

Schweizerische Ärztezeitung

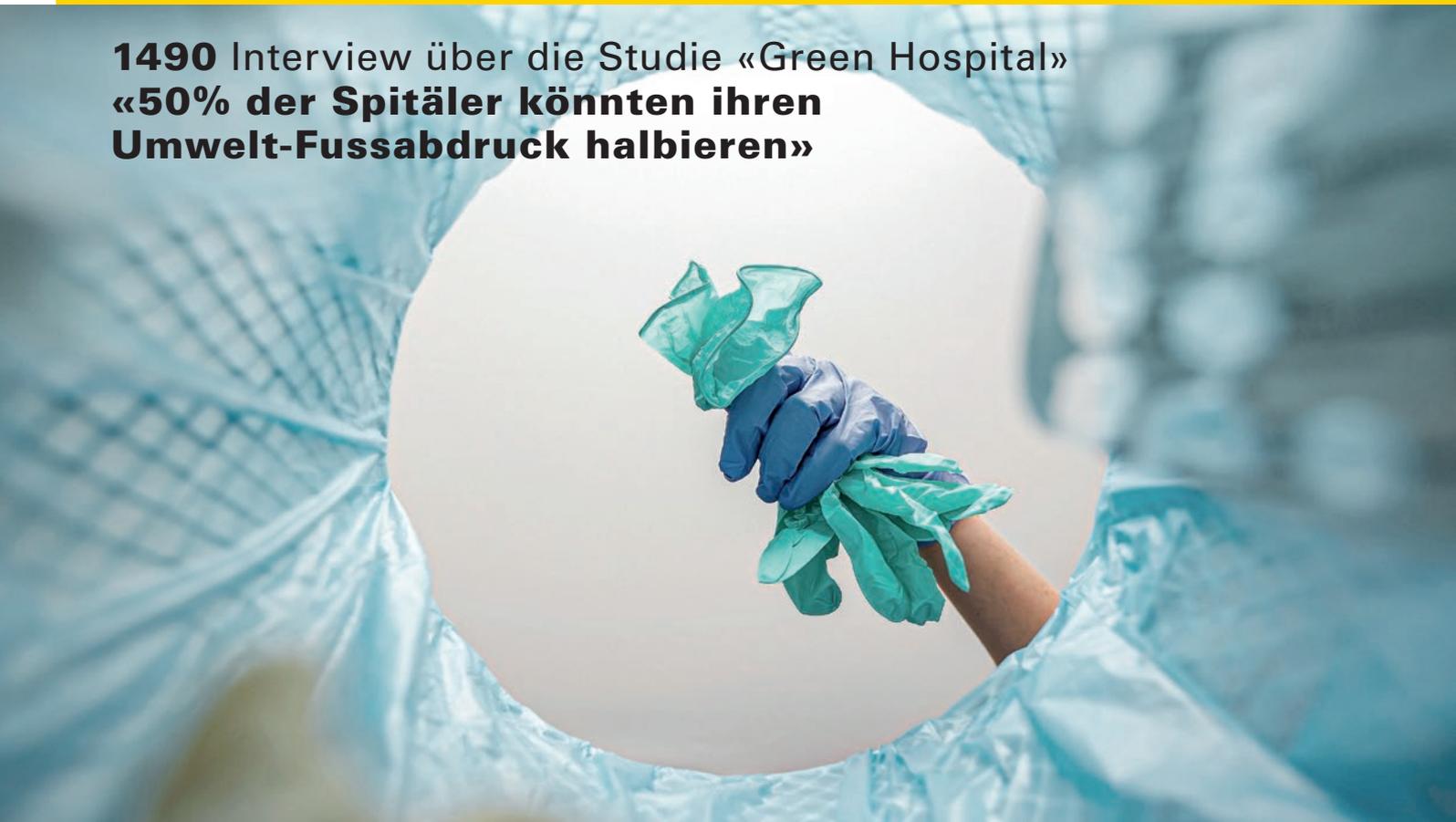
1474 Editorial
von Urs Stoffel
**Sachgerechtigkeit und
Transparenz gehen vor
Vereinfachung**

1475 FMH Aktuell
**Wirkung und Kosten
von Prävention**

1502 «Zu guter Letzt»
von Rouven Porz
Eine Art soziale Isolation

1490 Interview über die Studie «Green Hospital»
**«50% der Spitäler könnten ihren
Umwelt-Fussabdruck halbieren»**

45 10.11.2021



Verlag

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

Externe Redaktion

Prof. Dr. med. Anne-Françoise Allaz, Mitglied FMH;
Dr. med. Werner Bauer, Mitglied FMH; Prof. Dr. oec. Urs Brügger;
Dr. med. Yvonne Gilli, Präsidentin FMH;
Prof. Dr. med. Samia Hurst; Dr. med. Jean Martin, Mitglied FMH;
Dr. med. Daniel Schröpfer, Mitglied FMH;
Charlotte Schweizer, Leitung Kommunikation der FMH;
Prof. Dr. med. Hans Stalder, Mitglied FMH

Redaktion Ethik

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

Redaktion Medizingeschichte

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

Redaktion Public Health, Epidemiologie, Biostatistik

Prof. Dr. med. Milo Puhon

Redaktion Recht

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

FMH

EDITORIAL: Urs Stoffel

1474 **Sachgerechtigkeit und Transparenz gehen vor Vereinfachung**

AKTUELL: Salomé Steinle, Patrick Müller, Carlos Quinto, Barbara Weil

1475 **Wirkung und Kosten von Prävention**

1478 **Personalien**

Organisationen der Ärzteschaft

SOG: Trägerschaft «smarter medicine – Choosing Wisely Switzerland»

1479 **smarter medicine: «Top-5-Liste» für Ophthalmologie**

Briefe / Mitteilungen

1481 **Briefe an die SÄZ**

1484 **Facharztprüfungen**

FMH Services

1485 **Stellen und Praxen** (nicht online)

Tribüne

1490



INTERVIEW MIT MATTHIAS STUCKI: Julia Rippstein

«50% der Spitäler könnten ihren Umwelt-Fussabdruck halbieren» Die Nutzung von Gesundheitsdienstleistungen verursacht mehr als fünf Prozent der konsumbedingten Treibhausgasemissionen der Schweiz. Ein wichtiger Anteil davon geht zulasten der Spitäler: Die Studie «Green Hospital» untersucht erstmals den Umwelt-Fussabdruck des Spitalwesens hierzulande. Wie dieser Sektor umweltfreundlicher werden kann, weiss Matthias Stucki, Studienleiter und Experte für Ökobilanzierung an der Zürcher Hochschule für Angewandte Wissenschaften.

Tribüne

1493 **Spectrum**

Horizonte

BEGEGNUNG MIT OLGA FELIX: Daniel Lüthi

1494 **«Meine Gesundheit zeigt mir meine Grenzen»**

ÄRZTINNEN UND ÄRZTE ALS PATIENTEN ...: Hans-Peter Mösch

1498 **Chefvisite aus der Horizontalen**

Zu guter Letzt

Rouven Porz

1502 **Eine Art soziale Isolation**

OH

HUBER

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@asmiq.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.vsdruck.ch/>

printed in
switzerland



Titelbild:
© Syda Productions | Dreamstime.com

Sachgerechtigkeit und Transparenz gehen vor Vereinfachung

Urs Stoffel

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



Von verschiedener Seite wird immer wieder die Vereinfachung des Einzelleistungstarifs TARDOC gefordert und im gleichen Atemzug werden die Vorteile von ambulanten Pauschalen hervorgehoben. Die Notwendigkeit eines Einzelleistungstarifs als Fundament und Basis aller ärztlichen Leistungen in der ambulanten Versorgung ist inzwischen jedoch unbestritten. Die gesetzliche Grundlage dazu fordert in Art. 43, Abs. 4 KVG, dass ein Einzelleistungstarif sachgerecht und betriebswirtschaftlich bemessen sein muss. Damit greift ein reiner Zeittarif zu kurz, um die gesetzlich geforderte Sachgerechtigkeit zu gewährleisten.

Nach diesen Kriterien und Vorgaben wurde der TARDOC in den letzten Jahren von den Tarifpartnern FMH, curafutura und MTK von Grund auf neu entwickelt und verhandelt. Die direkte Vergleichbarkeit einzelner Tarifpositionen von TARMED mit den neugeschaffenen Tarifpositionen im TARDOC ist daher nicht mehr gegeben.

Im Moment sind die Tarifpartner mit der Überprüfung der TARDOC-Struktur gemäss dem Prüfbericht des BAG beschäftigt. Die überarbeitete Tarifstruktur muss bis Ende Jahr von allen Tarifpartnern erneut eingereicht werden. FMH, curafutura und MTK haben den TARDOC hinsichtlich Vereinfachungspotenzial analysiert. Es lässt sich feststellen, dass eine Vereinfachung in vielen Fällen zulasten der Sachgerechtigkeit und der

Der Detaillierungsgrad der TARDOC-Tarifstruktur ermöglicht eine sachgerechte und transparente Abrechnung.

Transparenz gehen würde. Die Sachgerechtigkeit und Wirtschaftlichkeit haben für die Tarifpartner eine ebenso hohe Priorität wie ein vereinfachter Tarif. Der Detaillierungsgrad der Tarifstruktur bietet den Vorteil, dass die Anwendungs- und Abrechnungsregeln sowie die qualitativen Dignitäten klar definiert werden

können. Auch die Minutagen der Handlungsleistungen können so präziser erfasst werden. Diese Vorteile dürfen nicht zugunsten einer unweckmässigen Vereinfachung aufgegeben werden. Im Bereich der OP-Leistungen wird eine gewisse Vereinfachung aber erreicht werden können.

Zur Stärkung der Grundversorgung wurde für Hausärztinnen und Hausärzte im TARDOC ein eigenes Kapitel erstellt, das die Forderungen von Art. 117a BV erfüllt.

Der Grundsatz muss gelten: So einfach wie möglich und so differenziert wie nötig.

Beispielsweise fällt die Umfeldarbeit im hausärztlichen Bereich, wie die Betreuung von betagten Menschen, bei der Angehörige und Spitex involviert sind, umfangreicher aus als bei anderen Fachärzten. Diesem Umstand wird im Hausarztkapitel differenziert und transparent Rechnung getragen. Das Gleiche gilt für die Palliative Care.

Die Kumulation von Handlungs- und Zeitleistungen ist im TARDOC ein zentrales Tarifierungsinstrument. Dabei wurde darauf geachtet, dass die Inhalte von Grundleistung und Zuschlagsleistung klar definiert sind. Zeigen sich in der Anwendung tatsächlich kritische Abrechnungssituationen, werden diese im Rahmen des Monitorings zielgerichtet eruiert und korrigiert.

Im Zeitalter der Digitalisierung, mit zunehmend informatisierten Praxisabrechnungen und der elektronischen Rechnungskontrolle bei den Versicherern, darf eine Vereinfachung des Tarifs auf Kosten der Transparenz und Sachgerechtigkeit nicht priorisiert werden. Die durchschnittliche Rechnung des Arztes in freier Praxis liegt unter CHF 300, umfasst etwas mehr als eine Sitzung und ist somit für die meisten Patientinnen und Patienten leicht nachzuvollziehen.

Der Grundsatz muss gelten: So einfach wie möglich und so differenziert wie nötig – genau das setzt der TARDOC konsequent um.

Wirkung und Kosten von Prävention

Salomé Steinle^a, Patrick Müller^b, Carlos Quinto^c, Barbara Weil^d

^a Wissenschaftliche Mitarbeiterin Abteilung Public Health FMH; ^b Leiter Abteilung ambulante Tarife; ^c Mitglied des Zentralvorstandes der FMH, Verantwortlicher Departement Public Health, Gesundheitsberufe und Heilmittel; ^d Leiterin Abteilung Public Health, Gesundheitsberufe und Heilmittel

Die Gesundheitskosten in der Schweiz sind seit Jahren auf einem hohen Niveau. Verständlich die Sorge der Akteure – insbesondere der Prämienzahlenden –, diese könnten durch zusätzliche Leistungen weiter steigen. 80% der Gesundheitskosten gehen zu Lasten von nicht übertragbaren Krankheiten (NCD) [1], infolgedessen muss da angesetzt werden, soll sowohl die Krankheitslast der Bevölkerung gesenkt wie auch die Gesundheitskosten gedämpft werden. Prävention ist also keine kostentreibende Angebotserweiterung, sondern finanziert sich aus ihrem Nutzen [2].



Wenn Ärztinnen und Ärzte ihre Patienten unterstützen, einen gesunden Lebensstil zu pflegen, kann das die Gesundheitskosten senken.

Auch wenn Wirtschaftlichkeitsberechnungen von Präventionsmassnahmen durch Kosten-Nutzen-Analysen aufgrund ihrer Komplexität stets mit der nötigen Vorsicht zu lesen sind, zeigt sich in verschiedenen Studien [3, 4] durchgehend ein positiver Return on Invest (ROI). In der Schweiz werden jährlich rund 2,2% der Gesundheitsausgaben in Prävention investiert – notabene weniger als im Durchschnitt der OECD-Länder [5]. Jeder im Bereich Tabakprävention eingesetzte Franken erzielt ein ROI von CHF 28 bis 48; beim risikoreichen Alkoholkonsum lag der Wert zwischen CHF 11 und 29 [5]. Dagegen stehen jährliche volkswirtschaftliche Kosten von knapp CHF 8 Milliarden verursacht durch Sucht. Klar an der Spitze steht dabei der Tabakkonsum mit knapp CHF 4 Milliarden, gefolgt von Alkohol mit knapp CHF 2,8 Milliarden [6].

Chancen der Umsetzung in der Praxis ...

Die Evidenz der Prävention von NCDs ist also deutlich gegeben. Ebenso unbestritten ist die zentrale Rolle, welche die medizinischen Grundversorgenden dabei einnehmen [7, 8]. Der Hausärzte-Weltverband definiert Gesundheitsförderung und Prävention als Kernkompetenz einer umfassenden Allgemeinmedizin [9]. Nebst dem hohen Vertrauen, das Grundversorgende geniessen, werden sie regelmässig konsultiert und dienen oft als erste Anlaufstelle für gesundheitliche Fragen. Der Grundlagenbericht zur nationalen NCD-Strategie [2] hält zudem Prävention als integralen

Bestandteil der modernen Grundversorgung fest. Präventives Handeln wird als strukturell und prozedural in die Grundversorgung integriert und als Team-Aufgabe verstanden. Eine Studie [10] aus dem stationären Bereich bestätigt im Bereich der chronischen Krankheiten eine positive Evidenz für interprofessionelle Zusammenarbeit – und dies bei tiefen Kosten für diese Massnahme.

... und Herausforderungen

Seit 2018 werden in der Schweiz Projekte zur Förderung der Prävention in der Gesundheitsförderung gefördert und unterstützt [11], in der Umsetzung sehen sie sich jedoch immer wieder mit ähnlichen Herausforderungen konfrontiert: nebst einer unübersichtlichen Menge von Informationen, Tools und Angeboten sind dies vor allem fehlende Zeit und die Frage nach der Abrechenbarkeit der Präventionsleistungen [12, 13].

Prävention: Teil der ärztlichen Tätigkeit

Gesundheitsfördernde und präventive Aspekte sind neben Diagnostik und Therapie integrale Bestandteile einer ärztlichen Konsultation und spezifischen Beratung und können als solche, unter Berücksichtigung der Abrechnungsregeln der relevanten Tarifpositionen, abgerechnet werden.

Seit 2018 werden in der Schweiz Projekte zur Förderung der Prävention in der Gesundheitsförderung gefördert und unterstützt.

Im ambulanten Bereich kommt die Tarifstruktur TARMED bei der Abrechnung von medizinischen Leistungen zur Anwendung. Die in der Einzelleistungstarifstruktur definierten Tarifpositionen legen den Inhalt und Umfang der möglichen Abrechnung fest. Beim bundesrätlichen Tarifeingriff in den TARMED per 1. Januar 2018 wurde die ärztliche Konsultation grundsätzlich auf 20 Minuten pro Sitzung beschränkt. In Ausnahmefällen können bei Patientinnen und Patienten mit einem erhöhten Behandlungsbedarf 30 Minuten pro Sitzung abgerechnet werden. Zusätzlich können Grundversorger spezifische Beratungen (Tarifpositionen 00.0510, 00.0515 und 00.0516) abrechnen, welche pro drei Monate 30 Minuten (resp. beim erhöhten Behandlungsbedarf 60 Minuten) abgerechnet werden können. Gerade die spezifische Beratung durch den Grundversorger ermöglicht, präventive Aspekte in die eigentliche Behandlung und Therapie einzubauen und Lösungswege aufzuzeigen.

www.PEPra.ch

Steht ab dem 11. November 2021 zur Verfügung!

Das Projekt der FMH wird unterstützt von der Stiftung Gesundheitsförderung Schweiz im Rahmen der Umsetzung der nationalen Strategie NCD.



Prävention im Sinne einer ganzheitlichen Behandlung und Therapie kann also bereits heute, wenn auch in einem beschränkten Umfang (Limitationen auf den Tarifpositionen), abgerechnet werden. Mit der neuen Tarifstruktur TARDOC gibt es auch in diesem Bereich für Grundversorger zusätzliche Möglichkeiten, da die Limitationen auf spezifische Beratungen durch den Grundversorger auf 240 Minuten pro sechs Monate angehoben werden – dies ermöglicht, typische Spitzen von Beratungsbedarf besser abzufedern und sachgerecht abzurechnen. Auch hier bringt der TARDOC also eine deutliche Verbesserung im Gegensatz zum heutigen veralteten TARMED.

PEPra unterstützt bei Implementierung

Das Projekt PEPra (siehe Kasten) nimmt viele der Chancen und Herausforderungen der Prävention in der Grundversorgung als Gesamtpaket auf. Ziel ist, die Implementierung von Prävention in den Arztpraxen zu fördern und unterstützen.

Zu den relevantesten Präventionsthemen stehen Informationen und Tools zur Verfügung, die vor, während und nach der Konsultation genutzt werden können. Zur Vertiefung werden Fortbildungen angeboten, die den eigenen Bedürfnissen entsprechend modular gebucht werden können.

Den Grundversorgenden kommt die Rolle der Erkennung und Betreuung von «Persons at Risk» zu [13], weshalb PEPra insbesondere auch die Bedeutung von Kommunikation und Beratung hervorhebt und Fort-

Ziel ist, die Implementierung von Prävention in den Arztpraxen zu fördern und unterstützen.

bildungen anbietet, in denen die entsprechenden Kompetenzen vermittelt und geübt werden. Dem Praxisteam werden zudem regionale spezialisierte Angebote angezeigt, an welche zur Veränderung motivierte Patientinnen und Patienten weiter verwiesen werden können.

PEPra richtet sich an das gesamte Praxisteam – Ärzteschaft und medizinische Praxisfachpersonen. Die Teamarbeit ist zentrales Element und transversaler Bestandteil aller Fortbildungen. Denn: Ist das gesamte Praxisteam in die Prävention involviert, in Gesprächstechniken geschult und hat einfachen Zugriff auf spezifische Angebote, kann insgesamt der Zeitaufwand reduziert und können damit auf lange Frist auch Kosten gesenkt werden.

Bildnachweis

Nikki van Toorn / Unsplash

Literatur

- 1 Wieser S, et al. (2014). Die Kosten der nichtübertragbaren Krankheiten in der Schweiz. ZHAW et al. Im Auftrag des BAG.
- 2 Steiger D, Brauchbar M (2016). Prävention in der Gesundheitsversorgung verankern: Zentrale Dimensionen und Case Studies. Im Auftrag des BAG.
- 3 Iten R (2009). Kosten und Wirksamkeit ausgewählter Präventionsmassnahmen in der Schweiz. Eine Gesundheitsökonomische Untersuchung. INFRAS. Im Auftrag der Vips.
- 4 Brundhold H (2010). Erste Schritte in Richtung Kosten-Nutzen-Analyse von Präventionsmassnahmen. Spectra Online. <https://www.spectra-online.ch/de/spectra/news/erste-schritte-in-richtung-kosten-nutzen-analyse-von-praeventionsmassnahmen-363-29.html>
- 5 Fueglistler-Dousse S, et al. (2009). Kosten und Nutzen von Präventionsmassnahmen: Tabakkonsum und übermässiger Alkoholkonsum. Institut de recherches économiques, Université de Neuchâtel. Im Auftrag des TPF und BAG.
- 6 Fischer B, et al. (2020). Volkswirtschaftliche Kosten von Sucht. Polynomics. Im Auftrag des BAG.
- 7 Neuner-Jehle S, Quinto C, Baumberger C, Thönen N, Weil B, Zosso B. Gesundheitsförderung und Prävention in der Arztpraxis – Chancen und Grenzen. In: Mattig T, editor. Prävention von chronischen, nichtübertragbaren Krankheiten in der Schweiz: Strategien und Beispiele aus der Praxis. Bern: Hogrefe Verlag; 2022. In press.
- 8 Cherix ZA (2014). Quelle perception ont les médecins de famille suisses de leur rôle dans la prévention et la promotion de la santé? Comprendre les barrières à l'implémentation. Université de Lausanne. <http://serval.unil.ch>
- 9 WONCA EUROPE (2002). Die Europäische Definition der Allgemeinmedizin/Hausarztmedizin. Online: Definition of General Practice / Family Medicine | WONCA Europe
- 10 Liesch R, et al. (2020). Kosten-Nutzen-Analyse interprofessioneller Zusammenarbeit. Empirische Analyse am Beispiel stationärer Klinken der Inneren Medizin und der Psychiatrie. Büro Bass, College für Management im Gesundheitswesen. Im Auftrag des BAG.
- 11 gesundheitsfoerderung.ch/pgv.html
- 12 Infodrog (2017). Kurzintervention Ärzteschaft. Online: www.infodrog.ch/de/themen/kurzintervention.html
- 13 Steiger D, Brauchbar M. (2018). Analyse Ist-Zustand präventiver Angebote im Sinne der Prävention in der Gesundheitsversorgung (PGV) in der ambulanten Praxis. EvalScience. Im Auftrag des BAG.

Swiss Medical Events
Fort- und Weiterbildungsveranstaltungen auf einen Blick!

EMH Media
SCHWEIZERISCHER ÄRZTEVERLAG
EDITIONS MEDICALES SUISSES

Immer aktuell

Grosse fachliche Breite

Einfach durchsuchbar

events.emh.ch
Scan this!

Personalien

Todesfälle / Décès / Decessi

Pierre Burri (1944), † 17.10.2021,
Spécialiste en médecine interne générale,
1950 Sion

Aargauischer Ärzteverband

Zur Aufnahme in den Aargauischen Ärzteverband haben sich angemeldet:

Als ordentlich praktizierende Mitglieder:

Ahmad Khan Ashar, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin, D-78465 Konstanz, Praxiseröffnung in Praxisgemeinschaft in Kölliken per 5. Oktober 2021

Jörg Thomas Brandenburg, Praktischer Arzt, D-24594 Hohenwestedt, angestellt in Praxisgemeinschaft in Beinwil am See seit 1. November 2021

Eva Dovie, Fachärztin für Ophthalmologie, FMH, 5524 Niederwil, angestellt in Praxisgemeinschaft in Aarau seit 1. November 2021

Myriam Grüner, Fachärztin für Oto-Rhino-Laryngologie, FMH, 4852 Rothrist, Praxiseröffnung in Rothrist per 18. Oktober 2021

Sabrina Hauser, Fachärztin für Dermatologie und Venerologie, FMH, 6005 Luzern, angestellt in Praxisgemeinschaft in Zofingen seit 1. August 2021

Illona Köppler, Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie, FMH, 5212 Hausen, Praxiseröffnung in Wohlen per 1. November 2021

Gabrielle Mayland, Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie, FMH, 8049 Zürich, Praxiseröffnung in Baden per 1. Dezember 2021

Mihkel Sonn, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, FMH, 4588 Unterramsern, angestellt in Praxisgemeinschaft in Muri seit 1. Oktober 2021

Barbara Wirth, Fachärztin für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, FMH, 6300 Zug, Belegärztin in Klinik Villa im Park in Rothrist seit 13. September 2021

Als Assistenz- und Oberarztmitglied:

Jonathan Johannes Redeker, Facharzt für Plastische Chirurgie, 5610 Wohlen, angestellt in Praxisgemeinschaft in Wohlen seit 1. Oktober 2021

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

Ärztegesellschaft des Kantons Bern Ärztlicher Bezirksverein Bern Regio

Zur Aufnahme als ordentliches Mitglied hat sich angemeldet:

Dagmar Schreiber-Dietrich, Fachärztin für Kinder- und Jugendmedizin, Localinomed, Schanzenstrasse 4A, 3008 Bern

Zur Aufnahme als ordentliches Mitglied in leitender Tätigkeit hat sich angemeldet:

Tobias Traupe, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin und Facharzt für Kardiologie, Leitender Arzt Kardiologie, Spital Tiefenau, Tiefenaustrasse 112, 3004 Bern

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

Ärztegesellschaft des Kantons Luzern

Zur Aufnahme in unsere Gesellschaft Sektion Stadt hat sich gemeldet:

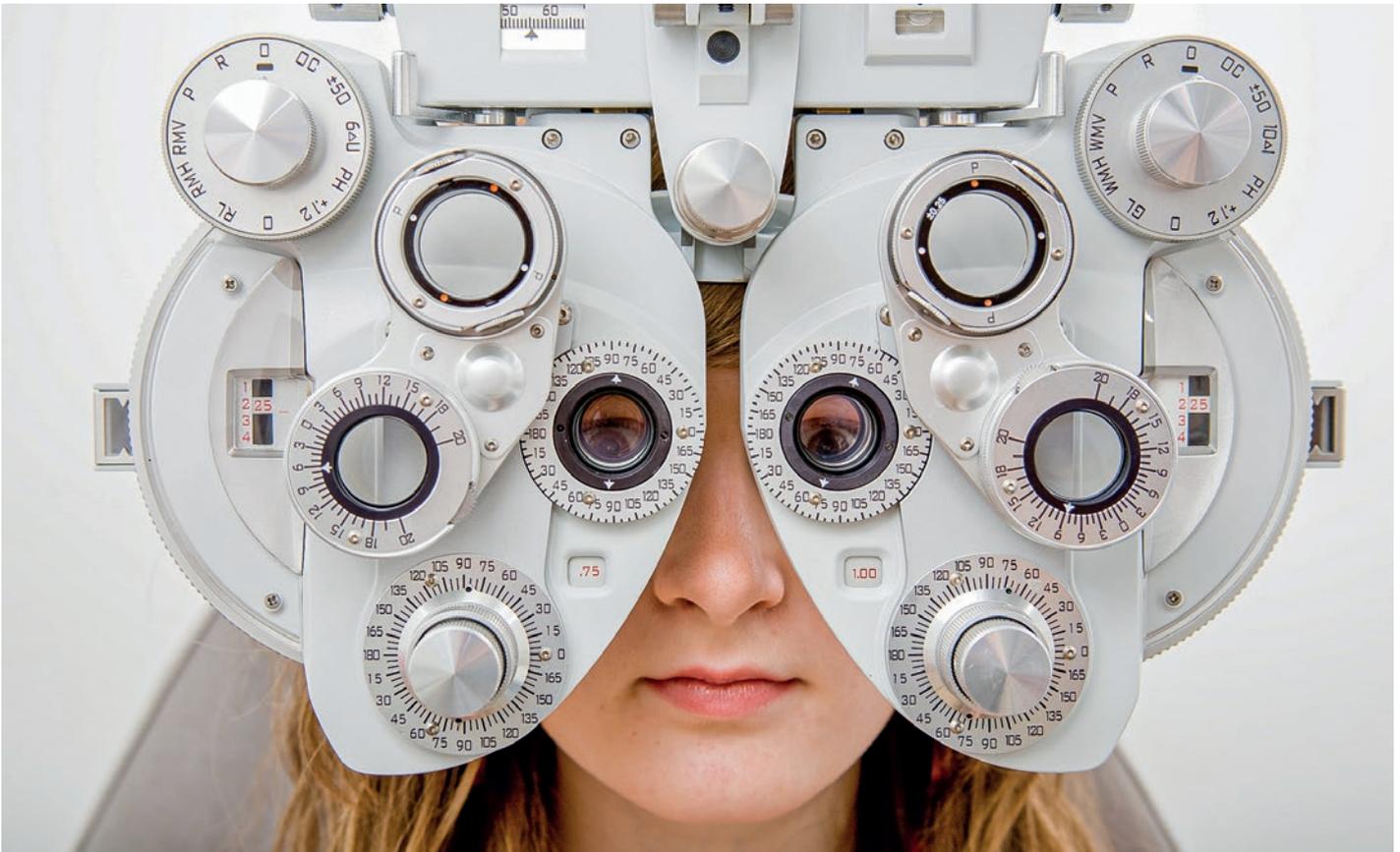
Samuel Bonorden, Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, Chiroswiss AG, Sonnenplatz 2, 6020 Emmenbrücke

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

Ärztegesellschaft Thurgau

Die Ärztegesellschaft Thurgau informiert über folgende Neuanmeldung:

Walter Funk, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, Bleichstrasse 3, 8280 Kreuzlingen



[Ressourcen im Gesundheitswesen sinnvoll einsetzen](#)

smarter medicine: «Top-5-Liste» für Ophthalmologie

Trägerschaft «smarter medicine – Choosing Wisely Switzerland»

Die Schweizerische Ophthalmologische Gesellschaft (SOG) hat ihrer Qualitäts- und Deontologiekommission den Auftrag gegeben, für die Schweiz «Choosing Wisely»-Empfehlungen auszuarbeiten. Die fünf Empfehlungen liegen eng an der US-amerikanischen Vorlage.

Die Ophthalmologie ist ein von Innovation geprägtes medizinisches Fachgebiet, das sich schnell weiterentwickelt. Entsprechend ist es auch von grosser Bedeutung, die Empfehlungen stets im Auge zu behalten, zu reflektieren und gegebenenfalls an Veränderungen in der Disziplin anzupassen. Es ist ein zentrales Anliegen der SOG, die hohe Qualität der Ophthalmologie in der Schweiz sicherzustellen, weiter auszubauen und gleichzeitig dazu beizutragen, dass die Ressourcen im schweizerischen Gesundheitswesen sinnvoll und effizient eingesetzt werden.

Die Schweizerische Ophthalmologische Gesellschaft gibt die folgenden fünf Empfehlungen ab:

Zur Entstehung dieser Liste

Die SOG hat ihre Qualitäts- und Deontologiekommission damit beauftragt, Empfehlungen in Bezug auf die «Choosing Wisely»-Liste der *ABIM Foundation* zu entwickeln. Unter Einbezug der jeweiligen Fachgruppen und des Vorstandes der SOG wurden die bereits bestehenden Top-5-Empfehlungen der *American Academy of Ophthalmology* (AAO) geprüft und positiv bewertet. Nach mehreren Fachgesprächen innerhalb der SOG wurde die Top-5-Liste im Konsens leicht abgeändert, um den schweizerischen Gegebenheiten Rechnung zu tragen. Die finale Liste wurde dem Vorstand der SOG vorgelegt, von diesem verabschiedet und an der SOG-Generalversammlung 2020 vorgestellt.

1. Kein Einsatz von lokalen Antibiotika bei viralen oder unspezifischen Bindehautentzündungen.

Der Einsatz von Antibiotika ist bei den meisten Bindehautentzündungen unnötig und führt zu zunehmenden Resistenzen weltweit. Nur ein bewusster Umgang

mit Antibiotika kann deren Wirksamkeit langfristig erhalten, damit wir auch in Zukunft bakterielle Infektionen zuverlässig kontrollieren können.

2. Verzicht auf den routinemässigen Einsatz lokaler Antibiotika in der Vorbereitung auf eine Injektion in den Glaskörperraum (intravitreal).

Studien haben gezeigt, dass die prophylaktische Gabe von lokalen Antibiotika keinen Einfluss auf das Endophthalmitis-Risiko bei intravitrealen Injektionen hat. Eine angemessene präoperative Desinfektion gemäss internationalen Richtlinien ist ausreichend. Durch den reduzierten Einsatz von Antibiotika wirken wir der Selektion resistenter Keime entgegen.

3. Kein Absetzen einer thrombozytenaggregationshemmenden oder antikoagulativen Therapie vor intravitrealen Injektionen oder Kataraktoperationen in Tropfanästhesie.

Das perioperative Blutungsrisiko bei den oben genannten Eingriffen ist sehr niedrig und wird weder durch die Einnahme von Thrombozytenaggregationshemmern noch durch Antikoagulanzen signifikant erhöht. Ein Sistieren dieser Therapien erhöht im Gegenzug das Risiko thromboembolischer Komplikationen bei den Patientinnen und Patienten und ist für die genannten Eingriffe nicht vertretbar.

4. Verzicht auf den routinemässigen Einsatz bildgebender Verfahren bei asymptomatischen Patientinnen und Patienten, fehlendem klinischem Hinweis auf eine Augenerkrankung und fehlenden Konsequenzen.

Der Einsatz bildgebender Verfahren (z.B. OCT, Fundusfotografie) bei fehlenden Symptomen, klinischen Hinweisen oder fehlenden therapeutischen Konsequenzen ist nicht indiziert. Ein sinnvoller Einsatz moderner Bildgebung trägt zur Kostensenkung und Schonung der Ressourcen im Gesundheitswesen bei.

5. Keine Indikationsstellung für eine Operation des grauen Stars allein aufgrund einer sichtbaren Linsentrübung.

Die Operation des grauen Stars ist eine relative Indikation, die in Abwägung des Patientenwunsches und individuellen Operationsrisikos gestellt werden muss. Nur in seltenen Fällen ist die Operation zwingend erforderlich. Dies kann der Fall sein, wenn ein Verzicht auf die Operation zu einer bleibenden Sehschädigung führt – z.B. im Rahmen einer intumeszenten Katarakt mit intraokularer Druckentgleisung.

Bildnachweis

Tamás Ambrits | Dreamstime.com

Trägerverein
smarter medicine
c/o SGAIM
Monbijoustrasse 43
CH-3001 Bern
smartermedicine[at]
sgaim.ch

Die Kampagne «smarter medicine»

Der Trägerverein «smarter medicine – Choosing Wisely Switzerland», der nebst medizinischen Fach- und Berufsorganisationen auch von Patienten- und Konsumentenorganisationen unterstützt wird, möchte die Öffentlichkeit für die Themen der Fehl- und Überversorgung sensibilisieren. Die Kampagne knüpft an die erfolgreiche amerikanische Initiative «Choosing Wisely» an, die zum Ziel hat, nicht nur «kluge Entscheidungen» herbeizuführen, sondern auch die offene Diskussion zwischen Ärzteschaft, Patientinnen und Patienten und der Öffentlichkeit zu fördern. In den nächsten Monaten werden weitere medizinische Fachgesellschaften sogenannte Top-5-Listen mit unnützen Behandlungen in ihrem Fachbereich publizieren. Zudem hat der Verein im Oktober 2018 eine breite Kampagne für Patientinnen und Patienten lanciert: Die bisher veröffentlichten Empfehlungen sind neu in einer für Laien verständlichen Sprache verfügbar, um gemeinsame Entscheidungen zu unterstützen. Weitere Informationen zum Trägerverein und eine Übersicht über die bestehenden Top-5-Listen sind zu finden unter www.smartermedicine.ch

Das Wichtigste in Kürze

- Die Schweizerische Ophthalmologische Gesellschaft (SOG) hat im Rahmen der Kampagne «smarter medicine» fünf Massnahmen definiert, auf die – unter gewissen Umständen – künftig verzichtet werden soll.
- Die fünf Interventionen, darunter etwa der Einsatz von Antibiotika bei Bindehautentzündungen, nützen den Patientinnen und Patienten nichts oder wenig, haben aber unerwünschte Aus- und Nebenwirkungen.
- Es ist ein zentrales Anliegen der SOG, die hohe Qualität der Ophthalmologie in der Schweiz sicherzustellen und gleichzeitig dazu beizutragen, dass die Ressourcen im schweizerischen Gesundheitswesen sinnvoll und effizient eingesetzt werden.

Briefe an die SÄZ

Schadensminderung durch E-Zigaretten (mit Replik)

Brief zu: Tomczak-Plewka A, Beck T. Die Bedeutung der Schadensminderung in der Suchtmedizin. Schweiz Ärzteztg. 2021;102(42):1359–61.

A. Tomczak-Plewka und Th. Beck heben mit Recht die Massnahmen zur Schadensminderung hervor, die die ARUD in der Behandlung der Süchtigen anwendet. Es sind dies Kranke, die in den Sog der verschiedensten Abhängigkeiten geraten sind und sich ohne diese Hilfe nicht davon befreien können. Der geschilderte Lebenslauf des Patienten Hüttenmoser ist beispielhaft: ohne Opioid-Agonisten-Therapie und die erfolgreiche Behandlung seiner Hepatitis wäre dieser «Spezialist aus Erfahrung» heute kaum in der Lage, im Peer-to-Peer-Projekt als glaubwürdiger Zeuge andern Suchtpatienten der ARUD zu helfen.

Der Artikel erinnert daran, dass die damalige Bundesrätin R. Dreifuss beharrlich gegen politischen Widerstand die 4-Säulen-Politik von Prävention, Therapie, Repression und Schadensminderung durchsetzte. Mit Erfolg. Denn das Wegfallen des Beschaffungszwanges ermöglichte, das soziale und gesundheitliche Elend der Suchtkranken zu lindern, weil man mit den Kranken ins Gespräch kommen konnte, Voraussetzung, um ihnen zu helfen. Heute ist unbestritten, dass die Gesellschaft die Abhängigkeiten der Menschen von Verhaltensweisen wie Spielsucht u.a. und von Substanzen wie Heroin, Cocain, Alkohol, Cannabis, Nikotin, Tabak, «Designer drugs» u.a. differenzierter angehen muss, als diese pauschal für «legal» oder verboten zu erklären.

Der Artikel lässt den wichtigen wirtschaftlichen Aspekt des komplexen Suchtgeschehens unerwähnt: vom Elend der Süchtigen profitieren die legalen oder illegalen Dealer auf dem offenen oder schwarzen Suchtmittelmarkt. Diese kennen die Binsenwahrheit, dass für anhaltende Geschäfte die Jungen anzufixen sind. Die durch Werbung mögliche Banalisierung wird daher zum zentralen Anliegen des Jugendschutzes und jeder Legalisierung von Suchtmitteln. Nicht von ungefähr preist die Industrie die E-Zigaretten und «innovative» Produkte des geheizten Tabaks vordergründig als schadensmindernde Alternativen für aufhörwillige Raucher an. Sie möchte damit die Ausnahmen vom Werbeverbot rechtfertigen und sucht zu vernebeln, dass ihr eigentliches Zielpublikum die Jugend ist. Die es der Nikotinabhängigkeit zuzuführen gilt, um die durch Alter, Krankheit und Rauchstopp aus-

fallende Kundschaft mit frischer zu ersetzen. Das im Herbst verabschiedete Tabakproduktegesetz beweist mit seiner Lücke, dass unsere Bundesparlamentarier mehrheitlich der Logik der Industrie (der Dealer) gefolgt sind: Das neue Gesetz gibt vor, die Jugend mit dem Verkaufsverbot an Minderjährige zu schützen. Es sabotiert aber ebendiesen Jugendschutz, weil es Werbung von Tabak- und Nikotinprodukten im von Jugendlichen bevorzugten Internet erlaubt.

Ärztinnen und Ärzte wären gut beraten, sich von den PR-Argumenten zur Werbe- und Handelsfreiheit nicht an der Nase herumführen zu lassen. Und wenn die Initiative «Ja zum Schutz der Jugend vor Tabakwerbung» am kommenden 13. Februar zur Abstimmung kommt, mit Patienten und Freunden ein JA auf den Stimmzettel zu schreiben.

Dr. med. Rainer M. Kaelin, Etoy

Replik zu «Schadensminderung durch E-Zigaretten»

R. Kaelin weist mit Recht auf die Bedeutung einer adäquaten Regulierung von psychotropen Substanzen mit Suchtpotential hin. So wie die Prohibition ein denkbar schlechter und schädlicher Ansatz ist, der die Konsumenten einem rücksichtslosen und menschenverachtenden Schwarzmarkt überlässt, und bei dem die Gewinne in kriminellen Netzwerken versickern, so verursacht auf der anderen Seite auch eine übermässige Liberalisierung Schaden, indem Menschen mit allen erdenklichen Mitteln zum Konsum animiert werden, um den Umsatz und die Gewinne der Industrie und des Handels zu steigern. Hier stellt eine sorgfältige und differenzierte, dem Schadenspotential der jeweiligen Substanz angepasste staatliche Regulierung von Produktion, Vertrieb, Preisgestaltung/Besteuerung und von eventuellen Werbemassnahmen die für die Konsumenten und die Gesellschaft beste und nachhaltigste Lösung dar. So wie in diesem Sinne bisher illegale Substanzen entkriminalisiert und reguliert werden müssen, besteht bei den legalen Substanzen Alkohol und Tabak ein Anpassungsbedarf in Richtung einer strengeren Regulierung, wie es R. Kaelin anhand der Werbemassnahmen für Tabak- und Nikotinprodukte aufzeigt.

*Dr. med. Thilo Beck,
Chefarzt Psychiatrie,*

Arud Zentrum für Suchtmedizin, Zürich

L'Analyse de Régression ou à quelle sauce nous allons être mangés (avec réplique)

Ce nouvel outil de contrôle de l'économicité est né d'une collaboration entre la FMH et les assureurs sur l'incitation du Conseil fédéral. Il a été validé en 2018 mais appliqué rétroactivement dès 2017 [1].

Depuis son application, de nombreuses lacunes sont ressorties et la FMH n'est pas restée insensible aux critiques. Un colloque a été organisé à la fin 2020 et la publication «Echange d'expériences sur la nouvelle méthode de sélection» [2] révèle que cette méthode est loin d'atteindre son but, elle est «imparfaite et doit être affinée». Quelques constatations ressortent:

- Cette méthode n'est pas un indicateur d'économicité, mais un indicateur de coûts. En plus, elle n'examine pas si les prestations sont justes ou économiques, elle procède à une sélection arbitraire des cabinets selon des critères non objectifs en la liant à la morbidité;
- ces coûts par patient sont comparés avec ceux des médecins du même groupe de spécialistes de toute la Suisse indifféremment du lieu de pratique et s'ils sont dispensateurs de médicaments, etc. Concernant l'emplacement du cabinet, on efface toutes les différences de territoire, type de pratique et on prétend que, par régression, un dénominateur statistique significatif en résulte. Dans cette alchimie des variables [2], on «oublie» par exemple que dans un même groupe de spécialistes il y a des médecins qui prescrivent des médicaments et d'autres qui sont habilités à les vendre [3];
- les statistiques du même groupe de médecins sont truffées d'aberrations: des médecins retraités ou décédés, des praticiens qui ont d'autres spécialités, psychiatres, chirurgiens, gynécologues, des urgentistes sans cabinet ou de grands cabinets de groupes qui opèrent sous un seul numéro RCC avec des revenus à des millions.

Briefe

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

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

Le caractère imprécis de cette méthode amène à des résultats surprenants: plus un médecin gère seul un patient et le traite dès le début sans l'hospitaliser, sans l'envoyer chez un spécialiste, plus il est cher et non économique. A l'inverse, le praticien qui délègue ses patients à des spécialistes a des indices bas et est économique. D'après le critère de l'hospitalisation, plus on hospitalise, plus la méthode conclut que ce praticien a une patientèle avec une morbidité importante. Son indice de régression est bas et donc économique?!

Avec cette méthode, la pratique de la médecine est devenue difficile, elle est vidée de ses objectifs primaires: prévenir, diagnostiquer, traiter et guérir.

Actuellement, les généralistes vivent sous tension. Peur de dépasser le temps de consultation, peur d'investiguer ou de prescrire.

L'émission *Mise au Point* sur la RTS du 25 avril 2021 [4] illustre bien le désarroi de nos confrères soumis à des procédures de rétrocessions d'honoraires.

Avec les anciens indices, nous avons des pères avec les collègues du même canton. Juridiquement, nos indices RCC sont toujours valables mais SantéSuisse a refusé dès 2019 de les intégrer dans nos propres statistiques. Pourquoi?

Aujourd'hui, la FMH subit des revers majeurs. A très haut niveau, on discute d'enveloppes budgétaires et après maintes années de travail, la nouvelle tarification, le TARDOC, se

trouve en «stand by». Connaissant la force du lobbying des assureurs dans les couloirs du Palais fédéral, doit-on s'étonner? Sous contrat, la FMH assume un outil statistique pervers qui est loin de produire les effets escomptés.

Pendant ce temps-là, les assureurs continuent imperturbablement de nous harceler à l'aide d'un montage qui n'est ni affiné, ni exact.

Dr Serban Sikitiu, spécialiste en pédiatrie et médecin praticien, Lausanne

Références

- 1 Kessler T, Brunner L, Trittin A. Nouvelle méthode de screening pour les contrôles de l'économie. Bull Med Suisses. 2018;99:1390-1.
- 2 Müller P, Kessler T. Echange d'expériences sur la nouvelle méthode de sélection. Bull Med Suisses. 2021;102:73-5.
- 3 TF: Arrêt 9C_67/2018 du 20 décembre 2018.
- 4 RTS: La Mise Au Point, le 25 avril 2021.

Réplique à «L'Analyse de Régression ou à quelle sauce nous allons être mangés»

Das Krankenversicherungsgesetz gibt vor, dass Leistungserbringer und Versicherer eine Methode zur Kontrolle der Wirtschaftlichkeit festlegen müssen. Die statistische Screening-Methode nach Art. 56 Abs. 6 KVG wurde zwischen der FMH, SantéSuisse und curafutura vertraglich geregelt. Die statistische Scree-

ning-Methode filtert Ärzte mit statistisch auffällig hohen Kosten im Vergleich zum Vergleichskollektiv. Damit ist aber noch nicht bewiesen, dass ein Arzt unwirtschaftlich Leistungen erbringt. Erst im Rahmen einer nachgelagerten Einzelfallbeurteilung kann dies abschliessend beurteilt werden. In einer Einzelfallanalyse sind beispielsweise die Praxisbesonderheiten des Arztes zwingend zu berücksichtigen. Im Vertrag dazu haben die Vertragspartner auch vereinbart, dass die Screening-Methode kontinuierlich weiterentwickelt werden muss.

Mit der neuen statistischen Screening-Methode (Regressionsanalyse), welche für Daten ab dem Jahr 2017 zur Anwendung kommt, sind im Vergleich zur Vorgängermethode ANOVA deutlich weniger Ärzte statistisch auffällig. Damit werden auch deutlich weniger Ärzte im Rahmen der Wirtschaftlichkeitsprüfung durch SantéSuisse angeschrieben. Mit der neuen Methode kann die Morbidität des Patientenkollektivs des Arztes besser abgebildet werden. In einem ersten Schritt wurden das Alter und das Geschlecht berücksichtigt und mit der neuen Methode auch die PCG (Pharmaceutical Cost Groups), Höhe der Franchise und Spitalaufenthalt im Vorjahr als Morbiditätskriterien. Die Vergleichskollektive müssen bis auf die einzelnen ZSR-Nummern offengelegt werden. So kann vermieden werden, dass unzulässige Leistungserbringer für das Vergleichskollektiv berücksichtigt werden. Es

Aktuelle Themen auf unserer Website

www.saez.ch → Tour d'horizon



Interview mit Matthias Stucki, Studienleiter «Green Hospital», Zürcher Hochschule für Angewandte Wissenschaften ZHAW

«50% der Spitäler könnten ihren Umwelt-Fussabdruck halbieren»

Die Studie «Green Hospital» untersucht erstmals den Umwelt-Fussabdruck des Schweizer Spitalwesens. Wie dieser Sektor umweltfreundlicher werden kann, weiss Matthias Stucki, Studienleiter und Experte für Ökobilanzierung.



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.



ist unbestritten, dass auch diese neue Methode noch weiteres Verbesserungspotential hat. Die FMH setzt sich dafür in den entsprechenden Arbeitsgruppen für eine laufende Verfeinerung und Weiterentwicklung der Methode ein. Gerne nehmen wir auch Input zur Weiterentwicklung der statistischen Screening-Methode entgegen und bringen diesen Input in den entsprechenden Arbeitsgruppen ein.

Weitere Information zur statistischen Screening-Methode (Regressionsanalyse) finden Sie auf der Website der FMH.

Patrick Müller, Leiter Abteilung Ambulante Versorgung und Tarife FMH

Über die Ursachen langfristiger Konflikte bei Covid-19

Der 34-jährige Augenarzt Li Wenliang orientierte am 30.12.2019 Kollegen über sieben SARS-Fälle im Wuhan Central Hospital, wo er arbeitete. Man vermute einen Zusammenhang mit dem Fischmarkt. Er wurde politisch gemassregelt und starb an Covid am 6.2.2020. Daraus folgende Fakten:

Es braucht Bildung, um etwas zu sehen, Zusammenhänge zu erfassen, und Mut, dies mitzuteilen.

An Covid erkrankten Menschen und viele Säugetiere (die am Fischmarkt gehandelt wurden, nicht Fische). Weitere Virus-Mutanten sind deshalb zu erwarten. Die aktuelle Delta-Variante ist leichter übertragbar (Kinder-Erwachsene).

Corona-Viren werden aerogen übertragen. Deshalb wirken Abstand (Nase-Nase), Masken, Trennwände (Visiere).

Arbeitsmedizin: Massnahmen an der Quelle sind am effektivsten: Jede Maske vor der Nase eines Spreaders ohne Ventil zur rechten Zeit ist weit effizienter als eine FFP3-Maske mit der Leckage Haut-Maske, zum eigenen Schutz.

Covid ist eine Berufskrankheit: Augenärzte, ORL- und Zahnärzte sind speziell gefährdet. Dies betrifft auch andere Berufe, wie Personal in Schulen, Verkauf, Reinigung usw.

Die Anerkennung als Berufskrankheit schützt vor Long Covid, weil damit die Prophylaxe der Erkrankung und Rehabilitation des Personals für Arbeitgeber rentabel werden (Gesundheits- und Bildungspersonal). Der CEO, früher Patron, welcher die eigene Verantwortung für sein Personal wahrnimmt und wirksamer schützt, ist geachtet und bezahlt weniger Prämie.

Prophylaktische (Massen-)Testungen modifizieren lokale Epidemien. Die Welle der Erkrankungen wird flacher, dafür länger. Langfristig sind sie unwirksam. Negativ Getestete sind bereits erkrankt oder erkranken später. Deshalb ist es sinnvoll, alle impfbaren Personen, heute Jugendliche ab 12 Jahren, zu impfen. Impfen ist Bildung des Immunsystems.

Alle in so kurzer Zeit entwickelten Impfstoffe sind wirksam gegen alle bisherigen Covid-19-Varianten. Die Erkrankung ist über tausendfach gefährlicher als die Impfung. Dass wir bisher nur einen Impfstoff für Impfungen in der Praxis zur Verfügung hatten, war ein Vorteil. Diskussionen über minimale Vorteile eines Impfstoffes blieben erspart. Alle wirksamen Impfstoffe zeigen Impfreaktionen und unterschiedliche, aber seltene schwere unerwartete Impfnutzenwirkungen (juristisch Unfall). Das Risiko einer schweren Erkrankung ist viel grösser als eine schwere Impfnutzenwirkung. Das Risiko ist bedeutend kleiner als

viele Freizeitaktivitäten (no risk – no fun)! Quarantäne ist ungesund und kostet viel.

Es gibt Menschen, die anders denken. Man muss sie akzeptieren, ausser sie gefährden andere Mitmenschen, z.B. auch bei Demonstrationen. Zur friedlichen Lösung sollen nur gute Menschen Waffen tragen, die «Gens d'armes» (Gendarmerie, Carabinieri), heute im Staat (Stadt – Polis) – die Polizei.

Vor allem Staaten benötigen heute mehr Vertrauen in eine gerechte Justiz und gerechte Ökonomie, sowohl innen- wie aussenpolitisch. Soziale Konflikte, Kriege brechen nicht aus. Sie werden von Menschen zur Diskriminierung von Personen gemacht. Der Friede basiert langfristig auf Vertrauen und Solidarität, ist mehr als ein Kompromiss. Die Gier nach Macht einzelner Personen mit narzisstischem Denken und Handeln, auch in Gruppen (Staaten, Parteien, Kartelle) mit allen Mitteln noch mehr kurzfristige Vorteile zu ergattern, ist wahrscheinlich die wichtigste Ursache aller zwischenmenschlichen Konflikte.

Dr. med. Markus Gassner, Grabs

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

Facharztprüfungen

Facharztprüfung zur Erlangung des Facharztstitels für Neurochirurgie

Datum

Frühling: 11.3.2022

Herbst: 11.11.2022

Ort

Frühling: Neurochirurgie, Kantonsspital St. Gallen, Rorschacherstrasse 95, 9007 St. Gallen

Herbst: Neurochirurgie, Kantonsspital St. Gallen, Rorschacherstrasse 95, 9007 St. Gallen

Anmeldefrist

Frühling: 11.2.2022

Herbst: 14.10.2022

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

Facharztprüfung zur Erlangung des Facharztstitels Kinder- und Jugendmedizin

Schriftliche Prüfung

Freitag, 17. Juni 2022, 13.00–16.00 Uhr
Universität Freiburg, Bd de Pérolles 90, 1700 Freiburg

Änderungen aufgrund der Covid-19-Situation sind vorbehalten. Weiterführende und laufend aktualisierte Informationen finden Sie auf unserer Website [pädiatrie.schweiz](http://padiatrie.schweiz.ch).

Praktische Prüfung

September bis Dezember 2022

Die Einteilung erfolgt nach der schriftlich theoretischen Prüfung. Datum und Ort werden zusammen mit den Resultaten der schriftlich theoretischen Prüfung mitgeteilt.

Anmeldefrist für beide Prüfungen:

30. April 2022

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

Facharztprüfung zur Erlangung des Facharztstitels Physikalische Medizin und Rehabilitation

Mündliche Prüfung

Datum: Freitag, 10. Juni 2022

Ort:

Medworld AG
Sennweidstrasse 46
6312 Steinhausen

Anmeldefrist: 31. März 2022

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

Schwerpunktprüfung zur Erlangung des Schwerpunktes Zytopathologie zum Facharzttitel Pathologie

Datum: 10. Mai 2022

Ort: Institut für Pathologie, Universität Bern

Anmeldefrist: 28. Februar 2022

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

Schwerpunktprüfung zur Erlangung des Schwerpunkttitels für Molekularpathologie

Datum: 5. Mai 2022

Ort: Institut für Pathologie der Universität Bern, Murtenstrasse 31, 3008 Bern

Prüfungsgebühr: Die Fachgesellschaft erhebt einen Unkostenbeitrag von CHF 500.

Zulassungsbedingungen: Es sind ausschliesslich Ärztinnen und Ärzte mit einem eidgenössischen oder vom BAG anerkannten ausländischen Arztdiplom zur Prüfung zugelassen (Art. 23 WBO). Die Übergangsbestimmungen sind in Art. 69 Abs. 3 der WBO festgehalten.

Anmeldefrist: 1. März 2022

Anmeldung an

Thomas McKee
Service de Pathologie Clinique
Hôpitaux Universitaires de Genève
Rue Gabrielle-Perret-Gentil 4
1211 Genève 14
[thomas.a.mckee\[at\]hcuge.ch](mailto:thomas.a.mckee[at]hcuge.ch)

Informationen

Das Bestehen der Prüfung ist Voraussetzung für den Erwerb des Schwerpunkttitels für Molekularpathologie (allfällig anwendbare Übergangsbestimmungen und Ausnahmen: Artikel «Facharztprüfung – was gilt?»).

Schweizer Spitäler auf dem Weg zur Nachhaltigkeit

«50% der Spitäler könnten ihren Umwelt-Fussabdruck halbieren»

Das Interview führte: Julia Rippstein

Redaktorin Print Online

Die Nutzung von Gesundheitsdienstleistungen verursacht mehr als fünf Prozent der konsumbedingten Treibhausgasemissionen der Schweiz. Ein wichtiger Anteil davon geht zulasten der Spitäler: Die Studie «Green Hospital» untersucht erstmals den Umwelt-Fussabdruck des Spitalwesens hierzulande. Wie dieser Sektor umweltfreundlicher werden kann, weiss Matthias Stucki, Studienleiter und Experte für Ökobilanzierung an der Zürcher Hochschule für Angewandte Wissenschaften.

Matthias Stucki, Sie haben diese Studie während vier Jahren begleitet: Worum geht es und was untersucht sie genau?

«Green Hospital» ist ein Forschungsprojekt des Nationalen Forschungsprogramms «Nachhaltige Wirtschaft» NFP 73, welches durch den Schweizerischen Nationalfonds gefördert und unterstützt wird. Die Studie setzt sich zum Ziel, umfassendes Wissen zu Ressourcenbedarf und Ressourceneffizienz bei Schweizer Spitälern aufzubauen und die entscheidenden Faktoren bezüglich Umweltbelastung im Spitalsektor aufzuzeigen. Auch geht sie die Frage an «Wo können wir ansetzen, um etwas zu verändern?» und erarbeitet in diesem Zusammenhang eine Liste von umweltfreundlichen Best Practices für hiesige Spitäler.

Sie haben den Fokus auf Spitäler gesetzt. Was ist der Grundgedanke dahinter?

Auslöser war eine Studie vom Bundesamt für Umwelt, an der ich mitarbeitete. Diese Arbeit zeigte, wie stark verschiedene Konsumbereiche die Umwelt belasten. Ernährung, Mobilität und Wohnen hatten dabei den grössten Umwelteinfluss. Auf Platz vier kam bereits die Gesundheit. Dies weckte meine Aufmerksamkeit: Obwohl das Gesundheitswesen zum Fussabdruck wesentlich beiträgt, gab es kaum Forschungsprojekte zu diesem Thema. Insbesondere die Spitäler machen einen wichtigen Teil des Gesundheitssektors aus. Deshalb sahen wir einen grossen Bedarf, diesen Bereich überhaupt einmal zu untersuchen und das Verbesserungspotenzial zu bestimmen. Als wir das Projekt vor vier Jahren starteten, waren wir in der Schweiz fast die Einzigen, die auf diesem Gebiet forschten.

Zur Person

Matthias Stucki ist Umweltwissenschaftler und leitet die Forschungsgruppe Ökobilanzierung am ZHAW Institut für Umwelt und Natürliche Ressourcen sowie das Forschungsprojekt Green Hospital. Kontakt: Matthias.stucki[at]zhaw.ch



Wieso gibt es so wenige Studien über das Thema?

Diese Frage haben wir nicht untersucht, aber ich kann ein Stück weit spekulieren. Im Gegensatz zu den Supermärkten gibt es in der Gesundheit keinen Druck von der «Kundschaft» in Sachen Nachhaltigkeit. Für den Patienten resp. die Patientin steht die optimale medizinische Versorgung verständlicherweise im Vordergrund. Ein Spital wird nicht aus Nachhaltigkeitsgründen gewählt, sondern aufgrund seiner guten medizinischen Leistungen. Zudem stellen die Komplexität und die Verschiedenartigkeit der Prozesse im Spital einige Herausforderungen. Und es gibt die Befürchtung, dass es einen Konflikt zwischen Nachhaltigkeit und medizinischer Qualität geben könnte: Gesundheit ist die oberste Priorität und Nachhaltigkeit darf dabei nicht einschränken. Erfreulicherweise gibt es viele Bereiche, in denen keine Konflikte bestehen und beide Ziele gut vereinbar sind.

Können Sie das präzisieren?

Viele umweltfreundliche Massnahmen lassen sich problemlos umsetzen. Öko-Stromprodukte haben beispielsweise keinen Einfluss auf medizinische Leistun-

gen. Schwieriger wird es, wenn Massnahmen mehr Kosten verursachen oder mehr Personal erfordern. Wenn Nachhaltigkeit zu einem Wettbewerb um Ressourcen führt, dann kann es zu Konflikten kommen. Aber eben: Ganz viele Best Practices kosten wenig oder können sogar Kosteneinsparungen bewirken.

Bevor wir zu den Best Practices und Hauptresultaten der Studie kommen, können Sie erklären, welche Methodik Sie angewendet haben?

Methodisch betrachtet ist das Projekt hoch spannend wegen der interdisziplinären Vorgehensweise. Wir von der Forschung arbeiten eng mit der Praxis zusammen. Dafür hatten wir «Praxis-Partner»: die Inselgruppe in Bern, das Spital Wetzikon, die Hôpitaux Universitaires de Genève und das Kantonsspital Graubünden. Unser Ziel war es, eine grosse Bandbreite an Spitälern abzudecken, um unterschiedliche Perspektiven einzubringen: von der regionalen bis zur grossen universitären Institution. Natürlich mussten die Partner ein grundlegendes Interesse am Thema Nachhaltigkeit haben und die Bereitschaft dafür, Änderungen vorzunehmen. Bei den Partnerspitälern analysierten wir mittels der Ökobilanz-Methodik den Umwelt-Fussabdruck. Anschliessend führten wir eine nationale Umfrage durch, um die wichtigsten Kennzahlen für die Fussabdruck-Berechnung schweizweit systematisch zu erheben. 33 Spitäler machten schlussendlich mit. Mit den Daten konnten wir den Umwelt-

Fussabdruck jedes Spitals individuell bestimmen und die grössten ökologischen Hebel identifizieren.

Können Sie die Resultate zusammenfassen?

Die Energieversorgung, also Wärme und Strom, der Verpflegungsbereich der Hotellerie und die Gebäudeinfrastruktur sind die wichtigsten Bereiche hinsichtlich Umweltbelastung in Spitälern. Damit entsprechen die Konsumbereiche mit den grössten Auswirkungen auf unsere Umwelt im Spital denen im privaten Umfeld. Konkret macht die Wärmeversorgung 26% der Treibhausgasemissionen der Spitäler aus, die Verpflegung 17% und die Gebäudeinfrastruktur 15%. Auf Platz vier sind Pharmazeutika, gefolgt vom

Die Hälfte der Spitäler könnten ihre Emissionen um 50% vermindern, ohne dass ihre Leistungen schlechter würden. Das ist ein enormes Potenzial.

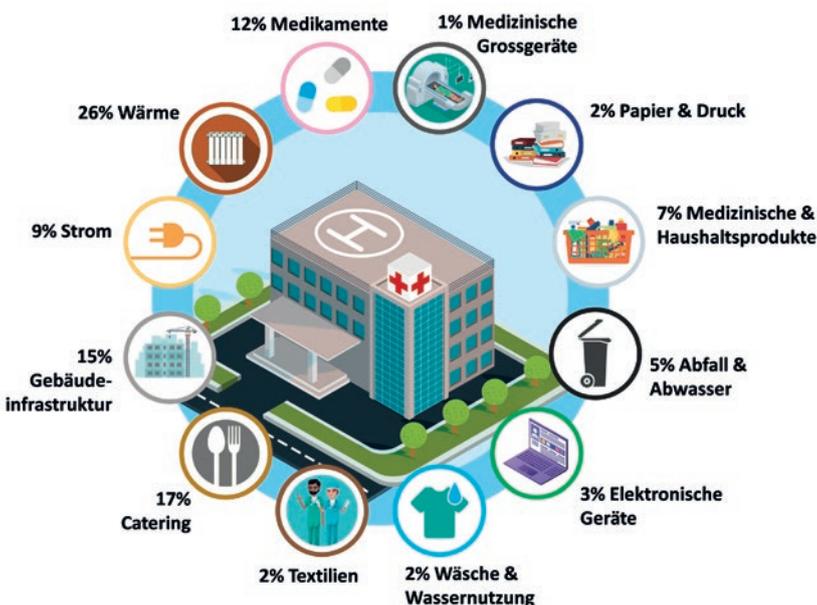
Strom, der Produktion von betrieblichen Verbrauchsmaterialien wie zum Beispiel Reinigungsmitteln und medizinischen Produkten wie Masken. Dann kommt Abfall bzw. Abwasser, gefolgt von elektronischen Geräten, der Wäscherei, den Textilien und der Herstellung von medizinischen Grossgeräten.

In einem zweiten Schritt wurde die Ressourceneffizienz vom Institut für Wirtschaftsstudien Basel (IWSB) berechnet. Was war da der Befund?

Es hat sich herausgestellt, dass die Ressourceneffizienz unabhängig von der Spitalgrösse ist. Man kann nicht sagen, dass kleinere Spitäler ökologisch effizienter sind als grössere oder umgekehrt. Die Berechnung hat gezeigt, dass die Hälfte der Spitäler ihre Emissionen um rund 50% vermindern könnten, ohne dass ihre Leistungen weniger würden. Da gibt es ein enormes Potenzial. Das grösste liegt in der Wärmeversorgung. Ob ein Spital erneuerbare oder fossile Energien verwendet, macht einen beträchtlichen Unterschied. Spitäler, die ihre Energie mit Fernwärme bereitstellen, schneiden in der Ökobilanz deutlich besser ab. Auch Infrastruktur ist ein entscheidender Faktor: Alte Gebäude sind oft weniger energieeffizient.

Was ist der Unterschied zwischen Ökobilanz und Ressourceneffizienz?

Für die Ökobilanz werden Umweltindikatoren, wie Treibhausgasemissionen und graue Energie, berechnet. Dann schauen wir, wie diese sich auf die verschiedenen Bereiche, wie Mobilität, Heizung und Verpflegung, verteilen. Damit lassen sich die einzelnen Spitäler miteinander vergleichen. Bei der Ressourceneffizienz



Anteile an den Treibhausgasemissionen eines Durchschnittspitals

Wärmeversorgung, Verpflegung, Infrastruktur und Medikamente sind die wichtigsten Bereiche hinsichtlich Umweltbelastung in Spitälern.



«Green Hospital: Environmental Impact Assessment, Resource Efficiency and Hands-on Applications» ist ein vom Schweizerischen Nationalfonds im Rahmen des Nationalen Forschungsprogramms «Nachhaltige Wirtschaft» (NFP 73) gefördertes Forschungsprojekt, das von der ZHAW Zürcher Hochschule für Angewandte Wissenschaften, dem Fraunhofer-Institut für Materialfluss und Logistik und dem Institut für Wirtschaftsstudien Basel IWSB gemeinsam mit Spitalpartnern durchgeführt wird. Mehr Infos: <https://www.greenhospital.ch/>

kommt die erbrachte Leistung hinzu: Wie viel Leistung wird pro verbrauchte Ressource erzeugt?

Wie können Spitäler umweltfreundlicher werden? Wie sieht ein nachhaltiges Spital aus?

Das fängt schon beim Bau an, beispielsweise mit der Verwendung von nachhaltigen Materialien wie einheimischem Holz. Das Gebäude sollte mit erneuerbarer Energieversorgung ausgerüstet werden. LED kann zum Beispiel für die Beleuchtung verwendet werden. Ein anderer Bereich, wo schnell und einfach Massnahmen umgesetzt werden können, ist die Verpflegung: Am Kantonsspital Graubünden sind nun die Eintrittsmenüs fleischlos, Fleisch gibt es aber immer noch im Angebot. Zudem laufen die Bestellungen neu elektronisch, was zu weniger Foodwaste führt. Wir haben festgestellt, dass 9% der Gerichte ohne Bestellung unangerührt geblieben waren, mit Bestellung waren es lediglich 2%. Das Spital kann entsprechend weniger Lebensmittel kaufen und spart so Kosten ein. Solche Massnahmen vermindern Emissionen, ohne dass die Qualität der Versorgung leidet. Eine nachhaltige Medikamentenbeschaffung ist auch ein wichtiger Hebel für ein nachhaltiges Spital. Viele Prozesse verursachen nicht direkt im Spital Umweltauswirkungen, sondern vielmehr in der vorgelagerten Lieferkette, zum Beispiel beim Einkauf von Textilien, Medikamenten oder Elektronik.

Sie haben das Kantonsspital Graubünden als Muster-schüler bei der Verpflegung erwähnt. Was wird sonst schon in der Praxis umgesetzt?

Das neue Gebäude des Inselspitals in Bern ist ein gutes Beispiel für nachhaltige Infrastruktur: Es ist «Minergie-P-ECO» zertifiziert und nutzt Fernwärme für die Wärmeversorgung. Wir schauen auch, was im Ausland passiert und sind daran, eine Liste von Best Practices für nachhaltige Spitäler auszuarbeiten.

Welche Länder haben die Nase vorne?

In England beschäftigt sich der National Health Service intensiv mit Nachhaltigkeit im Gesundheitswesen und

hat eine Abteilung für eine nachhaltige Gesundheitsversorgung gegründet. Es sind bereits mehrere Studien dazu publiziert worden. Deutschland und Dänemark treiben ebenfalls Projekte in Sachen nachhaltiges Gesundheitswesen voran. In diesen Ländern wird das Thema intensiver und seit längerem diskutiert. Aber die Schweiz holt auf.

Dank Ihrer Studie?

Unsere Studie hat sicher zu einem gewissen Mass etwas ausgelöst. Ich erwarte, dass sich in den nächsten Jahren noch mehr Spitäler für Nachhaltigkeit engagieren werden. Das Interesse für die Problematik wird generell grösser. Wir erhalten viele Medienanfragen, aber auch Anfragen von Spitalern, die sich mehr Austausch mit anderen Spitalern wünschen. Es hat sich in den letzten Jahren gezeigt, dass sich auf dem Gebiet etwas bewegt, auch dank den Umweltberichten des Universitätsspitals Basel und der Hôpitaux Universitaires de Genève.

Das vierjährige Projekt «Green Hospital – Ressourceneffizienz in Schweizer Spitalern» ist offiziell im August 2021 beendet worden. Wie geht es nun weiter?

Obwohl das Forschungsprojekt abgeschlossen ist, gibt es noch einige Handlungsstränge, die wir gerne weiterverfolgen möchten. Dazu zählen die Vorstellung der Studienergebnisse an Konferenzen, die Förderung des Austausches zwischen den Spitalern, das Vorantreiben der Netzwerk-Aktivitäten und das Fertigstellen der Best-Practices-Liste. Wir sind derzeit dabei, Feedback von den Spitalern zu den erarbeiteten Best Practices

Mit einem Bestellsystem wird Foodwaste reduziert. Das Spital kann entsprechend weniger Lebensmittel kaufen und spart so Kosten ein.

einzuholen und eine Hochrechnung für die Schweiz zu realisieren. Zudem wollen wir den Gesamtanteil sämtlicher Spitäler an den Treibhausgasemissionen der Schweiz bestimmen und diese Ergebnisse publizieren. Im Hinblick auf die vielen Anfragen seitens der Spitäler wird «Green Hospital» als Projekt sicher weitergeführt. Wir möchten künftig auch andere Akteure des Gesundheitssystems unter die Lupe nehmen wie beispielsweise die Pflegezentren.

Publikation

Keller RL, Muir K, Roth F, Jattke M, Stucki M (2021). From bandages to buildings: Identifying the environmental hotspots of hospitals. Journal of Cleaner Production, 319 (128479). <https://doi.org/10.1016/j.jclepro.2021.128479>

Credits

Grafiken: Colourbox.de und Fraunhofer IML
Portrait: ZHAW

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

Weshalb Männer öfter an Krebs sterben als Frauen

Viele lebensbedrohliche Krankheiten wie zum Beispiel Krebs verlaufen bei Männern schwerer als bei Frauen – und in viel mehr Fällen sogar tödlich. Eine molekulare Ursache für diesen Unterschied zwischen den Geschlechtern hat nun ein Forschungsteam der Technischen Universität München (TUM) entdeckt. Auf der Basis von Patientenkohorten aus Deutschland und Kanada fand das Forschungsteam heraus, dass Männer, deren Blut eine erhöhte Konzentration des körpereigenen Proteins TIMP1 aufweist, ein deutlich erhöhtes Risiko haben, an Krebs zu versterben. Zudem zeigten Analysen, dass der Anstieg von TIMP1 eine Verstärkung der Lebermetastasierung zur Folge hat, die bei Bauchspeicheldrüsenkrebs, Darmkrebs und beim Melanom zum Tode führt. Die Studie zeigt, dass der riskantere Lebensstil von Männern, die im Mittel mehr Tabak und Alkohol konsumieren als Frauen, nicht der alleinige Grund für schwere Krankheitsverläufe ist.



Harris Shiffman | Dreamstime.com

(rupress.org/jem)

Hautkrebs: Besserer Krankheitsverlauf dank präoperativer Immuntherapie

Seit einiger Zeit werden bei bösartigen Tumoren neoadjuvante Therapien eingesetzt. Dabei wird mittels Chemotherapie, Bestrahlung und/oder Immuntherapie die Tumormasse bereits vor einer Operation reduziert, um so eine verbesserte Ausgangssituation für die chirurgische Entfernung des bösartigen Gewebes zu schaffen. Eine Studie unter der Leitung von Reinhard Dummer von der Dermatologischen Klinik am Universitätsspital Zürich zeigt nun, dass eine präoperative Immuntherapie bei Melanomen die Wahrscheinlichkeit für das Überleben und für eine längere Zeit ohne Rückfälle erhöht. Für die Studie wurde den Patientinnen und Patienten T-VEC, ein genetisch modifiziertes Herpesvirus, in das Metastasengewebe injiziert. Die T-VEC-Viren vermehren sich dort und greifen die Krebszellen an, die Anregung und Verbreitung von T-Zellen führt zudem zu einer körperweiten Abwehrreaktion gegen die Krebszellen. Dummer und sein Team publizierten die vielversprechenden Resultate kürzlich im Journal *Nature Medicine*.



© Ocskay Mark | Dreamstime.com

(Universitätsspital Zürich)

La proportion d'élèves en surpoids reste élevée

En Suisse, 17,2% des enfants et adolescents sont en surpoids dont 4% souffrent d'obésité, selon une étude de Promotion Santé Suisse qui a évalué l'IMC de 29000 élèves de neuf cantons, dont Genève et Jura, et de quatre villes, dont Berne et Fribourg. Si ce chiffre diminue globalement depuis 10 ans, il est en légère hausse par rapport à 2017 (16,4%), date du dernier monitoring. De plus, la proportion d'élèves en surpoids au niveau du troisième cycle stagne à un niveau élevé (21,4%). La nationalité et l'origine sociale jouent un rôle: près d'un enfant étranger sur quatre est en surpoids ou obèse. Chez les enfants suisses, cette part est d'un sur sept. Près d'un enfant sur trois de parents sans formation postobligatoire est en surpoids ou obèse. Les proportions d'enfants en surpoids de parents ayant un diplôme du niveau secondaire II (19,3%) ou du niveau tertiaire (9,2%) sont nettement plus faibles. Il existe aussi des différences entre ville et campagne: globalement, en milieu urbain (18,6%), la proportion d'élèves en surpoids ou obèses est légèrement plus élevée qu'en milieu rural (16,4%).

(Promotion Santé Suisse)



© Marija Stepanovic | Dreamstime.com

Comment les vibrations créent l'illusion

Le cerveau ne perçoit pas de manière fiable la fréquence d'une vibration lorsque son amplitude varie, selon les Universités de Genève et de Fribourg. L'étude est parue dans *Nature Communication*. Un groupe de souris et un groupe d'humains devaient distinguer les fréquences de vibrations ressenties sur la patte ou sur la main. Les rongeurs sont plus sensibles aux fréquences élevées (1000 Hz), alors que la sensibilité humaine optimale se situe à des fréquences beaucoup plus basses (250 Hz). Cependant, souris comme humains distinguent plus difficilement une fréquence basse d'une fréquence haute lorsque leurs amplitudes ne sont pas égales. En effet, un choix spécifique de leurs amplitudes respectives peut créer un phénomène de constance perceptuelle: des fréquences de vibration physiquement différentes sont ressenties comme identiques. La raison? Les fréquences supérieures ou inférieures à la fréquence préférée sont ressenties comme étant identiques à cette fréquence lorsque l'amplitude est élevée. Une vibration de haute fréquence (500 Hz) nous paraît alors plus basse qu'en réalité, tandis qu'une vibration inférieure à la fréquence de préférence (150 Hz) nous semble plus élevée.

(Université de Genève)

Den Ursachen von Herzrhythmusstörungen auf der Spur

Aus In-vitro-Versuchen weiss man, dass Herzmuskelzellen elektrisch mit aktivierten Herzbindegewebszellen kommunizieren. Bislang konnte jedoch nicht geklärt werden, inwiefern Interaktionen zwischen den verschiedenen Zelltypen des Herzens den normalen Herzrhythmus beeinflussen und möglicherweise auch lebensbedrohliche Rhythmusstörungen auslösen. Um diese Frage beantworten zu können, entwickelten Forschende der Universität Bern eine neue Messmethode, dank der es möglich ist, die Herzaktivierung gleichzeitig optisch und elektrisch zu erfassen. Falls sich in den geplanten Versuchen an isolierten Mauseherzen bestätigen sollte, dass auch Nicht-Herzmuskelzellen Herzrhythmusstörungen verursachen, würden sich der Behandlung von Herzrhythmusstörungen vollständig neue Wege eröffnen.

(Universität Bern)



© Sudok1 | Dreamstime.com

... Olga Felix, Hausärztin in Meisterschwanden (AG) und Demeter-Landwirtin in Aesch (LU)

«Meine Gesundheit zeigt mir meine Grenzen»

Daniel Lüthi

Freier Journalist und Fotograf, Medientrainer, Bern

Ihre beiden Arbeitsorte sind völlig verschieden, liegen aber ganz nahe beieinander: Olga Felix ist Hausärztin in Meisterschwanden und Demeter-Landwirtin in Aesch. Praxis und Bauernhof befinden sich in unmittelbarer Nähe des Hallwilersees – der Ursprung der beiden Lebensmittelpunkte aber ist in Russland zu suchen. Und in einem Schlüsselsatz von Olga Felix: «Nur wenn es mir selbst gut geht, kann ich den anderen helfen.»

Im falschen Film?

Als sie 2005 aus Russland in die Schweiz kam, erlebte sie auf verschiedenen Ebenen eine Art Schock. Der Spitalalltag führte zur frühen Erkenntnis, dass die Arbeit hierzulande einen derart hohen Stellenwert hat, dass daneben nichts mehr Platz hat. Vom Morgen bis am Abend war sie immer dran, «und zwar sowohl im Spital als auch in der Praxis. Oft konnten wir nicht mal



mehr aufs WC gehen.» Sie wusste: Das konnte es nicht sein, das wollte sie nicht. «Ich kam wegen meines Mannes hierher, hatte aber keine Zeit mehr für ihn.» Von Beginn weg interessierten sie auch andere Aspekte in der neuen Heimat, beispielsweise die Produkte der hiesigen Landwirtschaft, schliesslich war sie mit den Prinzipien einer umsichtigen Selbstversorger-Kultur gross geworden, die auf russischen Datschas praktiziert wird. «Als ich sah, wie viel Gift die Schweizer Bauern dem Boden zumuten, glaubte ich, im falschen Film zu sein.» ‘Versuchen wir es selbst und machen wir es besser’, war die Devise. Als Olga und Franz Felix eine Möglichkeit sahen, den elterlichen Hof des Ehemannes zu übernehmen, begannen sie, ihre Ideen und Ideale in die Tat umzusetzen. Damit sagten die beiden «ja» zu einem Puzzle, das sich gegenseitig ergänzt und befruchtet, wie sie schwärmen: Er arbeitet weiterhin als Englischlehrer an einer Berufsschule, sie nach wie vor als Ärztin in ihrer eigenen Praxis, beide Teilzeit. Weil beide zusammen jetzt zusätzlich noch einen zehn Hektar grossen Demeter-Hof bewirtschaften, ohne an allem selbst zugrunde gehen zu wollen.

Weniger ist mehr

Wenn Olga Felix vor ihrem Bauernhaus auf der Egg in Aesch steht, das zurzeit ihre Eltern und eine eingemietete Familie bewohnen, und wenn sie geradeaus Richtung Seetal und Beromünster blickt, dann sieht sie rechts den Hallwilersee und links den Baldeggersee. Sie wirkt entspannt, nicht gestresst durch die verschiedenen vielschichtigen Aufgaben. Vor dem Haus reifen in Obstplantagen Birnen und Äpfel, Erdbeeren und Himbeeren; hinter dem Haus grunzt ein halbes Dut-

«Nur wenn es mir selbst gut geht, kann ich den anderen helfen.»

zend Wollschweine, es grasen rund zehn braune Kame-run-Schafe. Im Boden warten Einkorn und Gerste auf den Frühling. «Jetzt müssen wir nur noch den Dinkel säen», sagt Felix. Dass ihr Name lateinisch ‘glücklich’ bedeutet, wirkt in solchen Momenten wie selbstverständlich, nicht zufällig.

«Unsere Tiere sind eher als Mitarbeiter für die Landschaftspflege und die Bodenbearbeitung gedacht; dass sie uns noch Fleisch liefern, ist ein schöner Nebeneffekt.» Der Selbstversorgung als Ideal aus Russland scheint man hier sehr nahe zu sein, fast nur Süssigkeiten, Milch und Rindfleisch kauft Olga Felix auswärts. «Mit meinem Pensum als Hausärztin kann ich keine Kühe halten.» Aber eben: ‘Weniger ist mehr’ ist hier ein prägendes Motto, in allen Bereichen. Sicher seit 2012, als Olga

Zur Person



Olga Felix wurde 1979 in der Nähe von St. Petersburg in Russland geboren. In St. Petersburg schloss sie 2002 auch ihr Medizinstudium ab, und sie lernte dort 2004 ihren heutigen Ehemann kennen, der die Stadt als Tourist besuchte. 2005 heirateten die beiden und lebten von da an zusammen in der Schweiz. Ihre erste Stelle in der neuen Heimat fand sie in der Klinik Permanence in Bern. Anschliessend

war sie am Kantonsspital Aarau (Innere Medizin und Infektiologie), in der Luzerner Psychiatrie und im Paraplegikerzentrum Nottwil tätig. Nach der Geburt ihres Sohnes und einer längeren Krankheit entschied sie sich, Hausärztin zu werden. 2012 erwarb sie den Facharzttitel «Allgemeine Innere Medizin». Verschiedene Stellen in Gemeinschaftspraxen erfüllten ihre Erwartungen nicht. 2018 machte sie sich in Meisterschwanden (AG) mit einer eigenen Praxis selbständig. Hier arbeitet sie nach wie vor drei Tage pro Woche. 2014 absolvierte sie in Hohenrain eine Ausbildung zur Landwirtin. Seit 2016 führt sie zusammen mit ihrem Mann, einem Englischlehrer, einen Demeter-Hof in Aesch (LU). Das Ehepaar wohnt mit seinem neunjährigen Sohn in Ermensee (LU).

Felix nach der Geburt ihres Sohnes während einhalb Jahren krankheitshalber nicht berufstätig war. «Ich hatte Angst, nicht mehr gesund zu werden», sagt die Ärztin, und offenbar hat ihr diese Patientenerfahrung einen anderen Lebensstil geradezu aufgedrängt: «Meine Gesundheit zeigte und zeigt mir meine Grenzen.»

Leiden ihre Patientinnen und Patienten nicht unter ihrer beschränkten Verfügbarkeit? «Stimmt, ich bin nur an drei Tagen in der Praxis», entgegnet Felix ruhig und überzeugt – «dann aber mit Energie und Lust. Es gibt auch andere Anlaufstellen, und wenn jemand ein wirklich ernsthaftes medizinisches Problem hat, muss ich ihn ohnehin weiterverweisen. Persönlich erhalte ich auf dem Hof den nötigen Ausgleich – und den Schub Energie, den die Natur gratis zu vergeben hat.»

Mit der Natur, nicht gegen sie

‘Weniger ist mehr’ gilt als Prinzip natürlich auch für die Landwirtschaft hier. «Mit unserem Wahn, immer noch mehr Kilos, mehr Ertrag zu erwirtschaften, haben wir unsere Pflanzen und Tiere genetisch verändert. Ob und wie wir das alles verdauen können, interessiert niemanden», das wisse sie spätestens seit ihrer Ausbildung in einer renommierten Landwirtschaftsschule. «In Hohenrain habe ich vor allem erfahren, dass es noch viel schlimmer ist, als ich dachte mit

der Zerstörung unserer Lebensgrundlagen, dort habe ich vor allem gelernt, was ich *nicht* will», stellt Olga Felix fest – und macht gleich auch den Unterschied zwischen 'Demeter' und 'Bio': «Die Bio-Produktion ist immer noch über weite Strecken ein Kampf gegen die Natur, und der wird halt auch mit Giften geführt, Kupfer und Schwefel zum Beispiel.» Sie wolle *mit* der Natur

«Aus Russland weiss ich, dass ein guter Arzt vor allem mit den Augen, den Ohren und mit seinem Tastsinn arbeiten muss.»

arbeiten und nicht *gegen* sie, das sei ein Grundsatzentscheid, «so, wie eine Frau auch nicht nur ein bisschen schwanger sein kann». Pflanzenschutzmittel würden hier also nicht verwendet, erklärt Felix, «wir stärken unsere Pflanzen mit Mikroorganismen – ähnlich, wie das auch in unserem Darm geschieht». Auch in ihrer Praxis sehe sie sich nicht primär als Heilerin, die Prävention stehe für sie im Vordergrund, «und hier ist eine gesunde Ernährung das A und O». Sie sei überzeugt davon, dass beispielsweise Gluten- und Laktose-Intoleranzen oder Cholesterin-Probleme auf eine ungesunde Produktion und Ernährung zurückzuführen seien, sagt Felix. Und fügt hinzu: «Wachstumsförderer, Hormone und Kraftfutter verändern beim Fleisch die Zusammensetzung der Fette, und die kennen unsere Körper halt nicht.» Mit solchen Aussagen macht sie die Verbindung zwischen Landwirtschaft und Medizin, und damit den inneren Zusammenhang zwischen ihren beiden Berufen, endgültig klar.

Warten als Rezept

Es erstaunt also nicht, dass sich Olga Felix als Ärztin gerade bei der Trinkwasser- und der Pestizid-Initiative stark engagiert hatte, die vor kurzem an der Urne abgelehnt wurden. Es drängt sich die Frage auf, wie eine solche Frau mit einer solchen Einstellung in diesem Umfeld lebt. Wird sie angefeindet? Die Plakate, die sie auf dem Hof aufgehängt habe, seien weggerissen worden, erzählt sie. In der Praxis seien sie hinter Glas und damit relativ sicher gewesen. 'Haben Sie keine Angst, ja zu ihrer Gesundheit zu sagen', habe sie als Slogan hingehängt. Mit ihren klaren blauen Augen schaut sie das Gegenüber unbeirrt an.

«Eine Exotin bin ich vielleicht schon», lacht Olga Felix, «aber die Nachbarn schauen bei uns über den Zaun wie sonst nirgends. Es ist ja nicht so, dass sie es nicht anders wollen. Sie können einfach nicht anders.» Ein Beispiel: Wenn sich jemand für ihre schönen Birnen interessiere

und frage: «Was machst du dafür?», antworte sie: «warten». Und zwar deshalb: «Nützlinge fliegen am Tag, Schädlinge in der Nacht», dies sei ihr offenes Geheimnis. Also habe sie in der Obstanlage kleine Wasserbecken mit Solarlampen darüber installiert, also Lichtfallen, welche die Schädlinge in der Nacht anlocken. «Sie ertrinken – und die Vögel haben am Morgen ein wunderbares Frühstück.» Gerade hier sei die langsame Veränderung gut sichtbar, es habe viel weniger solche Schädlinge als zu Beginn – wobei sie den Begriff mit Anführungs- und Schlusszeichen umgehend relativiert.

Demeter-Medizin?

Und in der Medizin? Bedeutet ihre 'alternative' Haltung, dass sie der Schulmedizin kritisch gegenübersteht und vor allem komplementärmedizinische Methoden anwendet? Gibt es aus ihrer Sicht gar etwas wie eine 'Demeter-Medizin'? «Ich orientiere mich an den Bedürfnissen meiner Patientinnen und Patienten», antwortet Olga Felix. «In der Komplementärmedizin habe ich keine Ausbildung. Aber aus Russland

«Persönlich erhalte ich auf dem Hof den nötigen Ausgleich – und den Schub Energie, den die Natur gratis zu vergeben hat.»

weiss ich, dass ein guter Arzt vor allem mit den Augen, den Ohren und mit seinem Tastsinn arbeiten muss.» Computertomografen und MRI-Geräte habe es dort damals noch nicht gegeben, als sie Medizin studierte, gerade deshalb aber sei die Chirurgie in Russland ihrer Meinung nach damals bereits weit entwickelt gewesen, erklärt sie. «Dass ich gelernt habe, vor allem mit meinen Sinnen zu arbeiten, ist für mich heute noch ein Vorteil.» Und wenn ein technisches Gerät ihren Befund bestätigt – umso besser.

Dass sie in ihren beiden Berufen erfolgreich unterwegs ist, bestätigen verschiedene Indikatoren. In ihrer Praxis gebe es seit langem einen Aufnahmestopp, über fehlende Patientinnen und Patienten könne sie sich also nicht beklagen.

Und in der Landwirtschaft gelte ihr Hof als beispielhaft. Es sei geradezu ein Vorzeigehof, denn die Führungen, die sie anbieten, seien immer schnell ausgebucht. Dazu kommt ein Höhepunkt, der bevorsteht: Die seinerzeitigen Lehrmeister von Olga Felix aus der Bauernschule Hohenrain haben sich für einen Besuch auf dem Demeter-Hof der Ärztin aus Russland angemeldet.

Bildnachweis

Fotos: Daniel Lüthi



Chefvisite aus der Horizontalen

Hans-Peter Mösch

Dr. med., Facharzt für Allgemeine Innere Medizin, Wila

Wie fühlt es sich an, aus dem Koma aufzuwachen, nur Stimmen zu hören und nicht zu wissen, wo man ist und was los ist? Der Arzt Hans-Peter Mösch berichtet von seiner ersten – und schlimmsten – Chefvisite, die er 1970 als junger Patient erlebte.

Woher kam plötzlich dieses helle Licht? Eben war doch noch alles dunkel gewesen. Oder nein, ich wusste eigentlich gar nicht, wie es vorher gewesen war. Krampfhaft versuchte ich, mich zu erinnern. Ich war doch auf dem Weg zur Schule, ja heute hatten wir eine Lateinprüfung.

Aber ich sass ja nicht auf meinem Mofa, wo war ich? Wieder dieses helle Licht, nun hörte ich auch Stimmen, leise und gedämpft. Eine Frauenstimme sagte etwas von Pupille. Ich versuchte, mich zu konzentrieren, aber das war so schwierig.

Ich fühlte mich, als ob ich aus dem tiefen Wasser an die Oberfläche schwimmen müsste. Dabei merkte ich aber, dass ich mich gar nicht bewegen konnte. Wieder hörte ich eine Stimme, diesmal war es eine kräftige Männerstimme: «Er atmet gegen die Maschine.» Dann wieder die leise Frauenstimme, irgendetwas von Spritzen. Würde ich jetzt eine Spritze bekommen? Plötzlich versank ich erneut in der Tiefe, alles wurde schwarz.

Verworrene Stimmen

Wieder versuchte ich krampfhaft zu erwachen, denn es war so eigenartig hell um mich herum. Ich hörte Stimmen, versuchte, die Augen zu öffnen, aber es gelang mir nicht. Ich versuchte zu sprechen, dann zu schreien, aber es ging nicht. Ich hatte Angst. Irgendjemand machte etwas an mir, ich spürte ein Kneifen im Fuss, versuchte wieder die Augen zu öffnen, mich zu bewegen, aber alle Anstrengung war umsonst.

Da war sie wieder, die kräftige Männerstimme: «Immer noch im Koma», sagte sie, «schon die vierte Woche». Eine andere Männerstimme: «Die Halswirbelsäule müsste operiert werden, sie ist instabil», dann wieder die erste Stimme: «Das bringt nichts, keine Chance.» Dann eine zitternde Frauenstimme, sie kam mir sehr bekannt vor – konnte das die Stimme meiner Mutter sein? Sie fragte: «Kann er denn wieder gesund werden?» Daraufhin, fast unangenehm laut, die erste

Stimme: «Seien Sie froh, wenn er stirbt, mit dieser schweren Hirnverletzung wird er nie mehr normal sein.» Ein leises Weinen und wieder die erste Stimme: «Warten wir einfach ab, vielleicht löst sich das Problem von selbst. Der Diadem-Gips bleibt, auch die Gurten, damit sich der Junge nicht bewegen kann, falls er doch aus dem Koma erwacht, wegen der Halswirbelsäule.» «Gerade bei jungen Menschen habe ich schon erstaunliche Rehabilitationen gesehen, ich denke, man sollte die Halswirbelsäule so schnell wie möglich operieren», sagte eine andere Männerstimme mit italienischem Akzent. Keine Antwort auf diese Bemerkung. Dann hörte ich Schritte, mehrere Stimmen, verstand sie aber nicht, sie wurden immer leiser, dann ein Geräusch, als ob eine Tür ins Schloss gezogen würde. Hatten sie von mir gesprochen? Sollte ich sterben? Das

«Seien Sie froh, wenn er stirbt, mit dieser schweren Hirnverletzung wird er nie mehr normal sein.»

war doch nicht möglich, ich war doch auf dem Schulweg, wollte heute meine Lateinprüfung schreiben. Aber ich kam nicht weg von diesen Worten: Sterben, nicht mehr normal sein, keine Chance. Sie hatten sich bei mir eingebrannt, obwohl ich ständig damit kämpfte, wach zu bleiben. Ich war erst 14 Jahre alt, sollte mein Leben schon zu Ende sein? Ich hatte noch gar nicht richtig gelebt. Alles in mir sträubte sich, dem zu glauben, was ich soeben gehört hatte. Ich war voller Verzweiflung, Angst, und ich fühlte mich ganz allein damit. Erneut versuchte ich zu schreien, aber es ging nicht. Da versank ich plötzlich wieder im Nebel, aus dem ich versucht hatte, aufzutauchen.

Das erste Mal die Augen öffnen

Ein Rütteln weckte mich. Wo war ich? Ach ja, auf dem Schulweg. Mit dem Mofa musste es ja rütteln. Aber alles war so dunkel. Die Lateinprüfung, erinnerte ich mich. Ich versuchte, die Vokabeln im Kopf zu repetieren, aber es kam mir kein Wort mehr in den Sinn aus der Lektion, die ich gestern gelernt hatte. Nur ein Satz aus der ersten Lektion, die ich vor Jahren gepaukt hatte: «Der Hahn kräht auf dem Misthaufen», «*Gallus in sterquilinio cantat*». Welcher Idiot liess uns Misthaufen als lateinische Vokabel lernen, ein Wort, das kein Mensch je brauchen würden? Plötzlich wurde mir mit Schrecken klar, dass ich ja gar nicht auf dem Schulweg war. Aber wo war ich dann? Ich versuchte, die Augen zu öffnen: diesmal gelang es mir. Ich lag in einem völlig weissen Zimmer, ohne Bilder an der Wand, in einem Bett mit Bettgittern. Ich versuchte,

den Kopf zu heben, um meine Umgebung besser zu sehen. Das Bewegen war aber nicht möglich, denn sofort fuhr ein stechender Schmerz vom Nacken in meinen Hinterkopf und ein Kribbeln in meine Arme. Mein Kopf musste in einer Art Schale liegen. Ich versuchte, die Hände zu heben, da merkte ich, dass sie mit Lederriemen angebunden waren. Die Angst in mir wurde zu Panik. Wo war ich?

Ich hatte Bücher über russische Gefängnisse gelesen, aber ich war noch nie in Russland gewesen. «Wahrscheinlich bin ich im Spital.» Der Gedanke beruhigte mich ein wenig, aber da wird man doch nicht festgebunden. Plötzlich fiel mir ein, dass jemand gesagt hatte, ich oder wer auch immer sollte froh sein, wenn ich sterbe, da ich nie mehr normal sein würde. Dieser Satz traf mich nun wie ein Schlag. War tatsächlich ich damit gemeint? Wer hatte das gesagt? «Nein!», wollte ich rufen, aber es kam nur ein Krächzen aus meinem trockenen, schmerzenden Hals. Ich versuchte, noch einmal den Kopf zu heben, wieder dieser stechende Schmerz, dann wurde es dunkel um mich herum.

Ein freundliches Gesicht

Etwas oder jemand rieb an meinem Kinn, es roch nach Benzin. Langsam öffnete ich die Augen. «Bist du wach? Ich hatte so gehofft, dass du aufwachst. Muss noch die Klebstoffreste des Sauerstoffschlauchs von deinem Kinn entfernen, bin gleich fertig.» Eine junge Frau beugte sich über mich, ein volles Gesicht mit dunklen Augen, das mich freundlich und etwas überrascht ansah. Die braunen Haare waren straff zu einem Pferdeschwanz gebunden. «Wer bist du?», fragte ich, froh, mit jemandem sprechen zu können. «Ich bin Schwester Cornelia», antwortete sie. Oh, da hätte ich wohl Sie sagen müssen, kam es mir in den Sinn.

Aber Cornelia fuhr gleich weiter: «Du kannst mir ruhig Du sagen, bin ja nicht einmal drei Jahre älter als du. Alle nennen mich hier Conny, ich bin Schwesternschülerin im zweiten Lehrjahr. Wie schön, dass du endlich aus dem Koma erwacht bist.» «Koma?», fragte ich. «Was

Mein Denken funktionierte so langsam, klebrig, und mein Gehirn war immer noch in der Schule.

ist denn passiert? Wo bin ich?» «Ja, du warst über vier Wochen bewusstlos und wurdest beatmet. Erst vor zwei Tagen konnte ich dich aus der Intensivstation in dieses Zimmer holen. Der Chef meinte, dass du wahrscheinlich gar nicht mehr aus dem Koma erwachen würdest. Deshalb freue ich mich so, dass du nun wach bist.» Da wurde die Tür geöffnet, eine ältere Schwester



rief: «Hey, Conny, was machst du so lange hier drin, du solltest doch nur schnell eine Zimmerkontrolle machen, wir haben noch viel zu tun.» Conny rief: «Ich komme sofort!» Und zu mir: «Ich habe heute Frühdienst, da kann ich um vier Uhr gehen. Dann komme ich nochmals zu dir! Ich muss auch melden, dass du wach bist.» «Danke», sagte ich. «Melde es bitte nicht, ich brauche noch etwas Zeit, um zu mir zu kommen.» Conny gab keine Antwort, winkte und verschwand durch die Tür.

Vier Wochen im Koma, ich konnte es nicht glauben. Was war geschehen? Ich suchte verzweifelt in meinem Gehirn nach Erinnerungen. Aber ausser der Lateinprüfung heute und noch zwei Prüfungen in Mathe und Physik vor den Herbstferien kam mir nichts in den Sinn. Ach, doch! In den Herbstferien wollte ich mit meiner Schwester eine Wanderung über den Jura nach Biel machen.

Vier Wochen bewusstlos? Da müssten die Herbstferien schon vorbei sein. Mein Denken funktionierte so langsam, klebrig, und mein Gehirn war immer noch in der Schule. Plötzlich kam wieder die Erinnerung an diese seltsame Gruppe um mein Bett herum. War es heute, oder gestern oder vor einigen Tagen gewesen? Was hatte der Mann mit der tiefen Stimme gesagt? Diese Erinnerung kam sofort: Als wäre er noch im Zimmer, hörte ich ihn sagen: «Seien Sie froh, wenn er stirbt. Er wird nie wieder normal sein.»

Zum Sterben noch nicht bereit

Aber ich wollte normal sein! Ich wollte noch so viel erleben, das Gymnasium beenden, ein Studium machen, vor allem wollte ich nicht sterben! Ich hatte doch noch

gar nicht richtig gelebt. Etwas würgte in meinem Hals, der ganz trocken war. Oder ist «nicht normal sein» noch schlimmer als sterben?

In meiner Familie wäre es sicher sehr schwierig, behindert oder schwachsinnig zu sein. Meine Schwestern litten schon unter dem Leistungsdruck von zu Hause, weil sie nicht so begabt waren. Die Gedanken plagten mich. Vielleicht war ich jetzt nicht mehr normal, ich konnte mich an nichts mehr erinnern, lag angebunden in einem Spitalbett. Aber zum Sterben war ich nicht bereit. Nein, ich wollte leben!

Schweiss trat auf meine Stirn, ich konnte ihn nicht einmal abwischen. Wahrscheinlich war es die Angst. Da kam mir in den Sinn, dass Conny gesagt hatte, sie würde nochmals zu mir kommen, wenn ihr Dienst fertig sei. Endlich ein Lichtblick!

Wenn ich mit den Augen ganz nach rechts schaute, denn den Kopf konnte ich nicht drehen, gelang es mir, aus dem Fenster zu blicken. Es war neblig, trotzdem konnte ich wenigstens ein Stück hinauf auf die Jura-höhen sehen, auf denen ich so gerne wandern ging. «Herr, hilf mir», betete ich. Hörte Gott denn zu? Würde ich zu ihm kommen, wenn ich sterben müsste?

Erfahren, was passiert ist

Ich musste wieder geschlafen haben, denn als ich erwachte, strich mir jemand über die Stirn mit einem nassen Lappen.

Es war Conny. Nun hatte sie die Haare offen, so war sie noch viel hübscher. «Du bist ja ganz verschwitzt», flüsterte sie. «Habe ich dich geweckt? Wie fühlst du dich?» «Ich habe Durst», krächzte ich. Conny gab mir mit einem Schnabelbecher zu trinken. Ihre Nähe tat mir gut. «Conny», wagte ich, sie zu fragen: «Was ist passiert?

Aber ich kam nicht weg von diesen Worten: Sterben, nicht mehr normal sein, keine Chance. Sie hatten sich bei mir eingebrannt.

Warum ist es besser zu sterben? Warum werde ich nie mehr normal sein?» «Mein Gott, hast du etwa mitbekommen, was der Professor gesagt hat an der Chefvisite? Warst du da schon bei Bewusstsein?» Sie sah mich erschrocken an. «Dann war das die Chefvisite?» «Der grosse Mann ist der Chef, Prof. L., der kleine, runde ist der Oberarzt.» «Ist der Chef der mit der lauten, tiefen Stimme? Ich war da immer noch halb im Koma, konnte nicht sehen, nur hören.» «Ach so, umso schlimmer. Ja, das war der Chef. Der andere, der ihm geantwortet hatte, eine Rehabilitation sei möglich, das ist Dr. La, er ist Tessiner, wirklich nett, und er kann dir sicher viel mehr erklären als ich. Ich finde es so schlimm, dass du

das alles gehört hast.» Ich schwieg einen Moment, dann wagte ich zu fragen: «Glaubst du auch, dass ich sterben muss – oder behindert sein werde? Warum hat man mich ans Bett gebunden?»

«Dein Kopf ist in einem Diadem-Gips fixiert, denn du hast die obersten beiden Halswirbel gebrochen. Zum Glück ist der zweite auch gebrochen, da du sonst gestorben wärst, so hat man es mir erklärt. Warum das so ist, musst du Dr. La fragen, Wirbelsäule und Gehirn

Ich wollte noch so viel erleben, das Gymnasium beenden, ein Studium machen, vor allem wollte ich nicht sterben!

sind seine Spezialgebiete. Weil du in den letzten zwei Tagen sehr unruhig warst, musste man dich fixieren. Du könntest durch falsche Bewegungen der Halswirbelsäule eine Querschnittslähmung erleiden. Die Halswirbelsäule müsse man noch operieren, meint der Oberarzt.»

Das war schon fast zu viel Information, darüber musste ich noch nachdenken, doch ich fragte weiter: «Und wie ist das alles passiert?» «Ich weiss nur, dass es ein Verkehrsunfall war: Du warst mit dem Mofa unterwegs und bist nach links abgebogen, direkt vor ein Auto, und wurdest mit dem Kopf voran auf das Autodach geschleudert.» «Glaubst du, dass ich wieder gesund werde?», bohrte ich nach. «Ich habe schon viel zu viel gesagt, ich weiss es doch nicht, aber ich werde für dich beten.» Connys Stimme klang gequält.

Heilung ist möglich

Von meinem sonntagschristlichen Hintergrund her wäre es mir früher peinlich gewesen, wenn jemand gesagt hätte, er wolle für mich beten. Aber jetzt hatte das Versprechen etwas Tröstliches und Beruhigendes. Dennoch fragte ich: «Steht es denn so schlecht um mich?»

Conny schaute mich lange an. «Ich glaube schon, aber du musst glauben, und beten, Heilung ist möglich, das hat doch Dr. La auch gesagt, und bei Gott ist sowieso alles möglich. Ich bete oft für meine Patienten, das hilft. Es hat doch auch bei dir geholfen, denn du bist wieder erwacht aus dem Koma. Zudem hilft es auch mir, all das Schwere, das ich täglich sehe, zu verarbeiten.»

Plötzlich kamen mir die Tränen, ich konnte sie einfach nicht mehr zurückhalten. Irgendwie tat es gut,

und als ich, wegen der Tränen doch etwas verlegen, Conny ansah, fragte sie: «Habe ich wieder zu viel gesagt? Das hat mir die Oberschwester schon zum Vorwurf gemacht, dass ich mich zu wenig abgrenze, manchmal zu viel sage, aber das ist manchmal so schwierig!» Nun hatte sie auch feuchte Augen. «Nein, Conny, du hast mir sehr geholfen, ich danke dir!» «Nun muss ich gehen», sagte sie schnell. «Morgen habe ich frei, aber übermorgen bin ich wieder da. Ich werde Pater Martin vom Kloster in Olten bitten, dich zu besuchen. Es wird dir helfen, wenn du mit ihm sprechen kannst.» «Aber ich bin nicht katholisch», meinte ich. «Das ist ihm egal, er besucht alle Patienten, und das tut ihnen gut. Gute Nacht!» Und schon war Conny zur Tür hinaus.

Ich musste noch während Tagen über ihre Worte und meine Situation nachdenken. Sie hatte mir mit ihrer offenen, herzlichen Begegnung so viel geholfen. Ich wollte kämpfen, ich wollte gesund werden. Ein Teil der Angst, die mir die Äusserung auf der Chefvisite eingeflösst hatte, war zwar noch vorhanden, sie würde mich noch lange begleiten. Aber langsam wich diese Angst einem Vertrauen. Einem Vertrauen, das wuchs dank der vielseitigen Hilfe, die mir zuteilwurde: Die liebevolle Betreuung durch das Pflegepersonal, Dr. Las kompetente Entscheidungen, viele Gespräche mit Pater Martin, durch den Glauben, der langsam in mir wachsen konnte, und natürlich auch durch Connys ganz spezielle Betreuung und ihren Glauben. So sollte Dr. La Recht bekommen: Ich durfte wieder ganz gesund werden, auch wenn es viele Monate dauerte.

Die eindrücklichste Chefarztvisite

Ich habe als Unterassistent, als Assistenzarzt und als Oberarzt in meiner neunjährigen Spitalzeit viele Chefvisiten erlebt. Keine ist mir so im Gedächtnis geblieben wie die beschriebene. Sicher sind die Chefvisiten heute ganz anders, ich hoffe es jedenfalls: sensibler, menschlicher. Aber da habe ich nach 31 Jahren in der Praxis den Anschluss verloren.

Authentischer Bericht, erlebt im Oktober 1970 im Kantonsspital Olten, die Namen sind mit den Anfangsbuchstaben anonymisiert.

Bildnachweis

Annie Spratt / Unsplash

Eine Art soziale Isolation

Rouven Porz

Prof. Dr., Medizinethik und ärztliche Weiterbildung, Insel Gruppe, Inselspital Bern



«Eigentlich fühle ich mich total isoliert und allein.» Das war keine Aussage eines Patienten, sondern vielmehr eine Antwort einer meiner Medizinstudentinnen. Dieses Frühjahr hatte ich sie im Ethikunterricht in einem kleinen Zoom-Gruppenunterricht danach gefragt, wie es ihnen denn mit der virtuellen Lehre eigentlich persönlich ginge.

Zuerst betroffenes Schweigen, dann: «Ich komme gar nicht mehr aus meiner Wohnung raus, ich sitze jeden Tag sechs bis acht Stunden vor dem Bildschirm: Podcasts, Zoom-Vorlesungen, Online-Plattformen, ich kann nicht mehr», so die eine Studentin, die anderen Studierenden nickten dazu in ihre Kameras. Eine andere erzählte: «Ich musste zum Arzt gehen, ich hatte Angst, dass ich verrückt werde. Ich habe gar keine Freunde mehr getroffen, ich konnte keinen Sport mehr machen, nur Uni, nur online.» Irgendwie haben mich diese offenen Bekenntnisse ziemlich berührt.

Wir dürfen die soziale Komponente unseres Unterrichts nie mehr als gegeben hinnehmen. Wir müssen sie immer neu kreieren.

Natürlich, die Pandemie hat sehr viele Themen aufgeworfen, die uns berührt haben. Oftmals an sich scheinbar triviale Themen, alte Menschen in Pflegeheimen, sozial schwache Klassen ohne Zugang zu medizinischer Versorgung, Impfgegner, Demonstrationen, Politikverdruss und so weiter und so fort. Aber allen diesen Themen wurde mit dem Brennglas der Pandemie plötzlich ein Mehr an ethischer Dramatik zugefügt – so auch, zumindest meiner Meinung nach, dieser neuen Einsamkeit meiner Studentinnen und Studenten.

Grund genug also, über die Lehre an Universitäten wieder neu nachzudenken (und Ähnliches gilt sicherlich auch für die meisten Schulen, Fachhochschulen etc.). Ich möchte mich dazu nur auf zwei Punkte konzentrieren, erstens, die offensichtlich nun neue Bedeutung der Lehre, und zweitens, den sozialen Aspekt der Lehre.

1) Die neue Bedeutung der Lehre: Wir wissen es ja eigentlich alle. Wenn man an einer Universität Karriere machen will, dann zählen vor allem Forschungsgelder und viele Publikationen. Die Lehre war (oder ist)

meistens ein Nebenprodukt, das man irgendwie erfüllen muss, aber das in einer echten akademischen Karriere nicht so richtig wichtig ist. Man redet kaum darüber. Das Unterrichten war irgendwie selbstverständlich. Du tust es, aber du machst nicht viel Aufhebens darum, du wirst auch kaum von der Fakultät danach gefragt. Und das war jetzt plötzlich anders. Plötzlich war die Lehre wichtig. In der Corona-Krise musste man jetzt über die Lehre reden, wer macht was, wer macht es wie, und vor allem, wie schafft man gute Lehre «online». Plötzlich bekamen wir E-Mails von der Hochschulleitung zur Lehre, wir bekamen auch Tipps und wurden sogar gecoacht (zum Online-Unterrichten). Erstes Fazit: Durch die Krise wurde die Lehre plötzlich zu einem wichtigen Thema. Schade, dass es dazu der Krise bedurfte.

2) Der soziale Aspekt der Lehre: Ganz offensichtlich haben wir bislang viel zu wenig über die soziale Bedeutung der Lehre nachgedacht. Ich zumindest hatte das nie bedacht. Aber nachdem unsere Studierenden monatelang mehr oder weniger allein zu Hause gesessen waren, da realisierten wir Dozierenden plötzlich, inwiefern diese Einsamkeit bei vielen zu Lebenskrisen und Depressionen führte. Eine Art soziale Isolation. Eine Nebenwirkung der virtuellen Lehre sozusagen. Zur Uni gehen, im Hörsaal sitzen, Smalltalk mit anderen Kommilitoninnen und Kommilitonen, genau diese starke gesellschaftliche Komponente war mir nie bewusst, war ja auch normal, vorher hat es in der Geschichte der Menschheit (meines Wissens) noch nie virtuellen Unterricht gegeben. Aber was lernen wir jetzt daraus? Ich denke, wir lernen, dass wir die soziale Komponente unseres Unterrichts nie mehr als gegeben hinnehmen dürfen. Wir müssen sie immer neu kreieren, und das ist im Live-Kontakt viel einfacher.

Wenn man somit über die positiven und negativen Auswirkungen der Covid-19-Pandemie für die Lehre nachdenkt, dann müssen wir uns eigentlich zugestehen, dass wir langfristig vor allem Positives gelernt haben. Wir müssen wissen, wie Online-Unterricht gut funktioniert, aber wir müssen uns auch immer eingestehen, wie wichtig die Lehre ist, und dass man alleine mit Forschungsgeldern und Publikationen noch keine interessierten, selbstkritischen, neugierigen und wissbegierigen Ärztinnen und Ärzte der Zukunft heranziehen kann – mit guter Lehre aber schon.

[rouven.porz\[at\]insel.ch](mailto:rouven.porz[at]insel.ch)

SOLL DAS HEISSEN, NICHT NUR
IHR DOKTORAT IST GEFÄLSCHT,
SONDERN AUCH IHR NOBELPREIS?

