

Schweizerische Ärztezeitung

1075 Editorial
von Carlos Quinto
Innovation?

1108 Medizinethik
**Siegertext des Essay-Wett-
bewerbs Premio Pusterla
Junior 2021**

1112 «Zu guter Letzt»
von Hans Stalder
**Senkung der Gesund-
heitskosten durch
Kostenbeteiligung?**

34 25. 8. 2021



1076 Neue Tabakprodukte
**Wie schädlich E-Zigaretten
tatsächlich sind**



Offizielles Organ der FMH und der FMH Services www.saez.ch
Organe officiel de la FMH et de FMH Services www.bullmed.ch
Bollettino ufficiale della FMH e del FMH Services
Organ uffical da la FMH e da la FMH Services



Verlag

Dr. med. vet. Matthias Scholer, Chefredaktor;
Eva Mell, M.A., Managing Editor;
Julia Rippstein, Redaktorin Print und Online;
Rahel Gutmann, 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: Carlos Quinto

1075 **Innovation?**

1076



AKTUELL: Luciano Ruggia

«Neue» Tabakprodukte: Entwicklungen und Folgen Das neue Tabakproduktegesetz (TPG), welches derzeit vom Parlament ausgearbeitet wird, ist ein Gesetz, das alle tabak- und nikotin-haltigen Produkte regulieren soll. Hier gilt es hervorzuheben, dass elektronische Zigaretten (*electronic nicotine delivery systems* oder ENDS) in der Schweiz in keiner Weise reguliert sind. In seiner heutigen Form wird das TPG nicht viel an dieser Situation ändern und ist im Wesentlichen ein zahnloser Tiger.

ÄRZTEKAMMER

1081 **Ärztetkammersitzung**1082 **Personalien****Weitere Organisationen und Institutionen**

FHNW: Christian Abshagen

1085 **Nachhaltiges Gesundheitswesen****Briefe / Mitteilungen**1088 **Briefe an die SÄZ**1088 **Facharztprüfung / Mitteilungen****Wichtige Sicherheitsinformationen**1089 **Wichtige sicherheitsrelevante Information zu den mRNA-Impfstoffen gegen COVID-19 (COVID-19 Vaccine Moderna und Comirnaty)**1090 **Wichtige sicherheitsrelevante Information zu BEOVU® (Brolucizumab)****FMH Services**1092 **Stellen und Praxen** (nicht online)

Tribüne

THEMA: Johann Steurer

1099 **Die medizinische Aus- und Weiterbildung muss erneuert werden**

Horizonte

PORTRÄT VON CORINNE GURTNER: Julia Rippstein

1102 **Une grande dame de l'anesthésiologie tire sa révérence**

1105 **Preise und Auszeichnungen**

BUCHBESPRECHUNGEN: Jean Martin

1108 **La biodiversité: une question avant tout de santé**

ESSAY-WETTBEWERB: Tobias Eichinger

1109 **Premio Pusterla 2021**

ESSAY-WETTBEWERB: Lotte Habermeyer

1110 **Danke, dass du anders bist**

Zu guter Letzt

Hans Stalder

1112 **Senkung der Gesundheitskosten durch Kostenbeteiligung?**



BENDIMERAD



Wollen Sie keinen Artikel der *Schweizerischen Ärztezeitung* mehr verpassen?

Registrieren Sie sich für den Newsletter und erhalten Sie die neusten Artikel in Ihre Inbox. QR-Code zur Newsletter-Registrierung.

EMH Schweizerischer Ärzteverlag AG, Farnsburgerstrasse 8, CH-4132 MuttENZ,
Tel. +41 (0)61 467 85 55, info@emh.ch

 **EMH Media**
SCHWEIZERISCHER ÄRZTEVERLAG
EDITIONS MEDICALES SUISSES



Scan this code
saez.ch

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 Ärzteverlag 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: Jahresabonnement 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 kommerziell – Keine Bearbeitung 4.0 international» das zeitlich unbeschränkte Recht zu gewähren, das Werk zu vervielfältigen 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 publizierten Angaben wurden mit der grössten Sorgfalt überprüft. Die angegebenen Dosierungen, Indikationen und Applikationsformen, vor allem von Neuzulassungen, sollten in jedem Fall

mit den Beipackzetteln der verwendeten Medikamente verglichen werden.

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

printed in
switzerland



Titelbild:
© Thomas Stephan / Unsplash

Innovation?

Carlos B. Quinto

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



Alles entwickelt sich weiter, alles fliesst. In der aktuellen Ausgabe der SÄZ findet sich ein sehr lesenswerter Artikel zu neuen Produkten, die eine Nikotinabhängigkeit bei Minderjährigen fördern. Heute kann man Nikotin in höheren Dosen unauffälliger einnehmen als früher. Von welchem Produkt die minderjährigen Konsumentinnen und Konsumenten dann schlussendlich nachhaltig und langfristig abhängig bleiben, ist offen. Ein relevanter Anteil von ihnen wird schliesslich täglich Zigaretten rauchen – wie Daten aus dem Ausland zeigen. Die ZHAW hat berechnet, dass das Rauchen in der Schweiz jährlich Gesundheitskosten in Milliardenhöhe verursacht. Zusätzlich werden durch in der Schweiz ansässige ausländische Tabakunternehmen massive Gesundheits- und Umweltkosten im Ausland verursacht.

Der Grund dafür, dass diese Unternehmen ihren Sitz in der Schweiz haben, ist die äusserst liberale Gesetzgebung. Von unserer Profession her sind wir sozial und zugleich als Angehörige eines freien Berufs liberal orientiert. Es gehört aber nicht zu unserem liberalen Verständnis, dass Unternehmen den Weg von Minderjährigen in die Sucht, in die Nikotinabhängigkeit und Unfreiheit bewusst fördern können. Davor müsste ein griffiger Jugendschutz Minderjährige bewahren. Der aktuelle Stand des Gesetzesentwurfs des Tabakproduktegesetzes tut dies nicht. Der Ständerat ist leider nicht seiner Gesundheitskommission gefolgt. So ist denn die Schweiz betreffend Tabakproduktegesetzgebung einsames Schlusslicht in Europa. In ganz anderer Weise wird sonst im Gesundheitsbereich überreguliert. Es besteht keine Kostenexplosion. Das Kostenwachstum liesse sich bereits mit einem moderaten Tabakproduktegesetz, das sich an europäischen Standards orientiert, nachhaltig und signifikant verringern: Es birgt ein Sparpotenzial von einer Milliarde Franken pro Jahr. An der diesjährigen Gesundheitstagung auf dem Stoos wurde von Schweizer Gesundheitsökonominnen aufgezeigt, dass wir aktuell in der Schweiz allenfalls ein Problem mit der Verteilung der Kostenlast im Gesundheitswesen haben, nicht aber mit den Gesundheitskosten an sich. Das Nichterkennen unechter Quoten sei der Grund für die massive Fehleinschätzung durch die Gesundheitspolitik. Gerade im Gesundheitswesen brauchen wir Handlungsspielraum, um auf die individuellen Probleme

und Krankheiten reagieren zu können, die vor einem biopsychosozialen Hintergrund in unterschiedlichsten Kombinationen in der Sprechstunde von Patientinnen und Patienten vorgebracht werden.

Nehmen wir den Strassenverkehr als Grundlage für eine vereinfachte Metapher. Das aktuelle Tabakproduktegesetz ist so gestaltet, wie wenn das Autofahren frei bei Minderjährigen beworben würde, sie zudem relativ mühelos an Fahrzeugschlüssel und Fahrzeuge gelangen würden, ohne ausreichende Fahrschulung. In der Folge kommt es zu mehr Fahrzeugunfällen mit Personen- und Sachschäden. Für die Behebung dieser Personen- und Sachschäden ist die Reparaturwerkstatt «Gesundheitswesen» zuständig. Leider haben sich auch in der Reparaturwerkstatt die Verhältnisse geändert. Als Kunde kann ich nur noch den kleineren Garagen vertrauen. In den grossen geht es nicht mehr um die Indikationsqualität – die Werkstattchefs haben nicht mehr viel zu sagen –, sondern in erster Linie um das betriebswirtschaftliche Ergebnis. Dieses von der

Es ist nicht unser liberales Verständnis, dass es erlaubt ist, Minderjährige systematisch zur Nikotinabhängigkeit zu verführen.

Politik geförderte Verhalten und die betriebswirtschaftliche Orientierung, ebenfalls politisch gefördert, führen zu mehr Kosten. Dies erschreckt wiederum die Politik. Deren Lösung: Deckel drauf. Es wird zwei Jahre im Voraus festgelegt, was es kosten darf. Die Reparaturwerkstatt kann somit nur noch drei statt alle vier Winterräder wechseln und das Licht dann erst im nächsten Jahr reparieren, wenn wieder etwas Geld da ist. Der Lenker bleibt ebenfalls länger arbeits- und fahrunfähig, da er aus Kostengründen erst im folgenden Jahr behandelt werden kann. Treffend hat eine Kollegin in der letzten Ausgabe der *Synapse* formuliert: Wenn das Essen im Topf überkocht, gibt es nur eins: Topf vom Feuer und Deckel weg. Die Ursachen des Feuers sind zu analysieren. Deckel drauf nützt nichts. Nachzulesen in der *Synapse* [1]. Der Strassenverkehr ist glücklicherweise anders geregelt, insbesondere im Bereich Neulenker.

Literatur

1 synapse-online.ch/#toc-bar

Der Artikel zeigt eindrücklich auf, welche neuen Produkte der letzten Jahre Minderjährige zu Nikotinabhängigen machen. Ob diese Minderjährigen in der Schweiz dann bei ENDS bleiben oder zu Heated Tobacco Products und klassischen Tabakprodukten einen Wechsel vollziehen, kann nach Belieben gesteuert werden. Einzig wird das nationale Tabakproduktegesetz, gemäss aktuellem Stand im Parlament, auf diese Steuerung keinerlei relevanten Einfluss haben. Als einzelner vermeidbarer Faktor generiert die Nikotinabhängigkeit die höchsten vermeidbaren Kosten im Gesundheitswesen, was politisch, wider besseres Wissen, toleriert, verantwortet und gewollt ist.

*Dr. med. Carlos B. Quinto, Mitglied des FMH-Zentralvorstandes,
Departementsverantwortlicher Public Health und Gesundheitsberufe*

«Neue» Tabakprodukte: Entwicklungen und Folgen

Luciano Ruggia

Direktor Arbeitsgemeinschaft Tabakprävention Schweiz; Research Fellow ISPM Bern; SSPH+ Fellow

Das neue Tabakproduktegesetz (TPG), welches derzeit vom Parlament ausgearbeitet wird, ist ein Gesetz, das alle tabak- und nikotinhaltigen Produkte regulieren soll. Hier gilt es hervorzuheben, dass elektronische Zigaretten (*electronic nicotine delivery systems* oder ENDS) in der Schweiz in keiner Weise reguliert sind. In seiner heutigen Form wird das TPG nicht viel an dieser Situation ändern und ist im Wesentlichen ein zahnloser Tiger.

Neue Nikotinprodukte: Risiken und Gefahren für Jugendliche

Angesichts zunehmend wirksamer Tabakpräventionsmassnahmen in vielen Ländern und des daraus resultierenden Rückgangs des Konsums hat die Tabakindustrie, die Gewinneinbussen befürchtet, mit der Einführung mehrerer Alternativen zu herkömmlichen Zigaretten reagiert. 2008/09 kamen die ersten ENDS auf den Markt, und seither hat sich der Tabak- und Nikotinkonsum dramatisch verändert. Diese neuen Produkte haben den Schweizer Markt erobert, obwohl die Schweiz im internationalen Vergleich weiterhin einen der letzten Ränge belegt bezüglich Tabakpräventionsmassnahmen [1]. Darüber hinaus explodiert der ENDS-Konsum unter Jugendlichen: Laut einer aktuellen Studie konsumieren 74% der jugendlichen Raucher (13–17 Jahre) ebenfalls ENDS [2].

ENDS: von den grossen Tanks zu den Puff Bars

Hunderte von Marken und Modellen sind heute im Angebot, entweder in Vape-Shops oder auf Websites mit

Tausenden von verschiedenen Geschmacksrichtungen. Diese Produkte werden nicht besteuert, da sie keinen Tabak enthalten, und die Industrie bewirbt sie mit dem Argument der «Risikominderung», obwohl ihre Wirksamkeit bei der Reduzierung des Rauchens aus Sicht der öffentlichen Gesundheit weithin umstritten ist. Die Risiken, die diese Produkte für die Entwicklung einer langfristigen Nikotinabhängigkeit bei jungen

In den USA ist der ENDS-Konsum zwischen 2011 und 2019 um 1800% explodiert.

Menschen darstellen, sind eindeutig nachgewiesen. In den USA zum Beispiel, wo Massnahmen zur Reduzierung des Rauchens in Schulen sehr erfolgreich waren, ist der ENDS-Konsum zwischen 2011 und 2019 um 1800% explodiert [3].

ENDS gibt es in verschiedenen Ausführungen. Die häufigste Form unter Erwachsenen ist die der «Mods», die oft gross und nicht sehr elegant sind, aber die es ihnen erlauben, aus tausenden von verfügbaren Aromen zu wählen oder sogar ihre eigene Mischung und Flüssigkeit zu komponieren und auch wie ein kleiner Chemiker mit der Dosierung von Nikotin zu spielen.



Auf diesem Bild verstecken sich vier elektronische Zigaretten: Finden Sie sie?

Eine andere Art von ENDS, die sehr beliebt ist, sind die «Pods» oder kleinen Einwegkapseln mit verschiedenen Geschmacksrichtungen. Eine grosse und bekannte Pod-Marke, die aber in der Schweiz und in Europa ein echter kommerzieller Misserfolg war, ist Juul. Es sind jedoch noch viele andere ähnliche Marken erhältlich. Wie bei einer bekannten Kaffeemaschine können die Kapseln nur mit der spezifischen Marke der Maschine funktionieren, um den Verbraucher zu binden.

Die tückischste und immer noch wenig bekannte Version der ENDS ist eine neue Klasse von Einweggeräten, wie zum Beispiel die Produkte der Marke Puff Bar. Dabei handelt es sich um eine Aluminiumbox, die bereits eine Batterie und eine aromatisierte Flüssigkeit enthält, sie ermöglicht die Aufnahme einer Nikotinmenge, welche einer Zigarettenschachtel entspricht, d.h. 800 Zügen. Sobald das Gerät leer ist, wird es entsorgt. Es sieht aus wie ein Stabilo Boss, mit hel-

Hat man sich früher auf den Toiletten versteckt, um in der Schule zu rauchen, kann man sich heute hinten im Klassenzimmer aufhalten und unbemerkt paffen.

len Farben und einem schlanken Gehäuse, das kleiner ist als andere ENDS. Diese Geräte, zunehmend in Verkaufsstellen und auch im Internet erhältlich, sind in Schulen massiv im Umlauf. In den vielen Kantonen, die das Mindestalter für den Kauf von ENDS noch nicht angepasst haben, können diese Produkte mit grosser Leichtigkeit gekauft werden. Junge Leute

kaufen sie auch, um sie an Gleichaltrige zu verkaufen.

Die neuen Produkte ermöglichen auch den versteckten (*stealth*) Konsum, wie es bei Snus bereits der Fall ist. Das Gerät tarnt sich nicht nur zwischen den an-

In der Schweiz wurden seit der Einführung von ENDS keine nennenswerten Massnahmen zur Eindämmung des Tabakkonsums ergriffen.

deren Stiften der Teenager, sondern kann im Gegensatz zu herkömmlichen Zigaretten auch unsichtbar konsumiert werden. Hat man sich früher auf den Toiletten versteckt, um in der Schule eine Zigarette zu rauchen, kann man sich heute hinten im Klassenzimmer aufhalten und unbemerkt paffen [4]. Kürzlich sind auch Filter auf dem Markt erschienen, die SLEAV (mysleav.com) genannt werden und an viele Arten von ENDS angepasst werden können, um die Dampf Wolken weiter zu verbergen. Diese Gegenstände sind eindeutig dazu gedacht, diskretes und verstecktes Vaping weiter zu fördern.

Die Heated Tobacco Products (HTP): die Tabak-Toaster

Um das Jahr 2015 ist eine neue Form von Tabakprodukten aufgetaucht: Tabakprodukte zum Erhitzen (HTP, gemäss der Definition der WHO). Die Industrie bewirbt sie unter dem Namen Heat-Not-Burn, um zu betonen, dass diese Geräte im Gegensatz zu Zigaretten den Tabak nicht verbrennen. Die HTP erhitzen kompri-

mierte Tabakstangen nur bis zu 350 °C, was uns zu der Annahme verleitet, dass dieser Prozess besser und weniger schädlich ist als die Verbrennung [5]. Die Industrie, insbesondere in der Schweiz, wirbt für dieses Produkt mit teuren Werbekampagnen und mit Publi-reportagen unter anderem in enger Zusammenarbeit mit einer grossen Zürcher Zeitung, um die unglaubliche technologische Entwicklung zu preisen, die diese Geräte darstellen, und den Wunsch der Industrie, zum Ziel einer «rauchfreien Welt» beizutragen. In Wirklichkeit sind HTP keine innovativen Wunderwerke; ihr technologischer Innovationsgrad lässt sich am ehesten mit dem eines Toasters vergleichen, der statt Toastscheiben komprimierte, mit Zusatzstoffen versehene Tabakstangen röstet.

Ein freier, ja wilder, unregulierter und unkontrollierter Markt für ENDS im Sinne der öffentlichen Gesundheit ist nicht sinnvoll.

Es hat sich gezeigt, dass der von HTP freigesetzte Rauch Elemente aus der Pyrolyse und dem thermischen Abbau enthält, die mit den gefährlichen Bestandteilen im herkömmlichen Zigarettenrauch identisch sind [6]. Das Interesse der Industrie besteht darin, den Markt mit einem Produkt zu besetzen, das ihrer Meinung nach weniger gefährlich ist, welches sie an einen Kundstamm mit höherem sozioökonomischem Niveau verkauft und mit dem sie mehr Gewinn macht als mit Zigaretten [7].

Welche Auswirkungen haben diese Produkte in der Schweiz?

Das Vereinigte Königreich wird oft als Beispiel herangezogen, um zu zeigen, dass ENDS zu einer Verringerung der Zahl der Raucherinnen und Raucher führen und somit zu einer Politik der «Schadensminderung» beitragen, die von der Industrie selbst nun vehement befürwortet wird. Aber das Vereinigte Königreich hat in den letzten Jahren auch andere wichtige Schritte zur Reduzierung des Rauchens unternommen.

Vergleicht man die Schweizer mit dem Vereinigten Königreich, ergeben sich viele Zweifel und Fragen. In der Schweiz wurden seit der Einführung von ENDS keine nennenswerten Massnahmen zur Eindämmung des Tabakkonsums ergriffen, abgesehen von dem 2010 in Kraft getretenen Passivrauchgesetz, das jedoch schwach und unvollständig ist. Die Tabaksteuer wurde seit 2013 nicht mehr erhöht, und die Preise in der

Schweiz sind sehr niedrig, wenn man die Kaufkraft berücksichtigt. In der Schweiz sind ENDS überall erhältlich, sie sind billig, werden nicht besteuert, es gibt keine Beschränkungen für Werbung oder den Verkauf an Minderjährige (ausser in sieben Kantonen).

Trotz der Einführung von ENDS und anderen neuen Produkten ist die Prävalenz des Rauchens in der Schweiz nicht im Geringsten zurückgegangen und liegt nach wie vor bei 27% der erwachsenen Bevölkerung. Ausserdem ist die Schweizer Bevölkerung in den letzten zwölf Jahren um eine Million Menschen gewachsen, was bedeutet, dass wir bei einer Rate von 27%, selbst wenn wir konservativ sind, in absoluten Zahlen leicht 200 000 Raucher «hinzugewonnen» haben, und dies trotz der Einführung von ENDS. Selbst wenn der Nutzen von ENDS im Rahmen der individuellen Raucherentwöhnungsberatung gesehen werden kann, scheint uns klar, dass das Schweizer Beispiel zeigt, dass ein freier, ja wilder, unregulierter und unkontrollierter Markt für ENDS im Sinne der öffentlichen Gesundheit nicht sinnvoll ist. Zudem sind die Gefahren, die ENDS für den Einstieg von Jugendlichen in die Nikotinsucht darstellen, sehr bedeutend und werden in der Schweiz völlig unterschätzt. Das neue Tabakproduktegesetz wird keine Antworten auf diese Fragen geben.

Interessenkonflikte

Der Autor erklärt, dass er keine Interessenkonflikte hat. Insbesondere haben weder AT Schweiz noch der Autor jemals finanzielle Mittel von der Tabak- und Nikotinindustrie oder von Organisationen, die von diesen Industrien abhängig sind oder ihnen nahestehen, erhalten.

Bildnachweis

Thomas Beutler/AT Schweiz

Literatur

- 1 Joossens L, Feliu A, Fernandez E. The Tobacco Control Scale 2019 in Europe 2020.
- 2 Mozun R, Ardua-Garcia C, de Jong CCM, et al. Cigarette, shisha, and electronic smoking and respiratory symptoms in Swiss children: The LUIS study. *Pediatric pulmonology*. 2020. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32716136/>
- 3 Truth Initiative. E-cigarettes: Facts, stats and regulations: Factsheet 2019. Available at: <https://truthinitiative.org/research-resources/emerging-tobacco-products/e-cigarettes-facts-stats-and-regulations>
- 4 Dormanesh A, Allem J-P. New products that facilitate stealth vaping: the case of SLEAV. *Tob Control*. 2021. doi:10.1136/tobaccocontrol-2020-056408 [published Online First: 24 May 2021].
- 5 Barben J, Künzli N. Tabakprävention angesichts neuer Trends. *Swiss Med Forum*. 2019.
- 6 Auer R, Concha-Lozano N, Jacot-Sadowski I, et al. Heat-Not-Burn Tobacco Cigarettes: Smoke by Any Other Name. *JAMA Intern Med*. 2017;177(7):1050–2.
- 7 Ruggia L. Heated Tobacco Products: Deep Dive Switzerland: A Policy Brief 2020.

Donnerstag, 7. Oktober 2021, BERNEXPO Bern

Ärztkeammersitzung

Bereits feststehende Traktanden

- Begrüssung, Mitteilungen
- Budget 2022
- Bestätigungswahlen von nominierten DV-Delegierten und DV-Ersatzdelegierten
- Änderungen in den Statuten
- Änderungen in der Geschäftsordnung
- Änderungen in der Standesordnung
- Überarbeitete SAMW-Richtlinie «Reanimationsentscheidungen»
- Strategie zu den Handlungsmöglichkeiten der Ärzteschaft in der Schweiz zum Klimawandel
- Ambulante Tarifrevision TARDOC
- KVG Art. 58a – Herausforderungen für die Ärzteschaft im Rahmen der Qualitätsverträge
- MAS 2019/2020
- Informationen aus Zentralvorstand, Generalsekretariat, SIWF und Abteilungen
- Varia

**Frist zur Einreichung von neuen Traktanden:
Neue Traktanden sind bis am 1. September 2021 an die Abteilung
Gremienverwaltung und Stab (direction@fmh.ch) einzureichen.**

Personalien

Todesfälle / Décès / Decessi

Hanspeter Schwarz (1945), † 6.8.2021,
Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin,
1789 Lugnorre

Ärztegesellschaft des Kantons Luzern

Zur Aufnahme in unsere Gesellschaft
Sektion Stadt hat sich gemeldet:

Yvonne Albrecht,
Fachärztin für Allgemeine Innere Medizin,
Centramed, Frankenstrasse 2, 6002 Luzern

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

Ärztegesellschaft des Kantons Schwyz

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

Nora Anne Regelin, Fachärztin für Kinder-
und Jugendmedizin, ab August 2021 selbst-
ständig im Ärztehaus Brunnen tätig

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)



www.cochranelibrary.com

Cochrane Library – Evidenz frei Haus

Zuverlässige Evidenz.

Im Netzwerk von Cochrane arbeiten Forscher, Ärzte und Patienten zusammen, um in systematischen Reviews den aktuellen Stand der Forschung zu bewerten und zusammenzufassen – frei von kommerziellen Einflüssen.

Informierte Entscheidungen.

In über 8000 Cochrane Reviews ist das Wissen aus unzähligen Studien zu Therapie, Prävention und Diagnose verfügbar. Das ermöglicht fundierte Entscheidungen in Gesundheitsfragen.

Bessere Gesundheit.

Cochrane Reviews befassen sich mit medizinischen Fragestellungen, die für Patienten relevant sind – damit Evidenzbasierung auch bessere Gesundheit bedeutet.

SAMW und FMH fördern den freien Zugang zur Cochrane Library und setzen sich für die Wissenskultur im Gesundheitswesen ein.





Gesundheit, Umwelt und Sustainable Healthcare

Nachhaltiges Gesundheitswesen

Christian Abshagen

Dr. med., DTM&H, MBA, Leiter Fachstelle Nachhaltigkeit, Universitätsspital Basel, Wissenschaftlicher Mitarbeiter Institut für Ecopreneurship, Hochschule für Life Sciences, Fachhochschule Nordwestschweiz (FHNW)

Immer mehr wissenschaftliche Allianzen rücken die Verflechtung von Gesundheit und Umwelt in den Fokus. In direkter Beziehung dazu unternehmen praxisorientierte Initiativen Anstrengungen, die Auswirkungen des Gesundheitssektors auf die Umwelt zu reduzieren.

Das Gesundheitswesen ist global für ca. 4,4% der Treibhausgasemissionen verantwortlich. Die USA, China und Europa allein verursachen etwa die Hälfte dieser Emissionen [1]. Vor diesem Hintergrund ist die im Oktober 2020 durch den National Health Service (NHS) des Vereinigten Königreichs veröffentlichte Erklärung [2], als erstes Gesundheitssystem der Welt klimaneutral werden zu wollen, ein folgerichtiger Schritt. In einem umfassenden Bericht definiert der NHS Reduktionspfade und Enddaten und übernimmt die Verantwortung für Treibhausgasemissionen bis in die vor- und nachgelagerten Prozesse von Produktion, Entsorgung und Mobilität.

Dieses Statement darf nicht darüber hinwegtäuschen, dass die Umsetzung anspruchsvoll wird und dass alle Gesundheitssysteme diesem Weg folgen sollten.

Auswirkungen des Gesundheitssystems auf die Umwelt

Mindestens genauso wichtig ist es zu realisieren, dass die Einflüsse des Gesundheitssektors auf die Umwelt weit über dessen Treibhausgasemissionen hinausgehen. Beispielfhaft genannt seien:

- **Infrastruktur und Energie:** Alte Gebäude bedürfen energetischer Sanierungen; die Auswahl der Baumaterialien bleibt über den Lebenszyklus umweltrelevant. Hohe Energieverbräuche von Bereichen wie Klimatisierung und Radiologie gilt es zu minimieren.
- **Verpflegung:** Für Patientinnen und Patienten sowie für die Mitarbeiterschaft werden grosse Mengen an Lebensmitteln beschafft, verbraucht oder landen im Abfall. Deren ökologischer Fussabdruck ist durch Landverbrauch, Energie- und Pestizideinsatz, Verbreitung von Monokulturen, den Verlust an Biodiversität und anderes mehr besonders bedeutend.
- **Medikamente:** Die Anzahl in der Schweiz zugelassener und verbrauchter Medikamente steigt infolge technologischen Fortschritts und demographischer Entwicklung. Mikroverunreinigungen in Gewässern stellen eine wachsende Herausforderung dar.
- **Chemikalien:** Ihr Einsatz ist in pharmazeutischer Forschung, Entwicklung und Produktion sowie in klinischer Routine (Labormedizin, Pathologie) und für Reinigung und Desinfektion unerlässlich – mit oftmals nachteiligen gesundheitlichen und ökologischen Effekten.

- **Einwegmaterialien und Abfälle:** Der Einsatz von Einweg-Medizinprodukten nimmt weiter zu. Neben Unmengen von Plastik und Kunststoffen werden selbst hochwertigere Ressourcen wie Metalle unzureichend in geschlossene Kreisläufe gebracht, womit wertvolle Rohstoffe verloren gehen.

Beziehung von Umwelt und menschlicher Gesundheit

Noch wesentlich vielschichtiger als die Einwirkungen des Gesundheitswesens auf die Umwelt sind die Verflechtungen von Umweltzuständen und menschlicher Gesundheit. Vergleichsweise gut erforscht und verstanden sind direkte Effekte, welche auf Basis von Dosis-Wirkungs-Beziehungen und durch epidemiologische Studien greifbar werden. Asbest und Mesotheliom, Feinstaubkonzentration und pulmonale Erkrankungen, Lärmbelastung und kardiovaskuläre Mortalität sind bekannte Beispiele.

In Zeiten der Globalisierung, von Klimawandel und Biodiversitätsverlust jedoch werden die Wechselwirkungen komplexer, langfristiger und teilweise verschärft. Zoonosen werden durch Veränderungen der Landnutzung und Zerstörung natürlicher Habitate begünstigt, globaler Handel und Mobilität erleichtern deren Verbreitung. Die Effekte einer Erwärmung auf die Verbreitung von vektor-übertragenen Krankheiten oder den Nährstoffgehalt von pflanzlichen Nahrungsmitteln stehen exemplarisch für die Verwobenheit von Klimawandel, Biodiversität und menschlicher Gesundheit. Durch Umweltveränderungen ausgelöste oder wahrscheinlicher werdende Naturkatastrophen, Migration und bewaffnete Konflikte verursachen für sich selbst sowohl direkte als auch indirekte Gesundheitsschäden. Zu letzteren gehören Auswirkungen von Umweltveränderungen auf die psychische Gesundheit, die noch unzureichend verstanden werden.

Neben den Herausforderungen können sich aber auch sogenannte Co-Benefits ergeben in der Ernährung, der Mobilität oder der psychischen Gesundheit, bei denen eine Besserstellung der Umwelt mit Zugewinnen für die Gesundheit einhergeht.

In diesem Kontext rücken sogenannte Ökosystemleistungen in den Fokus: Die Umwelt stellt beispielsweise pharmazeutische Wirkstoffe bereit, reguliert und mindert Schadstoffwirkungen und bietet Genesungs- und Erholungswert.

Aktuelle internationale Entwicklungen

An den Schnittstellen von Public Health zu Infektionskrankheiten und Veterinärmedizin sind seit etlichen Jahren akademische Ansätze etabliert, die eine enge Beziehung zwischen Mensch und Umwelt postulieren und beforschen. Am bekanntesten sind der One-Health-Ansatz (organisiert z.B. in der OneHealth platform [3]) und die EcoHealth Alliance [4].

Wesentlich jünger, weiter gefasst und sich global rasch entwickelnd ist die 2016 durch die Rockefeller Foundation und den *Lancet* ins Leben gerufene und an der

Das Gesundheitswesen der Schweiz steht in puncto Nachhaltigkeit erst am Anfang.

Harvard University beheimatete Planetary Health Alliance [5]. Diese befasst sich transdisziplinär und ganzheitlich mit dem Gesundheitszustand der menschlichen Zivilisation und der sie umgebenden Umwelt, von der sie abhängt. Zu ihren Mitgliedern zählen neben den zwei zuvor genannten Initiativen inzwischen weltweit mehr als 240 Universitäten, akademische Einrichtungen und Organisationen.

Eine vergleichbare, aber praxisorientiertere Entwicklung lässt sich auch aufseiten von ökologischer Nachhaltigkeit im Gesundheitswesen (Sustainable Healthcare) beobachten. Der eingangs zitierte NHS hat ein Center for Sustainable Healthcare [6] etabliert, das den Wandel des NHS zu einem nachhaltigeren Gesundheitswesen gestaltet. In den skandinavischen Ländern existiert mit dem Nordic Center for Sustainable Healthcare [7] ein Pendant. Unbedingt zu erwähnen ist die global tätige Non-Profit-Organisation Healthcare without harm [8], deren Mission es ist, das Gesundheitswesen zu ökologischer Nachhaltigkeit zu transformieren und die durch ihre ca. 1500 Mitglieder weltweit etwa 43 000 Spitäler und Gesundheitszentren repräsentiert.

Welche Lücken gibt es in der Schweiz?

Trotz dieser dynamischen Entwicklungen steht das Schweizer Gesundheitswesen erst am Anfang. Herausforderungen gilt es, auf verschiedenen Ebenen zu adressieren:

- **Studentische Ausbildung:** Bislang wird erst in einer Minderheit der Medizinstudiengänge zu gesundheitlichen Auswirkungen von Umweltveränderungen

FHNW bietet ab 2022 «CAS Gesundheit und Umwelt» an

Seit März 2021 ist die Hochschule für Life Sciences der Fachhochschule Nordwestschweiz Mitglied in der Planetary Health Alliance. Ab Frühjahr 2022 wird die Hochschule mit dem «CAS Gesundheit und Umwelt» ein neues Certificate in Advanced Studies anbieten, welches in das etablierte MAS-Programm (Master in Advanced Studies) in Umweltechnik und -management integriert sein wird. Das «CAS Gesundheit und Umwelt» wird die Ansätze von Planetary Health und Sustainable Healthcare miteinander verbinden und soll Teilnehmerinnen und Teilnehmer aus allen Berufsgruppen und alle, die im Gesundheitssektor tätig sind, ansprechen. Der Kurs ist «siwf approved», womit bei einer Teilnahme 25 Credits für ärztliche Fortbildung erworben werden können.

gen und ökologischer Nachhaltigkeit gelehrt. Die Association for Medical Education in Europe (AMEE) hat dieses Defizit erkannt und fordert in ihrem Konsensuspapier, dass Ausbildung in ökologisch nachhaltiger Gesundheitsversorgung und Planetary Health als transversale Themen in die Curricula integriert werden sollen [9].

- **Weiterbildung:** Für die heute im Schweizer Gesundheitswesen Berufstätigen gibt es kaum Angebote, um sich zu den genannten Themenkomplexen fortzubilden. Da etliche Herausforderungen nur transdisziplinär, berufsgruppenübergreifend und durch enge Zusammenarbeit der verschiedenen Stakeholder gelöst werden können, sollten solche Angebote idealerweise breit zugänglich sein.
- **Forschung:** Es existiert eine Vielzahl an Forschungslücken, welche auf verschiedenen Ebenen und durch die Kooperation akademischer Institutionen mit der Privatwirtschaft geschlossen werden können. Das Forschungskonzept Umwelt 2021 bis 2024 des Bundesamtes für Umwelt identifiziert «Gesundheit und Umwelt» als eines von fünf zentralen Forschungsthemen, das ressortübergreifend für die Bundesstellen von hohem Interesse ist [10].
- **Praxis:** Funktionen in Spitälern und Gesundheitseinrichtungen, welche sich mit der strategischen Ausrichtung auf und der Transformation hin zu ökologischer Nachhaltigkeit befassen, sind – im Gegensatz zur privaten Wirtschaft – noch viel zu wenig etabliert.

Die Zeit war nie reifer als in einer Covid-Welt, diese Herausforderungen gemeinsam anzugehen. Der Zusammenschluss der nationalen Akademien der Wissenschaften der EU-Staaten, Norwegens und der Schweiz (EASAC) hat dies jüngst so formuliert: «Addressing climate change, loss of biodiversity and resource depletion cannot avoid addressing the underlying drivers of unsustainable consumption and production patterns in society's core systems» [11].

Literatur

- 1 Health Care Without Harm. Health care climate footprint report. 2019. <https://noharm-uscanada.org/ClimateFootprintReport>
- 2 Delivering a 'Net Zero' National Health Service. NHS England and NHS Improvement. October 2020.
- 3 <https://onehealthplatform.com/>
- 4 <https://www.ecohealthalliance.org/>
- 5 <https://www.planetaryhealthalliance.org/planetary-health>
- 6 <https://sustainablehealthcare.org.uk/>
- 7 <https://nordicshc.org/>
- 8 <https://noharm.org/>
- 9 Shaw E, Walpole S, McLean M, Alvarez-Nieto C, Barna S, et al. AMEE Consensus Statement: Planetary health and education for sustainable healthcare. Medical Teacher, 2021.
- 10 Forschungskonzept Umwelt 2021–2024. Forschungsbereiche und prioritäre Forschungsthemen. Bundesamt für Umwelt (BAFU, Hrsg.), Bern. Umwelt-Info. 2020;2009:82.
- 11 Towards a sustainable future: transformative change and post-COVID-19 priorities. A perspective by EASAC's Environment Programme. European Academies Science Advisory Council (easac). perspective. October 2020, ISBN: 978-3-8047-4199-7.

Bildnachweis

Oleksii Donenko | Dreamstime.com

Das Wichtigste in Kürze

- Wissenschaftliche Zusammenschlüsse wie die Planetary Health Alliance erforschen die Verflechtungen von menschlicher Gesundheit und globalen Umweltveränderungen.
- In den Blick rücken hierbei auch die erheblichen Auswirkungen des Gesundheitssystems selbst auf die Umwelt, welches zum heutigen Stand nicht nachhaltig ist.
- Die Schweiz steht im Bereich der Sustainable Healthcare noch mehreren Herausforderungen gegenüber, denen durch eine Intensivierung der Forschungsaktivitäten und einen Ausbau der Aus- und Fortbildungsangebote begegnet werden muss.

L'essentiel en bref

- Des alliances scientifiques telles que la Planetary Health Alliance explorent les interconnexions entre la santé humaine et les changements environnementaux globaux.
- L'accent est également mis sur l'impact considérable du système de santé lui-même sur l'environnement, système qui n'est pas durable à l'heure actuelle.
- La Suisse se trouve face à plusieurs défis en matière de système de santé durable (Sustainable Healthcare), qu'il convient de relever en intensifiant les activités de recherche et en développant les possibilités d'éducation et de formation.

Dr. med.
Christian Abshagen,
Institut für Ecopreneurship
Hochschule für Life Sciences
Fachhochschule Nordwest-
schweiz
Hofackerstrasse 30
CH-4132 Muttenz
[christian.abshagen\[at\]
fhnw.ch](mailto:christian.abshagen[at]fhnw.ch)

Briefe an die SÄZ

Amtsgeheimnis gegen Arztgeheimnis

Brief zu: Niederer W. Zum Arztgeheimnis.
Schweiz Ärztztg. 2021;102(26):882.

Kollege Niederer hat in seinem Leserbrief die FMH aufgefordert, «dafür zu kämpfen, dass Aufsichtsbehörden nicht berechtigt sind, Auskunft über medizinische Befunde zu verlangen, es sei denn, der Patient gäbe ausdrücklich und schriftlich seine Einwilligung dazu». Er reagierte auf zwei Publikationen von Juristen in der SÄZ, die auf eine Auskunftspflicht der Ärzteschaft hinwiesen [1, 2]. Ich kann ihn

in seiner Entrüstung verstehen. Der Anwalt eines klagenden Patienten hat nach langen mühsamen Verhandlungen bei der Staatsanwaltschaft nun auch noch beim Ehrenrat der Ärztesellschaft ein Verfahren verlangt. Als Präsident bat ich die Staatsanwaltschaft, Einsicht in die umfangreichen Akten der Behörde nehmen zu können, damit wir mit den Abklärungen nicht vorne anfangen müssen. Wir erhielten folgende Antwort: «Gemäss Art. 101 Abs. 3 StPO können Dritte Akten während eines hängigen Verfahrens einsehen, wenn sie dafür ein wissenschaftliches oder ein anderes schützenswertes Interesse geltend

machen und der Einsichtnahme keine überwiegenden öffentlichen oder privaten Interessen entgegenstehen.» Der Ehrenrat hat auf eine ausführliche schriftliche Begründung verzichtet und das eingeleitete Verfahren gemäss Art. 49 StaO FMH sistiert. Für eine standesrechtliche Institution ist offensichtlich die Hürde für eine Auskunftspflicht deutlich höher als für eine Aufsichtsbehörde.

Dr. med. Rudolf Ott, Biel-Benken

- 1 Schweiz Ärztztg. 2021;102(24):799–800.
- 2 Schweiz Ärztztg. 2021;102(17):585–6.

Mitteilungen

Facharztprüfung

Facharztprüfung zur Erlangung des Facharztstitels für Chirurgie

Datum

Dienstag bis Freitag, 3. bis 6. Mai 2022

Dienstag bis Freitag, 15. bis 18. November 2022

Ort

Lindenhofspital

Bremgartenstrasse 117, 3012 Bern

Anmeldefrist

Donnerstag, 20. Januar 2022

für Prüfungen im Mai 2022

Donnerstag, 21. Juli 2022

für Prüfungen im November 2022

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

Bereich. Infrage kommen theoretische, experimentelle oder klinische Arbeiten (MD-, PhD- oder Master-Thesis) im Bereich der klinischen Pharmakologie und Toxikologie. Die Arbeit muss von einer schweizerischen Universität in den zwei vorhergehenden Jahren des Eingabjahres akzeptiert worden sein. Der Autor/die Autorin sollte nicht älter als 40 Jahre sein, die Mitgliedschaft in der SGKPT hingegen ist keine Bedingung für die Vergabe dieses Preises.

Das Manuskript der Arbeit (bei mehr als 10 A4-Seiten mit einer Zusammenfassung) in einer der vier Landessprachen oder in Englisch ist dem Sekretär der SGKPT einzusenden (Adresse siehe <http://www.clinpharm.ch>). Eine Kopie der Imprimatur, Curriculum Vitae und, falls vorhanden, eine Liste der Publikationen sollten dem Dossier ebenfalls beigelegt werden. Das Dossier sollte elektronisch übermittelt werden (PDF-Format). Die Einreichfrist endet am 1.3.2022.

1st prize: CHF 5000

2nd prize: CHF 3000

3rd prize: CHF 2000

Rules:

- The published work has to be published in a peer-review journal between 1.1.2020 and 30.6.2021.
- The published work must have been conducted mainly in Switzerland.
- The applicant has to be the first author of the publication.
- Young applicants <45 years old are encouraged.
- The winners are expected to present their work at the annual meeting of the SSH (5-minute presentation).

Deadline for application: 31.12.2021

Schweizerische Gesellschaft für Klinische Pharmakologie und Toxikologie (SGKPT)

Um junge Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftler im Bereich der klinischen Pharmakologie und Toxikologie zu unterstützen und zu fördern, vergibt die Schweizerische Gesellschaft für Klinische Pharmakologie und Toxikologie (SGKPT) jedes Jahr einen mit CHF 1000 dotierten Preis für die beste Arbeit in diesem

2021 Hypertension Best Publication Award of the Swiss Society of Hypertension (SSH)

The SSH has the privilege to announce the first Publication Award of the SSH. The prize will be awarded to the three best publications in the field of clinical hypertension. The prize is supported by a generous grant from Servier (Suisse) SA.

The applications should include the published work, a short description of the significance of the work, a CV of the applicant.

The documents have to be sent by mail to: [info\[at\]swisshypertension.ch](mailto:info[at]swisshypertension.ch)

The jury is composed of members of the SSH. Selection will be based on scientific (originality, methodology) and clinical excellence.

Basel/Zürich, 12.8.2021

Wichtige sicherheitsrelevante Information zu den mRNA-Impfstoffen gegen COVID-19 (COVID-19 Vaccine Moderna und Comirnaty)

Risiko für Myokarditis und Perikarditis

Moderna Switzerland GmbH und Pfizer AG möchten Sie in Abstimmung mit Swissmedic über Folgendes informieren:

Zusammenfassung und Empfehlung für Fachpersonen

- Fälle von Myokarditis und Perikarditis wurden sehr selten nach einer Impfung mit den COVID-19-mRNA-Impfstoffen COVID-19 Vaccine Moderna und Comirnaty berichtet.
- Die Fälle traten primär innerhalb von 14 Tagen nach der Impfung auf, und zwar häufiger nach der zweiten Dosis und bei jüngeren Männern.
- Vorliegende Daten lassen vermuten, dass der Verlauf von Myokarditis und Perikarditis nach der Impfung ähnlich ist wie der Verlauf von Myokarditis und Perikarditis im Allgemeinen.
- Fachpersonen sollten auf die Zeichen und Symptome von Myokarditis und Perikarditis achten.
- Fachpersonen sollten geimpfte Personen darauf hinweisen, im Falle von Brustschmerzen, Kurzatmigkeit oder Palpitationen sofort medizinische Beratung und Hilfe einzuholen.

Hintergrundinformationen

Die COVID-19-mRNA-Impfstoffe COVID-19 Vaccine Moderna und Comirnaty haben in der Schweiz eine befristete Zulassung zur aktiven Immunisierung zur Vorbeugung von COVID-19 durch das SARS-CoV-2-Virus bei Personen im Alter ab 12 Jahren.

Myokarditis und Perikarditis wurden in Verbindung mit den COVID-19-mRNA-Impfstoffen beschrieben.

Swissmedic hat alle verfügbaren Daten überprüft und ist zu dem Schluss gekommen, dass zwischen COVID-19-mRNA-Impfstoffen und Myokarditis und Perikarditis zumindest möglicherweise ein kausaler Zusammenhang bestehen könnte. Die Rubriken «Warnhinweise und Vorsichtsmassnahmen» und «Unerwünschte Wirkungen» der Fachinformationen werden entsprechend aktualisiert.

Die aktualisierten Arzneimitteltexte werden unter www.swissmedicinfo.ch publiziert.

Der Nutzen der Impfung überwiegt auch weiterhin alle möglichen Risiken.

Bis zum 20. Juli 2021 wurden von Swissmedic im Zusammenhang mit COVID-19-Impfstoffen 40 Fall-Meldungen über Myokarditis und/oder Perikarditis aus der Schweiz erhalten und ausgewertet. Die Meldungen betreffen 7 Frauen und 31 Männer, in zwei Fällen ist das Geschlecht nicht bekannt. Das mittlere Alter liegt bei 45,5 Jahren (Spanne 18–88 Jahre). Neun Meldungen betreffen Comirnaty und 30 Meldungen den COVID-19-Impfstoff von Moderna, einmal fehlt diese Angabe.

Bis zum 19. Juli 2021 wurden in der Schweiz rund 5,7 Millionen Dosen von COVID-19 Vaccine Moderna und 2,9 Millionen Dosen von Comirnaty verabreicht.

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.

Diese Arzneimittel unterliegen einer zusätzlichen Überwachung. Dies ermöglicht eine schnelle Identifizierung neuer Erkenntnisse über die Sicherheit. Angehörige von Gesundheitsberufen sind aufgefordert, den Verdacht einer neuen oder schwerwiegenden Nebenwirkung zu melden.

Beilagen

Für weitere Informationen verweisen wir auch auf die Arzneimittelfachinformationen von COVID-19 Vaccine Moderna und Comirnaty unter <http://www.swissmedicinfo.ch>

Kontaktangaben der Inhaber der Zulassungen

Sollten Sie weitere Fragen haben oder zusätzliche Informationen benötigen, wenden Sie sich bitte an:

Moderna Switzerland GmbH
Moderna Medical information
Tel.: 0800110340
EMEMedinfo@modernatx.com

Pfizer AG
Pfizer Medical Information
Tel.: +41 43 495 71 11
medical.information@pfizer.com

Rotkreuz, August 2021

Wichtige sicherheitsrelevante Information zu BEOVU® (Brolucizumab)

Erste Ergebnisse einer klinischen Studie deuten auf eine erhöhte Inzidenz intraokularer Entzündungen (IOI) einschliesslich retinaler Vaskulitis (RV) und retinalem Gefässverschluss (RO) bei einer Dosierung von Brolucizumab alle 4 Wochen über die ersten drei Dosen hinaus («Aufsättigungsphase») im Vergleich zu Aflibercept hin.

Novartis möchte Sie in Absprache mit Swissmedic über Folgendes informieren:

Zusammenfassung

- Ein neu auftretendes Sicherheitssignal bezüglich einer erhöhten Inzidenz intraokularer Entzündungen (IOI) und damit zusammenhängenden unerwünschten Ereignissen einschliesslich retinaler Vaskulitis (RV) und retinalem Gefässverschluss (RO) wurde basierend auf den ersten interpretierbaren Ergebnissen (FIR) der Studie CRTH258AUS04 (MERLIN) bei Patienten mit einer neovaskulären altersbedingten Makuladegeneration (nAMD) mit einer Dosierung alle 4 Wochen über die ersten drei Dosen hinaus beobachtet.
- Es wurde ein vermehrtes Auftreten von IOI, einschliesslich RV und RO, in der Behandlungsgruppe mit Brolucizumab 6 mg alle 4 Wochen im Vergleich zu Aflibercept 2 mg alle 4 Wochen festgestellt.
- Nach den ersten drei Dosen sollten Sie Patienten mit Beovu 6 mg nicht in kürzeren Zeitabständen als 8 Wochen behandeln.

Hintergrundinformationen

Brolucizumab ist ein Inhibitor des humanen vaskulären endothelialen Wachstumsfaktors (VEGF), der zur Behandlung der neovaskulären (feuchten) altersbedingten Makuladegeneration (nAMD) indiziert ist.

Ein-Jahres-Ergebnisse der Studie CRTH258AUS04 (MERLIN)

Die Studie CRTH258AUS04 (MERLIN) ist eine 2-jährige multizentrische, randomisierte, doppelmaskierte Phase-3a-Studie zur Beurteilung der Sicherheit und Wirksamkeit von Brolucizumab 6 mg alle 4 Wochen im Vergleich zu Aflibercept 2 mg alle 4 Wochen bei Patienten mit neovaskulärer altersabhängiger Makuladegeneration (nAMD) mit persistierender Exsudation von Netzhautflüssigkeit. Die Studie wird ausschliesslich in den USA durchgeführt und die Rekrutierung umfasst vorbehandelte nAMD-Patienten mit hochfrequentem Behandlungsbedarf.

- Der primäre Endpunkt der Nichtunterlegenheit in Bezug auf die bestmöglich korrigierte Sehschärfe (BCVA) nach 52 Wochen wurde für Brolucizumab 6 mg gegenüber Aflibercept 2 mg erreicht. Die Gesamtrate des Verlusts der Sehschärfe (15 Buchstaben oder mehr) infolge jeglicher Ursache betrug 4,8% in der Brolucizumab-Gruppe und 1,7% in der Aflibercept-Gruppe.
- Es wurde ein vermehrtes Auftreten von IOI einschliesslich RV, und RO in der Behandlungsgruppe mit Brolucizumab 6 mg alle 4 Wochen im Vergleich zu Aflibercept 2 mg alle 4 Wochen berichtet (IOI: 9,3% vs. 4,5% (RV: 0,8% vs. 0,0%); RO: 2,0% vs. 0,0%).

Empfehlungen für Fachpersonen

In der Fachinformation beträgt die empfohlene Dosis für Beovu 6 mg (0,05 ml), verabreicht als intravitreale Injektion, wobei die ersten drei Injektionen im Abstand von 4 Wochen (monatlich) erfolgen. Danach wird Beovu alle 12 Wo-

chen (3 Monate) verabreicht. Das Behandlungsintervall kann auf alle 8 Wochen (2 Monate) angepasst werden. Der Arzt kann die Behandlungsintervalle je nach Krankheitsaktivität individuell festlegen, gemessen an der Sehschärfe bzw. den anatomischen Parametern.

Angesichts des neu aufgetretenen Sicherheitssignals sollten Sie Patienten mit Beovu 6 mg nicht in kürzeren Zeitabständen als 8 Wochen behandeln.

Novartis arbeitet mit den Gesundheitsbehörden zusammen, um die Erkenntnisse aus den 1-Jahres-Ergebnissen der MERLIN-Studie in überarbeiteten Fachinformationen zu berücksichtigen. Die aktualisierten Arzneimittelinformationen werden auf der Website von Swissmedic unter www.swissmedicinfo.ch publiziert werden.

Meldung unerwünschter Wirkungen

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

Kontaktangaben

Sollten Sie Fragen haben oder zusätzliche Informationen zur Anwendung von Beovu® benötigen, wenden Sie sich bitte an swiss.medinfo@novartis.com (Tel. 0800 63 34 63).

Sie werden ausserdem gebeten, genaue Angaben zur Charge des betreffenden Produkts zu machen.



Rechtsschutz

| Einfach zu
seinem Recht
kommen

Sonderkon-
ditionen für
Mitglieder von
FMH Services

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

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

INSURANCE

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



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

Die medizinische Aus- und Weiterbildung muss erneuert werden

Johann Steurer

Prof. em. Dr. med., Universität Zürich

Die Struktur des Medizinstudiums basiert immer noch auf der Vorstellung, dass es die *eine* ärztliche Fachperson gibt, obwohl sich die Medizin in über 40 Disziplinen aufgeteilt hat. Es ist daher an der Zeit, früher im Studium mit der Ausbildung in einer der Disziplinen zu beginnen, um damit auch die Dauer der Aus- und Weiterbildung zu verkürzen.

In den vergangenen Jahrzehnten nahm das Wissen, das für die kompetente Ausübung eines ärztlichen Berufes notwendig ist, kontinuierlich zu. Dies führte zu einer Differenzierung der Medizin in verschiedene Disziplinen, und als Folge davon gibt es heute in der Schweiz 46 unterschiedliche Facharztstitel.

Die beträchtliche Zunahme des zu vermittelnden Wissens in der Medizin wirft die Frage auf, welcher Teil dieses Wissens im Medizinstudium gelehrt und geprüft werden soll. Eine erste Antwort lieferten der Lernzielkatalog von 2002 und die zweite Version von 2008. Der Katalog wurde danach gründlich überarbeitet und 2016 durch ein neues Dokument, das nun PROFILES (Principal Objectives For Integrated Learning and Education in Switzerland) genannt wird, ersetzt.

Konzeptionell und strukturell hatte und hat die Differenzierung der Medizin in die verschiedenen Disziplinen für die medizinische Ausbildung bisher keine Bedeutung. Es scheint immer noch *den einen Arzt* respektive *die eine Ärztin* zu geben, die es auszubilden

gilt. Die einzigen Ausnahmen sind die Zahnmedizin (vom Beginn der universitären Ausbildung im frühen 20. Jahrhundert an) und seit ein paar Jahren die Chiropraktik. Hier erhalten die Studierenden nach einem zwei- respektive vierjährigen gemeinsamen Grundstudium mit den übrigen künftigen Medizinerinnen und Medizinern eine disziplinspezifische Ausbildung. Im Gegensatz zur Medizin haben die Entwicklungen in den Ingenieurwissenschaften schon vor Jahrzehnten zu einer Reform der Ausbildung geführt. Nach einem Grundstudium von zwei Jahren entscheiden sich die Studierenden für eine der Disziplinen wie Elektrotechnik oder Maschinenbau.

Status quo:

Spezialisierung nach dem Masterstudium

In der Medizin erfolgt die Spezialisierung erst nach dem Studium, nämlich in der Weiterbildung zum Facharzt respektive zur Fachärztin. Aus- und Weiterbildung, die Voraussetzung für eine selbständige Berufsausübung sind, dauern mindestens zwölf Jahre, meist länger. Das durchschnittliche Alter bei Erhalt des ersten Facharztstitels lag 2020 laut Statistik des Schweizerischen Instituts für Weiter- und Fortbildung bei 36,6 Jahren.

Aus- und Weiterbildung dauern lang, zu lang. Es gibt keinen anderen Beruf, in dem jemand bis zur selbständigen Berufsausübung so alt werden muss. Die Auswirkungen dieser langen Dauer sind vor allem für Frauen bei der Familienplanung eine Herausforderung. Zwei Drittel aller Studierenden der Medizin in der Schweiz sind Frauen. Es ist sowohl wünschenswert als auch machbar, dass die Weiterbildung zum Facharzt spätestens mit dem Erreichen des dreissigsten Lebensjahres abgeschlossen werden kann.



Nach dem Medizinalberufegesetz (Kap. 2, Art. 3, Abs. 2) ist das Ziel des Medizinstudiums die Vermittlung der Grundlagen «zur Berufsausübung im betreffenden Medizinalberuf». Da es in der Medizin nicht den einen Beruf gibt, sondern 46 verschiedene Berufe – die Tätigkeiten eines Allgemeinmediziners und einer Gynäkologin sind so unterschiedlich, dass es inkorrekt ist, von einem einzigen Beruf zu sprechen –, stellt sich die Frage, was mit den im Gesetz erwähnten Grundlagen für die einzelnen Berufe gemeint ist. Das Medizinstudium ist seit hundert Jahren so strukturiert, als ob diese Grundlagen für alle Berufe identisch und sechs Jahre für deren Vermittlung nötig wären. Folglich ist ein Grossteil dessen, was an sogenannten Grundlagen vermittelt wird, wenige Wochen nach den Prüfungen vergessen und wird im späteren Berufsleben nie mehr benötigt. Die einen schätzen diesen Anteil an für die spätere Berufsausübung irrelevantem Wissen auf mindestens die Hälfte, andere auf 80 Prozent (genau festlegen lässt sich das nicht). Welcher Teil dieser in sechs Jahren gelehrt Grundlagen relevant ist, lässt sich nicht verallgemeinernd sagen, sondern ist von der späteren beruflichen Tätigkeit abhängig. Ein noch zu definierender Teil dieses Wissens ist aber für alle Medizinerinnen und Mediziner relevant.

Die drei Tatsachen,

- dass es *den einen Arzt/die eine Ärztin*, der/die einen Überblick über die gesamte Medizin hat, nicht gibt, sondern es sich dabei um ein überholtes Gedankenkonstrukt handelt,
- dass den Studierenden viele Grundlagen vermittelt werden, die für ihre spätere Berufsausübung irrelevant sind, und
- dass die kostspielige Aus- und Fortbildung sehr lange dauert,

wären Grund genug für eine umfassende Reform der medizinischen Aus- und Weiterbildung.

Das leitende Prinzip einer grundlegenden Reform ist eine *frühere Spezialisierung* in einer der medizinischen Disziplinen, wie sie in der Abbildung 2 schematisch dargestellt ist.

Wünschenswert: nach dem Grundstudium die Spezialisierung

Anstelle des aktuellen Systems sollte die Spezialisierung, die mit einem Master- und danach mit einem Facharzttitle abgeschlossen wird, nach einem kürzeren *Grundstudium* und nicht erst nach einem sechsjährigen Studium beginnen.

Das Grundstudium würde aus zwei Teilen bestehen. Im ersten Teil wird gelehrt, was alle Studierenden, unabhängig von der Disziplin, in der sie im späteren Berufsleben tätig sein werden, wissen und können müssen. Dazu gehören Kenntnisse über die Anatomie und die Funktion des menschlichen Körpers, die Theorie der Medizin (Konzepte und Prinzipien der Medizin) oder die Kommunikation mit Patientinnen und Patienten. Diese Aufzählung ist keineswegs vollständig. Die konkreten Inhalte müssten von einem interdisziplinären Gremium, bestehend vorwiegend aus praktizierenden Ärztinnen und Ärzten, erarbeitet werden. Im zweiten Teil des Grundstudiums werden die Studierenden über die verschiedenen Disziplinen der Medizin ausführlich informiert und erhalten die Möglichkeit, einige davon, beispielsweise durch Praktika, vertieft kennenzulernen. Diese Erfahrungen sind notwendig, um sich für das Masterstudium in einer der Disziplinen entscheiden zu können.

Aus verschiedenen Gründen, vor allem organisatorischen, wäre es nicht sinnvoll, 46 Masterstudiengänge zu entwickeln und anzubieten. Eine derartige Liste müsste gröber ausfallen und würde wahrscheinlich die folgenden Disziplinen beinhalten: Allgemeine Innere Medizin, Pädiatrie, Chirurgie, Psychiatrie, Neurologie, Radiologie, Gynäkologie/Geburtshilfe, Ophthalmologie und Oto-Rhino-Laryngologie. Diese Liste ist nicht umfassend, sondern als Diskussionsgrundlage für die Erstellung eines Sets an möglichen Master-

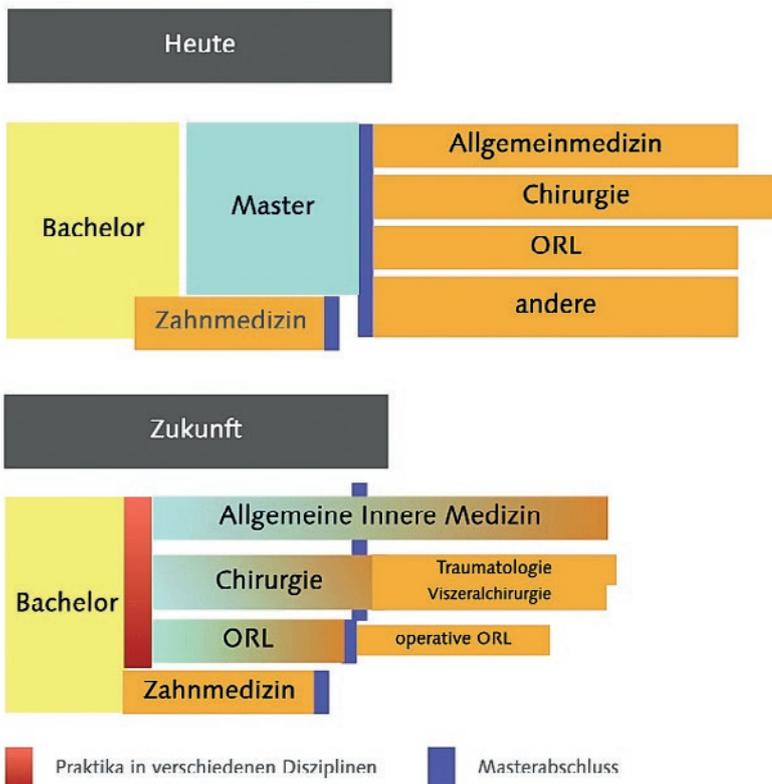


Abbildung 2: Grundstruktur der derzeitigen Aus- und Weiterbildung heute und das Konzept für die zukünftige Aus- und Weiterbildung.

studiengängen zu betrachten. Die Curricula der einzelnen Masterstudiengänge sollten voneinander nicht vollkommen unabhängig sein. Beispielsweise wären Studierende des Masterstudiums in Ophthalmologie verpflichtet, einen Teil des Inhalts des Masterstudiengangs Allgemeine Innere Medizin zu lernen. Denn das Wissen über Vaskulitiden und Diabetologie ist für beide Fachrichtungen wichtig.

Ein Teil der Weiterbildungsinhalte könnte im beschriebenen Modell bereits im Masterstudium gelehrt werden. Mit der Reduktion der Lehrinhalte auf das Wesentliche und der Vermittlung von Weiterbildungsinhalten können die Weiterbildungszeit und damit die Zeit bis zum Erhalt des Facharztstitels verkürzt werden. Ziel ist es, mit einer qualitativ hochstehenden Lehre, fokussiert auf die für die jeweilige Disziplin relevanten Wissensinhalte, kompetente Medizinerinnen und Mediziner auszubilden.

Einwände gegen eine derartige Reform

Aus den Reaktionen bei Diskussionen dieses Vorschlags sind mir die Einwände gegen eine solche Reform zumindest teilweise bekannt. Sie lassen sich in vier Punkten zusammenfassen:

1. *Die frühe Entscheidung für eine Disziplin ist eine zu schwierige Aufgabe für viele Studierende.* Es gibt im zweiten Teil des Grundstudiums genügend Zeit, um die angehenden Medizinerinnen und Mediziner sorgfältig auf diese Entscheidung vorzubereiten. Vertreter der unterschiedlichen Disziplinen stellen ihre Disziplin ausführlich vor. Zudem ist es gedacht, dass die Studierenden in mehreren Disziplinen ein Praktikum absolvieren könnten – wie Jugendliche, die sich für eine Berufslehre entscheiden müssen –, um sich ein Bild der unterschiedlichen Disziplinen und des zukünftigen Berufs zu machen.
2. *Die Bedeutung der vorklinischen/theoretischen Fächer nimmt ab.* Dieses Argument kann damit entkräftet werden, dass Vertreter der Grundlagenfächer, zum Beispiel der Anatomie oder der Zellbiologie, auch in den verschiedenen Masterstudiengängen und in der Weiterbildung lehren.
3. *Ein so reformierter schweizerischer Masterabschluss wird im Ausland nicht anerkannt.* Ob die Abschlüsse nach neuartig orientiertem Medizinstudium anerkannt würden, ist noch nicht voraussehbar. Die Reform hat zum Ziel, die Qualität der medizinischen Aus- und Weiterbildung zu verbessern. Bei gleichbleibender oder höherer Qualität der Schweizer Abschlüsse ist nicht einzusehen, weshalb diese im Ausland nicht akzeptiert werden sollten. Ähnliche Reformen sind auch in anderen Ländern denk-

bar. Zudem werden in der Schweiz in erster Linie Fachkräfte für den hiesigen Bedarf ausgebildet. Schliesslich steht die Frage im Raum, ob wegen jener schätzungsweise weniger als fünf Prozent der Absolventinnen und Absolventen, die möglicherweise einmal im Ausland eine Praxis eröffnen möchten, eine grundlegende Reform der Aus- und Weiterbildung blockiert werden darf. Der allergrösste Teil derjenigen, die ins Ausland gehen, tut dies zu Forschungszwecken; wozu bereits heute kein anerkannter Facharztabschluss nötig ist.

4. *Den so Ausgebildeten fehle am Ende des Studiums die medizinische Allgemeinbildung.* Das Medizinstudium ist eine berufsvorbereitende Ausbildung (laut Medizinberufe-Gesetz vermittelt die Ausbildung die Grundlagen für die Berufsausübung) und keine allgemeinbildende Ausbildung. (Zudem hat meines Wissens noch niemand spezifiziert, was eine medizinische Allgemeinbildung beinhalten würde.)

Es ist an der Zeit, eine grundlegende und nicht nur kosmetische Reform des Medizinstudiums durchzuführen. Dass sich die Medizin in verschiedene Disziplinen aufgespalten hat, sollte sich auch in der Konzeption der Ausbildung durch eine frühere Spezialisierung spiegeln. Damit kann die Dauer der Aus- und Weiterbildung verkürzt werden, ohne dass die Qualität der Wissensvermittlung und schliesslich der medizinischen Versorgung geschmälert wird.

Bildnachweise

Abb. 1: Robert Kneschke | Dreamstime.com

Abb. 2: Johann Steurer

Das Wichtigste in Kürze

- Die heutige Konzeption des Medizinstudiums trägt der Aufschlüsselung in 46 verschiedene Disziplinen nicht Rechnung.
- Heute erfolgt die Spezialisierung nach dem sechsjährigen Medizinstudium. Aus- und Weiterbildung, die Voraussetzung für eine selbständige Berufsausübung sind, dauern mindestens zwölf Jahre. Die negativen Auswirkungen dessen zeigen sich etwa in der Familienplanung von Ärztinnen und Ärzten.
- Daher muss laut dem Autor die Spezialisierung früher im Studium beginnen, wodurch die Zeit der Aus- und Weiterbildung insgesamt verkürzt werden könnte.

L'essentiel en bref

- La conception actuelle des études de médecine ne tient pas compte de la répartition en 46 disciplines différentes.
- Aujourd'hui, la spécialisation se fait après les six années d'études de médecine. Celles-ci et la formation postgrade durent au moins douze ans. Les effets négatifs de cette situation se répercutent notamment sur la planification de la vie familiale des médecins.
- Par conséquent, la spécialisation doit, selon l'auteur, commencer plus tôt durant les études, ce qui pourrait raccourcir la durée de la formation prégraduée et postgraduée.

Prof. em. Dr.
med. Johann Steurer
Zürichbergstrasse 7
CH-8032 Zürich
johann.steurer[at]jusz.ch

Une grande dame de l'anesthésiologie tire sa révérence

Julia Rippstein

Rédactrice print online

Presque 30 ans de carrière en anesthésie: Corinne Gurtner raccroche la blouse blanche, après avoir été l'une des seules femmes cheffes de service en hôpital de formation du pays. Un départ qui coïncide avec les 50 ans du droit de vote féminin en Suisse. L'occasion de revenir sur le parcours, brillant mais semé d'embûches, de cette femme médecin discrète et passionnée.

C'est un événement tragique qui l'a en quelque sorte menée là où elle est aujourd'hui. Dre Corinne Gurtner, médecin-chef de service d'anesthésiologie et de réanimation à l'Hôpital du Valais, prend sa retraite fin août après quatre décennies dévouées à la médecine. Alors qu'elle a 14 ans et veut entrer à l'école scientifique, son père décède brutalement, percuté par un chauffard. La fin de l'insouciance pour la Gruérienne d'origine. «Je suis sortie d'un coup de l'adolescence», se rappelle-t-elle avec émotion. La souffrance est certes énorme, mais une porte s'entrouvre. Elle obtient non sans peine une rente d'orpheline. Aussi dramatique soit-il, «cet épisode a permis mes études: sans cette bourse, je n'aurais pas pu subvenir à mes besoins et j'aurais pu oublier les études».

Quand on grandit comme fille dans les années 1970 au sein d'une famille modeste, «papa était mécanicien-électricien, maman couturière et vendeuse», étudier la médecine est loin d'être une évidence. C'est grâce à l'attitude novatrice de son père, qu'elle admire beaucoup, que Corinne Gurtner a pu assouvir sa soif d'apprendre: «C'est lui qui m'a inscrite à l'école scientifique, j'étais parmi les premières classes scientifiques mixtes du Valais. Papa était premier apprenti du canton, c'était une personne intelligente, qui aurait bien aimé étudier. Il a toujours dit: 'Fille ou garçon, vous ferez ce que vous voudrez. Votre seule richesse c'est votre cerveau, à vous de le remplir.' Ces deux messages d'éducation sont restés», lâche-t-elle en riant.



Corinne Gurtner (3^e depuis la dr.) parmi les alumni fellows de l'Hospital for Sick Children en 1997, avec le Prof. Larry Roy Chairman (au centre en chemise blanche).

Gratter derrière l'humain

Pourquoi la médecine? «Je voulais gratter derrière l'humain, derrière le masque. J'ai hésité avec la physiologie, la physique, la chimie, l'archéologie, puis la médecine s'est imposée de façon limpide.» Une évidence qui ne l'a jamais quittée, devenant un véritable engouement. «La passion c'est mon moteur, ça n'a jamais été l'ambition et l'argent.»

Après un parcours scolaire «chaotique», ponctué de treize déménagements en 18 ans de la Gruyère au Valais en passant par le canton de Vaud, elle entame un cursus académique non moins linéaire. Etudes de médecine à Lausanne, stage de chirurgie plastique et reconstructive au CHUV, qui la «vaccine» contre cette spécialité, s'ensuivent trois années de recherche à l'Institut de physiologie de l'Université de Lausanne puis elle enchaîne sur une année de médecine interne, à l'Hôpital de Vevey, prérequis pour une carrière en anesthésie. Elle part ensuite à l'Hôpital cantonal de Fribourg (HFR),



Corinne Gurtner s'occupe d'un nouveau-né à l'Hôpital de Sion, en mars 2021.

avant de revenir à Lausanne pour faire ses classes de cheffe de clinique et de retourner à l'HFR en tant que cheffe de clinique. Des conflits importants avec l'administration la mènent à Bienne, au poste de cheffe de l'ancienne Clinique pour enfants Wildermeth. «J'aurais pu y finir ma carrière, l'hôpital me plaisait beaucoup. Mais je me trouvais trop jeune pour me limiter à la pédiatrie, alors que j'avais toute une palette de connaissances.» Lorsqu'une place de médecin-cheffe en anesthésiologie se libère à Sion, elle appelle tout de go le chef du service, Prof. Ravussin, qu'elle connaissait. «Nous avons eu quelques accrochages, j'ai mon caractère. Je lui ai dit en riant 'Tu ne me voudras certainement pas!', mais quand j'ai vu les deux autres candidats, j'ai pensé que j'avais mes chances.» Elle obtient le poste et devient le «numéro 2» du service. Au départ à la retraite du Prof. Ravussin en 2015, Corinne Gurtner est promue cheffe de service.

Trop âgée pour la relève

Si l'anesthésiste n'a jamais eu l'intention de briguer un poste aussi haut, son caractère bien trempé semble y être pour quelque chose. Sa franchise n'a certes pas toujours été comprise, mais elle lui a ouvert des portes. «Je suis directe et carrée, mon équipe apprécie. En universitaire, ça ne fonctionnait pas du tout. Faire de la diplomatie, préserver les clans, je n'ai jamais compris.» Autre raison pour laquelle elle tourne le dos au monde académique: les préjugés coriaces envers les femmes et les barrières mises à leur carrière. Corinne Gurtner y est ouvertement confrontée à 30 ans, alors qu'elle se présente pour un PHD. On lui fait comprendre que son âge et son sexe sont un obstacle. «A l'époque, une femme de 30 ans était déjà trop vieille pour la relève académique!» Elle préfère en rire aujourd'hui. «Heureusement, les mentalités ont évolué. Dans mon service, il y a plein de femmes mères de famille avec de belles carrières. Je ne vois pas où est le problème.»

La Valaisanne d'adoption s'est sentie lésée plus d'une fois en tant que femme: cheffe de clinique adjoint au CHUV depuis un certain moment, elle n'est pas nommée et réclame un entretien. «Soit c'est moi qui posais un problème et je voulais savoir pourquoi, soit on protégeait ce loup blanc.» C'est bien la carrière de ce père de quatre enfants qui a fait pencher la balance. «Cela m'a énervée, mais je ne regrette pas, car cela m'a offert de belles opportunités.» Comme l'année et demie de fellowship à Toronto, d'abord au Hospital for Sick Children puis au Mount Sinai Hospital pour une formation aux douleurs chroniques. Corinne Gurtner garde un souvenir mémorable de cette échappée belle: «Il n'y a que du positif à sortir de sa zone de confort et à s'apercevoir qu'il y a beaucoup de façons de faire. Il n'y a pas une seule école, même si cela perturbe les jeunes assistants.» Précepte qu'elle a maintenu jusqu'à ses derniers mois à Sion.

Se dit-elle féministe? «Je ne me considère pas comme féministe. Par mon éducation, je suis toujours partie du principe qu'il n'y avait pas de différence. Quand on me renvoie le message 'Tu es une femme', je dis 'Prouvez-moi qu'il y a une différence'.» Elle est toutefois

Je ne me sens pas féministe. Quand on me renvoie le message «Tu es une femme», je dis «Prouvez-moi qu'il y a une différence».

convaincue: «On ne soutient pas de la même manière une femme en difficulté qu'un homme.» En tant que cheffe de service, Corinne Gurtner cherche avant tout «la compétence et du savoir-être, je veux une personne sachant travailler en équipe, pas une diva. L'anesthésie est une spécialité qui se joue en collectif.» Au sein de son équipe, on applaudit ses qualités managériales: «Elle a su construire une équipe compétente et très soudée. Je suis convaincue que c'est grâce à elle que nous sommes l'un des services d'anesthésiologie les plus modernes de Suisse, où les hommes aussi peuvent travailler à temps partiel», loue une collègue.

Soudain, tout est noir

A son poste actuel, Corinne Gurtner est aux anges. Ce qu'elle aime tant dans l'anesthésie? «Pédiatrie, cardiologie, pneumologie, douleurs, urgences: on est un peu les généralistes de l'hôpital, on touche à toute la physiologie du corps humain. Chaque jour, je fais un peu de tout. C'est exactement ce que je voulais», explique-t-elle tout sourire. A l'Hôpital de Sion, les cas sont variés et parfois compliqués: la soixantenaire adore. La transmission de savoir est un autre aspect qui la comble: «L'émulation des assistants est un moteur essentiel, même si leur formation prend beaucoup de temps. Etre

Bio-express

- 1957: naissance à l'Hôpital de Riaz (FR). Ses parents habitent la Tour-de-Trême.
 1961: déménagement en Valais.
 1971: décès de son père. Obtention d'une bourse et entrée à l'école scientifique.
 1977: début des études de médecine à Lausanne.
 1983: obtention du diplôme fédéral de médecin.
 1984–1986: stage en anesthésie, en chirurgie, puis retour en anesthésie.
 1986–1989: recherche en médecine intensive (Institut de physiologie, Université de Lausanne).
 1990–1991: année de médecine interne à Vevey.
 1991–1993: Hôpital cantonal de Fribourg (HFR).
 1994–1996: cheffe de clinique adjointe au CHUV.
 1996–1997: cheffe de clinique à l'HFR.
 1997–1999: The Hospital for Sick Children (SickKids), Toronto. Puis formation aux douleurs chroniques, The Mount Sinai Hospital, Toronto.
 1999–2000: cheffe de clinique à l'HFR.
 2000–2001: cheffe de l'ancienne Clinique pour enfants Wildermeth, Centre hospitalier de Bienne.
 2001: devient bras droit du Prof. Ravussin, chef du service d'anesthésiologie et de réanimation, Hôpital de Sion.
 2015: reprend les rênes du service d'anesthésiologie et de réanimation, Sion.
 Août 2021: départ à la retraite.

entourés de jeunes qui nous posent des questions et veulent aller de l'avant, c'est extraordinaire.»

Mais tout n'a pas toujours été rose. Il y a quatre ans, Corinne Gurtner fait un burn-out. «C'est arrivé d'un coup. Un soir, ça n'allait plus. Comme un black-out. La corde avait cassé, c'était trop.» Verdict: trois mois à l'arrêt complet. Les déclencheurs? La crise de la soixantaine, un procès sur le dos depuis 2014 et toujours pas jugé, «je n'ai pas été le bon pompier», les conflits à gérer en tant que présidente du collège des médecins, la charge au travail et des problèmes familiaux en sus. La direction ne s'aperçoit pas de son mal-être; son équipe se montre, elle, très aidante. «Cela m'a émue.» Si ses batteries sont totalement rechargées aujourd'hui, elle a mis du temps à s'en remettre. Il faut dire que Corinne Gurtner a des semaines type de 50 heures, «mes collègues font 55 à 60 heures. Or, les plaintes de fatigue, de surcharge de travail et de sous-effectif ne sont pas entendues.»

L'hébreu plutôt que 20 articles

L'anesthésiste a toujours eu comme principe de ne pas faire que de la médecine. «En stage d'oncologie, j'ai fait la connaissance d'une femme merveilleuse, mais qui ne savait pas ce que signifiait 'vacances'. Elle s'est suicidée deux ans plus tard après un burn-out. Je me suis dit: si un jour je ne fais que de l'anesthésie, je dois arrêter. Même avec des semaines de 60 heures, j'ai donc toujours fait quelque chose à côté. J'ai besoin d'un équilibre. Il faut accepter le prix de ne pas publier 20 articles et de ne pas gagner un demi-million. J'ai fait ma car-

rière, je suis satisfaite. Dans la vie, il y a tellement de choses à faire et trop peu de temps pour les réaliser!»

Une fois à la retraite, Corinne Gurtner pourra de nouveau se consacrer pleinement à tous ces «à-côtés». Les projets ne manquent pas: dans la vieille ferme que la Gruérienne a achetée avec sa sœur à Broc (FR), cette amoureuse des livres s'est concocté une grande bibliothèque. Membre de groupes de réflexion de longue date, elle projette d'y organiser des «café-philo». Toujours avide d'apprendre, la médecin s'est même inscrite en philosophie à l'Université de Fribourg à l'automne. «J'ai toujours fonctionné comme ça. J'ouvre des tiroirs, parce qu'une idée a longtemps mûri dans mon inconscient et je me dis 'on y va'. Si j'ai envie, je me lance. Je ne me mets aucune limite.» Autre défi qu'elle a décidé de relever: lire la Bible dans le texte. Catholique non pratiquante fascinée par la culture juive, l'anesthésiste bûche l'hébreu depuis quelques années. «Je peinais à trouver mes repères dans le catholicisme. J'ai donc arrêté de lire la Bible traduite pour comprendre le texte d'origine.»

Zéro pincement à dire au revoir au monde du travail? «Le travail en soi ne va pas me manquer. Mais les liens sociaux qui s'y créent et mon équipe, que j'aime beaucoup, vont me manquer.» Cette célibataire sans enfants vit seule et heureuse. «Ma sœur habite à côté, je vois très souvent mes neveux. Ce sont comme mes enfants», glisse-t-elle avec tendresse. Ne pas avoir fondé de famille n'était pas un choix délibéré. «Les circons-

Ma vie, c'est une histoire à tiroirs. J'ouvre un tiroir, parce qu'une idée a longtemps mûri dans mon inconscient et je me dis «on y va».

tances de la vie ont voulu ça. Je n'ai pas trouvé le bon compagnon pour monter cette aventure. Peut-être que mes exigences sont trop hautes», plaisante-t-elle. Corinne Gurtner évoque un épisode marquant à la fin de ses études de médecine. «Je vivais une belle histoire qui aurait pu devenir sérieuse, jusqu'à ce qu'il me demande quand j'allais arrêter mes études.» Un tueur-l'âme pour cette femme qui ne s'est jamais laissée marcher sur les pieds. «Quelqu'un qui veut construire une relation ne va pas exiger cela de l'autre. Pour moi, un couple doit être équilibré, chacun doit pouvoir vivre sa vie.» Si elle n'a pas encore trouvé la perle rare, elle peut compter sur la compagnie d'élégants chats maine coon. «Vous voyez, je me prépare à la retraite», dit-elle en rigolant.

Crédits photos

Images aimablement mises à disposition par Corinne Gurtner

julia.rippstein[at]emh.ch



Prof. Dr. med.
Thomas Pilgrim.
(© Schweizerische
Herzstiftung/
W. Tschan)

Forschungspreis der Schweizerischen Herzstiftung 2021

Der Herzklappenspezialist Prof. Dr. med. Thomas Pilgrim hat von der Schweizerischen Herzstiftung den Forschungspreis 2021 erhalten. Der am Berner Inselspital tätige Prof. Pilgrim hat in einer internationalen Studie die Sicherheit und Wirksamkeit von zwei grund-

legend verschiedenen Klappensystemen verglichen. Das Forschungsergebnis zeigt, dass das Einsetzen einer Herzklappe mittels eines Ballons grundsätzlich zu besseren Ergebnissen führt. Anhand von diesem Ergebnis können in Zukunft bessere Entscheidungen getroffen werden, welche Art der kathetergestützten Herzklappenimplantation vorgenommen werden soll. Prof. Pilgrim erhält den mit CHF 20 000 dotierten Preis für diese Studie sowie für seinen Beitrag an ein Forschungsprojekt, welches sich mit Herzklappenfehlern bei Kindern und Jugendlichen in Nepal beschäftigt.

Young Scientist Award 2021

Dr. Deborah Rudin von der Universität Basel erhält den diesjährigen Young Scientist Award der Schweizerischen Gesellschaft für Klinische Pharmakologie und Toxikologie (SGKPT). Die SGKPT zeichnet Dr. Rudin für die von ihr verfasste PhD Arbeit «Toxicological and clinical investigations of metazolone-associated neutropenia» aus. Der Preis ist mit CHF 1000 dotiert.



Dr. Deborah Rudin.
(© Deborah Rudin)



Prof. Grégoire Courtine (EPFL, au centre), entouré de Prof. Jocelyne Bloch (CHUV) et de Guillaume Charvet (CEA – Leti Clinatec). (© Alain Herzog)

Prix Luc Ciompi 2021

La Dre Lilit Abrahamyan, du Service de psychiatrie générale du Centre hospitalier universitaire vaudois (CHUV), a reçu le Prix Luc Ciompi 2021 pour ses travaux visant à mieux comprendre et améliorer les traitements des psychoses schizoéphréniques. Dre Abrahamyan a exploré la relation entre la vie en milieu urbain et les psychoses; sujet qui constitue le corps de sa thèse doctorale. Son travail s'inscrit dans un projet interdisciplinaire financé par le Fonds national suisse de la recherche scientifique (FNS). La lauréate bénéficie d'une bourse de la recherche financée par le Département de psychiatrie qui vise à promouvoir la relève académique.

Parrainé par le Prof. Luc Ciompi, ancien médecin-chef à l'Hôpital de Cery, le Prix Luc Ciompi est attribué tous les deux ans par la Société suisse de psychiatrie et psychothérapie (SSPP).

Parrainé par le Prof. Luc Ciompi, ancien médecin-chef à l'Hôpital de Cery, le Prix Luc Ciompi est attribué tous les deux ans par la Société suisse de psychiatrie et psychothérapie (SSPP).



Dre Lilit Abrahamyan.
(© CHUV)

Prix scientifiques Leenaards 2021

La Fondation Leenaards a décerné deux prix scientifiques à des groupes de recherche de l'Arc lémanique, pour un montant total de CHF 1,4 million. L'un des projets scientifiques primés, mené par le Prof. Grégoire Courtine, vise à étudier l'interface cerveau-moelle épinière afin de permettre aux paraplégiques de retrouver l'usage de leurs jambes. Ce projet a permis à neuf personnes de refaire l'expérience de la marche de manière quasi autonome, alors que leur condition les condamnait définitivement au fauteuil roulant. L'autre projet lauréat explore, sous l'égide de la Prof. Elisa Oricchio, la manière la plus naturelle possible de permettre au système immunitaire de reconnaître les cellules cancéreuses, dans le cadre de cancers lymphatiques. La découverte d'une mutation de la protéine Cathepsine S – qui permet aux cellules cancéreuses de passer inaperçues et donc de ne pas être attaquées par les anticorps – offre des perspectives thérapeutiques prometteuses dans la lutte contre le cancer.



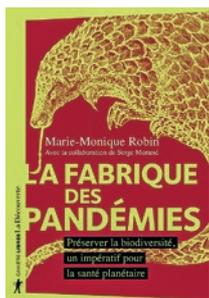
Prof. Elisa Oricchio (EPFL, à dr.), aux côtés de Prof. Caroline Arber (CHUV – UNIL – Ludwig Institute for Cancer Research) et de Prof. Bruno Correia (EPFL). (© Alain Herzog)

En lien avec les démarches «One Health» et «Planetary Health»

La biodiversité: une question avant tout de santé

Jean Martin

Dr méd., membre de la rédaction



Marie-Monique Robin
La Fabrique des pandémies.
Préserver la biodiversité, un impératif pour la santé planétaire.

Paris: Ed. La Découverte; 2021

Journaliste et réalisatrice française, Marie-Monique Robin s'est fait connaître pour ses recherches sur les pesticides et l'agroécologie. Elle vient de publier un livre remarquable qui ouvre des perspectives majeures en rapport avec la pandémie actuelle.

Entre mai et juillet 2020, elle a contacté soixante scientifiques de haut vol des cinq continents, en vue de préciser ce que les données scientifiques avérées permettent de savoir de l'émergence probable de nouvelles pandémies. Le constat est passionnant, éclairant... et inquiétant. Dans le monde entier, des études montrent que la disparition des moyens de subsistance traditionnels de nombreuses populations, l'agriculture industrielle dévastant les territoires encore vierges et l'urbanisation galopante sont étroitement liées aux problèmes actuels. Ces mutations ont accru les contacts et conflits entre humains et espèces animales sauvages, porteuses de centaines de virus. Selon toute probabilité, le Covid-19 est le premier de plusieurs. L'auteure est catégorique: «Si nous ne revoyons pas de toute urgence notre rapport à la nature, nous vivrons dans une ère de confinement chronique» (p. 203).

Elle se réfère notamment aux travaux de Jakob Zinsstag, professeur à l'Institut tropical et de santé publique de Bâle, qui a développé le concept de «One Health». Ce dernier veut considérer ensemble les questions de médecine humaine et vétérinaire [1] – un concept essentiel dans la pandémie actuelle. Est aussi décrit le programme «Planetary Health» [2], qui veut lui aussi une approche holistique des défis actuels. Marie-Monique Robin écrit à ce sujet: «Il est temps que les pouvoirs publics comprennent que la santé humaine dépend de celles des écosystèmes et des animaux» (p. 205).

La notion de «services écosystémiques» a émergé dans les années 2000 suite à une initiative de l'Unesco, comme une stratégie de gestion intégrée des terres, eaux et ressources vivantes. Il s'agit de considérer les bénéfices que les personnes et sociétés obtiennent du bon fonctionnement des écosystèmes. Une réflexion qu'il importe de développer aussi à propos de la pratique médicale et du système de santé, tâche à laquelle par exemple Unisanté, à Lausanne, s'attelle.

Dans un chapitre consacré à «l'effet dilution», il est expliqué que les organismes dangereux ont d'autant moins d'opportunités de déclencher une crise sanitaire s'ils existent dans un biotope largement diversifié (pp. 136–43). C'est un enseignement majeur: bien loin d'être seulement sympathique pour celles et ceux qui aiment la nature, la biodiversité a été – *et devrait rester* – un facteur majeur de protection et de promotion de la santé. Ceci en opposition à la poursuite des «homogénéisations» délétères et tous azimuts que subit notre planète.

Dans ce sens, on notera le chapitre où l'auteure traite de ce fait maintenant reconnu que la partie de l'humanité qui vit dans des environnements très propres, presque aseptisés, qui manque de contacts avec la nature, la terre et les animaux, développe beaucoup plus d'allergies que les personnes exposées à de tels environnements et activités. «Quelle ironie, nous sommes confrontés à deux menaces: une de pandémies de maladies transmissibles dues à des pathogènes émergents et l'autre faite de maladies non transmissibles liées à la disparition de pathogènes» (p. 205).

Marie-Monique Robin a interrogé soixante scientifiques de haut vol: le constat des données récoltées est à la fois éclairant et inquiétant.

Autre élément nouveau: le «paradigme de Stockholm» (pp. 229–35), qui rompt avec la théorie dominante selon laquelle l'association hôte-pathogène est très stable au cours du temps. En réalité, beaucoup d'organismes ont la capacité d'acquiescer de nouveaux hôtes rapidement en cas de bouleversements tels que le dérèglement climatique. Ainsi des pathogènes qui étaient initialement des «spécialistes» peuvent devenir des «généralistes» et leur potentiel de dommages s'élargit d'autant. Les données présentées constituent une mise au point solide sur des réalités éco-biologiques qui sont à l'origine du SARS-CoV-2. On reste songeur en constatant que tant d'élites politiques, économiques, intellectuelles regardent ailleurs alors que les faits avérés sont là, disponibles pour qui veut bien s'y intéresser.

Références

- 1 Jakob Zinsstag et al. One Health: The Theory and Practice of Integrated Health Approaches. CABI Books, 2020.
- 2 Lancet Commission on Planetary Health. The Lancet. Vol. 386, 14 November 2015.

jean.martin[at]saez.ch

Medizinethik aus persönlicher Perspektive

Premio Pusterla 2021

Tobias Eichinger

Dr. phil., Institut für Biomedizinische Ethik und Medizingeschichte, Universität Zürich

Bereits zum vierten Mal konnten sich im vergangenen Herbstsemester an der Universität Zürich die über 400 Erstsemesterstudierenden der Human- und Zahnmedizin an dem Essaywettbewerb «Premio Pusterla Medizinethik» beteiligen. Nachdem sich die Studienanfängerinnen und -anfänger an drei Nachmittagen in Kleingruppen im Rahmen eines kompakten Einführungskurses mit ethischen Aspekten des medizinischen Tätigkeitsfeldes auseinandergesetzt hatten, galt es, die obligatorische Lehrveranstaltung mit dem Verfassen eines kurzen Aufsatzes abzuschliessen, der der Darstellung und Diskussion eines ethisch herausfordernden Falles im klinischen oder praktischen Kontext gewidmet war. So hatten die Studierenden gleich zu Beginn ihres Studiums Gelegenheit, schwierige moralische und zum Teil persönlich fordernde Fragen, die sich in ihrem künftigen Beruf typischerweise stellen können und die sich nicht mit Faktenwissen alleine beantworten lassen, in einer schriftlichen Reflexion zu erörtern und, soweit jeweils möglich, einen entsprechenden Lösungsvorschlag zu erarbeiten. Dabei sollten die im Kurs vermittelten Inhalte noch einmal anhand eines Praxisbeispiels angewendet und in ihrer Relevanz für den ärztlichen Alltag verdeutlicht werden.

Viele Studierende wählten für diese Kurztexte Fallgeschichten, zu denen sie einen persönlichen Bezug hatten, erzählten von Patientinnen und Patienten aus ihrem näheren Umfeld, die in Krisensituationen auf medizinische Hilfe angewiesen und dabei mit manchmal unklaren oder schwierigen Situationen konfrontiert waren. In manchen Aufsätzen wurde spürbar, dass das Verfassen für die Autorin oder den Autor mehr war als die Erfüllung einer Pflichtaufgabe und dass die schriftliche Darstellung und Reflexion ein besonderes Engagement bei den Erstsemestrigen wachgerufen hatte. Bei einigen blitzte nicht nur eine ganz persönliche Note auf, in der die Studienwahl und der Berufswunsch, später als Ärztin oder Arzt Menschen zu helfen, zum Ausdruck kamen, auch die Freude am Formulieren und In-Sprache-Bringen des Allzumenschlichen fand sich in dem einen oder anderen Pflichtaufsatz. So war es dann für einen verhältnismässig grossen Anteil des Semesters ein stimmiges Folgeangebot, im Anschluss an die Vorlesungszeit den eigenen Text noch einmal zu überarbeiten und für den Essay-Wettbewerb einzureichen.

[eichinger\[at\]ibme.uzh.ch](mailto:eichinger[at]ibme.uzh.ch)



Schon zum zweiten Mal musste das Wettbewerbsfinale online stattfinden.

Die Preisträgerinnen des *Premio Pusterla Junior 2021* sind:

Lotte Habermeyer mit «Danke, dass Du anders bist», 1. Platz (auf Seite 1108–1109 dieser Ausgabe);

Seraphina Limacher mit «Das Recht auf den Tod», 2. Platz (online unter saez.ch → Ausgabe 34/2021);

Ornella Scandella mit «Entscheidung für ein Leben», 3. Platz (online unter saez.ch → Ausgabe 34/2021).

Der aktuelle Jahrgang war ein besonders wertvoller, da mit über 50 Texten so viele Ersteinreichungen eingingen wie nie zuvor; es waren darüber hinaus vor allem auch bemerkenswert viele Essays von beeindruckender Qualität dabei. So konnten die elf besten Texte für die zweite Runde ausgewählt werden. Nun hatten die Studierenden Gelegenheit, in einem persönlichen Schreib-Coaching weiter an ihrem Text zu feilen, Unebenheiten zu glätten und das Ergebnis erneut einzugeben. Von einer Fachjury, die medizinisch-fachliche mit literarisch-schriftstellerischer Expertise sowie einer Patientenperspektive vereinte (Melitta Breznik, Brida von Castelberg, Frank Clasemann, Anna Elsner, Christoph A. Meier), wurden daraufhin in einem anonymisierten Verfahren die drei Essays bestimmt, denen es nach Einschätzung der Jurorinnen und Juroren am besten gelungen war, relevante medizinethische Themen in einer ansprechenden sprachlichen Form zu präsentieren.

Es konnten sich drei Studentinnen durchsetzen, die am öffentlichen Finale des Wettbewerbs teilnahmen, das pandemiebedingt erneut online stattfand. Die Autorinnen trugen ihre Texte per Videoübertragung vor, woraufhin die Jurymitglieder und das zahlreich zugeschaltete Publikum ihre Voten abgeben konnten.

Siegertext des Premio Pusterla Junior 2021

Danke, dass du anders bist

Lotte Habermeyer

Medizinstudentin, Universität Zürich



Ein Kind zu bekommen ist für viele Menschen einer der schönsten Momente im Leben. Das eigene Kind, so sagt man doch, liebt man von ganzem Herzen, egal wie es aussieht oder was später mal aus ihm wird. Mit diesem Anspruch stossen Eltern jedoch manchmal an ihre Grenzen. Macht man nicht alles dafür, damit seine Kinder möglichst erfolgreich werden? Ergreift man nicht jede noch so kleine Chance, um sie der gesellschaftlichen Norm anzupassen? Und handeln diese Eltern etwa nicht aus Liebe zu ihrem Kind?

Ich halte es für eines der wichtigsten Elemente der Lebenskunst, dass man lernt, Situationen oder Tatsachen anzunehmen, die man nicht ändern kann. Für mich persönlich war diese Erkenntnis zentral, um mit den Herausforderungen und Rückschlägen des Lebens fertigzuwerden. Doch ich habe auch erfahren, dass der Vorsatz, entsprechend den eigenen moralischen und ethischen Vorstellungen zu handeln, oft mit mehr Arbeit und grösserem Aufwand einhergeht und einen immer wieder vor bedeutende Entscheidungen stellt.

Dieses Dilemma, mit dem ich mich während meines Medizinstudiums immer wieder auseinandersetzen muss, möchte ich aus einer persönlichen Erfahrung heraus darstellen. Meine Schwester kam im Mai 2007 frühgeburtlich mit Pontiner Tegmentaler Capdysplasie auf die Welt. Diese seltene Störung geht auf eine Fehlbildung im Mittelhirn und eine Störung verschiedener Hirnnerven zurück. Bis zu dieser Diagnose verging aber eine unsichere Zeit mit vielen Untersuchungen und einem lange andauernden Hin und Her zwischen verschiedenen Befunden.

Die bei meiner Schwester diagnostizierte Krankheit äussert sich in verschiedenen Symptomen, zum Beispiel durch Gehörlosigkeit, Fazialisparese (halbseitige Gesichtslähmung) und andere motorische und kognitive Schwierigkeiten. Obwohl meine Eltern mit Akzeptanz und Offenheit reagierten, war ihr anfängliches Ziel, meiner Schwester durch verschiedene Operationen und Therapien ein möglichst «normales» Leben zu ermöglichen. Die zuständigen Ärztinnen und Ärzte hatten meinen Eltern nach der Geburt zu diesen Eingriffen geraten. Man versuchte, meiner Schwester das Hören durch ein Hörgerät zu ermöglichen, was misslang. Man versuchte es mit einem Cochlea-Implantat; das bedeutete eine Operation, bei der die Hörprothese mit einem unter der Kopfhaut gelegenen Implantat

verbunden wird. Doch ein funktionierendes Cochlea-System setzt eine einwandfreie Funktion des Hörnervs voraus, die im Falle meiner Schwester leider fehlerhaft ist. Ihre Gehörlosigkeit konnte also dadurch nicht geheilt werden.

Ist es wirklich erstrebenswert, alles zu probieren, um Menschen mit einer Behinderung ein «normales» Leben zu ermöglichen? Ist dieser Weg ethisch korrekt?

Ethik stellt in meinem Studium einen essentiellen Bereich dar. Ich setze mich aktiv mit diesen Fragen auseinander und erkenne ihre Wichtigkeit. Als Medizinstudentin merke ich, wie mich persönliche Erfahrungen prägen und meine Denkweise beeinflussen. Ärztliche Fachpersonen sollten in ihrer beratenden Rolle nach dem interpretativen Modell arbeiten. Dies bedeutet, den Eltern oder Betroffenen alle Optionen offen darzulegen, realistisch zu bleiben, um falsche Hoffnungen zu vermeiden, und doch nicht allzu pessimistisch in die Zukunft zu blicken. Als Ärztin möchte ich diese Haltung eines Tages vorleben.

Doch diese grundlegende medizinisch-therapeutische Einstellung steht manchmal im Widerspruch zu wissenschaftlichen Erkenntnissen. In meinem Studium lerne ich, naturwissenschaftlich zu denken, mich an Testergebnissen und Erfahrungswerten zu orientieren, anhand von Fallbeispielen Diagnosen zu stellen. In der Wissenschaft gibt es keinen Platz für Hoffnung und Wunder. Und doch fehlt Eltern in genau solchen Situationen jemand, der es wagt, für sie zu träumen, und der ihnen mit der Aussicht auf eine gute Prognose Sicherheit geben kann. Es entsteht ein Konflikt zwischen dem Prinzip der Machbarkeit und dem der Akzeptanz.

Im Beispiel meiner Schwester verlangt der Imperativ der Machbarkeit, jede mögliche Chance zu nutzen, um ihre angeborene Gehörlosigkeit zu «heilen». Eine abwartende Haltung, die das Gegebene versucht anzunehmen, hingegen fragt danach, ob diese Schritte überhaupt nötig und sinnvoll seien und ob es nicht angebrachter wäre, sich gegen die wissenschaftliche Ansicht zu stellen. Ein Eingriff bedeutet nicht automatisch eine Verbesserung der Lebenssituation, und auch «Nichtstun» kann manchmal der beste Weg sein, sich ethisch korrekt zu verhalten. Nichtstun bedeutet ja nicht, das Kind sich selbst zu überlassen und keine Hilfe anzubieten, sondern vielmehr, das Kind in seiner Vollständigkeit zu akzeptieren, es zu fördern und dem

Drang zu widerstehen, es in eine gesellschaftliche Norm zu drängen, der es nun einmal nicht entspricht.

Für mich müssen ethisch handelnde Ärztinnen und Ärzte diese Gratwanderung zwischen Realitätsbezug und Hoffungsvermittlung meistern und fähig sein, dieses Dilemma auszuhalten. Statistiken zu erklären oder experimentelle Behandlungen vorzuschlagen ist hierbei nebensächlich; wichtig ist jemand, der den Eltern der Betroffenen die Angst nimmt und ihnen Mut gibt zu akzeptieren, dass man manche Situationen nicht ändern kann.

Die medizinische Objektivität stösst ohnehin irgendwann an Grenzen. Meine Eltern sind beide im Arztberuf tätig und somit mit medizinischen Aufgaben vertraut. Im Falle ihrer eigenen Tochter verschwindet dieser Anteil in ihnen. Sie sind nur noch Eltern und verlieren das im Studium oder Berufsleben gesammelte Vorwissen komplett aus den Augen. Sie hören auf, wie Medizinerinnen und Mediziner zu denken. Mir würde es an ihrer Stelle gleich ergehen, denn das Schicksal des eigenen Kindes wiegt so viel schwerer als irgendwelche ethischen Prinzipien, die man sich während des Studiums angeeignet hat.

Heute ist meine Schwester 14 Jahre alt und mit ihrem Leben zufrieden. Es wird aber noch viele Jahre dauern, bis sie selber über ihr Leben bestimmen kann, und auch dann wird ihre Autonomie Grenzen haben. Umso wichtiger ist es, dass sie Menschen in ihrem Umfeld hat, denen sie wichtige Aufgaben übertragen kann und die Entscheidungen mit bestem Gewissen und in ihrem Interesse treffen.

Bis heute beinhaltet eine normale Woche im Leben meiner Schwester Unterricht in einer Gehörlosenschule mit Physiotherapie, Logopädie und anderen Therapien. Viele dieser Schritte sind meiner Meinung nach sehr wichtig für sie und erleichtern ihr das alltägliche Leben. Jedoch sollte die Motivation für diese verschiedenen Therapien nicht sein, das Kind «normal» zu machen, sondern ihm das eigene Leben etwas zu erleichtern und einen Weg zu einer gewissen Autonomie zu bahnen.

Ethisch korrekt zu handeln bedeutet auch zu erkennen, wenn andere Personen an ihre Grenzen stossen. Man muss zum Schluss kommen, dass es an der Zeit ist, selber aktiv zu werden. Meine Eltern und ich haben die Gebärdensprache erlernt und uns so dem Leben meiner Schwester angepasst. Als hörende Menschen bleibt dies für uns eine Option, für meine Schwester ist es der einzige Weg zur Kommunikation. Es sollte doch eigentlich ein Privileg sein, die Möglichkeit zu haben, für einen Menschen, den man bedingungslos liebt, etwas zu leisten, um noch mehr an seinem Leben teilhaben zu können.

Viele Menschen, besonders die, die selbst eine Behinderung haben, würden diese nicht als Krankheit bezeichnen. Sie sind anders, aber dies bedeutet nicht automatisch, dass sie weniger wert sind. In vielen Beziehungen können wir von «Menschen mit besonderen Bedürfnissen» – um eine weniger pejorative Bezeichnung zu verwenden – nur lernen. Vor allem bezogen auf Themen wie Toleranz und Mitgefühl gegenüber Mitmenschen brauchen wir Personen, die selber wissen, wie es sich anfühlt, keine Unterstützung zu bekommen. Sie halten uns einen Spiegel vor und zeigen uns auf, wie wichtig es ist, Hilfe anzubieten.

Meine Schwester trug ihr Hörgerät trotz ausbleibendem Erfolg der Operation noch lange, nachdem klar war, dass es keine Wirkung zeigt. Sie hat das Hörgerät aber auf eine andere Weise angenommen, wie wir erst später verstanden. In der Gehörlosensprache werden sogenannte Gebärdennamen festgelegt, die sich oft auf ein äusserliches Merkmal beziehen. Beispielsweise lässt sich der Name einer Person mit einem Nasenpiercing durch ein Tippen auf die Nase darstellen. Der erste Gebärdename meiner Schwester wurde mit dem Zeigefinger der rechten Hand dargestellt, den man in Form eines Hörgeräts hinter das Ohr legte. Gleich wie das Hörgerät behielt meine Schwester auch ihren Gebärdennamen lange bei. Erst als sie ihre Hörhilfe ablegte, äusserte sie den Wunsch, auch ihren Gebärdennamen zu ändern; möglicherweise konnte sie sich damit nicht mehr identifizieren.

Ihr Umfeld hat gelernt, sich an sie anzupassen. In ihrem eigenen Tempo lernt sie Dinge, von denen wir früher nie geträumt hätten. Alltägliche Errungenschaften kleiner Kinder waren für mich und meine Familie nie selbstverständlich. Mit acht Jahren lernte meine Schwester laufen und alleine aufs WC zu gehen. Das waren auch für uns Meilensteine. Ich erkenne mittlerweile, welche Bereicherung es mit sich bringt, einen Menschen im Leben zu haben, auf den man etwas mehr eingehen muss und für den das Leben etwas ganz anderes bedeutet.

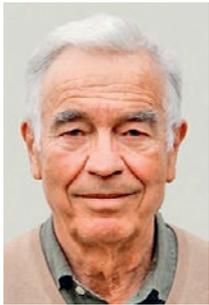
Durch meine Schwester habe ich gelernt, dass es in Ordnung ist, sich für jemand anderen zurückzunehmen und einer schwierigen Lebenssituation etwas Positives abzugewinnen. Durch meine Schwester habe ich die Chance, zu einer Medizinerin zu werden, deren moralische Haltung geprägt ist von zwei Erfahrungen: die der Studentin mit theoretischem und dann auch praktischem Wissen und die der Bezugsperson eines Menschen mit einer Behinderung.

Durch meine Schwester bin ich ein besserer Mensch geworden.

Senkung der Gesundheitskosten durch Kostenbeteiligung?

Hans Stalder

Prof. Dr. med., Mitglied der Redaktion



The challenge is to create cost-sharing models which do not preclude vulnerable populations from seeking essential health care [1].

Vor dem Hintergrund steigender Gesundheitskosten wurde die Kostenbeteiligung in Form von Selbsthalten oder Franchisen als Mittel zur Reduzierung von als unnötig angesehenen Leistungen eingeführt. Diese Idee basiert auf der ökonomischen Theorie, dass die Unentgeltlichkeit einer Leistung deren Nutzung erhöht (*Moral Hazard*). Eine Veröffentlichung der RAND Corporation [2] wird allgemein als Bestätigung zitiert, dass diese Theorie auch für das Gesundheitswesen gilt. Diese 1981 veröffentlichte Studie basiert auf 7706 Personen mit alternativen Krankenversicherungsverträgen. Personen mit vollem Versicherungsschutz gaben 50% mehr aus als Personen mit Kostenbeteiligung. Letztere erscheint somit als wichtiger Schritt gegen den Anstieg der Gesundheitskosten. Die Studie konnte jedoch nicht feststellen, ob die Beteiligung den Überkonsum oder nützliche Ausgaben reduziert. Das Hauptproblem dieses Berichtes ist, dass Menschen über 65 Jahre ausgeschlossen wurden. Deshalb setzte die RAND Corporation ihre Studien fort und zeigte, dass bei armen Menschen eine Beteiligung von nur einem Dollar die Zahl der Arztbesuche zwar um 8% reduzierte, die Krankenhausaufenthalte jedoch um 17% erhöhte. Die neuen Schlussfolgerungen waren viel vorsichtiger: «*Copayments could be self-defeating as a method of controlling medical costs in a welfare population*» [3].

Eine 2010 veröffentlichte Studie mit fast 900 000 Menschen über 65 Jahre zeigte ebenfalls die Ambiguität der Kostenbeteiligung: Eine relativ geringe Erhöhung verringerte zwar die Zahl der Arztbesuche, erhöhte aber ebenfalls die Anzahl der Krankenhausaufenthalte [4]. Dieser Effekt war besonders bei einkommensschwachen Patientinnen und Patienten mit chronischen Krankheiten zu beobachten. Eine Erhöhung der Zuzahlungen könnte die Gesamtkosten der Gesundheitsversorgung sogar erhöhen. Seitdem sind mehrere Übersichtsarbeiten und Metaanalysen zu dem Schluss

gekommen, dass eine Erhöhung der Kostenbeteiligung zu mehr Notaufnahmen und Hospitalisationen führen kann, die Behandlung chronischer Krankheiten verzögert, präventive Massnahmen wie Mammographie und Koloskopie verhindert und den Gebrauch von wichtigen Medikamenten verringert [5].

In der Schweiz zielen verschiedene parlamentarische Interventionen darauf ab, die Franchise zu erhöhen, obwohl die Schweiz das Land mit einer der höchsten Kostenbeteiligungsraten der Welt ist: Die Haushalte zahlen 30,5% ihrer Gesundheitskosten durch Beiträge und 24,9% durch Zuzahlungen. Man kann argumentieren, dass in einem reichen Land eine solche Kostenaufteilung gerechtfertigt sein mag, aber sie hat eindeutig negative Auswirkungen: 16,2% der Bevölkerung haben aus finanziellen Gründen auf Leistungen verzichtet, eine Zahl, die bei Menschen mit geringem Einkommen auf 22,5% und bei Menschen mit nur Sekundarschulbildung auf 23,3% ansteigt [6]. Dies betrifft insbesondere ärztliche Konsultationen (16%), Behandlungen (10%) und Medikamente (9%). Ausserdem sind Patienten mit einem schlechten Gesundheitszustand besonders betroffen [1]. Diese Verzichte haben sich zwischen 2010 und 2016 verdreifacht.

Man kann schliessen, dass selbst eine hohe Kostenbeteiligung die Gesundheit wohlhabender und gesunder Menschen kaum beeinträchtigt. Im Gegenteil, sie senkt die Kosten, indem sie Konsultationen und den Einsatz von oft unnötigen Medikamenten einspart. Sie ist jedoch, besonders wenn sie hoch ist, nachteilig für Menschen in prekären wirtschaftlichen und gesundheitlichen Situationen. Für diese Bevölkerungsgruppe könnte ein freier Zugang sogar die Gesamtkosten senken, da dies zu weniger Hospitalisationen führen würde.

Es muss andere Wege geben, die Gesundheitskosten zu senken, ohne einem Teil unserer Bevölkerung durch einen überhöhten Kostenbeitrag den Zugang zur Gesundheitsversorgung zu verwehren!

johann.stalder[at]junige.ch

Literatur

- 1 Huber CA, Rüesch P, Mielck A, Böcken J, Rosemann T, Meyer PC. Effects of cost sharing on seeking outpatient care: a propensity-matched study in Germany and Switzerland. *J Eval Clin Pract.* 2012;18:781-7.
- 2 Newhouse JP, Manning WG, Morris CN, et al. Some interim results from a controlled trial of cost sharing in health insurance. *N Engl J Med.* 1981;305:1501-7.
- 3 Helms LJ, Newhouse JP, Phelps CE. Copayments and demand for medical care: the California Medicaid experience. Santa Monica, CA; Rand: 1978. <http://www.rand.org/pubs/reports/2005/R2167.pdf>
- 4 Trivedi AN, Moloo H, Mor V. Increased ambulatory care copayments and hospitalizations among the elderly. *N Engl J Med.* 2010;362:320-8.
- 5 Remler DK, Greene J. Cost-sharing: a blunt instrument. *Annu Rev Public Health.* 2009;30:293-311.
- 6 Participation aux coûts dans l'assurance obligatoire des soins. Rapport du Conseil fédéral en réponse au postulat Schmid-Federer du 22.3.2013 (13.3250 «Effets de la franchise sur la consommation de prestations médicales»), 28.6.2017. www.bag.admin.ch/dam/bag/fr/dokumente/

ALZHEIMER - ERKRANKUNG

WEISS ER, DASS
DU SEIN SOHN
BIST?

EGAL...
WICHTIG IST:
ICH WEISS, DASS
ER MEIN VATER
IST!



NEJMEDDINE · B