

Schweizerische Ärztezeitung

1431 Editorial
von Jana Siroka

**Wie geht es uns Ärztinnen
und Ärzten in der Pandemie?**

1436 Umgang mit Sterben
und Tod

**Ärztenschaft und
assistierter Suizid**

1470 «Zu guter Letzt»
von Eberhard Wolff

Über Selbsttests

1432 Umfrage:
Von Arbeitsbelastung bis Pandemie
So erleben Ärztinnen und Ärzte ihren Beruf



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

Lic. iur. Gabriela Lang, Rechtsanwältin, Leiterin Abteilung
Rechtsdienst FMH a.i.

FMH

EDITORIAL: Jana Siroka

1431 **Wie geht es uns Ärztinnen und Ärzten in der Pandemie?**

1432



AKTUELL: Bruno Trezzini, Beatrix Meyer, Tatjana Grez, Cloé Jans, Lukas Golder

Hohe Impfbereitschaft bei Ärztinnen und Ärzten Die Arbeitsbelastung der Ärzteschaft ist während der Corona-Pandemie weiter angestiegen. Auch der Dokumentationsaufwand nimmt kontinuierlich zu. Die befragten Ärztinnen und Ärzte weisen im Vergleich zur Gesamtbevölkerung trotz Schutzkonzepten eine fast doppelt so hohe Infektionsrate auf. Die Impfquote der Ärzteschaft ist denn auch überdurchschnittlich hoch.

AKTUELL: Yvonne Gilli, Henri Bounameaux

1436 **Ärzterschaft und assistierter Suizid**1438 **Personalien****Nachrufe**1439 **In memoriam Jean-Luc Baierlé (1950–2021)****Weitere Organisationen und Institutionen**

TOX INFO SUISSE: Cornelia Reichert, Colette Degrandi, Katharina E. Hofer

1440 **Vergiftungen in der Schweiz****Briefe / Mitteilungen**1447 **Briefe an die SÄZ**1448 **Facharztprüfung / Mitteilungen****Wichtige Sicherheitsinformationen**1449 **Chargenrückruf von Clozapin-Mepha®****FMH Services**1451 **Stellen und Praxen** (nicht online)

Tribüne

THEMA: Redaktion der *Schweizerischen Ärztezeitung*

1457 Die Varianten des Coronavirus noch gezielter verfolgen

WISSEN: Eva Mell

1460 Mit der Raketenimpfung gegen das Coronavirus

THEMA: Rainer M. Kaelin

1462 Tabakprävention: Alibi-Regulierungen seit dreissig Jahren

Horizonte

1466 Persönlich

SCHAUFENSTER: Michael Knobloch

1467 Reisen zu Coronazeiten

1468 Buchbesprechungen

Zu guter Letzt

Eberhard Wolff

1470 Über Selbsttests



ANNA

Impressum

Schweizerische Ärztezeitung
Offizielles Organ der FMH
und der FMH Services
Redaktionsadresse: Rahel Gutmann,
Redaktionsassistentin SÄZ,
EMH Schweizerischer Ärzteverlag AG,
Farnsburgerstrasse 8, 4132 MuttENZ,
Tel. +41 (0)61 467 85 72,
redaktion.saez@emh.ch, www.saez.ch

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

Anzeigen:
Markus 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 Fachinformationen der
verwendeten Medikamente verglichen
werden.

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

printed in
switzerland



Titelbild:
© Eva Mell

Wie geht es uns Ärztinnen und Ärzten in der Pandemie?

Jana Siroka

Dr. med., Mitglied des Zentralvorstands der FMH und Departementsverantwortliche Stationäre Versorgung und Tarife



Die Pandemie stellt die gesamte Bevölkerung vor grosse Herausforderungen. In dieser Ausgabe der *Schweizerischen Ärztezeitung* steht aber für einmal das Befinden von uns Ärztinnen und Ärzten im Zentrum.

Gerne möchten wir Ihnen die Resultate der repräsentativen Umfrage vorstellen, die das Forschungsinstitut gfs.bern im Auftrag des Departements «Stationäre Versorgung und Tarife» der FMH jährlich durchführt. Dabei werden Fragen zu den Rahmenbedingungen für die ärztliche Tätigkeit erhoben, schwergewichtig bei den Spitalärztinnen und -ärzten, aber auch bei praxisambulant tätigen Ärztinnen und Ärzten.

Dieses Jahr haben insgesamt 1603 Ärztinnen und Ärzte teilgenommen, die Erhebung lief im Zeitraum von Mitte Juni bis Mitte Juli. Den Teilnehmenden möchten wir herzlich danken, sie haben sich Zeit genommen, unsere Fragen zu beantworten während ihres bereits durchgetakteten Tags, vielleicht am verdienten Wochenende oder nachts in einer Pause im Schichtdienst.

Genau das zeigen denn auch ihre Antworten auf: Die Arbeitsbelastung war schon vor der Pandemie hoch, nun ist sie seit der letzten Erhebung nochmals deutlich angestiegen. Die Zahl der Ärztinnen und Ärzte der Akutsomatik, die angeben, andauernd unter hohem Leistungsdruck zu stehen, hat zwischen 2020 und 2021 von unter 80 auf nahezu 90 Prozent zugenommen. Damit einhergehend ist auch die Zufriedenheit mit der Work-Life-Balance gesunken. Zugleich ist die Belastung durch die administrativen, patientenfernen Tätigkeiten weiter angestiegen.

Besorgniserregend finde ich, dass erstmals über 60 Prozent der in der Akutsomatik und in der Psychiatrie tätigen Spitalärztinnen und -ärzte angeben, meistens oder häufig unter Stress zu leiden.

Und wirklich ernsthaft müssen wir uns Gedanken dazu machen, dass fast ein Fünftel dieser Ärzte und Ärztinnen über eine Stelle ausserhalb des Schweizer Gesundheitswesens nachdenkt!

Die FMH bietet Ärztinnen und Ärzten in einer Krise Unterstützung an. Das Unterstützungsnetzwerk ReMed hat seine 24-Stunden-Helpline aufgrund der Pandemie personell verstärkt. Im Gespräch mit ReMed

erfuhr ich, dass schon in den letzten Jahren die Beratungen zunehmend nicht mehr hauptsächlich vom älteren Hausarzt gegen Ende seiner Berufstätigkeit, sondern immer mehr von jungen Menschen, Assistenz- oder Oberärzten und -ärztinnen in Anspruch genommen werden. Mit den Zahlen aus unserer Befragung vor Augen gehe ich davon aus, dass diese Tendenz sich noch verstärken wird.

In meinem persönlichen Arbeitsumfeld und im Gespräch mit Kolleginnen und Kollegen aus der ganzen Schweiz erfahre ich immer wieder dasselbe. Die Betreuung der an Covid oder Long-Covid Erkrankten erforderte ausserordentlich viel Kraft und Flexibilität von uns Ärztinnen und Ärzten. Dazu kamen die Kollateralschäden der Massnahmen wie die soziale Isolation, welche viele Patientinnen und Patienten in Krisen auf Notfallstationen, Psychiatrischen Kliniken oder bei Psychiaterinnen und Psychiatern in der Praxis akut um Hilfe suchen liessen. Diese Menschen mussten aufgefangen und begleitet werden.

Die eigene Gesundheit der Ärztinnen und Ärzte ist ein zentrales Gut und hat Auswirkungen auf die Qualität der Patientenversorgung.

Ich erlebe immer wieder eine unglaublich grosse Bereitschaft aufseiten der Pflege, Psychologinnen und Psychologen, Therapeutinnen und Therapeuten sowie Ärztinnen und Ärzte, über die eigenen Grenzen zu gehen, um dem Patienten und der Patientin beizustehen. Wir sind als therapeutische Gemeinschaft in vielerlei Hinsicht durch die Corona-Pandemie direkt betroffen. Und wir tragen aktiv zu deren Überwindung bei. Das kostet uns Kraft. Dies darf uns bewusst sein. Wir dürfen es benennen und hier in der vorliegenden Umfrage sogar in Zahlen ausweisen.

Die FMH nimmt die zunehmende Belastung für uns Ärztinnen und Ärzte ernst. Unter ihrer Leitung wird gemeinsam mit swimsa, VSAO, SIWF, SECO, mfe und jHaS die «Charta zur Ärztegesundheit» entwickelt.

Die eigene Gesundheit der Ärztinnen und Ärzte ist ein zentrales Gut und hat Auswirkungen auf die Qualität der Patientenversorgung.

Repräsentative Befragung der Ärzteschaft im Auftrag der FMH

Hohe Impfbereitschaft bei Ärztinnen und Ärzten

Bruno Trezzini^a, Beatrix Meyer^b, Tatjana Grez^c, Cloé Jans^d, Lukas Golder^e

^a Dr. phil., Experte, Abteilung Stationäre Versorgung und Tarife, FMH; ^b Leiterin Abteilung Stationäre Versorgung und Tarife, FMH; ^c Trainee gfs.bern; ^d Leiterin operatives Geschäft gfs.bern; ^e Co-Leiter gfs.bern

Die Arbeitsbelastung der Ärzteschaft ist während der Corona-Pandemie weiter angestiegen. Auch der Dokumentationsaufwand nimmt kontinuierlich zu. Die befragten Ärztinnen und Ärzte weisen im Vergleich zur Gesamtbevölkerung trotz Schutzkonzepten eine fast doppelt so hohe Infektionsrate auf. Die Impfquote der Ärzteschaft ist denn auch überdurchschnittlich hoch.

Wie hat sich die Corona-Situation aus Sicht der Ärzteschaft seit der letzten Befragung entwickelt? Wie hat sich ihr Arbeitsalltag über die Jahre und im Zuge der Corona-Pandemie verändert? Und wie hoch ist die Bereitschaft der Ärztinnen und Ärzte im Vergleich zur Gesamtbevölkerung, sich gegen Covid-19 impfen zu lassen?

Diese und weitere Fragen untersuchte das Forschungsinstitut gfs.bern im Rahmen seiner nun bereits zum elften Mal durchgeführten repräsentativen Befragung der Ärzteschaft im Auftrag der FMH [1]. An der aktuellen Erhebung, die von Mitte Juni bis Mitte Juli 2021 stattfand, haben insgesamt 1603 Ärztinnen und Ärzte teilgenommen.

Arbeitsbelastung weiter angestiegen

Viele Ärztinnen und Ärzte haben eine anstrengende Zeit hinter sich. In der Akutsomatik stimmten im Jahr 2021 bereits 37% der Befragten der Aussage sehr oder eher zu, dass die zweite und dritte Welle der Corona-Pandemie ihre Arbeitsbelastung insgesamt stark erhöht hat; 2020 waren es noch 23%. Nur noch 63% der Befragten haben das Gefühl, ihr tägliches Arbeitspensum gemäss den medizinischen Anforderungen ihres Berufs zu erfüllen. Im Vorjahr waren es noch 71%. Der Anteil der Befragten, der sehr oder eher zufrieden mit seiner Work-Life-Balance ist, sank in der Akutsomatik auf 45%.

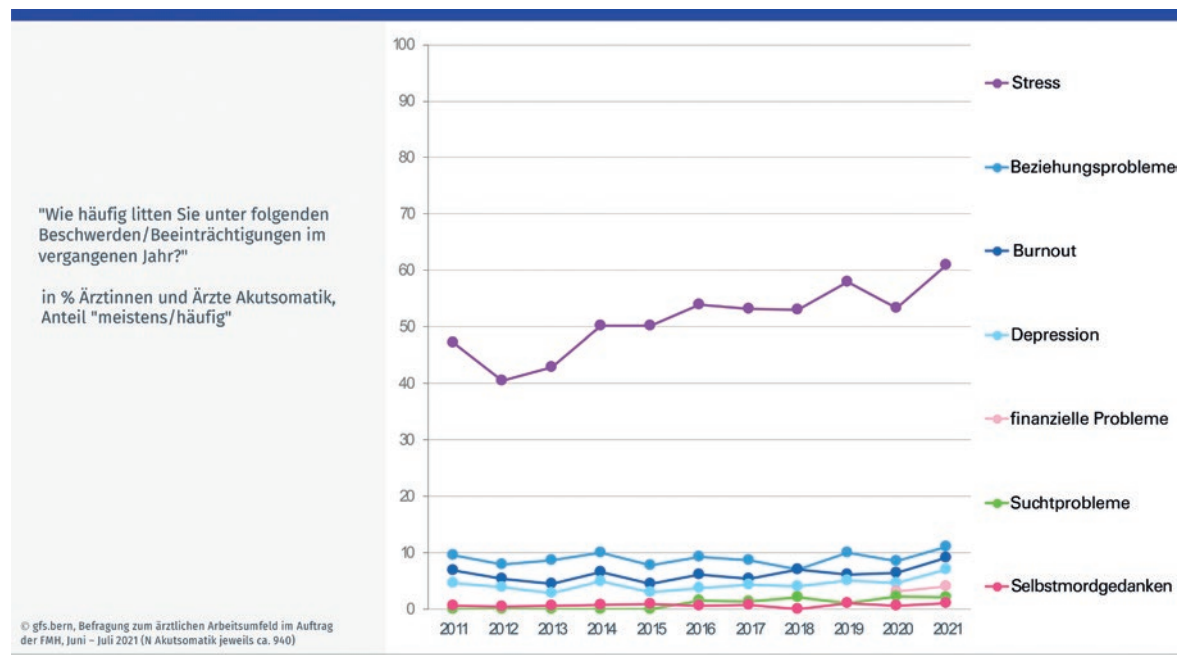


Abbildung 1: Beschwerden/Beeinträchtigungen (Akutsomatik).

Dieser Befund steht im Einklang mit der Feststellung, dass erstmals über 60% der in der Akutsomatik tätigen Spitalärztinnen und -ärzte angaben, meistens oder häufig an Stress zu leiden (Abb. 1). In der Psychiatrie sind es ebenfalls über 60%, während in der Rehabilitation mit exakt der Hälfte etwas weniger Personen betroffen sind.

Inzwischen gibt in der Akutsomatik und der Psychiatrie zudem fast ein Fünftel der Befragten an, über eine Stelle ausserhalb des Schweizer Gesundheitswesens nachzudenken. Angesichts des sich zuspitzenden Ärztemangels ist dies eine Entwicklung, die ernst zu nehmen ist.

Qualität darf nicht beeinträchtigt werden

Problematisch wird es dann, wenn die Arbeitsbelastung und der Zeitdruck beginnen, die Patientenversorgung negativ zu beeinflussen. Ein immer grösserer Anteil der Spitalärzte – vor allem in der Psychiatrie, aber auch in der Akutsomatik – hat meistens oder häufig

In der Akutsomatik ist der tägliche Dokumentationsaufwand in den letzten 10 Jahren um fast 40 Minuten angestiegen.

den Eindruck, dass die Qualität der Patientenversorgung durch die hohe Arbeitsbelastung oder den Zeitdruck beeinträchtigt ist. In der Psychiatrie sind es inzwischen 56% und in der Akutsomatik 44%. Erfreulicherweise beurteilen die Ärztinnen und Ärzte die Versorgungsqualität in ihrem Arbeitsumfeld jedoch

Weitere Resultate

Weitere Informationen zur diesjährigen Befragung der Ärzteschaft durch gfs.bern im Auftrag der FMH finden sich unter www.fmh.ch → Themen → Stationäre Tarife → Begleitforschung. Dort sind neben den Auswertungen zur Corona-Pandemie auch die Ergebnisse zu weiteren Fragestellungen dargestellt; so zum Beispiel zur Entwicklung der Arbeitsumstände der Ärzteschaft, zur Einstellung zum Prinzip «ambulante vor stationäre» sowie zur Einschätzung von «Hospital at Home».

mehrheitlich als sehr gut oder gut. Allerdings beurteilten die Psychiaterinnen und Psychiater diese während der zweiten und dritten Welle kritischer als sonst. Nur noch 66% schätzten die Versorgungsqualität während jener Zeit als sehr gut oder eher gut ein. Die Zustimmung fällt somit auch deutlich tiefer aus als im Jahr 2020, als sie bezogen auf die Lockdown-Phase 88% betrug. Diese Verschlechterung könnte Ausdruck einer im Verlaufe der Pandemie zunehmenden psychischen Belastung bei verschiedenen Bevölkerungsgruppen sein [2], die zu einer entsprechend erhöhten Inanspruchnahme der Psychiatrie führte [3].

Steigender Dokumentationsaufwand

Die Spitalärztinnen und -ärzte haben immer weniger Zeit für ihre Patientinnen und Patienten. Im Jahr 2021 verbrachten sie in der Akutsomatik durchschnittlich rund einen Drittel ihrer Arbeitszeit mit patientennahen Tätigkeiten.

Demgegenüber steigt der Zeitaufwand für die ärztliche Dokumentationsarbeit stetig und beträgt inzwischen

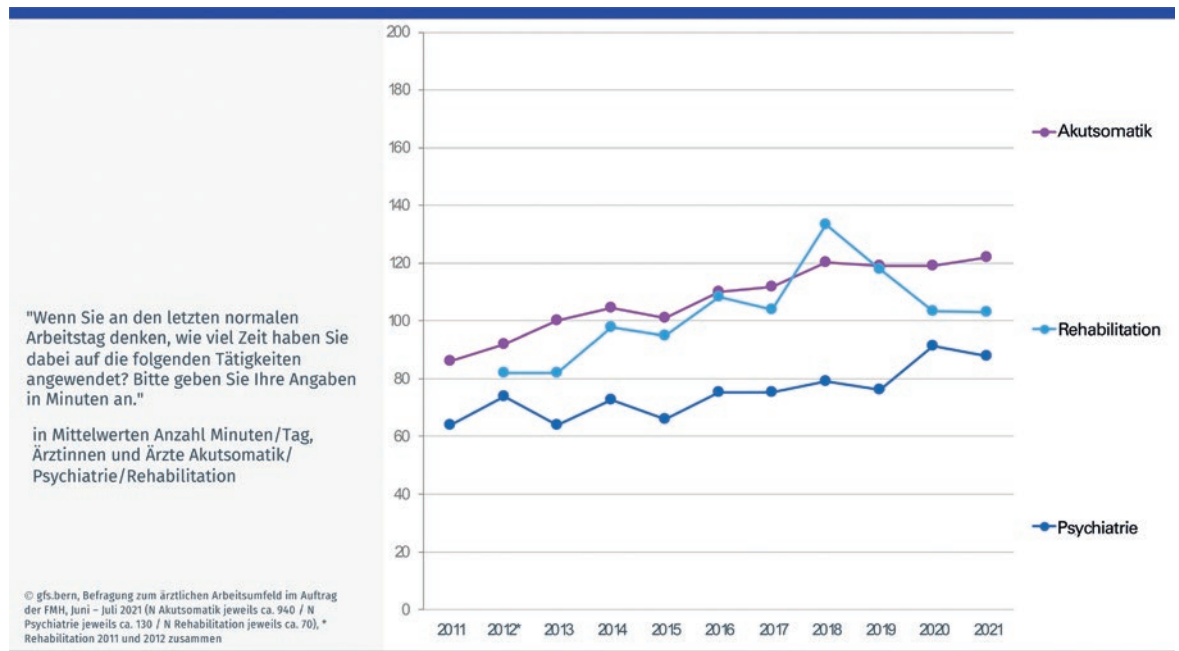


Abbildung 2: Zeitaufwand für ärztliche Dokumentationsarbeit/Patientendossier.

mehr als einen Fünftel der Arbeitszeit der Befragten. Wurden in der Akutsomatik im Jahr 2011 noch 86 Minuten pro Tag auf die Dokumentationsarbeit verwendet, so betrug der Wert zehn Jahre später bereits 122 Minuten (Abb. 2).

Hohe Infektionsrate bei der Ärzteschaft

Je nach Ärztegruppe gaben zwischen 11 und 20% der Befragten an, bereits eine nachgewiesene Covid-19-Infektion erlitten zu haben (Abb. 3).

Zum Vergleich: Für die schweizerische Gesamtbevölkerung und die Zeitperiode vom 24. Februar 2020 bis 16. Juli 2021 beträgt die Anzahl von laborbestätigten Covid-19-Fällen 8201 pro 100 000 Einwohner [4]. Dies entspricht einer Infektionsrate von etwas mehr als 8%.

Die Ärzteschaft hat sich im Vergleich zur Gesamtbevölkerung doppelt so häufig mit Covid-19 infiziert.

Mit 15% fällt der entsprechende Anteil bei den Spitalärztinnen und -ärzten in der Akutsomatik somit fast doppelt so hoch aus. Dies, obwohl eine deutliche Mehrheit der Befragten den Arbeitsschutz und die Arbeitssicherheit während der Pandemie positiv beurteilt. Es ist davon auszugehen, dass Ärztinnen und Ärzte berufsbedingt nicht nur einem höheren Ansteckungsrisiko ausgesetzt sind, sondern sich auch mehr testen lassen. Dennoch darf die psychische und physische Belastung der Risiken der Ärzteschaft in der Pandemie nicht ausser Acht gelassen werden.

Überdurchschnittlich hohe Impfquote

Bei den akutsomatisch tätigen Spitalärztinnen und -ärzten sind 88% sehr oder eher mit der Aussage einverstanden, dass nur die Covid-19-Impfung eine Bewältigung der Pandemie ermöglichen wird. Bei den praxisambulant tätigen Ärztinnen und Ärzten sind es 80%. Hierzu passt entsprechend, dass 93% der Spitalärztinnen und -ärzte der Akutsomatik zum Befragungszeitpunkt im Juni/Juli 2021 bereits geimpft waren und 4% sich bis Ende 2021 noch impfen lassen wollen (Abb. 4) [5]. Bei den praxisambulant tätigen Ärztinnen und Ärzten sind es 85 respektive 5%.

Nur 2% der Ärztinnen und Ärzte der Akutspitäler und 6% der Praxisambulanz gaben an, nicht geimpft zu sein und sich dieses Jahr auch nicht mehr impfen zu lassen. Dies unter anderem auch deshalb, weil sie bereits eine Covid-19-Infektion durchgestanden haben (15% aller ungeimpften Ärztinnen und Ärzte). Zudem wurden von den Ungeimpften vor allem allfällige unbekannte langfristige Nebenwirkungen als Hinderungsgrund genannt.

Ärzterschaft ist besonders betroffen

Die Ärzteschaft ist in vielerlei Hinsicht in ihrer täglichen Arbeit durch die Corona-Pandemie direkt betroffen und trägt aktiv zu deren Überwindung bei. Dies einerseits durch ihre überdurchschnittliche Impfquote und andererseits mit ihrem hohen Engagement in den Spitälern und Praxen. Besonders in diesen pandemiebedingt strengen Zeiten ist es wichtig, dass sich die

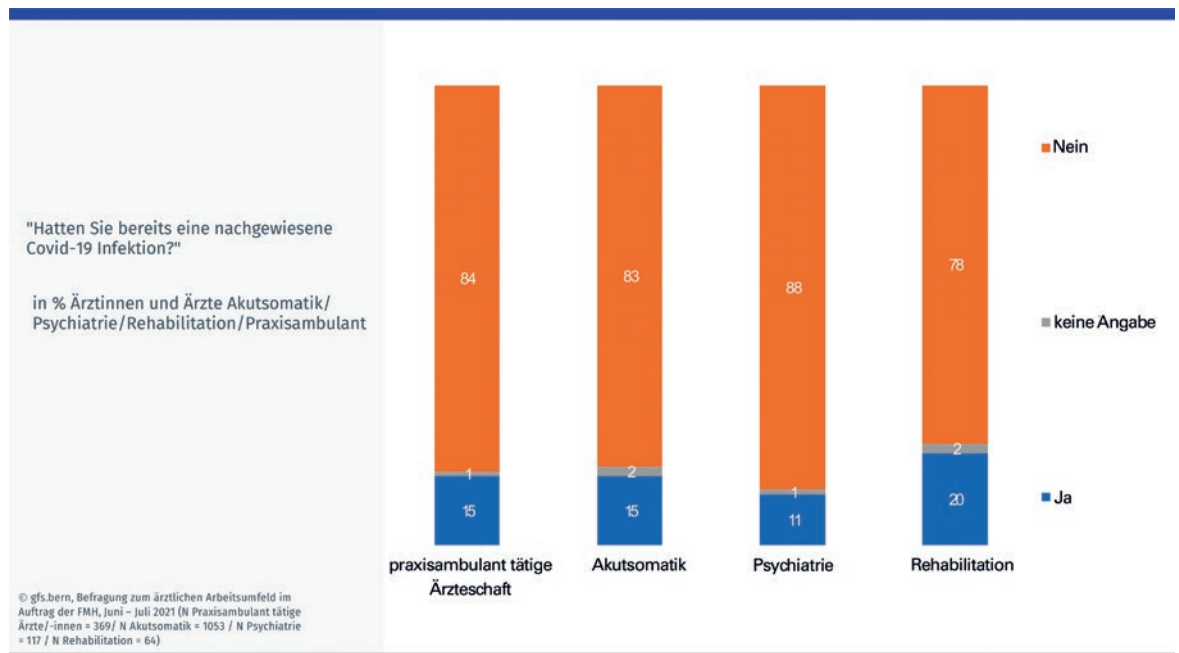


Abbildung 3: Covid-19-Infektion.

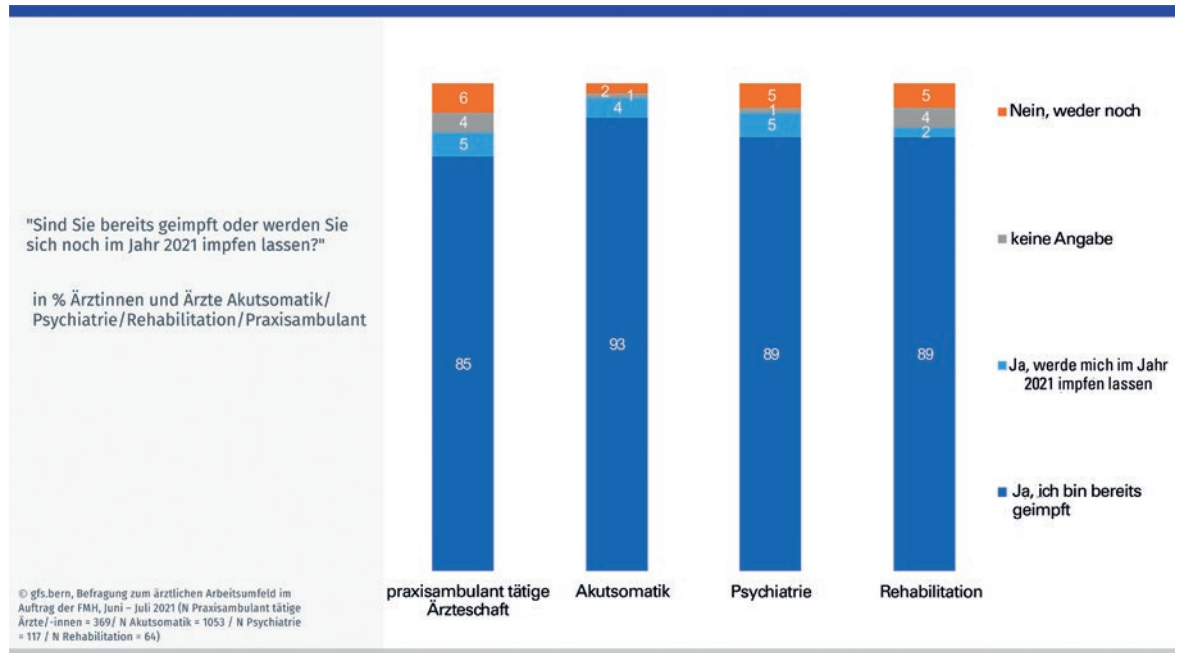


Abbildung 4: Covid-19-Impfung.

Ärztinnen und Ärzte auf das Wesentliche konzentrieren können, nämlich auf ihre Patientinnen und Patienten. Entsprechend gilt es, endlich wirksame Massnahmen einzuleiten, damit der langfristig ansteigende Trend beim Dokumentationsaufwand gebrochen wird.

Literatur

- 1 Siehe zusammenfassende Ergebnisse der Befragung 2021 der Ärzteschaft von gfs.bern im Auftrag der FMH unter www.fmh.ch → Themen → Stationäre Tarife → Begleitforschung.
- 2 Mohler-Kuo M, Dzemaili S, Foster S, Werlen L, Walitza S. Stress and Mental Health among Children/Adolescents, Their Parents, and Young Adults during the First COVID-19 Lockdown in Switzerland. *International Journal of Environmental Research and Public Health*. 2021;18(9):4668.

- 3 Stocker D, Jäggi J, Liechti L, Schläpfer D, Németh P, Künzi K. Der Einfluss der COVID-19-Pandemie auf die psychische Gesundheit der Schweizer Bevölkerung und die psychiatrisch-psychotherapeutische Versorgung in der Schweiz. Schlussbericht. Bern: Bundesamt für Gesundheit; 2021.
- 4 Vgl. www.covid19.admin.ch/de/epidemiologic/case?time=total&emoView=graph&geo=CH&sum=cumulative. Für einen Vergleich zwischen verschiedenen Altersgruppen liegen keine über den gesamten Zeitraum kumulierten Daten vor.
- 5 Zum Vergleich: In der schweizerischen Gesamtbevölkerung waren 38,4% der 30–39-Jährigen, 47,5% der 40–49-Jährigen, 57,0% der 50–59-Jährigen und 70,2% der 60–69-Jährigen vollständig geimpft (Zeitperiode 21.12.2020 bis 18.7.2021; www.covid19.admin.ch/de/vaccination/persons?geo=CH&demoSum=total).

FMH
Abteilung Stationäre
Versorgung und Tarife
Baslerstrasse 47
CH-4600 Olten
Tel. 031 359 11 11
Fax 031 359 11 12
[tarife.spital\[at\]fmh.ch](mailto:tarife.spital[at]fmh.ch)



Assistierter Suizid – ja oder nein? Medizin-ethische Richtlinien helfen bei der Entscheidungsfindung.

[FMH und SAMW überarbeiten die Richtlinien «Umgang mit Sterben und Tod»](#)

Ärztenschaft und assistierter Suizid

Yvonne Gilli^a, Henri Bounameaux^b

^a Dr. med., Präsidentin FMH; ^b Prof. Dr. med., Präsident SAMW

Kernaufgabe medizin-ethischer Richtlinien ist es, Fachpersonen differenzierte und zugleich praxistaugliche Hilfestellungen für heikle Situationen zu geben, mit denen sie konfrontiert werden. Es liegt in der Natur der Sache, dass bei der Erarbeitung solcher Richtlinien Kontroversen entstehen. Dies geschah 2018 bei den von der Schweizerischen Akademie der Medizinischen Wissenschaften (SAMW) überarbeiteten Richtlinien «Umgang mit Sterben und Tod» bezüglich des Unterkapitels über den assistierten Suizid (Suizidhilfe).

2004 hatte die SAMW die medizin-ethischen Richtlinien «Betreuung von Patientinnen und Patienten am Lebensende» veröffentlicht, die seither Teil der Standesordnung der FMH sind. Gut zehn Jahre später beauftragte die Zentrale Ethikkommission (ZEK) der SAMW eine Subkommission mit der Überarbeitung der Richtlinien. Dabei sollten Hilfestellungen zur Gesprächsführung mit Betroffenen und Angehörigen im Falle einer neu diagnostizierten Krankheit mit infauster Prognose ebenso dargestellt werden wie das Kon-

zept des «Advance Care Planning» und der Umgang mit Sterbewünschen. Dem assistierten Suizid als besonders kontrovers diskutiertem Thema sollte ein eigenes Unterkapitel gewidmet werden.

2018 verabschiedete die SAMW die revidierten Richtlinien. Die genannten Neuerungen wurden sowohl in der öffentlichen Vernehmlassung als auch von der Ärztekammer ausdrücklich begrüsst – allerdings mit der gewichtigen Ausnahme des Unterkapitels 6.2.1 zum assistierten Suizid, das zu kontroversen Diskussionen

führte. In der Folge lehnte eine Mehrheit der Ärztekammer der FMH das neue Unterkapitel und die Aufnahme der überarbeiteten Richtlinien in die Standesordnung ab. So behielt die alte Fassung von 2004 *standesrechtlich* ihre Gültigkeit, als die neue Version von 2018 seitens der SAMW bereits in Kraft gesetzt worden war – ein unerfreulicher, der Sache nicht dienlicher Zustand.

Ein zu vager Begriff

Ärztekammer und FMH brachten seinerzeit vor allem die Sorge zum Ausdruck, dass der in der neuen Fassung der Richtlinien verwendete Begriff des «unerträglichen Leidens» zu unbestimmt und zu subjektiv sei.

Es obliegt der persönlichen Entscheidung des Arztes bzw. der Ärztin, ob er oder sie einen assistierten Suizid aktiv unterstützt.

Dies könne, so die Befürchtung, einerseits zu einer Rechtsunsicherheit für die Ärzteschaft führen und andererseits wegen der Vagheit des Begriffes zu einer inflationären Ausweitung von Begehren nach einem assistierten Suizid.

Dadurch wiederum könne dieser unkritisch entproblematisiert werden und folglich in der Öffentlichkeit der Eindruck entstehen, der assistierte Suizid gehöre zu den genuin ärztlichen Aufgaben.

Eine gemeinsame Arbeitsgruppe mit Delegierten der SAMW/ZEK sowie des Zentralvorstandes und Rechtsdienstes der FMH hat sich in der Folge in mehreren Etappen differenziert mit dem Unterkapitel und den verwendeten Begriffen auseinandergesetzt. Konsens bestand dabei zu folgenden Grundsätzen:

- 1 Der assistierte Suizid ist heute eine gesellschaftliche Realität, mit der sich Ärztinnen und Ärzte gerade mit Blick auf ihr berufliches Selbstverständnis und auf die damit angesprochenen medizin-ethischen Fragen auseinandersetzen müssen.
- 2 Es obliegt stets der persönlichen Entscheidung des einzelnen Arztes beziehungsweise der Ärztin, ob er oder sie einen assistierten Suizid aktiv unterstützt oder nicht. Medizin-ethische Richtlinien sollen bei der Entscheidungsfindung helfen, können diese aber in keinem Fall ersetzen.
- 3 Der Umstand, dass unter bestimmten Voraussetzungen ein ärztlich assistierter Suizid rechtlich erlaubt und ethisch vertretbar sein kann, ändert nichts daran, dass der assistierte Suizid eine Ausnahmesituation und nicht etwa eine genuin ärztliche Tätigkeit darstellt.

Die gemeinsame Arbeitsgruppe verabschiedete im September 2021 einstimmig das neu formulierte Unterkapitel zum assistierten Suizid. Die Richtlinien werden mit dem revidierten Unterkapitel im November 2021 dem Senat der SAMW zur Verabschiedung vorgelegt und im Frühjahr 2022 der Ärztekammer unterbreitet.

Die Präsidien der FMH und der SAMW sowie die weiteren, an der Überarbeitung beteiligten Fachpersonen sind überzeugt, dass der Text an Klarheit, Präzision sowie Praxisnähe gewonnen hat, und hoffen auf eine gute Aufnahme. Ein wichtiges Ziel ist, den jetzigen Zustand mit zwei parallel gültigen, aber inhaltlich unterschiedlich akzentuierten Richtlinien zu überwinden und die revidierte Fassung als Ersatz für die Richtlinien aus dem Jahr 2004 in die Standesordnung der FMH zu integrieren.

Bildnachweis

Javier Allegue Barros / Unsplash

Personalien

Todesfälle / Décès / Decessi

Andreas Zollinger (1957), † 8.9.2021, Facharzt für Anästhesiologie und Facharzt für Intensivmedizin, 8063 Zürich

Heinz Paul Affolter (1926), † 18.9.2021, Facharzt für Gastroenterologie und Facharzt für Allgemeine Innere Medizin, 4125 Riehen

Ärztegesellschaft des Kantons Bern

Ärztlicher Bezirksverein Bern Regio

Zur Aufnahme als ordentliches Mitglied hat sich angemeldet:

Franziska Schindler, Fachärztin für Allgemeine Innere Medizin, FMH, Kirchenfeldstrasse 31, 3005 Bern

Einsprachen gegen dieses 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 Luzern

Zur Aufnahme in unsere Gesellschaft Sektion Stadt haben sich gemeldet:

Lisbah Barsaume, Fachärztin für Kinder- und Jugendmedizin, Swiss Medi Kids AG, Seidenhofstrasse 9, 6003 Luzern

Ines Mensia, Fachärztin für Ophthalmologie, FMH, Augenärzte Zentralschweiz AG, Augenpraxis an der Hertensteinstrasse, Hertensteinstrasse 3, 6004 Luzern

Judit Szamosújvári, Fachärztin für Kinder- und Jugendmedizin, Swiss Medi Kids AG, Seidenhofstrasse 9, 6003 Luzern

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

Ärzte-Gesellschaft des Kantons Zug

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

Inna Etkina, Praktische Ärztin, FMH, Ärztezentrum Menzingen AG, Holzhäusernstrasse 8, 6313 Menzingen

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.

Die SÄZ nur online?

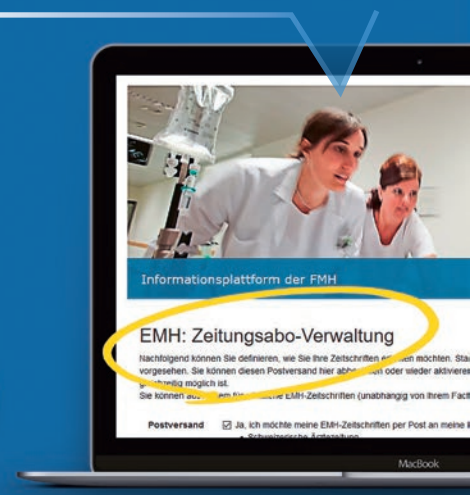


EMH Media
SCHWEIZERISCHER ÄRZTEVERLAG
EDITIONS MEDICALES SUISSES

Einloggen bei myFMH



EMH-Abo Verwaltung: Postversand deaktivieren



In memoriam Jean-Luc Baierlé (1950–2021)



Praticien, médecin cantonal, ami

Quelle tristesse d'apprendre le décès du Dr Jean-Luc Baierlé, ancien médecin cantonal du Jura, le 7 octobre 2021 à l'âge de 71 ans; emporté prématurément par une funeste affection que la médecine n'a pu maîtriser.

Vaudois d'origine, Jean-Luc a passé une partie de son enfance dans le Jura, son père ayant exercé au Centre psychologique de Porrentruy. Etudes de médecine à Lausanne, stages, notamment à l'Hôpital de Porrentruy où il rencontre son épouse, une infirmière québécoise. Plus tard, il ouvre en 1982 un cabinet à Courgey. Il accepte le poste de médecin cantonal en 1984.

La suite est décrite dans une belle page du *Quotidien Jura* du 30 janvier 2013, à l'approche de sa retraite. Extraits: «J'ai toujours exercé la fonction à temps partiel, en parallèle à mon activité de médecine de famille. Au début, j'ai cru devoir choisir mais j'aimais les deux choses, convaincu que chacune bénéficie et se nourrit de l'autre. Pour moi, il est important de garder un pied dans la pratique tout en me tournant, comme j'ai toujours eu une vision sociale de la médecine, vers la santé publique.» [...] «Tout était à faire en matière de santé publique dans le Jura. Et je voulais suivre mes idéaux de médecine préventive, en me consacrant beaucoup aux problèmes de drogues et de dépendances.» [...] «Au début des années 1980 apparaissait le sida. La politique fédérale en matière de drogue s'est développée à cause de cette maladie. Il fallait prendre les toxicomanes au sérieux, les protéger aussi en distribuant des préservatifs et des seringues. Pour marquer le coup, j'ai même fait la promotion du préservatif au marché de Delémont! La nécessité de faire de la prévention du sida auprès des jeunes a aussi donné un grand coup d'accéléra-

teur au dossier, à l'époque enlisé, de l'éducation sexuelle à l'école.» [...] «J'ai travaillé avec quatre ministres de la santé au cours de ma carrière. Je dirais qu'avec chacun les rapports dépendaient plus de la personne que de son étiquette partisane. Et comme je ne sais pas faire le poing dans ma poche, la confiance et une bonne relation humaine sont des choses plus importantes pour moi que la couleur politique. A noter que la gestion de la santé est très transversale.»

Le Dr Baierlé s'est aussi fait connaître pour avoir introduit en Suisse en 1990 l'Opération Nez Rouge – lancée en 1984 au Québec, patrie de son épouse. Opération qui a connu un beau succès depuis lors. Son but est de sensibiliser la population aux risques que représente la conduite d'un véhicule avec des facultés affaiblies et de mettre en place durant les Fêtes de fin d'année un dispositif, animé par des volontaires, permettant de ramener chez elles les personnes ne se sentant pas en état de conduire. Pendant plus de 30 ans, il a entraîné dans son sillage des milliers de bénévoles dans toute la Suisse.

Pour ma part, j'ai énormément apprécié Jean-Luc Baierlé comme confrère et ami. Je me souviens l'avoir découvert avec beaucoup de plaisir au sein de la sympathique équipe des médecins cantonaux, amenés à se réunir plusieurs fois par an pour discuter des enjeux auxquels ils faisaient face, tout en cherchant à élaborer des positions communes (à vrai dire, la situation n'a alors jamais été aussi chaude que depuis début 2020 avec le COVID-19). Il a d'ailleurs présidé, avec honneur comme on dit chez nous, l'Association des médecins cantonaux suisses. Sur un plan plus festif, je me souviens de l'invitation qu'il nous avait faite un automne de vivre dans le Jura un banquet de la Saint-Martin! Attentif, pertinent, incisif, il a illustré dans son canton une bonne combinaison de médecin de famille et médecin cantonal. Avec beaucoup d'autres choses, son dynamisme, sa lucidité et sa cordialité nous manqueront. Nos sentiments de très vive sympathie vont à son épouse, ses enfants, petits-enfants et proches, durement touchés.

Adieu, l'Ami. Merci pour tout.

*Dr méd. Jean Martin,
ancien médecin cantonal vaudois*

Crédits photo

Image aimablement mise à disposition par son épouse, Hélène Baierlé-Bouchard



Zur Beratungstätigkeit 2019 von Tox Info Suisse

Vergiftungen in der Schweiz

Cornelia Reichert^a, Colette Degrandi^b, Katharina E. Hofer^c

^a Dr. med., Leitende Ärztin, Tox Info Suisse, Zürich; ^b Dr. med., Oberärztin, Tox Info Suisse, Zürich; ^c Dr. med., Oberärztin, Tox Info Suisse, Zürich

Fast 40 000 Beratungen führte Tox Info Suisse, die offizielle Informationsstelle der Schweiz für alle Fragen rund um Vergiftungen, im Jahr 2019 durch. Welche Personengruppen aus welchen Gründen betroffen waren – und wie viele Todesfälle es gab. Eine Übersicht.

Tox Info Suisse führte 2019 insgesamt 39 217 Beratungen durch, 36 340 zu Giftexpositionen und 2 869 theoretischer Natur.

Übersicht: Vergiftungen in der Schweiz 2019

Die 36 340 Beratungen zu Giftexpositionen entsprachen 32 480 Vergiftungsfällen (Tab. 1), da zum Teil mehrere Beratungen zu einem Fall stattfinden. 17 719 der Fälle (54,6%) betrafen Kinder, davon waren 14 359 (81,0%) jünger als 5 Jahre. Bei der Geschlechtsverteilung war bei den Kindern ein leichtes Überwiegen der Knaben (51,4%) gegenüber den Mädchen (47,5%) und bei den Erwachsenen der Frauen (57,1%) gegenüber den Männern (42,3%) zu sehen. Von den 26 291 unbeabsichtigten (akzidentellen) Vergiftungsfällen ereigneten

sich 89% im häuslichen Umfeld, bei den 4 445 beabsichtigten Intoxikationen trat die grösste Anzahl (69,5%) im Rahmen von Suizidversuchen auf. Am häufigsten involviert waren Medikamente (35,3%), Haushaltsprodukte (25,8%) und Pflanzen (8,8%) (Tab. 1). Diese Anteile zeigten bei den Erwachsenen und Kindern zum Teil deutliche Unterschiede; während bei den Haushaltsprodukten in 18,8% der Fälle Erwachsene betroffen waren, waren es bei den Kindern 31,5%. Der Anteil der Pflanzenvergiftungen lag bei den Kindern bei 12,3%, bei den Erwachsenen bei 4,7%. Dafür waren bei Erwachsenen deutlich mehr technische und gewerbliche Produkte involviert als bei Kindern mit 11,2% gegenüber 2,5% (Tab. 1).

Bei den Fällen mit ärztlicher Rückmeldung wird eine Schweregrad- [1] und eine Kausalitätsbeurteilung vorgenommen. Bei 4 223 Fällen lag eine hohe Kausalität

Tabelle 1: Häufigkeit der Vergiftungen beim Menschen nach Noxengruppen (Tox Info Suisse 2019).

Noxengruppen/Altersgruppen	Erwachsene		Kinder		Alter unbekannt	Total	
Medikamente	5908	40,3%	5547	31,3%	15	11470	35,3%
Haushaltsprodukte	2761	18,8%	5573	31,5%	31	8365	25,8%
Pflanzen	688	4,7%	2178	12,3%	6	2872	8,8%
Körperpflegemittel und Kosmetika	386	2,6%	1754	9,9%	0	2140	6,6%
Technische und gewerbliche Produkte	1646	11,2%	444	2,5%	7	2097	6,5%
Nahrungsmittel und Getränke	864	5,9%	734	4,1%	17	1615	5,0%
Genussmittel, Drogen und Alkohol	697	4,8%	404	2,3%	1	1102	3,4%
Pilze	463	3,2%	263	1,5%	7	733	2,3%
Produkte für Landwirtschaft und Gartenbau	317	2,2%	323	1,8%	0	640	2,0%
(Gift-)Tiere	215	1,5%	113	0,6%	4	332	1,0%
Veterinärarzneimittel	74	0,5%	54	0,3%	0	128	0,4%
Andere oder unbekannte Noxen	643	4,4%	332	1,9%	11	986	3,0%
Total	14662	100%	17719	100%	99	32480	100%

vor (gesichert oder wahrscheinlich). Bei diesen Fällen kam es zu 1021 asymptomatischen, 2222 leichten, 749 mittelschweren, 224 schweren und 7 tödlichen Verläufen (Tab. 2). Bei den 231 schweren und tödlichen Vergiftungen überwog der Frauenanteil mit 58%. Kinder waren nur in 10 Fällen betroffen (4,3%). Erwachsene mit schweren Vergiftungen waren im Schnitt 44 Jahre, diejenigen mit tödlichen Vergiftungen 58 Jahre alt. Typischerweise ereigneten sich die schweren und tödlichen Vergiftungen im Rahmen von beabsichtigten Handlungen (64% suizidal, 12% Abusus). In 85% dieser Fälle handelte es sich um eine orale Exposition, und in 62% der Fälle lag eine Polyintoxikation vor.

Tödliche Vergiftungen in der Schweiz 2019

Bei den sieben Todesfällen waren fünf durch Medikamente bedingt, ein Fall durch die suizidale Einnahme eines Herbizides und ein Fall durch die akzidentelle Einnahme eines Körperpflegeproduktes.

Unter therapeutischer wöchentlicher subkutaner Verabreichung von Methotrexat trat bei einer Patientin als unerwartete Arzneimittelwirkung (UAW) eine Panzytopenie und Aplasie auf. Darunter entwickelte die Patientin eine Pneumonie und verstarb trotz antibiotischer Therapie im septischen Schock.

Eine junge Patientin erlitt nach suizidaler Einnahme von Methadon eine hypoxische Hirnschädigung und ein Multiorganversagen. Bei einer älteren Patientin kam es nach suizidaler Einnahme von Metoprolol, Felodipin und Morphin zu einem Koma mit GCS 3, im Verlauf wurde die Patientin zunehmend hypoton und bradykard, trotz initialem Ansprechen auf Vasopressoren und auf die antidotale Therapie mit Insulin-Glukose, ist die Patientin zwei Tage später unter palliativer

Therapie verstorben. Eine Patientin entwickelte nach einer Polyintoxikation mit Metformin und verschiedenen Psychopharmaka eine schwere Laktatazidose (pH 6,99, Laktat 14,6 mmol/l) und verstarb an Multiorganversagen. Ein Patient wurde tot aufgefunden mit mehreren über den Körper verteilt klebenden Fentanyl-Pflastern, die Umstände dieser Intoxikation blieben unklar.

Bei einem Patienten kam es nach suizidaler Einnahme von Diquat, einem Herbizid, plus Alkohol zu wiederholtem Erbrechen, Agitation und einer therapiebedürftigen Hypotonie. Trotz intensivmedizinischer Therapie ist der Patient noch gleichentags verstorben. Diquat hat in der Schweiz seit kurzem keine Bewilligung mehr. Es ist ätzend und führt zur Bildung hochreaktiver Sauerstoffradikale. Nach Einnahme kommt es rasch zu starken gastrointestinalen Symptomen mit wiederholtem Erbrechen, profusen Durchfällen und Ulzerationen im Magen-Darm-Trakt. Bei schweren Verläufen sind unter anderem epileptische Krampfanfälle, Rhythmusstörungen, Kreislaufversagen und Multiorganversagen beschrieben. Diquat ist verwandt mit Paraquat, führt aber nicht wie dieses zu einer Lungenfibrose, da es nicht in den Pneumozyten akkumuliert. Bei einer betagten Patientin kam es nach akzidenteller Einnahme einer grösseren Menge eines Duschgels zu Erbrechen mit Aspirationspneumonie, Ateminsuffizienz und im Verlauf rascher Verschlechterung des Allgemeinzustandes.

Schwere Vergiftungen in der Schweiz 2019

Medikamente: Es kam zu 161 schweren Vergiftungen mit Medikamenten [2], davon fünf bei Kindern (1 Säugling, 2 Kleinkinder, 2 Jugendliche). Die Erwachsenen waren im Mittel 45,5 Jahre alt. In 61% waren Frauen be-

Tabelle 2: Häufigkeit der Noxengruppen und Vergiftungsschweregrad der auswertbaren ärztlichen Rückmeldungen (Tox Info Suisse 2019) zu Giftkontakt beim Menschen (nur hohe Kausalität), Medikamente nach ATC-Codegruppen.

Noxengruppen/Schweregrad	Erwachsene					Kinder					Total	
	O	L	M	S	T	O	L	M	S	T		
Medikamente	356	1045	375	155	4	330	205	42	5	1	2518	59,6%
<i>Nervensystem</i>	235	853	302	129	1	121	120	27	2	1	1791	
<i>Atemwege</i>	9	41	33	4	0	26	11	6	0	0	130	
<i>Bewegungsapparat</i>	41	58	9	7	0	36	30	2	1	0	184	
<i>Kreislauf</i>	23	21	14	5	1	41	3	1	0	0	109	
<i>Verdauung</i>	11	20	3	5	1	27	15	1	0	0	83	
<i>Übrige</i>	37	52	14	5	1	79	26	5	2	0	221	
Haushaltsprodukte	41	165	24	10	0	95	136	18	1	0	490	11,6%
Technische und gewerbliche Produkte	34	255	40	5	0	18	17	10	1	0	381	9,0%
Genussmittel, Drogen, Alkohol	17	123	142	30	0	10	16	7	1	0	346	8,2%
Pflanzen	7	46	15	4	0	24	20	1	0	0	117	2,8%
Pilze	7	44	35	4	0	16	6	1	0	0	113	2,7%
Körperpflegemittel, Kosmetika	9	20	2	0	1	19	24	4	0	0	79	1,9%
Produkte für Landwirtschaft und Gartenbau	4	16	4	1	1	8	2	1	0	0	37	0,9%
(Gift-)Tiere	0	15	10	3	0	1	5	2	0	0	36	0,9%
Nahrungsmittel und Getränke (exkl. Pilze, Alkohol)	3	11	8	1	0	7	3	0	1	0	34	0,8%
Veterinärarzneimittel	1	3	1	1	0	1	2	0	0	0	9	0,2%
Andere oder unbekannte Noxen	5	38	6	1	0	8	4	1	0	0	63	1,5%
Total	484	1781	662	215	6	537	440	87	9	1	4223	100%

Schweregrad des Verlaufs: O = asymptomatisch, L = leicht, M = mittel, S = schwer, T = tödlich

troffen, in über 90% wurden die Medikamente eingenommen, und 77% der Fälle waren suizidal bedingt. Bei 71% der Fälle lag eine Polyintoxikation vor.

Von den schweren Medikamentenvergiftungen ereigneten sich 131 (81,4%) mit Mitteln für das Nervensystem. Im Vordergrund standen dabei *Analgetika* (Opiode n=20, Paracetamol n=15) und *Psychopharmaka* (Antipsychotika n=25, Antidepressiva n=26) sowie *Benzodiazepine* n=20 und *Zolpidem* n=6. Bei den übrigen schweren Medikamentenvergiftungen waren Mittel für den Bewegungsapparat (Mefenaminsäure n=2, Baclofen n=2, Tolperison n=2, Rocuronium n=1, Diclofenac n=1), für den Gastrointestinaltrakt (Insulin n=3, Dapagliflozin n=1, Kaliumchlorid n=1), für den Kreislauf (Propranolol n=2, Amlodipin n=1, Perindopril/Amlodipin n=1, Verapamil n=1) und für den Atemtrakt (Diphenhydramin n=4) beteiligt. Weitere schwere Vergiftungen wurden durch Dermatologika mit 2-Propanol (n=2), Antiinfektiva (Sulfamethoxazol/Trimethoprim n=1, Isoniazid n=1), Onkologika (Methotrexat n=1, Leflunomid n=1) und Urologika (Testosteron/Clenbuterol n=1) verursacht. In einem Fall kam es durch ein Veterinärarzneimittel mit Pentobarbital zu einem schweren Koma mit Aspirationspneumonie.

Genussmittel, Drogen und Alkohol: Genussmittel, Drogen und Alkohol führten zu 31 schweren Intoxi-

kationen. Betroffen waren ein Kind (15,8 Jahre) und 30 Erwachsene (Mittelwert Alter 33,5 Jahre). Bei 58% handelte es sich um Männer (n=18). In der grossen Mehrheit der Fälle erfolgte die Exposition in abusiver (n=18) oder suizidaler Absicht (n=10). Bei 68% der Fälle (n=21) handelte es sich um Polyintoxikationen.

Fünfzehn der Intoxikationen betrafen Alkohol, sechs Halluzinogene und Stimulantien, fünf Opiode und fünf Gammahydroxybutyrat (GHB), Gammabutyrolacton (GBL) oder 1,4-Butandiol (1,4-BD).

Bei den schweren Alkoholintoxikationen wurden in 13 Fällen zusätzlich Medikamente oder andere Drogen konsumiert. Als Symptom wurde meist ein Koma beschrieben, es kam aber auch zu starker Agitation und zwei Mal zu einer Aspirationspneumonie.

Bei den Stimulantien und Halluzinogenen handelte es sich in vier Fällen um Polyintoxikationen. Involvierte Substanzen waren Amphetamin, Ecstasy (MDMA), Kokain und Ketamin. Es kam zu Agitation und Psychosen, Koma und Erhöhung der Kreatininkinase. Bei einem Patienten mittleren Alters kam es nach Kokain-Konsum zu einem Myokardinfarkt und schweren Rhythmusstörungen mit Kammerflimmern.

Bei den Opiatintoxikationen kam es zum typischen Bild mit Koma und Atemdepression. In drei der fünf Fälle wurden noch weitere Substanzen konsumiert

(Ethanol, Kokain, Cannabis, Ecstasy [MDMA] und Lorazepam).

Bei den Fällen mit Konsum von GHB, GBL und 1,4-BD kam es zu Koma, Agitation, Desorientiertheit und in einem Fall zu einer Aspirationspneumonie. Nur in einem der Fälle wurde ein Beikonsum beschrieben (Alkohol). GBL und 1,4-BD werden im Körper sehr rasch zu GHB metabolisiert. GHB ist Analogon des inhibitorischen Neurotransmitters Gamma-Amino-Buttersäure (GABA) und aktiviert GHB-Rezeptoren. GHB wurde als Narkotikum entwickelt, wird aber heute nicht mehr verwendet.

Pflanzen: Bei den Pflanzenvergiftungen kam es 2019 zu vier schweren Verläufen, alle bei Erwachsenen.

Bei drei der Fälle handelte es sich um Einnahme von Eibennadeln (*Taxus baccata*) in suizidaler Absicht. Die Eibe enthält kardiotoxische Taxine. Bei allen drei Fällen kam es zu schweren Herzrhythmusstörungen mit Kammertachykardie/Kammerflimmern und zum Teil Asystolie. Zwei der Patientinnen mussten reanimiert werden. Alle drei wurden mit extrakorporaler Membranoxygenierung (ECMO) therapiert und erholten sich vollständig. Eine ältere Patientin verwechselte Bärlauchblätter (*Allium ursinum*) mit Herbstzeitlosenblättern (*Colchicum autumnale*). Es kam zu einer Neutropenie und Magen-Darm-Symptomen. Die Herbstzeitlose enthält das Spindelgift Colchicin, welches auch eine entzündungshemmende Wirkung hat. Es wird zur Therapie der Gicht verwendet und findet auch Anwendung bei familiärem Mittelmeerfieber und Perikarditis. Colchicin hat eine sehr enge therapeutische Breite, und in Überdosierung kommt es zu einem Multiorganversagen. Ein Antidot existiert nicht, die Therapie ist symptomatisch.

Haushaltsprodukte: Bei den Haushaltsprodukten traten elf schwere Vergiftungen auf. Betroffen waren ein Kleinkind und zehn Erwachsene, sechs der Fälle waren akzidentell bedingt.

Beim Kinderfall kam es nach okulärer Exposition mit dem Inhalt eines Waschmittelkissens zu einer grossflächigen Hornhautulzeration. Solche schweren Verläufe nach Augenspritzern mit dem Inhalt von Waschmittelkissen heilen in der Regel folgenlos ab. Bei zwei Patienten kam es nach akzidenteller Inhalation eines Produktes in Sprayform (Fleckenentferner respektive Imprägnierspray) zu schweren pulmonalen Symptomen mit Sättigungsabfall und Bronchospasmus. Eine Patientin entwickelte nach Inhalation eines Gemisches aus Javelwasser und Essig ein toxisches Lungenödem. Beim Mischen von Javelwasser mit einer Säure entsteht Chlorgas, welches eine starke Reizwirkung auf die Atemwege hat. Bei zwei Patienten kam es zu schweren Verätzungen im Gastrointestinaltrakt nach suizidaler Einnahme eines Entkalkers respektive eines Ab-

laufreinigers. Eine Patientin erlitt nach intravenöser Applikation von Javelwasser und eines WC-Reinigers in suizidaler Absicht ein toxisches Lungenödem. Bei zwei Patienten kam es nach Einnahme eines Haushaltsproduktes mit hohem Ethanolgehalt zu einem Koma. Das Trinken eines Felgenreinigers mit Gammabutyrolacton (GBL) führte bei einem Patienten ebenfalls zu einem Koma. Eine betagte Patientin mit Demenz erlitt nach akzidenteller Einnahme eines Abwaschmittels eine Aspirationspneumonie.

Kosmetika und Körperpflegemittel: Mit Kosmetika und Körperpflegemitteln kam es 2019 zu keinen schweren Fällen.

Erwähnenswert sind hier fünf mittelschwere Fälle. Durch Augenspritzer mit Läuseschampoos, die Detergentien und Paraffin oder Öle enthalten, kam es in diesen fünf Fällen zu einer starken Augenreizung, bei zwei der Fälle zudem zu Blepharospasmus und bei einem Fall zu punktförmigen Hornhautulzerationen. Bei allen Fällen kam es zu einer vollständigen Heilung. Betroffen waren vier Kinder und eine erwachsene Person. Solche Fälle werden bei Tox Info Suisse seit einigen Jahren registriert [3].

Nahrungsmittel und Getränke: Mit Nahrungsmitteln und Getränken kam es zu zwei schweren Vergiftungen. Ein Säugling entwickelte eine schwere muskuläre Hypotonie und musste wegen fehlender Schutzreflexe intubiert und beatmet werden. Analytisch konnte Botulinustoxin A nachgewiesen werden. Das Kind erhielt einmalig Botulinus-Antitoxin. Eine Quelle für das Botulinustoxin konnte nicht eruiert werden. Bei einer jüngeren Person kam es nach Einnahme bakteriell kontaminierter Nahrungsmittel zu starken Magen-Darm-Symptomen, einer Sepsis mit Fieber bis 39,6°C und einer schweren Hypokaliämie (Kalium 1,7 mmol/l), wahrscheinlich im Rahmen des Erbrechen.

Technisch-gewerbliche Produkte: Durch technisch-gewerblichen Produkte kam es zu sechs schweren Vergiftungen. Die Hälfte dieser schweren Fälle war beruflich bedingt. Einmal durch okuläre Flusssäure-Exposition mit grossflächiger Hornhautulzeration, einmal durch Inhalation von Ammoniumbifluorid und Schwefelsäure mit progredienter Dyspnoe bei Lungenödem und einmal durch Injektion von Hydraulikflüssigkeit unter hohem Druck in die Hand, welche zu einer ausgeprägten Nekrose und dem Auftreten eines Kompartmentsyndroms führte. Die Schwere der Verletzungen bei diesen Hochdruckeinspritz-Unfällen wird initial oft unterschätzt [4]. Bei drei Fällen kam es nach Einnahme ätzender Flüssigkeiten zu einem Epiglottisödem und Verätzungen im Gastrointestinaltrakt. In einem der Fälle nahm ein Kleinkind ein als ätzend gekennzeichnetes Desinfektionsmittel ein, bei

den zwei anderen Fällen wurde in suizidaler Absicht hochkonzentrierte Essigsäure respektive Ammoniakwasser eingenommen.

Stoffe in Landwirtschaft und Gartenbau: Mit Stoffen in Landwirtschaft und Gartenbau ereignete sich eine schwere Intoxikation. Nach suizidaler, wahrscheinlich wiederholter Einnahme eines unbekanntes Rodentizides kam es zu schweren Gerinnungsstörungen (INR >5,39, Quick <10%, starke Erniedrigung der Faktoren II, VII und X) mit Blutungen. Die meisten Rodentizide enthalten heute Coumarinderivate, welche als Vitamin-K-Antagonisten wirken.

Giftige Tiere: 2019 kam es zu drei schweren Intoxikationen durch Gifttiere. Bei zwei Fällen nach Bissen durch eine Giftschlange trat eine sehr starke Schwellung des Armes auf. Der eine Patient wurde durch eine einheimische Kreuzotter (*Vipera berus*), der andere durch eine gehaltene Europäische Hornotter (*Vipera ammodytes*) gebissen. Weitere Informationen zu Vergiftungen durch Schlangen finden sich in der Antidotliste [5].

Im dritten schweren Fall kam es im Rahmen eines Kambo-Rituals [6] zu einer schweren Rhabdomyolyse und wiederholten epileptischen Krampfanfällen. Beim Kambo-Ritual, als Heilmittel gegen diverse Krankheiten angepriesen, wird das Sekret des Kambo-Frosches (*Phylomedusa bicolor*) in kleine Hautwunden eingerieben. Das Sekret dieses Frosches enthält verschiedenste Substanzen, unter anderem Opioidpeptide, Dermorphin, vasoaktive Moleküle und antimikrobielle Substanzen.

Pilze: 2019 kam es zu vier schweren Pilzvergiftungen, alle bei Erwachsenen. Drei der Fälle wurden durch Einnahme von amatoxinhaltigen Pilzen verursacht, in allen Fällen kam es zu einem Leberversagen mit stark erhöhten Transaminasen. In einem Fall kam es nach einer Pilzmahlzeit zu einem Pantherinasyndrom mit Koma und Halluzinationen. Dieses Syndrom kann zum Beispiel durch Fliegenpilze (*Amanita muscaria*) oder Pantherpilze (*Amanita pantherina*) ausgelöst werden. Im vorliegenden Fall konnte die verursachende Pilzart nachträglich nicht mehr genau identifiziert werden. Bei allen schweren und den meisten mittelschweren Pilzvergiftungen waren die Pilze selbstgesammelt und nicht kontrolliert. Bei mehreren Fällen waren zwei bis vier Personen durch dieselbe Mahlzeit betroffen.

Andere Noxen: Bei einem Patienten kam es durch eine defekte Heizungsanlage zu einer schweren Kohlenmonoxidvergiftung mit einem COHb von 70%. Dank rascher Therapie mit 100% Sauerstoff kam es lediglich zu Kopfschmerzen und Übelkeit.

Verdankung

Wir danken Stefan Weiler für die Mitarbeit an einer früheren Version des Artikels.

Bildnachweis

Tibor Đuriš | Dreamstime.com

Weitere Informationen

Tox Info Suisse Jahresbericht 2019, https://www.toxinfo.ch/customer/files/835/9200971_Tox_JB-2019_DE_72dpi.pdf, und Tox Info Suisse Jahresbericht 2019 Anhang, <https://www.toxinfo.ch/customer/files/835/2019-Anhang-JB.pdf>

Anmerkungen und Literatur

- 1 Der Schweregradbewertung durch Tox Info Suisse liegt der Poisoning Severity Score zugrunde (Persson HE, et al. Clin Toxicol. 1998;36:205–13). Er beruht auf der Bewertung von Einzelsymptomen und -befunden nach festen Kriterien. Eine Vergiftung ist demnach leicht, wenn Symptome auftreten, die wenig beeinträchtigend sind und in der Regel spontan wieder verschwinden. Eine mittelschwere Intoxikation liegt dann vor, wenn behandlungswürdige und länger anhaltende Symptome vorhanden sind. Schwere Symptome sind ausnahmslos immer behandlungswürdig, lebensbedrohlich und/oder führen zu bleibenden Beeinträchtigungen.
- 2 160 Fälle mit Humanarzneimitteln, ein Fall mit einem Veterinärarzneimittel.
- 3 Hofer KE, Kupferschmidt H, Rauber-Lüthy C. Ocular injuries from head lice shampoos containing a mixture of mineral oil and detergents: a consecutive case series. Clin Toxicol. 2018;56(6):562.
- 4 Rosenwasser MP, Wei DH. High-pressure injection injuries to the hand. J Am Acad Orthop Surg. 2014;22(1):38–45.
- 5 www.antidota.ch.
- 6 Silva FVAD, Monteiro WM, Bernarde PS. «Kambo» frog (*Phylomedusa bicolor*): use in folk medicine and potential health risks. Rev Soc Bras Med Trop. 2019;52:e20180467.

Das Wichtigste in Kürze

- Tox Info Suisse führte 2019 insgesamt 39 217 Beratungen durch, 36 340 zu Giftexpositionen und 2 869 theoretischer Natur.
- 17 719 der Giftexpositionen betrafen Kinder, 81% davon waren jünger als 5 Jahre.
- 70% aller Vergiftungen geschahen mit Medikamenten, Haushaltsprodukten oder Pflanzen (Tab. 1).
- Knapp 83% der Vergiftungsfälle waren akzidentell bedingt, knapp 15% waren beabsichtigt.
- Fünf der sieben Todesfälle beruhten auf Medikamentenvergiftungen, eine Vergiftung war durch ein Herbizid und eine durch ein Körperpflegemittel verursacht (Tab. 2).
- Von den schweren Fällen waren 71% durch Medikamente, 14% durch Genussmittel und Drogen und 5% durch Haushaltsprodukte verursacht.

L'essentiel en bref

- Tox Info Suisse a réalisé un total de 39 217 consultations en 2019, 36 340 sur des expositions au poison et 2 869 de nature préventive.
- 17 719 des expositions au poison concernaient des enfants, dont 81% avaient moins de 5 ans.
- 70% des empoisonnements ont eu lieu avec des médicaments, des produits ménagers ou des plantes (tab. 1).
- Près de 83% des cas d'empoisonnement étaient accidentels, près de 15% intentionnels.
- Cinq des sept décès étaient dus à une intoxication médicamenteuse, un empoisonnement a été causé par un herbicide et un par un produit d'hygiène corporelle (tab. 2).
- Parmi les cas graves, 71% ont été causés par des médicaments, 14% par des stimulants et des drogues et 5% par des produits ménagers.

Briefe an die SÄZ

Zur ärztlichen Verantwortung und der Freiheit, sich nicht zu impfen

Brief zu: Krause M, Siroka J. Zur Freiheit, sich nicht zu impfen (mit Replik). Schweiz Ärztztg. 2021;102(42):1364–5.

Scheuring M, Widler J. Ärztliche Verantwortung (mit Replik). Schweiz Ärztztg. 2021;102(42):1365.

In meiner 35-jährigen Tätigkeit als Hausarzt habe ich die mit den Patientinnen und Patienten geteilte Verantwortung immer hochgehalten. Als der Begriff «Shared decision-making» aufkam, habe ich mich gefreut, die Patientinnen und Patienten mit ihren Vorlieben und Bedürfnissen noch bewusster in diagnostische und therapeutische Entscheide einzubeziehen. Wenn ich noch praktizierte, würde ich das auch weiter tun.

Aber: Die SARS-Cov-2-Pandemie ist keine individuelle Krankheit. Sie betrifft die ganze Gesellschaft, die ganze Menschheit. Im Gegensatz zu persönlichen Entscheiden des einzelnen an Covid-19 Erkrankten sind zur Therapie der Pandemie nicht individuelle Vorlieben gefragt. Zu dieser Therapie brauchen wir die Mittel von Public Health: Social Distancing, Lockdown mit geschlossenen Schulen und Stillstand des kulturellen Lebens, Einkaufen für die alten Nachbarn, Home-Office, Maskentragen, Testen von unzähligen Gesunden, Quarantäne für gesunde Kontaktpersonen von Kranken. Wir haben dies alle praktiziert und tun es zum Teil auch heute noch. Seit einem Dreiviertel Jahr gehört jetzt eben auch Impfen dazu. Der oder die Einzelne mag es halten, wie er oder sie es will, aber die Gemeinschaft braucht eine hohe Impfquote. In dieser Polarität leben wir heute. Anders kommen wir nur unter grossen Opfern aus dem Teufelskreis. Unsere Patientinnen und Patienten, unsere Mitmenschen zu überzeugen, ihnen die Angst vor der Impfung zu nehmen, ist unsere aktuelle wichtige und oft mühsame Aufgabe.

Dr. med. Urs Glenck, Ebertswil

Oser plus de considérations philosophiques

Comme l'un de nos confrères le proposait dans un numéro récent de ce bulletin, il faudrait davantage permettre à la médecine de se plonger aussi dans des considérations de type philosophiques. Ce qui semblait d'ailleurs une attitude envisagée par Hippocrate lui-même. Par ailleurs, en ces temps de mathématisation croissante de la science médicale et des phénomènes de société, les courbes, les statistiques et les modélisations, auxquelles je m'intéresse avec enthousiasme en compagnie d'un jeune mathématicien depuis un an, pourraient de plus en plus remplacer l'observation et la description. Cela n'est cependant pas forcément souhaitable.

Tentons donc de nous réinterroger sur la définition de maladie. Historiquement définie comme une perturbation de l'état d'équilibre qu'est la santé, cela nous enjoint à nous demander ce qu'est la santé. Ainsi, proposai-je comme piste de distinguer la santé perçue et la santé vérifiée. Une anecdote personnelle me conduit à cette distinction: si l'appendicite peut exiger une intervention chirurgicale immédiate, elle peut n'être perçue que comme une légère gêne – comme ce fut mon cas il y a de cela de nombreuses années. Ainsi, le médecin vérifie un état de mauvaise santé sur un patient qui ne le perçoit pas. De même, à l'heure du dépistage massif du SARS-Cov-2, notons que le résultat positif d'un test ne dis-

tingue pas un patient asymptomatique d'un patient atteint d'une forme lourde de la maladie Covid-19. Plus généralement, les améliorations technologiques creusent cette distinction entre maladie perçue (par le patient) et maladie vérifiée (par le médecin).

Puisque nous évoquons la santé, attardons-nous sur son antagoniste: la mort. Il est intéressant de noter l'opposition entre la destruction d'un virus et la mort de son hôte. En effet, les successives variantes d'un virus peuvent être vues comme une succession d'auto-modifications qui se succèdent par rapport à la forme originale de ce même virus. Comprenons cela en analogie à l'attitude décrite dans le cadre cellulaire comme apoptose, c'est-à-dire comme une tentative intrinsèque au virus de s'auto-modifier, voire de s'auto-éliminer. Ainsi, chaque vague successive de variants annulerait la force de frappe du variant précédent.

Philosophiquement, je perçois une attitude de «sympathie» envers les prises de position de la pensée «existentialiste» préconisant l'idée maîtresse que les humains seraient eux-mêmes à gérer par leur présence dans le temps et l'espace, au lieu de le subir, étant en tout cas obligés de voir leur propre mort en tant que «finalité» première, comme l'inévitable résultat de leur destinée intrinsèque, ou comme celle de devoir subir le normal passage du temps.

Dr Georges Abraham, psychanalyste et sexologue, Genève

Briefe

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

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

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

Mitteilungen

Facharztprüfung

Facharztprüfung zur Erlangung des Facharztstitels für Physikalische Medizin und Rehabilitation

Datum: Freitag, 27. Mai 2022

Ort: AKAD Bern
Effingerstrasse 31
3008 Bern

Der Ort der Prüfung kann noch geändert werden, wenn dies die Anzahl der Kandidaten und andere organisatorische Erfordernisse nötig machen. Der definitive Ort und der genaue Zeitplan werden den angemeldeten und zugelassenen Prüfungs-Kandidatinnen/Kandidaten zu einem späteren Zeitpunkt mitgeteilt.

Anmeldefrist: 15. Februar 2022

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

Medizinische Über- und Fehlversorgung: Neues Förderinstrument für Forschungsprojekte

Der Verein «smarter medicine – Choosing Wisely Switzerland» hat ein eigenes Förderinstrument für Forschungsprojekte geschaffen, um damit Studien zu fördern, welche das Problem unnötiger medizinischer Behandlungen untersuchen und Lösungswege aufzeigen.

Auswahlverfahren

Eine Jury des Trägervereins smarter medicine – Choosing Wisely Switzerland prüft und beurteilt die Gesuche von Antragsstellenden via eine Gesamtevaluation. Der Vorstand beschliesst über die Vergabe der Forschungsförderung von smarter medicine – Choosing Wisely Switzerland. Die folgenden Kriterien werden dabei berücksichtigt:

- Relevanz: Fördert das Projekt neue Erkenntnisse hinsichtlich smarter medicine/optimale Patientenbetreuung? Bietet es Lösungen/konkrete Zahlen/Resultate? Bietet es einen Mehrwert für smarter medicine?
- Methodik/Qualität: Ist es repräsentativ? Sind die Methoden fachlich einwandfrei?
- Originalität: Ist das Projekt originell und innovativ bzw. von sozioökonomischer Bedeutung?

- Machbarkeit: Ist das Projekt in finanzieller, personeller und organisatorischer Hinsicht realisierbar?
- Kosten: Ist es finanzierbar, ohne dass eigene Projekte leiden/zurückgestellt werden müssen?

Beitragshöhe, -dauer sowie -kontext

Die Unterstützung gilt grundsätzlich einmalig, kann allerdings verlängert werden. Der Beitrag der Unterstützung beläuft sich für alle zu unterstützenden Projekte im Jahr 2021 maximal auf gesamthaft CHF 30 000. Es können nur Projekte und Studien in der Schweiz berücksichtigt werden. Bitte beachten Sie die Frist, welche Sie auf der Website finden. Gesuchstellende dürfen pro Stichtag höchstens ein Gesuch einreichen.

Gesuchseinreichung

Die Beitragsgesuche müssen elektronisch via [smartermedicine\[at\]sgaim.ch](mailto:smartermedicine[at]sgaim.ch) beim Trägerverein eingereicht werden. Gesuche um Studienförderung sind vollständig einzureichen und haben alle erforderlichen Angaben und Unterlagen zu enthalten. Die Kosten müssen im Gesuch beantragt und beziffert werden.

Frist: Mittwoch, 8. Dezember 2021, 23.59 Uhr (MEZ)

Kontakt: Rückfragen können an [smartermedicine\[at\]sgaim.ch](mailto:smartermedicine[at]sgaim.ch) gerichtet werden.

Aktuelle Themen auf unserer Website

www.saez.ch → Tour d'horizon



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

Kompetenz in allen Bereichen

Welche grundlegenden Änderungen braucht es, um die Arbeitsqualität der Ärzteschaft auch künftig auf hohem Niveau zu halten? Monika Brodmann Maeder erläutert, wie das SIWF diese Herausforderungen meistern will.



Interview mit Aurélie Zimmerli, Preisträgerin Best Case Report

«Eine wunderbare Belohnung»

Die junge Assistenzärztin untersuchte die Verwendung von Rekonvaleszenzplasma bei immunsupprimierten Personen mit SARS-CoV-2. Dafür erhielt sie den Best Case Report, gesponsert vom Schweizerischen Ärzteverlag EMH.



Basel, den 12. Oktober 2021

Chargenrückruf von Clozapin-Mepha[®] (Zulassungsnummer 66937)

Clozapin-Mepha[®] Tabletten, 25 mg, OP 50, Charge M2017182
Clozapin-Mepha[®] Tabletten, 200 mg, OP 50, Charge M2014600

In Absprache mit Swissmedic möchten wir Sie über einen vorsorglichen Rückruf von Clozapin-Mepha[®] Tabletten, 25 mg, OP 50, Charge M2017182, und Clozapin-Mepha[®] Tabletten 200 mg, OP 50, Charge M2014600, bis auf Stufe Detailhandel (Apotheken, Ärzte und Spitäler) in der Schweiz und im Fürstentum Liechtenstein informieren.

Grund für den Rückruf

Der Rückruf erfolgt aufgrund von vereinzelt fehlenden Etiketten (siehe Abbildung) auf der Faltschachtel mit dem Hinweis, dass der Apotheker Clozapin-Mepha[®] nur gegen **Rezept mit Vermerk «BBK sic!»** (Blutbildkontrolle wird durchgeführt) abgeben darf. Das Medikament selbst weist keinen Qualitätsmangel auf.

Bitte kontrollieren Sie deshalb, ob auf den Faltschachteln der unten aufgeführten Chargen diese zusätzliche Etikette vorhanden ist. Vom Rückruf betroffen sind ausschliesslich Clozapin-Mepha[®] Packungen **ohne** die rechts abgebildete Etikette.

Bitte überprüfen Sie Ihre Bestände und senden uns die betroffenen **Packungen mit fehlender Etikette** von **Clozapin-Mepha[®] Tabletten, 25 mg, OP 50, Charge M2017182**, und **Clozapin-Mepha[®] Tabletten, 200 mg, OP 50, Charge M2014600**, auf dem **umgekehrten Lieferweg** zurück.

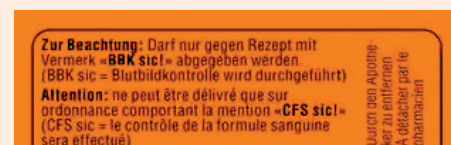
Falls Sie die Ware beim Grossisten bestellt haben, bitten wir Sie, diese an den Grossisten zurückzusenden.

Selbstverständlich werden Sie für die retournierte Ware eine Gutschrift erhalten.

Meldungen unerwünschter Arzneimittelwirkungen (UAW)

Für Meldungen über unerwünschte Arzneimittelwirkungen (UAW) empfiehlt Swissmedic, das dafür entwickelte Meldeportal zu verwenden. Mit dem sogenannten Electronic Vigilance System (EIViS) können UAW direkt oder durch Hochladen einer XML-Datei erfasst werden. Alle erforderlichen Informationen sind zu finden unter www.swissmedic.ch

Wir bedauern die Unannehmlichkeiten, die Ihnen der Rückruf verursacht, und danken für Ihr Verständnis und Ihre Mithilfe.



Für weitere Fragen stehen wir Ihnen unter der Telefonnummer 0800 00 33 88 oder der E-Mail-Adresse info@mepha.ch gerne zur Verfügung.

Präparat	Chargen-Nr.	Verfalldatum	Pharmacode
Clozapin-Mepha [®] , 25 mg, OP 50	M2017182	09.2023	7653260
Clozapin-Mepha [®] , 200 mg, OP 50	M2014600	07.2023	7653283

Mepha Pharma AG
 Kirschgartenstrasse 14
 Postfach, 4010 Basel
 Telefon +41 61 705 43 43, Telefax +41 61 705 46 27
info@mepha.ch, www.mepha.ch



Cyber
| Einfach
geschützt vor
Cyberattacken

Sonderkon-
ditionen für
Mitglieder von
FMH Services

Schützen Sie sich und Ihre Praxis
**Umfassende Cyberversicherung für
Ärztinnen und Ärzte**

- Soforthilfe nach Cyberattacken
- Versicherung bei Datenschutzverletzung
- Prämien sparen dank exklusiven Rahmenvertragskonditionen

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 Varianten des Coronavirus noch gezielter verfolgen

Redaktion der *Schweizerischen Ärztezeitung*

Im Kampf gegen das Coronavirus richtet die Schweiz eine Überwachungsplattform ein, um neue Virusvarianten zu verfolgen. Die «Swiss Pathogen Surveillance Plattform» erfasst die national gesammelten genetischen Sequenzen von COVID-19 zentral und gibt den Behörden einen Überblick über die Verteilung der Varianten im Land. Die Daten fließen auch in internationale Datenbanken ein, die für die Erforschung des Virus genutzt werden.

Alpha, Delta und vielleicht bald Mu: Die Schweiz verfolgt das Entstehen neuer Varianten des Coronavirus und deren Übertragungsketten. Durch die Sequenzierung des Virusgenoms ist es heute möglich, die betreffende Variante und ihr vollständiges genetisches Profil anhand eines positiven PCR-Tests zu bestimmen. Bis August 2021 wurden mehr als 5600 Sequenzen von

einem Dutzend akademischer und privater Labors in der ganzen Schweiz analysiert. Diese Daten sind jedoch nur dann von Nutzen, wenn sie schnell miteinander verknüpft werden können.

Um diesem Koordinationsbedarf gerecht zu werden, wurde eine nationale Überwachungsinfrastruktur geschaffen, die vom Schweizerischen Institut für

Bioinformatik (SIB) co-geleitet wird, wie kürzlich in einer Pressemitteilung bekanntgegeben wurde. Die Swiss Pathogen Surveillance Platform (SPSP) zentralisiert, harmonisiert und kommentiert die genomischen SARS-CoV-2-Sequenzen aus den Schweizer Labors sowie die dazugehörigen Daten (Datum des PCR-Tests, Entnahmemethode, Grund für die Sequenzierung, verwendetes Gerät, Ort des Tests, Geschlecht und Alter der getesteten Person). Dieses neue Instrument unterstützt die nationale genomische Überwachungsstrategie unter der Leitung des Nationalen Referenzzentrums für neu auftretende Virusinfektionen (CRIVE) und des Bundesamts für Gesundheit (BAG) und bietet den Behörden einen umfassenden und automatisierten Überblick über die Sequenzierung in der Schweiz.

Überwachung der Epidemie in Echtzeit

Dreimal wöchentlich sendet die Plattform ihren genomischen Überwachungsbericht an das BAG, das ihn in seine Statistiken integriert. Die Informationen werden mit den Patientendaten abgeglichen, die über Krankenhausaufenthalte, Impfungen, Symptome zum Zeitpunkt der Untersuchung usw. vorhanden sind. Mit dieser Strategie lässt sich feststellen, ob eine der beobachteten Mutationen mit einer höheren Pathogenität oder einer Impfstoffresistenz verbunden sein könnte. Aitana Lebrand, Team Lead Data Science am SIB und verantwortlich für die Plattform, erklärt: «Die

Dreimal wöchentlich sendet die Plattform den genomischen Überwachungsbericht ans BAG, das ihn in seine Statistiken integriert.

bisher eingegangenen Sequenzen stammen aus fast allen Schweizer Kantonen: Das ist eine hervorragende Nachricht. Das bedeutet, dass neue Varianten kaum eine Chance haben, unentdeckt zu bleiben.» Die Plattform hilft zudem, wertvolle Zeit zu sparen. Das BAG erhält nicht mehr von jedem Labor Berichte in unterschiedlichen Formaten, sondern nur noch die Daten über die neue Plattform. Diese Zeitersparnis ermöglicht «einen höheren Detaillierungsgrad bei der Analyse von Sequenzierungsdaten. Dies ermöglicht es uns, unsere Bemühungen auf die Anpassung der öffentlichen Gesundheitspolitik zu konzentrieren», wird Mirjam Mäusezahl, Co-Direktorin der Sektion Epidemiologie des BAG, in der Pressemitteilung zitiert.

Ein Schub für die internationale Forschung

Die neue Plattform, die vom Staatssekretariat für Bildung, Forschung und Innovation (SBFI) finanziert

Über die Schweizerische Überwachungsplattform für Krankheitserreger

Diese kollaborative Plattform folgt dem One-Health-Ansatz, das heisst, sie ist multidisziplinär und zielt unter anderem darauf ab, die Ergebnisse im Bereich der menschlichen Gesundheit zu optimieren. Die Plattform wird vom SIB in Zusammenarbeit mit den Universitätsspitalern Basel, Lausanne und Genf sowie den Universitäten Bern und Zürich betrieben. Sie wird auf der sicheren IT-Infrastruktur des SIB gehostet und entspricht den Datensicherheitsstandards des Swiss Personalised Health Network. Das SIB ist eine international anerkannte Non-Profit-Organisation, die sich auf biologische und biomedizinische Datenwissenschaften spezialisiert hat. Es vereint die Schweizer Bioinformatik-Community von rund 800 Forschenden und fördert die Zusammenarbeit und den Wissensaustausch.

wird, überträgt auch vollständig anonymisierte Virussequenzen an Plattformen für Open Science wie das europäische COVID-19-Portal, um die internationale Forschung zu fördern. Dank des Datenaustauschs ist die Schweiz heute nach dem Vereinigten Königreich, den USA und Deutschland einer der grössten Lieferanten von SARS-CoV-2-Sequenzen weltweit. Die öffentlich zugänglichen Datenbanken sind von entscheidender Bedeutung für die Untersuchung und das Verständnis der Bedeutung der beobachteten Variationen auf die Pathogenität des Virus, seine Interaktionen mit Wirtszellen zum Zeitpunkt der Infektion und für die Entwicklung von Impfstoffen und Behandlungen. Für Christian Lovis, Direktor Medical Information Sciences am Universitätsspital Genf (HUG), «ist diese Initiative lobenswert und wird sicherlich nützlich sein, um sie in Zukunft auf andere Infektionserreger auszuweiten». Die Aufgabe der SIB-Plattform bestand ursprünglich darin, Fachleute zu unterstützen, das Auftreten und die Ausbreitung von Krankheitserregern rasch zu erkennen und frühzeitig Massnahmen zu ergreifen. Das Ziel war von Anfang an, Übertragungen einzudämmen, indem Erreger nahezu in Echtzeit verfolgt werden. Vor COVID-19 waren multiresistente Bakterien im Fokus. «Die Möglichkeit, SPSP langfristig zu nutzen, um genomische (Meta-)Daten über neu auftretende Bakterien oder Viren in der Schweiz mit epidemiologischen Daten zu verknüpfen, ist vielversprechend, um eine beispielhafte Reaktionsfähigkeit der Schweiz im Bereich der öffentlichen Gesundheit zu gewährleisten», so Mirjam Mäusezahl in der Mitteilung.

Quelle

SIB-Pressemitteilung. Die Schweiz richtet eine nationale Infrastruktur zur Verfolgung von COVID-19 und seinen Varianten ein. 13. Oktober 2021.

Bildnachweis

KOBU Agency / Unsplash



Mit der Raketenimpfung gegen das Coronavirus

Eva Mell

Managing Editor der *Schweizerischen Ärztezeitung*

Das Basler Start-up Rocketvax entwickelt einen neuartigen Impfstoff, der das Pandemiegeschehen verändern soll. Wie der Gründer Vladimir Cmiljanovic dem Immunsystem das vollständige Virus präsentieren will – und was Christoph Berger, Präsident der Eidgenössischen Kommission für Impffragen, von der Idee hält.

Vladimir Cmiljanovic will ein Pionier sein. Er ist überzeugt, dass er mit einer kühnen Idee einen Volltreffer landen kann: Der ehemalige Profihandballer und doktorige Chemiker aus Basel entwickelt einen neuartigen Impfstoff gegen das Coronavirus SARS-CoV-2. Das Vakzin soll einen möglichst lange anhaltenden Schutz bieten, wie er im Gespräch sagt. Vielleicht sogar lebens-

lang? Auf solch eine optimistische Prognose will sich Vladimir Cmiljanovic nicht festlegen. Das Ziel ist aber, dass die Bevölkerung nicht mehr regelmässig über Auffrischungsimpfungen nachdenken muss. Das Start-up, mit dem er das Pandemiegeschehen von der Schweiz aus verändern will, trägt den Namen Rocketvax, «Raketenimpfung». Vladimir Cmiljanovic will durchstarten.

Kooperationen und finanzielle Hilfen

Abgehoben hat seine Rakete noch nicht, das Projekt befindet sich derzeit in der präklinischen Phase. Aber der Wahlschweizer konnte bereits einige Kooperationspartner überzeugen. Dazu gehören im Rahmen von Forschungsk Kooperationen das Universitätsspital und die Universität Basel sowie das Schweizerische Tropen- und Public Health-Institut in Basel. Der Kanton Basel-Stadt unterstützt Rocketvax mit derzeit einer Million Franken finanziell.

In einem kantonalen Gebäude neben dem Basler Münster sitzen die Impfstoffentwickler im Erdgeschoss. Über ihnen residiert die reformierte Kirche. Vladimir Cmiljanovic legt die Hände wie im Gebet zusammen, schaut nach oben und sagt augenzwinkernd: «Vielleicht hilft uns das ja.»

«Da das Virus mutiert, brauchen wir einen komplexeren Impfstoff als diejenigen, die es bereits gibt.»

Wobei eigentlich? Bei der Entwicklung eines Impfstoffs, der auf mehr setzen will als auf das Spikeprotein. Die bisherigen Impfstoffe präsentieren dem Immunsystem nur dieses Protein, gegen das der Körper nach der Impfung Antikörper bildet. Doch auf der Oberfläche des Coronavirus befinden sich noch weitere Proteine. «Da das Virus mutiert, brauchen wir einen komplexeren Impfstoff als diejenigen, die es bereits gibt», sagt Vladimir Cmiljanovic. Er will den Impfstoff der zweiten Generation entwickeln, der trotz Virusmutationen zuverlässigen Schutz bietet.

Ein kastriertes Virus

Seine Vorbilder sind die Vakzine gegen Masern, Polio und Gelbfieber. Bei diesen Impfungen wird das Immunsystem jeweils mit dem vollständigen Virus konfrontiert. Das will Vladimir Cmiljanovic auch bei der Impfung gegen SARS-CoV-2 erreichen. Die Kerntechnologie in Form von synthetischer DNA, die dem Impfstoffansatz teilweise zugrunde liegt, wird von dem ETH-Spin-off Gigabases Switzerland AG bereitgestellt. Das Team entfernt schliesslich die Replikationsproteine des Virus. «So haben wir ein kastriertes Virus, das sich nicht vermehren kann», sagt der Chemiker und Unternehmer.

Vladimir Cmiljanovic ist überzeugt von den Vorteilen, die sein Impfstoff bieten werde. Dazu gehört neben

einer möglicherweise besonders guten Immunreaktion auch die unkomplizierte Lagerung des Vakzins, der nicht stark gekühlt werden müsse.

Noch hat die Phase-1-Studie nicht begonnen. Trotzdem: Wenn Vladimir Cmiljanovic von seinem Projekt erzählt, ist Aufbruchsstimmung zu hören und Hoffnung, die bald einer Gewissheit weichen soll. Aber ist das Raketenvakzin tatsächlich so vielversprechend?

Harter Weg zum Erfolg

Das Start-up verfolge ein interessantes Konzept, bestätigt Christoph Berger, Präsident der Eidgenössischen Kommission für Impffragen. «Das Vakzin ähnelt einem Lebendimpfstoff, kann sich aber nicht vermehren. Rocketvax hat das wirklich clever gemacht.» Der Impfstoff ähnelt dem natürlichen Virus stärker als die bisherigen Vakzine. «Das kann ein Vorteil sein, es kann aber auch Nachteile mit sich bringen», sagt Christoph Berger. Da Rocketvax das Immunsystem nicht nur mit dem Spikeprotein konfrontiere, werde der Impfstoff wahrscheinlich weniger Spikeproteine enthalten als die bisherigen. Das könnte zu geringeren Impf-Nebenwirkungen führen. «Aber gibt es dann eine genügend starke Reaktion des Immunsystems gegen das Spikeprotein?», gibt Berger zu bedenken. «Und könnte es nach der Impfung unangenehme Folgeerscheinungen geben, die durch andere Proteine des Virus ausgelöst werden? Wir wissen es nicht.»

«Könnte es nach der Impfung Folgeerscheinungen geben, die durch andere Proteine des Virus ausgelöst werden? Wir wissen es nicht.»

Viele Fragen seien noch offen, denn bisher wurden noch keine präklinischen Daten veröffentlicht. Die zugelassenen mRNA-Impfstoffe seien wirksam und sicher. Rocketvax müsse nun zeigen, dass der neue Impfstoff mindestens ebenso effektiv ist. «Der Ansatz ist innovativ», sagt Christoph Berger, aber der Weg zum Erfolg werde hart und steil.

Vladimir Cmiljanovic hat Kondition und Durchhaltevermögen. Das hat er schon in seiner Jugend als Profihandballer im Verein Bielefeld Jöllenbeck in Deutschland und beim RTV Basel gelernt. Jetzt braucht der Chemiker noch die passenden Forschungsergebnisse.

Bildnachweis

Hello I'm Nik / Unsplash



Initiative «Ja zum Schutz der Kinder und Jugendlichen vor Tabakwerbung» am 13. Februar 2022

Tabakprävention: Alibi-Regulierungen seit dreissig Jahren

Rainer M. Kaelin

Dr. med., Facharzt für Pneumologie und Innere Medizin, vormals Vizepräsident der Lungenliga Schweiz und der Lungenliga Waadt, Vizepräsident von OxyRomandie/OxySuisse; Mitglied der FMH

Das seit 2015 in Bearbeitung stehende Tabakproduktegesetz ist der letzte Akt der Mehrheitsparlamentarier für Prävention und Jugendschutz. Seit mehreren Jahrzehnten bestimmt die Tabakindustrie die Tabakprävention in unserem Land.

Der Bundesrat legte 2014 seinen Entwurf zum Tabakproduktegesetz vor, in dem Tabak- und Nikotinprodukte in einem eigenen Gesetz geregelt werden sollten. Der Bundesrat erklärte, mit seinem Entwurf die Jugend vor Werbung und Konsum schützen zu wollen. Das Gesetz sollte auch für die Tabakindustrie tragbar sein: Es erlaubte Ausnahmen für Werbung an Verkaufsstellen, auf tabakassoziierten Werbeträgern, sowie Sponsoring für nationale Anlässe; nikotinfreie E-Zigaretten sollten vom Gesetz ausgenommen werden [1]. Trotz der «moderaten Bestimmungen» gingen die Werbe-, Promotions- und Sponsoringverbote den Mehrheitsparlamentariern zu weit; sie wiesen den Entwurf zurück und beauftragten den Bundesrat mit der Unmöglichkeit, den Jugendschutz im Gesetz zu verankern, aber die Werbeeinschränkungen zu streichen! Die so modifizierte Vorlage war für Gesundheits- und Präventionsorganisationen unakzeptabel und mit der

Ratifizierung der WHO-Rahmenkonvention, die ein «umfassendes Verbot von Werbung, Verkaufsförderung im Internet und Sponsoring» gebietet, noch weniger vereinbar als der erste Vorschlag [2]. Nachdem Ständerat Dittli (FDP/UR), der seinerzeit die Rückweisung befürwortet hatte, in der Gesundheitskommission der kleinen Kammer für die Ratifizierung der WHO-Rahmenkonvention eintrat, erarbeitete das Parlament das vorliegende Tabakproduktegesetz, indirekter Gegenvorschlag zur Initiative «Ja zum Schutz der Kinder und Jugendlichen vor Tabakwerbung» (info@kinderohnetabac.ch). Es betrifft gleicherweise Tabak- und Nikotinprodukte, E-Zigaretten und geheizten Tabak und verbietet wie die bestehende «Selbstkontrolle» die an Jugendliche gerichtete Werbung in Zeitschriften. Sie erlaubt aber die wirksamste Promotion von Nikotin- und Tabakprodukten an Jugendliche, nämlich die Werbung und Promotion im Internet.

«Zwillingsinitiative» 1993

Schon die Zwillingsinitiative sollte Werbung für Tabak verbieten. Sie wurde unter massivem PR-Einsatz der «Alliierten» der Tabakindustrie, d.h. des Gewerbeverbandes, der Medienverbände und der Werbeindustrie, zu 75% der Stimmenden abgelehnt. Dem Volk wurde vorgegaukelt, es handle sich um ein Verbot der Werbung überhaupt, Werbung habe auf das «Gesellschaftsproblem Tabak» keinen Einfluss. Die Selbstkontrolle der Tabakindustrie durch die Lauterkeitskommission «verhindere» Werbung an Jugendliche. Wie die Archive der Tabakindustrie zeigen, war die Selbstkontrolle Teil der Strategie, gesetzliche Regelungen als unnötig darzustellen. Denn tatsächlich sieht die 2005 und 2018 revidierte Vereinbarung zwischen *Swiss Cigarette* und Werbeverband vor, von der Lauterkeitskommission bestätigte Beanstandungen nicht zu sanktionieren, sondern lediglich weiterzuleiten an ... *Swiss Cigarette* [3].

Die Passivrauchgesetzgebung

Die parlamentarische Initiative Professor Felix Gutzwillers «Schutz der Bevölkerung und der Wirtschaft vor Passivrauchen» führte nach einem Hindernislauf im Parlament 2008 zum Passivrauchschutzgesetz. Es enthält folgende Ausnahmen: Das Rauchverbot betrifft nur öffentliche Lokale von mehr als 80 m², kleinere Betriebe können selbst entscheiden, ob geraucht werden darf; Betreiber dürfen Fumoirs einrichten, die vom Personal bedient sein können; die Kantone sind ermächtigt, strengere Regelungen zu erlassen. Das Alibi-Gesetz hält keiner Kritik stand: Warum sollten die Gesetzgeber durch Lücken im Bundesgesetz die Kantone für bessere Regelungen anspornen? Wenn die Gesetz-

geber landesweit für den Gesundheitsschutz ein Rauchverbot im öffentlichen Raum erlassen, dann darf das Personal bestimmter Lokale nicht ausgenommen werden. Die Bedingung, dass die betroffenen Arbeitnehmenden sich im Arbeitsvertrag damit einverstanden erklären, ist ein Unding im Arbeitsrecht. Als das Gesetz verabschiedet wurde, waren mehrere Kantone daran, einen besseren Schutz ihrer Bevölkerung zu verankern, oder hatten dies bereits umgesetzt. Um ein griffiges, einheitliches Bundesgesetz zu erreichen, hatte die Lungenliga die Volksinitiative «Schutz der Bevölkerung vor Passivrauch» eingereicht, die 2012 zur Abstimmung kam; gemäss Meinungsumfrage waren 60% der Bevölkerung ihr günstig gesinnt. Die intensiv koordinierte PR-Aktion der gegnerischen «Allianz für eine mässige Prävention» in den Medien gegen die «Gesundheitstalibane» [4], von Politikern, Gewerbe-, Wirtschafts- und Werbeverbänden, sowie die Desinformation der von Philip Morris unterwanderten Gastro-suisse («Les Suisses ne veulent pas des restaurants sans fumée») [5] hatte Erfolg über die als «totales Rauchverbot» hingestellte Initiative. Das Schweigen der Ärzte-, Präventions- und Gesundheitsorganisationen in der öffentlichen Diskussion hatte das Seinige zu ihrem Scheitern beigetragen [6].

Das Tabakproduktegesetz von 2021

Tabelle 1 [7] zeigt auf, dass dieses Gesetz, entgegen der Behauptung von Regierung und Gesetzgebern, den Jugendschutz nicht fördert: Das Verbot von Kinowerbung und Plakaten besteht schon in vielen Kantonen. Das Sponsoring internationaler Anlässe ist seit Jahren frei von Tabakwerbung wegen der EU-Direktive über grenzüberschreitende Werbung. Das Verkaufsverbot an Minderjährige ohne umfassendes Werbeverbot

Tabelle 1: Vergleich: Volksinitiative – Tabakproduktegesetz – heutiges Recht.

Massnahme	Volksinitiative	TabPG	Geltendes Recht
Abgabe an unter 18-Jährige	verboten	verboten	kantonal geregelt
Werbung, die Kinder und Jugendliche erreicht	verboten	erlaubt	erlaubt
Plakatwerbung	verboten	verboten	kantonal geregelt
Kinowerbespots	verboten	verboten	kantonal geregelt
Printwerbung	teilweise verboten*	erlaubt	erlaubt
Internetwerbung	teilweise verboten*	erlaubt	erlaubt
Werbung auf Gebrauchsartikeln	verboten	teilweise verboten	erlaubt
Promotion (Verkaufsförderung)	teilweise verboten*	teilweise verboten	erlaubt
Sponsoring international	verboten	verboten	erlaubt (de facto verboten)
Sponsoring national	teilweise verboten*	erlaubt	erlaubt
Werbung an Verkaufsstellen	teilweise verboten*	erlaubt	erlaubt
E-Zigaretten/Produkte zum Erhitzen	kein Unterschied zu herkömmlichen Zigaretten (und allen Tabakprodukten)		keines oder kantonal geregelt

* Verbot gilt, wenn Minderjährige Zugang haben.

sabotiert den Schutz der Jugend, da es genau für dieses Publikum die Attraktivität der auf dem Internet beworbenen Produkte verstärkt.

So haben die Bundesparlamentarier sich erneut dem Diktat der Tabakindustrie gebeugt und den Gesundheitsschutz dem wirtschaftlichen Vorteil geopfert. Sie haben dabei auch die Kosten der auf der Nikotinsucht beruhenden Tabakepidemie ignoriert, die jährlich mehrere Milliarden Franken für die Behandlung der nichtübertragbaren Krankheiten betragen. Die seit 2005 bestehende Weigerung der Mehrheitsparlamentarier, die WHO-Tabakrahmenkonvention zu ratifizieren, ist Grund und Folge ihrer Haltung, die bei uns beheimatete multinationale Tabakindustrie zu fördern.

Die Abstimmungskampagne wird den politisch neutralen Gesundheitsstandpunkt einem sehr intensiven Gegenwind der Desinformation aussetzen.

Das Umfeld, in dem diese Initiative der Haus- und Kinderärzte zur Abstimmung kommt, ist vergleichbar mit dem der Passivrauchinitiative der Lungenliga vor zehn Jahren. Wiederum wurden in den vergangenen Jahren die Stimmbürgerinnen und Stimmbürger durch Medienbeiträge und Editorials, mit bezahlter, als redaktionelle Artikel getarnter Desinformation berieselt. Aus dem Prinzip der Wirtschaftsfreiheit wird die Freiheit für Suchtmittelwerbung abgeleitet; die Parole «legale Produkte dürfen legal beworben werden» unter schlägt, dass Werbung für Sucht erzeugende Mittel, selbst für nicht rezeptpflichtige, mit guten Gründen seit langem gemäss Heilmittelgesetz unzulässig ist; im Namen der «Schadensminderung durch Innovation» wird das Suchtpotenzial von Nikotin banalisiert, das unter Umgehung der Parlamentsdebatte durch die Hintertür eines formaljuristischen Gerichtsentscheidens legalisiert wurde. Das Promotionsargument, E-Zigaretten weniger strengen Regeln zu unterwerfen, weil sie süchtigen Rauchern helfen, sich von ihrer Abhängigkeit zu befreien, und so der öffentlichen Gesundheit nützen, ist hinfällig: Die Raucherquoten sind seit Einführung der E-Zigaretten 2005 nicht gesunken, und ihr Konsum hat sich wegen der freien Werbung

gerade bei den Jungen verbreitet, so dass ihre Nikotinabhängigkeit zum öffentlichen Gesundheitsproblem geworden ist.

Die Abstimmungskampagne zur Initiative «Ja zum Schutz der Kinder und Jugendlichen vor Tabakwerbung» wird den politisch neutralen Gesundheitsstandpunkt einem sehr intensiven Gegenwind der Desinformation aussetzen. Die Mitglieder der Allianz für ein starkes Tabakproduktegesetz sind aufgerufen, mit allen zur Verfügung stehenden Informationskanälen, Newslettern, Websites, sozialen Netzwerken etc. und in öffentlichen Auftritten ihre Angestellten, Mitglieder, Spender und alle Sympathisanten für ein JA zur Initiative zu motivieren. Um das Feld der öffentlichen Debatte nicht der Industrie, ihren Verbündeten und ihren politischen Lobbyisten zu überlassen.

Bildnachweis

Christefme | Dreamstime.com

Literatur

- 1 Kaelin RM. Unterwanderung des Jugendschutzes und Verletzung der WHO-Rahmenkonvention. Schweiz Ärztztg. 2014;95(37):1383–4.
- 2 Kaelin RM, Niedermann R. Zweiter Entwurf zum Tabakproduktegesetz: Mogelpackung! Schweiz Ärztztg. 2018;99(24):811–3.
- 3 Kaelin RM. Jugendschutz ohne Tabakwerbverbot? Schweiz Ärztztg. 2017;98(41):1347–9.
- 4 Patrick Lucca, Sprecher des Gewerbeverbandes, Gewerbezeitung vom 22.4.2008.
- 5 «Les Suisses ne veulent pas des restaurants sans fumée». Interview avec Florian Hew. Le Matin, 4.6.2006.
- 6 Kaelin RM. Schweigen zur Initiative «Schutz der Bevölkerung vor Passivrauch». Schweiz Ärztztg. 2015;96(19):700–2.
- 7 <https://www.at-schweiz.ch/news-medien/news?id=83&Keine-Ratifizierung-der-FCTC>

Das Wichtigste in Kürze

- Wirksame Tabakprävention wird seit bald 30 Jahren durch massiven Lobby- und PR-Aufwand abgewürgt und in tabakfreundliche Alibiregelungen verwandelt.
- Das bisherige Schweigen der Ärzte-, Präventions- und Gesundheitsorganisationen in der öffentlichen Diskussion trug das Seinige zum Scheitern wirksamer Prävention bei.
- Die Raucherquoten sind seit Einführung der E-Zigaretten 2005 nicht gesunken, und ihr Konsum hat sich wegen der freien Werbung gerade bei den Jungen verbreitet.
- Die Mitglieder der Allianz für ein starkes Tabakproduktegesetz sind aufgerufen, sich mit allen Mitteln für ein JA einzusetzen und die öffentliche Debatte nicht der Industrie, ihren Verbündeten und ihren politischen Lobbyisten zu überlassen.

Dr. Rainer M. Kaelin
Plantay 53
CH-1163 Ettoy VD
[palmier.kaelin\[at\]bluewin.ch](mailto:palmier.kaelin[at]bluewin.ch)

KSB-Brustzentrum: Cornelia Leo zur Professorin ernannt

Cornelia Leo, Leiterin des interdisziplinären Brustzentrums des Kantonsspitals Baden (KSB), ist von der Universität Zürich zur Titularprofessorin ernannt worden. Sie stiess im August 2014 vom Universitätsspital Zürich ans KSB. Zuvor war sie von 1999 bis 2007 an der Universitätsfrauenklinik in Leipzig tätig gewesen. 2008 erlangte sie an der Universität Leipzig die Lehrbefugnis für das Fach Gynäkologie und Geburtshilfe, zwei Jahre später auch an der Universität Zürich.

Die für ihre Forschungsarbeiten mehrfach ausgezeichnete Gynäkologin spezialisierte sich in den vergangenen fünfzehn Jahren auf den Fachbereich Senologie, also Erkrankungen der weiblichen Brust. Ihre medizinischen Kernaufgaben am KSB umfassen alle Aspekte der Behandlung und Betreuung von Frauen mit Brustkrebs.

In der Schweizerischen Gesellschaft für Senologie amtiert Cornelia Leo als zweite Vizepräsidentin, zudem ist sie unter anderem Mitglied des wissenschaftlichen Beirats der Schweizerischen Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe.



Cornelia Leo und Prof. Martin Heubner, Direktor des Departementes für Frauen und Kinder am KSB. (© KSB)

Haute Ecole de santé Vaud: nouveau directeur administratif

Pierre Zeender a été nommé au poste de directeur administratif de la Haute Ecole de santé Vaud (HESAV). Il prendra ses fonctions le 1^{er} octobre 2021. Titulaire d'un brevet fédéral de spécialiste en gestion du personnel, d'un CAS et un DAS en management, ressources humaines et carrière, Pierre Zeender est doté de plus de 30 ans d'expérience dans le management et l'administration, ainsi que

de connaissances approfondies du service public et du domaine académique. Il a notamment occupé le poste de chef du personnel à la Banque Cantonale Vaudoise, avant de rejoindre l'Université de Genève en tant que responsable des ressources humaines. En 2012, il est engagé comme chef des ressources humaines de la Ville de Nyon, puis devient en 2017 et jusqu'à 2021, chef de l'Office régional de placement de Lausanne.



Pierre Zeender (copyright PZE)

Spital Nidwalden: Steffi Leu-Hense neue Chefärztin der Frauenklinik

Dr. med. Steffi Leu-Hense wird neue Chefärztin der Frauenklinik am Spital Nidwalden. Sie folgt auf Chefarzt Dr. med. Thomas Prätz, der im März 2022 in die Pension

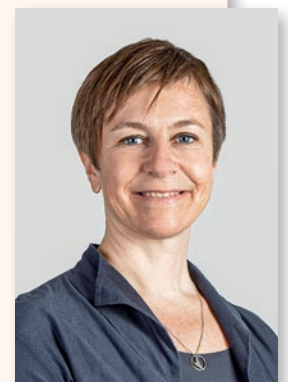
tritt. Sie ist die jetzige Chefärztin für Gynäkologie und Geburtshilfe am Kantonsspital Obwalden (KSOW). Dr. med. Steffi Leu-Hense ist eine ausgewiesene Fachexpertin im Bereich der Gynäkologie und Geburtshilfe. Ihre Assistenzzeit führte sie an die Kantonsspitäler Obwalden (KSOW), Uri (KSUri) und Baden (KSB). Seit 2013 war sie zunächst als Oberärztin, ab 2017 als Leitende Ärztin tätig und seit 2020 ist sie Chefärztin für Gynäkologie und Geburtshilfe am KSOW. Steffi Leu-Hense hat eine breite operative und geburtshilfliche Ausbildung und ist zusätzlich in der Kinder- und Jugendgynäkologie zertifiziert. Sie gilt als ausgezeichnete Laparoskopikerin (minimalinvasive Eingriffe), die ihren Schwerpunkt in der operativen Gynäkologie hat.



Dr. med. Steffi Leu-Hense (zVg)

Hirslanden: Dominique Kuhlen wird neue Chief Clinical Officer

Dr. med. Dominique Kuhlen übernimmt im zweiten Quartal 2022 die Position der Chief Clinical Officer der Hirslanden-Gruppe. Sie tritt damit die Nachfolge von Dr. med. Christian Westerhoff an, der der neugegründeten Hirslanden-Stiftung «Quality of Life» vorstehen wird. Dominique Kuhlen ist Fachärztin für Neurochirurgie FMH und Klinische Dozentin an der Università della Svizzera Italiana. Sie begann ihre Karriere 2004 am Spital Limmattal in Schlieren und wechselte ans Inselsspital Bern in die Neurochirurgische Klinik, wo sie bis 2008 arbeitete. Nach einer Station in der Neurochirurgischen Klinik des Universitätsspitals Basel wechselte sie nach München an die Klinik für Neurochirurgie des Universitätsklinikums rechts der Isar (TUM), wo sie als Oberärztin tätig war. 2013 trat sie ihre neue Stelle als Leitende Ärztin für Neurochirurgie am Ente Ospedaliero Cantonale in Lugano an, wo sie seit 2017 die Position der stellvertretenden Chefärztin innehat und seit Juli 2020 ad interim verantwortlich für die Neurochirurgische Klinik ist. Dominique Kuhlen ist im Vorstand der Schweizerischen Gesellschaft für Neurochirurgie sowie Mitglied der Europäischen Gesellschaft für Neurochirurgie.

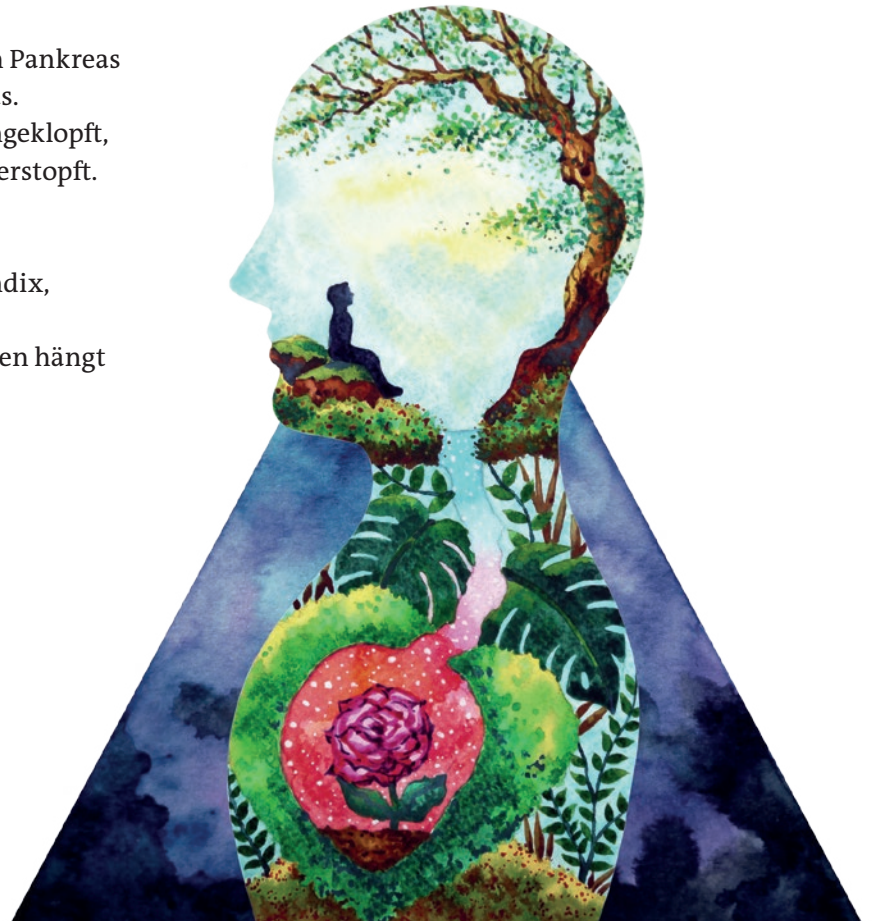


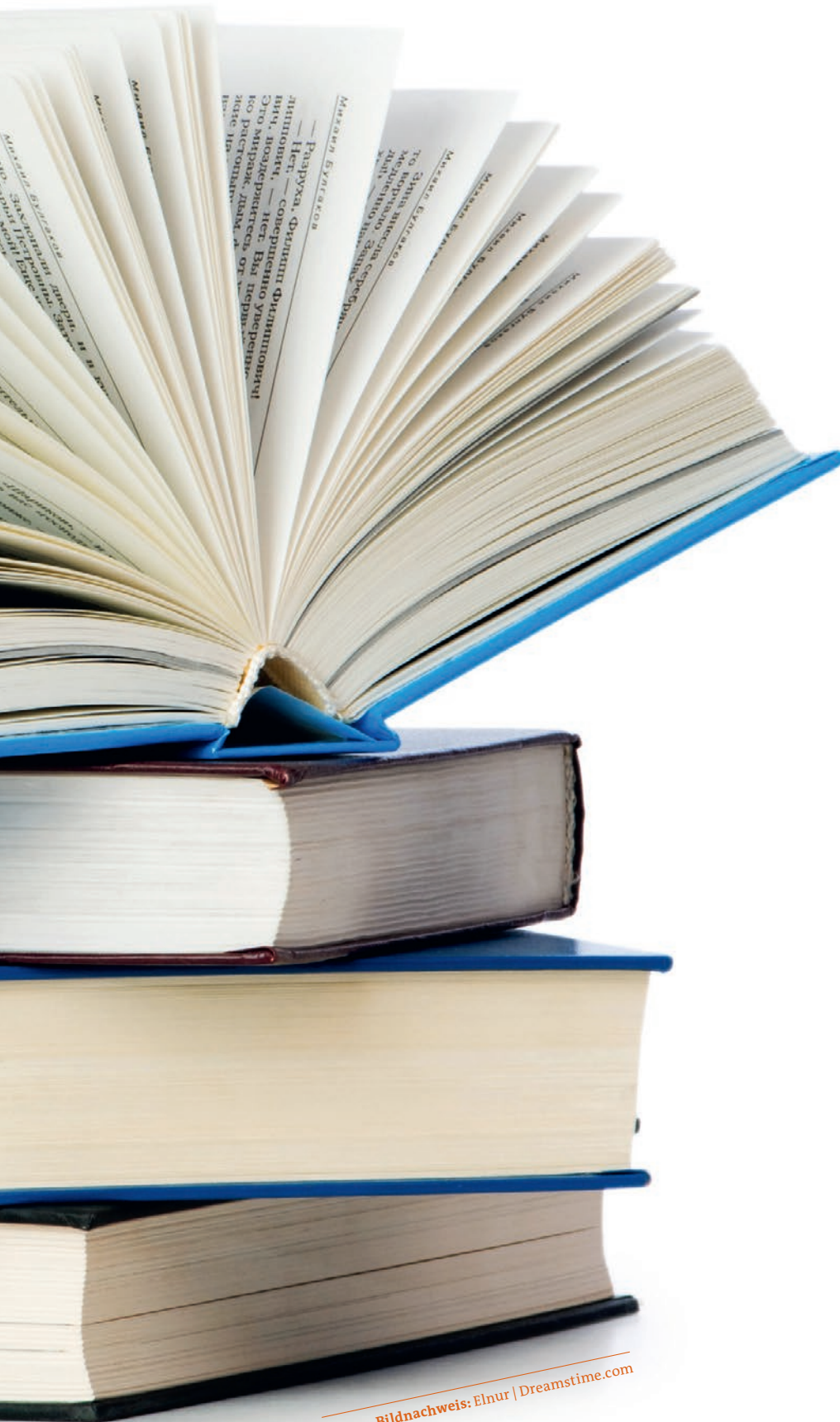
Dr. med. Dominique Kuhlen (zVg)

Reisen zu Coronazeiten

Wer heut' verreiste zu Coronazeiten,
Erlebte da gar arge Pleiten.
Quarantäne, Schnelltest und so weiter
Waren beim Reisen dein ständiger Begleiter.
Das kann's nicht sein, hab' ich mir dann gesagt
Und Fernreisen aufs nächste Jahr vertagt.
Die Lösung, scheint's, hab' ich gefunden:
Ich werde dieses Jahr mein Innerstes erkunden.
Ein Atemzug, schon bin ich drin,
Der Zunge lang bis zum Check-in.
Vor den Tonsillen wird man kontrolliert,
Doch sieh einer an, die sind schon operiert.
Nun geht es weiter runter den Ösophagus
Leider zu Fuss und nicht bequem im Omnibus.
Beim Mageneingang gibt's Poulet süss-sauer,
Die Peristaltik ist hier schon etwas rauer.
Und im Zwölffingerdarm macht man ne kurze Pause,
Hier gibt's zur Stärkung eine kühle Brause.
Kurz steckt man schnell noch seine Nase
In die prallvolle Gallenblase.
Und gleich daneben beim schlanken Pankreas
Gibt's zum Dessert ne frische Ananas.
Und weiter dann, beim Dickdarm angeklopft,
Hofft man, dass er nicht wieder ist verstopft.
Doch heut scheint er ganz munter
Und trägt uns weiter runter.
Noch schnell ein Blick auf die Appendix,
Die liegt nur da und taugt zu nix.
Bis man zwischen zwei Hämorrhoiden hängt
Und in einer Mariske sich verfängt.
Schlussendlich ist dies auch egal,
Denn die Reise endet hier anal.

Dr. med. Michael Knobloch, Zürich





Bildnachweis: Elnur | Dreamstime.com

Essai



Post Growth: Life after Capitalism
Tim Jackson

Cambridge: Polity; 2021

Né en 1957, Tim Jackson est un économiste britannique de l'Université du Surrey, directeur du *Centre for the Understanding of Sustainable Prosperity*. Il s'est fait connaître par *Prospérité sans croissance* (2009). Son nouveau livre y donne suite, tout en discutant les enseignements de la pandémie du Covid-19. Il insiste sur l'incohérence de la situation qui voit des représentants éminents de la politique et de l'économie refuser d'admettre qu'une croissance incessante n'est simplement pas possible. A son sens, le capitalisme installé depuis deux siècles doit impérativement changer, système qui n'a jamais résolu le problème majeur des inégalités croissantes: «Nous devons laisser derrière nous le mantra du (toujours) plus. L'équilibre est l'essence de la prospérité, pas la croissance qui devient une métaphore nuisible» (pp. 80–83).

Jackson ouvre son livre sur le (mauvais) indice du Produit intérieur brut (PIB/GDP), évoquant Robert Kennedy qui, en 1968, mettait vigoureusement en cause ce concept qui ne tient pas compte et même s'oppose à plusieurs éléments liés au bien-être des gens. Un chapitre stimulant est consacré au phénomène universel de l'entropie, un autre à l'importance des récits (*narratives*) dans la vie d'une communauté. Celui intitulé «Canopée de l'espoir» parle de la Kenyane Wangari Maathai, Prix Nobel de la paix en 2004, dont les efforts ont permis de planter des millions d'arbres tout en améliorant beaucoup le statut de la femme.

On pourrait s'attendre à un texte technocratique, mais il n'en est rien. S'il parle de son domaine, l'auteur est mû par des valeurs humanistes, philosophiques, civiques, réclamant des piliers nouveaux pour la vie en société. Un tel modèle diminuerait les inégalités et les risques que nous vivons avec le Covid et limiterait les impacts négatifs du changement climatique.

*Dr méd. Jean Martin,
membre de la rédaction*

[jean.martin\[at\]saez.ch](mailto:jean.martin[at]saez.ch)

Autobio-
graphie**husten verboten**Hansruedi
SilberschmidtZürich: elfundzehn;
2021

Der kleine Hansruedi, geboren 1958, leidet seit seiner Geburt an wiederkehrenden Atemwegsinfekten, Mittelohrentzündungen und unerklärlichen Fieberschüben. Für seine Eltern und die Ärzte sind die Symptome ein Rätsel. Bereits als Kind wird er von Arzt zu Arzt geschoben. Er soll genesen unter dem strengen Regime der Schwestern im Kinder-sanatorium in Davos, erhält schmerzhafte experimentelle Behandlungen, wird für Kuraufenthalte ans Meer geschickt. Trotzdem verbessert sich sein Zustand nicht. Er wird einfach nicht gesund. Erst mit 39 Jahren erhält er eine Diagnose.

Hansruedi Silberschmidt schildert in dieser Autobiographie eindrücklich sein Leben mit einer lange undiagnostizierten Erkrankung und den Leidensweg bis zur Diagnose *Primäre Ciliäre Dyskinesie*. Darüber hinaus thematisiert das Buch düstere Kapitel der Schweizer Pädiatriegeschichte, zum Beispiel wie Kinder von ihren Eltern getrennt monatelange unnütze Kuraufenthalte über sich ergehen lassen mussten. Trotz dieser Erfahrungen klagt Silberschmidt in seinem Buch nicht an, sondern schildert ehrlich, spannend und kurzweilig. Uns Ärztinnen und Ärzten gibt er mit diesem Buch die Möglichkeit, unser Tun kritisch zu hinterfragen. Denn trotz seiner typischen Symptomatik hat ihn jahrzehntelang niemand wirklich ernst genommen und an diese Erkrankung gedacht. Viele seltene Erkrankungen werden auch heutzutage erst spät oder gar nicht diagnostiziert. Hoffentlich geht uns Hansruedi Silberschmidts Geschichte durch den Kopf, wenn wir wieder eine Patientin mit unklaren chronischen Symptomen vor uns haben. Der Autor jedenfalls hat es geschafft, als informierter Patient mit seinem Engagement nun auch anderen Patientinnen und Patienten und nicht zuletzt uns Ärztinnen und Ärzten zu helfen.

*Dr. med. Leonie Schreck, PhD-Studentin,
Universität Bern*

[leonie.schreck\[at\]ispm.unibe.ch](mailto:leonie.schreck[at]ispm.unibe.ch)

Sachbuch

**Das Buch über
das Älterwerden**

Lucy Pollock

Köln: Dumont Verlag;
2021

«Wenn ich auf meine Jahre als Geriaterin zurückschaue, dann wird mir klar, dass meine Patient*innen eine Bereicherung gewesen sind, dass sie auf jeden Fall 'etwas zu geben' hatten, denn ich bin die Empfängerin ihrer Gaben gewesen.» Dieses Fazit zieht die Ärztin Lucy Pollock in ihrem kürzlich auch auf Deutsch erschienenen Buch. Die Britin gewährt den Lesenden Einblicke in ihren beruflichen Alltag als Fachärztin für Geriatrie. Dabei geht Pollock in 18 Kapiteln auf verschiedene Aspekte, mit denen sich ältere Menschen und ihre Angehörigen häufig konfrontiert sehen, ein: von Fahruntüchtigkeit, Inkontinenz und Impotenz über falsch dosierte Medikamente und Polymorbidität bis hin zum oft steinigen Weg in die Demenz. Diese Themen illustriert Pollock anhand von Fallbeispielen, welche sie einerseits mit aktuellen wissenschaftlichen Erkenntnissen ergänzt. Andererseits beschreibt die Fachärztin aber auch die verschiedenen Metaebenen, welche mit den einzelnen Themenbereichen einhergehen, wie beispielsweise Schamgefühle und hinderliche Tabus im Gespräch mit Angehörigen. Das Ganze würzt Lucy Pollock mit viel Empathie und einer passenden Prise britischen Humors. Die Autorin möchte mit dem Buch älteren Personen, ihren Angehörigen, aber auch den behandelnden Ärztinnen und Ärzten Mut machen, einen offenen respektvollen Dialog zu führen – egal wie heikel das Thema ist. Denn: Älter werden wir alle. Also lasst uns auch darüber sprechen und den Alterungsprozess mit gegenseitiger Wertschätzung und Realismus angehen.

Matthias Scholer, Chefredaktor SÄZ

[matthias.scholer\[at\]emh.ch](mailto:matthias.scholer[at]emh.ch)

Teilen Sie Ihre literarischen Entdeckungen mit uns!

Sie haben ein interessantes Buch gelesen und möchten es einem weiteren Leserkreis vorstellen? Schicken Sie uns Ihre Buchbesprechung (max. 1200 Zeichen inkl. Leerzeichen) an: [redaktion.saez\[at\]emh.ch](mailto:redaktion.saez[at]emh.ch)

Essai

**Il s'agit de ne pas se rendre**Anouk Dunant
GonzenbachGenève: Ed. des Sables;
2020

A l'été 2006, alors qu'elle est en vacances en Engadine avec son mari et sa fille, Anouk Dunant Gonzenbach doit interrompre sa grossesse alors avancée de cinq mois. Un petit trou a perforé la poche des eaux. Pourquoi ce trou s'est formé, les médecins ne le savent pas. Passé le choc et la tristesse – voire le désespoir –, l'auteure genevoise tente de recomposer le puzzle et de comprendre cette épreuve brutale et douloureuse. Elle est assaillie par d'innombrables questions. Des questions qui restent sans réponse. Comment se remettre de la perte de son enfant à ce stade de la grossesse? Pourquoi est-ce arrivé? Pourquoi devoir vivre un tel drame? Pourquoi n'a-t-on rien vu venir, malgré les possibilités de la médecine moderne? Comment accepter qu'il n'y ait pas d'explication médicale plausible? Avec les années, ce bouillonnement de pensées intérieures et les dizaines de pages griffonnées mènent Anouk Dunant Gonzenbach à entamer une réflexion introspective et spirituelle. Archiviste de métier, elle explore des pistes s'appuyant sur l'histoire, la littérature, la poésie et la religion. Davantage que le deuil périnatal, cet ouvrage met avant tout en lumière les notions d'espoir et de foi avec beaucoup de sensibilité, de justesse, d'authenticité et de profondeur, poussant la lectrice et le lecteur à se questionner sur sa propre compréhension de l'espérance. Qu'est-ce qui nous fait espérer et avancer chaque jour malgré les aléas de la vie? Qu'est-ce qui compte vraiment dans notre existence?

Julia Rippstein, rédactrice BMS

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

Partagez vos découvertes littéraires!

Vous avez lu un ouvrage intéressant et souhaitez en faire profiter d'autres lecteurs? Envoyez-nous votre critique littéraire (max. 1200 signes, espaces compris) à: [redaction.bms\[at\]emh.ch](mailto:redaction.bms[at]emh.ch)

Über Selbsttests

Eberhard Wolff

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



Es gab sie wirklich, die «Stumme Schwester» aus Thomas Manns Sanatoriums-Roman *Der Zauberberg*. Ein Fieberthermometer ohne Skala. Diese konnte das Personal nach der Messung aufsetzen und für sich den Wert ablesen. Die womöglich Fieber simulierende Patientenschaft sollte ihre Körpertemperatur nicht selbstständig in Erfahrung bringen.

Das Fieberthermometer markiert seit den 1850er Jahren den Einstieg in die moderne messende und testende Medizin. Als der Schweizer Arzt Aimé Mercier seine «Stumme Schwester» 1896 auf den Markt brachte [1], waren häusliche Fieberthermometer für die Selbstmessung bereits Alltag.

Eine medizinische Zeitschrift empfahl die «Stumme Schwester» damals bei «neugierigen» Patienten. Heute gilt sie als ein Kopfschütteln erregendes Kuriosum eines autoritären Arzt-Patienten-Verhältnisses, das einseitig auf ein Handlungs- und Wissensmonopol sowie Kontrolle aufbaut. Als Ausdruck eines Misstrauens in die Patientenschaft. Und wie so oft wurde Entmündigung mit dem Argument der Fürsorge verschleiert: Das Verheimlichen der Temperatur solle etwa dem Schutz leicht erregbarer Patientinnen dienen.

Der «Informed Consent» verbietet es der heutigen Medizin, der Patientenschaft ein Mess- oder Testergebnis vorzuenthalten. So etwas gibt es nur noch bei diesen speziellen Parkuhren, welche die vom Vor-Parkierenden bezahlte Restzeit verheimlichen und sich damit Doppelbezahlungen erschleichen.

Die «Stumme Schwester» wurde zum Flop. Viele Werte wurden bald genauso selbstverständlich von den Gemessenen und Getesteten selbst erhoben wie die Körpertemperatur: Gewicht, Blutdruck, Schwangerschaft und all das, was heute ein Smartphone zu messen vermag [2].

Die Patientenschaft sollte damit mehr Verantwortung für ihre gesundheitlichen Belange übernehmen. Etwa bei der täglichen Blutzuckerbestimmung durch Zuckerkrankte. So viel Verantwortung, dass manche schon kritisierten, hier würde die Gesundheitsverantwortung in neoliberaler Manier auf die «Kunden» abgeschoben.

In der Praxis gab das professionelle System die Verantwortung aber nur selektiv und recht kontrolliert ab. Wenn es «ernst» wurde, war das Vertrauen in die von der Klientele erhobenen Ergebnisse oft ziemlich beschränkt.

Das zeigte uns gerade auch der einfach zu handhabende Covid-Antigen-Schnelltest, als er dieses Früh-

jahr als Selbsttest parat war. Im Vorfeld wurden Vorbehalte gegenüber der «Zuverlässigkeit» der Bevölkerung geäussert und vor einem epidemiologischen Kontrollverlust bei Selbsttestung gewarnt. Für den eigenverantwortlichen Beitrag zur Pandemiebekämpfung gab es aber doch zumindest fünf Testkits pro Monat umsonst.

Mit der bundesrätlichen 3G-Zertifikatspflicht vom 13. September wurden die «offiziellen» Tests zum Türöffner für das zugangsgeregelte öffentliche Leben der Hallenbäder, Bibliotheken etc. Sie waren es aber nicht, wenn man ein identisches Antigen-Testkit zu Hause verwendet hatte. So weit ging das Vertrauen dann doch nicht.

Österreich setzte dagegen zur gleichen Zeit auf zertifizierende «Wohnzimmertests». Deren per App und QR-Code (ohne Video-Aufsicht) hinterlegte Ergebnisse liefern ein «Do-it-Yourself-G» für den Zutritt zum öffentlichen Leben [3]. Die Wiener Regierung entzog ihren Bürgern das Vertrauen ins Selbermachen bald wieder. Der Rest Österreichs soll offenbar bei steigender Intensivbettenbelegung folgen.

In der Schweiz sind deutlich zaghaftere Versuche einer Eigenverantwortlichkeit der Getesteten schon in der Ideenphase stecken geblieben. Über die Gründe mag man spekulieren. Marktmonopole? Sicherheit? Professionelle Autorität? Vorauseilendes Misstrauen? Oder dreht sich alles darum, «fürsorglich» den Impfdruck zu erhöhen?

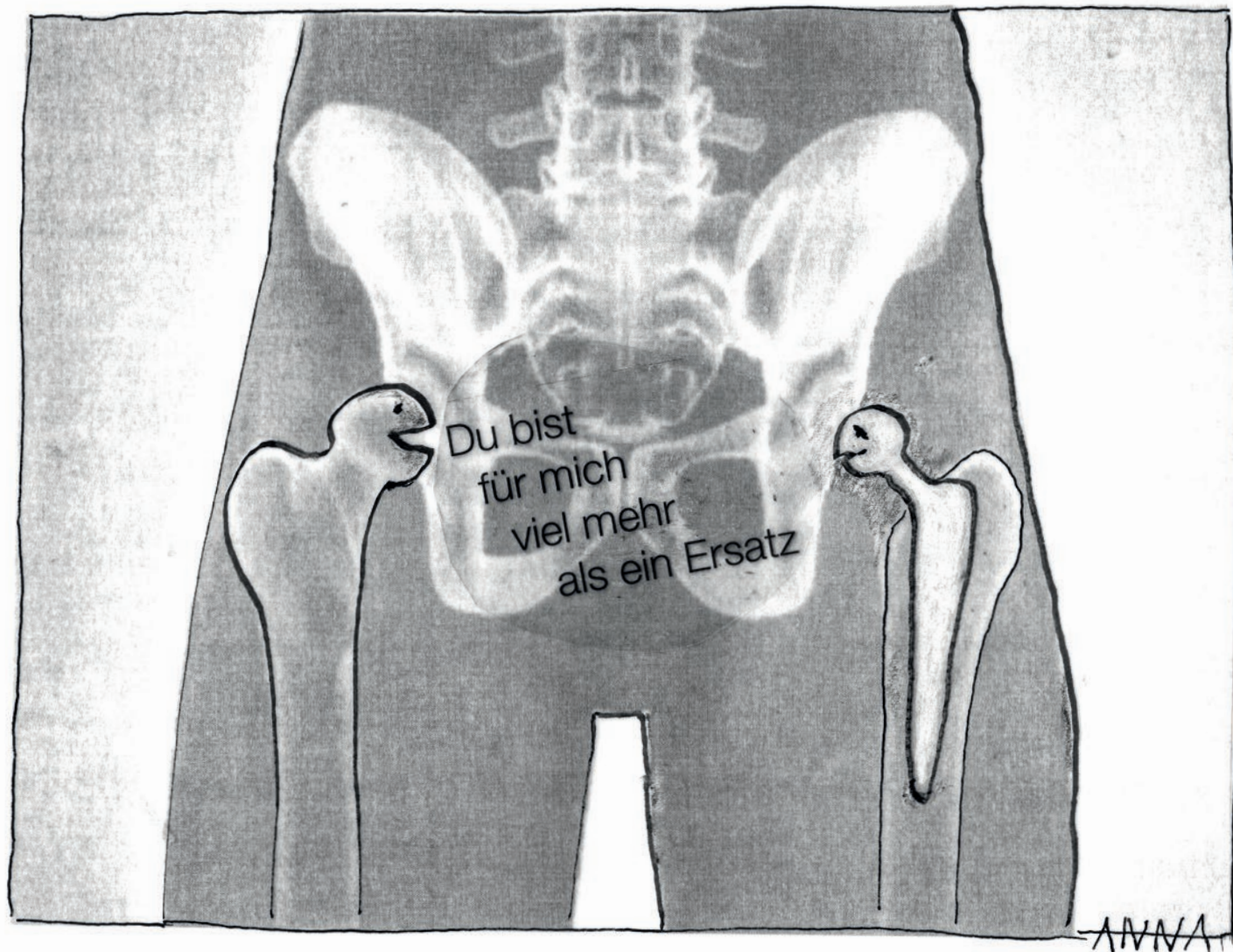
Der Status von Selbsttests in unserer Gesellschaft ist selber ein gutes Messinstrument für das Vertrauen [4] oder besser Misstrauen, das ein Medizinsystem seinen Patientinnen und Patienten oder eine Regierung «ihrem Volk» entgegenbringt.

Die echte «Stumme Schwester» von früher gibt es heute nur noch im Museum zu sehen. Viele nahe und entfernte Verwandte der «Stummen Schwester» können wir aber um uns herum entdecken.

Literatur

- 1 Mörgeli C. «Die stumme Schwester». Ein Fieberthermometer in der Weltliteratur. *Pneumologie*. 2007;61:31–4.
- 2 Weitere Literatur in Wolff E. Das «Quantified Self» als historischer Prozess. Die Blutdruck-Selbstmessung seit dem frühen 20. Jahrhundert zwischen Fremdführung und Selbstverortung. *Medizin, Gesellschaft und Geschichte*. 2018;36:43–83.
- 3 Zum Beispiel: www.selbsttest.tirol
- 4 Ritzmann I. Vertrauen als Mittel zur Patientenbindung – Historische Blicke auf eine ärztliche Strategie. In: Baer J, Rother W (eds.). *Vertrauen*. Basel: Schwabe; 2015, p. 131–51.

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



www.annahartmann.net