

Schweizerische Ärztezeitung

833 Editorial
von Alexander Zimmer
**Gelungene Digitalisierung
braucht funktionierende
Schnittstellen**

837 Swiss Trauma Board
**Polytraumaversorgung
als Bereich der hoch-
spezialisierten Medizin**

864 «Zu guter Letzt»
von Daniel Schröpfer
Vertrauen schenken

852 Verschiebung planbarer
Eingriffe während der Pandemie
**Die demokratische
Legitimation fehlt**

Verlag

Dr. med. vet. Matthias Scholer, Chefredaktor;
 Eva Mell, 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 Puhan

Redaktion Recht

Dr. iur. Ursina Pally, Leiterin Rechtsdienst FMH

FMH

EDITORIAL: Alexander Zimmer

833 **Gelungene Digitalisierung braucht funktionierende Schnittstellen**

834 **Personalien**

Nachrufe

835 **In memoriam Prof. Dr. med. Heinz Stefan Herzka (1935–2021)**

Weitere Organisationen und Institutionen

SWISS TRAUMA BOARD: Hans-Peter Simmen, Kai-Oliver Jensen, Kai Sprengel, Hans-Christoph Pape

836 **Polytraumaversorgung als Bereich der hochspezialisierten Medizin**

Briefe / Mitteilungen

840 **Briefe an die SÄZ**

841 **Facharztprüfung**

Wichtige Sicherheitsinformationen

842 **Wichtige sicherheitsrelevante Information zu XELJANZ® (Tofacitinib)**

FMH Services

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

Tribüne

852



COVID-19: Bernhard Rüttsche, Walter Fellmann, Regina E. Aebi-Müller, Guido Schüpfer
Verschiebung planbarer Eingriffe bei Ressourcenknappheit Während der Covid-19-Pandemie kam es an diversen Spitälern zur Verschiebung von nicht dringlichen, planbaren Eingriffen. Ob und inwiefern diese Reallokation von Ressourcen gerechtfertigt ist, steht jedoch zur Debatte.

Tribüne

INTERVIEW MIT SOPHIE DURIEUX-PAILLARD: Julia Rippstein

856 «J'ai l'impression d'avoir le monde dans ma salle d'attente»

859 **Spectrum**

Horizonte

MEDIZINGESCHICHTE: Jürg Kesselring

860 **Erster Test für das Rote Kreuz**

SCHAUFENSTER: Christoph Zwisler

863 **Wandel**

Zu guter Letzt

Daniel Schröpfer

864 **Vertrauen schenken**



BENDIMERAD

Impressum

Schweizerische Ärztezeitung

Offizielles Organ der FMH
und der FMH Services

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

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

Anzeigen:

Philipp Lutzer,
Key Account Manager EMH
Tel. +41 (0)61 467 85 05,
philipp.lutzer@emh.ch

Stellenmarkt und Rubrikanzeigen:

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

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

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

Anderer Abonnemente:

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

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

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

© FMH

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

Gelungene Digitalisierung braucht funktionierende Schnittstellen

Alexander Zimmer

Dr. med., Mitglied des Zentralvorstandes und Departementsverantwortlicher Digitalisierung/eHealth



Haben Sie es auch schon bemerkt? Hersteller von Smartphones, Tablets oder Monitoren setzen zunehmend auf randlose Displays. Dies zum Ärger derjenigen, die es gewohnt sind, Notizzettel auf den Monitor ihres Gerätes zu heften. Einzige Ausnahme ist der Hersteller mit dem Apfel, dessen Bildschirm am unteren Rand eine Fläche besitzt, an der sich weiterhin die Klebezettel mit den handschriftlichen Daten anbringen lassen.

Die digitale Transformation wird von ihren Akteuren unterschiedlich umgesetzt. Das zeigt sich auch auf der Ebene der Bundesbehörden.

Die anfänglichen Schwierigkeiten in der Bewältigung der Covid-Pandemie haben zu einigen parlamentarischen Vorstössen geführt, die sich für eine Stärkung der Digitalisierung im Gesundheitswesen aussprechen. Der Nachholbedarf ist hoch, auch angesichts der Tatsache, dass die Schweiz im Digital-Health-Index-Ranking der Bertelsmann-Stiftung abgeschlagen auf Rang 14 von 17 Ländern verharrt. Das Bundesamt für Gesundheit hat prompt reagiert und ihre eHealth-Strategie mit der Gründung einer Abteilung Digitale Transformation bekräftigt. Noch in der sechsten Nationalen Konferenz «Gesundheit2020» im Jahr 2019 wurde festgehalten, dass die Digitalisierung die Grundlagen für ein besseres, sichereres und effizienteres Gesundheitswesen schaffen und insbesondere Gesundheitsfachpersonen und Institutionen vernetzen soll.

Für eine gelungene digitale Transformation ohne massiven administrativen Mehraufwand brauchen wir funktionierende Schnittstellen.

So weit, so gut. Auf der Website des BAG für meldepflichtige Infektionskrankheiten findet sich aber auch im zweiten Jahr der aktuellen Pandemie der Hinweis darauf, dass Laboratorien epidemiologische Befunde mittels Meldeformular per Fax oder auf dem Postweg an das BAG einsenden sollen. Immerhin wird auch darauf verwiesen, dass das BAG eine elektronische Labormeldung einführt.

Dabei wäre doch der Mehrwert der Digitalisierung gerade, dass Daten, die einmal erfasst wurden, für

weitere Zwecke wiederverwendet werden können. Dies erspart uns Ärztinnen und Ärzten eine doppelte Buchführung, die mit der zusätzlichen Erfassung von digitalen Formularen entsteht.

Die FMH hat sich im Zusammenhang mit der Beteiligung an der künftigen AD-Swiss-EPD-Gemeinschaft dafür engagiert, dass Ärztinnen und Ärzte die in ihrem üblichen medizinischen Arbeitsalltag anfallenden und im eigenen Primärsystem erfassten Daten wiederverwenden können – beispielsweise für die Meldung von Impfdaten an das BAG. Und dies ohne eine erneute Eingabe der Daten in ein zusätzliches Meldeformular.

Leider wird diese Lösung nicht von allen Kantonen unterstützt, da sie teilweise auf ihren eigenen Lösungen zur Erfassung der Impfdaten beharren. Ein Schelm, wer Böses dabei denkt. Sollte etwa die direkte Übermittlung von Daten aus dem Primärsystem von Ärztinnen und Ärzten an das BAG zur Erfüllung ihrer Meldepflicht dem Aufbau eigener Impfreger auf Verwaltungs- oder Kantonsebene entgegenstehen?

Das Prinzip der einmaligen Datenerfassung und mehrfachen Nutzung bedingt nicht nur bessere Kontrollmöglichkeiten durch Patientinnen und Patienten. Die Datenautonomie der Ärzteschaft aufrechtzuerhalten und zu fördern ist im Zeitalter der zunehmenden Digitalisierung ein grosses Anliegen der FMH. Im Tarifbereich profitiert die Ärzteschaft bereits von den via Trustcentren und NewIndex gesammelten Daten.

Auf den ersten Blick haben die eingangs erwähnten Haftzettel durchaus Vorteile: Sie sind schnell einsetzbar und daher effizient nutzbar. Aber sie stehen auch sinnbildhaft dafür, dass die digitale Transformation noch nicht vollständig nutzenbringend umgesetzt wird. Spätestens dann, wenn die darauf befindlichen Informationen digital ausgetauscht oder wiederverwendet werden sollen, müssen sie, wie bei einer doppelten Buchführung, erneut eingegeben und dann übertragen werden. Das ist ein unnötiger Aufwand. Aus diesem Grund setzt sich die FMH mit Nachdruck für die Lösung der Schnittstellenproblematik und den damit verbundenen nutzenbringenden Austausch von strukturierten medizinischen Daten ein.

Personalien

Todesfälle / Décès / Decessi

Gian Carlo Simona (1936), † 22.3.2021,
Facharzt für Allgemeine Innere Medizin,
6987 Caslano

Rudolf Mühlemann (1960), † 3.4.2021,
Facharzt für Allgemeine Innere Medizin,
8404 Winterthur

Martin Schmid (1954), † 5.4.2021,
Facharzt für Allgemeine Innere Medizin,
4052 Basel

Peter Paul Spinnler (1934), † 4.5.2021,
Facharzt für Chirurgie, 7535 Valchava

Georg Hans Hug (1942), † 23.5.2021,
Facharzt für Rheumatologie und Facharzt
für Allgemeine Innere Medizin, 6210 Sursee

Peter Koch (1948), † 23.5.2021,
Facharzt für Orthopädische Chirurgie und
Traumatologie des Bewegungsapparates,
3098 Schliern b. Köniz

Bernhard Vökt-Muster (1951), † 24.5.2021,
Facharzt für Ophthalmologie, 3550 Langnau
im Emmental

Charles Huguenot (1953), † 27.5.2021,
1680 Romont FR

Margrit von Moos (1955), † 30.5.2021,
Fachärztin für Kinder- und Jugendpsychiatrie
und -psychotherapie und Fachärztin für
Psychiatrie und Psychotherapie, 5643 Sins

Gabor Pusztaszeri (1942), † 5.6.2021,
Spécialiste en gastroentérologie et Spécialiste
en médecine interne générale, 1802 Corseaux

Praxiseröffnung / Nouveaux cabinets médicaux / Nuovi studi medici

VD

Najia Dabboubi,
Spécialiste en médecine interne générale,
FMH, Rue d'Orbe 5, 1400 Yverdon-les-Bains

Mahmoud Hussami,
Spécialiste en radiologie, FMH, Clinique
de la Source, Av. Vinet 30, 1004 Lausanne

Richard Paul Leppert,
Spécialiste en médecine interne générale,
FMH, Route de Bellevue 3, 1803 Chardonne

Georgios Papadakis,
Spécialiste en endocrinologie/diabétologie,
FMH, Route de Renens 24, 1008 Prilly

Ärztegesellschaft des Kantons Bern Ärztlicher Bezirksverein Bern Regio

Zur Aufnahme als ordentliches Mitglied
haben sich angemeldet:

Patricia Binz, Fachärztin für Allgemeine
Innere Medizin, FMH, Solothurnstrasse 43,
3322 Urtenen-Schönbühl

Olivia Fehlbaum, Fachärztin für Allgemeine
Innere Medizin, FMH, Junkerngasse 43,
3011 Bern

Katrin Feller, Fachärztin für Endokrinologie/
Diabetologie und Fachärztin für Allgemeine
Innere Medizin, FMH, Bremgartenstrasse 119,
3012 Bern

Manuel Frey, Facharzt für Anästhesiologie
und Facharzt für Intensivmedizin,
Schänzlihalde 11, 3013 Bern

Farida Irani, Fachärztin für Psychiatrie
und Psychotherapie, FMH, Effingerstrasse 11,
3011 Bern

Georg Löffelholz, Facharzt für Psychiatrie und
Psychotherapie, FMH, Waisenhausplatz 25,
3011 Bern

Christof Scheidegger, Facharzt für Pathologie,
FMH, Pathologie Länggasse, Worblental-
strasse 32 West, 3063 Ittigen

Vanessa Spedicato, Fachärztin für Kardio-
logie, Bubenbergplatz 10, 3011 Bern

Dominic Staudenmann, Facharzt für Gastro-
enterologie und Facharzt für Allgemeine
Innere Medizin, FMH, Bremgartenstrasse 119,
3012 Bern

Einsprachen gegen diese 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 der Gesuche und über
die allfälligen Einsprachen.

Ärztegesellschaft des Kantons Luzern

Zur Aufnahme in unsere Gesellschaft
Sektion Gäu hat sich gemeldet:

Falk Gröger, Facharzt für Orthopädische
Chirurgie und Traumatologie des Bewe-
gungsapparates, FMH, ab Herbst 2021:
Orthopaedicum Sursee AG, Centralstrasse 8a,
6210 Sursee

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

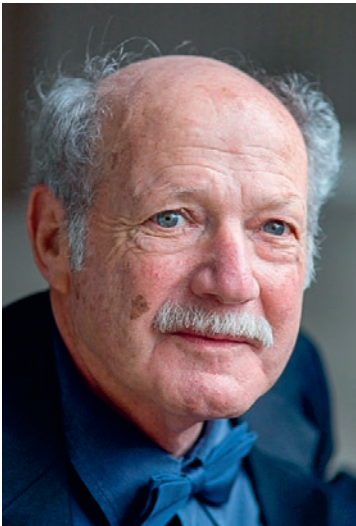
Ärztegesellschaft des Kantons Schwyz

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

Clément Max Léonard Werner, Facharzt für
Orthopädische Chirurgie und Traumatologie
des Bewegungsapparates, FMH, etzelclinic,
8808 Pfäffikon SZ

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

In memoriam Prof. Dr. med. Heinz Stefan Herzka (1935–2021)



In seiner Autobiografie schrieb Heinz Stefan Herzka zu einem Klassenfoto aus seiner dritten Primarklasse: «Ich stehe am Rand, ein wenig abgesetzt vom Kollektiv, was wohl meiner damaligen, aber oft auch späteren Stellung entsprach.»

1938 flüchteten die Eltern mit ihrem dreijährigen Sohn von Wien in die Schweiz. Bereits die Mutter war als Jugendpsychologin tätig und den Kreisen um Alfred Adler eng verbunden. Für die weltoffene jüdische Familie waren die Jahre der Emigration eine schwierige und unsichere Zeit, doch die Eltern konnten sich mit grosser Anstrengung und dank eines interreligiös und politisch engagierten Freundeskreises in Zürich eine neue

Existenz aufbauen. Heinz Stefan Herzkas prägende Erfahrungen als Flüchtlingskind begleiteten ihn sein ganzes Leben und waren einer der Gründe für sein unermüdliches Engagement für die Psychotherapie mit Flüchtlingen, Migrantinnen und Migranten. Er engagierte sich als einer der ersten Vertreter unseres Faches für die transkulturelle Kinder- und Jugendpsychiatrie. Seine Haltung der Dialogik nach Martin Buber und sein Fokus auf Interdisziplinarität, vor allem unter Berücksichtigung von Medizin und Pädagogik und unter Einbezug der Eltern und Familien, formten die kinder- und jugendpsychiatrische Behandlung in der Schweiz nachhaltig.

Nach dem Studium der Medizin absolvierte Heinz Stefan Herzka zunächst die Facharztweiterbildung zum Pädiater und anschliessend zum Kinder- und Jugendpsychiater. Bereits im Alter von 33 Jahren habilitierte er im Fach Kinder- und Jugendpsychiatrie. Im Jahr 1976 wurde er an der Universität Zürich zum Ordinarius für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychopathologie des Kindes- und Jugendalters berufen. Herzka war in vielfältiger Hinsicht ein Pionier: Nach mehrjähriger Planung konnte 1975 unter seiner Leitung die erste Tagesklinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie in der Schweiz eröffnet werden, welche er bis 1998 leitete und welche nationalen und internationalen Vorbildcharakter hatte.

Heinz Stefan Herzka war zudem Mitherausgeber der *Acta Pädopsychiatrica*. Er hinterlässt viele Publikatio-

nen zu entwicklungspsychologischen Themen, wie beispielsweise den 1975 erschienenen Bilderatlas *Das Kind von der Geburt bis zur Schule*. Neben der Medizin begleiteten ihn zeitlebens eine unermüdliche Neugier und ein grosses Interesse für Geschichte, Philosophie und Kunst. So sind uns wunderbare Bildbände mit seinen Fotografien zu Kindern aus der ganzen Welt erhalten. Sein politisches Engagement wie beispielsweise bei den Jugendunruhen 1980 zeugt von seinem umfassenden Einsatz für den Menschen in der Gesellschaft.

Seine erste Frau, Irène Herzka-Langsam, die nur zwei Monate vor ihm verstarb, hatte ihre Tätigkeit als Sozialarbeiterin zugunsten der Familie früh aufgegeben und ihren Ehemann auf seinem akademischen Weg unterstützt. Den gemeinsamen Kindern Marc, Michael und Ruth sowie den Enkeln Yossi und Dani blieben beide immer sehr eng verbunden. Zusammen mit seiner zweiten Frau, Verena Nil Herzka, wandte sich Heinz Stefan Herzka in der zweiten Lebenshälfte vermehrt der Musik zu, einem weiteren Eckpfeiler seiner Biografie. So initiierte er ein interkulturelles Musikprojekt für Kinder und widmete sich in den letzten Jahren dem Aufbau der weltweit grössten Schalmeyen-Sammlung sowie der Gründung eines Museums für Musikinstrumente in Südfrankreich. Durch die Hinwendung zur Musik setzte er sich nochmals intensiv mit den Weltkulturen auseinander und schloss damit einen persönlichen Kreis. Herzka, der als Kind selbst gerne musizierte hatte, fand in der Musik ein überkulturelles Element, das Menschen jeder Religion und Kultur verbindet und für seine Wirkung keiner Sprache und Erklärung bedarf.

Am 14. Februar 2021 ist Heinz Stefan Herzka in Zürich im Kreise seiner Familie verstorben. Die schweizerische Kinder- und Jugendpsychiatrie hat ihm enorm viel zu verdanken und wird sein Andenken in Ehren bewahren. Heinz Stefans Einfluss wird unsere Arbeit noch lange begleiten.

*Prof. Dr. med. Dipl.-Psych. Susanne Walitza
Vorstandsmitglied Schweizerische Gesellschaft
für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie*

*Prof. Dr. med. Alain Di Gallo
Co-Präsident Schweizerische Gesellschaft für Kinder-
und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie*

Bildnachweis
Foto: Ursula Markus

kommunikation[at]
psychiatrie.ch

Polytraumaversorgung als Bereich der hochspezialisierten Medizin

Hans-Peter Simmen^{a,e}, Kai-Oliver Jensen^{b,e}, Kai Sprengel^{c,e}, Hans-Christoph Pape^{d,e}

^a Prof. em. Dr.; ^b Dr. med.; ^c PD Dr. med.; ^d Prof. Dr. med.; ^e Klinik für Traumatologie, Universitätsspital Zürich, Swiss Trauma Board

Schwerverletzte Patientinnen und Patienten werden in der Schweiz im Rahmen der interkantonalen Vereinbarung der hochspezialisierten Medizin (IVHSM) behandelt. Das Swiss Trauma Board und die dort vereinten zwölf Schweizer Traumazentren arbeiten unter anderem mit dem deutschen Traumaregister zusammen, um eine bestmögliche Behandlung der Verletzten zu gewährleisten.

Im Jahr 2008 unterzeichneten alle Schweizer Kantone die interkantonale Vereinbarung der hochspezialisierten Medizin (IVHSM). Die dort vermerkten Pflichtregister erlauben die Überprüfung der HSM(hochspezialisierte Medizin)-Leistungen in den Spitälern mit Leistungsauftrag. Im Rahmen der interkantonalen Planung der hochspezialisierten Medizin wurde die Behandlung schwerverletzter Erwachsener 2011 erstmals als medizinischer Bereich an zwölf ausgewählte HSM-Traumazentren übertragen [1–3].

Zusammenarbeit mit deutschem Traumaregister

Die gesundheitliche Prognose von schwerverletzten Personen hängt entscheidend von einer zeitnahen, adäquaten und prioritätengerechten Diagnose und Therapie ab. Bei Verdacht auf eine schwere Verletzung sollen aus diesem Grund der Patient oder die Patientin einem HSM-Traumazentrum zugewiesen werden.

Über ein solch spezialisiertes Traumazentrum verfügen die fünf Universitätsspitäler sowie die Kantons-spitäler Aarau, Chur, Lugano, Luzern, St. Gallen, Sitten und Winterthur. Diese Verteilung berücksichtigt die geographischen und sprachlichen Verhältnisse der Schweiz in angemessener Weise. Um ihrem Auftrag nachkommen zu können, müssen die zwölf Zentren über eine vorgeschriebene beträchtliche Infrastruktur und über ebenfalls definierte personelle Ressourcen verfügen, was sehr kostspielig ist [4].

Das «Swiss Trauma Board», die Vereinigung der zwölf Traumazentren, ist seit 2011 als Gremium organisiert. Der Vorsitzende während der ersten vier Jahre war Marcel Jakob aus Basel, seit 2015 amtiert Hans-Peter Simmen aus Zürich in dieser Position [5]. Das Gremium trifft sich mehrmals jährlich und arbeitet freundschaftlich und kollegial zusammen, um die Behandlung von Schwerverletzten weiterzuentwickeln. Eine vom HSM-Beschlussorgan dem «Swiss Trauma Board» übertragene Hauptaufgabe war die Entwicklung eines

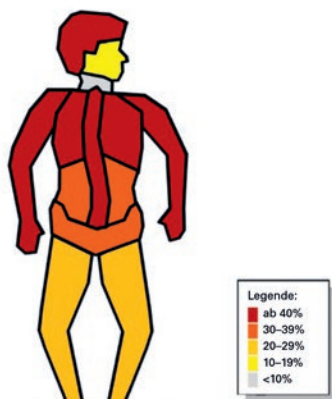
Das Wichtigste in Kürze

- Schwerverletzte Patientinnen und Patienten werden in der Schweiz im Rahmen der interkantonalen Vereinbarung der hochspezialisierten Medizin (IVHSM) behandelt.
- Das sogenannte «Swiss Trauma Registry» (STR) kooperiert mit dem deutschen Traumaregister (TraumaRegister DGU®), um nicht nur eine interne, sondern auch eine externe Evaluation zu gewährleisten.
- Die offene und detaillierte gemeinsame Analyse der jährlichen Berichte – eine zentrale Aufgabe des «Swiss Trauma Board» – zeigt, dass die Rettungssysteme in der Schweiz, insbesondere die Luftrettung, und die Behandlungsqualität im Vergleich zu ausländischen Registern sehr gut sind.

L'essentiel en bref

- Les patients gravement blessés sont traités en Suisse dans le cadre de la Convention intercantonale relative à la médecine hautement spécialisée (CIMHS).
- Le «Swiss Trauma Registry» (STR) coopère avec le Registre allemand des traumatismes (TraumaRegister DGU®) pour assurer une évaluation à la fois interne et externe.
- L'analyse commune des rapports annuels effectuée ouvertement et en détail – une tâche centrale du «Swiss Trauma Board» – montre que les systèmes de secours en Suisse, en particulier le secours aérien, et la qualité du traitement sont très bons en comparaison avec les registres étrangers.

	„Dein Spital“ 2017-2019	G-STC 2017-2019
Patient/innen in der Benchmark- Gruppe	100 % (N = 2,777)	100 % (N = 17,834)
Kopf	49.6 % (n = 1,377)	50.0 % (n = 8,914)
Gesicht	18.7 % (n = 519)	18.6 % (n = 3,323)
Hals	3.1 % (n = 86)	2.6 % (n = 471)
Brustkorb	74.1 % (n = 2,057)	77.7 % (n = 13,860)
Unterleib	31.4 % (n = 872)	28.1 % (n = 5,004)
Wirbelsäule	44.6 % (n = 1,239)	45.2 % (n = 8,067)
Arme	42.1 % (n = 1,170)	42.0 % (n = 7,494)
Becken	30.0 % (n = 833)	39.9 % (n = 5,338)
Beine	29.6 % (n = 823)	34.0 % (n = 6,069)



Verteilungsmuster der Verletzungen im STR für die Benchmark-Gruppe von 2017-2019

Mit «Dein Spital» ist die Gesamtheit des STR gemeint, «G-STC» meint das deutsche Traumaregister. Die Muster im Schweizer Register sind fast deckungsgleich mit dem deutschen Register.

Traumaregisters zur Qualitätssicherung und Forschung. Nach ausgiebiger Diskussion im Jahre 2012 wurde beschlossen, dass das sogenannte «Swiss Trauma Registry» (STR) mit dem deutschen Traumaregister kooperieren soll (TraumaRegister DGU®), um nicht nur eine interne, sondern auch eine externe Evaluation zu gewährleisten. Dieses Register existiert bereits seit über 25 Jahren und sammelt Daten von etwa 600 Kliniken. Eines der erklärten Hauptziele des STR ist der internationale Benchmark, der durch die Kooperation mit dem TraumaRegister DGU® nun möglich ist. Durch unterschiedliche Gewichtung einzelner Diagnosen, beispielsweise des isolierten Schädel-Hirn-Traumas, wird diese Zusammenarbeit derzeit noch erschwert – diese Probleme lassen sich jedoch lö-

Das Ziel des «Swiss Trauma Board»: Schwerverletzten zeitnah die bestmögliche Therapie anzubieten.

sen. Es zeigt sich, dass die Verteilung der im «Swiss Trauma Registry» verzeichneten verletzten Körperregionen und damit das Vergleichskollektiv auf wenige Prozente mit dem riesigen Datensatz aus Deutschland übereinstimmt.

Schweizer Rettungswesen ist effizient

Eine Person gilt als schwerverletzt, wenn sie auf der ISS-Skala, dem «Injury Severity Score», 16 oder mehr Punkte erreicht. Der ISS ist ein System, das die Ver-

letzungsschwere in Punkten misst. Für den Einschluss in die HSM-Kriterien sind in der Schweiz 20 Punkte erforderlich. Pro Jahr erreichen etwa 2000 Personen 16 oder mehr Punkte, gegen 1800 Personen erreichen 20 Punkte und werden somit in die HSM-Beurteilung eingeschlossen. Bei den dort registrierten Unfallmechanismen handelt es sich fast ausschliesslich um stumpfe Krafteinwirkungen; Stich- und Schussverletzungen dagegen machen weniger als 3% aus. Das durchschnittliche Alter der verletzten Personen liegt bei 58 Jahren, wobei 75% davon Männer sind. Die Tendenz, dass das Alter der polytraumatisierten Personen steigt, ist schon seit einigen Jahren zu beobachten und entspricht der demographischen Entwicklung. Es darf festgehalten werden, dass die Schweiz über ein sehr effizientes Rettungswesen verfügt; die Zeitspanne vom Unfall bis zum Eintreffen im Spital beträgt rund eine Stunde. Durchschnittlich werden 36% der Patientinnen und Patienten mit dem Hubschrauber ins Spital gebracht, wobei natürlich landschaftsbedingt Unterschiede zu beobachten sind. Dem Kantonsspital Graubünden in Chur werden beispielsweise 60% der Patien-

Die verletzten Körperregionen aus dem Schweizer Register stimmen fast genau mit dem riesigen Datensatz aus Deutschland überein.

tinnen und Patienten per Hubschrauber zugewiesen. Der genaue Unfallzeitpunkt lässt sich aber nicht immer feststellen und muss teilweise geschätzt werden. Verkehrsunfälle machen ungefähr 25% der Vorkommnisse aus. Der durchschnittliche Spitalaufenthalt dauert 15 Tage, davon 6 Tage auf der Intensivstation. Die Mortalität der Patientinnen und Patienten im «Swiss Trauma Registry» beträgt etwa 12%, was als indirektes Zeichen für ein qualitativ gutes Rettungswesen und gute Spitalbehandlung aufgefasst werden kann.

Möglichst identische Quantifizierung der Daten angestrebt

Das «Swiss Trauma Board» erarbeitete basierend auf international anerkannten Guidelines für Rettungsdienste Empfehlungen, in welcher Situation Patientinnen und Patienten direkt einem der zwölf Traumazentren zugewiesen werden sollten. Diese Empfehlungen wurden an das schweizerische Gesundheitssystem und an die hiesige Geographie angepasst. Dennoch wurde die Publikation dieser Empfehlungen zunächst nicht überall gut aufgenommen, weil mehrere grössere Spitäler befürchteten, man wolle ihnen Patienten wegnehmen. Schliesslich gelang es den Beteiligten darzulegen, dass das Ziel des «Swiss Trauma Board»

sei, Schwerverletzten oder potenziell Schwerverletzten zeitnah die bestmögliche Therapie anzubieten, und dass regionale Interessen weniger zu gewichten seien. Inzwischen hat sich diese Problematik aus Sicht des «Swiss Trauma Board» gelegt [6, 7].

Die offene und detaillierte gemeinsame Analyse der jährlichen Berichte – eine zentrale Aufgabe des «Swiss Trauma Board» – zeigt, dass die Rettungssysteme in der Schweiz, insbesondere die Luftrettung, und die Behandlungsqualität im Vergleich zu ausländischen

Die Rettungssysteme in der Schweiz, besonders die Luftrettung, und die Behandlungsqualität sind im Vergleich zum Ausland sehr gut.

Registern sehr gut sind. Es gibt jedoch Unterschiede innerhalb der zwölf Schweizer Traumazentren, die nach Erachten der Autoren nicht auf qualitativen Differenzen beruhen, sondern auf die subjektive Erhebung der Daten zurückzuführen sind. Jedes Register krankt an solchen Problemen. Es wird mit erheblichem Aufwand eine grosse Menge an Daten erhoben, wobei zahlreiche Daten, wie beispielsweise Laborwerte, objektiv sind. Es gibt aber auch Daten, bei denen subjektives Ermessen der Datenmanager einfließt. Es gibt zwar präzise Anleitungen, wie die Befunde zu werten sind; wie etwa der Schweregrad von Rippenserienfrakturen oder der Knochen- und Gewebeschaden einer offenen Oberschenkelfraktur zu codieren sind. Dennoch bleibt Spielraum für eine gewisse Subjektivität. Trotz

allem wurde von einer Zertifizierungsagentur in einem Audit bestätigt, dass die Datenqualität des «Swiss Trauma Registry» gut ist. Zurzeit laufen umfangreiche Vorarbeiten, um eine möglichst identische Quantifizierung der Daten zu erreichen, damit der subjektive Spielraum der Codierenden möglichst minimal wird. Das «Swiss Trauma Board» ist mit seinem Register auf Kurs und stets bestrebt, dessen Qualität laufend zu optimieren – denn dies ist die Grundlage für Fortschritte in der Behandlung der uns anvertrauten Patientinnen und Patienten.

Bildnachweis sowie Mittelwerte

Swiss Trauma Board, Jahresbericht 2020, enthält Zahlen des Jahres 2019. Die Jahresberichte sind für die Öffentlichkeit nicht zugänglich.

Literatur

- 1 Interkantonale Vereinbarung über hochspezialisierte Medizin. www.gdk-cds.ch/fileadmin/docs/public/gdk/themen/hsm/01_ivhsm_cimhs_14032008_d.pdf
- 2 Beschluss über die Zuteilung der Leistungsaufträge im Bereich der hochspezialisierten Medizin (HSM): Behandlung von Schwerverletzten. www.gdk-ds.ch/fileadmin/docs/public/gdk/themen/hsm/HSM-Bereiche/1_2527_d.pdf
- 3 Fey MF. Wo steht die hochspezialisierte Medizin in der Schweiz? Schweiz Ärztsztg. 2021;102(8):300–3.
- 4 Moos RM, Sprengel K, Jensen KO, Jentzsch T, Simmen HP, Seifert B, Ciritsis B, Neuhaus V, Volbracht J, Mehra T. Reimbursement of care for severe trauma under SwissDRG. Swiss Med Wkly. 2016; 146:w14334.
- 5 Bless N, Jakob M. Traumazentren in der Schweiz. SWISS KNIFE. 2014;4:10–1.
- 6 Simmen HP. Interview in SWISS KNIFE. SWISS KNIFE. 2017;1:9.
- 7 Scheidegger D. Triagekriterien für schwerverletzte Patientinnen und Patienten. SWISS KNIFE. 2017;1:6–8.

Prof. em. Dr.
Hans-Peter Simmen
Klinik für Traumatologie
Universitätsspital Zürich
[hanspeter.simmen\[at\]usz.ch](mailto:hanspeter.simmen[at]usz.ch)

Briefe an die SÄZ

Titel und Diplome ausländischer Fachkräfte: Frage der Fairness (mit Replik)

Der bedenkenswerte Beitrag von Christof Bosshard [1] über die ausländischen medizinischen Fachkräfte in der Schweiz hat zu einer kleinen Diskussion in der SÄZ geführt [2, 3]. Wobei der Beitrag von Peter Marko [3] allerdings auf ein statisches ärztliches Berufsbild hinweist, das heute im wirklichen Leben nicht mehr existiert. Die Dynamik im Arztberuf hat in den letzten Jahrzehnten enorm zugenommen, damit verbunden ist auch der «Wert» einmal gemachter Diplome und Titel. So bewältigt, wer heute als Ärztin resp. Arzt erfolgreich tätig sein will, ganz selbstverständlich eine strukturierte kontinuierliche Fortbildung über das ganze Berufsleben hinweg. Auf die Qualität der ärztlichen Tätigkeit wird dieser Teil der Berufsbildung, je weiter im Leben fortgeschritten, umso bedeutender sein. Wird der Fortbildungsnachweis nicht mehr erbracht, verfällt der schweizerische Facharzt-Titel.

Die Anerkennung als Facharzt für ausländische Ärztinnen und Ärzte stösst sich in der Schweiz allerdings an der gelebten Realität. Eine einmal gemachte Entscheidung zu Beginn der eigentlichen Berufstätigkeit hat einen nachhaltigen Einfluss auf das ganze spätere Arztleben in der Schweiz. Besonders betroffen von dieser Tatsache sind junge Ärztinnen und Ärzte aus dem Ausland, die mit der entsprechenden ausländischen Fortbildung hierzulande eine Hausarztpraxis übernommen haben und damit einen substanziellen Beitrag zur ärztlichen Grundversorgung gerade auch in ländlichen Gegenden der Schweiz erfüllen. Selbst wenn sie hier jahrelang die Fortbildung des Facharzt-Titels für allgemeine innere Medizin erfüllt haben,

bleibt ihnen der Zugang zu diesem Titel lebenslang in unverhältnismässiger Art verwehrt, damit verbunden ist auch ein tarifarischer Nachteil beim Abrechnen ihrer kompetenten ärztlichen Leistungen.

FMH und Gesundheitspolitiker seien hiermit freundlich eingeladen, das Bild einer repräsentativen Schweiz zu korrigieren, indem sie für diese ausländischen Ärztinnen und Ärzte die Möglichkeit zur nachträglichen Facharzt-Prüfung schaffen, dies zum Beispiel nach fünfjähriger praktischer Tätigkeit im Fachgebiet inklusive dokumentierter entsprechender Fortbildung. Das ist eine Frage der Fairness gegenüber einer tragenden Säule unseres Gesundheitssystems.

Dr. med. Reto Gross, Altstätten

Literatur

- 1 Bosshard C. Medizinische Versorgungssicherheit beginnt bei den Fachkräften. Schweiz Ärztztg. 2021;102(12):416.
- 2 Sevinç S. Ärzteschaft mit ausländischem Diplom. Schweiz Ärztztg. 2021;102(16):542.
- 3 Marko P. Ausländische Diplome als solche bezeichnen. Schweiz Ärztztg. 2021;102(18):612.

Replik zu «Titel und Diplome ausländischer Fachkräfte: Frage der Fairness»

Die lebenslange Fortbildung ist für die meisten Ärztinnen und Ärzte eine Selbstverständlichkeit. Es ist auch eine gesetzliche Berufspflicht, die von den Kantonen unterschiedlich kontrolliert und sanktioniert wird. Mangelnde Fortbildung führt aber in keinem Fall zum Entzug des eidgenössischen Facharzt-Titels (ebenso wenig des eidgenössischen Arzt-Diploms). Zum Nachweis der erfüllten Fortbildungspflicht dient das Fortbildungsdiplom des SIWF (siehe Artikel «Das SIWF-Fortbildungsdiplom: der Goldstandard in der Fortbildung»; www.siwf.ch → Fortbildung → Fortbildungsprogramme).

Ärztinnen und Ärzte können ihren ausländischen (EU-)Facharzt-Titel in aller Regel bei der MEBEKO/BAG anerkennen lassen. Allgemeinmedizinerinnen und -mediziner sind dem eidgenössischen Titel «Praktischer Arzt/Praktische Ärztin» gleichgestellt und haben damit Anspruch auf eine Berufsausübungsbewilligung. Für den zusätzlichen Erwerb des Fach-

arzt-Titels Allgemeine Innere Medizin müssen sie allerdings die entsprechenden Bedingungen des akkreditierten Weiterbildungsprogramms des SIWF erfüllen. Ausländische Allgemeinmedizinerinnen und -mediziner mit einem fünfjährigen Curriculum haben dabei weniger Probleme als solche mit einem dreijährigen Titel. Fehlende Voraussetzungen können mit selbständiger Berufstätigkeit und Fortbildung in der Tat nicht kompensiert werden.

Christoph Hänggeli, Geschäftsführer SIWF, Rechtsanwalt

Smarte Eiseninfusionen

Brief zu: Trägerschaft «smarter medicine – Choosing Wisely Switzerland». «smarter medicine»: weitere Top-5-Liste für die ambulante Allgemeine Innere Medizin. Schweiz Ärztztg. 2021;102(17):572–3.

Es ist seltsam, wie es den Frauen von Teilen der Ärzteschaft erschwert wird, zu ihrem überlebensnotwendigen Eisen zu kommen, das sie unverschuldet jeden Monat etwas verlieren. Die davon geplagten Frauen kommen nicht symptomlos in die Arzt-Praxen, und kein Arzt wird bei Symptomlosigkeit eine Eiseninfusion geben. Es ist inzwischen bekannt, dass auch nichtanämische Frauen schwer an Eisenmangel leiden können. Der vorgängig perorale Eisentherapieversuch ist in allgemeinpraktischen Praxen schon rein aus Praktikabilitätsgründen eine Selbstverständlichkeit. Tatsache ist aber die hohe Unverträglichkeit, nicht etwa durch Malabsorption, sondern durch beispielsweise häufige, mühsame Verstopfung.

Dr. med. Peter Meyer, Uitikon Waldegg

Briefe

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

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

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

Facharztprüfung

Facharztprüfung zur Erlangung
des Facharztstitels Kinder- und Jugend-
psychiatrie und -psychotherapie

Datum:

Samstag, 12. März 2022

Samstag, 19. März 2022
(zusätzlicher Termin, nur bei Bedarf)

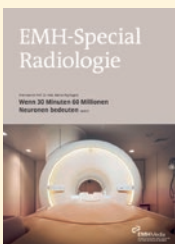
Ort: (in Abklärung)

Anmeldefrist: 31. August 2021

Weitere Informationen finden Sie auf der
Website des SIWF unter www.siwf.ch →
Weiterbildung → Facharzttitel und Schwer-
punkte → Kinder- und Jugendpsychiatrie
und -psychotherapie

Aktuelle Themen auf unserer Website

www.saez.ch → Tour d'horizon



Editorial von Sandra Ziegler, Geschäftsführerin EMH Schweizerischer Ärzteverlag

EMH-Special: eine neue Publikationsreihe

Spannende Berichte, wertvolle Inputs für den Praxisalltag und Erfahrungsaustausch – dies sind die wichtigsten Eckpunkte der neuen Publikationsreihe «EMH-Special».



Interview mit Martin Fux, Leiter Business & Digital Development EMH

Neuer Stellenmarkt: «Wir können digital»

Der Online-Stellenmarkt der *Schweizerischen Ärztezeitung* (SÄZ) wurde grundlegend überarbeitet. Damit wird das Portal noch attraktiver für Stellensuchende und Inserierende.



Zürich, Juni 2021

Wichtige sicherheitsrelevante Information zu XELJANZ® (Tofacitinib)

Erste Ergebnisse einer klinischen Studie deuten auf ein erhöhtes Risiko für schwerwiegende unerwünschte kardiovaskuläre Ereignisse und maligne Erkrankungen (ohne NMSC) bei der Verwendung von Tofacitinib im Vergleich zu TNF-alpha-Inhibitoren hin.

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

Zusammenfassung

- Vorläufige Daten aus einer abgeschlossenen klinischen Studie bei Patienten mit rheumatoider Arthritis (A3921133) deuten auf ein höheres Risiko für schwerwiegende unerwünschte kardiovaskuläre Ereignisse (MACE) und maligne Erkrankungen (mit Ausnahme von nicht melanozytärem Hautkrebs [NMSC]) unter der Behandlung mit Tofacitinib im Vergleich zu Patienten, die mit einem TNF-alpha-Inhibitor behandelt wurden.
- Bei der Entscheidung, ob Sie Patienten Tofacitinib verschreiben oder ob diese weiterhin die Therapie fortsetzen, sollten Sie auch künftig den Nutzen und die Risiken einer Anwendung von Tofacitinib abwägen. Beachten Sie weiterhin die Empfehlungen in der Arzneimittelinformation von Tofacitinib.
- Informieren Sie die Patienten, dass sie die Einnahme von Tofacitinib nicht ohne vorherige Rücksprache mit ihrem Arzt beenden sollten und dass sie sich bei Fragen oder Bedenken an ihren Arzt wenden sollen.
- Die weitere Auswertung der Daten aus der Studie A3921133 und deren möglichen Relevanz für die Arzneimittelinformation von Tofacitinib wird derzeit von Swissmedic und anderen Aufsichtsbehörden vorgenommen. Die endgültigen Schlussfolgerungen und Empfehlungen werden nach Abschluss der Bewertung bekanntgegeben.

Ähnliche Mitteilungen wurden am 4.2.2021 von der US FDA und am 24.3.2021 von der EMA an verschreibende Ärzte in den USA beziehungsweise in der EU verschickt.

Hintergrundinformationen

Tofacitinib ist ein JAK-Inhibitor, der indiziert ist für die Behandlung

- der mittelschweren bis schweren aktiven rheumatoiden Arthritis (RA) oder aktiven Psoriasis-Arthritis (PsA) bei erwachsenen Patienten, die auf ein oder mehrere krankheitsmodifizierende Antirheumatika unzureichend angesprochen oder diese/s nicht vertragen haben;

- erwachsener Patienten mit mittelschwerer bis schwerer aktiver Colitis ulcerosa (CU), die auf eine konventionelle Therapie oder einen TNF-alpha-Inhibitor (TNFi) unzureichend angesprochen haben, nicht mehr darauf ansprechen oder diese nicht vertragen haben.

Langzeitstudie A3921133 zur Überwachung der Sicherheit bei Patienten mit rheumatoider Arthritis

Die Studie ORAL Surveillance (A3921133) ist eine grosse (N = 4362) randomisierte, aktiv kontrollierte klinische Prüfung zur Bewertung der Sicherheit (PASS-Studie) von Tofaciti-

nib in zwei Dosierungen (5 mg zweimal täglich und 10 mg zweimal täglich) im Vergleich zu einem TNFi bei Patienten mit RA, die 50 Jahre oder älter waren und mindestens einen weiteren kardiovaskulären Risikofaktor aufwiesen (im Prüfplan definiert als aktuelle/r Raucher/in, arterielle Hypertonie, High-Density-Lipoprotein [HDL] <40 mg/dl, Diabetes mellitus, vorbestehende koronare arterielle Verschlusskrankheit, familiäre Vorbelastung für vorzeitige koronare Herzerkrankung, extra-artikuläre Manifestationen der RA), von denen einige auch bekannte Risikofaktoren für eine Krebserkrankung sind.

Die primären Endpunkte der Studie bestanden aus adjudizierten MACE und adjudizierten malignen Erkrankungen (ausser NMSC). Die Studie ist eine ereignisgesteuerte Studie, die auch eine Nachbeobachtung von mindestens 1500 Patienten über 3 Jahre erfordert. Vordefinierte Nichtunterlegenheitskriterien wurden für diese primären Endpunkte nicht erfüllt, und die Studie konnte nicht zeigen, dass Tofacitinib den TNFi nicht unterlegen («nicht schlechter») ist. Die Ergebnisse deuten darauf hin, dass diese Risiken mit beiden zugelassenen Dosierungen (5 mg zweimal täglich und 10 mg zweimal täglich, letztere nur bei Colitis ulcerosa zugelassen) bestehen.

In der Primäranalyse wurden die Daten von 135 Patienten mit adjudizierten schwerwiegenden unerwünschten kardiovaskulären Ereignissen (MACE) und 164 Patienten mit adjudizierten Krebserkrankungen (ausser NMSC) ausgewertet. Die am häufigsten gemeldeten MACE waren Myokardinfarkte. Die am häufigsten gemeldete Krebserkrankung (ausser NMSC) war Lungenkrebs. Bei Patienten mit einer höheren Prävalenz von bekannten Risikofaktoren für MACE und Krebserkrankungen (z.B. höheres Alter, Rauchen) wurden in allen

Behandlungsgruppen mehr Ereignisse beobachtet.

Derzeit erfolgt eine weiterführende Auswertung der Daten aus der Studie A3921133 und deren möglichen Auswirkungen auf die Arzneimittelinformation von Tofacitinib durch

Swissmedic und andere Aufsichtsbehörden. Die endgültigen Schlussfolgerungen und Empfehlungen werden kommuniziert, sobald diese Auswertung abgeschlossen ist. Die aktualisierte Arzneimittelinformation wird unter www.swissmedicinfo.ch publiziert.

Adjudizierte MACE*

	2 × täglich 5 mg Tofacitinib	2 × täglich 10 mg Tofacitinib**	Beide Tofacitinib- Dosen zusammen	TNF-alpha- Inhibitoren
Patienten insgesamt	1455	1456	2911	1451
Anzahl Patienten mit erstem Ereignis innerhalb des Risikozitraums*** (%)	47 (3,23)	51 (3,50)	98 (3,37)	37 (2,55)
Patientenjahre	5 166,32	4 871,96	10 038,28	5 045,27
IR (95% KI) (Anzahl Patienten mit Ereignissen/100 Patientenjahre)	0,91 (0,67; 1,21)	1,05 (0,78; 1,38)	0,98 (0,79; 1,19)	0,73 (0,52; 1,01)
HR (95% KI) für Tofacitinib vs. TNF-alpha-Inhibitoren	1,24 (0,81; 1,91)	1,43 (0,94; 2,18)	1,33 (0,91; 1,94)****	

(*) Basierend auf Cox' proportionalem Hazard-Modell.

(**) Die Behandlungsgruppe mit 2 × täglich 10 mg Tofacitinib umfasst Patienten, die im Rahmen einer Studienänderung im Februar 2019 von 2 × täglich 10 mg auf 2 × täglich 5 mg umgestellt wurden.

(***) Der Risikozitraum erstreckte sich vom Beginn der Therapie bis 60 Tage nach der letzten Dosis.

(****) Für den primären Vergleich der kombinierten Tofacitinib-Dosen mit TNF-alpha-Inhibitoren wurde das Nichtunterlegenheitskriterium nicht erreicht, da die Obergrenze des 95% KI oberhalb der vordefinierten Nichtunterlegenheitsgrenze von 1,8 lag, das heisst: 1,94 > 1,8.

HR = Hazard Ratio, IR = Inzidenzrate, KI = Konfidenzintervall, TNF = Tumornekrosefaktor.

Adjudizierte Malignitäten ausser NMSC*

	2 × täglich 5 mg Tofacitinib	2 × täglich 10 mg Tofacitinib**	Beide Tofacitinib- Dosen zusammen	TNF-alpha- Inhibitoren
Patienten insgesamt	1455	1456	2911	1451
Anzahl Patienten mit erstem Ereignis innerhalb des Risikozitraums*** (%)	62 (4,26)	60 (4,12)	122 (4,19)	42 (2,89)
Patientenjahre	5 491,48	5 311,71	10 803,19	5 482,30
IR (95% KI) (Anzahl Patienten mit Ereignissen/100 Patientenjahre)	1,13 (0,87; 1,45)	1,13 (0,86; 1,45)	1,13 (0,94; 1,35)	0,77 (0,55; 1,04)
HR (95% KI) für Tofacitinib vs. TNF-alpha-Inhibitoren	1,47 (1,00; 2,18)	1,48 (1,00; 2,19)	1,48 (1,04; 2,09)****	

(*) Basierend auf Cox' proportionalem Hazard-Modell.

(**) Die Behandlungsgruppe mit 2 × täglich 10 mg Tofacitinib umfasst Patienten, die im Rahmen einer Studienänderung im Februar 2019 von 2 × täglich 10 mg auf 2 × täglich 5 mg umgestellt wurden.

(***) Der Risikozitraum umfasste das gesamte verfügbare Follow-up, unabhängig von der Exposition gegenüber dem Wirkstoff.

(****) Für den primären Vergleich der kombinierten Tofacitinib-Dosen mit TNF-alpha-Inhibitoren wurde das Nichtunterlegenheitskriterium nicht erreicht, da die Obergrenze des 95% KI oberhalb der vordefinierten Nichtunterlegenheitsgrenze von 1,8 lag, das heisst: 2,09 > 1,8.

HR = Hazard Ratio, IR = Inzidenzrate, KI = Konfidenzintervall, TNF = Tumornekrosefaktor.

Empfehlungen für Fachpersonen

Bei der Entscheidung über eine Verordnung des Arzneimittels oder eine Fortsetzung der Behandlung sollten verschreibende Ärzte den Nutzen gegenüber den Risiken von Tofacitinib abwägen und Patienten über die Risiken und den Nutzen von Tofacitinib beraten. Empfehlen Sie Ihren Patienten, die Einnahme von Tofacitinib nicht ohne vorherige Rücksprache mit dem Arzt zu beenden und sich bei Fragen oder Bedenken an den Arzt zu wenden. Verschreibende Ärzte sollten weiterhin die Empfehlungen in der Schweizer Fachinformation von Tofacitinib beachten.

Meldung unerwünschter Arzneimittelwirkungen

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

Kontaktangaben

Sollten Sie weitere Fragen haben oder zusätzliche Informationen benötigen, so wenden Sie sich bitte an Pfizer Medical Information, Tel. +41 43 495 71 11 oder medical.information@pfizer.com

Beilagen

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

Mit freundlichen Grüssen

Dr. med. Rahel Troxler Saxer
Medical Director

Dominique Haiden
Deputy Head Regulatory Affairs

Pfizer AG
Schärenmoosstrasse 99
8052 Zürich



Behandlungs-, Aufklärungs- und Treuepflichten sowie Haftungsfragen in Zeiten von Covid-19

Verschiebung planbarer Eingriffe bei Ressourcenknappheit

Bernhard Rüttsche^a, Walter Fellmann^a, Regina E. Aebi-Müller^a, Guido Schüpfer^b

^a Prof. Dr. iur., Mitglied der Juristischen Fakultät, Universität Luzern; ^b Dr. med., Klinik für Anästhesie, Luzerner Kantonsspital

Während der Covid-19-Pandemie kam es an diversen Spitälern zur Verschiebung von nicht dringlichen, planbaren Eingriffen. Ob und inwiefern diese Reallokation von Ressourcen gerechtfertigt ist, steht jedoch zur Debatte.

Zu Beginn der Covid-19-Pandemie erarbeiteten die Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissenschaften (SAMW) und die Schweizerische Gesellschaft für Intensivmedizin (SGI) Richtlinien zur Triage von intensivmedizinischen Behandlungen bei Ressourcenknappheit. In der ersten Welle der Pandemie reichten die Verschiebung von planbaren Eingriffen, die Erhöhung der intensivmedizinischen Kapazitäten und die Massnahmen des Bundes aus, um in der Schweiz eine Ressourcenknappheit abzuwenden. Obwohl die Triagekriterien von SAMW und SGI offiziell nicht zur Anwendung kamen, muss davon ausgegangen werden, dass schon in der ersten Pandemiewelle implizit zugunsten von Covid-Patientinnen und -Patienten priorisiert wurde: Beansprucht nämlich ein Covid-Patient

während mehr als 14 Tagen ein Intensivbett, so steht diese Ressource für zahlreiche Herz- oder Krebseingriffe nicht zur Verfügung, die zwar grundsätzlich zeitlich planbar sind, nach Verstreichen einer gewissen Zeitspanne aber trotzdem dringlich werden. Die Zurücksetzung solcher Behandlungen wiegt umso schwerer, als die betroffenen Patientinnen und Patienten bis zur Stabilisierung ihrer Vitalfunktionen meist nur für ein bis zwei Tage einen Intensivplatz bräuchten.

Rettung möglichst vieler Leben

Im Herbst 2020 haben zahlreiche Spitäler über mehrere Monate hinweg auch ihre Operationskapazitäten gezielt und deutlich reduziert (insbesondere durch

Schliessung von Operationssälen) und die gewonnenen Ressourcen, u.a. Anästhesiepersonal, zugunsten von Covid-Erkrankten eingesetzt. Von der Einschränkung der Operationskapazitäten war auch eine Vielzahl von Hospitalisierten betroffen, deren Eingriff ohne Intensivplatz hätte durchgeführt werden können. Es ist davon auszugehen, dass während der zweiten Pandemiewelle bis Februar 2021 mehr als 20 000 planbare Eingriffe verschoben wurden. Viele dieser Eingriffe lassen sich aber nicht unbegrenzt hinauszögern. Die mehrwöchige oder -monatige Verschiebung

Mit Überschreitung des massgeblichen Zeitfensters wird eine an sich planbare Operation zu einer dringlichen Operation.

einer planbaren Operation kann zu einer Verschlechterung der Prognose, zu irreversiblen Gesundheitsschäden und sogar zu vorzeitigem Tod führen. Nicht ohne Grund ist die Wartezeit für planbare Eingriffe ein Indikator für die Qualität eines Gesundheitswesens. Mit Überschreitung des massgeblichen Zeitfensters wird eine an sich planbare Operation zu einer dringlichen Operation. Die Verschiebung eines planbaren Eingriffs ist letztlich nichts anderes als die vorläufige Verweigerung eines medizinisch gebotenen Eingriffs. Patientinnen und Patienten, deren Überlebensprognose oder Chancen auf vollständige Heilung bei adäquater und zeitnaher Behandlung gut gewesen wären, wurden somit sozusagen Opfer der ausgedünnten Personalbestände und anderer verschobener Ressourcen. Die in Medien und Politik verwendete Umschreibung einer «Verschiebung elektiver Eingriffe» [1] während der Covid-19-Pandemie verharmlost diese Fakten, weil sie zur Annahme verleitet, dass lediglich frei wählbare Eingriffe betroffen waren, deren Verschiebung für die Patientinnen und Patienten keine gesundheitlichen Folgen hatte.

Fest steht, dass manche Spitäler während der Pandemie dringliche intensivmedizinische Behandlungen (insbesondere von Covid-Erkrankten) gegenüber dringlichen nicht-intensivmedizinischen Behandlungen priorisiert haben. Diese Priorisierung erfolgte durch Ressourcenreallokation und somit auf institutioneller Ebene, und nicht in Einzelfällen in Form einer Bevorzugung bestimmter Patientinnen und Patienten. Als Rechtfertigung der Erweiterung von Intensivkapazitäten mag die Rettung des Lebens möglichst vieler unmittelbar mit dem Tod bedrohter Menschen dienen. Der Entscheid, der unmittelbaren Lebensrettung möglichst vieler Personen oberste Priorität einzuräumen, wendet jedoch den Blick vom Alter und Gesundheitszustand der intensivmedizinisch behandelten Patien-

tinnen und Patienten ab und lässt offen, wie viele Lebensjahre und wie viel Lebensqualität durch die Verweigerung planbarer medizinischer Behandlungen ausserhalb der Intensivstationen aufgegeben werden. Ob mit der Reallokation der Spitalressourcen der medizinische Gesamtnutzen maximiert wurde, bleibt somit ungeklärt.

Gesetzliche Legitimation erforderlich

Aus Sicht der Grundrechte lässt sich der Vorrang unmittelbarer Lebensrettung vor der Rettung möglichst vieler Lebensjahre und der Erhaltung bzw. Verbesserung der Lebensqualität möglichst vieler Patientinnen und Patienten nicht beanstanden. Dies jedenfalls dann nicht, wenn man von einer Grundrechtstheorie ausgeht, nach der sich das Gewicht von Grundrechten nicht nach der Menge der Betroffenen, sondern nach der Intensität – und damit auch nach der Unmittelbarkeit – der Betroffenheit bestimmt (Nicht-Quantifizierbarkeit von Rechten). Auch der Pandemieplan des Bundes von 2018 gibt der «Rettung möglichst vieler lebensbedrohlich erkrankter Menschen» [2] oberste Priorität. Im Übrigen gehen die Richtlinien von SAMW und SGI zur Triage von intensivmedizinischen Behandlungen bei Ressourcenknappheit implizit ebenfalls vom Vorrang der unmittelbaren Lebensrettung aus, indem sie zur Vermeidung von Knappheitssitua-

Wird eine planbare Operation verschoben, kann dies die Prognose verschlechtern, zu irreversiblen Gesundheitsschäden und sogar zum vorzeitigen Tod führen.

tionen unter anderem die Erhöhung der Intensivplätze mittels Einstellung planbarer Eingriffe verlangen. Ob in einer akuten Knappheitssituation wie der Covid-19-Pandemie das Kriterium der unmittelbaren Lebensrettung generell über das Kriterium der medizinischen Behandlungsaussichten (medizinischer Nutzen) gestellt werden soll, ist jedoch eine fundamentale Wertentscheidung. Diese Entscheidung sollte nicht allein in einem behördlichen Pandemieplan oder einer nicht-staatlichen Richtlinie getroffen, sondern öffentlich diskutiert und auf eine demokratische Legitimationsbasis gestellt werden.

Spitalplanung hat sich (auch) auf Krisensituationen auszurichten

Grundsätzlich sind Spitäler, die auf der Spitalliste eines Kantons figurieren, entsprechend ihren Kapazitäten verpflichtet, für Kantonseinwohnende eine Aufnahme

zu gewährleisten. Allerdings fehlen in der Spitalplanung und den darauf basierenden Leistungsaufträgen der Kantone an ihre Spitäler Mindestvorgaben zur Gewährleistung der Versorgung im Krisenfall. Primäres Ziel der Spitalplanung ist vielmehr der Abbau von sogenannten Überkapazitäten.

Die Verantwortung für die Verweigerung planbarer medizinischer Eingriffe liegt bei den Kantonen und damit der Politik.

Mit Blick auf den – verfassungsrechtlich haltbaren – Vorrang der unmittelbaren Lebensrettung kann den Spitälern kein Vorwurf gemacht werden, dass sie aufgrund fehlender Kapazitäten für die Bewältigung des voraussichtlichen Behandlungsbedarfs Ressourcen zugunsten von Covid-19-Erkrankten realloziert haben. Die Verantwortung für die Verweigerung planbarer medizinischer Eingriffe verlagert sich damit auf die politische Ebene: In der Pflicht stehen vor allem die Kantone als Verantwortliche für die bedarfsgerechte Spitalversorgungsplanung. Mittels Planung und Vorgabe von Mindestkapazitäten im stationären Bereich oder mit der Einrichtung eines funktionierenden Systems für die (interkantonale) Verteilung von Patientinnen und Patienten sollten diese, soweit möglich, dafür sorgen, dass zeitrelevante Eingriffe auch in Krisensituationen wie einer Pandemie vorgenommen werden können. Es kann nicht ausgeschlossen werden, dass das Unterlassen solcher Massnahmen zur Gewährleistung der Spitalversorgung für planbare Eingriffe im Einzelfall Staatshaftungsansprüche geschädigter Patientinnen und Patienten gegenüber den verantwortlichen Kantonen begründet.

Treue- und Sorgfaltspflicht

Das Arzt-Patienten-Verhältnis ist von der Treuepflicht des Beauftragten geprägt. Der Arzt oder die Ärztin ist verpflichtet, die Interessen der Patientinnen und Patienten umfassend zu wahren. Sie müssen den Inter-

Das Selbstbestimmungsrecht der Patientin und des Patienten ist zentral – sie sollten ein Gegenüber auf Augenhöhe sein.

essen der Erkrankten gegenüber allen anderen Interessen stets den Vorrang einräumen – selbst gegenüber den eigenen. Im Zuge dieser Interessenwahrungspflicht hat die Ärztin oder der Arzt für eine sorgfältige, auf die Wiederherstellung der Gesundheit ausgerichtete Behandlung nach den Regeln der medizinischen

Kunst einzustehen. Überdies unterliegen sie einer umfassenden Aufklärungs- und Benachrichtigungspflicht. Zentral ist in diesem Zusammenhang das Selbstbestimmungsrecht der Patientin und des Patienten. Diese sollen idealerweise und gerade bei planbaren Eingriffen ein Gegenüber auf Augenhöhe sein und – nach gebührender Information – selbst entscheiden, ob, wann und von welchem Gesundheitsdienstleistungserbringer sie behandelt werden wollen.

Wenn ein Spital wegen zahlreicher Covid-Erkrankter Operationen absagen oder verschieben muss, kann dem behandelnden Arzt oder der behandelnden Ärztin deswegen kein Vorwurf gemacht werden. Eine Ressourcenknappheit entbindet die Behandelnden aber nicht von ihren Pflichten. Sie müssen daher die Betroffenen von sich aus über die Gründe für die Verschiebung, den voraussichtlichen (verzögerten) Termin der Operation, die konkreten gesundheitlichen Folgen bzw. Risiken der Verschiebung sowie über das gebotene Verhalten in der Wartezeit (z.B. in Bezug auf die

In der Spitalplanung fehlen Mindestvorgaben zur Gewährleistung der Versorgung im Krisenfall.

Medikation) informieren. Zudem soll über mögliche alternative Behandlungen respektive Anbieter aufgeklärt werden. Ist der geplante Eingriff beispielsweise an einem anderen Spital – auch einem ausserkantonalen – ohne Aufschub möglich, so müssen Patientinnen und Patienten darüber informiert werden, damit sie sich gegebenenfalls für einen Wechsel an diese Einrichtung entscheiden können. Bei der Suche nach Alternativen hat das ärztliche Personal die Betroffenen nach Kräften zu unterstützen und soll allenfalls sogar zur Nutzung der Alternative raten, dies insbesondere dann, wenn das Abwarten erhebliche gesundheitliche Risiken birgt. Verletzen die Ärztinnen und Ärzte diese Pflichten, kann dies Haftungsfolgen nach sich ziehen. Erfolgt kein Wechsel und wird der Eingriff vielmehr am gleichen Spital verzögert durchgeführt, so sollte dies in der Patientenakte dokumentiert und begründet werden.

Unsorgfältige Behandlung wegen Ressourcenknappheit?

Mit einer Reduktion der Operationskapazitäten zugunsten von Covid-Erkrankten räumt das Spital der unmittelbaren Lebensrettung Vorrang ein, noch vor der Rettung möglichst vieler Lebensjahre und der Erhaltung bzw. Verbesserung der Lebensqualität. Dies lässt sich, wie erwähnt, aus Sicht der Grundrechte auf

institutioneller Ebene rechtfertigen. Man wird dem Spital jedenfalls nicht zum Vorwurf machen können, dass es derzeit an einem demokratisch legitimierten Gesetz fehlt, das die Kriterien für die Zuteilung knapper Ressourcen verbindlich festlegt. Ebenso wenig haben die Spitäler nach aktueller Rechtslage eine Pflicht zur Aufrechterhaltung bestimmter Opera-

Es fehlt an einem demokratisch legitimierten Gesetz, das die Kriterien für die Zuteilung knapper Ressourcen verbindlich festlegt.

tionskapazitäten für planbare Eingriffe. Die Zuteilung knapper Ressourcen darf in den Spitälern jedoch nicht auf unsachlicher Entscheidung beruhen und bspw. zur Bevorzugung eines privatversicherten Patienten mit einer wenig dringlichen Operation gegenüber einer allgemeinversicherten Patientin mit einer dringlicheren Operation führen. Wenn ein Spital mit einem Patienten oder einer Patientin bereits einen Spitalaufnahmevertrag abgeschlossen hat, ist es aufgrund seiner Treupflicht zudem gehalten, diese bei der Suche nach möglichen Alternativen zu unterstützen. Wird dies unterlassen, stellt die Verletzung der Treupflicht wiederum einen möglichen Haftungsgrund dar.

Eine andere Situation liegt vor, wenn aufgrund ausgedünnter oder fehlender Ressourcen eine Behandlung nicht nach den üblichen Standards durchgeführt werden kann. Kommt es in solchen Fällen zu einem Schaden, werden sich Arzt oder Ärztin und Spital ggf. mit dem Beweis entlasten können, dass sie die Krisensituation nicht verschuldet und immer noch ihr Bestes gegeben bzw. alles getan haben, was ihnen in der Krisensituation zumutbar war.

Bildnachweis

© Sudoku1 | Dreamstime.com

Referenzen

Dieser Artikel beruht auf der juristischen Fachpublikation von Bernhard Rütsche / Walter Fellmann / Regina E. Aebi-Müller, Verschiebung planbarer Spitalbehandlungen bei Ressourcenknappheit, Jusletter vom 19. April 2021.

Literatur

- 1 Kritisch zum Begriff der «elektiven» Operation auch NZZ vom 19. November 2020, Welche Operationen die Spitäler jetzt wegen Corona verschieben, abrufbar unter <https://www.nzz.ch/schweiz/welche-operationen-die-spitaeler-wegen-corona-verschieben-ld.1587601>.
- 2 Bundesamt für Gesundheit, Influenza-Pandemieplan Schweiz Strategien und Massnahmen zur Vorbereitung auf eine Influenza-Pandemie, 5. Auflage 2018, S. 95, 97 f.

Das Wichtigste in Kürze

- Im Herbst 2020 haben zahlreiche Spitäler über mehrere Monate hinweg ihre Operationskapazitäten gezielt und deutlich reduziert und die gewonnenen Ressourcen zugunsten von Covid-Erkrankten eingesetzt.
- Mit dieser Ressourcenreallokation wurde der unmittelbaren Lebensrettung oberste Priorität eingeräumt. Diese Priorisierungsentscheidung ist zwar aus grundrechtlicher Sicht vertretbar, aber nicht hinreichend demokratisch legitimiert.
- Ärztinnen und Ärzte sind in der Pflicht, die von verschobenen Operationen Betroffenen hinreichend über die Konsequenzen der Verschiebung und über mögliche Alternativen zu informieren.

L'essentiel en bref

- A l'automne 2020, de nombreux hôpitaux ont réduit considérablement et de manière ciblée leurs capacités chirurgicales. Les ressources obtenues ont été utilisées pour traiter les personnes atteintes de Covid.
- Avec cette réaffectation des ressources, la priorité absolue a été donnée pour sauver des vies. Si cette décision de priorisation est défendable du point de vue des droits fondamentaux, elle ne bénéficie pas d'une légitimité démocratique suffisante.
- Les médecins ont le devoir d'informer de manière adéquate les personnes concernées par le report d'une opération sur les conséquences de ce report et sur les alternatives possibles.

Prof. Dr. iur.
Bernhard Rütsche
Frohburgstrasse 3
CH-6000 Luzern
Tel. 041 229 53 69
[bernhard.ruetsche\[at\]
unilu.ch](mailto:bernhard.ruetsche[at]unilu.ch)

Prise en charge médicale des réfugiés

«J'ai l'impression d'avoir le monde dans ma salle d'attente»

Interview réalisée par: Julia Rippstein

Rédactrice print online

Guerre, famine, dictature, violences, pauvreté: autant de raisons qui poussent à prendre le chemin de l'exil. Aux Hôpitaux universitaires de Genève (HUG), le Programme Santé Migrants prend en charge les demandeurs d'asile et réfugiés attribués au canton de Genève. Rencontre avec Sophie Durieux-Paillard, médecin qui a co-créé ce programme il y a près de 30 ans et qui le pilote aujourd'hui.

Sophie Durieux, vous avez contribué à la mise en place de Programme Santé Migrants (PSM). Comment a-t-il vu le jour?

Cela s'est fait de fil en aiguille. Une équipe d'infirmières de la Croix-Rouge active dans les foyers pour requérants d'asile avait besoin d'un médecin répondant qui les supervise. J'y ai d'abord œuvré à temps partiel. Cette activité s'est peu à peu développée jusqu'à intégrer le Service de médecine de premier recours des HUG.

Quelle était l'idée initiale derrière la création de PSM?

A Genève, 40% de la population est étrangère. Si cette diversité est une richesse, elle peut aussi être une barrière aux soins. Le PSM est l'un des moyens mis en place pour faire tomber ces obstacles et prendre en

charge une population particulièrement vulnérable. Le groupe d'infirmières que j'ai évoqué avait pour mission de fournir les soins de base aux réfugiés au sein des foyers d'hébergement. En parallèle, ils bénéficiaient d'un examen sanitaire à l'hôpital incluant un rattrapage vaccinal et une évaluation, voire d'un suivi médical. Le regroupement des activités infirmières et médicales en lien avec les requérants d'asile, il y a près de 20 ans, paraissait donc naturel.

Le Programme Santé Migrants réalise plus de 15 000 consultations annuelles, médicales et infirmières confondues. Vous êtes désormais un acteur cantonal à part entière pour la santé des réfugiés.

Nous sommes devenus une structure de référence, y compris pour les centres d'asile fédéraux. Quand des réfugiés sont attribués au canton de Genève, nous en sommes informés ainsi que de leur état de santé. Nous collaborons aussi étroitement avec l'Hospice général qui est la structure cantonale chargée de l'accueil et l'aide sociale des réfugiés à Genève.

Avec Vaud, Genève est le seul canton à disposer d'un tel modèle de prise en charge médico-sociale des réfugiés. Quels en sont les avantages?

Effectivement, Vaud et Genève sont les seuls à être dotés d'une structure publique de soins pour les réfugiés, intégrée à l'Hôpital universitaire. Dans les autres cantons, les requérants d'asile sont pris en charge principalement par des médecins privés. Dans le cadre de notre dispositif, infirmiers, infirmières et médecins doivent acquérir des compétences spécifiques pour s'occuper au mieux de cette population: c'est une forme de sous-spécialisation de médecine de premier recours. Nous disposons d'interprètes communautaires professionnels, indispensables à la compréhension des pa-

A propos de Sophie Durieux-Paillard



Dre Sophie Durieux-Paillard a fait ses études de médecine à Lyon (F). En 1990, elle soutient sa thèse de spécialisation en santé publique. Passionnée par l'humanitaire, elle obtient en 1989 un DEA en santé publique et pays en développement de l'Université Pierre et Marie Curie de Paris. Elle arrive à Genève en 1992 où elle est engagée comme médecin assistante à la Faculté de médecine, dans l'équipe de coordination du Master de santé publique qui se met en place. Parallèlement, elle est recrutée comme interne par l'Unité de médecine des voyages et des migrations des HUG pour assurer la supervision médicale des infirmières de la Croix-Rouge travaillant dans les foyers de réfugiés. Elle devient chef de clinique en 1995, fait reconnaître sa spécialité comme FMH de prévention et santé publique, puis est nommée médecin adjoint au SPMR, responsable du PSM et coordonnatrice du Programme de soins Réseau santé pour tous (dont fait partie PSM). A 60 ans, Sophie Durieux vit à Ferney-Voltaire (F) et a trois enfants.



Sophie Durieux-Paillard: «Près de la moitié des réfugiés que nous voyons souffrent de symptômes posttraumatiques. Cela va de l'anxiété au PTSD.» (© Thierry Parel)

tients et à l'évaluation de leur état de santé. Enfin, l'aspect «soins intégrés» est sans conteste une force.

Pouvez-vous préciser ce dernier point?

Dans le tandem médico-infirmier, le corps infirmier constitue le fer de lance du dispositif. C'est lui qui permet une prise en charge exhaustive: il évalue chaque patient, le réfère aux médecins et a une fonction de suivi sur le long terme, ce qui favorise le lien de confiance interpersonnel et avec la structure. Face à une population qui a subi des traumatismes majeurs, ce lien est crucial. Le *turn-over* des médecins internes est moins propice à établir cette relation. Les supervisions par les médecins-cadre garantissent la qualité de la prise en charge. Une fois les migrants mieux intégrés au système et la barrière de la langue surmontée, un réseau d'une vingtaine de médecins généralistes en cabinet peut prendre le relais.

Quelles sont les compétences spécifiques à la prise en charge de personnes migrantes?

Avec les années, nous avons constaté l'importance d'une approche systématisée. Pour chaque nouveau réfugié, infirmières et infirmiers «d'accueil» vérifient si l'état de santé est compatible avec le logement attribué et s'il y a une prise de traitement. Vient ensuite l'évaluation de santé initiale. Cet entretien infirmier semi-standardisé permet de faire le point sur l'histoire médicale et de vie du patient, ses besoins de santé immédiats et ses ressources. Cela demande empathie, respect et bienveillance. Les traumatismes vécus, les violences subies, notamment sexuelles, et les éventuels symptômes sont douloureux à évoquer. Le personnel doit être sensible à ces aspects de communication, à la dimension transculturelle et être informé du contexte géopolitique des pays d'origine. Il faut bien sûr savoir où les patients se

situent dans la procédure d'asile. Cela nécessite une bonne connaissance du réseau social et juridique du canton, en plus des compétences «classiques».

Je dis souvent à nos internes: si vous faites bien avec ces patients, vous serez d'excellents médecins. Non que les réfugiés soient des patients spéciaux, mais leur prise en charge requiert une multitude de compétences: humaines, en santé publique, en épidémiologie, travail en réseau, droit.

Concernant le dépistage de maladies, y a-t-il aussi des automatismes à avoir?

Nous pratiquons un dépistage ciblé et individualisé, qui prend en compte l'épidémiologie des maladies infectieuses dans les pays traversés et les facteurs de risques individuels. Nos infirmiers, infirmières et médecins développent des réflexes différents des autres unités: chez un réfugié, une toux peut cacher une tuberculose. Ne pas y penser retarde le diagnostic et pose un problème de santé publique, les réfugiés étant logés dans des centres collectifs durant leurs premières années de séjour. Nous recherchons systématiquement les helminthiases tropicales chez les personnes d'Afrique subsaharienne, notamment la schistosomiase chez les Africains de l'Est. Près de 50% ont une sérologie positive. Lors de la crise migratoire en 2015–2016, la gale, marqueur de précarité et de promiscuité, était très fréquente et systématiquement recherchée.

Justement, quelles maladies traitez-vous en majorité? Vous avez évoqué la schistosomiase et la gale. Y a-t-il d'autres pathologies fréquentes?

A côté de la vaste palette de maladies infectieuses, nous sommes confrontés à des maladies chroniques. On les observe surtout chez les personnes, souvent plus âgées, du Moyen-Orient, notamment d'Irak et de Syrie. Ce sont des régions avec une prévalence élevée de diabète, hypertension et problèmes cardiovasculaires. Comme pour toute maladie chronique, la prise en charge est moins évidente, car liée à des déterminants sociaux, culturels, environnementaux, voire génétiques. Le stress exacerbe ces maladies, souvent décompensées durant le parcours migratoire.

La plupart des personnes migrantes ont vécu des épisodes traumatisants. La prise en charge psychologique est-elle davantage un enjeu que les soins médicaux en tant que tels?

C'est la comorbidité la plus fréquente. Près de la moitié des réfugiés que nous voyons souffrent de symptômes posttraumatiques. Cela va de l'anxiété au PTSD (*post traumatic stress disorder*) et s'accompagne souvent de symptômes dépressifs, voire d'un abus de substances. Durant le

Programme Santé Migrants (PSM)

Le PSM est une unité rattachée au Département de médecine de premier recours des HUG. Il prend en charge les migrants en cours de procédure d'asile, les NEM (non-entrée en matière) et les déboutés, dès 18 ans. Misant sur une approche multidisciplinaire et interprofessionnelle, la structure collabore étroitement avec l'Hospice général et une vingtaine de médecins privés de la ville dans le cadre du réseau de soins santé asile, ainsi qu'avec les associations d'aide aux migrants. Le PSM compte 12 médecins (6,4 équivalents temps plein, ETP) et 13 infirmières et infirmier (10,2 ETP). En 2020, plus de 15000 consultations ont été réalisées. Au plus fort de la crise migratoire, ce chiffre est monté à 17000 en 2015 et à près de 21000 en 2016. La majorité des patients viennent d'Erythrée – toutefois en recul –, Afghanistan, Syrie, Irak, Iran, Turquie (Kurdistan). Les arrivées d'Afrique de l'Ouest (Nigeria, Guinée, Gambie) sont en nette baisse.

parcours migratoire, les patients font avec les moyens du bord pour minimiser ces symptômes. Le défi est de proposer des soins qui intègrent la dimension de détresse psychologique, sans forcément «psychiatriser» d'emblée la prise en charge. Cela passe par une anamnèse personnelle détaillée, pas toujours aisée à recueillir car évoquer les traumatismes vécus c'est souvent les revivre. Or, les patients veulent «oublier». Nous devons leur expliquer que ce qu'ils ont vécu est hors norme et ne peut être oublié, mais que nous pouvons les aider à se reconstruire. Il est important de les éclairer sur ce qu'est le PTSD et les symptômes qui en découlent et leur dire qu'ils ne deviennent pas «fous». La plupart ont des capacités de résilience étonnantes, malgré les horreurs vécues. Mais nous devons à notre tour «nourrir» cette résilience en renforçant leurs ressources.

Comment se protéger face aux histoires tragiques entendues chaque jour?

Ce n'est pas facile, il faut accueillir cette parole sans être submergé. L'impact émotionnel de ces récits sur les médecins internes en rotation dans notre unité me préoccupe: voir 10 à 12 patients avec une telle histoire par jour, c'est éprouvant. C'est l'une des raisons pour lesquelles ils ne travaillent qu'à 50% et que nous prenons en priorité des médecins qui ont choisi la rotation PSM. Nous bénéficions également d'une supervision d'équipe mensuelle par un psychiatre, un temps d'échange précieux, comme le sont les discussions informelles.

Quels sont vos moyens pour y parvenir?

Je puise de l'énergie positive dans le partage. Arriver à établir une relation de confiance avec un patient qui dit se sentir apaisé parce qu'il a pu parler de choses qu'il ne peut pas dire ailleurs, ça motive. Voir l'impact positif d'un changement de paramètre social sur la santé du patient ou celui d'un rapport médical dans une décision d'asile est très stimulant: c'est mon implication qui y a contribué. Même si le système suisse de l'asile n'est pas parfait, savoir ces personnes dans un pays démocratique est source d'espoir. Le plus important est d'avoir du plaisir à faire ce travail: j'ai vu des

jeunes médecins frustrés, car il se sentaient impuissants face aux problématiques psychosociales qui se gèrent sur la durée. D'autres adorent travailler au PSM, car leur métier prend tout son sens face à ces patients.

La pandémie a-t-elle compliqué la prise en charge de cette population?

Oui et non. Nos patients ont une plus grande conscience de la gravité des maladies infectieuses et savent composer avec elles au quotidien. Quand ils entendent «c'est la guerre contre le virus» ou «confinement», ils comprennent la consigne. Au printemps 2020, nous avons même dû dire à des familles qu'elles pouvaient sortir une heure par jour, surtout avec des enfants. Les défis étaient davantage logistiques, comme disposer du désinfectant, du savon et des masques dans les logements collectifs. L'utilisation de cuisines et sanitaires partagés par 15 personnes a dû être revue pour être conforme aux restrictions. Quant au dépistage des cas dans les foyers, un dispositif renforcé durant la première et la deuxième vagues a été mis en place. Grâce à l'appui du médecin cantonal, les personnes testées positives ont été isolées dans des chambres d'hôtel, quand ce n'était pas faisable en foyers collectifs.

La crise sanitaire pèse sur le moral des Suisses. Qu'en est-il des réfugiés?

L'impact psychologique de la pandémie me semble moindre pour eux. C'est un traumatisme relativement mineur par rapport à ce qu'ils ont déjà vécu. Pour ceux en procédure d'asile, le stress lié à l'attente de la décision de la Confédération surpasse celui de la crise sanitaire, d'autant plus que nos patients se rendent compte que le Covid-19 est mieux géré ici que dans leurs pays.

Pourquoi avez-vous choisi le domaine de l'asile pour pratiquer la médecine? Qu'est-ce qui vous passionne tant?

J'ai l'impression de me renouveler en permanence, au fil des nationalités qui arrivent, des conflits qui font affluer ces personnes et de la diversité des pathologies traitées. C'est un peu comme si j'avais les pages géopolitiques de mes journaux favoris dans ma salle d'attente. J'aime évidemment soigner, mais cette connexion avec la réalité quotidienne, à la fois en Suisse et à l'extérieur, me nourrit beaucoup. J'ai toujours eu un grand intérêt pour la géopolitique: je me sens connectée au monde et à mes patients sans voyager. Je suis admirative de leur résilience. Je ne pense pas toujours faire des miracles, mais je constate chaque jour l'importance du lien de confiance sur leur santé. Même une fois autonomes, certains reviennent me voir lors d'un coup de mou. Cela me touche beaucoup et me porte.

Crédits photo portrait
HUG – Louis Brisset

[julia.rippstein\[at\]emh.ch](mailto:julia.rippstein[at]emh.ch)

Durchbruch bei chronischen Rückenschmerzen

In der Schmerzklinik Basel wurde die weltweit erste Implantation einer SCS-DTM (spinal cord stimulation *Differential Target Multiplexed™*) vorgenommen. Die unter chronischen Schmerzen leidende Patientin verspürte nach dem Einsetzen des SCS-DTM eine Schmerzreduktion von mehr als 50%. Die klinische Wirksamkeit der Rückenmarkstimulation (SCS) ist schon seit langem nachgewiesen. Neuartig sind in diesem Bereich nun die 2020 entwickelten Wellenformen namens *Differential Target Multiplexed™*. Diese bieten wertvolle Behandlungsoptionen für Patientinnen und Patienten mit chronischen Schmerzen.



Neue Chancen für Schmerzbehandlung.
© Nataliia Mysik|Dreamstime.com

(schmerzklinik.ch)

Une protéine qui stimule les cellules anticancéreuses

Des scientifiques de l'EPFL ont découvert qu'une protéine modifiée était capable de renforcer l'efficacité des lymphocytes T épuisés, ces cellules immunitaires qui combattent le cancer, en reprogrammant leur métabolisme. L'étude est parue dans *Nature*. Les cellules immunitaires s'épuisent souvent quand elles luttent contre le cancer, ce qui affaiblit les traitements par immunothérapie. Actuellement, ce traitement ne marche que chez 20 à 30% des malades. La protéine de fusion découverte par l'équipe de l'EPFL pourrait donner de meilleurs résultats et ouvre des perspectives pour différents types de cancers. Ajoutée au traitement d'immunothérapie, la protéine créée artificiellement fonctionne un peu comme une boisson énergisante qu'on donnerait aux cellules immunitaires. Les tests sur des souris ont montré qu'elle agissait comme un stimulant qui réactive les lymphocytes T et améliore leur rôle de combattants contre les cellules cancéreuses.

(rtsinfo.ch/epfl.ch)



© Lu2006|Dreamstime.com

Vue partiellement recouvrée grâce à l'optogénétique

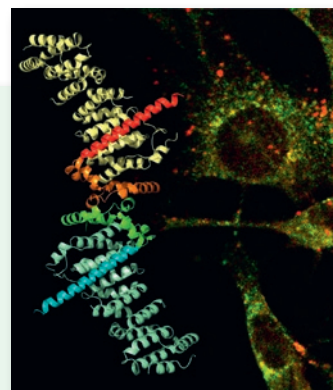
Un homme devenu aveugle à cause d'une rétinopathie pigmentaire a pu récupérer partiellement la vue grâce à l'optogénétique, une technique associant thérapie génique et stimulation lumineuse. C'est la première fois que cette technique aboutit à une récupération partielle de la fonction visuelle, selon les chercheurs suisses, français et américains. L'étude est parue dans *Nature Medicine*. Alors que le patient de 58 ans ne pouvait plus que percevoir la présence de lumière, il peut désormais localiser et toucher des objets. Afin de restaurer la sensibilité à la lumière, l'homme s'est vu injecter le gène codant pour l'une de ces protéines, appelée ChrimsonR, qui détecte la lumière ambrée. Près de cinq mois après l'injection, le temps que son organisme produise cette protéine en quantité suffisante, il a réalisé des exercices, équipé de lunettes dédiées munies d'une caméra et permettent de projeter des images de couleur ambre sur la rétine. Sept mois plus tard, il a constaté des signes d'amélioration visuelle.

(Capital/AFP)

Funktionsweise des «Tuberösen Sklerose Complex»

Ein interdisziplinäres Team aus Forschenden der Universität Münster hat einen neuen Mechanismus identifiziert, der Zellteilung und Zellwachstum der Krankheit «Tuberöse Sklerose Complex» (TSC) reguliert. Die Forschenden um Dr. Andrea Oeckinghaus und Prof. Dr. Daniel Kümmel haben das Tumorsuppressoren-Protein TSC1 untersucht und dabei Erkenntnisse bezüglich dessen bisher unklaren Funktionsweise gewonnen. Die Beschaffenheit der Membranoberfläche kann die Funktionsweise des TSC-Komplexes beeinflussen und damit auch die Wachstumsprozesse der Zelle. Die genetisch bedingte Krankheit TSC betrifft etwa ein bis zwei von 10000 Neugeborenen und führt zur Bildung von gutartigen Tumoren, die die Funktionsweise von Organen beeinträchtigen.

(Universität Münster)

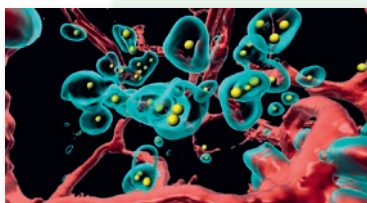


TSC1-Membranbindedomäne (links) neben einer fluoreszenzmikroskopischen Aufnahme, die die Lokalisation des TSC-Komplexes (rot) in Zellen zeigt.
© AG Kümmel/AG Oeckinghaus

Neue Technologie therapiert Tumore direkt in der Zelle

Eine neue Technologie von Forschenden der Universität Zürich bringt Tumore dazu, sich selbst zu eliminieren. Die sogenannte SHREAD-Technologie lotst Adenoviren an ganz bestimmte Körperstellen – dies führt dazu, dass therapeutische Antikörper direkt in den Zellen hergestellt werden, wo sie benötigt sind. Dieses Vorgehen ist besonders interessant, weil dadurch geringere Nebenwirkungen auftreten: Die Konzentration der Antikörper im Tumor selbst ist besonders hoch, im umliegenden Gewebe dafür eher niedrig. Solch eine Innovation kann zur Reduzierung der Nebenwirkungen einer Krebstherapie führen. Des Weiteren untersucht die Plückthun-Gruppe, inwiefern die SHREAD-Technologie zur Bekämpfung von Covid-19 eingesetzt werden könnte.

(Universität Zürich)



Das Innere des Tumors (rot: Blutgefässe, türkis: Tumorzellen, gelb: therapeutischer Antikörper).
© Plückthun Lab

Internierung der Bourbaki-Armee in der Schweiz – Solidarität ist eine Tätigkeit

Erster Test für das Rote Kreuz

Jürg Kesselring

Mitglied des IKRK, Senior Botschafter und Neuroexperte, Kliniken Valens

2021 jährt sich die Internierung der französischen Bourbaki-Armee in der Schweiz zum 150. Mal. Die damals gebotenen Hilfstätigkeiten legten unter anderem den Grundstein für die Entwicklung des Schweizerischen Roten Kreuzes (SRK) und machten die Grundsätze der Rotkreuzbewegung in ihrer praktischen Anwendung bekannter.

Im Jahr 1871 kamen innerhalb von weniger als 72 Stunden 87 847 Soldaten und Offiziere der französischen Armée de l'Est mit 12 000 Pferden bei Les Verrières im Neuenburger Jura über die Grenze in die neutrale Schweiz. Die Armee, deren Personenstärke etwa 3% der damaligen Schweizer Bevölkerung entsprach, war bis zu dessen kurz zuvor missglückten Selbstmordversuch unter dem Kommando von General Bourbaki gestanden und bewegte sich nun abgekämpft, schlecht ausgerüstet, ausgezehrt, frierend und krank, aber mit der Zustimmung des Bundesrats über die Schweizer Grenze. Die französische Armee hatte gegen die preussische Niederlage um Niederlage erlitten, sie war so schlecht ausgerüstet, schlecht trainiert und vor allem dramatisch schlecht geführt [1, 2]. Dabei hatte doch Kriegsmarschall Le Bœuf dem Kaiser Napoleon III. noch am 15. Juli 1870 gemeldet: «Die Armee ist bereit. Es fehlt ihr nicht ein einziger Gamaschenknopf» («l'armée est prête, il ne lui manque pas un bouton de guêtre»).



Die Internierten wurden in 188 Gemeinden zwischen Genf und Rorschacherberg untergebracht, gepflegt, medizinisch versorgt und falls nötig neu eingekleidet. Die Bevölkerung reagierte ausgesprochen hilfsbereit. Vielerorts wurde spontan Hilfe geleistet, und das Schweizerische Rote Kreuz (SRK) kam zu seinem ersten grossen Einsatz. Bei seiner Gründung 1866 war das SRK noch weitgehend unbekannt, fünf Jahre später wurde es zum Symbol eines grossen Zusammengehörigkeitsgefühls, das sich durch aktive Neutralität und Solidarität ausdrückt. Das SRK hatte bis dahin über wenig Handlungsmöglichkeiten und schwache kantonale Strukturen verfügt, nach dem Kriegsausbruch 1870 aber bildeten sich zwanzig lokale, sehr aktive Sektionen. Ein Augenzeuge aus einem Thuner Bataillon hielt fest: «Der Einmarsch begann, ein Bild des Entsetzens, der schauerlichen Unordnung und Zerfahrenheit einer Armee im Rückzug ... ohne Murren, willenlos, gebrochen warfen sie ihre Waffen zur Erde, ganze Berge von Waffen aller Art erhoben sich entlang der Strasse, durch die diese zerfetzte Armee zog. Tote und sterbende Pferde zeichneten ihren Weg. Zwei ganze Tage und eine Nacht sahen wir diese traurigen Armeetrümmer an uns vorbeiziehen und noch kommen fort und fort ganze Schwärme von Nachzüglern» (Augenzeugenbericht von Hans Frutiger vom 1.2.1871 im Bourbaki Panorama).

Herzlicher Empfang durch die Schweizer Bevölkerung

Armee und Behörden waren bei dieser grössten Flüchtlingsaufnahme in der Schweizer Geschichte auf das Mitwirken der humanitären Organisation und der Bevölkerung angewiesen. In einem zeitgenössischen Bericht aus dem Kanton Freiburg heisst es: «Die Militärverwaltung konnte lediglich Brot – und manchmal Wein – an die zu Fuss oder mit der Eisenbahn ankomm-

menden oder wieder abreisenden Soldatenströme verteilen. Den Rest leisteten Privatpersonen durch ihr wohlütiges Engagement. Ein Ruf des öffentlichen Ausrufers zu jeder beliebigen Uhrzeit genügte und schon wurden massenhaft Suppen und Hilfe jeglicher Art bereitgestellt.» Zusätzliche Schwierigkeiten bereitete das Auftreten der «Blattern-Krankheit» (Pocken), «dass die Betreffenden die sanitätspolizeilichen Anordnungen gehörig berücksichtigen mögen. Es handelt sich um das Wohl Aller und der betreffende Arzt und die Behörden tun gewiss besser, wenn sie eher etwas zu strengere Massnahmen ergreifen, besonders im Entstehen einer solchen Calamität» (was einem in Corona-Zeiten bekannt vorkommt). In den französischen Truppen grassierten die Pocken, und mit den herumreisenden Soldaten erreichten sie alle umliegenden Länder. Eine halbe Million Tote und verschärfte Impfgesetze waren die Folge [3]. Der Krieg hatte aber auch gezeigt, dass im Gegensatz zu den französischen Soldaten die deutschen grösstenteils von der Krankheit verschont geblieben waren: Im deutschen Militär bestand Impfpflicht, im französischen nicht.

Die erfolgreiche Zusammenarbeit in der Rotkreuzbewegung mit lokalen Freiwilligen dauert bis heute an: Ohne diese Unterstützung wäre sie nicht in der Lage, die nationalen und internationalen Herausforderungen zu meistern. Die heute aktuelle Frage stellte sich bereits damals: Wird das kleine Land die plötzliche Flüchtlingskrise bewältigen können? Ein Korrespondent der NZZ schrieb am 7. Februar 1871: «Seit drei Tagen bietet sich unsern Augen das schreckliche Schauspiel einer Armee in Deroute. Die Mannschaft, schwarz von Pulver und Schmutz, sieht kaum kräftiger aus als ihre Pferde. Die Bevölkerung der Dörfer im Val-de-Travers verrichtet Wunder der Hingebung und entblösst sich von Allem, um dieses Uebermass von Elend zu erleichtern. Aber ihre Hingebung findet ihre Grenze in den vorhandenen Mitteln, und diese Grenze ist erreicht.»

Die heute aktuelle Frage stellte sich bereits damals: Wird das kleine Land die plötzliche Flüchtlingskrise bewältigen können?

Die Truppen in ihrem schrecklichen Zustand, gezeichnet von Strapazen, Kälte und Hunger, wurden untergebracht, wo gerade Platz war – in Kasernen in Aussenquartieren, Remisen der Post, einer Brauerei, Galerien, Schulhäusern oder Bibliotheken, in Kirchen und Kapellen: «Improvisationsfreudig wird daher auch noch die barocke Jesuitenkirche genutzt. Mit zwei Feuerstellen im Innern der Kirche werden die weiteren 1100 Männer gewärmt», heisst es. Für die Bevölkerung



waren die Internierten gewissermassen auch eine Sensation: In vielen ländlichen Gemeinden hatten die Menschen noch kaum Fremde gesehen, geschweige denn Menschen mit dunkler Hautfarbe. Für Frankreich kämpften auch Soldaten aus Nordafrika (die von der deutschen Kriegspropaganda durchweg als «Menschenfresser» bezeichnet wurden). Die anfängliche Zurückhaltung war allerdings nur von kurzer Dauer. Schon bald dominierten Mitgefühl und Solidarität für die von Krieg, Kälte und Krankheit gezeichneten Soldaten [4]. Der Empfang durch die Schweizer Bevölkerung war herzlich. Die Internierten wurden gepflegt und betreut. Trotzdem starben rund 1700 Soldaten, woran heute noch mehrere Grabmäler erinnern.

Die Schweiz als Kriegsschauplatz?

Oberstdivisionär Eugen Bircher schrieb während des Zweiten Weltkrieges über die Ereignisse bei der Internierung der Bourbaki-Armee in der *Helvetischen Militärzeitschrift* [5]: «Nun jährt es sich zum siebzigsten Male in unvergleichlich schwerer Zeit, dass an unserer Nordwestgrenze das geschlagene französische Heer unter General Clinchant entwaffnet in die Schweiz einrückte. Nicht eindrucksvoll genug kann man unserem Volke jene bewegten Ereignisse vor Augen führen; stand es doch auf der Messerschneide, dass infolge mangelhafter und ungenügender Vorsorge der politischen Behörden es beinahe zum Einmarsch der Truppen beider Parteien auf unser Gebiet gekommen wäre. Dank allein der kaltblütigen Energie von General Hans Herzog war es noch in letzter Stunde möglich, durch ein gütiges Schicksal begünstigt, die gefahrdrohende Lage zu meistern.» Ein Veteran wird in diesem Bericht zitiert: «Es kam vor, dass Bataillone hungrig, durstig, müde, halberfroren am ursprünglichen Bestimmungsort angekommen, eine Depesche vorfanden mit der Einladung, den Marsch noch einige Stunden fortzusetzen. 'Sack auf! Vorwärts marsch!' Da durchfurchte denn hie und da ein Zürcher Stosseufzer die grimmig

kalte Winternacht. Wenn die Schweizer Soldaten dann aber zu ihrer Beschämung sahen, wie die welschen Waffenbrüder mit ihrem Spruche 'à la guerre comme à la guerre' alles Unangenehme entschuldigend, da zogen die Hungernden die Patronentaschen-Riemen enger und beruhigten so wenigstens den knurrenden Magen, so gut er's eben glauben mochte. Es stand auf Messers Schneide, ob unser Land zum Kriegsschauplatz werden sollte oder nicht.»

Am 1. Februar, frühmorgens um 3 Uhr, nachdem General Herzog am Vorabend auf einem Güterzug spät nach Verrières gelangt war, trafen bei ihm der französische Konsul von Neuenburg mit Oberstleutnant Chevals ein. Sie verlangten die Bewilligung für den Übertritt der Bourbaki-Armee auf Schweizer Boden, nachdem die Befehle dazu von französischer Seite schon vorher gegeben worden waren. Herzog diktierte um 4 Uhr morgens den Vertrag, wonach der Übertritt erst nach vollständiger Entwaffnung gestattet wurde. In dem Zollhäuschen an der Grenze unterzeichnete General Clinchant den Vertrag. Sofort begann der Übertritt.

Neutralität und Solidarität

Ein Hilfskomitee grösserer Dimension bestand schon seit 1863 in Form des «Comité International de Secours aux Militaires Blessés» (Internationales Komitee für Kriegsverletzte), das spätere Rote Kreuz. Es wurde auf Initiative von Henry Dunant in Genf gegründet.

1864 lud der schweizerische Bundesrat 15 europäische Staaten und die USA zu einer Konferenz nach Genf ein. Daraus resultierte ein völkerrechtliches Abkommen zum Schutz (Neutralisation) der Verwundeten und Sanitäter im Konfliktfall, 1. Genfer Konvention genannt. Seit 1875 trägt die Organisation den Namen «Internationales Komitee vom Roten Kreuz» (IKRK). Die Rotkreuzbewegung stützt sich auf Grundprinzipien und verpflichtet sich zu deren Umsetzung: Humanität, Unparteilichkeit, Neutralität, Unabhängigkeit [6], Freiwilligendienst, Einheit, Universalität auf der Grundlage des Humanitären Völkerrechtes [7]. Neutralität war schon in den Gründerzeiten von Henry Dunant und seinen Kollegen im Komitee (General Guillaume-Henri Dufour, Gustave Moynier, Louis Appia, Théodore Maunoir) ein umstrittener Begriff, weil er ja sprachlich korrekt eigentlich bedeuten würde: *ne utrum* = «keines von beiden», er aber in der Praxis eben «beide» meint.

Die Neutralität war und ist ein zentrales Element der schweizerischen Aussen- und Sicherheitspolitik. Historisch und verfassungsrechtlich war die Neutralität aber nie ein Ziel unseres Staatswesens an sich, sondern ein Mittel unter mehreren zur Verwirklichung der

eigentlichen, zentralen Ziele, nämlich insbesondere der Aufrechterhaltung einer möglichst grossen staatlichen Unabhängigkeit. Neutralität bedeutet im Völkerrecht die Nichtteilnahme eines Staates an Kriegen zwischen anderen Staaten. Die Schweiz konnte sich dadurch auf ihre Innenpolitik konzentrieren. Dies trug auch indirekt zum Auf- und Ausbau der direkten Demokratie, des Föderalismus, des Wohlstandes und

Mit «à la guerre comme à la guerre» wurde Unangenehmes entschuldigt.

der auf dem Milizprinzip beruhenden Verteidigungsarmee bei. Die Schweiz hat Neutralität in ihrer Geschichte nicht als ein starres, ein für alle Mal fixiertes Institut aufgefasst, sondern immer wieder flexibel den internationalen Notwendigkeiten und den eigenen Interessen angepasst [8].

Um die Grundprinzipien des IKRK bei allen Rotkreuz-Aktionen umzusetzen (siehe www.icrc.org), wie es auch heute (leider) immer noch notwendig ist, dienen folgende Stichworte, die auch für friedliche Auseinandersetzungen gültig und empfehlenswert sind [1]: Empathie, aktives Zuhören, kritisches Denken, keine Vorverurteilung, nicht-verletzende Kommunikation, kollaborative, vermittelnde Verhandlungen, persönliche Resilienz, innerer Frieden [9].

In Luzern erinnert seit 1889 das eindruckliche Bourbaki-Panorama und in Schaffhausen neu eine Ausstellung im Zeughaus Museum im Zeughaus (Bourbaki und Schaffhausen) an die damaligen für die Schweiz identitätsbildenden Ereignisse.

www.bourbakipanorama.ch

Bildnachweis

Edouard Castres, Zug der Verwundeten (Studie zum Bourbaki-Panorama), 1876/1877. www.bourbakipanorama.ch

Literatur

- 1 Bugnion François. The arrival of Bourbaki's army at Les Verrières. The internment of the First French Army in Switzerland on 1 February 1871. In: *Int Rev Red Cross*. 1996;311:181–93.
- 2 Bugnion François. Il y a 150 ans, l'arrivée de milliers de «Bourbaki» aux Verrières, une expérience humanitaire fondatrice. In: *Le Temps*. 1^{er} février 2021.
- 3 Mäder Claudia. Impfen ist von Vorteil. Das galt zumindest im Krieg zwischen Frankreich und Preussen. In: *NZZ*, 1.2.2021.
- 4 Schwarzenbach Robin. Vor 150 Jahren – Die Bourbakis kommen! In: *NZZ*, 30.1.2021.
- 5 Bircher Eugen. Vor 70 Jahren. Zum Uebertritt der Bourbaki-Armee in die Schweiz am 1. und 2. Februar 1871. In: *Helvetische Militärzeitschrift* 107 (2/87), Organ der Schweizerischen Offiziersgesellschaft.
- 6 Thüer Daniel. Dunant's pyramid: thoughts on the «humanitarian space». In: *Int Rev Red Cross*. 2007;89:47–61.
- 7 Kellenberger Jakob. Humanitäres Völkerrecht. Frauenfeld: Huber; 2010.
- 8 www.geschichte.redcross.ch/ereignisse/ereignis/internierung-der-bourbaki-armee-in-der-schweiz.html [abgerufen 24.5.21].
- 9 Kesselring Jürg. Teilen statt an sich raffen. In: *moneta*. 2015;4:16.

Wandel

Wie fandest du das Ziel da drüben? –
Nun, nur durch Üben, Üben, Üben.

Doch Misserfolge tun nicht fehlen! –
Sie sollen dir den Mut nicht stehlen.

Was liess dich den Erfolg erwarten? –
Der Drang, die Aktion zu starten.

Wie war denn diese einzuleiten? –
Durch ein geschicktes Vorbereiten.

Wie konntest du den Weg beginnen? –
Ich musste mich darob besinnen.

Was war der Anstoss deines Steines? –
Zu sehen, das Problem ist meines.

Nach diesen Regeln will ich streben. –
Das tu ich auch; es ist das Leben.

Dr. med. Christoph Zwisler, Brunnen



ch.zwisler[at]gmail.com

Vertrauen schenken

Daniel Schröpfer

Dr. med., Medizinischer Direktor Städtlicher Dienst Zürich, Vorstand Verein der Leitenden Spitalärzte der Schweiz (VLSS), Redaktionsmitglied



Seit mehreren Jahren bin ich in der medizinischen Grundversorgung vulnerabler Menschen tätig. Dazu gehören unter anderem die Substitutionsbehandlung, Betreuung von Asylsuchenden, Sans Papiers, Menschen ohne Krankenversicherung und weitere.

Ihre medizinische Betreuung ist – sowohl internistisch als auch psychiatrisch – sichergestellt, ihre Bedürfnisse sind gegenüber denjenigen meiner Patientinnen und Patienten meiner früheren Tätigkeit als Leiter einer internistischen Notfallstation in einem Akutspital akzentuiert. Zu Beginn meiner neuen Tätigkeit (und auch heute noch gelegentlich!) durfte ich oft die Frage beantworten: «Warum hast du gewechselt? Die Betreuung dieser Menschen ist doch so anspruchsvoll – willst du das wirklich? Ist das nicht schwierig und deprimierend?»

Die Betreuung und insbesondere Begleitung von vulnerablen Menschen stellte mich initial vor Herausforderungen. War ich es doch gewohnt, eine Lösung vorzuschlagen und auch umgehend umzusetzen. Doch was passierte? Einige Patientinnen und Patienten verliessen nach dem Gespräch unsere Räumlichkeiten, ohne mit der besprochenen Therapie begonnen zu haben. Andere haben einen Termin wahrgenommen, danach haben sie «pausiert». Wieder andere meldeten der Pflege zurück, dass der «Doktor wohl grad schwarz sieht», sie kämen später noch einmal, aktuell gehe es ihnen gut ...

Es erfordert eine besondere Aufmerksamkeit, ein geübtes Ohr, um gerade bei dieser Gruppe im Gespräch die Feinheiten ihrer Bedürfnisse und Beschwerden wahrzunehmen. Es gibt Fälle, wo ich aufgrund des Befundes und der damit verbundenen Einschränkungen eine stationäre Behandlung empfehle. Je nachdem, wie ich dies formuliere und wie die Empfehlung bei den Betroffenen ankommt, gibt es auch hier verschiedene Reaktionen beziehungsweise Verhaltensmuster: Einige konsultieren noch eine andere medizinische Fachperson aus unserem Team, andere machen ein paar Tage «Pause» und kommen in deutlich schlechterem Zustand retour. Fast alle sprechen zwischendurch jedoch mit ihrer Bezugsperson in der Pflege. Dies, da sie ihre Medikation bei uns niederschwellig beziehen können und nicht immer eine Ärztin respektive einen Arzt dafür sehen müssen. Hier zeigt sich, wie wichtig es ist, im

Team zu arbeiten und zu kommunizieren. So können Mitteilungen ohne direkten Kontakt zwischen Ärztin und Patient platziert und ausgetauscht werden. Wer sich hier von der Patientin zu wenig ernst genommen fühlt oder nicht wahrgenommen, ist aus meiner Sicht fehl am Platz. Oft ist das Aushalten einer Situation, die für alle Beteiligten anspruchsvoll ist, zentral. Wir wissen, dass sich der Zustand unserer Patientinnen und Patienten schnell verändern kann – jedoch durfte ich auch wiederholt erleben, was der menschliche Körper für ein Wunderwerk der Natur ist.

Manche meiner Patienten sind seit Jahren in einer Substitutionsbehandlung. Auch bei ihnen ist die medikamentöse Therapie nicht jeden Tag gleich. Manchmal ist es von Vorteil, die Gabe des verordneten Substitutionsmedikamentes zu Beginn oder kurz vor dem ärztlichen Gespräch zu ermöglichen. Dies führt zur Stabilisierung der Patientin und in der Folge zu einer für beide Seiten fruchtbaren Konsultation. Die Annahme, die Betroffenen seien dann «zugesdröhnt», ist Nonsens. Wer käme denn auf die Idee, einem «entgleisten Diabetiker» eine medikamentöse Therapie zur Normalisierung seines Blutzuckers vorzuenthalten und erst ein ausführliches Gespräch zu führen. Würde die «entgleiste Hypertonikerin» nicht initial einer entsprechenden Therapie zugeführt werden, so hätte diese wenig Verständnis oder Freude für bzw. an einer Konsultation. Die Substitutionsbehandlung ist für mich eine Dauertherapie einer chronischen Erkrankung und mit keinem Makel verbunden.

Schenken wir unseren Patientinnen und Patienten unser Vertrauen, so werden wir auch ihres erhalten. Dies ist vielleicht nicht im ersten Moment offensichtlich, doch ihr regelmässiges Erscheinen darf in diesem Sinne gewertet werden. Einige Patienten betreuen wir seit 20 Jahren. Das Ziel einer niederschweligen Behandlung sollten aus meiner Sicht, neben der vertrauensvollen Beziehung, die Begleitung und Unterstützung der Person im Team sein – sie sagen uns, was sie brauchen.

Kurz: Ich bereue nicht einen Moment meinen Wechsel in die «Sozialmedizin» (wie man früher sagte) – es ist eine herausfordernde, Freude schenkende Arbeit, die nur in einem guten Team machbar ist. Mein Dank gilt denn auch unserem hervorragenden Team.

daniel.schroepfer[at]
zuerich.ch

