gemäss Weiterbildungsordnung (WBO) auch die Fortbildungsdiplome unter Angabe der Gültigkeitsperiode (Abb. 3). Weitere Informationen, wie zum Beispiel die im Protokoll erfassten Veranstaltungen, sind nicht ersichtlich. Der Datenschutz ist gewährleistet.

dreijährigen Fortbildungsperiode. Jedes Fortbildungsprogramm definiert eine fachspezifische Kernfortbildung im Umfang von 25 Credits pro Jahr. Hier kann die Fachgesellschaft verschiedene Fortbildungskategorien und deren maximale Anrechenbarkeit festlegen. Bis zu 25 Credits sind als «erweiterte Fortbildung» anrechenbar. Als erweiterte Fortbildung gelten alle Veranstaltungen, die von einer anderen Fachgesellschaft, von einer kantonalen Ärztesgesellschaft oder vom SIWF Credits erhalten. Damit besteht die Möglichkeit, sich auch ausserhalb der eigenen Fachrichtung fortzubilden. Für Fragen zur Fortbildungspflicht in einem bestimmten Fachgebiet sind die jeweiligen Fachgesellschaften zuständig.

Wie komme ich zum Fortbildungsdiplom?

Ganz einfach: über die Fortbildungsplattform des SIWF (www.siwf.ch → Fortbildung → Fortbildungsplattform; Abb. 2). Hier erfassen Ärztinnen und Ärzte laufend ihre

Ausbau der Fortbildungsplattform

Die Online-Fortbildungsplattform wird erweitert: Ein zentrales Fortbildungsregister soll die Suche nach den gewünschten Veranstaltungen erleichtern. Der Eintrag der Veranstaltung ins eigene Fortbildungsprotokoll erfolgt an der Veranstaltung mittels Smartphone/QR-Code oder durch den Veranstalter (automatisches Hochladen der Teilnahmebestätigung). Auch die Fachgesellschaften und Veranstalter profitieren: Sie können ihre Angebote auf der Plattform bekannt machen und zusätzliche Teilnehmer gewinnen. In einem ersten Schritt werden die nicht-fachspezifischen Fortbildungsveranstaltungen ins Register aufgenommen, für die das SIWF Credits erteilt. Das Plenum des SIWF hat die Finanzierung für die Entwicklung sichergestellt.

Fortbildungsaktivitäten in einem persönlichen Protokoll und beantragen das Diplom, sobald sie die geforderten 150 Credits gemäss dem gewählten Fortbildungsprogramm erreicht haben. Alle über die Fortbildungsplattform erworbenen Diplome erscheinen automatisch im offiziellen Ärzteverzeichnis www.doctorfmh.ch. Wer nicht über den entsprechenden Facharztstitel verfügt, erhält anstelle des Diploms eine Fortbildungsbestätigung zuhanden der Gesundheitsbehörden und Kostenträger.

Fortbildung in 10 Punkten

1. Die Fortbildungspflicht ist eine Berufspflicht, die in Art. 40 des MedBG verankert ist. Die Überwachung und Kontrolle obliegt den kantonalen Gesundheitsbehörden bzw. den kantonalen Ärztesellschaften (bei entsprechender Delegation).
2. Das SIWF bietet zusammen mit den 45 Fachgesellschaften, die einen Facharztstitel repräsentieren, ein Fortbildungsdiplom an, das
 - die Erfüllung der gesetzlichen Fortbildungspflicht gemäss MedBG bestätigt und
 - die Besitzstandpositionen validiert.
3. Der Erwerb des Fortbildungsdiploms ist laut Art. 9 der Fortbildungsordnung (FBO) obligatorisch. Ärztinnen und Ärzte müssen das Diplom mindestens in dem Fachgebiet erwerben, das ihrer hauptsächlichen aktuellen Berufstätigkeit entspricht.
4. Jedes Fortbildungsprogramm der 45 Fachgesellschaften unterscheidet zwischen folgenden Kategorien:
 - Kernfortbildung (jährlich *mindestens* 25 Credits, kontrolliert)
 - erweiterte Fortbildung (jährlich *maximal* 25 Credits, kontrolliert)
 - Selbststudium (jährlich 30 Stunden, nicht kontrolliert)
 Die Fortbildungspflicht umfasst somit 80 Fortbildungsstunden pro Jahr. Alle drei Jahre sind 150 Credits nachzuweisen, wovon mindestens 75 Credits fachspezifische Kernfortbildung sein müssen.

Ohne Fortbildungsdiplom keine Abrechnung von Besitzstandleistungen!

Besitzstandpositionen lassen sich weiterhin abrechnen, allerdings nur, sofern der Nachweis eines Fortbildungsdiploms erbracht ist. Zur Auswahl stehen die Fortbildungsprogramme der 45 Fachgesellschaften. Dank der erweiterten Fortbildung besteht in jedem Programm die Möglichkeit, sich in den Fachbereichen der gewünschten Besitzstandpositionen fortzubilden. Die Besitzstandpositionen werden während der Gültigkeit des Fortbildungsdiploms entsprechend automatisch verlängert bzw. validiert.

Fazit und Ausblick

Nach der Weiterbildung ist die lebenslange Fortbildung für alle berufstätigen Ärztinnen und Ärzte eine Selbstverständlichkeit. Die Online-Fortbildungsplattform des SIWF und das Fortbildungsdiplom ermöglichen auf einfache Weise, die kompetente und dem aktuellen Stand der Medizin angepasste Berufsausübung nach aussen hin zu dokumentieren. Das Fortbildungsdiplom hat somit zwei Funktionen:

- Es erbringt den Nachweis für die gesetzliche Fortbildungspflicht, und
- es validiert alle Besitzstandpositionen.

5. Wer TARMED-Besitzstandpositionen abrechnet, muss sich gemäss Dignitätskonzept auch in diesen Bereichen fortbilden. Die Fortbildung für Besitzstandpositionen lässt sich in der erweiterten Fortbildung mit 75 Credits pro drei Jahre absolvieren.
6. Das Fortbildungsdiplom ist alle drei Jahre zu erneuern.
7. Die in manchen Fähigkeitsausweisen vorgeschriebene Rezertifizierung ist unabhängig von den 45 Fortbildungsdiplomen der Facharztstitel geregelt. Das Nichtbeachten der Rezertifizierungsregeln kann zum Verlust des Ausweises führen. Dasselbe gilt für interdisziplinäre Schwerpunkte.
8. Weitere Informationen über die 45 Fortbildungsprogramme und die Ansprechpersonen der jeweiligen Fachgesellschaften sind zu finden auf www.siwf.ch in der Rubrik Fortbildung. Zu beachten sind insbesondere die FAQs.
9. Über die Fortbildungsplattform (www.siwf.ch → Fortbildung → Fortbildungsplattform) lassen sich die Fortbildungsaktivitäten laufend erfassen, und nach Erreichen der geforderten 150 Credits kann das Fortbildungsdiplom nach Genehmigung durch die Fachgesellschaft selbst ausgedruckt werden.
10. Für das Corona-Jahr 2020 haben alle fortbildungspflichtigen Ärztinnen und Ärzte automatisch eine «Gutschrift Covid-19» im Umfang von 35 Credits in ihrem Fortbildungsprotokoll erhalten.

Arbeitssicherheit

Branchenlösung Ärztliche Praxis

Sonia Barbosa^a, Michel Matter^b

^a MHS, Expertin, Departement Dienstleistungen und Berufsentwicklung der FMH;

^b Dr. med., Vizepräsident der FMH und Departementsverantwortlicher Dienstleistungen und Berufsentwicklung

Nach dem Unfallversicherungsgesetz (UVG) versicherte Unternehmen müssen die Vorschriften aus den Richtlinien der Eidgenössischen Koordinationskommission für Arbeitssicherheit (EKAS) einhalten [1]. Um dieser gesetzlichen Verpflichtung nachzukommen, hat die FMH eine Branchenlösung für die ambulante Medizin ausgearbeitet, die es Ärztinnen und Ärzten als Arbeitgebern ermöglicht, ihre Verantwortung auf zugängliche, interaktive und praxisorientierte Weise wahrzunehmen.

Einleitung

Eine Branchenlösung dient dem Arbeitgeber als Sicherheitssystem, mit dem er sämtliche Aspekte in seinem Unternehmen, die für das Personal oder die Struktur ein potenzielles Sicherheitsrisiko darstellen, abdecken kann. Die Branchenlösung ist eine Antwort auf die ASA-Methode, welche das Ziel verfolgt, die wichtigsten Anforderungen auf dem Gebiet der Arbeitssicherheit und des Gesundheitsschutzes zusammenzufassen [2]. Wie der Name schon sagt, muss es sich um eine Lösung handeln, die auf die gesamte betreffende (wirtschaftliche) Branche anwendbar ist und die im Allgemeinen von den entsprechenden Dachverbänden oder Vereinigungen initiiert wird. In

der Humanmedizin muss zwischen Spitalmedizin und ambulanter Medizin unterschieden werden. Für den Spitalbereich greift die Branchenlösung H+, im ambulanten Bereich findet ab dem Sommer 2021 die vom Schweizerischen Verein für Arbeitssicherheit und Ge-

Konkret wird es in den Arztpraxen hauptsächlich darum gehen, «Sicherheitsbeauftragte» zu bestimmen.

sundheitsschutz und der FMH ausgearbeitete Branchenlösung Anwendung. Bei diesem Projekt von nationaler Reichweite mussten die sicherheitsbezogenen Besonderheiten und Bedürfnisse der verschiedenen medizinischen Fachbereiche berücksichtigt werden, um eine Lösung von Medizinern für Mediziner zu entwickeln, die den Realitäten vor Ort gerecht wird, ohne unnötige Aufwände und Kosten zu verursachen.

Arbeitssicherheit: eine gesetzliche Pflicht

Seit dem Jahr 2000 sind sämtliche Wirtschaftsbranchen rechtlich dazu verpflichtet, über eine Branchenlösung zu verfügen. Arztpraxen waren lange Zeit davon ausgenommen, da der Schwerpunkt auf der Gesetzeskonformität von grösseren sozialmedizinischen Strukturen wie Spitalern und Pflegeheimen lag. Zwanzig Jahre später sieht die Realität anders aus: Die Praxen werden nicht nur komplexer, sondern auch zunehmend grösser, wodurch sie in den Fokus der kantonalen Arbeitsinspektorate rücken. Auch wenn die gesetzliche Grundlage des Bundes in den Kantonen unterschiedlich zur Anwendung kommt, so sind die Verpflichtungen doch überall dieselben und für alle verbindlich.



Einen Schutzhelm braucht es in Praxen eher nicht, aber auch Ärztinnen und Ärzte müssen für die Sicherheit ihrer Angestellten sorgen.

Welche Verpflichtungen haben Ärztinnen und Ärzte als Arbeitgeber?

«Für alle Branchen gilt: Der Arbeitgeber ist für die Arbeitssicherheit und den Gesundheitsschutz in seinem Betrieb verantwortlich [...]» Auf dieser Grundlage konkretisiert die ASA-Richtlinie «die Pflichten der Arbeitgeber über den Beizug von Spezialisten der Arbeitssicherheit gemäss Verordnung über die Unfallverhütung sowie die Massnahmen zur Förderung der system-

Die Branchenlösung hat den Anspruch, den Realitäten vor Ort Rechnung zu tragen.

orientierten Prävention von Berufsunfällen, Berufskrankheiten (Arbeitssicherheit) und des Gesundheitsschutzes» [3]. Konkret wird es in den Arztpraxen hauptsächlich darum gehen, «Sicherheitsbeauftragte» (SIBE) zu bestimmen. Der/Die Sicherheitsbeauftragte arbeitet sich zunächst in die Grundlagen der Arbeitssicherheit und des Gesundheitsschutzes ein. Anschliessend obliegt es ihm/ihr, die entsprechenden Aufgaben mit Hilfe der Branchenlösung umzusetzen und die in der Arztpraxis anwendbaren Massnahmen und Aktionen zu planen [4]. Durch den Beitritt zu der von der EKAS zertifizierten Branchenlösung kommt die Arztpraxis ihren rechtlichen Verpflichtungen nach.

Passt die Branchenlösung zu meiner Praxis?

Bei einer Branchenlösung muss das Spektrum so breit wie möglich gefasst sein, aber gleichzeitig noch umsetzbar bleiben. Die Branchenlösung ist modular strukturiert. Jedes Modul enthält Unterkapitel zu den in Arztpraxen auftretenden Gefahren. Eine interdisziplinäre Arbeitsgruppe aus Ärztinnen und Ärzten hat als beratendes und partizipatives Organ an der Ausarbeitung mitgewirkt. Diese Ärztinnen und Ärzte haben ihre Erfahrungen in die Sicherheitsmodule einfließen lassen und ihre Praxen zur Verfügung gestellt,

um vor der Erstellung der Modul-Endfassungen deren praktische Umsetzbarkeit zu testen. Dadurch sollte eine klare und einfache Anwendung der Sicherheitsmodule ermöglicht werden. Natürlich muss in der ambulanten Medizin ein sehr breites Spektrum an Fachbereichen abgedeckt und gleichzeitig gewährleistet werden, dass die jeweils erforderlichen Informationen leicht zugänglich sind. Dank der benutzerfreundlichen Software PREVITAR kann jede Arztpraxis die für sie anwendbaren Module und Kapitel auswählen und interaktiv ein eigenes «Sicherheitshandbuch» erstellen. Diese personalisierten Hilfsmittel unterstützen die Sicherheitsbeauftragten der Praxis bei der Gefahrenermittlung und Massnahmenplanung in ihrem Zuständigkeitsbereich [5].

Fazit

Die Branchenlösung für Arztpraxen wurde von den kantonalen Ärztesellschaften angeregt und ist das Ergebnis von zweieinhalb Jahren Arbeit. Sie fusst auf einer eingehenden Untersuchung der Situation in der ambulanten Medizin, bei der bereits bestehende Richtlinien und Lösungen von Partnern zusammengetragen und einbezogen wurden, um einen administrativen Doppelaufwand zu vermeiden. Die Branchenlösung hat den Anspruch, den Realitäten vor Ort Rechnung zu tragen, erschwinglich und für das Praxispersonal zugänglich zu sein und insbesondere den Mitgliedern der FMH zugutezukommen.

Literatur

- 1 <https://ekas.ch/index-de.php?frameset=20>: ASA-Richtlinie
- 2 <https://ekas.ch/index-de.php?frameset=20>: die ASA-Methode
- 3 www.suva.ch/de-ch/praevention/branchenthemen/andere-branchen?lang=de-CH
- 4 www.arbeitssicherheitschweiz.ch/de/angebote/grundweiterbildung/sibe-mitglieder
- 5 www.arbeitssicherheitschweiz.ch/de/angebote/branchenloesung Branchenlösung des Schweizerischen Vereins für Arbeitssicherheit und Gesundheitsschutz

Bildnachweis

© Elnur | Dreamstime.com (Symbolbild)

Personalien

Todesfälle / Décès / Decessi

Hans Ulrich Balthasar (1938), † 14.1.2021,
8200 Schaffhausen

Eric Courvoisier (1928), † 12.2.2021,
Spécialiste en chirurgie et Spécialiste en
chirurgie orthopédique et traumatologie de
l'appareil locomoteur, 1206 Genève

Guido Geller (1938), † 14.2.2021,
Facharzt für Radiologie, 4125 Riehen

Ärztegesellschaft des Kantons Bern

Ärztlicher Bezirksverein Bern Regio

Zur Aufnahme als ordentliches Mitglied
hat sich angemeldet:

Carine Houriet, Fachärztin für Dermatologie
und Venerologie, FMH, Kramgasse 82,
3011 Bern

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

Ärztegesellschaft des Kantons Luzern

Zur Aufnahme in unsere Gesellschaft
Sektion Gäu hat sich gemeldet:

Jens Kimmritz, Facharzt für Chirurgie und
Facharzt für Dermatologie und Venerologie,
MedZentrum Hochdorf, Luzernstrasse 11,
6280 Hochdorf

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

Ärztegesellschaft Thurgau

Die Ärztegesellschaft Thurgau informiert
über folgende Neuanmeldungen:

Nazim Reshiti, Holzstrasse 10, 9010 St. Gallen,
Facharzt für Physikalische Medizin und
Rehabilitation

Martin Petrov Zlatev, Bleichstrasse 20,
9500 Wil, Facharzt für Allgemeine Innere
Medizin

Umgezogen?

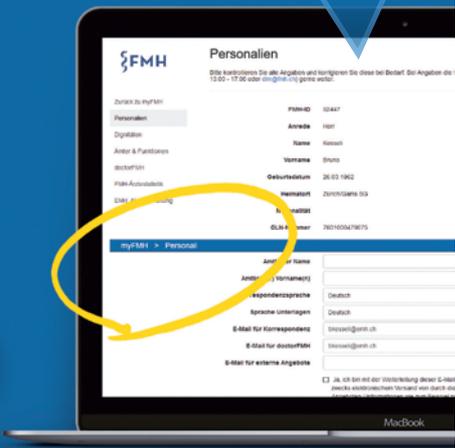


EMH Media
SCHWEIZERISCHER ÄRZTEVERLAG
EDITIONS MÉDICALES SUISSES

Einloggen bei myFMH



Adresse anpassen unter Personalien



Briefe an die SÄZ

Meinungsäusserungen von Redaktionsmitgliedern

Wiederholt wird auf der letzten Seite der Ärztezeitung im «Zu guter Letzt» über das Thema Wahrheit geschrieben. Kollege Jean Martin äussert darin seinen Unmut über sogenannte Fake News, und dies immer im Zusammenhang mit der Corona-Pandemie. Ich finde es nicht richtig, dass im offiziellen FMH-Bulletin sich Redaktionsmitglieder seitenlang darüber persönlich äussern können, was ihrer Meinung nach Wahrheit und was Fake News sind.

*Dr. med. Daniel Brenken,
Facharzt für Allgemeine Innere Medizin,
Subingen*

Replik auf «Meinungsäusserungen von Redaktionsmitgliedern»

Der Leserbrief von Kollege Brenken beginnt mit «Wiederholt ...». Somit fühle ich mich ebenfalls betroffen, da ich, übrigens ganz unabhängig von Jean Martin, mich ebenfalls in einem «Zu guter Letzt» zu unserem Verhältnis zur Wahrheit geäussert habe. Sich in dieser Sparte – übrigens nicht «seitenlang», denn sie enthält nur eine Seite – manifestieren zu dürfen, ist das Privileg der Redaktionsmitglieder;

andere Kollegen können dies unter «Briefe/Mitteilungen» tun. Es handelt sich auch nicht um den «offiziellen Teil» der FMH: Der ist jeweils im ersten Teil der SÄZ zu finden. Jean Martin und ich sind beide gleicher Ansicht: Natürlich dürfen und sollen Ärzte eine eigene Meinung haben, sie dürfen diese jedoch nicht mit wissenschaftlich falschen Aussagen, eben Fake News, abstützen. Wenn wir uns öffentlich manifestieren, sind wir verantwortlich, dies wissenschaftlich basiert zu tun, um das bis anhin grosse Vertrauen zur Ärzteschaft nicht infrage zu stellen.

*Hans Stalder und Jean Martin,
Redaktionsmitglieder der
Schweizerischen Ärztezeitung*

Massnahmen in Corona-Zeiten: Was macht die FMH?

Brief zu: Gilli Y. Auf schnellstem Weg zum Impferfolg. Schweiz. Ärzteztg. 2021;102(8):274.

Impfen ist die unglaubliche Chance im Umgang mit Covid-19 und wird Erfolg haben. Ich finde es schade, dass die FMH sich kaum nennenswert in die Diskussion um die Corona-Massnahmen einbringt. Dabei haben wir alle Spezialisten zur

Hand. Lasst uns doch versuchen ein Strategiepapier zu entwickeln. Wir wissen, dass nach einer durchgemachten Virusinfektion eine Immunität entsteht, die stärker ist als die nach der Impfung. In den letzten Wochen erfahre ich, dass einige Hausärzte Patienten zwei bis drei Monate nach durchgemachter Krankheit impfen, ohne dass vorgehend die Immunitätslage getestet wurde. Bereits im November (USA) und kürzlich auch in Innsbruck waren die Antikörperspiegel sechs Monate nach der Primärinfektion bei 90% noch unverändert hoch. Bei den Impfungen wird diese Zahl sicher etwas tiefer liegen. Bis heute haben wir in der Schweiz 550 000 Genesene, die immun sind, sowie haben wir 675 000 Impfungen gemacht mit etwa 400 000, die immun sind. Allen diesen könnte wie in Israel eine Greencard ausgestellt werden, da sie weder erkranken noch die Krankheit

Briefe

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

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

Aktuelle Themen auf unserer Website

www.saez.ch → Tour d'horizon



Interview mit Monika Brodmann Maeder, Präsidentin des Schweizerischen Instituts für ärztliche Weiter- und Fortbildung (SIWF)

«Bergsteigen hat mich gelehrt, vorsichtig zu sein»

Monika Brodmann Maeder ist seit dem 1. Februar an der Spitze des SIWF. Als Notfall- und Gebirgsärztin bringt sie Erfahrungen mit, die ihr im neuen Amt zugutekommen werden.



Interview mit Ueli Bollag, ehemaliger Kinder- und Hausarzt und Pate der DIGGER Foundation

«Minenräumung ist Primärprävention»

Mit 80 Jahren in der Minenräumung engagiert: Der ehemalige Kinderarzt Ueli Bollag erläutert, was das Projekt DIGGER Foundation einzigartig macht und warum die Bekämpfung von Minen so wichtig ist.



übertragen können. Dies trifft sicher für die meisten Immunen zu. Sechs Monate nach Primärfekt oder nach der Impfung sollten die Antikörper quantitativ gemessen werden, um eine Impfung oder einen Rappel durchführen zu können. Damit könnten sehr viele Anlässe risikolos durchgeführt und Personenkreise problemlos erweitert werden. Ein positiver humoraler Antikörpertest sollte zum Standard werden, denn er ist viel aussagekräftiger als ein negativer Virusnachweis.

Diese Überlegungen sollte die FMH mit Nachdruck einbringen. Wir sind für eine sichere, kontrollierte Öffnung. Kleine Gruppen können somit ohne Risiko immune Personen integrieren. Es sollte unmissverständlich kommuniziert werden, dass Antikörper-positive Menschen absolut kein Risiko darstellen, und genesene Familien sollten sich problemlos mit einer anderen Familie treffen können.

Dr. med. Jürg Diener,
Winterthur/Wiesendangen

Moderner Pflanzenschutz: sicher und nachhaltig

Brief zu: Tschudi J. Pestizide: relevant für die Gesundheit?
Schweiz Ärztezg. 2021;102(3):102–4.

Die Behauptung, dass immer giftigere Produkte entwickelt werden, ist schlichtweg falsch. Heutige Pflanzenschutzmittel sind wirksamer, umweltfreundlicher und sicherer als noch vor 20 Jahren. Die durchschnittliche Ausbringungsmenge lag 1962 bei über 10 kg/ha, heute ist es in der Regel weniger als 1 kg/ha. Dies entspricht einer Reduktion von mehr als

90%. Gleichzeitig sind neue Wirkstoffe sicherer. Die Weltgesundheitsorganisation WHO klassifiziert Pflanzenschutzmittel in vier Sicherheitskategorien von Klasse 1 (sehr gefährlich) bis Klasse U (wahrscheinlich ungefährlich). Die durchschnittliche akute Toxizität hat seit den 1960er Jahren um 40% abgenommen. Die Hälfte aller seit 2000 eingeführten Wirkstoffe entspricht der Klasse U. In Klasse 1 wurden keine neuen Wirkstoffe eingeführt.

Pflanzenschutzmittel gehören, neben Arzneimitteln, zu den Stoffen, die am besten untersucht sind. Um die Risiken eines Pflanzenschutzmittels abschätzen zu können, ist eine umfassende Datenbasis notwendig. Diese umfasst die Resultate zahlreicher wissenschaftlicher Studien. Wie bei der Zulassung von Medikamenten werden die nötigen Studien unter der Verantwortung der Hersteller gemäss internationalen Protokollen durchgeführt und von den Schweizer Behörden systematisch auf Methodik und Qualität geprüft. Durch breit angelegte Monitoring-Programme verfolgen zudem die zuständigen Behörden das Verhalten von Pflanzenschutzmitteln nach ihrem Markteintritt. So wird zum Beispiel die Qualität von landwirtschaftlichen Produkten, die Rückstände enthalten könnten, regelmässig kontrolliert. Die Daten zeigen: Mehr als 98% der untersuchten Lebensmittel enthalten Rückstandsmengen, die innerhalb der gesetzlichen Grenzwerte liegen, und ein Grossteil ist sogar frei von Pestizidrückständen. Produkte aus der Schweiz schneiden im europäischen Vergleich besonders gut ab. Dabei ist zu betonen, dass der Gesetzgeber die Grenzwerte so festlegt, dass für den Menschen durch den Konsum der Lebensmittel keine Gefahr ausgehen kann. Auch über die Risiken von Mehrfachrückständen (den sogenannten Cocktail-

Effekt) wissen wir dank kontinuierlicher Forschung immer mehr. Kumulative Expositionsberechnungen in einzelnen Ländern und für spezifische Stoffgruppen (z.B. Organophosphate) ergaben ein geringes Risiko. Auch in der Schweiz werden wissenschaftliche Grundlagen für die kumulative Risikobeurteilung von Pflanzenschutzmitteln erforscht.

Die Versorgung mit Lebensmitteln und das Streben einer wachsenden Weltbevölkerung nach natürlichen Produkten und naturnahen Produktionssystemen werden zu einer enormen Herausforderung. Auch der Klimawandel und die zunehmende Bedeutung der Ernährung im Hinblick auf die steigende Lebenserwartung rufen nach allen verfügbaren Lösungen – seien diese chemisch, biologisch oder digital – sowohl konventioneller als auch neuer Züchtungstechnologien. Sich ohne Zwang und erkennbaren Nutzen durch Verbote oder extreme Einschränkungen den Zugang zu einem wesentlichen Teil dieser Lösungen sperren zu wollen, wie die beiden Agrar-Initiativen vorschlagen, ist nicht nur weltfremd, es ist schlicht unverantwortlich.

Anna Bozzi, Leiterin Ernährung & Agrar
bei scienceindustries, Bergdietikon

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.

Mitteilungen

Korrigendum

FMH-Forum Notfall. Leitbild der FMH zur Medizinischen Notfallversorgung in der Schweiz. Schweiz Ärztezg. 2021;102(7):234–8.

Bei dem oben genannten Artikel finden sich im Abschnitt 5 «Grossereignisse und nationale Bedrohungslagen» auf Seite 236 leider ungenaue Angaben.

Richtig muss es heissen (Korrekturen kursiv):

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.*

Auf Italienisch lautet dieser Abschnitt richtig:

Il Centro svizzero di medicina di salvataggio, d'urgenza e di catastrofe (CSSUC) è un centro di competenza neutrale e orientato a livello nazionale e internazionale che organizza i curricula DSEM su incarico del SSC. *Il Centro ospedaliero universitario vedese (CHUV) è inca-*

ricato di organizzare i corsi in francese (CSAM/CEFOCA-6). Il corso CSEM-P (prehospital) insegna i principi e i concetti di base della direzione del servizio sanitario e informa sulle risorse e sui piani delle organizzazioni partner svizzere. I corsi CSEM-H (SFG-H) insegnano i principi di gestione di un PS durante un evento maggiore e si concentrano sull'interfaccia fra il settore preospedaliero e quello ospedaliero.



Einkauf

| Einfach Zeit und Geld sparen



bis 25%
Rabatt

Der Einkaufsort für Ärzte und Praxen
**Medikamente, medizinische Geräte,
medizinisches Verbrauchsmaterial etc.
zum Spezialtarif**

- Sonderkonditionen bei Vertragslieferanten
- Verlängerte Zahlungsfristen und Sammelrechnung
- Direktbestellung bei zahlreichen Vertragslieferanten

CONSULTING

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



Depression über die Lebensspanne

Eine Modellerkrankung mit geschlechtsspezifischer Relevanz

Katrin Rauen^{a,b,c}, Susanne Walitza^{d,e}, Egemen Savaskan^{f,b}, Erich Seifritz^{f,g}

^aDr. med., FEBN, Fachärztin für Neurologie; ^bKlinik für Alterspsychiatrie, Psychiatrische Universitätsklinik Zürich; ^cInstitut für Schlaganfall und Demenzforschung, Klinikum der Universität München; ^dProf. Dr. med., Dipl.-Psych., Fachärztin für Kinder- und Jugendpsychiatrie; ^eKlinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie, Psychiatrische Universitätsklinik Zürich; ^fProf. Dr. med., Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie; ^gKlinik für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik, Psychiatrische Universitätsklinik Zürich

Frauen leiden nach der Pubertät zweimal häufiger unter Depressionen als Männer. Ob dieses Ungleichgewicht real ist oder das «männliche» Depressionssyndrom bisher unzureichend erkannt wird, ist unklar. Biomarker könnten helfen, diese diagnostische Lücke bereits hausärztlich zu schliessen und dadurch auch das depressionsassoziierte Demenzrisiko zu senken.

Die unipolare Depression wird von der WHO weltweit als dritthäufigste Ursache für krankheitsbedingte Belastung identifiziert und den «Global Burden of Disease»-Report bis 2030 vor Herzerkrankungen und Demenzen anführen [1, 2]. In der Schweiz leiden 7% der Bevölkerung an einer behandlungsbedürftigen unipolaren Depression [3], und bereits während der Jugend sind Depressionen für die meisten verlorenen Lebensjahre (DALYs) verantwortlich. Die Relevanz der Erkrankung wird durch die Eingruppierung der WHO in die höchste Behinderungskategorie – zusammen mit Psychose, schwerer Migräne, Tetraplegie und Krebs im Endstadium – deutlich [1]. Während Depressionen im Kindesalter zwischen beiden Geschlechtern noch weitestgehend gleichmässig verteilt sind und im Vergleich zum Jugend- und Erwachsenenalter eher unspezifische, somatische Beschwerden überwiegen (s.u.), leiden im Alter von zwölf Jahren weibliche Jugendliche 2,4-mal häufiger an einer schweren Depression als gleichaltrige männliche Jugendliche. Im Alter von 13 bis 16 Jahren wird das Maximum mit einem dreifach

Im Alter von 13 bis 16 Jahren wird das Maximum mit einem dreifach erhöhten Risiko bei jungen Frauen erreicht.

erhöhten Risiko bei jungen Frauen im Vergleich zu gleichaltrigen Männern erreicht [4]. Über die weitere Lebensspanne leiden Frauen konstant zweimal häufiger an Depressionen als Männer [5]. Ob diese geschlechtsspezifische Prävalenz über die Lebensspanne real ist oder auf einem kriteriumsbezogenen Ge-

schlechterbias beruht, ist Gegenstand der aktuellen Diskussion [5]. Argumente für einen Geschlechterbias stützen sich auf die Annahme, dass die Validität der Klassifizierungssysteme (DSM-5/ICD-10) zur Detektion der geschlechtsspezifischen Unterschiede infrage gestellt wird, da die «weiblichen» Depressionssymptome überrepräsentiert sind, die depressive Symptomatik bei Männern leichter übersehen wird und die Syndromdiagnose auf der individuell erhobenen Psychopathologie basiert [5]. Um diese Frage objektiv beantworten zu können, ist es notwendig, die Psychopathologie geschlechtsspezifisch besser zu verstehen und geschlechtsunabhängige Biomarker in der Diagnostik zu implementieren.

Geschlechtsspezifische Psychopathologie

Die sogenannte «weibliche» Depression umfasst, dass Frauen ihre Gefühle häufiger internalisieren, mehr grübeln, unter Schuld- sowie Insuffizienzgefühlen leiden, ihre Symptome eher wahrnehmen und professionelle Hilfe suchen. Gewichtszunahme, bulimisches Verhalten, Angst, Hypersomnie und somatoforme Störungen zählen zu den typischen weiblichen Zeichen einer atypischen Depression [4–10]. Dagegen fallen Männer durch Reizbarkeit, Agitation, Aggressivität mit Impulskontrollstörung und Substanzkonsum auf [11]. Allerdings gibt es auch Evidenz für erhöhte Reizbarkeit als Zeichen der Chronifizierung und Depressionsschwere bei depressiven Frauen [5, 12, 13]. Bereits in der kindlichen Entwicklung spielt «Reizbarkeit» eine zentrale Rolle, denn bis zu 51% der irritablen Kinder lei-

den als Erwachsene an einer schweren Depression [14]. Die frühe Manifestation der Irritabilität und Reizbarkeit in Kombination mit einer depressiven Stimmung erhöht das Suizidrisiko in der Adoleszenz bei beiden Geschlechtern [15], weshalb diesem Symptom über die gesamte Lebensspanne mehr Beachtung gebührt. «Reizbarkeit» kann auch ein Kriterium der bipolaren Störung sein, so dass neben der geschlechtsspezifischen auch die differentialdiagnostische Abgrenzung relevant ist und Biomarker für die frühe hausärztliche und objektive Diagnostik unabdingbar sind.

Soziale Signal-Transduktions-Theorie

Diese Theorie geht von multifaktoriellen Mechanismen aus, die durch ungünstige soziale Umwelteffahrungen in der frühen Kindheit/Jugend für die Entstehung der Inflammation als Risikofaktor der Depression relevant sind [16, 17]. Progesteron, Testosteron und hohe Östrogenspiegel gelten hinsichtlich einer depressiven Erkrankung als anti-inflammatorisch und protektiv [18]. Dagegen sind niedrige Östrogenspiegel, wie sie in hormonellen Übergangsperioden – post-partum und peri-menopausal – vorkommen, pro-inflammatorisch und schädlich [17, 19, 20]. Sie erklären zumindest teilweise das erhöhte Risiko für Frauen nach der Geburt und während der Menopause, an einer Depression zu leiden. Die beeinträchtigte psychische Gesundheit post-partum betrifft nicht nur die Mütter selbst, sondern führt zu einem um 20% höheren Risiko für ein unsicheres Bindungsverhalten ihrer Kinder [21], welches per se mit einem erhöhten Risiko für Angst und Depression einhergeht. Die frühe sozial-emotionale Entwicklung des Säuglings ist von Umgebungsfaktoren und der Bindung zur Primärperson abhängig, weshalb der Diagnostik von Post-partum-Depressionen eine entscheidende und generationenübergreifende Rolle zukommt [22]. Väter scheinen durch gute Beziehungsgestaltung das Bindungsdefizit ihrer Kinder zur depressiven Mutter ausgleichen zu können [23]. Ob mütterliche Depressionen Mädchen und Jungen in ihrer Entwicklung unterschiedlich betreffen, ist unklar und könnte ein wegweisender Faktor für die erhöhte Vulnerabilität von Mädchen/jungen Frauen in der (Vor-)Pubertät sein.

Biomarker

Biomarker spielen in der klinischen Versorgung bisher keine Rolle und sind in der aktuellen S3-Leitlinie «Unipolare Depression» der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde (DGPPN) nicht erwähnt [5]. Bisherige Forschungsergebnisse deuten auf einen altersunab-

hängigen und kausalen Zusammenhang zwischen Inflammation und Depression [24] sowie auf teilweise geschlechtsspezifische Biomarker-Profile hin [25]. Vielversprechende Blut-Biomarker sind erhöhte CRP- und IL-6-Spiegel [24–26], Carbonylproteine (oxidativer Stress), erniedrigter BDNF-Wachstumsfaktor sowie IL-10, IL-17A, IL-4 und TNF- α [27, 28]. Neben der frühen hausärztlichen Diagnostik wären Blut-Biomarker wertvoll, um die Ansprechrate einer antidepressiven Therapie zu objektivieren oder vorauszusagen. Diese Forschung ist bereits gut etabliert, die Umsetzung steckt aber noch in den Kinderschuhen, so dass bisher keine Empfehlungen für die klinische Routine existieren.

Demenzrisiko

Die Frage, ob schwere Depressionen das Demenzrisiko erhöhen, kann aufgrund der aktuellen Studienlage bejaht werden [29]. Dabei ist das Erkrankungsalter bei Erstmanifestation der affektiven Störung relevant: Depressive Episoden im jungen Erwachsenenalter verdoppeln und Episoden im mittleren bis höheren Lebensalter verfünffachen das Demenzrisiko [30]. Aus der Framingham-Studie wissen wir, dass höheres Alter, weibliches Geschlecht, geringere Schulbildung und Depression das Risiko für eine Alzheimer-Demenz erhöhen [31]. Depressionen im mittleren bis hohen Alter sind mit einem fast vierfach erhöhten Risiko für eine vaskuläre Demenz und einem zweifach erhöhten Risiko für eine Alzheimer-Demenz assoziiert, wobei rezidivierende depressive Episoden eine vaskuläre Demenz begünstigen [32]. Da Frauen doppelt so häufig wie Männer von schwerer Depression und Alzheimer-Demenz betroffen sind, müssen geschlechtsspezifische Faktoren in Forschung und Klinik fokussiert werden, um den mutmasslichen Zusammenhang zwischen Depression und Demenz in Längsschnittstudien nachzuweisen.

Insgesamt stehen wir am Anfang der geschlechtsspezifischen Biomarkerforschung, die durch zahlreiche Faktoren (Hormonstatus, Alter, Body Mass Index) und Stressoren mit resultierender Variabilität auf Genom-, Epigenom-, Transkriptom- oder Proteom-Ebene [33–35] multizentrische Forschung mit Big-Data-Analysen erfordert, um das Leiden unserer Patienten und Patientinnen best- und frühestmöglich erkennen und behandeln zu können.

Literatur

- 1 WHO. The global burden of disease: 2004 update 2008 (Available from: https://www.who.int/healthinfo/global_burden_disease/2004_report_update/en/).
- 2 Malhi GS, Mann JJ. Depression. *Lancet*. 2018;392:2299–312.
- 3 Baer N, Schuler D, Füglistler-Dousse S, Moreau-Gruet F. Depressionen in der Schweiz. Daten zur Epidemiologie, Behandlung und

sozial-beruflichen Integration. Neuenburg: Schweizerisches Gesundheitsobservatorium, Obsan Bericht 56; 2013.

- 4 Salk RH, Hyde JS, Abramson LY. Gender differences in depression in representative national samples: Meta-analyses of diagnoses and symptoms. *Psychol Bull.* 2017;143:783–822.
- 5 DGPPN B, KBV, AWMF (Hrsg.) für die Leitliniengruppe Unipolare Depression. S3-Leitlinie/Nationale VersorgungsLeitlinie Unipolare Depression – Langfassung. 2015.
- 6 Vetter JS, Spiller TR, Cathomas F, Robinaugh D, Brühl A, Boeker H, et al. Sex differences in depressive symptoms and their networks in a treatment-seeking population – a cross-sectional study. *J Affect Disord.* 2020;278:357–64.
- 7 Seeman MV. Psychopathology in women and men: focus on female hormones. *Am J Psychiatry.* 1997;154:1641–7.
- 8 Marcus SM, Kerber KB, Rush AJ, Wisniewski SR, Nierenberg A, Balasubramani GK, et al. Sex differences in depression symptoms in treatment-seeking adults: confirmatory analyses from the Sequenced Treatment Alternatives to Relieve Depression study. *Compr Psychiatry.* 2008;49:238–46.
- 9 Blanco C, Vesga-López O, Stewart JW, Liu SM, Grant BF, Hasin DS. Epidemiology of major depression with atypical features: results from the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions (NESARC). *J Clin Psychiatry.* 2012;73:224–32.
- 10 Dekker J, Koelen JA, Peen J, Schoevers RA, Gijssbers-van Wijk C. Gender differences in clinical features of depressed outpatients: preliminary evidence for subtyping of depression? *Women Health.* 2007;46:19–38.
- 11 Winkler D, Pjrek E, Kasper S. Anger attacks in depression – evidence for a male depressive syndrome. *Psychother Psychosom.* 2005;74:303–7.
- 12 Judd LL, Schettler PJ, Coryell W, Akiskal HS, Fiedorowicz JG. Overt irritability/anger in unipolar major depressive episodes: past and current characteristics and implications for long-term course. *JAMA Psychiatry.* 2013;70:1171–80.
- 13 Perlis RH, Fraguas R, Fava M, Trivedi MH, Luther JF, Wisniewski SR, et al. Prevalence and clinical correlates of irritability in major depressive disorder: a preliminary report from the Sequenced Treatment Alternatives to Relieve Depression study. *J Clin Psychiatry.* 2005;66:159–66; quiz 47:273–4.
- 14 Eyre O, Hughes RA, Thapar AK, Leibenluft E, Stringaris A, Davey Smith G, et al. Childhood neurodevelopmental difficulties and risk of adolescent depression: the role of irritability. *J Child Psychol Psychiatry.* 2019;60:866–74.
- 15 Orri M, Galera C, Turecki G, Forte A, Renaud J, Boivin M, et al. Association of Childhood Irritability and Depressive/Anxious Mood Profiles With Adolescent Suicidal Ideation and Attempts. *JAMA Psychiatry.* 2018;75:465–73.
- 16 Slavich GM, Irwin MR. From stress to inflammation and major depressive disorder: a social signal transduction theory of depression. *Psychol Bull.* 2014;140:774–815.
- 17 Slavich GM, Sacher J. Stress, sex hormones, inflammation, and major depressive disorder: Extending Social Signal Transduction Theory of Depression to account for sex differences in mood disorders. *Psychopharmacology (Berl).* 2019;236:3063–79.
- 18 Klein SL. The effects of hormones on sex differences in infection: from genes to behavior. *Neurosci Biobehav Rev.* 2000;24:627–38.
- 19 Freeman EW, Sammel MD, Lin H, Nelson DB. Associations of hormones and menopausal status with depressed mood in women with no history of depression. *Arch Gen Psychiatry.* 2006;63:375–82.
- 20 Frokjaer VG, Pinborg A, Holst KK, Overgaard A, Henningsson S, Heede M, et al. Role of Serotonin Transporter Changes in Depressive Responses to Sex-Steroid Hormone Manipulation: A Positron Emission Tomography Study. *Biol Psychiatry.* 2015;78:534–43.
- 21 Barnes J, Theule J. Maternal depression and infant attachment security: A meta-analysis. *Infant Ment Health J.* 2019;40:817–34.
- 22 Behrendt HF, Scharke W, Herpertz-Dahlmann B, Konrad K, Firk C. Like mother, like child? Maternal determinants of children's early social-emotional development. *Infant Ment Health J.* 2019;40:234–47.
- 23 Malmberg LE, Lewis S, West A, Murray E, Sylva K, Stein A. The influence of mothers' and fathers' sensitivity in the first year of life on children's cognitive outcomes at 18 and 36 months. *Child Care Health Dev.* 2016;42:1–7.
- 24 Valkanova V, Ebmeier KP, Allan CL. CRP, IL-6 and depression: a systematic review and meta-analysis of longitudinal studies. *J Affect Disord.* 2013;150:736–44.
- 25 Strawbridge R, Arnone D, Danese A, Papadopoulos A, Herane Vives A, Cleare AJ. Inflammation and clinical response to treatment in depression: A meta-analysis. *Eur Neuropsychopharmacol.* 2015;25:1532–43.
- 26 Smith KJ, Au B, Ollis L, Schmitz N. The association between C-reactive protein, Interleukin-6 and depression among older adults in the community: A systematic review and meta-analysis. *Exp Gerontol.* 2018;102:109–32.
- 27 Bocchio-Chiavetto L, Bagnardi V, Zanardini R, Molteni R, Nielsen MG, Placentino A, et al. Serum and plasma BDNF levels in major depression: a replication study and meta-analyses. *World J Biol Psychiatry.* 2010;11:763–73.
- 28 Wollenhaupt-Aguaiar B, Librenza-Garcia D, Bristol G, Przybylski L, Stertz L, Kubiachi Burke R, et al. Differential biomarker signatures in unipolar and bipolar depression: A machine learning approach. *Aust N Z J Psychiatry.* 2020;54:393–401.
- 29 Livingston G, Huntley J, Sommerlad A, Ames D, Ballard C, Banerjee S, et al. Dementia prevention, intervention, and care: 2020 report of the Lancet Commission. *Lancet.* 2020;396:413–46.
- 30 Byers AL, Yaffe K. Depression and risk of developing dementia. *Nat Rev Neurol.* 2011;7:323–31.
- 31 Saczynski JS, Beiser A, Seshadri S, Auerbach S, Wolf PA, Au R. Depressive symptoms and risk of dementia: the Framingham Heart Study. *Neurology.* 2010;75:35–41.
- 32 Barnes DE, Yaffe K, Byers AL, McCormick M, Schaefer C, Whitmer RA. Midlife vs late-life depressive symptoms and risk of dementia: differential effects for Alzheimer disease and vascular dementia. *Arch Gen Psychiatry.* 2012;69:493–8.
- 33 Strawbridge R, Young AH, Cleare AJ. Biomarkers for depression: recent insights, current challenges and future prospects. *Neuropsychiatr Dis Treat.* 2017;13:1245–62.
- 34 Begliuomini S, Casarosa E, Pluchino N, Lenzi E, Centofanti M, Freschi L, et al. Influence of endogenous and exogenous sex hormones on plasma brain-derived neurotrophic factor. *Hum Reprod.* 2007;22:995–1002.
- 35 Soares CN. Depression and Menopause: Current Knowledge and Clinical Recommendations for a Critical Window. *Psychiatr Clin North Am.* 2017;40:239–54.

Das Wichtigste in Kürze

- Die unipolare Depression wird von der WHO weltweit als dritthäufigste Ursache für krankheitsbedingte Belastung identifiziert.
- Frauen leiden nach der Pubertät zweimal häufiger unter Depressionen als Männer.
- Ob diese geschlechtsspezifische Prävalenz über die Lebensspanne real ist oder auf einem kriteriumsbezogenen Geschlechterbias beruht, ist Gegenstand der aktuellen Diskussion.
- Die Frage, ob schwere Depressionen das Demenzrisiko erhöhen, kann bejaht werden.
- Insgesamt stehen wir am Anfang der geschlechtsspezifischen Biomarkerforschung.

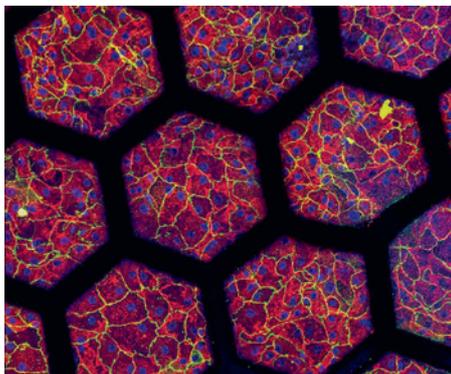
L'essentiel en bref

- Selon l’OMS, la dépression unipolaire est la troisième cause la plus fréquente de détresse liée à la maladie dans le monde.
- Les femmes sont deux fois plus susceptibles de souffrir de dépression après la puberté que les hommes.
- La question de savoir si cette prévalence spécifique au sexe sur toute la durée de vie est réelle ou si elle est fondée sur un biais sexiste fait actuellement l’objet de débats.
- Une dépression majeure peut augmenter le risque de démence.
- Actuellement, la recherche sur les biomarqueurs de genre en est à ses prémices.

Dr. med. Katrin Rauen, FEBN
Klinik für Alterspsychiatrie
Psychiatrische
Universitätsklinik Zürich
Minervastrasse 145
CH-8032 Zürich
katrin.rauen[at]uzh.ch

Verbessertes Lungenmodell für Forschung und Medikamententests

Forschende der Universität Bern, des Inselspitals und des Universitätsspitals Bern haben eine verbesserte «Lunge auf Chip» entwickelt. Dieses Lungenmodell der zweiten Generation bildet das Lungengewebe noch lebensnaher



Eingefärbte Patientenzellen, die auf einer «Lunge auf Chip» der zweiten Generation kultiviert wurden (© Pauline Zamprogno ARTORG Center for Biological Engineering Research).

nach. Es verfügt über eine Ansammlung lebensgrosser künstlicher Lungenbläschen, mit denen sich durch mechanisches Dehnen Atembewegungen simulieren lassen. Das nachgebaute Lungengewebe besteht aus einer dehnbaren Membran aus Kollagen und Elastin, auf der beidseitig sowohl gesunde als auch kranke Lungenbläschen-Zellen kultiviert werden können.

Die «Lunge auf Chip» soll in der Grundlagenforschung dabei helfen, mehr über die Physiologie der Lunge und deren Erkrankungen herauszufinden. Das Modell eignet sich ausserdem dazu, neue Wirkstoffe zu testen. Es könnte daher in Zukunft auch dafür eingesetzt werden, um genau diejenige Therapie zu finden, auf die ein bestimmter Patient oder eine bestimmte Patientin am besten anspricht. Und das Organ-on-Chip hat noch einen weiteren Vorteil: Damit lassen sich in Zukunft möglicherweise Tierversuche reduzieren.

(Universität Bern)

Un type rare de cancer du sein modélisé

Des scientifiques de l'EPFL ont créé un modèle in vivo qui simule très précisément le carcinome lobulaire infiltrant (CLI), un type de cancer du sein grave et peu étudié. Parus dans *EMBO Molecular Medicine*, leurs travaux ouvrent une étude jusqu'ici inaccessible de la biologie et aideront à découvrir de nouveaux traitements. Si très peu de modèles du CLI existent, c'est parce que celui-ci ne constitue que 10 à 15% des cancers du sein, mais aussi parce que les tumeurs CLI ne se prêtent pas à la croissance en culture ou chez les souris, ce qui

est indispensable au développement de modèles. Etant parvenus à dépasser ces limites, les scientifiques ont greffé deux lignées cellulaires de cancer du sein métastatique dérivé du CLI et prélevé les tumeurs CLI des patientes pour les placer directement dans les canaux lactifères de souris immunodéprimées. Les modèles développés sont essentiels pour l'étude des métastases CLI, principalement responsables de la mortalité liée au cancer CLI.

(epfl.ch)

Les cellules synchronisent leur horloge interne entre elles

Des scientifiques de l'Université de Genève ont pu démontrer que les horloges cellulaires d'un même organe peuvent se synchroniser sans l'intervention de signaux extérieurs.



On pensait jusqu'ici que les rythmes circadiens étaient contrôlés par l'horloge centrale du cerveau (© Milyavsky | Dreamstime.com).

On a longtemps pensé que les rythmes circadiens étaient entièrement contrôlés par une horloge centrale située dans le cerveau. Il y a quelques années a été découverte l'existence dans chaque cellule du corps d'une petite horloge moléculaire. Mais on ignorait jusqu'ici que les cellules d'un organe pouvaient communiquer pour retrouver un rythme, sans l'horloge centrale du cerveau. L'équipe de recherche a fait cette découverte en observant, grâce à la bioluminescence, en temps réel l'expression des gènes circadiens chez les souris. Elle est parvenue à restaurer la fonction circadienne dans le foie chez des souris complètement arythmiques, démontrant que les neurones ne sont pas uniques dans leur capacité de coordination. Les résultats sont parus *Gene and Development*.

(Université de Genève)

Koffein schrumpft graue Zellen

Schlafmangel lässt die graue Substanz im Gehirn schrumpfen. Das haben frühere Studien gezeigt. Forschende an der Universität Basel und den Universitären Psychiatrischen Kliniken Basel interessierte nun, ob auch Koffein – die am häufigsten konsumierte psychoaktive Substanz – diesen Effekt via verminderte Schlafqualität auslösen kann.

Die Resultate überraschten: Koffein beeinträchtigte den Schlaf der gesunden, jungen Studienteilnehmenden wider Erwarten nicht. Sie schliefen mit zwei Kaffeetabletten täglich gleich tief wie mit dem koffeinfreien Placebo. Aber: Die graue Substanz schrumpfte trotzdem.

Besonders deutliche Unterschiede fanden die Forschenden im rechten medialen Temporallappen des Gehirns, inklusive des Hippocampus, einer Hirnregion, die zentral für die Gedächtniskonsolidierung ist. Der Effekt war allerdings offenbar temporär: Nach zehn Tagen Kaffeinentzug hatte sich die graue Substanz der Studienteilnehmenden bereits deutlich regeneriert.

(Universität Basel)

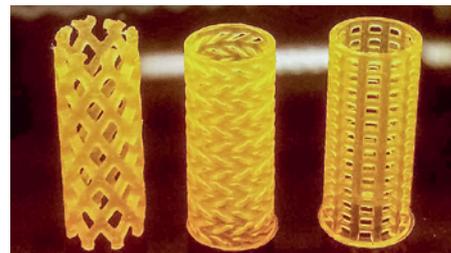


Der Kaffeekonsum beeinträchtigte den Schlaf der gesunden, jungen Studienteilnehmenden wider Erwarten nicht (© Cammeraydave | Dreamstime.com).

Bioresorbierbare Atemwegsstenosis

Herkömmliche Stenosis aus Silikon oder Metall haben den Nachteil, dass sie nicht an die Anatomie angepasst sind. Ein ETH-Forschungsteam hat nun gemeinsam mit Forschenden des Universitätsspitals und der Universität Zürich einen Atemwegsstenosis entwickelt, der auf den Patienten oder die Patientin zugeschnitten ist und sich nach dem Einpflanzen nach und nach abbaut. Er besteht aus lichtempfindlichen Harzen und wird mit einem 3D-Druckverfahren hergestellt.

(ETH Zürich)



Drei Prototypen der Atemwegsstenosis (© Paunovic N, et al. ScieAdv, 2020).

«Militär- und Katastrophenmedizin soll auch im Zivilen wirken»

Fabienne Hohl

Texterin

Die letzte Prüfung ist geschafft, das Medizinstudium beendet. Und wie geht es jetzt weiter? In unserer Serie «Du findest Deinen Weg!» stellen wir Ihnen in unregelmässigen Abständen aussergewöhnliche Berufsperspektiven für Mediziner vor. In dieser Ausgabe berichtet Dr. med. Andreas Stettbacher über seinen militärmedizinischen Werdegang und seine Tätigkeit als Oberfeldarzt der Schweizer Armee.

Was trat zuerst in Ihr Leben, das Militär oder die Medizin?

Zuerst die Medizin, doch sehr bald auch das Militär: In der Rekrutenschule erholte ich mich vom Schock, durch das erste Propädeutikum gefallen zu sein. Ich absolvierte dann Unteroffiziersschule, Abverdienen sowie Offiziersschule an einem Stück – und war fasziniert von den notfallmedizinischen Inhalten der Ausbildung. Sie gaben mir den Kick, die Herausforderungen des Studiums zu meistern. Zudem bekräftigte mich ein Ereignis während der Weiterbildung in meiner Berufswahl: Ich traf auf einen Verkehrsunfall, bei dem ich Schwerverletzte mit den vorhandenen Mitteln notfallmedizinisch versorgen konnte. Dies zeigte mir klar, dass es mein Ziel war, effizient Hilfe zu leisten. Dafür waren Chirurgie und Notfallmedizin das Richtige.

Beschritten Sie den typischen Berufsweg eines Militärarztes?

Ja und nein. In meiner Generation gehörte es einfach dazu, ins Militär zu gehen, ob gern oder ungern. Zwar leistete ich bereits während des Studiums relativ viele Dienstage als Sanitätsoffizier, verfolgte dabei aber keine Militärkarriere. Sie passierte einfach, wie bei vielen Berufskollegen. Dennoch bin ich unter Berufsmilitärs etwas ein Exot, da ich beruflich zuerst lange zivile Wege ging und spät zum Berufsmilitär wechselte, erst mit der Ernennung zum Oberfeldarzt.

Wie kam das?

Nach meiner Chirurgieausbildung wollte ich mein Handwerk anwenden und viel operieren. Da dies damals in der Schweiz nicht gut möglich war, ging ich als Volontär an ein Spital in Kapstadt. Aus den geplanten



Name:

Dr. med. Andreas Stettbacher

Alter: 59

Zivilstand:

verheiratet, zwei Kinder

Weiterbildung:

Chirurgie

Tätigkeit:

Militärarzt seit 1989, Oberfeldarzt und Beauftragter des Bundesrates für den Koordinierten Sanitätsdienst KSD seit 2009

sechs Monaten wurden fünf höchst spannende und lehrreiche Jahre, die mich sehr geprägt haben. Unterbrochen habe ich sie einzig für einen OSZE-Einsatz 1999 in Bosnien. In Südafrika sah ich ein riesiges operatives Spektrum, übernahm rasch mehr Verantwortung, konnte ausbilden und Neuerungen einführen. Zum Beispiel die Tageschirurgie, dank der wir die Tausenden von Menschen, die auf eine Operation warteten, viel rascher versorgen konnten. Am Ende führte ich zwei Spitäler. Dann wurde die Affirmative Action Policy im Gesundheitssektor eingeführt, welche gezielt zuvor unterprivilegierte Südafrikaner in hohe Positionen einsetzte. Als weisser Schweizer mit temporärer Aufenthaltsgenehmigung hatte ich keine Chance zu bleiben. Vier Wochen nach der Kündigung war ich zurück in der Schweiz und trat eine Stelle beim Eidgenössischen Departement für Verteidigung, Bevölkerungsschutz und Sport (VBS) an. Da sich dort spannende Projekte anboten und ich meine Erfahrung einbringen konnte, geriet der Plan, nach einer chirurgischen Chefarztstelle zu suchen, immer mehr in den Hintergrund.



Militärärztinnen und -ärzte sind international gefragte Fachleute, beispielsweise bei der Swisscoy KFOR.

Gab es auch im Rahmen Ihrer Tätigkeit beim VBS internationale Einsätze?

Schon 2001 ging es für die internationale Friedensförderung mit der Swisscoy in den Kosovo, wo ich als Chief Medical Officer arbeitete. Zwei Jahre darauf, am 26. Dezember 2003, kam es im Iran in der Nähe der Stadt Bam zu einem Erdbeben, das 26 000 Menschen das Leben kostete. Damals erhob ich für das Katastrophenhilfekorps den notfallmedizinischen Bedarf. Wenige Monate zuvor hatte ich als Chef Medizin die militärmedizinische Betreuung des G8-Gipfels in Evian geleitet, eine Aufgabe, die im Gegensatz zur Katastrophe in Bam im Zuge des gesamten Armeeinsatzes gut vorbereitet werden konnte.



Sanitätssoldatinnen und -soldaten in der rettungsmedizinischen Ausbildung.

Als Oberfeldarzt leiten Sie seit zwölf Jahren die Geschicke des militärischen Gesundheitswesens. Gleichzeitig sind Sie in ziviler Funktion Beauftragter des Bundesrates für den koordinierten Sanitätsdienst. Was heisst das?

Ich führe im Armeestab die Sanität, d.h. eine Organisation, welche die medizinische Versorgung der Armee sicherstellt. Dies umfasst die Gesundheitsbetreuung der Armeeingehörigen, die Ausbildung von Sanitätssoldatinnen und -soldaten, die Armeeeapotheke, die militär- und katastrophenmedizinische Forschung, die epidemiologische Lagebeobachtung, das Veterinärwesen, die Katastrophenmedizin und die internationale Zusammenarbeit in der Militärmedizin. Mit diesen Kompetenzen und Ressourcen verstärkt der Koordinierte Sanitätsdienst die zivile Gesundheitsversorgung in der Vorbereitung auf Krisen und bei deren Bewältigung – wie in der aktuellen Coronapandemie. Das vergangene Jahr hat uns entsprechend beansprucht. Um nur einige damit verbundene Aufgaben zu nennen: Es waren riesige Mengen von Masken zu beschaffen, es fand die grösste Mobilmachung seit dem Zweiten Weltkrieg statt, dank der u.a. Spitäler und Rettungsdienste rasch durch Sanitätssoldatinnen und -soldaten verstärkt werden konnten, und es galt, in kürzester Zeit ein Monitoring der schweizweiten Spitalauslastung zu etablieren.

Welche Fortschritte der Militärmedizin der letzten Jahre bewähren sich in der Coronakrise?

Neben dem Einsatz von 150 modernen, für Transporte von Infektionspatienten besonders geeigneten Ambulanzen hat sich ganz klar unsere Investition in die militärmedizinische Ausbildung ausgezahlt. Wir bieten mit dem Pflegehelfer SRK kostenlos eine national zertifizierte Ausbildung an, die mit diversen Zusatzzertifikaten ausgebaut wird. Sowohl Spitalsoldatinnen und -soldaten wie auch Einheitssanitäter – also Soldatinnen und Soldaten mit Rettungs- und Ambulanzausbildung – leisten u.a. Dienst in Spitätern, wo sie regelmässig 1:1-Erfahrungen sammeln im Umgang mit Patienten und zivilen Gesundheitsfachleuten. Inzwischen haben die Kliniken gemerkt, dass aus der Militärmedizin echte Verstärkung kommt – entsprechend begehrt sind unsere Leute. Dies auch an Grossanlässen wie der Fête des Vignerons 2019, einer Ski-Weltmeisterschaft oder am Eidgenössischen Schwingfest.

Weshalb entscheiden sich angehende Ärztinnen und Ärzte für die Militärmedizin?

Wir können die jungen Leute gleich zu Beginn packen, indem wir sie sehr früh mit notfallmedizinischen Inhalten vertraut machen. Sie haben zudem sehr kompe-



Oberfeldarzt Andreas Stettbacher im Gespräch mit Angehörigen eines Spitalbataillons.

tente Auszubildende und erleben viel Praxis. Gleichzeitig lernen sie im Team arbeiten, entwickeln eine effiziente Lerntechnik, um mit dem vielen Stoff im Studium richtig umzugehen, und steigern die eigene Resilienz. Junge Kolleginnen und Kollegen bestätigen mir immer wieder, dass ihnen die militärmedizinische Ausbildung in vielen Studienbereichen einen Wissensvorsprung verschafft hat. Dazu kommt, dass die Ausbildung sehr gut auf das zivile Medizinstudium abgestimmt ist und keinen Zeitverlust generiert.

Ist die Militärmedizin auch für Frauen attraktiv?

Die Sanität ist mit Abstand die Truppengattung mit dem höchsten Frauenanteil. In der letzten Unteroffiziersschule waren von total 94 Teilnehmenden 14 Frauen, Tendenz steigend. Die Hälfte der Anwärterinnen stammt aus dem Rotkreuzdienst, die andere Hälfte findet über den normalen Militärdienstweg als zukünftige

Die militärmedizinische Ausbildung

Die militärmedizinische Ausbildung von Ärztinnen und Ärzten ist eng mit dem zivilen Studienverlauf verknüpft und zeitlich wie inhaltlich darauf abgestimmt. Die Grundausbildung bei der Sanität umfasst für Medizinstudierende eine verkürzte Rekrutenschule (sechs Wochen) mit Militärarzt-Unteroffiziersschule (sechs Wochen) sowie die Militärarzt-Offiziersschule (acht Wochen). Nach abgeschlossenem Medizinstudium und erfolgreicher militärärztlicher Ausbildung folgen zwölf Wochen praktischer Dienst als Truppenarzt bzw. -ärztin in der Grundversorgung. Die Ausbildungsschwerpunkte liegen neben der militärischen Grundausbildung vor allem auf international zertifizierten notfallmedizinischen Kompetenzen, praxisorientierter medizinischer Grundversorgung, Führungskompetenz und Handlungsfähigkeit in schwierigen Situationen. Weitere Informationen: www.armee.ch/sanitaet; www.rkd.ch; zur militär- und katastrophenmedizinischen Weiter- und Fortbildung: www.mkm-mmc.ch

tige Militärärztinnen, Zahnärztinnen, Pharmazeutinnen oder bei den Veterinärtruppen als Veterinärinnen zu uns und leistet freiwillig Dienst. Zudem sind heute die Arbeitsperspektiven auch bei der Armee generell familienfreundlicher und berücksichtigen den Wunsch der Arbeitnehmenden, zugunsten einer guten Work-Life-Balance auch Teilzeit arbeiten zu können.

Was bedeutet Ihnen Ihre Aufgabe als «oberster Doktor der Armee»?

Ich könnte mir keinen spannenderen, vielfältigeren Job vorstellen, in dem ich meine gesamte Erfahrung einbringen und ständig Neues lernen kann. Ich habe ein riesiges nationales und internationales Netzwerk, habe tolle Dinge erlebt und viele wichtige Projekte realisieren und begleiten können, so die Modernisierung der militärmedizinischen Ausbildung, die Beschaffung neuer Ambulanzen oder das Revival des Tourniquets. Dieses Abbinde-System war Anfang 2000 in der Schweiz verpönt und ist heute dank der Armee wieder rettungsmedizinischer Standard beim Management von Extremitätenblutungen.

Was wünschen Sie sich für die Zukunft der Schweizer Militärmedizin?

Es ist für die Militärmedizin essentiell, die rasanten Entwicklungen in Medizin und Technologie zu integrieren und zu nutzen. Ich denke hier an Robotik, automatische Patientenbergnung oder Artificial Intelligence. Mit Letzterer liessen sich die gigantischen Datenmengen, die bei den Rekrutierungen beispielsweise durch EKG zusammenkommen, viel einfacher handhaben und auswerten. Wichtig ist mir zudem Folgendes: Bis vor kurzem waren wir in der Schweiz für Jahrzehnte damit gesegnet, keine Krisen und Katastrophen erleben zu müssen. Dadurch ist aber in den Spitälern und generell in der Medizin viel Wissen verloren gegangen, wie Katastrophen zu bewältigen sind. Die Armee hat dieses Know-how weiter gepflegt. Es ist mir ein Anliegen, katastrophenmedizinische Kompetenzen auch in den zivilen Institutionen wieder stärker aufzubauen, in enger Zusammenarbeit mit den Kantonen. Denn wenn bei Behörden und Spitälern ausreichend katastrophenmedizinisches Wissen vorhanden ist, kann dieses bei Grossereignissen und in Krisen rasch eingesetzt werden und viel bewirken.

Bildnachweis

© Zentrum elektronische Medien, VBS

Haben Sie als Mediziner auch einen aussergewöhnlichen Beruf, den Sie unserer Leserschaft gern vorstellen möchten? Dann freuen wir uns auf Ihr E-Mail an: [redaktion.saez\[at\]emh.ch](mailto:redaktion.saez[at]emh.ch)

Swiss Biotech Success Stories mit neuen Jurymitgliedern

Mit den Swiss Biotech Success Stories Awards zeichnet die Swiss Biotech Association hervorragende Leistungen aus und honoriert innovative Firmen, Unternehmer und Wissenschaftler für ihre bedeutenden Erfolge und nachhaltigen Beiträge zur Schweizer Biotechindustrie. Als neue Jurymitglieder der Swiss Biotech Success Stories wurden Stefanie Flückiger-Mangual, CEO und Mitgründerin von Tolremo Therapeutics, Seraina Gross, Wirtschaftsjournalistin der *Handelszeitung*, und Daniela Marino, CEO und Mitgründerin von Cutiss, aufgenommen. «Wir freuen uns auf die Zusammenarbeit mit Stefanie, Daniela und Seraina. Die drei bringen als CEO von Biotechfirmen respektive als erfahrene Wirtschaftsjournalistin wertvolles, komplementäres Wissen in die Jury ein», erklärt Jurypräsident Luca Bolliger. Weitere Jurymitglieder sind Patrick Aebischer, ehemaliger Präsident der EPFL; Gabrielle Gache, Swiss Healthcare Licensing Group; Ulrich Geisinger, HBM Partners, und Jürg Zürcher, Ernst & Young.

Quelle: Swiss Biotech Association, eingereicht am 3.3.2021

Blut- und Blutstammzellspenden in Zeiten von Covid-19

Sichere Versorgung dank engagierter Partner und internationaler Vernetzung: Blutspende SRK Schweiz blickt aufgrund der Covid-19-Pandemie auf ein herausforderndes Jahr 2020 zurück. Die Bilanz fällt trotzdem positiv aus, was auf gut eingespielte Abläufe im In- und Ausland, digitalisierte Services und das Engagement verschiedener Partner zurückzuführen ist. Die Versorgung mit Blutprodukten konnte jederzeit sichergestellt werden. Darüber hinaus erreichten bei der Blutstammzellspende sowohl die Anzahl Entnahmen als auch jene der registrierten Spenderinnen und Spender einen neuen Höchststand.

Quelle: Blutspende SRK Schweiz, eingereicht am 3.3.2021

Hilfe und Anerkennung für Long-COVID-Betroffene

Die Corona-Pandemie hat ein neues Syndrom gebracht: Long-COVID – die Langzeitfolgen einer COVID-19-Erkrankung. Ab Frühjahr 2021 ermöglicht die Online-Plattform «Altea – Long-COVID-Netzwerk» den Wissens- und Erfahrungsaustausch unter Betroffenen und Fachleuten. Initialisiert und unterstützt wird das Projekt von LUNGE ZÜRICH.

Netzwerk mit vielen Partnern

LUNGE ZÜRICH hat Altea ins Leben gerufen und will die Plattform gemeinsam mit Betroffenen und Fachpersonen, mit Organisationen und Dienstleistern weiterentwickeln und zum Schweizer Kompetenzzentrum für Long-COVID machen.

Auf der Website können sich interessierte Personen ab sofort für den kostenlosen Newsletter anmelden, die Plattform wird in den kommenden Wochen laufend ausgebaut.

www.altea-netzwerk.ch
www.lunge-zuerich.ch/altea-netzwerk

Die vollständige Medienmitteilung ist unter www.lunge-zuerich.ch/medienmitteilungen abrufbar.

Quelle: LUNGE ZÜRICH, eingereicht am 18.2.2021

Neu in Basel: «Sprechstunde berufliche Wiedereingliederung» – die Rückkehr in den Beruf im Fokus

Ab sofort gibt es eine «Sprechstunde berufliche Wiedereingliederung» im Begegnungszentrum CURA in Basel durch die Rehaklinik Bellikon. Dieses Angebot ist das erste dieser Art für Basel und Umgebung. Mit der neuen Dienstleistung treiben die Kooperationspartner die ganzheitliche, integrierte und wohnortnahe Versorgung von Patienten in den Kantonen Basel-Stadt und Baselland voran. Das kostenlose Beratungsangebot steht allen von Krankheit oder Unfall Betroffenen zur Verfügung, die ihre berufliche Tätigkeit nicht im bisherigen Rahmen fortsetzen können. Die Patienten werden mit ihrem Einverständnis durch ihre behandelnden Ärzte zur Sprechstunde angemeldet.

Dieses Angebot wird von der Rehaklinik Bellikon noch an weiteren Standorten, in Zürich (Universitätsspital Zürich) und in Aarau (Kantonsspital Aarau), angeboten. Weitere Informationen finden Sie bitte unter:

www.rehabellikon.ch/kbe oder
<https://www.begegnungszentrum-cura.ch/>

Quelle: Rehaklinik Bellikon und Begegnungszentrum CURA Basel, eingereicht am 10.2.2021

Selbstdesinfizierende Maske ermöglicht aktiven Virenschutz auf Knopfdruck

ZHAW-Forschende entwickeln mit der Schweizer Firma Osmotex eine selbstdesinfizierende Maske, die Viren auf Knopfdruck inaktiviert. Der Prototyp dieser weltweit einzigartigen, wiederverwendbaren Maske basiert auf elektrochemischen Textilien und zeigt eine antivirale Wirkung von über 99%. Weitere Anwendungen wie sterilisierbare Sitzbezüge sind in Prüfung. Mit der neuartigen Technologie lassen sich Viren und auch Bakterien aktiv unschädlich machen. Aktuell wird die selbstdesinfizierende Maske an der ZHAW in Wädenswil in Kooperation mit der Firma Osmotex optimiert. Das Forschungsteam unter Prof. Chahan Yeretzian konnte nachweisen, dass die Maske sicher und gesundheitlich unbedenklich ist. Sie soll im Frühling 2021 marktreif sein. Mittels integrierter Batterie wird auf Knopfdruck eine elektrische Spannung von wenigen Volt angelegt. Die dadurch erzeugten reaktiven Sauerstoffmoleküle inaktivieren die Viren zuverlässig. Dadurch lässt sich die Masken-Oberfläche in wenigen Minuten sterilisieren.

Quelle: ZHAW/Departement Life Sciences und Facility Management, eingereicht am 4.2.2021

Personal Health Coaching (PHC) revolutioniert das Gesundheitswesen

Viele Leute leiden an Stress, bewegen sich zu wenig und ernähren sich nicht ausgewogen. Die Folgen sind Depression, Diabetes Typ 2, Herz-Kreislauf-Probleme oder Burnout. «Ein präventiver Ansatz kann negative Folgen für Mensch und Unternehmen vorzeitig aushebeln», ist Prof. Dr. Lukas Zahner, CEO der SalutaCoach AG, überzeugt. Das Start-up bietet ein modernes und nachhaltiges Coaching-Programm an:

Die Pluspunkte von PHC:

- Die Methodik dazu wurde an der Universität Basel entwickelt, die Wirksamkeit ist in diversen Studien belegt.
- Akademisch zertifizierte Coaches stellen den langfristigen Erfolg sicher.
- Das Coaching funktioniert komplett kontaktfrei.
- Das Coaching wird von vielen Krankenkassen unterstützt.

«Bei uns steht der Mensch als Ganzes im Zentrum – und nicht nur die Fitness», sagt Prof. Dr. Lukas Zahner. «Wir integrieren das aktuelle Lebensumfeld in den Coaching-Prozess, gehen damit individuell auf die jeweilige Person ein und verbessern so den Lebensstil nachhaltig.»

Quelle: SalutaCoach AG, eingereicht am 29.1.2021

Regard prospectif sur le développement durable

Inventer l'avenir: démarches novatrices pour un futur durable

Jean Martin

Dr méd., membre de la rédaction



Mathieu Baudin
Dites à l'avenir que nous arrivons
 La (r)évolution des conspirateurs positifs

Editions Alisio: Paris;
 2020, 191 pages

Historien et prospectiviste, Mathieu Baudin dirige actuellement l'Institut des Futurs Souhaitables (IFS), un *think tank* dont la vocation est de diffuser des nouveaux savoirs répondant aux enjeux actuels, notamment sur les plans écologique et de la durabilité. Le but est de «réhabiliter l'attention et la prise en compte du temps long» dans les décisions prises à tous les niveaux et de nourrir le débat public.

Il publie un guide étoffé, à la fois conceptuel et pratique, avec aussi d'utiles notations historiques, sur les manières de construire de nouveaux futurs. «Nous vivons en ce moment une sorte de guerre entre les tenants d'un système dépassé (d'hyper-exploitation des ressources, production et consommation), d'une part, et les apôtres de l'effondrement – raillant les tentatives de bifurcation.» Entre les deux, la voie est étroite, mais il importe de la trouver: «La fin d'un monde n'est pas la fin du monde», dit-il en page 15.

Qui contesterait que nous avons trop négligé la question du sens, dans sa double acception de direction et de valeur, dans nos existences et la marche de la société? Il s'agit en premier lieu de changer notre regard, dit l'auteur, y compris le rapport que nous entretenons avec le vivant, en considérant la complexité des connexions et interconnexions qui font la vie. Le prospectiviste suggère de signer des «déclarations d'interdépendances» pour continuer l'aventure – à propos de biodiversité, sécurité alimentaire, climat, énergie, démocratie, santé,

Qui contesterait que nous avons trop négligé la question du sens dans nos existences et la marche de la société?

eau, finance mondiale, etc. Soulignant ainsi sa conviction que «si le climat était une banque, on l'aurait déjà sauvé». Après avoir lancé l'idée d'une Académie du futur, il propose la mise en place d'un «Ministère du Temps Long», ceci afin de privilégier une vision à long terme.

Dans ces perspectives, l'IFS, «école de la réinvention» et incubateur, rassemble des personnes innovatrices («conspirateurs positifs»), toutes engagées dans des démarches d'élaboration de manières nouvelles de vivre et fonctionner, profitant entre autres des apports du

biomimétisme. Il met sur pied des formations substantielles, en empruntant des chemins de traverse et en repérant les «signaux faibles».

Sont traitées les nouvelles technologies et leur place croissante, évoquant les espoirs et démarches transhumanistes – et un peu folles – qui cherchent à «augmenter» l'être humain. Voici ce qu'écrit Mathieu Baudin à propos de robots et d'intelligence artificielle (IA): «La bonne nouvelle c'est que le développement des IA pose la question de l'essentiel. La place du robot questionne notre humanité [...] A côté du transhumanisme, ce délire très californien de vouloir rester dans la course

A côté du transhumanisme, ce délire très californien de rester dans la course avec la machine, il y a de la place pour du trèshumanisme.

avec la machine, il y a de la place pour du trèshumanisme.» Un sympathique néologisme qui signifie, au-delà du numérique, faire de nous des humains encore plus humains.

Mathieu Baudin cite aussi le philosophe indien Krishnamurti: «Ce n'est pas un signe de bonne santé que d'être bien adapté à une société malade.» Dans pratiquement tous les scénarios de futurs souhaitables, émerge la question de la reconnexion entre humanité et nature. Non par militantisme, mais par nécessité de survie. Pour l'auteur, c'est une preuve que nous sommes demandeurs d'un regard différent sur le monde.

Cet ouvrage bénéficie d'une préface de Joël de Rosnay, scientifique français et vulgarisateur connu, qui note qu'il y a plus de vingt ans que Mathieu Baudin voyage entre futur, passé et présent pour nous permettre de comprendre notre époque et d'imaginer demain. Le philosophe altermondialiste Patrick Viveret, avec qui l'auteur a écrit *Le bonheur en marche* (2015), a rédigé la postface.

Il s'agit d'un récit très bien informé des nombreux groupes et démarches en France poursuivant des travaux dans ces domaines. Le public intéressé se réjouira d'une lecture stimulante au caractère décentrant, par la description d'initiatives qui peuvent nous mettre en route vers un avenir plus participatif et interconnecté.

jean.martin[at]saez.ch

Beitrag zum Winter

Ich wohne diesen
Winter in Neusibirien
Ganz ungewollt

Melancholisch grüsst
Die Sonne durch den Nebel
Aber sie ist da.

Die Tannen lassen
Ihre Äste schlaff hängen
Das ist sehr nachföhlbar

Auf der Schaukel sitzt
Jetzt der Schnee, der gar nicht dort
Hingehört. Amen.

Dr. med. Hedi Meierhans
he.meierhans[at]bluewin.ch

Bildnachweis
© Hedi Meierhans



Still erwarte ich

Still erwarte ich
Die ersten Sonnenstrahlen
Glitzern auf dem Berg

Jetzt lacht sie wieder
Neusibirien funkelt
Und es ist Sonntag

Ich strahle zurück
Das Gesetz der Resonanz
Funktioniert so

Freude herrscht wieder
Überall im Herzen der
Ganzen Kreatur.

Dr. med. Hedi Meierhans
he.meierhans[at]bluewin.ch

Bildnachweis
© Hedi Meierhans

Preise und Auszeichnungen



Prof. Johanna Joyce
(© zVg)



Prof. Grégoire Courtine
(© zVg)

Robert-Bing-Preis 2020

Zwei Forschende aus Lausanne erhalten den Robert-Bing-Preis 2020: Prof. Johanna Joyce der Universität Lausanne wird für ihre Pionierarbeiten zur Rolle von Immunzellen in der Entwicklung von Hirntumoren ausgezeichnet. Prof. Grégoire Courtine, tätig an der EPFL, der Universität und am Universitätsspital Lausanne, erhält den Preis für seine Forschung zu Neurotechnologien, die das Gehörvermögen nach einer Rückenmarkverletzung wiederherstellen können. Der Preis ist mit je 30 000 Franken dotiert.

Die SAMW schreibt den Preis aus dem Vermächtnis des Basler Neurologen Robert Bing (1878–1956) alle zwei Jahre aus. Die Auszeichnung ehrt Forschende, deren Arbeiten zur Erkennung, Behandlung oder Heilung von Nervenkrankheiten beitragen.

Die SAMW schreibt den Preis aus dem Vermächtnis des Basler Neurologen Robert Bing (1878–1956) alle zwei Jahre aus. Die Auszeichnung ehrt Forschende, deren Arbeiten zur Erkennung, Behandlung oder Heilung von Nervenkrankheiten beitragen.

Allianz Gesundheitskompetenz-Preis 2020

Der Hauptpreis (13 000 Franken) der Allianz Gesundheitskompetenz 2020 geht an «Le MOOC – se rétablir, un vrai délire?», einen Online-Kurs zum Thema psychische Gesundheit des Instituts für Gesundheit La Source. Mit dem ersten Anerkennungspreis (3000 Franken) werden «NASSE HOSEN IN DER SCHULE – NEIN DANKE!» des Inselspitals Bern und «Habirna Antsar Corona» des Eritreischen Medienbundes ex aequo ausgezeichnet. Der Kurs des Inselspitals betont bei Lehrpersonen die Notwendigkeit, Kinder mit Blasenstörungen zu unterstützen. «Habirna Antsar Corona» ist ein Infokanal, der die eritreische Gemeinschaft mit zuverlässigen Aktualitäten zur Pandemie versorgt. Den zweiten Anerkennungspreis (3000 Franken) erhält das Projekt «Ecole de l'anaphylaxie» des Allergiezentrum Schweiz, das Kinder mit schweren Nahrungsmittelallergien und ihre Eltern spielerisch aufklärt.

Die Allianz Gesundheitskompetenz unterstützt innovative Projekte zur Stärkung der Gesundheitskompetenz. Sie wurde 2010 unter anderem von der Verbindung der Schweizer Ärztinnen und Ärzte FMH, Public Health Schweiz und Gesundheitsförderung Schweiz gegründet.



v.l.n.r. Pascale Ferrari, Pflegeexpertin La Source; Laure Tercier, aha! Allergiezentrum Schweiz; Barbara Weil, Präsidentin Allianz Gesundheitskompetenz; Rahel Dawit, Mediensprecherin Eritreischer Medienbund; Karin Bühler Meyer, Pflegeexpertin Inselspital Bern (© bmc marketing consulting).

Pfizer Forschungspreis 2021

Neun Forschungsarbeiten wurden dieses Jahr mit dem Pfizer Forschungspreis geehrt.

Die Ausgezeichneten werden für ihre hervorragenden Beiträge in der Grundlagenforschung oder der klinischen Forschung geehrt. Die Preise sind mit je 15 000 Schweizer Franken prämiert und werden auf Antrag unabhängiger wissenschaftlicher Kommissionen in fünf Bereichen vergeben:

- *Herz-Kreislauf, Urologie und Nephrologie:* PD Dr. Ange Maguy, PD Dr. Jin Li, Universität Bern, CHUV, Lausanne: «Mit Antikörpern gegen Herzrhythmusstörungen»; Dr. Nikola Kozuharov; for the GALACTIC investigators, Universitätsspital Basel: «Kann die Therapie der akuten Herzinsuffizienz verbessert werden? Die GALACTIC-Studie: Effekt von Vasodilatation bei akuter Herzinsuffizienz»
- *Infektiologie, Rheumatologie und Immunologie:* Dr. Cristina Gil-Cruz, Dr. Christian Pérez-Shibayama, Dr. Veronika Nindl; Kantonsspital St. Gallen: «Darmbakterien können Herzmuskelentzündungen fördern»
- *Neurowissenschaften und Erkrankungen des Nervensystems:* Dr. Dasha Nelidova; Institute of Molecular and Clinical Ophthalmology Basel (IOB) und Friedrich Miescher Institute for Biomedical Research, Basel: «Mit Nah-Infrarot-Licht die dunklen Bereiche der Retina erhellen»; Dr. Michael Hugelshofer, Dr. Raphael Buzzi; Universitätsspital Zürich: «Aneurysmen im Gehirn: Haptoglobin verhindert Hämoglobin-induzierte Gefässverengungen»
- *Onkologie:* Dr. Chloe Chong, Dr. Michal Bassani-Sternberg; Ludwig Institute for Cancer Research, Lausanne, CHUV und Université de Lausanne: «Entschlüsselung von Zielstrukturen für Tumorerkennung»; Prof. Carsten Riether; Inselspital und Universität Bern: «Mit Antikörpern erfolgreich gegen myeloische Leukämiezellen»
- *Pädiatrie:* Dr. Dr. Andrea Alexis Mauracher; Universitäts-Kinderspital Zürich: «Einfluss des Immunsystems auf die Bildung roter Blutkörperchen»; Dr. Christa König, Dr. Cécile Adam; Inselspital und Universität Bern, CHUV Lausanne: «39.0 °C als neue Fiebergrenze für Kinder mit einer Krebserkrankung»



Schreibübung zum 65. Geburtstag

Daniel Oertle

Dr. med., Zürich

<i>Ich werde pensioniert</i>	mache ich selbst
<i>Ich pensioniere mich</i>	sagt man nicht
<i>Ich gehe in Pension</i>	gehe lieber ins Hotel
<i>Ich emeritiere mich</i>	klingt blasiert
<i>Ich gehe in Ruhestand</i>	Altersheim am Waldesrand
<i>Ich gehe in Rente</i>	welcher Tee?
<i>Ich werde Rentner</i>	oh je
<i>Ich danke ab</i>	Abdankung folgt
<i>Ich gebe die Arbeit auf</i>	gebe auf
<i>Ich trete zurück</i>	Revanche-Foul
<i>Ich trete ins zweite Glied</i>	autsch!
<i>Ich setze mich aufs Altenteil</i>	heisst Gesäss
<i>Ich erkläre den Rücktritt</i>	Fahrrad-Bremse
<i>Ich scheidet aus der Arbeit aus</i>	Inkontinenz
<i>Ich gebe den Abschied</i>	Taschentuch
<i>Ich löse mich ab</i>	löse mich auf
<i>Ich nehme den Abgang</i>	stairway to hell
<i>Ich demissioniere</i>	fromme <i>sœur</i> in Afrika
<i>Ich gehe weg</i>	wohin?
<i>Ich lege die Arbeit nieder</i>	sciopero!
<i>Ich quittiere den Dienst</i>	Quittung folgt
<i>Ich designiere</i>	resigniere
<i>Ich trete ab</i>	trete aus
<i>Ich beurlaube mich</i>	mit Verlaub
<i>Ich höre auf</i>	und tschüss.

Daniel Oertle
Dennerstr. 25
CH-8047 Zürich
daniel.oertle[at]hin.ch

Bildnachweis
© Daniel Oertle

Die Letzten werden die Ersten sein

Christina Aus der Au

Prof. Dr. theol., Mitglied der Redaktion Ethik



Es gibt eine neue Saison: die Impfsaison! Sie hat im Januar angefangen und dauert nun die nächsten Monate an. Die einen schimpfen über sie, die anderen konnten es nicht erwarten, bis sie endlich anfängt – wie immer bei den Saisons halt.

Die Impfsaison hat allerdings besonders heftige Reaktionen hervorgerufen – wohlgemerkt, nicht die Impfung, sondern die Saison. Nur schon bis alles bereit war – die Impfstoffe, die Zentren, die Anmeldeinfrastruktur. Und nicht zuletzt die Menschen! Da harzt und knarzt es fast noch am meisten; die einen streiken, die anderen drängeln. Wenn man doch wenigstens sagen könnte: «Wär nöd wott, hät ghaa!» Das Problem ist nämlich: Geimpft wird man nie nur ganz alleine, sondern immer auch als Mitglied einer Gemeinschaft. Ich lasse mich impfen, damit ich selber nicht krank werde – aber auch, damit ich die Krankheit nicht weitergeben kann. Oder ich lasse mich *nicht* impfen, weil ich glaube, mich dadurch einer höheren Macht auszuliefern, die damit der Weltherrschaft einen Schritt näherkommt. Oder vielleicht auch, weil ich der dahinterstehenden Pharmaindustrie nicht traue. Jedenfalls betrifft meine Entscheidung nie nur mich selber, sondern es ist geradezu ein politisches Statement, *Me too* sozusagen ...

Wenn wir uns einmal auf die Seite der Impfbefürworter und -befürworterinnen stellen wollen (was ich gerne tue), dann ist allerdings die Frage, wer denn *zuerst* geimpft werden soll, nicht weniger politisch! Wer wird sozusagen dem Ansteckungsrisiko zuerst entrisen, und wer ist noch etwas länger – im schlimmsten Fall viel länger – diesem fiesen Virus ungeschützt ausgesetzt?

Man könnte nun denken angesichts dessen, was unsere Gesellschaft und vor allem unsere Wirtschaft in den letzten Monaten ertragen mussten, es gäbe gute Gründe dafür, zuerst den werktätigen Teil der Bevölkerung zu impfen. So wie offenbar in Indonesien, wo die 18- bis 59-Jährigen prioritär geschützt werden sollen. Sie seien diejenigen, die viel unterwegs seien, und dadurch könne die Produktivität des Landes sichergestellt werden. Auch Boris Palmer, der Bürgermeister aus dem württembergischen Tübingen, kritisierte die Massnahmen der ersten Corona-Welle: «Wir retten in Deutschland möglicherweise Menschen, die in einem

halben Jahr sowieso tot wären – aufgrund ihres Alters und ihrer Vorerkrankungen.»

Er allerdings ertete einen grossen Shitstorm. Deutschland und die Schweiz, zusammen mit vielen anderen Ländern, haben sich entschieden, nicht zuerst die Starken, die Produktiven, die Einflussreichen zu impfen. Sondern die Menschen auf der anderen Seite, die alten und schwachen Menschen, diejenigen mit Vorerkrankungen, die Frauen und Männer in Alters- und Pflegeheimen. Diesen Menschen soll zuerst Sorge getragen werden, ihnen und denjenigen, die sie pflegen und betreuen. Sie kommen zuerst, wenn es um die Verteilung des noch knappen Impfstoffes geht. Nicht weil es die Wirtschaft am nötigsten hat, sondern weil *sie* es am nötigsten haben.

«(D)ass die Stärke des Volkes sich misst am Wohl der Schwachen», steht in der Präambel der Schweizerischen Bundesverfassung. Vielleicht ist es gar nicht so sehr der Neid, der die Wogen hochschlagen lässt, wenn sich die Millionäre und die Mehrheitsaktionäre vordrängeln. Sondern schlicht die tiefe und intuitive Überzeugung, dass es gerade hier nicht darum gehen darf, wer die spitzeren Ellbogen hat und das dickere Portemonnaie. Sondern darum, welche Werte eine Gesellschaft tragen.

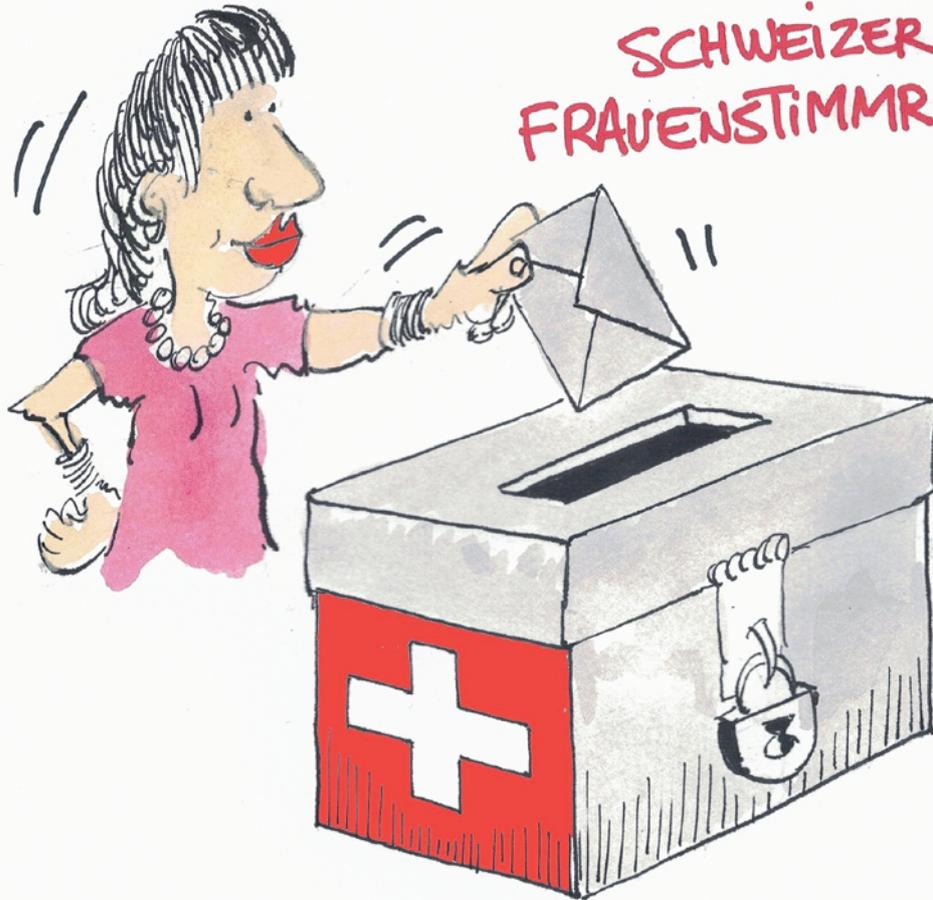
Die Letzten werden die Ersten und die Ersten die Letzten sein. Das sagt Jesus im Matthäusevangelium zu denjenigen, die sich ungerecht behandelt fühlen. Die am Schluss der Schlange standen, erhalten gleich viel wie die an der Spitze. Nicht hier auf Erden; hier sind und bleiben sonst meistens die Ersten die Ersten. Hier gilt eher der Satz – auch aus dem Matthäusevangelium – «wer hat, dem wird gegeben» (das nennt man auch den «Matthäus-Effekt»).

Die erste Geschichte hingegen ist ein Ausblick ins Reich Gottes, dort, wo andere Regeln herrschen als das Überlebensrecht des Stärkeren. Spannend, dass wir uns ausgerechnet in einer solchen Krise, wie sie diese Pandemie darstellt, daran erinnern, wie es anders sein könnte. Wie eine Gesellschaft sein kann, wenn sie sich um das Wohl der Schwächsten sorgt und ihnen besonderen Schutz zukommen lässt. Die Letzten sind so zu Ersten geworden.

Jedenfalls beim Impfen. Ob das wohl noch durchblitzt, wenn die Zeiten wieder anders werden?

[christina.ausderau\[at\]phtg.ch](mailto:christina.ausderau[at]phtg.ch)

50. JAHRESTAG DES SCHWEIZER FRAUENSTIMMRECHTS



BEI DEN GEHÄLTERN
WERDEN
WIR SEHEN...
... GLEICHSTELLUNG
SO SPÄT WIE MÖGLICH!



DU WEISST
EBEN,
WIE MAN
MIT FRAUEN
UMGEHT!

NED/MEDDINE-ß
3.02.21