

# Schweizerische Ärztezeitung

**1188** Editorial  
von Alexander Zimmer  
«Das elektronische  
Patientendossier beschäftigt  
uns – Sie auch?»

**1197** Ethikkommission SAMW  
**Zwangsanzwendung**  
für Covid-19-Tests bei  
Ausreisepflichtigen

**1216** «Zu guter Letzt»  
von Piet van Spijk  
**Multiorganversagen**

37 15.9.2021



**1189** FMH-Umfrage  
**So digital sollte  
die Hausarztpraxis  
sein**

**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 Puhon

**Redaktion Recht**

Dr. iur. Ursina Pally, Leiterin Rechtsdienst FMH

**FMH**

EDITORIAL: Alexander Zimmer

1188 «Das elektronische Patientendossier beschäftigt uns – Sie auch?»

1189



AKTUELL: Verena Pfeiffer, Reinhold Sojer

**Digital Trends Survey 2021** Aktuell sind wir noch weit davon entfernt, dass Computer Patientinnen und Patienten behandeln. Trotzdem muss sich die Ärzteschaft heute mit der Frage auseinandersetzen, welche Rolle digitale Technologien in der Medizin einnehmen sollen und dürfen. Sie wird die Fähigkeit entwickeln müssen, korrekte von inkorrekten digitalen medizinischen Aussagen zu unterscheiden.

1194 Personalien

**Weitere Organisationen und Institutionen**

SAMW: Zentrale Ethikkommission (ZEK) der SAMW, Konferenz Schweizerischer Gefängnisärzte (KSG)

1197 Zwangsanwendung für Covid-19- Tests bei Ausreisepflichtigen

**Briefe / Mitteilungen**

1202 Briefe an die SÄZ

1205 Facharztprüfung

**FMH Services**

1206 Stellen und Praxen (nicht online)

## Tribüne

1213 Spectrum

GRÜEZI SCHWEIZ: Julia Rippstein

1214 «Au début, j'avais l'impression d'avoir les mains coupées»

## Zu guter Letzt

Piet van Spijk

1216 Multiorganversagen

OH

HUBER

## Impressum

### Schweizerische Ärztezeitung

Offizielles Organ der FMH  
und der FMH Services

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

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

### Anzeigen:

Markus Will, Leiter Sales,  
Tel. +41 (0)61 467 85 97  
markus.will@emh.ch

### Stellenmarkt und Rubrikanzeigen:

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

### Rubrik FMH Services: FMH Consulting

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

### Abonnemente FMH-Mitglieder:

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

### Anderer Abonnemente:

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

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

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

### © FMH

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

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

mit den Beipackzetteln der verwen-  
deten Medikamente verglichen werden.

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

printed in  
switzerland



Titelbild:  
© Everythingpossible | Dreamstime.com

# «Das elektronische Patientendossier beschäftigt uns – Sie auch?»

Alexander Zimmer

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



Mit der Annahme der Motion 19.3955 durch den Ständerat im März dieses Jahres wird der Bundesrat beauftragt, die Freiwilligkeit der ambulant tätigen Ärztinnen und Ärzte für die Teilnahme am elektronischen Patientendossier (EPD) aufzuheben [1].

Bereits zuvor, am 19. Juni 2020, hatte das Parlament die Änderung des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung betreffend die Zulassung von ambulanten Leistungserbringern verabschiedet. Mit der Neuregelung müssen Ärztinnen und Ärzte, die neu ab 1.1.2022 als ambulante Leistungserbringer zugelassen werden, sich einer zertifizierten Gemeinschaft oder Stammgemeinschaft anschliessen [2].

Die doppelte Freiwilligkeit wird somit für Gesundheitsfachpersonen auch im ambulanten Bereich aufgehoben. Diese Tatsache haben wir zu akzeptieren.

Die FMH hat sich immer dafür eingesetzt, das elektronische Patientendossier möglichst nutzbringend zu gestalten, so dass sowohl die Bevölkerung als auch Gesundheitsfachpersonen freiwillig daran teilnehmen.

Leider ist die Teilnahme am EPD bis anhin aber nicht attraktiver geworden. Wohl deshalb soll nun ein gesetzgeberischer Schritt dem EPD zum Erfolg verhelfen. Die FMH bietet erneut Hand dafür, dass die Umsetzung sinnvoll und nutzbringend ausgestaltet wird. Wir haben den Behördenvertretern im Entstehungsprozess des EPD stets konstruktiv unsere Verbesserungsvorschläge mitgeteilt. Der FMH ist es ein Anliegen, dass das elektronische Patientendossier sich erfolgreich entwickelt.

Wir haben aber auch stets betont, dass ein elektronisches Patientendossier erst dann erfolgreich sein kann, wenn es einen Mehrwert bietet. Im Zentrum muss stets das Patientenbedürfnis stehen. Selbstredend soll ein EPD aber auch für die Gesundheitsfachpersonen einen Mehrwert und nicht Mehraufwand ohne Nutzen generieren.

Die Bedingungen dafür können nicht oft genug wiederholt werden [3]. Die im EPD abgelegten behandlungsrelevanten Informationen müssen aktuell, strukturiert, leicht zu erfassen und auch leicht auffindbar sein. Das EPD muss tief in die Praxisinformationssysteme

(PIS) integriert werden können. Die Sicherheit der Patientendaten muss gewährleistet sein. Ein EPD soll Doppelspurigkeiten reduzieren und nicht im Gegenteil noch neue schaffen. Ärztinnen und Ärzte möchten ihre Zeit für die Betreuung ihrer Patientinnen und Patienten nutzen können – und nicht vor dem Computer sitzend mit administrativen Dokumentationsarbeiten. Tatsache ist, dass die tiefe Integration des EPD in die PIS mit hohen Zusatzkosten verbunden ist. Diese sollen von den Gesundheitsfachpersonen oder deren Arbeitgebern offenbar selbst finanziert werden.

## Wir engagieren uns für Digitalisierung, welche Behandlungsqualität und Patientensicherheit stärkt sowie Administrativaufwand reduziert.

Der Bundesrat hat eine Tarifierung der Aufwände, die mit dem EPD zusammenhängen, abgelehnt. Damit ist eine Chance vertan, finanzielle Anreize zugunsten des EPD zu schaffen. Unsere Nachbarländer machen es besser. In Deutschland wurde festgelegt, welche ärztlichen Tätigkeiten in Zusammenhang mit der digitalen Akte honoriert werden [4]. In Österreich finanzieren Bund, Länder und Sozialversicherung gemeinsam die zentrale Infrastruktur der elektronischen Gesundheitsakte ELGA und bekennen sich zudem zur ihrer inhaltlichen und technischen Weiterentwicklung [5]. Die nutzbringende und effiziente Umsetzung des EPD wird uns noch länger beschäftigen. Die FMH setzt sich weiterhin für digitale Anwendungen ein, die zu einer Stärkung der Behandlungsqualität, mehr Effizienz, erhöhter Patientensicherheit sowie auch zum Abbau administrativer Hürden für Ärztinnen und Ärzte beitragen. Wenn das EPD anwenderfreundlich gestaltet ist, Mehrwert bietet und zur Reduktion des Administrationsaufwandes in den Praxen beiträgt, dann wird es sicherlich erfolgreich sein, und zwar unabhängig davon, ob die Teilnahme der Ärzteschaft am EPD nun verpflichtend ist oder nicht. Die Verbesserungsvorschläge der Ärztinnen und Ärzte als praktischer Anwender müssen aber ernsthaft gehört und geprüft werden. Der Einbezug der Gesundheitsfachpersonen darf nicht zur Alibiübung verkommen.

### Literatur

- 1 «Elektronisches Patientendossier. Was gibt es noch zu tun bis zu seiner flächendeckenden Verwendung?» Bericht des Bundesrates in Erfüllung des Postulates 18.4328 Wehrli vom 14. Dezember 2018; Bern, 11. August 2021.
- 2 Artikel 11, Buchstabe a der Gesetzgebung Elektronisches Patientendossier. [www.bag.admin.ch/bag/de/home/versicherungen/krankenversicherung/krankenversicherungsrevisionsprojekte/zulassung-leistungserbringern.html](http://www.bag.admin.ch/bag/de/home/versicherungen/krankenversicherung/krankenversicherungsrevisionsprojekte/zulassung-leistungserbringern.html) (abgerufen am 24.8.2021).
- 3 Elektronisches Patientendossier (EPD). Die Position der FMH; 5. Mai 2021; [www.fmh.ch/themen/ehealth/patientendossier.cfm](http://www.fmh.ch/themen/ehealth/patientendossier.cfm) (abgerufen am 24.8.2021).
- 4 Vergütung zur elektronischen Patientenakte festgelegt. 26. Februar 2021; [aerzteblatt.de/nachrichten/121551/Verguetung-zur-elektronischen-Patientenakte-festgelegt](http://aerzteblatt.de/nachrichten/121551/Verguetung-zur-elektronischen-Patientenakte-festgelegt) (abgerufen am 24.8.2021).
- 5 [www.elga.gv.at/faq/wissenswertes-zu-elga/](http://www.elga.gv.at/faq/wissenswertes-zu-elga/) (abgerufen am 24.8.2021).



## Umfrage der FMH zu digitalen Anwendungen während der Behandlung

# Digital Trends Survey 2021

Verena Pfeiffer<sup>a</sup>, Reinhold Sojer<sup>b</sup>

<sup>a</sup> Dr. rer. nat., Wissenschaftliche Mitarbeiterin Abteilung Digitalisierung/eHealth FMH; <sup>b</sup> Dr. rer. biol. hum., Abteilungsleiter Digitalisierung/eHealth FMH

Aktuell sind wir noch weit davon entfernt, dass Computer Patientinnen und Patienten behandeln. Trotzdem muss sich die Ärzteschaft heute mit der Frage auseinandersetzen, welche Rolle digitale Technologien in der Medizin einnehmen sollen und dürfen. Sie wird die Fähigkeit entwickeln müssen, korrekte von inkorrekten digitalen medizinischen Aussagen zu unterscheiden.

Der Einsatz von digitalen Gesundheitsanwendungen wird heute kaum mehr hinterfragt. Analog zur Luftfahrt sind insbesondere in kritischen Bereichen eingesetzte Systeme im Gesundheitswesen in den letzten Jahrzehnten systematisch verbessert worden, unterstützen die Qualitätssicherung [1] und sind in einer modernen Medizin kaum mehr wegzudenken.

Die ursprünglich im Abrechnungsbereich eingesetzten Informationssysteme in Spitälern wurden in den letzten Jahrzehnten konsequent weiterentwickelt und deren Einsatz auf den klinischen Bereich erweitert [2]. Diese Entwicklung hat zur Folge, dass die Krankengeschichte zunehmend elektronisch verfügbar ist und die Daten für eine computergestützte klinische Entscheidungsunterstützung wiederverwendet werden können. Aus den überwiegend im akademischen Umfeld entwickelten Programmen entstanden in den letzten Jahren kommerzielle digitale Gesundheitsanwendungen, die sich mittlerweile über die gesamte *Patient Journey* (Prävention, Triage, Diagnose, Behandlung und Nachsorge) erstrecken [3]. Nicht nur Ärztinnen oder Ärzte, sondern auch Patientinnen und Patienten nutzen zunehmend digitale Gesundheitsan-

wendungen: Mit Hilfe von Apps können Patientinnen und Patienten pathologische Hautveränderungen identifizieren. Geräte zur Selbstuntersuchung ermöglichen einfache Untersuchungen an Ohr, Hals, Rachen und Haut durch die integrierte Thermometer-, Stethoskop-, Otoskop- und Kamerafunktion [4]. Einen weiteren Schub der Verbreitung von Informationstechnologien im Gesundheitswesen erlebt die Schweiz derzeit mit der Einführung des elektronischen Patientendossiers (EPD), mit dessen Hilfe Patientinnen und Patienten behandlungsrelevante Daten einsehen und mit Gesundheitsfachpersonen auf elektronischem Wege teilen können [5].

Angebote gibt es also viele, übrig bleiben die Fragen nach Nutzen und Bedürfnis. Welchen Nutzen sehen Ärztinnen und Ärzte sowie die Schweizer Bevölkerung in digitalen Gesundheitsanwendungen? Erfüllen die Angebote zu digitalen Gesundheitsanwendungen ihre Bedürfnisse? Welche digitalen Gesundheitsanwendungen sollen Ärztinnen und Ärzte berücksichtigen, wenn sie ihre Hausarztpraxis digitalisieren oder neu gründen? Fragen, die der Digital Trends Survey 2021 zu beantworten versucht.

## Der Digital Trends Survey 2021

Der von der FMH durchgeführte Digital Trends Survey soll die Bedürfnisse sowie den subjektiv empfundenen Nutzen der Ärzteschaft und der Bevölkerung hinsichtlich neuer digitaler Gesundheitsanwendungen abfragen. Er orientiert sich an der *Patient Journey*, die alle patienten-seitigen Ereignisse vor, während und nach einem Arztbesuch umfasst. Der Schwerpunkt der diesjährigen Umfrage liegt auf digitalen Gesundheitsanwendungen «während der Behandlung», auch die Covid-19-Pandemie wurde thematisiert, während sich die Umfrage 2019 mit den Anwendungen «vor der Behandlung» [6] beschäftigte.

### Methode

Zwischen Oktober und November 2020 wurde eine Online-Umfrage mit 507 ambulant tätigen Ärztinnen und Ärzten sowie 2096 Personen aus der Bevölkerung ab 18 Jahren durchgeführt. Die Alters- und Geschlechtsverteilung der Befragten ist in Abbildung 1 angegeben. Die Methodik und der Fragebogen wurden in Zusammenarbeit mit Ärztinnen und Ärzten sowie gfs.bern entwickelt. Anhand eines kognitiven und eines quantitativen Pretests wurde der Fragebogen auf seine Validität geprüft. Der Fragebogen beinhaltete Fragen mit klassischer Likert-Skala und ein Entscheidungsexperiment basierend auf der Conjoint-Methode. Diese Methode ist ein multivariates Verfahren, welches das Gesamturteil über eine Dienstleistung mittels der Zusammenstellung verschiedener Ausprägungen oder Eigenschaften misst. Dabei wird erhoben, welche Eigenschaft besonders wichtig ist für die Gesamtbewertung der Dienstleistung. Im Entscheidungsexperiment wurden die folgenden fünf Dimensionen von Gesundheitsdienstleistungen untersucht: Administratives, Aufrufsysteme, eingesetztes Fachpersonal, Untersuchung und Behandlung. Die Befragten mussten sich jeweils für eine von zwei hypothetischen Arztpraxen mit zufällig gewählten unterschiedlichen Ausprägungen (analog, teilweise digital, vollständig digital) der jeweiligen Di-

mension entscheiden. Die Ärztinnen und Ärzte sollten sich vorstellen, dass sie eine neue Arztpraxis planen. Sie gaben an, welche Kombination aus mehr oder weniger digitalen Angeboten der zwei Arztpraxen aus ihrer Sicht wertvoller sei. Die Bevölkerung wurde gebeten, sich zu entscheiden, welche der zwei Arztpraxen sie selbst eher für eine Behandlung auswählen würde.

### Umfrageergebnisse

Die Ergebnisse des Digital Trends Survey 2021 zeigen, dass für alle Befragten die Nutzung der digitalen Gesundheitsversorgung wichtig ist. Zwei Drittel der ambulanten Ärzteschaft führen die Krankengeschichte elektronisch im Praxisinformationssystem. Die Bevölkerung sieht darin einen klaren Vorteil. Fragt man nach dem Stand der Ausschöpfung der digitalen Möglichkeiten für die Gesundheitsversorgung, fallen die Antworten im Vergleich zu 2019 anders aus. 25 Prozent der befragten Ärzteschaft sind der Meinung, das gegenwärtige Potenzial der digitalen Gesundheitsversorgung auszuschöpfen, 2019 waren es noch 64 Prozent. Ein möglicher Auslöser für diesen Meinungswechsel ist die Covid-19-Pandemie: Trotz des Einsatzes von elektronischen Krankengeschichten in Arztpraxen ist der Austausch von pandemielevanten Daten mit hohen administrativen Aufwänden verbunden und führt oftmals zu einer doppelten Buchführung, deren Kosten nicht gedeckt sind.

### Die Covid-19-Pandemie – Qualität und Verfügbarkeit relevanter digitaler Daten verbessern

Die Covid-19-Pandemie zeigte klar die Schwierigkeiten in der Schweiz beim Datenaustausch zwischen den verschiedenen Stakeholdern (z.B. Gesundheitsfachpersonen, Behörden etc.) auf. Alle Befragten sehen hier Handlungsbedarf. Der Anteil der Bevölkerung, der diesen als relevant einstuft, ist gegenüber dem der Ärzteschaft zehn Prozent höher. Verbessert werden müssen die Qualität und die Verfügbarkeit der für die Covid-19-Pandemie relevanten digitalen Daten. Ihre zeitnahe, gesamthafte und nationale Auswertung ist die Voraussetzung für wissenschaftliches Verständnis und damit für die vollständige Bewältigung der Pandemie.

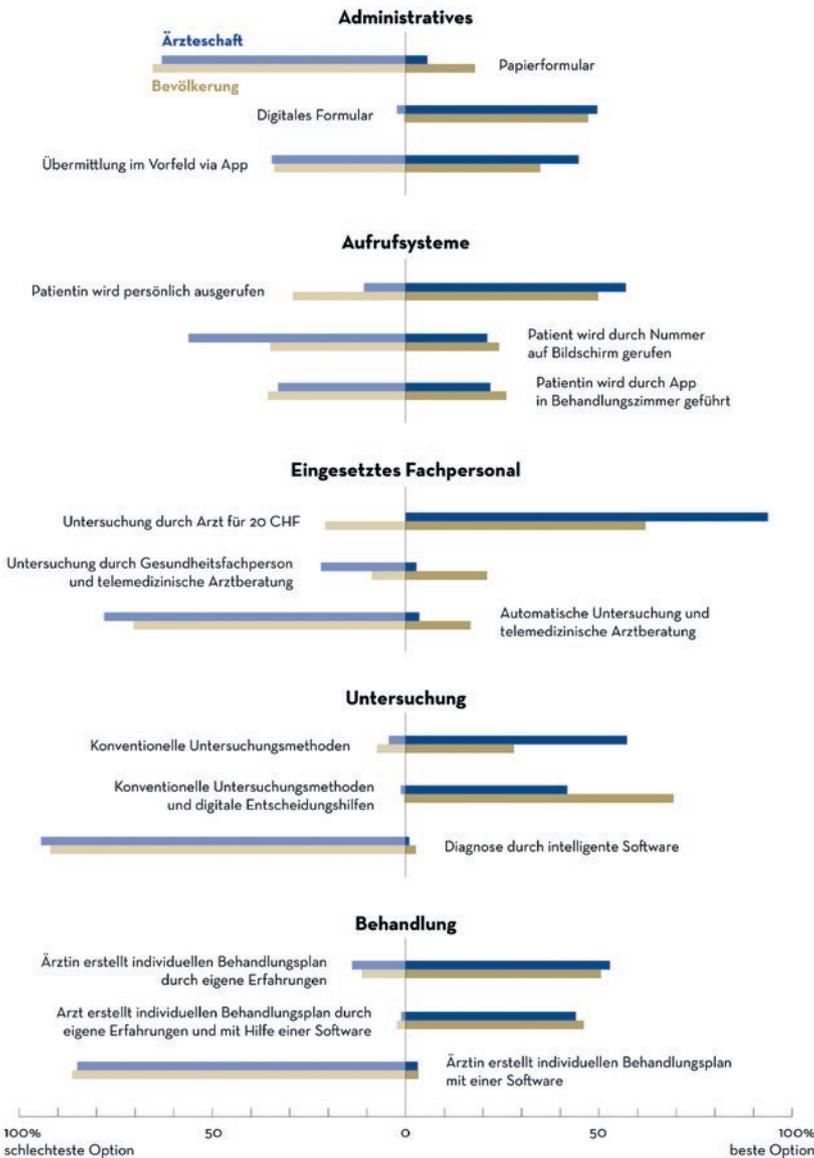
### Das Entscheidungsexperiment – die ärztliche Kernleistung digital zu ersetzen interessiert kaum

Das Entscheidungsexperiment zeigt auf, welchen Nutzen die ambulant tätige Ärzteschaft und die Bevölke-

#### Demografie

	Bevölkerung	Ärzterschaft
<b>Geschlecht</b>	Männlich: 49,2% Weiblich: 50,7% Keine Angabe: 0,1%	Männlich: 53,8% Weiblich: 46,2% keine Angabe: 0%
<b>Altersverteilung</b>	18–39: 35% 40–64: 42,4% 65+: 22,1% Keine Angabe: 0,5%	30–39: 6,7% 40–49: 27% 50–59: 37,9% 60–69: 28,4% Keine Angabe: 0%

Abbildung 1: Alters- und Geschlechtsverteilung der Stichproben.



**Abbildung 2:** Einschätzung des Nutzens von mehr oder weniger digitalen Dienstleistungen einer Arztpraxis. Je weiter die Balken nach rechts/links von der Mittellinie gehen, desto grösser/geringer wird der Nutzen einer Dienstleistung gegenüber dem 0-Wert eingeschätzt.

rung mehr oder weniger digitalen Dienstleistungen einer Arztpraxis beimessen (Abb. 2).

Als wertvoll empfinden alle Befragten (50% Ärzteschaft, 47% Bevölkerung) das Erfassen der administrativen Angaben durch Patientinnen und Patienten in einem digitalen Formular mit Hilfe eines durch die Arztpraxis bereitgestellten Tablets. Hingegen sehen sie keinen Nutzen, wenn die administrativen Daten in einem Papierformular erfasst werden (63% Ärzteschaft, 65% Bevölkerung). Klar bevorzugt wird das klassische persönliche Ausrufen der Patientinnen und Patienten im Wartezimmer (57% Ärzteschaft, 50% Bevölkerung). Die persönliche Untersuchung durch die Ärztin oder den Arzt wird von allen Befragten (94% Ärzteschaft,

62% Bevölkerung) sehr geschätzt und den digitalen Möglichkeiten vorgezogen. Eindeutig abgelehnt wird die gerätegetriebene automatische Untersuchung mit anschliessender ärztlicher telemedizinischer Beratung (78% Ärzteschaft, 70% Bevölkerung). Konventionelle Untersuchungsmethoden werden von der Ärzteschaft (57%) mehrheitlich begrüsst, während die Bevölkerung (69%) die Unterstützung konventioneller Untersuchungsmethoden durch digitale Entscheidungshilfen präferiert. Die reine durch eine intelligente Software getriebene Diagnosestellung wird allerdings von allen Befragten abgelehnt (Ärzterschaft 94%, Bevölkerung 92%), ebenso wie das automatisierte Erstellen eines Behandlungsplans durch eine intelligente Software (Ärzterschaft 85%, Bevölkerung 86%). Die Mehrheit der Befragten bevorzugt das Festlegen des Behandlungsplans durch die Ärztin oder den Arzt, basierend auf deren Erfahrungen (Ärzterschaft 53%, Bevölkerung 51%). Fast genauso viele Befragte halten die softwaregetriebene Unterstützung des Arztes beim Erstellen des Behandlungsplans für sinnvoll (Ärzterschaft 44%, Bevölkerung 46%). Die Bevölkerung ist gegenüber hybriden Lösungen – wie zum Beispiel Untersuchungen, die von digitalen Entscheidungshilfen unterstützt werden, oder die Erstellung von Behandlungsplänen mit Hilfe einer Software – etwas offener als die Ärzteschaft.

### Das EPD interessiert

Die Offenheit der Bevölkerung gegenüber der Digitalisierung im Bereich der Dokumentation und des Datenaustauschs zeigt sich auch in der Bereitschaft, ein EPD zu eröffnen. Die Mehrheit der Bevölkerung (55%) ist weiterhin interessiert, eines zu eröffnen, wenngleich das Interesse im Vergleich zu 2019 um sechs Prozent sank. Knapp die Hälfte der befragten Bevölkerung (47%) würde die Ärztin oder den Arzt nicht wechseln, wenn diese kein EPD anbietet. Ein Fünftel der Befragten würde aus diesem Grund die Ärztin oder den Arzt auf jeden Fall wechseln. Dies ist im Vergleich zu 2019 ein Anstieg um fünf Prozent. Jedoch ist das Gros der Bevölkerung (84%) sehr zufrieden mit dem Service ihrer Hausärzteschaft. Mit deren digitalen Angeboten sind sie im Vergleich zum Vorjahr sogar leicht zufriedener (41% 2020; 31% 2019). Knapp ein Viertel der Patientinnen und Patienten (24%) ist allerdings eher bis sehr unzufrieden mit diesen digitalen Angeboten. Nach wie vor besteht hier Ausbau- bzw. Erweiterungspotenzial.

### Diskussion und Ausblick

Kommen wir zurück auf die eingangs gestellten Fragen nach dem Nutzen und den Bedürfnissen. Einen Nutzen

sehen Ärztinnen und Ärzte in digitalen Angeboten, die administrative Prozesse vereinfachen. Dieser Aspekt wird auch von der Bevölkerung gesehen, schafft er doch mehr Zeit für die persönliche ärztliche Behandlung. Am Bedürfnis vorbei gehen digitale Gesundheitsanwendungen, welche die ärztliche Kernleistung ersetzen. So werden die gerätegetriebene automatisierte Untersuchung oder der Therapieentscheid durch ein intelligentes Computersystem von allen Befragten abgelehnt. Allerdings ist die Bevölkerung aufgeschlossener gegenüber hybriden Vorgehensweisen, die konventionelle Methoden mit digitalen Entscheidungshilfen kombinieren. Soll eine Arztpraxis digitalisiert werden, werden digitale Gesundheitsanwendungen gewünscht, die den administrativen Aufwand minimieren, beispielsweise indem Patientinnen und Patienten ihre Angaben in einem digitalen Formular erfassen, aber gleichzeitig den persönlichen Kontakt erhalten. So ist das klassische persönliche Ausrufen ebenso von Bedeutung wie die persönliche Untersuchung durch die Ärztin oder den Arzt. Die hybriden Lösungen, wie zum Beispiel die Erstellung von Behandlungsplänen mit Hilfe einer intelligenten Software, sind für Patientinnen und Patienten aber durchaus vorstellbar. Zu berücksichtigen ist sicherlich auch die Anbindung an das EPD, die den Austausch von behandlungsrelevanten Daten zwischen Gesundheitsfachpersonen ermöglichen soll, würde doch ein Fünftel der Bevölkerung seine Hausarztpraxis wechseln, wenn diese kein EPD anbietet. Hier besteht seitens der Hausärzteschaft der Nachholbedarf, eine aktivere Rolle im EPD einzunehmen, um dadurch ihre Forderungen für ein nutzbringendes EPD besser einbringen zu können. Dabei hätte ein EPD im Zusammenhang mit der Covid-19-Pandemie durchaus Vorteile, gab es in der Schweiz doch Schwierigkeiten, Covid-19-Neuinfektionen genau zu erfassen, was auf suboptimale Dateninfrastrukturen zurückzuführen ist [7]. Da die schweizweite Einführung des EPD noch andauert, können diese Daten auch nicht einfach sekundär genutzt werden. Generell sollten Gesundheitsinformationssysteme, d.h. eine sektorübergreifende, koordinierte und routinierte Datenerhebung, ebenso wie automatisierte Kommunikationsflüsse zwischen den diversen Stakeholdern (z.B. Gesundheitsfachpersonen, Behörden etc.) vor einer Pandemie existieren und nicht während einer Pandemie aufgebaut werden müssen. Dies garantiert, dass die Datenlieferanten bereits vor einer Pandemie mit

den Tools und Meldewegen des Gesundheitsinformationssystems vertraut sind und diese nationalen Daten zur Feinjustierung von Massnahmen zur Bekämpfung der Pandemie genutzt werden können [8].

Es gibt bereits europäische Länder, die digitale Gesundheitsanwendungen seit Jahrzehnten erfolgreich einsetzen. Beispiele hierfür sind Finnland und Estland. Finnland führt seit 20 Jahren eine elektronische Patientenakte und seit über zehn Jahren werden Rezepte für verschreibungspflichtige Medikamente digital ausgestellt [9]. In Estland sind seit gut einem Jahrzehnt das eRezept und die elektronische Patientenakte gesetzlich vorgeschrieben [10].

Sinn und Zweck der Digitalisierung darf und muss jedes Land für sich definieren und hinterfragen. Die vorliegenden Ergebnisse des Digital Trends Survey 2021 zeigen, welche Grenzen sich die Schweizer Ärzteschaft in puncto Digitalisierung wünscht. Letztendlich hätte die Digitalisierung das Potenzial, im öffentlichen Gesundheitswesen die Transition von der Heilung zur Prävention zu unterstützen, den Menschen in den Mittelpunkt der Versorgung zu stellen, die Eigenverantwortlichkeit der Patientinnen und Patienten zu fördern und das Gesundheitssystem effizienter und sicherer zu gestalten [11].

#### Bildnachweis

Pop Nukoonrat | Dreamstime.com

#### Literatur

- Middleton B, Bloomrosen M, Dente MA, Hashmat B, Koppel R, Overhage JM, et al. Enhancing patient safety and quality of care by improving the usability of electronic health record systems: recommendations from AMIA. *J Am Med Inform Assoc.* 2013;20(e1):e2–8.
- Evans RS. Electronic Health Records: Then, Now, and in the Future. *Yearb Med Inform.* 2016 May 20;Suppl 1:S48–61.
- Robinson A, Slight RD, Husband AK, Slight SP. Designing the Optimal Digital Health Intervention for Patients' Use Before and After Elective Orthopedic Surgery: Qualitative Study. *J Med Internet Res.* 2021 Mar 8;23(3):e25885.
- Don DM, Koempel JA, Fisher LM, Wee CP, Osterbauer B. Prospective Evaluation of a Smartphone Otoscope for Home Tympanostomy Tube Surveillance: A Pilot Study. *Ann Otol Rhinol Laryngol.* 2021 Feb;130(2):125–32.
- Bundesgesetz vom 19. Juni 2015 über das elektronische Patientendossier (EPDG; SR 816.1).
- Digital Trends Survey 2019. <https://www.fmh.ch/themen/ehealth/trends-neue-technologien.cfm>
- Horgan D, Hackett J, Westphalen CB, Kalra D, Richer E, Romao M, et al. Digitalisation and COVID-19: The Perfect Storm. *Biomed Hub.* 2020 Sep–Dec;5(3):1341–63.
- Schmidt AE, Abboud LA, Bogaert P. Making the case for strong health information systems during a pandemic and beyond. *Arch Public Health.* 2021;79:13.
- Schmitt-Sausen N. Finnland lebt die Digitalisierung. *Dtsch Arztebl.* 2018;115(41):A-1802/B-1516/C-1502.
- Thiel R, Deimel L, Schmidtman D, Piesche K, Hüsing T, Rennoch J, et al. #SmartHealthSystems: Auszug Estland. Bertelsmann Stiftung; 2018 [Internet]. <https://www.bertelsmann-stiftung.de/de/publikationen/publikation/did/smarthealthsystems/>
- Odono A, Buttigieg S, Ricciardi W, Azzopardi-Muscat N, Staines A. Public health digitalization in Europe. *Eur J Public Health.* 2019 Oct;29(Suppl 3):28–35.

Abteilung Digitalisierung/  
eHealth FMH  
[ehealth\[at\]fmh.ch](mailto:ehealth[at]fmh.ch)

## Download

Der vollständige Bericht zum Digital Trends Survey 2021 inklusive Einordnung der Ergebnisse durch Expertinnen und Experten kann auf der Website der FMH eingesehen werden: [www.fmh.ch/digital-trends-survey-2021-e](http://www.fmh.ch/digital-trends-survey-2021-e)

# Personalien

## Todesfälle / Décès / Decessi

*Helena I. Joller-Jemelka* (1942), † 24.7.2021, 8057 Zürich

*Urs Leuenberger* (1946), † 22.8.2021, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin, 5063 Wölflinswil

*Jean-Paul Berclaz* (1943), † 27.8.2021, Spécialiste en pédiatrie, 3960 Sierre

## Praxiseröffnungen / Nouveaux cabinets médicaux / Nuovi studi medici

### SZ

*Eleftherios Stoios*, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, Hauptstrasse 89, 8840 Einsiedeln

### ZH

*Michael Roland Handwerker*, Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates und Praktischer Arzt, Zugerstrasse 37, 8810 Horgen

## Aargauischer Ärzteverband

### Zur Aufnahme in den Aargauischen Ärzteverband haben sich angemeldet:

Als ordentlich praktizierende Mitglieder:

*Miriam Akerlund*, 4814 Bottenwil, Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie, angestellt in Praxis in Lenzburg seit 1.8.2021

*Agnieszka Andrykiewicz*, 4123 Allschwil, Fachärztin für Neurologie, FMH, angestellt im Regionalen Pflegezentrum Baden AG seit 17.5.2021

*Diana Botzeva*, 5210 Windisch, Fachärztin für Kinder- und Jugendmedizin, FMH, angestellt in Praxis in Windisch seit 16.6.2021

*Gabriela Büchler*, 5600 Lenzburg, Fachärztin für Allgemeine Innere Medizin, FMH, Praxiseröffnung in Praxisgemeinschaft in Villmergen seit 1.8.2021

*Ionut Cojan*, D-47533 Kleve, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin und Facharzt für Kardiologie, Praxiseröffnung in Praxisgemeinschaft in Lenzburg per 22.7.2021

*Stephanie Duda*, 8307 Effretikon, Fachärztin für Kinder- und Jugendmedizin, FMH, angestellt in Praxis in Baden seit 1.4.2008

*Nadja Galliker*, 5621 Zufikon, Fachärztin für Dermatologie und Venerologie und Fachärztin für Allergologie und klinische Immunologie, FMH, Praxiseröffnung in Praxisgemeinschaft in Wohlen per 1.9.2021

*Andreas Ruepp*, 5430 Wettingen; Facharzt für Allgemeine Innere Medizin, FMH, Praxiseröffnung in Baden per 1.11.2021

*Sven Mädler*, 8872 Weesen, Facharzt für Anästhesiologie und Facharzt für Intensivmedizin, FMH, angestellt in Praxis in Zofingen seit 1.1.2020

*Madeleine Moriot*, 8052 Zürich, Fachärztin für Gynäkologie und Geburtshilfe, Praxiseröffnung in Praxisgemeinschaft in Wettingen per 1.9.2021

*Urs Rölli*, 8954 Geroldswil, Facharzt für Anästhesiologie, FMH, Belegarzt an der Hirslanden Klinik Aarau seit 1.7.2021

*Karim Saba*, 8050 Zürich, Facharzt für Urologie, Praxiseröffnung in Praxisgemeinschaft in Aarau per 1.11.2021

*Monika Schumacher*, 5722 Gränichen, Fachärztin für Innere Medizin, FMH, Praxiseröffnung in Gränichen per 1.1.2021

*Beate Schramm*, 5200 Brugg, Fachärztin für Chirurgie, FMH, angestellt in Praxis in Rohrdorf per 1.1.2022

*Darina Spinnler*, 4410 Liestal, Fachärztin für Allgemeine Innere Medizin, FMH, Praxiseröffnung in Praxisgemeinschaft in Laufenburg per 1.9.2021

*Nina Trippler*, D-79853 Lenzkirch, Fachärztin für Physikalische Medizin und Rehabilitation, Praxiseröffnung in Praxisgemeinschaft in Würenlingen per 22.7.2021

*Roger Wanner*, 8057 Zürich, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin und Facharzt für Gastroenterologie FMH, angestellt in Praxis in Baden seit 1.6.2021

*Janet Weber*, 6362 Stansstad, Fachärztin für Anästhesiologie, FMH, Praxiseröffnung in Praxisgemeinschaft in Muri per 14.6.2021

Als Chef- und Leitende Ärztinnen und Ärzte:

*Katja Auinger*, 8834 Schindellegi, Fachärztin für Intensivmedizin und Fachärztin für Anästhesiologie, FMH, Leitende Ärztin im Kantonsspital Baden AG seit 1.11.2020

Diese Kandidaturen werden in Anwendung von Art. 5 der Statuten des Aargauischen Ärzteverbandes veröffentlicht. Einsprachen müssen innert 14 Tagen seit der Bekanntmachung schriftlich und begründet der Geschäftsleitung des Aargauischen Ärzteverbandes eingereicht werden. Nach Ablauf der Einsprachefrist entscheidet die Geschäftsleitung über Gesuch und allfällige Einsprachen.

## Ärztegesellschaft des Kantons Bern

### Ärztlicher Bezirksverein Bern Regio

Zur Aufnahme als ordentliches Mitglied haben sich angemeldet:

*Urs Lüthi*, Facharzt für Pathologie, FMH, Pathologie Länggasse, Worblentalstrasse 32 West, 3063 Ittigen

*Denise Nyffenegger*, Fachärztin für Kinder- und Jugendmedizin, FMH, Bernastrasse 6, 3005 Bern

*Sabine Weber*, Fachärztin für Allgemeine Innere Medizin, FMH, Weissenbühlweg 3, 3007 Bern

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

### Ärztegesellschaft des Kantons Schwyz

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

*Eugen Janzen*, Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin, ab 1.9.2021 selbständiger Kinderarzt in der Praxis Dr. Thomas Keller, Churerstrasse 22 in Pfäffikon

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)

### Ärztegesellschaft Thurgau

Die Ärztegesellschaft Thurgau informiert über folgende Neuanmeldung:

*Christian Kostov*, Schützenstrasse 15, 8570 Weinfelden, Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie

### Société Médicale du Valais / Walliser Ärztegesellschaft

Se sont annoncés comme candidats à l'admission à la Société Médicale du Valais:

Zur Aufnahme in die Walliser Ärztegesellschaft haben sich angemeldet:

Membres ordinaires / Ordentliche Mitglieder

*Thomas Bosshard*, 1987, Spécialiste en médecine interne générale, FMH, Collombey

*Marion Brettar-Preuss*, 1975, Fachärztin für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie, FMH, Visp

*Maria della Volpe-Waizel*, 1986, Fachärztin für Ophthalmologie, Visp

*Béatrice Eggel-Hort*, 1974, Spécialiste en gynécologie et obstétrique, FMH, Sion

*Benjamin Ehresmann*, 1985, Spécialiste en médecine interne générale, FMH, Sion

*Andreas Charles Amédé Fischer*, 1989, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin, FMH, Brig-Glis

*Fabienne Hadorn*, 1979, Spécialiste en anesthésiologie, FMH, Sion

*Karen Huscher*, 1984, Fachärztin für Neurochirurgie, Sitten

*Arezki Kati*, 1962, Médecin praticien, Monthey

*Daniela Kildal*, 1978, Fachärztin für Radiologie, Visp

*Alexandre Martin*, 1982, Spécialiste en chirurgie plastique, reconstructive et esthétique, Sion

*Marc-Alain Panchard*, 1962, Spécialiste en pédiatrie, FMH, Sion

*Géraldine Petraglia*, 1986, Spécialiste en psychiatrie et psychothérapie d'enfants et d'adolescents, FMH, Sierre

*Pauline Putallaz*, 1983, Spécialiste en médecine interne générale FMH, Sion

*Julienne Ramiaraka*, 1975, Médecin praticienne, Grône

*Cédric Saint-Léger*, 1973, Médecin praticien, Sion

*Elodie Senggen*, 1973, Spécialiste en radiologie, FMH, Sion

*Florence Tassin*, 1970, Spécialiste en psychiatrie et psychothérapie d'enfants et d'adolescents, Martigny

*Sarah Vinzens Burgener*, 1980, Fachärztin für Medizinische Onkologie, Brig

Membre extraordinaire / Ausserordentliches Mitglied

*Sandra Marras*, 1983, Spécialiste en gynécologie et obstétrique, Martigny

Les avis opposés à l'une ou l'autre admission sont à adresser au Secrétariat de la Société Médicale du Valais (Av. de France 8, 1950 Sion) dans un délai de 10 jours après publication.

Einsprachen gegen diese Aufnahmen sind innerhalb von 10 Tagen seit der Publikation schriftlich an das Sekretariat der VSÄG (Av. de France 8, 1950 Sitten) einzureichen.

### Ärzte-Gesellschaft des Kantons Zug

Zur Aufnahme in die Ärzte-Gesellschaft des Kantons Zug als ordentliches Mitglied hat sich angemeldet:

*Kai Sprengel*, Facharzt für Chirurgie und Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, Praxis MedOT, c/o AndreasKlinik Cham Zug, Rigistrasse 1, 6330 Cham

Einsprachen gegen diese Kandidatur müssen innerhalb 14 Tagen seit dieser Veröffentlichung schriftlich und begründet beim Sekretariat der Ärzte-Gesellschaft des Kantons Zug eingereicht werden. Nach Ablauf der Einsprachefrist entscheidet der Vorstand über Gesuch und allfällige Einsprachen.



# Zwangsanwendung für Covid-19-Tests bei Ausreisepflichtigen

Zentrale Ethikkommission (ZEK) der SAMW, Konferenz Schweizerischer Gefängnisärzte (KSG)

Ende Juni 2021 hat der Bundesrat über die beabsichtigte rasche Einführung einer Änderung des Ausländer- und Integrationsgesetzes (AIG) bezüglich Covid-19-Tests bei Ausreisepflichtigen informiert, am 11. August wurde die Botschaft dazu verabschiedet. Danach sollen die Tests künftig auch gegen den Willen der Person durchgeführt werden können.

Die vom Bundesrat vorgesehene Gesetzesänderung verletzt berufsethische Grundpfeiler der Medizin. Bei aktiver Gegenwehr des Betroffenen besteht zudem ein Verletzungsrisiko, welches durch die Medizinalfachperson auf seine Verhältnismässigkeit geprüft werden muss. In diesem Artikel erfolgt eine Stellungnahme, die die Revision aus medizinischer, ethischer und juristischer Sicht einordnet und eine Handlungsempfehlung für Gesundheitsfachpersonen gibt.

## Weg zur Gesetzesrevision

Am 23. Juni 2021 hat der Bundesrat über eine nur zwei Wochen dauernde Vernehmlassung zu einer Änderung

des Ausländer- und Integrationsgesetzes [1] informiert. Dieses enthält neu in Art. 72 eine Verpflichtung zu einem Covid-19-Test für Ausreisepflichtige und die Weisung, dass der Test auch gegen den Willen der Person durchgeführt werden kann [2]. Mitte August wurden die Botschaft [3] und der Vernehmlassungsbericht [4] veröffentlicht. Die neue Regelung soll für dringlich erklärt und sofort in Kraft gesetzt werden; sie soll bis Ende 2022 gelten.

## Die geplanten Änderungen in Art. 72 AIG

Grund dieser Änderung ist, dass viele Heimat- bzw. Herkunftsländer sowie Fluggesellschaften einen negativen Covid-19-Test für die Rückübernahme bzw. für

den Transport der von der Schweiz wegweisenen Personen verlangen. Gleichzeitig weigern sich zunehmend mehr Ausreisepflichtige, sich einem Covid-19-Test zu unterziehen, womit sie den Vollzug der Wegweisung verhindern können [5]. Bislang bestand für die zwangsweise Durchführung eines Tests keine Rechtsgrundlage. Die neu geschaffene Norm statuiert vor diesem Hintergrund für die Ausländerinnen und Ausländer eine Pflicht, sich dem Covid-19-Test zu unterziehen [6]. Diese Pflicht kann durch zwangsweise Zuführung zu

### **Viele Heimat- bzw. Herkunftsländer und Fluggesellschaften verlangen für die Rückübernahme einen negativen Covid-19-Test.**

einem Test gegen den Willen der betroffenen Person durchgesetzt werden [7]. Hingegen darf gemäss der neuen Gesetzesbestimmung während der eigentlichen Durchführung des Tests «kein Zwang ausgeübt werden, durch den die Gesundheit der betroffenen Person gefährdet werden könnte». Die Tests sollen durch spezifisch geschultes Personal durchgeführt werden. Dieses «verwendet die für die betroffene Person mildeste Testart», und es führt «den Test nicht durch», wenn es der Ansicht ist, «dass die Durchführung des Tests die Gesundheit der betroffenen Person gefährden könnte» [8]. Die neue Gesetzesbestimmung stellt nach Auffassung des Bundesrates keinen schweren Eingriff in die Rechte der betroffenen Person dar, weshalb er die Regelung als verhältnismässig beurteilt [3, 5]. Der Bundesrat weist damit die Kritik verschiedener Vernehmlassungsteilnehmender, einschliesslich der Nationalen Kommission zur Verhütung von Folter, zurück [4].

### **Kritik und Hinweise aus ethischer, medizinischer und juristischer Sicht**

Medizinische Behandlungen und diagnostische Massnahmen bedürfen aus medizin-ethischer Sicht grundsätzlich der freien und aufgeklärten Zustimmung des urteilsfähigen Betroffenen. Die Durchführung medizinischer Massnahmen ohne eine solche Zustimmung oder sogar gegen den expliziten Willen des Betroffenen ist aus medizin-ethischer Sicht immer mit schweren Bedenken verbunden. Dies gilt auch für die zwangsweise Durchführung eines Covid-19-Tests bei Ausländerinnen und Ausländern, die ausgeschafft werden sollen. Die Verfasser des vorliegenden Beitrages sind der Auffassung, dass die Gesetzesänderung die grundlegenden Prinzipien der Medizinethik nicht hinreichend berücksichtigt. Die hastige Einführung der neuen Gesetzesbestimmung nach einer bloss zwei-

wöchigen Vernehmlassungsfrist, die keine vertiefte Auseinandersetzung mit der Gesetzesrevision und keine grundsätzliche Einordnung aus ethischer, medizinischer und juristischer Sicht erlaubt, ist offenkundig unbefriedigend und trägt der Bedeutung der neuen Norm und des damit legitimierten Zwangs nicht genügend Rechnung.

Die behördlich angeordnete Durchführung einer medizinischen Handlung rein zum Vollzugszweck, wie dies der Covid-19-Test in diesem Zusammenhang ist, stellt eine gutachterliche Tätigkeit dar. Wird der Test von einer Medizinalperson durchgeführt, die die Person auch sonst behandelt, verletzt dies das Vertrauensverhältnis zwischen der Gesundheitsfachperson und der Patientin bzw. dem Patienten. Mittels Anordnung einer medizinischen Handlung durch eine Behörde entsteht eine Instrumentalisierung der Medizinalperson, was berufsethisch inakzeptabel ist und dem medizin-ethischen Grundsatz der Unabhängigkeit der Gesundheitsfachperson im Massnahmenvollzug widerspricht. Die medizin-ethischen Richtlinien der SAMW «Ausübung der ärztlichen Tätigkeit bei inhaftierten Personen» von 2002 bzw. 2013, die auch Teil der Standesordnung der FMH sind, halten denn auch fest, dass Medizinalpersonen keine Zwanganwendungen auf behördliche Anordnung hin durchführen dürfen [9].

Aus medizinischer Sicht ist zudem Folgendes zu bedenken: Die Durchführung eines Nasen-Rachen-

### **Ein Abstrich oder eine Speichelentnahme gegen den Widerstand der Betroffenen beinhaltet für diese immer ein Gesundheitsrisiko.**

oder eines Rachenabstrichs oder einer Speichelentnahme gegen den Widerstand der Betroffenen beinhaltet immer ein Gesundheitsrisiko. Eine sich aktiv verweigernde Person kann ohne Anwendung von körperlicher Gewalt oder den Einsatz von sedierenden Medikamenten nicht hinreichend gesichert werden, damit kein erhebliches Gesundheitsrisiko bei der Durchführung des Tests besteht. Da bei medizinischen Handlungen unter Zwang immer ein grösseres Gesundheitsrisiko besteht als bei der gleichen Handlung ohne Zwang, wird bei der Durchführung eines Covid-19-Tests zumindest bei aktiver Gegenwehr des Betroffenen bewusst ein medizinisches Risiko eingegangen, was eine aktive Schädigung zumindest in Kauf nimmt. Dies widerspricht dem Berufsethos von Medizinalpersonen.

Bedenken erweckt der Zwangsvollzug eines Covid-19-Tests sodann auch aus juristischen Gründen. Der unfreiwillige Test stellt einen Grundrechtseingriff dar, der

trotz einer entsprechenden neuen Gesetzesbestimmung aus Gründen der Verhältnismässigkeit nicht unproblematisch ist. Führt die zwangsweise Vornahme eines Abstrichs beim Betroffenen zu Verletzungen, liegt unter Umständen eine strafrechtlich relevante Körperverletzung vor. Die durchführende Gesundheitsfachperson setzt sich damit dem Risiko einer strafrechtlichen Verurteilung aus, verbunden mit einem Strafregistereintrag. Da sich ein solches strafrechtliches Verfahren gegen eine konkrete Einzelperson richtet,

### Das Staatssekretariat für Migration will eine Umsetzungsgruppe einsetzen, welche die Gefahr der Körperverletzung evaluieren soll.

nützt der Verweis darauf, dass eine gesetzliche Grundlage und allenfalls eine Anordnung des Arbeitgebers bestand, der Gesundheitsfachperson im Strafverfahren nichts. Dies insbesondere auch deshalb, weil der Gesetzestext, wie erwähnt, bei einer Gesundheitsgefährdung explizit die Durchführung des Tests ausschliesst. Daraus folgt, dass Ärztinnen und Ärzte schon nur wegen eines möglicherweise drohenden Strafverfahrens auf keinen Fall den Test durchführen sollten, wenn aufgrund des Verhaltens des Betroffenen mit Gegenwehr und mit einer erheblichen Gefahr einer Verletzung gerechnet werden muss. Es ist an der Gesundheitsfachperson, das entsprechende Risiko einzuschätzen. Im Zweifel ist auf die Durchführung des Tests zu verzichten. Bei einer mehr als nur harmlosen Verletzung kann der Betroffene zudem, neben einer allfälligen Strafanzeige, auf Schadenersatz und allenfalls auch auf Zusprache einer Genugtuung klagen. Jedoch ist eine Schadenersatzklage direkt gegen die Gesundheitsfachperson, die im Auftrag des Staates den Abstrich durchgeführt hat, grundsätzlich ausgeschlossen. Es haftet der Staat, nicht die Gesundheitsfachperson.

Das Staatssekretariat für Migration (SEM) hat angekündigt, in Zusammenarbeit mit der Ärzteschaft eine Umsetzungsgruppe einzusetzen, welche die Gefahr der Körperverletzung je nach Art der Entnahme evaluiert und den rechtlichen, medizinischen und ethischen Herausforderungen Rechnung trägt. Dieser lösungsorientierte Ansatz ist weiterzuerfolgen.

### Zusammenfassung und Ergebnis

Aus den genannten Gründen ist die Durchführung einer medizinischen Massnahme unter Zwang, wie sie die Anpassung des Art. 72 des AIG verlangt, aus medizinischer und ethischer Sicht hoch problematisch. Je

nach Entnahmemodalitäten, kann sie mit einem erheblichen Verletzungs- bzw. Gesundheitsrisiko für die Betroffenen einhergehen. Allfällige Massnahmen zu deren Verminderung wie Sedierung oder Fixierung der Person sind problematisch in Bezug auf ihre Verhältnismässigkeit und die berufsethischen Grundpfeiler der Medizin.

Zudem birgt die Durchführung eines zwangsmässigen Covid-19-Tests, sofern diese verbunden ist mit einer Gesundheitsgefährdung, ein nicht zu unterschätzendes Risiko für ein Strafverfahren gegen die ausführende Gesundheitsfachperson.

Medizinalpersonen in Asylzentren, Gefängnissen, Arztpraxen, Testzentren, Notaufnahmen, Spitälern etc., die mit einer behördlich angeordneten zwangsmässigen Durchführung des Covid-19-Tests gegen den Willen oder gar gegen den aktiven Widerstand der betroffenen Person konfrontiert werden, wird daher empfohlen, die oben genannten ethischen und rechtlichen Argumente sorgfältig abzuwägen und im Zweifelsfall die Durchführung abzulehnen.

#### Bildnachweis

Mufid Majnun / Unsplash

#### Literatur

- 1 Bundesgesetz über die Ausländerinnen und Ausländer und über die Integration AIG, SR 142.20.
- 2 Bundesrat. Ausreisepflichtige sollen zu einem Covid-19-Test verpflichtet werden können [Internet]. <https://www.admin.ch/gov/de/start/dokumentation/medienmitteilungen.msg-id-84110.html> (Zugriff am 23.8.2021).
- 3 Bundesrat. Botschaft zur Änderung des Ausländer- und Integrationsgesetzes (Covid-19-Test bei der Ausschaffung) [Internet]. <https://www.news.admin.ch/newsd/message/attachments/67722.pdf> (Zugriff am 23.8.2021).
- 4 Staatssekretariat für Migration (SEM). Änderung des Bundesgesetzes über die Ausländerinnen und Ausländer und über die Integration (AIG), Covid-19-Tests bei der Ausschaffung: Bericht über das Ergebnis des Vernehmlassungsverfahrens [Internet]. <https://www.news.admin.ch/newsd/message/attachments/67726.pdf> (Zugriff am 23.8.2021).
- 5 Eidgenössisches Justiz- und Polizeidepartement (EJPD). Änderung des Bundesgesetzes über die Ausländerinnen und Ausländer und über die Integration (AIG), Covid-19-Tests bei der Ausschaffung: Erläuternder Bericht zur Eröffnung des Vernehmlassungsverfahrens [Internet]. <https://www.news.admin.ch/newsd/message/attachments/67249.pdf> (Zugriff am 23.8.2021).
- 6 Art. 72 Abs. 1 Entwurf AIG.
- 7 Art. 72 Abs. 3 Entwurf AIG; richtet sich nach den Regelungen des Bundesgesetzes über die Anwendung polizeilichen Zwangs und polizeilicher Massnahmen im Zuständigkeitsbereich des Bundes (ZAG, SR 364), wonach körperliche Gewalt nur verboten ist, wenn dadurch die Gesundheit der betroffenen Person erheblich beeinträchtigt werden könnte (vgl. Art. 13 ZAG).
- 8 Art. 72 Abs. 3–4 Entwurf AIG.
- 9 Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissenschaften (SAMW). Ausübung der ärztlichen Tätigkeit bei inhaftierten Personen: Medizin-ethische Richtlinien. 4. Aufl. Bern: SAMW; 2018, S. 18. <https://www.samw.ch/de/Publikationen/Richtlinien.html>

# Briefe an die SÄZ

## Balintarbeit fördert Empathie und damit Kunst in der Medizin

Brief zu: Adler RH. Warum Kunst zur Medizin gehört. Schweiz Ärztezg. 2021;102(35):1145–6.

Ich gehe mit Prof. Adler völlig einig, dass zur Medizin neben der Wissenschaft auch Kunst gehört. Patient\*innen sind nun mal keine normierten, seelenlosen Produkte wie Autos oder Schrauben und sie haben nicht nur einen Körper, dessen Funktionen man messen kann, sondern auch eine Seele oder Psyche. Um nicht nur eine Krankheit zu behandeln, sondern dem Menschen, der die Krankheit hat, zu helfen, muss die Patient\*in in ihrer Einheit von Leib und Seele angesprochen werden.

Eine gute Möglichkeit zu einer «Gesamtdiagnose», die neben Anamnese, Untersuchungsbefunden, Labor, Bildgebung etc. auch das erfasst, was die Patient\*in in der Ärzt\*in an Gefühlen, Phantasien, Ideen, körperlichen Wahrnehmungen etc. auslöst, bietet die Teilnahme an einer Balintgruppe. Dort stellt eine Ärzt\*in eine Patient\*in in einem freien Vortrag vor und die Gruppenmitglieder achten darauf, was die Vorstellung in ihnen anklingen lässt. Die Gruppenarbeit ermöglicht es, die Patient\*in als Person mit ihren vielfältigen Facetten zu verstehen und ihr somit besser gerecht zu werden, als wenn wir nur «die chronische Polyarthrit» oder «den COVID-Fall» sehen.

Balintarbeit wird in fortlaufenden Gruppen oder an Tagungen angeboten. Informationen darüber finden sich unter [www.balint.ch](http://www.balint.ch)

*Dr. med. Monika Diethelm-Knoepfel,  
Präsidentin der Schweizerischen  
Balintgesellschaft SBG, Uzwil*

## Die Mindestfranchise einkommensabhängig festsetzen

Brief zu: Stalder H. Senkung der Gesundheitskosten durch Kostenbeteiligung? Schweiz Ärztezg. 2021;102(34):1112.

Die fundierte Analyse von Prof. Hans Stalder zur Kostenbeteiligung in der obligatorischen schweizerischen Kranken-Grundversicherung führt zu einem einfachen Verbesserungsvorschlag: Die Franchise sollte nach der individuellen, wirtschaftlichen Leistungsfähigkeit der versicherten Person festgesetzt werden. Die persönliche Franchise würde neu jährlich mit dem Steuerbescheid übermittelt. Zum Beispiel: Die Franchise beträgt neu für jedermann 1 Prozent des steuerbaren Einkommens.

Die Prämien der Grundversicherung blieben jedoch für alle dieselben, ohne Rabatte für die festgesetzte Franchise.

Im derzeitigen System trifft eine Franchise von CHF 300 Personen mit kleinem Einkommen unverhältnismässig viel härter als Gutsituierte. Mit einer festgesetzten Mindestfranchise von einem Prozent des steuerbaren Einkommens würde die Eigenverantwortung gestärkt. Die derzeitigen «Zahlstellen» würden wieder vermehrt das Risiko der Krankheitskosten im Sinne einer echten Versicherung abdecken. Die Grossrisiken wären für alle sozialen Schichten wie bisher versichert. Das System würde das persönliche Interesse an den verursachten Kosten deutlich stärken. Es würde vermeiden, dass wirtschaftlich Schwache aus Kostengründen segensreiche Dienstleistungen im Gesundheitswesen nicht nutzen. Für Gutsituierte wäre es allerdings eine potentielle «Steuer», die aber nur in Jahren mit eigenen, hohen Krankheitskosten anfällt. Die höheren Direktzahlungen durch die progressiven Franchisen der Besserverdienenden würden die Prämien für alle senken. Die Versicherungen würden administrativ entlastet.

*Dr. med. Walter Grete,  
Hausarzt im Ruhestand, Bachenbülach*

## Senkung der Gesundheitskosten: anderer Ansatz

Brief zu: Stalder H. Senkung der Gesundheitskosten durch Kostenbeteiligung? Schweiz Ärztezg. 2021;102(34):1112.

Ich halte den Artikel von Prof. Stalder für sehr lesenswert, verfolge aber einen anderen Ansatz. Die Argumente gegen eine (weitere) Kostenbeteiligung haben schon einiges für sich: Wir beteiligen uns privat und über die Prämien bereits stark an den Gesundheitskosten und gerade für Personen in prekären finanziellen und gesundheitlichen Situationen kann eine höhere Kostenbeteiligung eine gefährliche Hürde darstellen. Allerdings kann man auch anders argumentieren.

Soweit ich orientiert bin, wird politisch vor allem über eine Erhöhung der Franchise debattiert, also über den Betrag, den man pro Kalenderjahr am Anfang selber bezahlen muss (mind. Fr. 300, dazu kommt weiter ein 10%iger Selbstbehalt bis zu einem Betrag von Fr. 700, total min. Fr. 1000).

Diesen politischen Ansatz finde ich auch ungeeignet. In einem Artikel in der SÄZ vom

1. Februar 2017 habe ich neben einer Qualitätskontrolle der Indikationen einen unbegrenzten Selbstbehalt gefordert, was neben einer Kostensenkung auch zu einer Korrektur des *moral hazard* führen sollte. Dass dieses Modell Menschen in prekären Verhältnissen ungünstig treffen könnte, habe ich hervorgehoben und entsprechende flankierende Massnahmen gefordert.

Zum aktuellen KK-Modell ist zu bedenken, dass Franchise und Selbstbehalt auch eine erhebliche Hürde darstellen können, vor allem, wenn die Krankheit gegen Ende Jahr auftritt. In meinem Modell gäbe es weder Franchise noch Kalenderjahr. Und im Sinne von flankierenden Massnahmen müsste man das aktuelle Giesskannen-Subventionssystem auf das neue Modell umstellen.

Ich habe die vielleicht naive Vorstellung, dass eine Gruppe von intelligenten Fachpersonen das aktuelle Modell kostenmässig durchleuchtet (Zahlen sind ja genug vorhanden) und auf einer Excel-Tabelle (oder einer geeigneteren Software) an den einzelnen Parametern schrauben und feststellen kann, wie sich die Kosten verändern, wenn man verschiedene Parameter ändert. Zu ihnen gehörten die Höhe (und Dauer) des Selbstbehaltes sowie die Regelung der flankierenden Massnahmen. Zu guter Letzt zwei Bemerkungen: (a) ein unbegrenzter Selbstbehalt könnte auch ein Mittel gegen unbegründet hohe Medikamentenkosten (und anderes) sein, weil nicht mehr alle alles wollen, es im aktuellen System aber keine Grenzen gibt, und (b) ein Parameter, der in die Excel-Tabelle einfließt, sollte die Kopfpremie sein.

*Dr. Urs Strebler, Stäfa*

## Das Ereignis und das Erlebnis sind nie dasselbe

Brief zu: Thumm D. Warum müssen wir Querdenker jetzt verbieten? Schweiz Ärztezg. 2021;102(33):1051.

Die Aussagen von Dietmar Thumm, während der Pandemie sei das Gesundheitswesen der Schweiz nie in Gefahr gewesen, aus dem Ruder zu laufen, und die Intensivpflegestationen (IPS) seien nie überlastet gewesen, benötigen einer gewissen Differenzierung.

Das Gesundheitswesen der Schweiz ist tatsächlich sehr robust. Wir haben das Privileg, auf allen Ebenen auf topausgebildete Fachleute zählen zu können. Auch an erstklassiger Infrastruktur, an Material und Medikamen-

ten fehlt es nicht. Alle diese Faktoren haben dazu beigetragen, dass wir bisher mit einem blauen Auge durch die Pandemie gekommen sind. Trotzdem dürfen wir nicht ignorieren, dass gerade das Pflegepersonal in vielen Spitälern aus unterschiedlichen Gründen an Belastungsgrenzen gestossen ist. Diese Spitälern kämpfen heute mit entsprechenden Kollateralschäden (Absentismus, Burnout). Dies bringt uns zu den IPS, die gemäss Herrn Thumm nie überlastet waren. Dabei ist zu beachten, dass eine IPS ab einer Belegung von 80% als überlastet bezeichnet werden muss. Natürlich kann die Kapazität jeder IPS jederzeit erhöht werden. Man fügt einfach ein paar Betten hinzu. Dies ist jedoch ausserordentlich personalaufwendig. Zur Erinnerung: Um die Betreuung von zehn zusätzlichen IPS-Betten rund um die Uhr zu garantieren, werden 40 bis 50 Pflegefachpersonen und 5 bis 10 Ärzte benötigt. Woher soll man dieses Personal nehmen?

Die Spitälern haben drei Möglichkeiten, um auf einen Mehrbedarf an IPS-Plätzen zu reagieren. Erstens, man überlässt die IPS ihrem Schicksal. Die sollen sich einfach ein bisschen anstrengen. Der «Normalbetrieb» des Spitals soll nicht gestört werden. Dies würde zu Wartelisten führen und es steht auch finanziell viel auf dem Spiel. In diesen Spitälern wurden vor allem die Pflegenden der Intensivstationen sehr stark beansprucht. Zweitens, man verstärkt das IPS-Team mit Ärzten und Pflegepersonal der Anästhesie, da diese sich auch um intubierte COVID-Patienten kümmern können. Sie fehlen dann aber in den Operationssälen und als Konsequenz muss das Operationsprogramm zurückgefahren werden. Drittens, man mobilisiert Personal von den Abteilungen. Mit dem Transfer von 50 Pflegenden müssten jedoch 50 Betten geschlossen werden. Zudem besitzt dieses Personal oft nur limitierte IPS-Kenntnisse, muss also vom spezialisierten IPS-Personal angeleitet und begleitet werden, was zusätzlich an den Kräften zehrt. Man kann es also drehen, wie man will; es sind schlussendlich diese massiven Personalverschiebungen und deren unmittelbare Konsequenzen auf den Betrieb anderer Abteilungen und Aktivitäten, welche die Spitälern als Ganzes an die Grenzen des Machbaren führen. Spezialisiertes IPS-Personal fällt nicht vom Himmel und kann in der momentanen Krisenzeit auch nicht einfach rekrutiert werden, schliesslich sind alle Spitälern europaweit vom selben Phänomen betroffen. Diese vitalen Zusammenhänge wurden bisher vielleicht zu wenig klar kommuniziert. Der Nutzen der Impfung zeigt sich seit Beginn der vierten Welle auf beinahe groteske Art: die grosse Mehrzahl der Patienten, die eine Hospitalisierung wegen akuter COVID-Krankheit benötigen, ist nicht geimpft. Es geht um

die Volksgesundheit und da bleibt kein Platz für Querdenker. Wir leben in einer Gesellschaft von «enfants gâtés». Nur eine massive Durchimpfung der Gesellschaft wird es unseren Spitälern erlauben, wieder normal zu funktionieren. Die Ärzte sollten Klartext reden, mit gutem Beispiel vorangehen, sich impfen lassen und dies bei jeder Gelegenheit lauthals kundtun.

*Prof. Dr. med. Martin Tramèr, Thônex*

### Kopflastiges Zuschauen anstelle praktischer Ausbildung?

Brief zu: Bertossa C. Intensives Hirnrattern oder nur blödes Glotzen? Schweiz Ärzteztg. 2021;102(33):1072.

In diesem ausgezeichneten Artikel zeigt die Autorin anhand ihrer Unterassistentenzeit exemplarisch nach, wie intellektuell abgedrilltet das Medizinstudium zu einer Misere geworden ist, die sich auch in die weitere Ausbildung bis in die Fortbildung weiterzieht. Natürlich war es uns (Staatsexamen 1977) schon bekannt, dass die eigentliche Lehre zum Arzt erst nach dem Staatsexamen beginnt. Aber die Unterassistentenzeit war damals nicht blosses Zuschauen (oder wie die Autorin es schärfer formuliert «blödes Glotzen»). Im Gegenteil, wir kamen uns eher vor wie schlecht bezahlte Mitarbeiter, die fest im Arbeitsablauf der Spitälern eingepflanzt waren. So hatten wir Neueintritte zu untersuchen, mit mehr oder weniger Hilfe der ohnehin überlasteten Assistenten, und diese am Abend dem Oberarzt vorzustellen. Teilweise betreuten wir auch nachher einzelne Spitalzimmer zur Entlastung. Auf der Chirurgie waren wir fest in den Operationen als 3. Hand eingepflanzt neben der Hilfe im Notfall und der Aufnahme von neuen stationären Patienten. Auch habe ich es erlebt, dass ein später bekannter Chirurg die ungeliebte Stationsarbeit voll den Uhus überliess, so dass er auf der Chefvisite keine Ahnung vom Zustand seiner Patienten hatte. Auch war die Uhu-Zeit eine Art Prüfungsvorlauf auf die damals raren Assistentenstellen. Ein Oberarzt kam sogar auf die Idee, seine Uhus mit Noten zu bewerten, während sein Kollege fand, ein Uhu habe das Recht, schlecht zu sein, ohne dass es seiner Karriere schade.

Nun, die Zeiten scheinen sich geändert zu haben. Sogar am Staatsexamen bekommt man es mit Schauspielern anstatt Patienten zu tun. *Fake Patients* als Symbol einer merkwürdigen dekadenten Entwicklung. Dass einer meiner Patienten mit Herzinsuffizienz >12 Stunden warten musste, bis sein Arzt die nötigen Hierarchiestufen angefragt hatte, um ihm ein

Diuretikum zu geben, zeigt die Fortsetzung dieser Entwicklung des Abschiebens der Verantwortung nach oben. Dafür dürfen wir dann während unserem ganzen Berufsleben Fortbildungen über alle möglichen Krankheiten besuchen, die wir aber im Praxisalltag gar nicht mehr wagen, in Eigenregie ohne spezialärztliche Hilfe zu betreuen. Der Anfang dieser fatalen Entwicklung scheint offensichtlich in der Uhu-Zeit zu liegen, wo man die Verantwortung scheut, die Studierenden in die ersten Schritte ihrer praktischen Tätigkeit zu begleiten.

*Dr. med. Felix Tapernoux,  
pensionierter Hausarzt, Wald*

### Le certificat médical d'arrêt de travail

Lettre concernant: Klipstein A, Herzog-Zwitzer I, Soltermann B, Ebner G. Le certificat médical – 3<sup>e</sup> partie. Bull Med Suisses. 2021;102(29–30):952–5.

Pour faire suite à la troisième partie de l'article consacré au certificat médical (BMS 21.7.2021), permettez-moi de partager la réflexion qui suit. Au cours de ma carrière de généraliste, j'ai été régulièrement (et souvent désagréablement) contraint par les assureurs maladie de rendre des comptes sur mes prescriptions: médicaments (coût moyen par patient rapporté à la moyenne du groupe des généralistes, quotient originaux/généralistes, etc.), physiothérapie (coût moyen par patient rapporté à la moyenne du groupe ou aux moyennes des années précédentes). J'ai aussi dû participer à des cercles de qualité dont le but avoué est de réduire le coût des traitements, médicamenteux surtout. Mais en matière d'arrêts de travail? Casuellement répondre aux questions plus ou moins pressantes d'un médecin conseil ou de l'administration d'un assureur accident ou perte de gain maladie et c'est tout! Aucun séminaire à suivre plus ou moins obligatoirement sur l'évaluation de la capacité de travail ni la moindre confrontation aux chiffres de groupes de référence.

### Briefe

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

[www.saez.ch/de/publizieren/leserbrief-einreichen/](http://www.saez.ch/de/publizieren/leserbrief-einreichen/)

Pour être franc, je me suis aperçu de ce paradoxe (car c'en est un dans la mesure où les prescriptions d'arrêt de travail par le médecin ont des répercussions financières peut-être du même ordre que les coûts des traitements ambulatoires) qu'une fois quitté la consultation pour la fonction de médecin d'un service médical régional de l'AI, soit confronté quotidiennement aux restrictions à la capacité de travail attestées plus ou moins durablement par les médecins traitants.

La LAMal prévoit que les assureurs maladie doivent contrôler l'économicité des traitements. Les milieux médicaux s'investissent à promouvoir des contrôles de qualité du travail des médecins, malheureusement encore embryonnaires à ma connaissance. Mais aucun ressort n'est en place pour initier ne serait-ce que l'étude du comportement du corps médical en matière d'évaluation de la capacité de travail. Le temps n'est-il pas venu d'inclure cet aspect de la fonction du médecin dans les contrôles de qualité de l'activité médicale?

Philippe Freiburghaus, Cormondrèche

### Für einen wirkungsvollen Jugendschutz – Ja zur Volksinitiative «Kinder ohne Tabak» [1]

Zu unserer Empörung haben National- und Ständerat das Tabakproduktegesetz abgeschwächt. Werbung in Printmedien sowie Internet für Tabak- und Nikotinprodukte soll ebenso wie das Sponsoring nationaler Anlässe weiterhin erlaubt sein. Damit kann von wirkungsvollem Jugendschutz keine Rede mehr sein. Der Ständerat schlägt gar vor, die Meldepflicht für Werbeausgaben für Tabak- und Nikotinprodukte wieder aus dem Gesetz zu streichen. Nicht einmal die Minimalanforderungen der WHO-Rahmenkonvention zur Eindämmung des Tabakgebrauchs (FCTC) werden erreicht. Aus gesundheitspolitischer wie aus ökonomischer Sicht ist dies absolut unverständlich.

Kinder und Jugendliche werden durch Tabakwerbung, -promotion und -sponsoring zum Einstieg in stark abhängig machende Produkte verführt. Werbung erreicht Kinder und Jugendliche – ob beabsichtigt oder nicht. Studien belegen, dass ein umfassendes Verbot von Werbung, Promotion und Sponsoring den Konsum von Tabakprodukten um 7% reduziert [2]. Die in der Tabakprävention erfolgreichsten europäischen Länder schränken die Tabakwerbung [3] umfassend ein.

Eine kürzlich publizierte Zürcher Studie zeigt, dass ca. 70% der Mädchen und 60% der Jungen im Alter von 16 bis 17 Jahren Tabakprodukte, besonders E-Zigaretten, konsumieren

[4]. Rauchende Kinder und Jugendliche klagen im Vergleich zu nichtrauchenden Gleichaltrigen deutlich mehr über Atemnot oder Asthma-Symptome. Der Trend wird in der «Health Behaviour in School-aged Children»-Studie bestätigt: 51% der 15-jährigen Knaben und 35% der Mädchen haben bereits einmal an einer E-Zigarette gezogen [5]. Evidenz deutet darauf hin, dass der Konsum von E-Zigaretten das Risiko von Jugendlichen, später herkömmliche Zigaretten zu rauchen, erhöht [6]. Die unterzeichnenden Gesellschaften kommen zum Schluss: Das vom Parlament ausgearbeitete Tabakproduktegesetz ist wirkungslos. Für einen effektiven Jugendschutz braucht es umfassende Einschränkungen für Werbung, Promotion und Sponsoring für herkömmliche wie auch alternative Tabakprodukte und E-Zigaretten. Dies schränkt deren Erhältlichkeit für tabakabhängige Erwachsene nicht ein. Nur so kann verhindert werden, dass unsere Kinder und Jugendlichen mit dem Konsum beginnen, nikotinabhängig werden und später an kostenintensiven Krankheiten leiden und sterben. Einem Leid, dem wir in unserer täglichen Praxis begegnen. Immerhin ist Tabak der grösste vermeidbare Risikofaktor für die Entstehung nichtübertragbarer Krankheiten [7].

Lungenliga Schweiz

Schweizerische Gesellschaft für Kardiologie

Schweizerische Gesellschaft für Pädiatrische Kardiologie

Schweizerische Gesellschaft für Herz- und Thorakale Gefässchirurgie

Schweizerische Gesellschaft für Pneumologie

Schweizerische Gesellschaft für Pädiatrische Pneumologie

Schweizerische Gesellschaft für Thoraxchirurgie

#### Literatur

- 1 Eidgenössische Volksinitiative «JA zum Schutz der Kinder und Jugendlichen vor Tabakwerbung».
- 2 Henriksen L. Comprehensive tobacco marketing restrictions: promotion, packaging, price and place. *Tob Control*. 2012 Mar;21(2):147–53. doi:10.1136/tobaccocontrol-2011-050416
- 3 European Tobacco Control Scale (2019).
- 4 Mozun R, et al. Cigarette, shisha, and electronic smoking and respiratory symptoms in Swiss children: The LUIS study. *Pediatr Pulmonol*. 2020 Oct;55(10):2806–15.
- 5 Health Behaviour in School-aged Children. Forschungsbericht von Sucht Schweiz (2018).
- 6 Khouja JN, et al. Is e-cigarette use in non-smoking young adults associated with later smoking? A systematic review and meta-analysis. *Tob Control*. 2020 Mar 10;30(1):8–15. doi:10.1136/tobaccocontrol-2019-055433
- 7 Bundesamt für Gesundheit: Rauchende verlieren Lebenszeit und Lebensqualität.

### Liquidation de mesvaccins.ch

En tant que médecin installé j'ai souhaité écrire pour dire ma stupéfaction à la réception du courriel d'annonce de la liquidation de la Fondation mesvaccins! Il me semble que notre système de santé est bien malade, en tout cas numériquement!

La crise du SARS-CoV-2 a mis en lumière beaucoup de nos défauts et de nos failles. Il faut être très réaliste: notre système de santé a tenu le choc pour une raison principale: nous sommes très riches! Bien entendu nous devons redire notre gratitude à tous les acteurs du système, autorités comprises, qui ont œuvré d'arrache-pied pour lutter contre les effets de ce virus, mais ce n'est ni notre morcellement en 26 cantons, ni notre système informatique médical au niveau fédéral, ni la communication directe des autorités aux soignants indépendants qui ont permis de faire face à cette crise. Les médecins auraient absolument dû recevoir des informations claires, précises, à chaque étape de cette pandémie de la part de l'OFSP.

La Fondation mesvaccins avec le carnet électronique de vaccination a été un des premiers outils numériques de ce pays avec un soutien de l'OFSP constant. J'en veux pour preuve les communiqués de l'OFSP par exemple des 23.4.2019, «Bien vacciné(e)»: nouvelle campagne pour le carnet de vaccination électronique, et 23.4.2018, Carnet de vaccination électronique: nombre d'utilisateurs en hausse. Il s'agit d'un outil très bien fait, intégrant des algorithmes actualisés, moderne, et qui était très certainement destiné à accueillir les certificats pour la vaccination anti-COVID!

Je suis stupéfait de lire que les autorités n'ont pas attribué le financement nécessaire pour le maintien de cette activité! Quand on sait les milliards de francs qui ont été attribués à des solutions non prouvées, à l'efficacité douteuse (pour ne citer que les autotests), je suis très étonné que notre Confédération n'a pas su investir dans cet outil qui a déjà fait ses preuves. Il en va de la crédibilité de notre système de santé tant pour la Confédération que pour les professionnels de santé. J'ai personnellement été très actif pour encourager l'utilisation du carnet électronique de vaccination; imaginez la situation actuelle pour expliquer à mes

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

patients que leurs données ne sont plus accessibles. Qu'est-ce que nos patients, notre population va penser de notre travail et de celui de nos autorités, si les outils mis en place (fortement soutenus par l'OFSP) ne permettent pas de garantir un accès à leurs données? La Confédération a le devoir de prendre sa responsabilité par rapport à cet événement. Elle doit tout mettre en œuvre pour tous les citoyens-patients qui ont inscrits leurs vaccins dans cette base de données puissent au moins obtenir les données de vaccinations.

Que dire de la communication face à cet événement majeur dans le paysage de la santé numérique en Suisse: aucun communiqué sur le site de l'OFSP en lien avec cette cessation d'activité...

Au vu de ce désastre, mes craintes concernant la mise en place du DEP ne font qu'augmenter. La Suisse est à la traîne et elle choisit de se cantonner à ses petits systèmes loco-régionaux pour avancer dans la médecine actuelle

(ce n'est pas la médecine de demain!). Si un système fédéral comme mesvaccins n'a pas tenu face aux exigences, j'ai de forts doutes concernant l'avenir du DEP (ou devrais-je dire des DEP!). Je me réjouis déjà d'annoncer à mes patients que la plateforme qui nous permettait de centraliser leurs documents de santé a fermé...

*Cédric Deruaz, La Chaux-de-Fonds*

# Mitteilungen

## Facharztprüfung

### Facharztprüfung zur Erlangung des Facharztstitels für Nuklearmedizin

Nuklearmedizin 1. Teilprüfung 2022

Datum: Freitag, 11. März 2022

Ort: Lausanne

Anmeldefrist: 15. Dezember 2021

Weitere Informationen finden Sie auf der Website des SIWF unter [www.siwf.ch](http://www.siwf.ch)  
→ Weiterbildung → Facharzttitel und Schwerpunkte → Nuklearmedizin

## Aktuelle Themen auf unserer Website

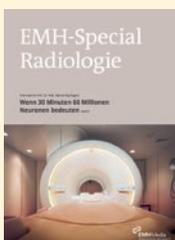
[www.saez.ch](http://www.saez.ch) → Tour d'horizon



Interview mit Prof. Dr. med. Maria Wertli, Präsidentin Qualitätskommission der Schweizerischen Gesellschaft für Allgemeine Innere Medizin (SGAIM)

### Qualitätsindikatoren – Nutzen und Grenzen

Die Qualitätskommission der SGAIM präsentiert erstmals die neuen Qualitätsindikatoren für die stationäre Behandlung.



Editorial von Sandra Ziegler, Geschäftsführerin EMH Schweizerischer Ärzteverlag

### EMH-Special: eine neue Publikationsreihe

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



### L'effet contraceptif de l'allaitement en baisse dû au contexte socio-économique

L'effet contraceptif de l'allaitement dure de moins en moins longtemps, selon une étude de l'Institut Max Planck de démographie et du Centre national de la recherche scientifique (CNRS), parue dans *PNAS*. C'est la première fois qu'il est montré à l'échelle globale que l'effet de l'allaitement sur la fonction ovarienne dépend fortement du contexte environnemental.



© Unsplash | Luiza Braun.

En analysant 2,7 millions de naissances dans 84 pays en développement ces 45 dernières années, les scientifiques ont observé que la relation entre temps moyen d'allaitement et temps moyen d'aménorrhée postpartum était beaucoup plus faible que celle observée dans les années 1960–1970. L'effet contraceptif de l'allaitement a ainsi clairement diminué ces dernières années dans ces 84 pays. Cette diminution était aussi visible au sein même de la période d'étude (1975–2019). De plus, certaines caractéristiques telles qu'un niveau élevé de

l'indice de développement humain ou l'accès à l'électricité étaient associées à un effet contraceptif réduit de l'allaitement. Cela signifie qu'à durée d'allaitement égale, plus le pays est développé, plus la période d'infertilité est faible.

(cnrs.fr)

### Entraîner son cerveau pour gérer le trouble de l'attention

Les personnes atteintes du trouble de l'attention peuvent améliorer leur capacité de concentration grâce au *neurofeedback*, selon une étude de l'Université de Genève et des Hôpitaux universitaires de Genève parue dans *Clinical Neurophysiology*. Cette technique consiste à entraîner le cerveau à se concentrer grâce à un retour de l'information en temps réel au patient sur son niveau d'attention. Le trouble du déficit de l'attention avec ou sans hyperactivité (TDA-H), qui touche environ 7% des enfants et persiste à l'âge adulte chez deux tiers d'entre eux, est traité par des médicaments aux effets secondaires parfois indésirables. D'où l'intérêt des scientifiques pour le *neurofeedback*. A l'aide d'un électroencéphalogramme de 64 capteurs, ceux-ci captent l'activité électrique des neurones corticaux et ciblent leurs analyses sur le rythme spontané Alpha, couplant la fluctuation de son amplitude à un jeu vidéo que les patients peuvent contrôler par leur pouvoir d'attention. Le but est que la personne souffrant de TDA-H se rende compte quand elle n'est plus attentive. Constat: l'entraînement agit positivement sur les capacités d'attention des personnes traitées.

(unige.ch)

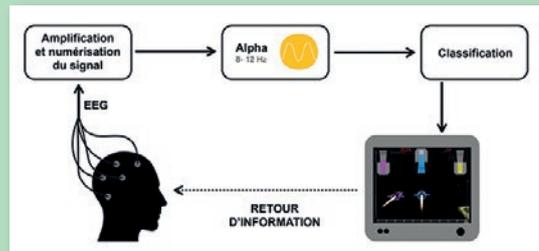


Schéma du 'neurofeedback': l'EEG est enregistré et le participant reçoit une information en temps réel sur son niveau d'attention mesurée par les ondes alpha à travers une interface ludique. (© UNIGE)

### Hautkrebsprävention: Enzym für Pigmentregulation entdeckt

Jede dritte Person in der Schweiz erkrankt im Laufe ihres Lebens an Hautkrebs. Ursache ist fast immer die UV-Strahlung der Sonne. Nun haben Forschende herausgefunden, dass das Enzym Nicotinamid-Nukleotid-Transhydrogenase die Pigmentierung der Haut beeinflusst. Die Entdeckung könnte in Zukunft helfen, Hautkrebs zu verhindern. Die Forschenden konnten das Enzym hemmen, dadurch eine verstärkte Pigmentierung der Haut bewirken und sie auf diese Weise besser vor UV-induzierten DNA-Schäden schützen. «Letztlich hoffen wir, die Hautkrebsprävention zu verbessern und den Millionen von Menschen, die an Pigmentstörungen leiden, wirksame neue Behandlungsmöglichkeiten zu bieten», sagt Elisabeth Roeder, Studienleiterin und Oberärztin am Universitätsspital Basel.



© Melissa Askew | Unsplash.

(Universitätsspital Basel, Schweizerische Gesellschaft für Dermatologie und Venerologie)

### Bei welchen Krebspatienten eine Immuntherapie tatsächlich wirkt

Die Behandlung von Tumorfragmenten im Labor kann voraussagen, ob der echte Patient von einer Immuntherapie profitieren würde. Das haben Forschende des Niederländischen Krebsinstituts (NKI) in Amsterdam herausgefunden. Bisher war zwar klar, dass eine Immuntherapie bei manchen Patientinnen und Patienten grosse Erfolge erzielen kann, doch es war schwer vorherzusehen, bei wem das der Fall sein würde. Die neuen Erkenntnisse machen eine personalisierte Immuntherapie möglich. Das Forschungsteam fand darüber hinaus bisher unbekanntes Vorhersagevariablen für das Ansprechen oder die Resistenz auf eine Immuntherapie, die in Zukunft weiter untersucht werden müssen.

(nature.com)

### Weshalb man Impfnebenwirkungen transparent kommunizieren sollte

Ja, Impfungen gegen Covid-19 können negative Eigenschaften haben. Aber wie sollten Politiker und Gesundheitsbehörden darüber kommunizieren? Lieber vage und beschwichtigend oder völlig transparent? Forschende der Universität Aarhus in Dänemark haben in einer Studie 13000 Personen befragt und herausgefunden, dass offene Kommunikation der bessere Weg ist. Ihr Fazit: Die Impfbereitschaft sinkt, wenn negative Fakten über einen Impfstoff bekannt werden, ganz egal, wie kommuniziert wird. Dennoch hat die transparente Kommunikation Vorteile: Sie stärkt laut den Forschenden das Vertrauen in die Behörden und hilft so langfristig, die Pandemie zu bekämpfen. Die beschwichtigende und schwammige Kommunikation hingegen stärke Verschwörungstheorien.



© Mika Baumeister | Unsplash.

(pnas.org)

# «Au début, j'avais l'impression d'avoir les mains coupées»

**Julia Rippstein**

Rédactrice print online

Dr Dan Dumitrascu est arrivé en Suisse à la chute du communisme en Roumanie. Lorgnant les Etats-Unis, il n'avait prévu de faire qu'une étape dans notre pays, où il a fini par rester. Retour sur le parcours de ce chirurgien de formation, un des premiers immigrants de l'Europe de l'Est à avoir obtenu un permis B en Suisse.

«J'ai toujours vécu sous la dictature, d'abord sous Gheorghiu-Dej puis sous Ceaușescu. Je voulais quitter ce pays dès que possible», raconte Dan Dumitrascu, médecin d'origine roumaine spécialisé en chirurgie. Quand le bloc de l'Est tombe, en décembre 1989, il n'hésite pas longtemps pour embrasser son rêve: il dit adieu à la Roumanie en février 1990 et s'envole pour la Suisse. Sa destination finale n'est pourtant pas l'Helvétie, le jeune médecin rêve à l'époque d'exercer aux Etats-Unis. Les circonstances en décideront autrement. «Je n'avais qu'un visa de touriste, valable deux mois. J'ai fait un stop en Suisse, ayant un ami à Lausanne. Il voulait m'aider à trouver une place comme chirurgien. J'ai dit 'OK' et ai envoyé mon dossier à quatre endroits.» Si Genève, Lausanne et Neuchâtel ne donnent pas suite à sa candidature, l'Hôpital du Jura à Porrentruy le

convoque. «Le médecin-chef n'en revenait pas de mon français», se rappelle Dan Dumitrascu qui a appris la langue de Molière durant ses vacances en tant que guide. Intéressé par les qualifications du chirurgien, le responsable dépose pour lui une demande de permis B. Puis c'est le silence radio. Une semaine avant l'échéance de son visa, l'expatrié reçoit un téléphone de la Confédération. «Un certain Neuenschwander, qui voulait s'assurer que je ne cherchais pas l'asile en Suisse et tester mes compétences en français. Il m'a octroyé le permis B. J'étais le premier immigré d'Europe de l'Est à décrocher le sésame, m'avait-il dit.»

## Du noir/blanc aux couleurs

Un tournant dans sa vie et un changement à 180°. Lorsqu'il foule le sol suisse, en 1990, le Roumain découvre un nouveau monde. «Dans mon pays, tout était gris et triste, comme si j'avais vécu jusqu'ici dans un film en noir et blanc. Tout à coup, je voyais un film en couleurs.» Un autre univers dont il ne remarque tout d'abord pas la «diversité fantastique», avec ses quatre langues et régions. «Les gens venant du bloc de l'Est avaient une vision biaisée de l'Europe, on la voyait très unitaire.» Pas nostalgique pour un sou de son pays, Dan Dumitrascu s'adapte vite. Toujours bien accueilli en Suisse, il n'a jamais subi de discriminations, assure-t-il. Il se rend peu à peu compte des spécificités helvétiques et s'étonne notamment du sentiment prononcé d'appartenance au terroir. «Lorsque des Suisses se rencontrent à l'étranger, ils veulent toujours savoir de quel canton ou région ils sont.»

Entièrement formé en Roumanie, c'est en Suisse que le médecin a véritablement pu embrasser sa carrière de chirurgien, son ambition de toujours. Dans son pays d'origine, il n'a que peu pratiqué, les spécialistes ayant été bâillonnés par le régime. «Après mes études de mé-



Dan Dumitrascu dans son cabinet à Chevenez, dans le Jura: «Je suis un franc-tireur, j'aime le fait d'être seul en cabinet et de m'y sentir libre.»

decine en 1985, j'ai entamé un internat de chirurgie à Bucarest. En 1988, le régime a décidé de ne plus former de spécialistes. J'ai été envoyé à la campagne, dans le delta du Danube, où il fallait se débrouiller avec les moyens du bord», se rappelle avec un sourire dans la voix ce citadin qui a toujours vécu dans la capitale. S'il ne supportait pas d'être muselé par le gouvernement, Dan Dumitrascu souligne la qualité de sa formation. «La partie théorique était excellente et n'avait rien à envier à celle des pays plus développés. Mais on ne nous laissait rien faire au niveau pratique. C'est grâce aux infirmières, en faisant des nuits, que j'ai appris mon métier.»

### Difficile changement de carrière

A Porrentruy et ensuite à Delémont une fois le permis B en poche, il peut se donner corps et âme à la chirurgie, ce qu'il fera pendant dix ans. Puis, las des horaires et du stress quotidien, lié aussi aux restructurations hospitalières, le chirurgien décide de s'installer en cabinet, passant par toutes les étapes requises: demande de naturalisation, années d'équivalence et examen pour le FMH en

**«En Roumanie, tout était gris, comme si j'avais vécu jusque là dans un film en noir et blanc. Tout à coup, j'étais dans un film en couleurs.»**

médecine interne générale en 2001. Il ouvre son cabinet en 2002 à Chevenez (JU). Un changement de carrière qui n'a pas été aisé: «Au début, j'avais l'impression d'avoir les mains coupées! On n'oublie pas sa vocation du jour au lendemain. Les montées d'adrénaline me manquaient.» Dan Dumitrascu se fait cependant vite à sa nouvelle situation: «La médecine générale nécessite une toute autre approche, ce que j'apprécie énormément. Je vois la patientèle sur la durée, je traite les grands-parents, les parents et les enfants.» Sans compter la diversité des gestes et la liberté pour les effectuer: «Ultrasons, radios, labos, je peux faire beaucoup de choses, comme si j'avais une petite clinique.» Mais il y a un point noir: «Les assurances ne nous considèrent pas comme des médecins, mais comme des *gate-keepers*. Elles sont devenues des usines à cash, perdant leur rôle social.» Il regrette que les primes trop élevées dissuadent la population de faire des contrôles préventifs, pourtant les plus efficaces pour éviter les maladies chroniques. En revanche, les Suissesses et Suisses ont, selon lui, tendance à être gourmands en

prestations médicales: «Je constate un certain technocratie. Les gens veulent tout, tout de suite, et pensent qu'une IRM va régler le problème.»

### En quête d'un successeur

Lui qui était un citadin pur sucre, comment se sent-il en Haute Ajoie? «J'ai survécu», plaisante celui qui aime flâner à Bâle. L'ex-chirurgien apprécie la solidarité au sein de cette région rurale. «Les gens se connaissent et s'entraident.» Car la précarité existe. «J'ai fait une visite chez une dame âgée qui vivait à côté d'une étable et n'avait pas de WC.» Un souvenir marquant qui montre l'importance d'un médecin de premier recours dans cette zone géographique. A 62 ans, Dan Dumitrascu songe d'ailleurs à sa retraite, qu'il compte prendre dans trois ans. «J'espère trouver quelqu'un, une personne jeune. Je suis seul dans mon cabinet, alors que la plupart des médecins s'installent désormais en cabinet de groupe, cela pourrait être à mon désavantage.» Mais pas question de repousser la retraite: «Je ne veux pas faire l'année de trop. Pour la population, ce serait dur de ne trouver personne.» Si la région a craint une pénurie il y a quelques années, les cabinets de généralistes ont tous été repris par des médecins principalement français.

Ce n'est en tout cas pas sa fille qui reprendra le flambeau: «Elle voulait se lancer dans la médecine, mais c'était trop dur. Elle m'a dit une fois: 'Je ne veux pas autant travailler que toi toute ma vie.' Elle a entre-temps terminé des études de psychomotricité.»

Une fois à la retraite, le sexagénaire se réjouit d'avoir à nouveau plus de temps à consacrer à sa femme, rencontrée à l'Hôpital de Porrentruy, de se promener et de jouer au tennis. Va-t-il en profiter pour retourner au pays? «Mes patients me le demandent souvent quand je dis que j'ai des vacances.» Ayant gardé peu de lien avec ses terres d'origine, où il n'a presque plus de famille, Dan Dumitrascu préfère aller aux quatre coins du monde. «J'ai toujours aimé voyager et découvrir de nouveaux pays.» Ce qu'il fait à travers son dada, la plongée. Cet été, le généraliste a testé les eaux cristallines de Sardaigne. Il ne tarit toutefois pas d'éloges des paysages roumains: «C'est magnifique, entre forêts, rivières, collines et chevaux, la nature est omniprésente. Il y a des similitudes avec le Jura.»

### Crédits photo

Photo aimablement mise à disposition par Dan Dumitrascu

Plus d'un tiers des médecins en Suisse viennent de l'étranger. Pourquoi ont-ils quitté leur pays? Comment vivent-ils en Suisse? Pour la rubrique «Bonjour la Suisse», nous recherchons des médecins étrangers qui ont envie de témoigner de leur parcours et de leur vie en Suisse. En cas d'intérêt, merci de nous écrire à: [rahel.gutmann\[at\]emh.ch](mailto:rahel.gutmann[at]emh.ch)

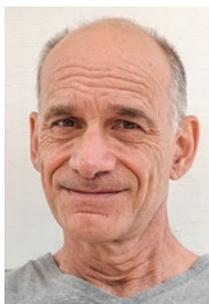
Rund ein Drittel der Ärztinnen und Ärzte in der Schweiz kommt aus dem Ausland. Weshalb haben sie ihr Land verlassen? Und wie geht es ihnen hierzulande? Wir suchen ausländische Ärztinnen und Ärzte, die uns für unsere Rubrik «Grüezi Schweiz» einen Einblick in ihr Leben in der Schweiz gewähren. Wir freuen uns über eine Kontaktaufnahme: [rahel.gutmann\[at\]emh.ch](mailto:rahel.gutmann[at]emh.ch)

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

# Multiorganversagen

**Piet van Spijk**

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



Liebe Leserinnen und Leser, ich mute Ihnen im Folgenden Unangenehmes zu. Sie geniessen mein volles Verständnis, wenn Sie auf die Lektüre verzichten. Gewisse Dinge – Tod verheissende Diagnosen beispielsweise – will man einfach nicht hören. Denn sie können so starke Ängste hervorrufen, dass sie uns überlasten und uns das Weiterleben zur Hölle machen.

Für all jene, welche trotzdem weiterlesen, möchte ich mit einer kurzen Geschichte zumindest einen sanften Einstieg ins Thema ermöglichen. Eine junge Mutter überlässt ihre siebenjährige Lisa eines Morgens dem Vater und fährt zur Arbeit. Gegen Mittag teilt das Mädchen seinem Vater mit, dass es etwas müde sei und sich deshalb hinlegen wolle. Solches ist sich der Vater von Lisa nicht gewohnt. Er bringt dem Mädchen ein Glas Wasser und misst seine Temperatur: 37,2 Grad. Eine halbe Stunde später beginnt Lisa zu erbrechen, das Fieberthermometer zeigt jetzt 38,4 Grad. Der Vater wird unsicher, kontaktiert den Hausarzt, und dann geht alles schnell: Notfallbesuch in der Arztpraxis, Rettungswagen, Transport in das nahegelegene Universitätsspital, Intensivstation. Die Mutter wird von der Arbeit gerufen. Als sie im Spital ankommt, ist Lisa tot. Diganose: Multiorganversagen im Rahmen einer Meningokokken-Sepsis.

Ich habe diese Tragödie als junger Assistenzarzt nur am Rande mitbekommen, trotzdem hat sie sich tief in mein Gedächtnis eingegraben. Ich lernte: Wenn in hochkomplexen Systemen, wie wir Menschen es sind, durch Giftstoffe oder Ähnliches ein starker Schaden entsteht, kann ein ausfallender Regelkreis einen anderen, mit ihm verbundenen, ebenfalls zerstören, dieser wiederum einen nächsten und so weiter. Mein Wissen, dass dies manchmal sehr schnell gehen kann, hat mir in meiner ärztlichen Tätigkeit einige Male dabei geholfen, Katastrophen zu verhindern. So weit, so schlecht. Viele Kollegen und Kolleginnen haben Ähnliches erlebt.

Durch die gegenwärtige Pandemie sensibilisiert, habe ich mir kürzlich die Frage gestellt, was sich die Meningokokken wohl denken, wenn sie in Windeseile ihre eigene Lebensgrundlage, ihren Wirt, in den Tod reiten. Meine Antwort ist klar: Denken tun sie gar nichts, wie könnten sie auch, es sind nur primitive Bakterien.

Doch: Kürzlich überfielen mich im Zusammenhang mit Lisas Geschichte und aktuellen Geschehnissen

schreckliche Gedanken, die ich seither nicht mehr loswerde, die mich belasten, ja verfolgen. Da ist zum einen der Gedanke, dass die komplexen, ineinandergreifenden Systemkreisläufe menschlicher Organismen in vieler Hinsicht denjenigen des «Ökosystems Erde» gleichen. Und da begann ich in Analogie zu Lisas Krankheitsverlauf, die gegenwärtige Klimaerwärmung von gut einem Grad mit leichtem Fieber zu assoziieren. Was, wenn der durchschnittliche Temperaturanstieg nicht nur in den Alpen und in der Arktis schnell mal zwei und mehr Grad betragen wird und wenn die daraus folgenden Flächenbrände in der arktischen Tundra mit einer enormen CO<sub>2</sub>-Produktion einhergehen?

Könnten das Zeichen dafür sein, dass der Mensch als eine Art «Meningokokke des Ökosystems» dabei ist, ein Multiorganversagen dieses komplexen, Organismus-ähnlichen Systems in Gang zu setzen? Was also, wenn das eine Grad Klimaerwärmung weltweit (und die zwei bis drei Grad in exponierten Gegenden) dem Moment entspricht, an welchem Lisa zu erbrechen beginnt und alles eigentlich schon zu spät ist? Was, wenn das geplante Handeln in zehn, zwanzig, fünfzig Jahren viel zu spät kommt, weil sich das Ökosystem der Erde schon jetzt unwiederbringlich so stark verändert, dass das Überleben des Menschen unmöglich wird?

Liebe Leserinnen, liebe Leser, ich hoffe, dass es Ihnen möglich ist, meine Ängste mit überzeugenden Argumenten zu entkräften. Vielleicht hinkt mein Vergleich mit der Meningokokken-Sepsis. Es besteht sicher eine Klimaerwärmung, aber diese ist vielleicht mit der zeitlichen Dynamik eines Multiorganversagens unseres Ökosystems nicht zu vergleichen. So würde es ausreichen, die Therapie nur langsam und zögerlich zu starten. Vielleicht sind die Brände in der Arktis, die Mittelmeerbrände, die Wärmerekorde in Kanada und die Überschwemmungen in Deutschland tatsächlich nichts als dumme Zufälle, die uns nur am Rande zu beschäftigen haben. Überzeugen Sie mich, liebe Leserschaft, ich hoffe auf Sie!

PS: Falls Sie – was ich nicht hoffe – meine Ängste nicht zu entkräften vermögen, was ist um Himmels Willen zu tun?

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

