

Schweizerische Ärztezeitung

1639 Editorial
von Yvonne Gilli
**Pandemiebekämpfung: Mehr
Differenzierung, weniger
Emotionalisierung**

1670 Berichte aus dem
Berufsalltag
**Wie gut die interprofes-
sionelle Zusammenarbeit
wirklich klappt**

1684 «Zu guter Letzt»
von Christina Aus der Au
**«Altwerden ist nichts
für Feiglinge»**

1640 Die FMH befragt
drei Fachpersonen
**«Darf der Staat Menschen
zum Impfen zwingen?»**

49 8.12.2021



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: Yvonne Gilli

1639 **Pandemiebekämpfung: Mehr Differenzierung, weniger Emotionalisierung**

1640



AKTUELL: Charlotte Schweizer

Impfen im Spannungsfeld von Druck und Gegendruck Die Unzufriedenheit mit den Coronamassnahmen steigt. Hohe Impfquoten versprechen die Aufhebung der Einschränkungen, vermehrt wird über ein Impfblogatorium für einzelne Institutionen oder Berufsgruppen gesprochen. Dies wirft viele Fragen auf. Im folgenden Interview legen eine Ärztin, eine Medizinethikerin und ein Rechtswissenschaftler ihre persönlichen Standpunkte dar. Die FMH will damit der Komplexität des Themas Rechnung tragen und zu Reflexion und differenziertem Dialog einladen.

1646 **Personalien****Nachrufe**1647 **In memoriam Marcel Gemperle (1930–2021)****Organisationen der Ärzteschaft**

FMCH: Marc Troxler

1648 **20 Jahre Fähigkeitsausweis für Laserbehandlungen der Haut****Weitere Organisationen und Institutionen**

EMH: Matthias Scholer

1653 **«Ich kaufe mir einen Flügel»****Briefe**1654 **Briefe an die SÄZ****FMH Services**1657 **Seminare / Séminaires / Seminari 2022**1662 **Stellen und Praxen** (nicht online)

Tribüne

THEMA: Eva Mell

1670 «Alle Berufe sind offener für die Interprofessionalität geworden»

TAGUNGSBERICHT: Nathalie Zeindler

1674 **Gendermedizin im Fokus**

Horizonte

BEGEGNUNG MIT OSCAR FRANCO: Daniel Lüthi

1677 «Gesundheit erhalten – nicht Krankheit bekämpfen»

PORTRÄT: Denise Schmid

1680 **Enormer Wissensdurst und grosse Selbstdisziplin**

1682 **Preise und Auszeichnungen**

BUCHBESPRECHUNGEN: Jean Martin

1683 **Le lien et l'amour plutôt que la compétition et l'héroïsme?**

Zu guter Letzt

Christina Aus der Au

1684 «Altwerden ist nichts für Feiglinge»

OH

HUBER

Kurzfachinformation GARDASIL® 9 (nonavalenter HPV-Impfstoff)

GARDASIL® 9: W: L1 Protein der HPV-Typen 6,11,16,18,31,33,45,52,58. **I:** Zur Prävention der folgenden Erkrankungen, die durch die Typen 6, 11, 16,18, 31, 33, 45, 52, und 58 des humanen Papillomavirus (HPV) verursacht werden: *Bei Mädchen und Frauen im Alter von 9–45 Jahren:* Zervix-, Vulva-, Vaginal- und Analkarzinome, prä-maligne Läsionen im ano-genitalen Bereich (Zervix, Vulva, Vagina und Anus) und Genitalwarzen; *Bei Jungen und Männern im Alter zwischen 9 und 26 Jahren:* Anal-karzinom, prä-maligne Analläsionen und Genitalwarzen. **D:** 3 Einzeldosen zu je 0,5 ml, die gemäss folgendem Schema verabreicht werden: 0, 2, 6 Monate. Alternativ im Alter 9–14 Jahren: 2 Einzeldosen im Monat 0 und 5–13. Intramuskulär verabreichen. **KI:** Überempfindlichkeit gegenüber Wirk-/Hilfsstoffen. Verschiebung bei akuter, schwerer, fieberhafter Erkrankung. **WH:** Selten anaphylaktische Reaktion, Synkopen möglich, keine therapeutische Wirkung, kein Ersatz für Gebärmutterhalskrebsvorsorge, allenfalls keine Immunantwort bei eingeschränkter Immundefunktion, Vorsicht bei Thrombozytopenie oder anderer Blutgerinnungsstörung. **DDI:** Keine bekannt/nicht untersucht. **S/S:** Keine Hinweise auf unerwünschte Wirkung, aber bei Schwangerschaft nicht empfohlen; Verabreichung während Stillzeit möglich. **UAW:** *Sehr häufig:* Kopfschmerzen; *an der Injektionsstelle:* Schmerz, Schwellung, Erythem. **P:** Fertigspritze 0,5ml. **AK:** B. Z: MSD Merck Sharp & Dohme AG, Werftstrasse 4, 6005 CH-Luzern; (V5.0); CH-GSL-00015.

Konsultieren Sie bitte vor einer Verschreibung die vollständige Fachinformation publiziert auf der Homepage von Swissmedic (www.swissmedicinfo.ch).

© MSD Merck Sharp & Dohme AG, Werftstrasse 4, 6005 Luzern, Schweiz. Alle Rechte vorbehalten.

Impressum

Schweizerische Ärztezeitung

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

Verlag: EMH Schweizerischer Ärzteverlag AG, Farnsburgerstrasse 8, 4132 Muttentz, 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, dml@fmh.ch

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

Abonnementspreise: Jahresabonnement CHF 320.– zzgl. Porto.

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

© FMH

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

Hinweis: Alle in dieser Zeitschrift publizierten Angaben wurden mit der grössten Sorgfalt überprüft. Die angegebenen Dosierungen, Indikationen und Applikationsformen, vor allem von Neuzulassungen, sollten in jedem

Fall mit den Fachinformationen der verwendeten Medikamente verglichen werden.

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

printed in
switzerland



Titelbild:
© Christian Jäggi

Pandemiebekämpfung

Mehr Differenzierung, weniger Emotionalisierung

Yvonne Gilli

Dr. med., Präsidentin FMH



Mit dieser Ausgabe endet unsere Kurzserie zum Thema Impfblogatorium – ein Thema, das brennt. Gerade hat Österreich unter der grossen Belastung mit steigenden Hospitalisationen eine Impfpflicht angekündigt, deren Umsetzung die Presse als «eine Art Laborversuch für den ganzen Kontinent» [1] beschreibt.

Die neue Virusvariante Omicron, welche von der WHO wie die Deltavariante als «variant of concern» eingestuft wird, hat zu hektischen politischen Massnahmen mit Reisebeschränkungen geführt. Neben politischen Abschätzungen des potenziellen wirtschaftlichen Schadens spielt die Angst vor einer weiteren Überlastung der Intensivstationen eine Rolle. Noch ist nicht viel über Omicron bekannt, auch nicht zu welchem Grad die zugelassenen Impfstoffe gegen diese Variante Schutz vor schwerer Erkrankung bieten.

Gleichzeitig zögerten die politischen Entscheidungsträger trotz bedrohlich steigender Neuerkrankungen und Hospitalisationen wirksame und national koordinierte Massnahmen vor der Abstimmung zum Covid-Gesetz am 28. November hinaus – aus Angst, das Abstimmungsergebnis zu ihren Ungunsten zu beeinflussen.

Es ist allen bewusst, dass die Pandemie mit SARS-CoV-2 weiter eine Bedrohung darstellt und Massnahmen erfordert. Die wirksamste und wichtigste Massnahme im Moment bleibt die Impfung. Doch bereits heute sehen wir häufigere Durchbruch-Infektionen bei Geimpften. Die nachlassende Wirksamkeit der Impfung im Laufe der Zeit steht auch im Zusammenhang mit sich ändernden Prävalenzen neu entdeckter Virusvarianten, aktuell Omicron. Emotional ist es verständlich, alles auf die Karte Impfung zu setzen, um so möglichst schnell der Pandemie entfliehen zu können. Rational ist diese Strategie mit Unsicherheit behaftet – und unzureichend.

Politische Entscheide über Impfblogatorien erfordern gerade deshalb eine gesellschaftlich breit abgestützte Expertise, welche sich keinesfalls auf eine juristische beschränken darf. Dies zeigt das Recht selbst, indem es immer wieder die Verhältnismässigkeit anmahnt [2]. Demnach muss eine Massnahme «geeignet, notwendig und zumutbar» sein [3]. Es gibt somit kein absolutes

«Richtig» oder «Falsch», sondern nur ein «Je nachdem». Ob eine obligatorische Impfung als Massnahme *geeignet* wäre, ist eine medizinisch-epidemiologische Frage. Die Beurteilung, ob eine obligatorische Impfung *notwendig* wäre, erfordert auch eine gesellschaftliche Güterabwägung, wie viele Einschränkungen und welche weiteren alternativen Massnahmen akzeptabel sind. Inwieweit es *zumutbar* ist, das Selbstbestimmungsrecht nicht geimpfter Menschen einzuschränken, ist eine moralisch-ethische Frage. Es gilt also verschiedenste Perspektiven einzubeziehen – und die Komplexität erhöht sich zusätzlich, weil sich die Beurteilungen im Zeitverlauf ändern können. Genauso wie das Virus kann sich die Verfügbarkeit anderer Massnahmen oder der Wissensstand verändern – und Neubewertungen erfordern.

Wenn ein Thema, wie dasjenige über ein mögliches Impfblogatorium, brennt, wird Komplexität gern stark reduziert. Unsere Kurzserie sollte zu einer Differenzierung der Diskussion beitragen. Wir beenden die Serie mit einem tripartiten Interview, in dem eine Ethikerin, ein Rechtswissenschaftler und eine Hausärztin ihre Standpunkte einbringen (ab Seite 1640). In einer Zeit, in der jeder und jede direkt von der Corona-Krise betroffen ist, emotionalisiert und polarisiert die Impfung. Geimpfte wie Ungeimpfte sehen sich durch die jeweils anderen in ihren individuellen Freiheiten beschränkt. Eine Eskalation, in der Andersdenkende als Feinde betrachtet werden, denen das Gesetz Grenzen setzen muss, hilft der öffentlichen Gesundheit jedoch kaum weiter. Insbesondere als Ärztinnen und Ärzte müssen wir auf Differenzierung, Dialog und Respekt setzen, um unsere Patientinnen und Patienten am besten bei einer realistischen Abwägung von Krankheits- und Impfrisiken sowie in ihren Bewältigungsstrategien unterstützen zu können. So leisten wir bereits heute einen grossen Beitrag, ganz ohne gesetzlichen Zwang.

Literatur

- 1 Wie Österreich die Impfpflicht umsetzen will, Spiegel 48/2021.
- 2 Gerber K. Covid-19: Verhältnismässigkeit von Massnahmen zur Impfmotivation. Schweiz. Ärzteztg. 2021;102(48):1599–601.
- 3 Schweizer C. Impfen im Spannungsfeld von Druck und Gegen- druck. Schweiz. Ärzteztg. 2021;102(49):1640–1644.



Dr. med. Rachel Enz Perschel



Dr. iur. Kaspar Gerber



Dr. theol. Ruth Baumann-Hölzle

Kurzreihe zum Impfblogatorium – Teil 3

Impfen im Spannungsfeld von Druck und Gegendruck

Interview: Charlotte Schweizer

Leiterin Kommunikation FMH

Die Unzufriedenheit mit den Coronamassnahmen steigt. Hohe Impfquoten versprechen die Aufhebung der Einschränkungen, vermehrt wird über ein Impfblogatorium für einzelne Institutionen oder Berufsgruppen gesprochen. Dies wirft viele Fragen auf. Im folgenden Interview legen eine Ärztin, eine Medizinethikerin und ein Rechtswissenschaftler ihre persönlichen Standpunkte dar. Die FMH will damit der Komplexität des Themas Rechnung tragen und zu Reflexion und differenziertem Dialog einladen.

Gibt es in einer Pandemie so etwas wie eine moralische Verpflichtung, dass man sich impfen lässt, Frau Baumann-Hölzle? Kann man Menschen zu einer Impfung zwingen?

Baumann-Hölzle: In der Rechtswissenschaft erfüllt jede Form von medizinischer Handlung den Tatbestand einer Körperverletzung. Ihr Pendant in der Ethik ist die Integritätsverletzung. Es sind Situationen denkbar, wo sich eine Impfpflicht von der Verhältnismässigkeit her für bestimmte Gruppen oder gar für die Bevölkerung aufdrängt. Bis jedoch der demokratisch verbriefte Staat eine Impfpflicht verordnen kann, muss sehr sorgfältig abgewogen werden zwischen dem Anspruch des Einzelnen auf physische, psychische und

Am Interview nahmen teil:

Dr. med. Rachel Enz Perschel, Fachärztin für Allgemeine Innere Medizin, Ärztliche Leiterin wollimed ag Arztpraxis
Dr. theol. Ruth Baumann-Hölzle, Expertin für Ethik im Gesundheitswesen, Leiterin Stiftung Dialog Ethik
Dr. iur. Kaspar Gerber, LL.M, Wissenschaftlicher Mitarbeiter (postdoc), Lehrstuhl für Staats-, Verwaltungs- und Sozialversicherungsrecht, Universität Zürich

Das Interview fand am 10. November 2021 statt.

soziale Integrität gegenüber einem Impfwang und dem Anspruch auf Schutz vor Fremdgefährdung anderer Menschen. Auch dieser Schutzanspruch wird letztlich mit diesem vielfältigen Integritätsanspruch be-

gründet. In einer solchen Situation befinden sich die Staatsakteure in einem ethischen Dilemma. Wie auch immer sie entscheiden, es kommt stets zu Grundrechtsverletzungen. Prinzipiell stellt sich bei der Integritätsverletzung die Frage, wie stark sie ist und ob es niederschwelligere Alternativen dazu gibt. So hat die Testpflicht eine deutlich geringere Eingriffstiefe als die Impfung und muss daher zuerst ausgeschöpft werden. Erst wenn das Testen Übertragungen nicht nachweislich in vergleichbarer Art und Weise wie eine Impfung verhindert, kann eine Impfpflicht ethisch vertretbar sein.

Wie sieht es aus rechtlicher Sicht aus? Darf der Staat Menschen zum Impfen zwingen, Herr Gerber?

Gerber: Ein Impfblogatorium ist unter bestimmten Bedingungen rechtlich zulässig und vertretbar, so steht es im Epidemien-gesetz. Es nennt als Voraussetzung die Verhältnismässigkeit und die Subsidiarität. Eine Massnahme ist dann verhältnismässig, wenn sie geeignet, notwendig und zumutbar ist. In der jetzigen besonderen Lage kann der Bundesrat ein Impfblogatorium anordnen für gefährdete Bevölkerungsgruppen, für besonders exponierte Personen und für Personen, die bestimmte Tätigkeiten ausüben. Die Verordnung führt aus, dass eine Impfpflicht nur sehr gezielt eingesetzt werden soll, also beispielsweise beim Gesundheitspersonal nur in denjenigen Bereichen, in welchen z.B. das Risiko einer Weiterverbreitung der Krankheit erhöht ist. Wobei auch hier die Subsidiarität gilt, also testen statt impfen. Denn natürlich kann man niemanden physisch zur Impfung zwingen.

Dr. med. Rachel Enz Perschel: «Wer sich eine Meinung gebildet hat, ist mit medizinischen Argumenten kaum mehr zu erreichen.»

Wie ist die Covid-Impfung von Ihren Patientinnen und Patienten aufgenommen worden, Frau Enz Perschel?

Enz Perschel: In meiner Wahrnehmung sind etwa 80 Prozent unserer Patientinnen und Patienten über 50 geimpft. Die totale Ablehnung der Impfung erlebe ich selten. Anfangs wurden wir von den Impfwilligen geradezu überrannt, und aktuell wird z.T. vehement nach dem Booster verlangt. Einige Schwangere sehen den vierten Monat herbei, damit sie sich impfen lassen können. Bei den über 80-jährigen Menschen gibt es die gesunde und vitale Gruppe, die sich unbedingt impfen lassen will. Daneben gibt es jene Betagten, die müde sind und sagen, dass sie lange genug gelebt haben und nun eine Ansteckung in Kauf nehmen. Einige der über 90-jährigen lassen sich sogar ganz bewusst nicht impfen. Andere Impfunwillige be-

trachten sich schlicht als nicht gefährdet. Sie begründen dies damit, dass sie daheim seien und wenig Leute treffen würden; oder sie denken, dass sie gute Abwehrkräfte haben.

Dr. iur. Kaspar Gerber: «Ein Impfblogatorium kann Abwehrreaktionen, Umgehungsverhalten oder Personalverluste provozieren.»

Aus epidemiologischer Sicht sollen strikte Massnahmen die Pandemie möglichst rasch eindämmen, aus individueller Sicht sollen die persönliche Freiheit und Selbstbestimmung möglichst nicht tangiert werden. Wie schätzen Sie diesen Zielkonflikt ein?

Gerber: Ganz allgemein sind Nutzen und Schaden von einzelnen Pandemiemassnahmen laufend zu analysieren und gegeneinander abzuwägen. Ein Impfblogatorium bzw. auch das Zertifikat erzeugen Druck, denn Nichtgeimpften entstehen dadurch Nachteile: So wird ihnen beispielsweise der Zugang zu bestimmten öffentlichen Orten wie Restaurants, Fitnesscenter oder Altenheimen verwehrt. Möglicherweise ist bei einer arbeitsvertraglichen Impfpflicht auch ihre Arbeitstätigkeit gefährdet, falls der Arbeitgeber das Testen nicht zulässt. Neben dem epidemiologischen Aspekt gilt es zu berücksichtigen, dass ein Impfblogatorium Abwehrreaktionen provozieren kann, Umgehungsverhalten oder auch Personalverluste. Meines Erachtens werden gewisse Massnahmen wie die Zugänglichkeit zu öffentlichen Institutionen momentan zu pauschal eingesetzt statt spezifischer direkt auf die Risikogruppen und die epidemiologisch relevanten Orte.

Baumann-Hölzle: In der Ethik unterscheiden wir die Aktivitäten des alltäglichen und des guten Lebens. Eingriffe ins Alltagsleben, wie nicht mehr einkaufen oder zur Schule gehen dürfen, erachten wir als massive soziale Integritätsverletzung; hingegen werden Eingriffe ins gute Leben, etwa durch das Verbot eines Restaurantbesuchs, als weniger gravierend eingestuft. Gleichwohl stellt sich die Frage, wie weit man dabei den gesellschaftlichen Frieden nicht aufs Spiel setzt, denn es geht nicht nur um Gesundheit, sondern wie erwähnt um viele weitere Werte wie z.B. gesellschaftlichen Zusammenhalt oder Anspruch auf Bewegungsfreiheit. Deshalb ist es sehr wichtig, nicht von einer allgemeinen Impfpflicht zu sprechen, sondern das Risiko einer Ansteckung in Relation zu anderen Risiken zu sehen und die Massnahmen entsprechend den unterschiedlichen Risikogruppen zu differenzieren. Diese Auseinandersetzung vermisse ich gegenwärtig im öffentlichen Diskurs.

Enz Perschel: Je mehr Menschen geimpft sind, desto schneller ist die Pandemie beendet. Das Testen ver-



Charlotte Schweizer im Gespräch mit Dr. theol. Ruth Baumann-Hölzle.

kürzt sie nicht. Am liebsten hätten die Leute keine Impfung und keine Maskenpflicht. Es gibt im Moment jedoch keine Alternative dazu. Information und Empfehlungen sind der einzige Weg, unsere Mitmenschen von der Impfung zu überzeugen. Mein Eindruck ist jedoch, dass man diejenigen, die sich ihre Meinung gebildet haben, mit medizinischen Argumenten kaum mehr erreicht.

Kleine Kinder haben ein geringes Risiko, aufgrund einer Covid-Infektion bleibende Schäden davonzutragen. Wenn man sie impft, geschieht dies primär, um andere gefährdete Menschen vor einer Ansteckung zu schützen. Was sagen Sie zu dieser Abwägung?

Enz Perschel: Wir wissen heute noch nicht, wie sich der Impfstoff auf die Kinder auswirkt. Ich rate den Eltern, sich zu impfen, so dass sie mehrheitlich vor Ansteckung durch ihre Kinder geschützt wären und selbst nicht in Quarantäne müssen. So brauchten die Kinder auch keine Angst davor zu haben, ihre Eltern oder Grosseltern anzustecken. Die Forderung der Elternorganisation «Protect the Kids» nach der Impfung für unter 12-Jährige kann ich teilweise nachvollziehen, vor allem wenn es um die Hochrisikokinder mit Herz- oder Lungenerkrankungen geht, die ja auch gegen Grippe geimpft werden. Bei ihnen kann eine Covid-

Impfung (zum aktuellen Stand vom November 2021) im Off-Label-Use erwogen werden. In anderen Ländern ist der Impfstoff bereits für 5- bis 11-Jährige zugelassen. **Gerber:** Momentan sehe ich den medizinischen Nutzen von generellen Covid-19-Impfungen bei Kindern nicht, ausser bei gewissen Vorerkrankungen. Ich finde es heikel, ihnen pauschal zu sagen: Ihr seid kleine «Virenschleudern», deshalb impfen wir euch – auch wenn ihr selbst nur ein minimales Risiko habt, ernsthaft zu erkranken.

Baumann-Hölzle: Es wäre eine Instrumentalisierung der Kinder für die ungeimpften Eltern oder Impfunwilligen aus den Risikogruppen. Das kann es nicht sein: Die Risikogruppen hatten die Möglichkeit, sich impfen zu lassen. Ein weiterer problematischer Punkt: Wie kann ein Kind, das noch keinen Lebensentwurf entwickeln konnte, in Bezug auf eine Impfung wirklich eine informierte Entscheidung treffen, allenfalls gegen den Willen der Eltern? Diese Frage kann einen Keil zwischen Eltern und Kind treiben.

Was sind Ihrer Meinung nach die Gründe für Impfskepsis?

Enz Perschel: Vor allem zu Beginn der Pandemie war es ungünstig, dass man sich durch die Behörden oft schlecht oder gar falsch informiert sah. Ich erinnere

an die bald revidierte Botschaft des BAG «Masken nützen nichts», gefolgt von mangelnder Versorgung mit Masken und weiterem Schutzmaterial. So haben sich Gruppierungen gebildet, die nicht mehr alles glauben. Weitere Gründe sind Angst und mangelndes Wissen. So fürchten sich viele junge Menschen vor einer Herzmuskelentzündung, die durch die Impfung ausgelöst werden kann – ohne zu sehen, dass eine Coronavirus-Infektion häufiger als die Impfung für eine Herzmuskelentzündung verantwortlich sein kann. Oder das Märchen der Unfruchtbarkeit, welches auch das wissenschaftlich fundierte Videostatement auf der BAG-Homepage offensichtlich nicht entkräften kann.

Baumann-Hölzle: Sie bringen mich auf Periodenverschiebungen, die viele Frauen nach der Impfung erleben und die von ärztlicher bzw. auch behördlicher Seite oft nicht ernst genommen wurden. Daraus könnte man Folgendes ableiten: Wenn solche Vorkommnisse nicht ernst genommen werden, vielleicht ist dann an der Geschichte mit der Unfruchtbarkeit doch etwas dran? Ich will damit sagen, dass etliche kommunikative und inhaltliche Fehler passiert sind, die das Vertrauen vieler Menschen in die Behörden nachhaltig gestört haben. Der Bundesrat hat beispielsweise mehrmals gesagt: Wenn alle Impfwilligen und Risikopatienten geimpft sind, dann werden wir die Massnahmen aufheben. Und jetzt, wo dies der Fall ist, heisst es: Wir müssen die Massnahmen trotzdem beibehalten, weil sonst die Intensivstationen überlastet werden.

Dr. theol. Ruth Baumann-Hölzle: «Ob wir es schaffen, die medizinethischen Grundsätze nach der Pandemie wieder zu aktivieren?»

Gerber: Selbstverständlich ist die Impfung für bestimmte Personengruppen gegenwärtig eine wichtige und innert weniger Wochen sehr wirksame Präventionsmassnahme. Allerdings wurde und wird die Impfung als «Gamechanger» der Pandemie proklamiert, obwohl schnell bekannt wurde, dass sie als dies auch international betrachtet nicht so absolut gelten kann. Es ist deshalb nachvollziehbar, dass einige Leute – geimpfte und ungeimpfte – frustriert sind. Ein grundsätzliches Problem scheint mir, dass die Botschaft der Impfkampagne eher lautet «du musst die anderen schützen» statt «schütze dich selbst». Dies erzeugt Druck, sich im Namen der Solidarität impfen zu lassen, was zu Aversionen und Gegendruck führt. Das hat meines Erachtens nichts mit gesellschaftsschädlichem Egoismus zu tun; der Selbstschutz entspricht schlicht dem Hauptzweck einer Impfung.

Frank Ulrich Montgomery, der Vorstandsvorsitzende des Welt-Ärztbundes, sprach von einer «Tyrannei der Ungeimpften über die zwei Drittel Geimpften», die allen anderen Einschränkungen aufzwingen. Wie beurteilen Sie diese Aussage?

Enz Perschel: Geimpfte sind gemäss aktuellem Wissen weniger infektiös, wenn sie angesteckt sind. Die Impfung ist kein hundertprozentiger Schutz, insofern können auch Geimpfte der Allgemeinheit das Maskentragen und Abstandhalten nicht ersparen.

Dr. med. Rachel Enz Perschel: «Geimpfte sind gemäss aktuellem Wissen weniger infektiös, wenn sie angesteckt sind.»

Gerber: Vor dem Hintergrund, dass die Fallzahlen trotz Impfung steigen und andere Länder mit z.T. sehr hoher Impfquote die Massnahmen nach und nach wieder verschärfen, ist Herrn Montgomerys Aussage problematisch. Er kollektiviert die Verantwortung für Gesundheit, also den Fremdschutz. So wird die Impfung quasi zu einem politischen und gesellschaftlichen Statement. Geimpftsein wird zu einem Gütesiegel, welches die Leute teilweise auch in den sozialen Medien stolz mittels zweier Spritzen präsentieren. So spitzt sich die Polarisierung zu, bis man sagt: Du bist geimpft oder nicht geimpft, deswegen bist du für oder gegen das Covid-Gesetz oder für oder gegen den Bundesrat. Der Impfstatus wird wahnsinnig heraufstilisiert.

Baumann-Hölzle: Herr Montgomery müsste sich mit seiner Kritik mit weniger aggressiven Worten auf Gruppen fokussieren, die sich trotz hohen Risikos nicht impfen lassen, statt flächendeckend alle Ungeimpften als tyrannisch zu bezeichnen. So kommt es zur Verurteilung von Menschen, ohne deren Beweggründe zu kennen. Hier hat insofern bereits eine Eskalation stattgefunden, als dass Andersdenkende schon als Gegner, ja Feinde behandelt werden. Solch pauschalisierende Aussagen sind sehr gefährlich, weil sie unterschiedlich denkende Bevölkerungsgruppen gegeneinander aufwiegeln.

Es gibt öffentliche Institutionen, in denen der Impf- bzw. Teststatus mit goldenen bzw. silbernen Ansteckern gekennzeichnet wird. Wie denken Sie darüber?

Gerber: Sowohl Impf- wie Teststatus sind eigentlich immer noch Privatsache. Dieser Schutz der Privatsphäre ist bereits durch das Zertifikat massiv aufgeweicht.

Baumann-Hölzle: Hinter den goldigen und silbernen Ansteckern steht die These: Mit der Impfung haben wir alles im Griff, was nicht zutrifft. So besteht keinerlei Berechtigung, die Segregation von Geimpften und Ungeimpften in dieser Art und Weise voranzutreiben. Ich stelle fest, dass in der Pandemie viele Grundsätze

der Medizinethik ausgehebelt werden, d.h., sie werden nicht mehr in dem Masse respektiert, wie sie sollten. Es ist zum Beispiel höchst bedenklich, wie das Arztgeheimnis aufgelöst und Arbeitgebende Gesundheitsdaten der Mitarbeitenden erfragen dürfen. Und ich frage mich, ob wir es schaffen, die medizinethischen Grundsätze nach der Pandemie wieder zu aktivieren.

Was sind für Sie die grössten Herausforderungen für unsere Gesellschaft bei der Eindämmung der Pandemie?

Gerber: Bei respiratorischen Viren handelt es sich grundsätzlich um ein alltägliches und saisonal akzentuiertes Lebensrisiko. Allgemein gültige Gegenmassnahmen wie das «social distancing» können daher je nach deren Intensität sofort gesamtgesellschaftliche Kollateralschäden bewirken. Im Moment bindet das staatliche Risikomanagement der Pandemie sehr viele Mittel; irgendwann ist der Punkt erreicht, wo deshalb andere Lebensrisiken und die von ihnen Betroffenen zu lange zu kurz gekommen sind; dort wird es schwierig mit der Verallgemeinerungsfähigkeit von Massnahmen und folglich mit der Rechtsgleichheit. Wir sollten nach und nach dazu übergehen, über das Lebensrisiko Coronavirus primär zu informieren und allenfalls auch künftig differenzierte Impfeempfehlungen auszusprechen.

Enz Perschel: Die Jungen leiden besonders unter den Massnahmen und werden auch an den Folgen der Pandemie noch lange zu tragen haben. Aktuell sehen wir eine Zunahme von psychischen Problemen vor allem bei den Jugendlichen.

Baumann-Hölzle: Die Generationengerechtigkeit ist eines von vielen Gerechtigkeitsproblemen, die wir

schon lange hatten und nun durch die Pandemie an die Oberfläche gespült werden. Und sicher bietet eine Gesellschaft, die Gerechtigkeitsprobleme in diesem Ausmass zulässt – die Ungleichbehandlung von Krankheitsbetroffenen, belastende Arbeitsbedingungen, gerade im Gesundheitswesen –, den idealen Nährboden für Aggression. Moralische Verfehlungen führen an gewissen Orten bereits zu moralischem Stress, moralischen Verletzungen und gar Zusammenbrüchen – man kann sich nicht mehr in den anderen hineinversetzen, hört sich nicht mehr zu, verschliesst sich faktenbasierten Argumenten. Daran müssen wir als Gesellschaft dringend arbeiten. Und ganz sicher

Dr. med. Rachel Enz Perschel: «Aktuell sehen wir eine Zunahme von psychischen Problemen vor allem bei Jugendlichen.»

muss der Staat versuchen, das Vertrauen jener Menschen zurückzugewinnen, das er u.a. durch nicht eingelöste Versprechen und mangelnde Transparenz erschüttert hat.

Dies ist der dritte und letzte Teil der Kurzreihe zum Thema Impfblogatorium. In Teil 1 schrieb Dr. iur. Iris Herzog-Zwitter über das Thema «Impfblogatorium – Der rechtliche Rahmen» (Schweiz Ärztztg. 2021;102(47):1556–9). Dr. iur. Kaspar Gerber erörterte in Teil 2 das Thema «Covid-19: Verhältnismässigkeit von Massnahmen zur Impfmotivation» (Schweiz Ärztztg. 2021;102(48):1599–1601).

Bildnachweis
Christian Jäggi

Personalien

Todesfälle / Décès / Decessi

Lilly Zimmerli (1925), † 5.8.2021,
3770 Zweisimmen

Claus Hilsdorf (1934), † 17.8.2021,
Facharzt für Ophthalmologie, 9053 Teufen AR

Jakob Schüpbach (1939), † 13.10.2021,
3126 Kaufdorf

Max-Lionel Hefti (1927), † 19.10.2021,
Facharzt für Gastroenterologie und
Facharzt für Allgemeine Innere Medizin,
8700 Küsnacht ZH

Hans Beat Notter (1947), † 16.11.2021,
Facharzt für Allgemeine Innere Medizin,
6006 Luzern

Ärztegesellschaft des Kantons Bern

Ärztlicher Bezirksverein Bern Regio

Zur Aufnahme als ordentliches Mitglied
haben sich angemeldet:

Ivo Bayard, Facharzt für Plastische,
Rekonstruktive und Ästhetische Chirurgie,
Hirschengraben 7, 3011 Bern

Ilona Traber, Fachärztin für Allgemeine
Innere Medizin, FMH, Seilerstrasse 8,
3011 Bern

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

Ärztegesellschaft des Kantons Luzern

Zur Aufnahme in unsere Gesellschaft
Sektion Stadt haben sich gemeldet:

Peter-Paul de Meijer, Praktischer Arzt,
Praxis Mall of Switzerland MedCenter AG,
Ebisquare-Strasse 1/16, 6030 Ebikon

Monika Ries, Fachärztin für Radiologie, FMH,
Radiologie Gersag, Rüeeggisingerstrasse 29,
6020 Emmenbrücke

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

Ärzte-Gesellschaft des Kantons Zug

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

Catharina Mica-Keller, Fachärztin für Neuro-
logie, FMH, Neurologische Praxis Zug,
Gartenstrasse 2, 6300 Zug

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



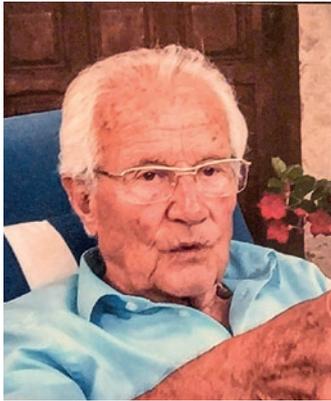
Stöbern Sie in unserem Online-Shop!

Entdecken Sie unser Angebot an Fachbüchern, Kriminalromanen
oder Kinderbüchern.

shop.emh.ch



In memoriam Marcel Gemperle (1930–2021)



Un pionnier et visionnaire de l'anesthésiologie

Le Professeur Marcel Gemperle nous a quitté le 25 octobre 2021 à l'âge de 91 ans, laissant un grand vide et une grande tristesse pour le personnel de l'anesthésiologie genevoise.

Marcel Gemperle, Saint-Gallois d'origine, a effectué ses études de médecine à Fribourg et à Zurich, où il a obtenu un doctorat en 1962. Il a réalisé une partie de sa formation clinique en Autriche et en France. Après une

première expérience en chirurgie et en médecine interne, il s'est rapidement tourné vers l'anesthésiologie, une science encore très jeune à l'époque.

Il a débuté sa carrière au sein de l'Institut d'anesthésiologie des cliniques universitaires de Zurich, où il a occupé diverses fonctions, dont celle d'anesthésiste responsable, puis a rejoint en 1964 le service d'anesthésiologie de l'Hôpital cantonal de Genève en tant que médecin-chef. Pour nous, ses élèves, il est aujourd'hui difficile de s'imaginer en quoi consistait un service d'anesthésiologie dans un hôpital universitaire à l'époque. En résumé: il n'y avait rien. Pas de structure, pas de personnel médical ni infirmier adéquatement formé, pas de matériel approprié, pas d'académisme.

A Genève, au début des années 1960, Marcel Gemperle s'est entouré de médecins-cadres et de collaborateurs qualifiés et a introduit des techniques d'anesthésie modernes (neuroleptanalgie, anesthésie loco-régionale, analgésie obstétricale) et des bons équipements de surveillance. Il a sectorisé et «spécialisé» l'activité anesthésiologique selon les besoins des diverses disciplines chirurgicales, suivant son crédo *«the right man in the good place»*. Il a aussi augmenté et stabilisé les ressources humaines médico-soignantes. Cela a permis la progression de la chirurgie et une hausse spectaculaire du nombre et des types d'opérations, passant de 3900 en 1960 à plus de 15000 en 1969! Et cela n'a cessé de progresser, avec l'intégration d'une unité de soins intensifs et l'implication des anesthésistes dans les urgences.

En tant que médecin-chef, Marcel Gemperle a développé sa recherche sur les répercussions de l'anesthésie générale sur le système cardiovasculaire et a encou-

ragé l'académisation de son service. Sur le plan de l'enseignement, il a formé de très nombreuses et nombreux anesthésistes et activement participé à la mise en place d'un titre fédéral de spécialiste en anesthésiologie.

Il s'est aussi beaucoup investi dans les sociétés savantes de sa spécialité, ainsi que pour sa reconnaissance dans les instances internationales. Membre de la Société suisse d'anesthésiologie et de réanimation (actuelle «Société suisse d'anesthésiologie et médecine péri-opératoire») dès 1963, il en a assuré la présidence de 1968 à 1970.

En 20 ans, à la tête de son service, le professeur Gemperle a transformé et développé un service en phase avec les attentes de chacun. Il a développé l'anesthésiologie en tant que science et aussi en tant qu'actrice dans la chirurgie. Il a compris que la chirurgie et l'anesthésiologie étaient très liées, mais que celle-ci était aussi une discipline à part entière. Il s'est battu pour que le service d'anesthésiologie se sépare du service de chirurgie au début des années 1990. Le service d'anesthésiologie de l'Hôpital cantonal universitaire de Genève a été finalement reconnu comme entité indépendante juste avant le départ à la retraite de Marcel Gemperle en 1995.

Aujourd'hui et pour toutes les futures générations d'anesthésistes suisses, la vie professionnelle de Marcel Gemperle représente l'histoire du développement de l'anesthésie moderne. Il fut un pionnier et un visionnaire. En considérant son remarquable parcours, nous réalisons à quel point il s'est battu avec détermination et conviction pour que l'anesthésiologie devienne une discipline médicale reconnue. C'est aussi grâce à cette ascension fulgurante de l'anesthésiologie et à la polyvalence aguerrie des médecins et soignants d'anesthésiologie dans tous les domaines de la médecine aiguë que nos hôpitaux ont pu faire face au COVID-19.

Les collaboratrices et collaborateurs – actifs et anciens – du service d'anesthésiologie des Hôpitaux universitaires de Genève (HUG) rendent hommage à Marcel Gemperle et lui adressent leur reconnaissance d'avoir conduit avec rigueur et énergie notre discipline à une position forte et légitimée.

*Dre Irène Iselin-Chaves, Prof. Martin Tramèr,
Service d'anesthésiologie, HUG*

Crédits photo

Image aimablement mise à disposition par son épouse, Geneviève Gemperle



Jubiläum der Laserkommission der FMCH

20 Jahre Fähigkeitsausweis für Laserbehandlungen der Haut

Marc Troxler

Dr. med., Präsident der Laserkommission FMCH

Dieses Jahr feiert die Laserkommission der Foederatio Medicorum Chirurgicorum Helvetica (FMCH) ihr zwanzigjähriges Bestehen. Die interdisziplinäre Kommission ist für die Vergabe von Fähigkeitsausweisen zur Qualitätsförderung und Kontrolle der Laserbehandlungen der Haut und hautnahen Schleimhäute zuständig.

Initiant der Laserkommission vor 20 Jahren war der Dermatologe Dr. med. Jean-Pierre Gabbud. Die in den neunziger Jahren rasch zunehmende Verbreitung von kosmetischen Laserbehandlungen gab zu der Besorgnis Anlass, dass auch vermeintlich harmlos erscheinende Altersflecken oder seborrhoische Warzen ohne kompetente Diagnosestellungen behandelt werden könnten. Vor diesem Hintergrund wurde im September 2000 unter dem Vorsitz des Dermatologen Dr. med. Perroud die Laserkommission gegründet mit dem Ziel, die Qualität der ärztlichen Leistung auf dem Gebiet der Lasertechnologie zur Behandlung der Haut und hautnahen Schleimhautveränderungen zu fördern.

Gemeinsamer Effort der Fachgesellschaften

Die folgenden Fachgesellschaften haben sich auf ein fächerübergreifendes Fähigkeitsprogramm geeinigt, das die Anforderungen der theoretischen und praktischen Weiterbildungen sowie die nötige Fortbildung zur Wahrung der Kompetenz für die Laser- und Blitzlampentechnologie-Anwendungen der Haut und hautnahen Schleimhäute definiert. Damit soll die Qualität der ärztlichen Leistung auf diesem Gebiet gefördert und ein Missbrauch aus kommerziellen Interessen verhindert werden:

- Schweizerische Gesellschaft für Dermatologie und Venerologie

- Union Schweizerischer Gesellschaften für Gefässkrankheiten
- Schweizer Chirurgeninnen und Chirurgen
- Schweizerische Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe
- Schweizerischen Gesellschaft für Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie
- Schweizerische Ophthalmologische Gesellschaft
- Schweizerischen Gesellschaft für Oto-Rhino-Laryngologie, Hals- und Gesichtschirurgie
- Schweizerischen Gesellschaft für Plastische, Rekonstruktive und Ästhetische Chirurgie
- Schweizerische Gesellschaft für Urologie
- Schweizerische Arbeitsgemeinschaft für Laserchirurgie
- Schweizerische Gesellschaft für medizinische Laseranwendung

Die Delegierten dieser Fachgesellschaften bilden seit der Laserkommission und garantieren die Umsetzung des Fähigkeitsprogramms und – falls zur Qualitätsförderung notwendig – auch dessen Revision zuhanden des Schweizerischen Instituts für ärztliche Weiter- und Fortbildung (SIWF). Sie wählen aus ihrer Mitte die Präsidentin oder den Präsidenten, die Quästorin oder den Quästor und den Exekutiv Ausschuss, dem die Erteilung sowie die Rezertifizierung der Fähigkeitsausweise obliegt. Bei der einmal pro Jahr stattfindenden Versammlung der Laserkommission werden darüber hinaus Weiterbildungsstätten, Praktikumsstellen und Fortbildungsveranstaltungen organisiert respektive anerkannt, die auf der Homepage der Laserkommission (www.laserkommission.ch) eingesehen werden können. Als juristische Dachorganisation diente der Laserkommission bis 2004 die FMS (Foederatio Medicorum Scrutantium), seit 2005 die FMCH.

Inhalt des Fähigkeitsprogramms

Das Fähigkeitsprogramm für Laserbehandlungen der Haut und der hautnahen Schleimhäute existierte zunächst in fünf Typen (Typ I–V). Mit der Revision im Jahre 2013 wurde das Fähigkeitsprogramm um den

Typ VI erweitert, zudem wurde der Typ V unterteilt in Typ V.1 und V.2 (Tab. 1). Diese Typen beziehen sich auf die wichtigsten Laseranwendungen an der Haut und hautnahen Schleimhäuten, die jeweils unterschiedlich spezifische Anforderungen an den ausübenden Arzt stellen und einzeln erworben werden können.

Voraussetzung für den Erwerb ist ein eidgenössischer oder ausländisch anerkannter Facharztstitel. Für den Typ V.1 ist zudem der Facharztstitel Dermatologie und Venerologie Vorbedingung. 2012 wurde die dermatologische Lasertherapie ausserdem mit der qualitativen Dignität Dermatologie und Venerologie ergänzt. Dermatologinnen und Dermatologen erhalten deshalb seit diesem Zeitpunkt die Fähigkeitsausweise Typ I bis V automatisch. Eine weitere nennenswerte Änderung für alle Antragssteller erfolgte 2013 mit der Tatsache, dass eine Mitgliedschaft bei der FMH nicht mehr erforderlich war.

Generell ist festzuhalten, dass es sich um fakultative

Die Laserkommission wurde im Jahr 2000 gegründet, um die Qualität der Laserbehandlung der Haut zu fördern.

Ausweise handelt, das heisst, sie basieren nicht auf gesetzlichen Vorschriften, sondern werden von der FMH in eigener Regie als Qualitätsnachweis angeboten.

Im Bezug auf Fortbildungen und Rezertifizierungen verlangt das Programm in Fünf-Jahres-Abschnitten (Dauer der Gültigkeit eines Fähigkeitsausweises) das Erlangen von 60 *Credits* an einer von der Laserkommission anerkannten Fortbildungstagung. Bis zu 30 *Credits* können als Selbststudium geltend gemacht werden. Ergänzend erfolgte ab 2004 eine Rezertifizierung auf Selbstdeklaration. Die Kontrolle wird durch zufällige Stichproben bei zehn Prozent der Antragsstellenden gewährleistet.

Heutiger Stand

Bis zum heutigen Datum besitzen 616 Fachärztinnen und Fachärzte insgesamt 1740 Fähigkeitsausweise. Die

Tabelle 1: Liste der Fähigkeitsausweise.

Typ I	Fähigkeitsausweis für Laserbehandlungen der Haut und Mundschleimhaut mit schneidenden oder ablativen Lasern
Typ II	Fähigkeitsausweis für Laserbehandlungen der anogenitalen Haut und Schleimhaut und der angrenzenden Regionen mit schneidenden oder ablativen Lasern
Typ III	Fähigkeitsausweis «Skin Resurfacing» und Narbentherapie
Typ IV	Fähigkeitsausweis für die Behandlung von vaskulären Hautveränderungen
Typ V.1	Fähigkeitsausweis für die Behandlung von pigmentierten Hautveränderungen
Typ V.2	Fähigkeitsausweis für die Behandlung von Tätowierungen und anderen exogenen Pigmentierungen

Ausweisinhaberinnen und -inhaber rekrutieren sich dabei vor allem aus den Fachrichtungen der Dermatologie, Gynäkologie und Inneren Medizin. Die Anzahl ist seit 2003 nur leicht angestiegen. Laseranwendungen finden heute praktisch nur noch auf dem Gebiet der Ästhetik und Kosmetik statt. Wohl auch deshalb haben sich in den letzten Jahren praktisch nur noch Dermatologinnen und Dermatologen und einige wenige Medizinerinnen und Mediziner für den Fähigkeitsausweis interessiert.

Die Schweizerische Arbeitsgemeinschaft für Laserchirurgie wurde 2016 aufgelöst, da Laseranwendungen in der Chirurgie kaum mehr Anwendung finden. Für die Ophthalmologie existiert mittlerweile ein eigenes Fort- und Weiterbildungsprogramm, und Gynäkologinnen und Gynäkologen werden kaum mehr in der Laseranwendung ausgebildet. Lasergehäte (CO₂) finden sich praktisch nur noch in den grossen Kliniken. Von den 616 Titelinhaberinnen und Titelinhabern haben aber in den Jahren 2006 bis

2020 immerhin 572 alle ihre Fähigkeitsausweise re-zertifizieren lassen.

Der Fähigkeitsausweis für Laserbehandlungen der Haut ist ein Qualitätszertifikat, welches offiziell eine Behandlungskompetenz attestiert, die zudem für einige wenige TARMED-Leistungen obligatorisch ist. Weiter garantiert es der Patientin resp. dem Patienten die Behandlung durch objektiv qualifizierte Fachärztinnen und Fachärzte, wodurch Behandlungssicherheit und -qualität verbessert werden. Nicht zuletzt auch im Falle eines Haftpflichtfalles kann eine attestierte Behandlungskompetenz von entscheidender Bedeutung sein.

In diesem Sinne scheint es uns von zentraler Bedeutung, dass das Fähigkeitsprogramm auch für eine nur geringe Anzahl interessierter Patientinnen und Patienten weiter bestehen bleibt.

Bildnachweis

Pongsak Deethonggam | Dreamstime.com

Das Wichtigste in Kürze

- Vor 20 Jahren wurde die Laserkommission der FMCH auf Initiative von Dr. med. Jean-Pierre Gabbud gegründet, um die Qualität der ärztlichen Leistung auf dem Gebiet der Lasertechnologie zur Behandlung der Haut und hautnaher Schleimhautveränderungen zu fördern.
- Träger der Laserkommission sind mehrere Fachgesellschaften, und die FMCH bildet die juristische Dachorganisation.
- Die von der Laserkommission ausgestellten Fähigkeitsausweise dienen als wichtiges Qualitätszertifikat, um die Behandlungssicherheit für Patientinnen und Patienten zu sichern.

L'essentiel en bref

- La Commission de laserthérapie de la FMCH a été fondée il y a 20 ans à l'initiative de Dr méd. Jean-Pierre Gabbud pour promouvoir la qualité des services médicaux dans le domaine de la technologie laser pour le traitement de la peau et des modifications des muqueuses liées à la peau.
- La commission est soutenue par plusieurs sociétés professionnelles. La FMCH en est l'organisation faitière légale.
- Les certificats de capacité délivrés par la commission constituent un important outil certifiant la qualité et garantissant la sécurité du traitement aux patients.

Sekretariat
Laserkommission
Limmatwiesenstrasse 15
CH-8955 Oetwil a.d.L.
Info[at]laserkommission.ch

Abschiedsinterview mit der langjährigen EMH-Mitarbeiterin Annette Eichholtz

«Ich kaufe mir einen Flügel»

Das Interview führte: Matthias Scholer

Die meisten unserer Autorinnen und Autoren hatten mit Annette Eichholtz Kontakt. Denn die Pädagogin und Germanistin war während sieben Jahren als Managing Editor für die *Schweizerische Ärztezeitung* (SÄZ) tätig und hat in dieser Zeit den Grossteil der eingereichten Texte gelesen und lektoriert.

Wie kam es, dass Sie im Jahr 2009 bei der SÄZ die Position eines Managing Editor übernahmen?

Ich habe meinem Studium entsprechend immer in pädagogischen Verlagen gearbeitet. Der Grund für den Weg Richtung Medizin ist leider sehr traurig. Mein Mann erkrankte und verstarb an einem Hirntumor. Ich suchte in dieser Zeit Unterstützung bei der Deutschen Hirntumorhilfe e.V. Daraus ergab sich das Projekt der Zeitschrift *Brainstorm*. Ich habe diese mit aufgebaut und als Chefredaktorin betreut. Die Arbeit half mir, den Verlust meines Mannes zu verarbeiten. Nach sieben Jahren war es an der Zeit, ein neues Kapitel in meinem Leben aufzuschlagen. Ich bewarb mich blind unter anderem beim Schweizerischen Ärzteverlag EMH und hatte Riesenglück.

Welches Fazit ziehen Sie, wenn Sie auf die Jahre bei EMH zurückblicken?

Für mich war die Zeit ein Glücksfall. Einerseits half mir diese Stelle, über den Bruch in meinem Leben

hinwegzukommen. Andererseits konnte ich mich in einem neuen Arbeitsbereich bewähren. Glücklicherweise brachte mir Bruno Kesseli von Beginn an viel Vertrauen entgegen und liess mich selbständig arbeiten.

Welche Ereignisse waren eher negativ?

Was mich ziemlich überraschte, war der Entscheid der Ärztekammer, dass die SÄZ und das *Swiss Medical Forum* (SMF) ab 2019 nicht mehr durch einen, in meinen Augen moderaten, Jahresbeitrag seitens der FMH-Mitglieder finanziell unterstützt werden. Für mich, die jede Woche die SÄZ mit viel Engagement produzierte, war dieser Entscheid doch ein Stich ins Herz. Sind die Zeitschriften unserer Leserschaft keinen Franken wert?

Gibt es bei der SÄZ inhaltlich Verbesserungspotenzial?

Ich fände es eine Aufwertung, wenn in der SÄZ vermehrt auch wissenschaftliche Themen publiziert würden. Die Trennung zwischen der SÄZ als Zeitschrift, die sich auf standes- und gesundheitspolitische Themen fokussiert, während wissenschaftliche Themen nur im SMF erscheinen, sollte überdacht werden. Schliesslich ist die Zielgruppe der beiden Zeitschriften dieselbe.

Was war Ihr Highlight während der Zeit bei EMH?

Als ich 2016 intern ins Buchlektorat bei EMH wechselte, produzierten meine Kolleginnen und Kollegen eine unveröffentlichte Abschiedsausgabe der SÄZ, die sich nur um mich drehte. So was Schönes kann man sich kaum vorstellen. Neben dem EMH-Team schrieben auch der damalige FMH-Präsident Jürg Schlup und viele meiner Kontaktpersonen bei der FMH rührende Worte. Ich war überwältigt und bin es irgendwie noch heute, eine Riesenfreude war und ist das.

Was ist Ihr nächstes Projekt für den Ruhestand?

Ich kaufe mir einen Flügel. Dies ist ein lang gehegter Traum von mir. Auch wenn ich nicht sicher bin, ob ich dafür wirklich gut genug Klavier spiele. (lacht) Aber ich sollte jetzt nicht ganz so streng mit mir sein. Auf alle Fälle werde ich es geniessen, keinen Zeitdruck mehr zu haben.



Annette Eichholtz war über zehn Jahre für den Schweizerischen Ärzteverlag EMH tätig. Foto: Matthias Scholer

redaktion.saez[at]emh.ch

Briefe an die SÄZ

Je crois que l'assistance au suicide ne fait pas partie des actes médicaux (avec réplique)

Lettre concernant: Beck P. L'assistance au suicide fait partie des actes médicaux. Bull Med Suisses. 2021;102(46):1527.

Le Dr Beck fait état des 200 personnes qu'il a acceptées d'accompagner dans leur choix de suicide, alors que les patients qui m'ont confronté à leur désir de mourir avec l'association Exit n'en forment qu'une dizaine en 40 ans de médecine hospitalière et de cabinet.

Je n'aurais aucune fierté, comme le Dr Beck, d'avoir accompagné quatre professeurs de la faculté de médecine dans leur suicide. J'ai assez travaillé dans les milieux universitaires pour me rendre compte que mes professeurs étaient sur le plan moral ni meilleurs ni moins bons que les autres, parfois imbus de leur supériorité intellectuelle qui pouvait leur faire croire à une quelconque supériorité morale. Le fait que ces personnes aient décidé de se suicider avec l'aide de l'un de leurs confrères ou consœurs ne peut en aucun cas apporter de caution à cette cause.

Je suis reconnaissant au Dr Beck d'avoir souligné le fait qu'il «croit que l'assistance au suicide fait partie des actes médicaux». Nous sommes en effet dans le domaine de la croyance. Celle-ci, comme toute foi, n'empêche jamais la raison de se déployer, ainsi que tente de le faire le Dr Beck avec honnêteté, mais en dernière instance, celle du choix sera un acte de foi.

De ma propre et petite expérience, je n'ai pas vu le suicide comme un acte de liberté. Malgré les précautions que prennent les membres d'Exit pour faire de leur démarche un acte bienveillant et médicalement solidement étayé, j'ai souvent ressenti chez les patients que j'ai suivis quelque chose de dissonant, d'à peine perceptible ou d'autre fois crevant les yeux, une espèce de grain de sable qui me faisait dire qu'il y avait déjà durant la vie du futur suicidé quelque chose de mort, quelque chose d'éteint qui poussait la personne à «choisir sa mort». Je ne parle pas ici de personnes réellement en fin de vie où les soins palliatifs prennent tout leur sens. Projection d'un croyant, vous me rétorquerez. Je ne pourrais que vous retourner l'argument.

On ne peut pas décemment et médicalement proposer l'assistance médicale au suicide comme une alternative à la violence des suicides. C'est ignorer que le suicide médicalement assisté a aussi des répercussions familiales et sociales que l'on ne doit pas banaliser.

A la peur de la mort qui envahirait les personnes résistantes à l'assistance médicale au suicide, j'opposerais la peur de perdre la maîtrise. Je me fais mourir de peur que la mort me surprenne. N'est-ce pas là une peur de la mort bien plus grande que celle de subir sa propre fin? Nous sommes dans un monde de pseudo-toute-puissance où la maîtrise de soi est un maître mot et sa perte, la pire des décadences. L'idée «qu'un jour chaque être humain capable de discernement sera libre de choisir le moment et les moyens de mettre fin à sa vie considérée comme 'accomplie'» est effrayante et dangereuse. Sans négliger les divers questionnements éthiques que soulève une telle assertion (et ils sont nombreux), j'y retiendrai surtout le principe d'un Absolu qui ne dit pas son nom.

Dans le sillage de la tradition judéo-chrétienne à laquelle j'ai la grâce et la liberté d'adhérer, j'ose croire à une transcendance, à celle d'un Dieu qui dit que mon autonomie ne peut se comprendre que dans une relation, un Je et un Tu, où je ne me prends pas la vie mais la reçois et la donne. Dans ce contexte, être un objet de conscience devient une évidence.

Dr Jacques Epiney, Gorgier

Réplique à «Je crois que l'assistance au suicide ne fait pas partie des actes médicaux»

Le Dr Jacques Epiney est croyant, mais sa foi, que je respecte, n'est pas la mienne. Je me réfère plutôt à la tradition des Lumières. Nous n'avons pas choisi d'entrer dans la vie, mais nous avons la liberté d'en sortir dès lors qu'elle a perdu ce qui nous a fait l'aimer et qui lui donne son sens.

Une précision: j'ai apporté mon assistance à quelque 200 personnes en qualité de médecin et accompagnateur chez EXIT, pas comme médecin-traitant. Ces personnes n'avaient pas

peur, en général, de la mort en tant que disparition, mais elles craignaient l'agonie et la dépendance qui la précèdent inévitablement et qu'un acte médical peut abrégé. Médecins, professeurs ou autres mortels sont devant le même choix: laisser faire la nature, souvent cruelle, ou choisir de prendre la clef des champs. Eviter la perte de maîtrise, comme dit mon confrère, c'est une réalité, mais ne voulons-nous pas toute notre vie être responsables et fiers de nos actes?

La souffrance des proches et des soignants, souvent alléguée en cas de suicide assisté et préparé, n'est qu'une fable. Tristesse et soulagement cohabitent toujours comme en cas de mort naturelle et la préparation au deuil, nécessaire dans tous les cas, permet à chacun de préparer sa propre mort, naturelle ou assistée. «O Herr, gib jedem seinen eignen Tod» (Rilke)

Dr Pierre Beck, Petit-Lancy

Briefe

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

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

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

L'activité médicale la plus difficile et la plus humaine

Lettre concernant: Gilli Y, Bounameaux H. Corps médical et suicide assisté. Bull Med Suisses. 2021;102(44):1436-7.

Dans le point 3 de la mise au point commune FMH-ASSM, il est dit que «*le fait qu'un suicide médicalement assisté peut, sous certaines conditions être autorisé par la loi et défendable du point de vue éthique ne change rien au fait que le suicide assisté reste une situation d'exception et non pas un acte médical proprement dit*». Cette dernière affirmation est surprenante. Comme si l'aide à la fin de vie ne consistait, et encore qu'«exceptionnellement» seulement, de prescrire l'ordonnance létale et d'assister, parmi d'autres bénévoles au bon déroulement de l'acte final. Les signataires de cette révision semblent ignorer tout le travail en amont des médecins appartenant aux associations d'aide à mourir comme Exit, avec parfois les médecins de famille approuvant ces démarches et sensibilisant les personnes à cette possibilité: écouter les personnes, les accompagner dans leur décision, rassembler tous les éléments médicaux per-

mettant de comprendre la demande, de s'assurer de leur autonomie de décision, de discuter d'alternatives, de rencontrer les proches, tout cela souvent sur une longue durée. C'est sûrement l'activité médicale la plus difficile et la plus humaine. Cela ressort magnifiquement des récits du livre du Dr Christophe Huber, qui a accompagné de nombreuses personnes, d'abord dans le cadre d'Exit Suisse Alémanique, puis dans l'association Dignitas à Zurich dont il a été médecin-conseil depuis une trentaine d'années*.

Dans la prise de position commune ci-dessus de la FMH-ASSM, il est dit au début: «*Le suicide assisté est aujourd'hui une réalité sociétale avec laquelle les médecins doivent composer, en particulier au regard de leur identité professionnelle et des questions médico-éthiques ainsi soulevées.*» Cette position semble admettre, ne serait-ce que du bout des lèvres, que les activités d'associations d'aide à mourir (suicide assisté) sont tolérables et éthiques dans certaines circonstances, c'est-à-dire, vraisemblablement, celles où les soins palliatifs ne peuvent répondre, même si cela n'est pas dit expressément dans le texte.

Si le dernier paragraphe (point 3) affirmant que «le suicide assisté reste une situation d'exception et non pas un acte médical proprement dit» était supprimé, ce que je suggère, la révision proposée offrirait déjà aux médecins une opportunité d'ouverture, un désir d'information, et une possibilité de réfléchir aux situations difficiles et diverses de l'aide au suicide, en particulier celles allant au-delà des critères stricts d'Exit; ceci sans crainte de conséquences légales. Le droit absolu de demander une aide à mourir pour les personnes âgées («Interruption volontaire de vieillesse») avec l'aide de la société, sous contrôle strict et sans jugement sur son bien-fondé autre que la certitude de l'autonomie de discernement et l'absence de pressions, constitue le pas de plus qu'il faut soutenir.

Thierry Deonna, Prof. Hon. CHUV et Université de Lausanne, ancien membre du Comité Central d'Ethique de l'Académie Suisse des Sciences Médicales

* Isabel Rüd, Christophe Huber. Sterben dürfen? Freitodbegleitung und die Rolle des Arztes. Stämpfli Verlag, 2021, non traduit.

Aktuelle Themen auf unserer Website

www.saez.ch → Tour d'horizon



Interview mit Dr. med. Regula Capaul, Co-Präsidentin der SGAIM, Mitglied der Qualitätskommission

Qualitätsindikatoren: Mehrwert für die Hausarztpraxis

Zum ersten Mal wurden sechs praxisnahe und evidenzbasierte Qualitätsindikatoren für die ambulante Behandlung erarbeitet. Im Interview berichtet die Hausärztin Regula Capaul, welche Ziele damit erreicht werden sollen.



Interview mit Virginie Masserey, Leiterin Sektion Infektionskontrolle und Impfprogramm, Bundesamt für Gesundheit

«Alle Fragen zur Impfung sind legitim und ernst zu nehmen»

Die angestrebten Covid-19-Impf-Richtwerte sind noch lange nicht erreicht. Anlässlich der nationalen Impfwoche haben wir Virginie Masserey nach den Gründen und den Möglichkeiten, die Impfbereitschaft gezielt zu erhöhen, gefragt.



Seminare/Séminaires/Seminari 2022



René Häller, CEO
FMH Consulting Services AG

Spielen Sie mit dem Gedanken Ihre eigene Praxis zu gründen oder eine zu übernehmen? Möchten Sie gerne bei einer Gruppenpraxis mitarbeiten? Oder sollen wir Sie für den optimalen Ruhestand vorbereiten und begleiten? FMH Services verfügt über langjährige Erfahrung und begleitet Ärztinnen und Ärzte in ihrer gesamten Laufbahn. Nutzen Sie die Gelegenheit und besuchen Sie unsere beliebten Seminare. Auch für das Jahr 2022 steht Ihnen eine Auswahl an aktuellen Themen zur Verfügung. Melden Sie sich noch heute an und profitieren Sie von unserem Fachwissen und der langjährigen Erfahrung. Wir freuen uns auf Sie!

Vous envisagez de fonder ou de reprendre un cabinet? Ou de travailler dans un cabinet de groupe? Vous souhaitez préparer votre retraite de manière optimale avec notre soutien? FMH Services dispose d'une longue expérience et accompagne les médecins tout au long de leur parcours. Profitez de l'occasion et assistez à nos séminaires. En 2022, vous pourrez à nouveau choisir parmi une multitude de thèmes. Inscrivez-vous dès aujourd'hui et profitez de notre vaste-faire et de notre longue expérience. Nous nous réjouissons de faire votre connaissance!

Praxiseröffnung/-übernahme

Zielgruppe: Ärztinnen und Ärzte, die vor einer Praxiseröffnung (Einzel-/Gruppenpraxis), dem Einstieg in eine Gruppenpraxis oder vor einer Praxisübernahme stehen.

Themen

- **Bewilligungen/Berufspflichten** (Praxisbewilligung, Zulassung zur Sozialversicherung)
- **Gesellschaftsformen/Ehe- und Erbrecht** (Vertragswesen, Privat-/Geschäftsvermögen, Güterstand, Erbschaftsplanung)
- **Finanzierung der Arztpraxis** (Businessplan, Kredite, Absicherungsmöglichkeiten)
- **Versicherungen/Vorsorge/Vermögen** (Personen- und Sachversicherungen, Vorsorgeplanung)
- **Praxisadministration** (Leistungserfassungs- und Abrechnungssysteme)
- **Bewertung einer Arztpraxis** (Inventarwert und Goodwill als Verhandlungsbasis)
- **Praxiseinrichtung** (Inneneinrichtung, Kostenberechnung)

Daten

Kennung	Datum	Ort
K01	Donnerstag, 10. März 2022 9.00–16.30 Uhr	Zürich Volkshaus
K02	Donnerstag, 12. Mai 2022 16.00–20.30 Uhr	St. Gallen Hotel Einstein
K03	Donnerstag, 9. Juni 2022 9.00–16.30 Uhr	Bern Schmiedstube
K04	Donnerstag, 8. September 2022 9.00–16.30 Uhr	Zürich Volkshaus
K05	Donnerstag, 3. November 2022 9.00–16.30 Uhr	Basel Hotel Victoria

Praxisübergabe/-aufgabe

Zielgruppe: Ärztinnen und Ärzte, die ihre Praxis an einen Partner oder Nachfolger übergeben oder liquidieren wollen. Idealtermin: 5–10 Jahre

vor geplanter Übergabe oder allfälliger Liquidation (aus steuertechnischen und vorsorgeplanerischen Gründen).

Themen

- **Praxispartner- oder Nachfolgesuche** (projektorientiertes Vorgehen in der Nachfolgeplanung)
- **Juristische Aspekte** (Praxisübergabevertrag, allg. Vertragswesen, Übergabe der Krankengeschichten)
- **Bewertung einer Arztpraxis** (Inventarwert und Goodwill als Verhandlungsbasis)
- **Versicherungen/Vorsorge/Vermögen** (Übergabe/Auflösung von Versicherungsverträgen, Pensions- und Finanzplanung)
- **Steuern** (Steueraspekte bei der Praxisübergabe oder Liquidation: Optimierung der steuerlichen Auswirkungen, Liquidations- und Grundstückgewinnsteuer)

Daten

Kennung	Datum	Ort
K06	Donnerstag, 17. März 2022 13.30–18.00 Uhr	Zürich Volkshaus
K07	Donnerstag, 5. Mai 2022 16.00–20.30 Uhr	St. Gallen Hotel Einstein
K08	Donnerstag, 23. Juni 2022 13.30–18.00 Uhr	Bern Schmiedstube
K09	Donnerstag, 15. September 2022 13.30–18.00 Uhr	Zürich Volkshaus
K10	Donnerstag, 10. November 2022 13.30–18.00 Uhr	Basel Hotel Victoria

Gruppenpraxis

Zielgruppe: Das Seminar eignet sich für Ärztinnen und Ärzte, welche sich einer Gruppenpraxis anschliessen, ihre Einzelpraxis in eine Gruppenpraxis umwandeln oder mit anderen zusammenfügen möchten sowie die Möglichkeit haben, sich an einer Gruppenpraxis zu beteiligen.

Themen

- **Strategie** (Ziele der Gruppenpraxis; Gestaltung des Angebots)
- **Unternehmer** (Zusammensetzung des Teams; Verhaltensregeln, finanzielle Beteiligung und Entschädigungsmodelle)
- **Finanzen und Recht** (Versicherung, Vorsorge und Vermögen; Rechtsform, Finanzen, Steuern)
- **Standort, Praxisobjekt** (Anforderungen an Standort; Konkurrenzanalyse; Praxiseinrichtung, Kosten)
- **Personal** (Qualifikationen; Gesetze, Reglemente, Verträge)
- **Führung und Organisation** (Struktur und Abläufe; Aufgaben, Verantwortungen, Kompetenzen)
- **EDV und Administration** (Anforderungen an Praxisinformatik; Evaluation)
- **Praxisbericht** (Erfahrungsbericht eines Arztes, Mitglieder einer Gruppenpraxis aus der Region)

Daten

Kennung	Datum	Ort
K80	Donnerstag, 28. April 2022 13.30–18.00 Uhr	St. Gallen Hotel Einstein
K81	Mittwoch, 21. September 2022 13.30–18.00 Uhr	Bern Schmiedstube

Praxissoftware-Workshop

Zielgruppe: Ärztinnen und Ärzte, die vor einer Praxiseröffnung oder Praxisübernahme stehen oder bereits praxistätig sind.

Themen

- **Anforderungen** an ein Praxisinformationssystem (Einführung)
- **Evaluationsprozess** (projektorientiertes Vorgehen in der Evaluation eines Praxisinformationssystems)
- Präsentation von sieben führenden Praxisinformationssystemen (Leistungserfassung, Abrechnen, Agenda, Statistik, Geräteeinbindung, Krankengeschichte, Finanzbuchhaltung usw.)

Redaktionelle Verantwortung: FMH SERVICES

Daten		
K13	Donnerstag, 31. März 2022 13.15–17.45 Uhr	Zürich Technopark
K14	Donnerstag, 30. Juni 2022 13.15–17.45 Uhr	Bern Stadion Wankdorf
K15	Donnerstag, 17. November 2022 13.15–17.45 Uhr	Olten Stadttheater

IT Security Awareness

Zielgruppe: Ärztinnen und Ärzte, medizinische Praxisassistenten/-innen.

Themen

- Herausforderungen der Digitalisierung
- Gefahren durch Cyberkriminalität und Social-Engineering
- Herausforderungen der elektronischen Kommunikation und des Datentransfers
- Sicheres Verhalten im Internet
- Sensibler Umgang mit Klienten-/Patientendaten
- Sichere Passwörter
- Technische und organisatorische Sicherheitsmassnahmen
- Sichere Tools zur Kommunikation und Zusammenarbeit

Webinardaten siehe www.fmhservices.ch

Datenschutz

Zielgruppe: Ärztinnen und Ärzte, medizinische Praxisassistenten/-innen.

Themen

- Datenschutz in der physischen Welt und im Kontext der Digitalisierung
- Umgang mit Daten und Informationen im Behandlungskontext
- Schweigepflicht, Meldepflicht und Melde-recht
- Zweckbindung und Nutzungsbeschränkung
- Datensparsamkeit und Verhältnismässigkeit
- Einsichts- und Auskunftsrecht
- Technische und organisatorische Sicherheitsmassnahmen
- Datenschutzkonforme Tools zur Kommunikation und Zusammenarbeit

Webinardaten siehe www.fmhservices.ch

Tarifwerk TARMED – Einführungskurs

Zielgruppe: Ärztinnen und Ärzte, die kurz vor einer Praxiseröffnung oder Praxisübernahme stehen. Die Teilnehmerzahl ist begrenzt.

Themen

- **Fakten** (gesetzliche und vertragliche Grundlagen)
- **Struktur** (Tarifbrowser, Grundstruktur, Regelhierarchie, Leistungsblöcke, Leistungsgruppen)
- **Generelle Interpretationen** («Allgemeine Grundleistungen», «Hauptleistungen, Zu-

- schlagsleistungen», «Nichtärztliche Leistungserbringung» usw.)
- **Parameter einer Tarifposition** («Quantitative und Qualitative Dignität», «Ärztliche Leistung AL», «Assistenz», «Raumbelegung» usw.)
 - Tarifpositionen aus dem **Kapitel 00 Grundleistungen und weitere fachspezifische Kapitel**
 - Praxislabor und Präsenzdiagnostik
 - Organisationen und Informationsquellen

Daten		
K70	Dienstag, 8. März 2022 13.30–16.45 Uhr	Olten Hotel Arte
K71	Dienstag, 17. Mai 2022 13.30–16.45 Uhr	Olten Hotel Arte
K72	Dienstag, 6. September 2022 13.30–16.45 Uhr	Olten Hotel Arte
K73	Dienstag, 8. November 2022 13.30–16.45 Uhr	Olten Hotel Arte

Tarifwerk TARMED – Vertiefungskurs für Ärztinnen und Ärzte

Zielgruppe: Ärztinnen und Ärzte, die eigenverantwortlich zulasten der Obligatorischen Kranken- und Pflegeversicherung abrechnen. Die Teilnehmerzahl ist begrenzt.

Themen

- **Gesetzliche Grundlagen** (KVG, KVV, KVL, Vertrauensprinzip, Pflicht- und Nichtpflichtleistungen, Tarifschutz, TARMED-Rahmenvertrag KVG und kantonale Anschlussverträge)
- **Elektronisches Rechnungsformular**
- **Rechnungskontrolle und Einführung in die Wirtschaftlichkeitsverfahren (WZW)**
- **TARMED-Kostenmodelle**
- **TARMED-Regelwerk** (Regelhierarchie allgemein, Regeltypen)
- **Paritätische Kommission Dignität und Spartenanerkennung (PaKoDig)** (Qualitative Dignitäten und Besitzstand im TARMED, Sparten und Spartenanerkennung im TARMED)
- **Paritätische Interpretationskommission TARMED (PIK)** (Erläuterung ausgewählter PIK-Entscheide und deren Bedeutung)
- **Spezifische Bereiche aus dem TARMED** (Bildgebung (Röntgen und Sonografie), Nichtärztliche Leistungen, Dringlichkeit und Notfall (Abbildung und Abrechnung))
- **Fragen aus dem medizinischen Alltag der Teilnehmer** (Um Ihre Fragen adäquat beantworten zu können, danken wir um die vorgängige Zustellung an die Referenten)

Daten		
K122	Dienstag, 5. April 2022 13.30–16.45 Uhr	Olten Hotel Olten

K123	Dienstag, 22. November 2022 13.30–16.45 Uhr	Olten Hotel Astoria
-------------	---	------------------------

Ambulante Tarife: «Rund um die Rechnung und weitere Grundlagen»

Zielgruppe: Ärztinnen und Ärzte, die eigenverantwortlich zulasten der Obligatorischen Kranken- und Pflegeversicherung abrechnen. Die Teilnehmerzahl ist begrenzt.

Themen

- **Gesetzliche Grundlagen** (KVG, KVV, KVL, Vertrauensprinzip, Pflicht- und Nichtpflichtleistungen, Tarifschutz, TARMED-Rahmenvertrag KVG und kantonale Anschlussverträge)
- **Elektronisches Rechnungsformular** (Rechnungssteller und Leistungserbringer, Ausführer und verantwortlicher Arzt, Diagnose, Taxpunktwert, Tiers garant und Tiers payant)
- **Tariftypen** (TARMED, Analysenliste, Mittel- und Gegenständeliste, Medikamente)
- **Rechnungskontrolle und Einführung in die Wirtschaftlichkeitsverfahren (WZW)**
- **Vorgehen bei Rechnungsrückweisung** (Instanzenweg, Ansprechpartner, Rechtsgrundlagen)
- **Fragen aus dem medizinischen Alltag der Teilnehmer** (Um Ihre Fragen adäquat beantworten zu können, danken wir um die vorgängige Zustellung an die Referenten)

Daten		
K120	Dienstag, 22. Februar 2022 13.30–16.45 Uhr	Olten Hotel Olten
K121	Dienstag, 20. September 2022 13.30–16.45 Uhr	Olten Hotel Astoria

Ambulante Tarife: Verrechnung von Material, Laboranalysen und Medikamenten

Zielgruppe: Ärztinnen und Ärzte, die eigenverantwortlich zulasten der Obligatorischen Kranken- und Pflegeversicherung abrechnen. Die Teilnehmerzahl ist begrenzt.

Themen

- **Material und Verbrauchsmaterial / Mittel- und Gegenständeliste** (Klärung der Unterschiede, Verrechnung und Anwendung, Material und Verbrauchsmaterial im TARMED, Ansprechpartner, Tarificodes)
- **Analysenliste und Praxislabor** (Voraussetzungen für Praxislabor, Anwendung der Analysenliste, Tarificodes, Schnittstellen zum TARMED, Ansprechpartner)
- **Medikamente / Spezialitätenliste** (Abrechnung von Medikamenten und Anwendung der Spezialitätenliste, Ansprechpartner, Tarificodes, GTIN)

Daten		
K124	Dienstag, 31. Mai 2022 13.30–16.45 Uhr	Olten Hotel Olten

Redaktionelle Verantwortung: FMH SERVICES

K125 Dienstag,
29. November 2022
13.30–16.45 Uhr
Olten
Hotel Astoria

Tarifwerk TARMED – Einführungskurs für MPAs

Zielgruppe: Der Einführungskurs richtet sich an medizinische Praxisassistenten/-innen und medizinische Praxiskoordinatoren/-innen, die mit der Leistungserfassung nach TARMED in der Arztpraxis betraut sind. Die Teilnehmerzahl ist begrenzt.

Themen

Der Einführungskurs beinhaltet folgende Schulungsthemen: Einführung, TARMED und Amtstarife, Tarifbrowser TARMED, Parameter der Tarifposition, Generelle Interpretationen, Fallbeispiele, Informationsquellen, Diskussion und Fragen

Daten		
K126	Dienstag, 29. März 2022 13.30–16.45 Uhr	Olten Hotel Olten
K127	Mittwoch, 25. Mai 2022 13.30–16.45 Uhr	Olten Hotel Astoria
K128	Dienstag, 13. September 2022 13.30–16.45 Uhr	Olten Hotel Olten
K129	Dienstag, 15. November 2022 13.30–16.45 Uhr	Olten Hotel Astoria

Marketing für Ärztinnen und Ärzte

Zielgruppe: Ärztinnen und Ärzte, die vor einer Einzel- oder Gruppenpraxisgründung stehen, eine Praxisübernahme planen oder ihre Praxis unternehmerischer betreiben möchten. Führungskräfte in medizinischen Organisationen.

Themen

- Verändertes Umfeld: Gesundheitsmarktsituation und Trends
- Marketing heisst gesehen werden: Wofür steht meine Praxis? Wie definiere ich mich?
- Einführung ins Branding: Je besser die Analyse, desto treffsicherer die strategische Positionierung
- Juristische Hürden: Nach welchen rechtlichen Grundlagen richtet sich die ärztliche Werbung?
- Kommunikationsplanung: In welchen Medien und auf welchen Werbeträgern sollen wir kommunizieren?
- Erfolgreiche Praxisbeispiele

Daten		
K61	Mittwoch, 16. März 2022 13.30–17.00 Uhr	Webinar
K62	Donnerstag, 15. September 2022 13.30–17.00 Uhr	Webinar

Digital Marketing – Social Media & Co.

Zielgruppe: Ärztinnen und Ärzte, die vor einer Einzel- oder Gruppenpraxisgründung stehen,

eine Praxisübernahme planen oder ihre Praxis unternehmerischer betreiben möchten. Führungskräfte in medizinischen Organisationen. Mitarbeitende von Marketing und Kommunikationsabteilungen von Spitälern, Kliniken und Heimen. Und alle anderen an diesem Thema Interessierten.

Themen

- Einführung in das digitale Marketing: Welche Medientypen gibt es?
- Go Digital: Stellenwert des digitalen Marketings und aktuelle Trends
- Suchmaschinenmarketing: Instrumente wie SEO und SEA verstehen
- Social-Media-Marketing: Die richtige Wahl von Kanal und Content
- Kritische Würdigung: Chancen & Risiken des digitalen Marketings
- Rechtliche Vorgaben: Nach welchen rechtlichen Rahmenbedingungen richtet sich die ärztliche Onlinewerbung?
- Online-Marketing-Strategie: Wie entwickle ich eine digitale Strategie?
- Erfolgreiche Praxisbeispiele
- Offener Austausch

Daten		
K63	Mittwoch, 6. März 2022 16.00–17.30 Uhr	Webinar
K64	Mittwoch, 28. September 2022 16.00–17.30 Uhr	Webinar

Telefonseminar für MPAs (bzw. Praxisteam)

Zielgruppe: MPAs mit telefonischem Kundenkontakt sowie Auszubildende, die zum professionellen Telefonieren angeleitet werden sollen.

Themen

- Die medizinische Praxisassistentin als **Visitenkarte der Praxis**
- **Image der Arztpraxis.** MPAs repräsentieren die Unternehmenskultur, organisieren die Praxis und sind somit ein wesentlicher Bestandteil für den Unternehmenserfolg.
- Bedeutung des **ersten Telefonkontakts**
- **Richtig telefonieren** – eine Anleitung

Daten		
K65	Donnerstag, 24. März 2022 9.00–16.30 Uhr	Bauma prama GmbH
K66	Freitag, 11. November 2022 9.00–16.30 Uhr	Bern Schmiedstube

Kommunikation mit Patienten für MPAs (bzw. Praxisteam)

Zielgruppe: MPAs sowie Auszubildende, die zu einer professionelleren Kommunikation mit Patienten (auch schwierigen) angeleitet werden sollen und sich in der Kommunikation im Team verbessern möchten.

Themen

- **Kommunikative Techniken** (aktives Zuhören, 4-Ohren-Prinzip)
- **Kundenorientierte Kommunikation**
- Eigenes **Konfliktverhalten**
- Positiver **Umgang mit Reklamationen** und **schwierigen Gesprächssituationen**

Daten		
K67	Donnerstag, 17. März 2022 9.00–16.30 Uhr	Bauma prama GmbH
K68	Freitag, 9. September 2022 9.00–16.30 Uhr	Bern Schmiedstube

Ouverture et reprise d'un cabinet médical

Groupe cible: Médecins sur le point d'ouvrir un cabinet médical (individuel ou de groupe), de joindre un cabinet de groupe ou de reprendre un cabinet existant.

Contenu

- **Aspects juridiques** (contrats en général, autorisations, admission à pratiquer à la charge de l'assurance sociale, dossier patients, droit du travail, formes juridiques, droit matrimonial et le droit successoral)
- **Business plan / passage du statut de salarié à celui d'indépendant** (préparation du plan de financement, les financements, comptabilité, fiscalité, TVA)
- **Lieu d'implantation & aménagement** (implantation, projet et concept d'aménagement, choix du mobilier et des matériaux)
- **Estimation d'un cabinet** (processus d'une estimation, inventaire et goodwill, recommandations)
- **Administration d'un cabinet médical** (facturation)
- **Assurances** (questions d'assurances et de prévoyance)

Dates		
K20	Jeudi 10 mars 2022 9h00–17h00	Lausanne Hôtel Alpha-Palmiers
K21	Jeudi 9 juin 2022 9h00–17h00	Genève Hôtel Royal Lausanne
K22	Jeudi 1 ^{er} septembre 2022 9h00–17h00	Hôtel Alpha-Palmiers
K23	Jeudi 3 novembre 2022 9h00–17h00	Genève Hôtel Royal

Remise et cessation d'un cabinet médical

Groupe cible: Médecins désirant remettre un cabinet médical à un associé ou à un successeur ou qui doivent fermer leur cabinet médical. Idéalement **5–10 ans avant la remise prévue** (pour des questions de taxation et prévoyance).

Contenu

- **Aspects juridiques** (contrats en général, dossiers patients, autorisations)

Redaktionelle Verantwortung: FMH SERVICES

- **Estimation d'un cabinet et remise du cabinet** (calcul de l'inventaire et du goodwill comme base de négociation, recherche de succession, recommandations)
- **Assurances/prévoyance/patrimoine** (remise/résiliation des contrats d'assurances, formes de prévoyance, planification de la retraite et des finances)
- **Conséquences fiscales d'une remise ou d'une cessation** (optimisation de l'impact fiscal lors d'une remise/cessation, impôt sur les bénéfices et gains immobiliers, détermination de la date optimale pour la remise/cessation)

Dates		
K24	Jeudi 19 mai 2022 13h30-18h30	Lausanne Hôtel Aquatris
K25	Jeudi 10 novembre 2022 13h30-18h30	Genève Crowne Plaza

Cabinet de groupe

Groupe cible: Médecins en formation voulant exercer leur future activité en cabinet de groupe et au libres praticiens qui souhaitent affilier leur cabinet individuel à un cabinet de groupe ou de partager leur cabinet avec un associé.

Contenu

- **Informations de base** (stratégie, entrepreneurs, ressources humaines, organisation, communication)
- **Finances** (business plan, fiscalité, TVA, modèles de cabinets)
- **Lieu d'implantation & aménagement** (exigences locales, implantation, projet d'aménagement du cabinet)
- **Informatique & administration** (attentes en matière de système informatique pour le cabinet; organisation informatique)
- **Rapport d'expérience** (rapport de l'expérience d'un médecin, co-fondateur d'un cabinet de groupe de la région)
- **Assurances** (assurances en générale, prévoyance et patrimoine)
- **Droit** (contrats, autorisations, dossier patients, droit du travail, formes juridiques)

Dates		
K85	Jeudi 7 avril 2022 13h30-18h30	Genève Hôtel Royal
K86	Jeudi 22 septembre 2022 13h30-18h30	Lausanne World Trade Center

Atelier consacré au logiciel de gestion du cabinet médical

Groupe cible: Médecins sur le point d'ouvrir un cabinet médical et médecins déjà établis qui veulent changer leur logiciel.

Contenu

- **Evaluation d'un système de gestion de cabinet**

- Présentation en live de **logiciels pour la gestion du cabinet** (gestion des données des patients, gestion de la facturation et de l'encaissement, statistiques, gestion de l'agenda, connexion des appareils médicaux au dossier patient, etc.)

Date		
K28	Mercredi 22 juin 2022 13h30-18h00	Lausanne Hôtel Aquatris

Tarif TARMED – Cours d'introduction

Groupe cible: Médecins qui ouvrent ou reprennent un cabinet prochainement. Le nombre de participants est limité.

Contenu

- **Faits** (bases légales et contractuelles)
- **Structure** (browser de tarif, structure de base, hiérarchie, blocs de prestations, paquets de prestations)
- **Interprétations générales** («prestation de base générale», «prestation principale, prestation supplémentaire», «prestation non médicale», etc.)
- **Paramètres d'une position tarifaire** («dignité qualitative et quantitative», «prestation», «assistance», «occupation de locaux», etc.)
- Positions tarifaires du chapitre 00 **prestations de bases et autres chapitres spécifiques**
- **Laboratoire et diagnostic présentiel**
- **Organisations et sources d'informations**

Dates		
K76	Mardi 28 juin 2022 13h15-16h30	Lausanne Hôtel Aquatris
K77	Mardi 27 septembre 2022 13h15-16h30	Lausanne Hôtel Aquatris
K78	Mercredi 16 novembre 2022 13h15-16h30	Neuchâtel Beaulac

IT Security Awareness

Groupe cible: Médecins, assistants médicaux et assistantes médicales.

Contenu

- Défis de la numérisation
- Dangers de la cybercriminalité et de l'inéniénie sociale
- Défis de la communication électronique et du transfert de données
- Utilisation sûre d'Internet
- Traitement prudent des données des clients/patients
- Mots de passe sécurisés
- Mesures de sécurité techniques et organisationnelles
- Outils sécurisés de communication et de collaboration

Les dates des webinaires voir www.fmhservices.ch

Apertura e rilevamento di uno studio medico

Gruppo destinatario: Medici in procinto di aprire o di rilevare uno studio medico.

Contenuto

- **Business plan** (preparazione del piano di finanziamento e del credito d'esercizio, prestito bancario)
- **Pianificazione** (insediamento, progetto e pianificazione, mobiliario, budget)
- **Valutazione di uno studio medico** (inventario e goodwill)
- **Amministrazione di uno studio medico** (interna allo studio, rapporti con la banca)
- **Assicurazioni** (tutte le assicurazioni necessarie interne ed esterne allo studio)
- Passaggio dallo stato di dipendente a quello di indipendente
- Fiscalità

Dati		
K50	Mercoledì 9 marzo 2022 dalle 16.00 alle 18.00	Chiasso FMH Services (Consulting)
K51	Mercoledì 12 ottobre 2022 dalle 16.00 alle 18.00	Chiasso FMH Services (Consulting)

Studio medico di gruppo

Gruppo destinatario: Medici in formazione che desiderano esercitare la loro futura attività in uno studio medico di gruppo. Liberi praticanti che auspicano affiliare o che hanno già affiliato il loro studio medico individuale ad uno di gruppo.

Contenuto

- **Strategia** (obiettivi dello studio medico di gruppo; struttura dell'offerta delle prestazioni)
- **Imprenditori** (composizione del gruppo di lavoro e regole di condotta; partecipazione finanziaria e metodi di remunerazione)
- **Finanze e diritto** (assicurazioni, previdenza e patrimonio; forma giuridica, finanze e fiscalità)
- **Ubicazione e allestimento dello studio** (esigenze dei locali e analisi della situazione concorrenziale; allestimento dello studio e costi)
- **Risorse umane** (qualifiche; regolamenti e contratti)
- **Direzione e organizzazione** (struttura e procedimenti; compiti, responsabilità e competenze)
- **Informatica e amministrazione** (aspettative dal sistema informatico per lo studio; valutazione dei sistemi d'informazione)

Data		
K88	Mercoledì 18 maggio 2022 dalle 16.00 alle 18.00	Chiasso FMH Services (Consulting)

Anmeldung
Inscription
Registrazione

www.fmhservices.ch



Stellen-, Praxen-, Markt-Plattform

| Einfach
anbieten und
finden



Stellen,
Praxen und
Artikel
fmhjob.ch

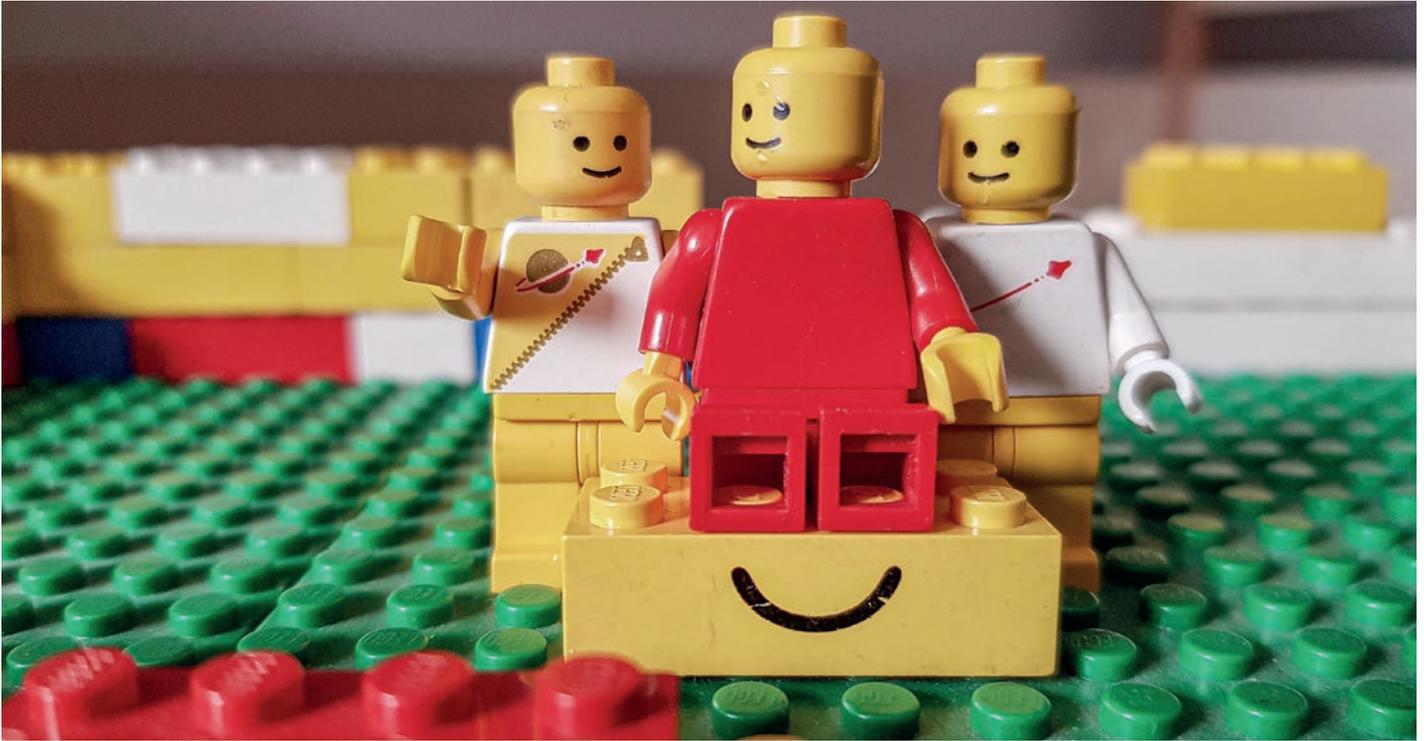
Ob Stelle im Gesundheitswesen,
Praxis, Praxispartner oder Artikel
Hier werden Sie fündig

- Zahlreiche Jobs und Praxen in der ganzen Schweiz
- Top Arbeitgeber
- Führende Schweizer Plattform im Gesundheitswesen für Stellen, Praxen und Artikel

CONSULTING

FMH Consulting Services AG
Burghöhe 1
6208 Oberkirch
Tel. 041 925 00 77
mail@fmhconsulting.ch
www.fmhconsulting.ch





«Alle Berufe sind offener für die Interprofessionalität geworden»

Eva Mell

Managing Editor der *Schweizerischen Ärztezeitung*

Wenn Ärztinnen und Ärzte, Pflegende, Hebammen, Case Managende und andere Fachkräfte aus dem Gesundheitsbereich eng zusammenarbeiten, profitieren sie selbst und auch die Patientinnen und Patienten davon. Aber wie gut funktioniert die interprofessionelle Zusammenarbeit tatsächlich? Wir haben nachgefragt.

Als Madlene Michel am Luzerner Kantonsspital die Abteilung Austrittsmanagement aufgebaut hat, haben sie und die übrigen neu eingestellten Case Managenden zunächst Widerstand aus der Belegschaft des Spitals erfahren. Ihre Aufgabe ist es, das Behandlungsteam dabei zu unterstützen, den Austritt der Patientinnen und Patienten nach dem Spitalaufenthalt optimal zu organisieren. Doch Pflegende, Ärztinnen und Ärzte hatten zunächst Sorge, die Neuen würden Teile ihres jeweiligen Kernbusiness übernehmen. Mittlerweile, so erzählt es Madlene Michel auf Seite 1672, werden sie und ihr Team als Bereicherung empfunden. Die interprofessionelle Zusammenarbeit funktioniert und ein Austausch auf Augenhöhe sei möglich.

Wenn Personen aus den verschiedenen Gesundheitsberufen eng zusammenarbeiten und sich Zeit dafür nehmen, einander kennen- und schätzen zu lernen, dann sparen sie am Ende sogar wertvolle Zeit, und die Patientinnen und Patienten profitieren von einer besonders guten Behandlung. Alle für diesen Beitrag Befragten sind sich einig, dass die interprofessionelle Zusammenarbeit wichtig ist und oft schon gut funktioniert. Doch viele berichten auch von Schwierigkeiten: In manchen Fällen stehen Personen aus verschiedenen Gesundheitsberufen geradezu in Konkurrenz zueinander – und nicht in allen Berufen kann die interprofessionelle Zusammenarbeit abgerechnet werden.



«Die Vergütung ist ein ungelöstes Problem»

Ich bin in der ambulanten Versorgung in einem Spital tätig und arbeite dort als Physiotherapeutin mit dem Schwerpunkt Beckenbodenrehabilitation. Mit meiner Arbeit kann ich einen Teil dazu beitragen, dass es Menschen auch mit chronischen Beschwerden wieder besser geht. Die interprofessionelle Zusammenarbeit ist in meinem Arbeitsfeld

sehr wichtig. Manche Patientinnen oder Patienten benötigen zusätzlich psychologische Unterstützung, auch eine Ernährungsberatung oder die Zusammenarbeit mit einer Sexologin kann sinnvoll sein. In einem interprofessionellen Board besprechen wir die verschiedenen Fälle regelmässig. Dort haben wir einen Austausch auf Augenhöhe, es wird diskutiert und gemeinsam ein Beschluss gefasst. Unsere Beschlüsse haben Handlungen zur Folge, das klappt in der Regel sehr gut.

Diese Art der Zusammenarbeit ist mir sehr wichtig, doch die Vergütung der interprofessionellen Leistungen ist bisher ein

ungelöstes Problem. Als Physiotherapeutin kann ich nur Leistungen in Anwesenheit meiner Patientinnen und Patienten abrechnen. Nicht einmal der Schlussbericht an den Arzt oder die Ärztin wird vergütet. Für meine Berufskolleginnen und -kollegen, die ausserhalb eines Spitals arbeiten, ist dieser wirtschaftliche Aspekt ein grosser Stolperstein für die interprofessionelle Arbeit. Wir brauchen dringend ein neues Tarifsystem. In anderen Gesundheitsberufen gibt es ja ebenfalls Probleme mit Tarifverhandlungen. Auch hier sollten wir interprofessionell zusammenhalten, denn so können wir am meisten bewirken.

Ich bin froh, dass bei uns im Spital die Wege kurz sind und es unkomplizierte Möglichkeiten gibt, sich auszutauschen. Gerne würde ich künftig die Patientinnen und Patienten stärker in den interprofessionellen Austausch einbinden, damit wir nicht über sie sprechen, sondern mit ihnen.

Mirjam Stauffer (52), Verbandspräsidentin von Physioswiss und Physiotherapeutin am Universitätsspital Zürich



«Wir müssen uns immer wieder in Erinnerung rufen»

Meist benachrichtigen mich die Pflegefachpersonen, dass ich mit einer Patientin oder einem Patienten sprechen kann. Am Anfang meiner Arbeit steht also im Normalfall ein interprofessioneller Kontakt. Die Pflegenden sind den Patientinnen und Patienten nah und bemerken, wenn jemand Kummer hat, einsam ist oder mit etwas hadert. Sie schlagen

ihnen dann vor, dass jemand aus dem Seelsorge-Team vorbeikommen könnte. Damit das funktioniert, müssen die Pflegenden natürlich an uns denken. Sie müssen uns kennen und wissen, wen sie empfehlen. Das setzt voraus, dass sie ein vertrauensvolles Verhältnis zu uns haben. Deshalb ist für jede Station eine bestimmte Seelsorgerin oder ein Seelsorger verantwortlich.

Bevor wir unsere Gespräche führen, melden wir uns immer im Stationsbüro und sagen, zu wem wir gehen werden. Nach dem Gespräch melden wir uns bei den Pflegenden wieder ab. So haben wir einen ständigen Kontakt. Ausserdem geben wir regelmässig Fortbildungen auf verschiedenen Stationen, um auf unsere Arbeit aufmerksam zu machen. Wir müssen uns

immer wieder in Erinnerung rufen, auch aufgrund von Personalwechsellern.

Da die Gespräche einem strengen Berufsgeheimnis unterliegen, besprechen wir die Inhalte nur dann mit den Ärztinnen, Ärzten oder Pflegenden, wenn die Patientinnen und Patienten uns darum bitten. Aber wir hinterlassen im System die Rückmeldung, bei welchem Patienten oder welcher Patientin wir waren, ob wir beispielsweise ein Ritual oder eine ethische Beratung durchgeführt haben und ob die Begleitung abgeschlossen ist. Für die Pflegenden ist das wichtig zu wissen. Ich verstehe uns Seelsorgende als Teil des erweiterten Behandlungsteams. Wir erstellen zwar keine Diagnosen oder verordnen Therapien, aber wir sind doch auch Teil der Betreuung. Für das Pflorgeteam sind wir oft eine Entlastung, zum Beispiel, wenn Angehörige aufgrund einer belasteten Situation einen hohen Gesprächsbedarf haben.

Ich schätze es sehr, dass wir direkt beim Inselspital angestellt sind. Es gibt andernorts Seelsorgende, die von einer Kirchgemeinde entsandt werden und nur bei Bedarf von aussen ins Spital kommen. Wir aber sind Teil des Systems, man kennt uns, nimmt uns wahr und schätzt unsere Arbeit.

Hubert Kössler (59), Seelsorger am Inselspital Bern



«Es ist oft nicht im Interesse eines Arztes, die Frau an die Hebamme weiterzuleiten»

Ich bin seit 1979 Hebamme. Mit den Jahrzehnten hat sich die interprofessionelle Zusammenarbeit wirklich verbessert. Vor allem mit den jungen Gynäkologinnen, die jetzt neue Praxen eröffnen und in ihrer Ausbildung schon mit Hebammen interprofessionell gearbeitet haben, ist die Zusammenarbeit sehr gut.

Ein Stolperstein bei diesem Thema ist aber immer wieder, dass wir Hebammen und die Gynäkologinnen und Gynäkologen praktisch dasselbe Arbeitsgebiet haben. Eine junge, gesunde, schwangere Frau muss im Normalfall kaum zur Ärztin oder zum Arzt. Sie geht dort ökonomisch aber als Patientin verloren, wenn sie zu mir kommt.

Es gibt klare Kriterien, nach denen eine Hebamme die Frau in die Arztpraxis schickt, zum Beispiel bei Risikoschwangerschaften oder bei bestimmten Auffälligkeiten. Daran halten wir Hebammen uns natürlich und das ist ja auch sinnvoll. Aber es ist oft nicht im Interesse eines Arztes oder einer Ärztin, die Frau an die

Hebamme weiterzuleiten. Je mehr der Generationenwechsel in den Arztpraxen stattfindet, desto stärker glaube ich daran, dass die interprofessionelle Zusammenarbeit wirklich auf gutem Wege ist. Und es ist ja auch heute schon vieles im Wandel. Wenn ich einer Frau empfehle, sie könnte die zuständige Ärztin oder den Arzt um eine Überweisung zum Beispiel zur Ernährungsberatung oder zur Physiotherapie bitten, dann klappt das im Normalfall auch. Zum Teil kenne ich die Ärztinnen und Ärzte, dann bespreche ich die Fälle selbst am Telefon und das läuft wirklich gut. Ich bin zudem Beleghebamme im Bethesda-Spital in Basel. Oft bespreche ich kompliziertere Fälle mit der zuständigen Belegärztin oder dem Belegarzt. Auch mit Pädiaterinnen und Pädiatern spreche ich zum Teil vor der Geburt, wenn es bestimmte Auffälligkeiten beim Kind gibt. Dabei funktioniert die Zusammenarbeit besonders gut, denn Hebammen und Kinderärztinnen und -ärzte haben nicht dasselbe Arbeitsfeld.

Lucia Mikeler (63), frei praktizierende Hebamme und Beleghebamme am Bethesda-Spital in Basel



«Anfangs haben wir Widerstand erfahren»

Am Kantonsspital in Luzern gibt es seit 2017 Case Managende im Austrittsmanagement. Wir sorgen dafür, dass der Austritt nach dem Spitalaufenthalt optimal organisiert ist. Wir sprechen bereits an Tag eins – oder wenn möglich sogar schon vor dem Aufenthalt – mit unseren Patientinnen und Patienten über die Zeit nach dem Spitalaufenthalt. So können wir die Anschlussbehandlung und alles weitere, was mit dem Austritt zusammenhängt, frühzeitig organisieren. Diese Planung ist notwendig, weil die Spitalaufenthalte immer kürzer werden. Im Schnitt bleiben die Patientinnen und Patienten 4,5 Tage bei uns.

Der Fokus des Behandlungsteams liegt natürlich in erster Linie auf der medizinischen Versorgung. Wenn man aber erst über den Austritt nachdenkt, wenn der Patient oder die Patientin schon stabil ist, wird es schwierig. Oft muss noch etwas organisiert werden: eine Rehabilitation, die Pflege zu Hause oder ein Platz in einem Pflegeheim. Wir vernetzen die Menschen darüber hinaus mit Fachstellen wie etwa der Krebsliga oder Pro Senectute. Unsere Mitarbeitenden sind Sozialarbeitende oder Case Managende, die mehrjährige Berufserfahrung in der Pflege und Zusatzausbildungen im Case Management haben. Anhand der medizinischen und sozialen Situation können sie

schnell erfassen, von welcher Unterstützung jemand profitieren kann. Dabei handeln wir vom Austrittsmanagement immer in Absprache mit dem Behandlungsteam.

Anfangs bei der Reorganisation haben wir Widerstand erfahren. Verschiedene Berufsgruppen hatten Sorge, dass wir Teile ihres Kernbusiness übernehmen. Für uns war es aber immer wichtig, niemandem etwas wegzunehmen, im Gegenteil möchten wir das Behandlungsteam entlasten und unterstützen, so dass es sich auf sein Kernbusiness fokussieren kann. Wir unterstützen, beraten und geben Empfehlungen zur Nachsorge wie zu sozialen Themen ab. Mittlerweile werden wir als Entlastung und Bereicherung empfunden. Aufgrund unserer Arbeit bleiben Patientinnen und Patienten nicht länger als medizinisch notwendig im Spital, und durch die Planung der passenden Nachsorge können Wiedereintritte aufgrund der sozialen Situation grösstenteils vermieden werden. Die Zusammenarbeit mit dem Behandlungsteam, im Speziellen mit Ärztinnen, Ärzten sowie Pflegenden, funktioniert sehr gut. In den vergangenen Jahren sind alle Berufsgruppen offener für die interprofessionelle Arbeit geworden, und es ist möglich, auch mit Chefärzten auf Augenhöhe über das richtige Vorgehen zu sprechen.

Madlene Michel (38), Leiterin Austrittsmanagement am Luzerner Kantonsspital



«Die Attitüde eines Halbgottes in Weiss ist nicht erstrebenswert»

Ich bin als Arzt in einer Praxis für Onkologie angestellt, die ihre Räumlichkeiten in einem Spital hat. Ich betreue meine Patienten sowohl ambulant als auch stationär in der Funktion eines Assistenzarztes. Während meiner Arbeit bin ich in einem ständigen Austausch mit Personen aus unterschiedlichen medizinischen Fachrichtungen und Gesundheitsberufen: mit Hausärzten, Pneumologen, Seelsorgenden, Psychoonkologinnen, Pflege, der Spitex, Ernährungsberatung, Physiotherapie, dem Case Management und Sozialdienst und so weiter. Bei der Arbeit im Spital profitiere ich sehr stark vom Austausch mit dem Pflegepersonal. Ohne die Inputs des Pflegeteams könnte ich meine Arbeit gar nicht vernünftig machen. Ich lege Wert auf interprofessionelle Zusammenarbeit, aber ich glaube nicht, dass man jede Entscheidung basisdemokratisch fällen muss. Gewisse Entscheide obliegen mir als Arzt, auch weil ich später die Verantwortung trage. Aber ich kenne meine Grenzen, und deshalb fällt es mir leicht, zum Beispiel auf die

Ernährungsberatung zu hören und deren Ratschläge zu befolgen. Davon habe ich wenig Ahnung, und meine Kapazitäten reichen auch nicht dafür, mich stark in solche Fragestellungen einzuarbeiten. Ich bin beschäftigt genug damit, mich in meinem Fachgebiet weiterzubilden. Ein interprofessioneller Austausch ist meiner Meinung nach sehr sinnvoll und spart auch Zeit, solange er sich in einem vernünftigen Rahmen abspielt.

Für mich als jungen Arzt ist die interprofessionelle Zusammenarbeit eine Selbstverständlichkeit. Im Vergleich zu früher hat sich sicher einiges verändert. Das hat damit zu tun, dass die Pflegeberufe enorm aufgewertet worden und die unterschiedlichen Fachkräfte heute sehr gut ausgebildet sind. Zum anderen legt meine Ärztegeneration sicher auch eine gewisse Demut an den Tag. Die Attitüde eines Halbgottes in Weiss ist nicht erstrebenswert und zum Glück auch nicht mehr aktuell.

Dr. med. Manuel Schaub (34), in Facharztausbildung Onkologie bei Prolindo am Lindenhofspital in Bern



«Damit das Verständnis füreinander wächst, muss man sich Zeit für den Austausch nehmen»

Ich bin Clinical Nurse Specialist, kurz CNS, in einem Spital in der Romandie. Ich arbeite im Departement Chirurgie und bin durch mein Masterstudium auch dafür ausgebildet, Pflegemodelle weiterzuentwickeln. Um die Herausforderungen im Gesundheitswesen zu meistern, ist eine funktionierende interprofessionelle Zusammenarbeit entscheidend. Davon bin ich überzeugt.

In der Pflege arbeite ich seit 13 Jahren. Seitdem hat sich viel verändert. Manche der heutigen Ausbildungswege gab es damals noch gar nicht. Und hier sind wir schon bei einem wichtigen Punkt: Damit die Zusammenarbeit funktioniert, muss jede beteiligte Person wissen, welche Aufgaben die anderen eigentlich haben. Damit das Verständnis füreinander wächst, muss man sich bewusst Zeit für den Austausch mit anderen Berufsgruppen nehmen. Alle Beteiligten müssen dafür Energie aufbringen. Wenn ein Chirurg keine Zeit hat, mit mir zu reden, weil er eine Operation durchführen muss, dann verstehe ich das. Aber

dann müssen allen Beteiligten die Konsequenzen einer fehlenden oder mangelhaften Kommunikation bewusst sein, und alle Beteiligten müssen diesen Mangel anders kompensieren.

Eine Herausforderung bei der interprofessionellen Zusammenarbeit ist sicher, dass jede Profession ihre Aufgabe für besonders wichtig hält. Mir ist es aber ein Anliegen, Mauern abzubauen. Denn noch wichtiger als die spezifischen Aufgaben jedes Einzelnen ist ja die Antwort auf diese Frage: Warum tun wir alle unsere Arbeit? Damit der Patient oder die Patientin versteht, welches therapeutische Ziel wir vorschlagen, damit er oder sie sein Einverständnis geben kann und damit das Resultat zufriedenstellend wird. Um das zu erreichen, müssen alle Beteiligten wissen, was Personen aus anderen Gesundheitsberufen vorher getan haben und nachher tun werden. Mir ist wichtig, dass wir einander vertrauen, uns besser kennenlernen und wirklich gemeinsam am Patienten oder an der Patientin arbeiten. Wir müssen nah beieinander stehen, sonst kann uns ein kleiner Windstoss umhauen.

Claudia Lecoultré (41), Präsidentin von swissANP (swiss Advanced Nursing Practice)

Bildnachweis

Einstiegsbild: Eva Mell
Alle Porträtfotos zur Verfügung gestellt von den Gesprächspartnerinnen und -partnern



Tagung des Verbands *Business and Professional Women Zürich*

Gendermedizin im Fokus

Nathalie Zeindler

Freie Journalistin

Obwohl Geschlechterunterschiede in der Wissenschaft bekannt sind, werden diese in vielen medizinischen Studien noch immer ungenügend berücksichtigt. Frauen sind bezüglich Arzneimitteluntersuchungen besonders benachteiligt. Um dieses Thema drehte sich eine Veranstaltung des Verbands *Business and Professional Women Zürich* (BPW), welche Mitte Oktober in Zürich stattfand.

Mittlerweile ist bekannt, dass Frauen und Männer auf unterschiedliche Weise erkranken und anders auf Medikamente reagieren. «Rund 8000 Veröffentlichungen pro Jahr belegen Geschlechterunterschiede, doch werden diese in der Praxis noch nicht genügend anerkannt», sagt Prof. Cathérine Gebhard, Kardiologin und SNF-Professorin an der Universität Zürich. Die Referentin äusserte sich zu diesem brisanten Thema im Rahmen der Veranstaltung «Gendermedizin – das Geschlecht spielt medizinisch eine wichtige Rolle». Das Problem bestehe darin, dass der Grossteil der Forschung auf einen durchschnittlich 70 kg schweren Mann ausgerichtet sei und weitere Daten fehlen würden, um eine geschlechtsspezifische Medizin in die Tat umsetzen zu können.

Definition von Geschlecht

Wir befinden uns in einem Zeitalter der personalisierten Medizin, die einem zunehmenden Trend entspricht. Je individueller eine Therapie ausfällt, desto weniger Begleiterscheinungen sind zu befürchten. Diese Erkenntnis wäre wohl auch rund um die Covid-19-Impfung hilfreich gewesen, da Frauen offensichtlich häufiger unter Nebenwirkungen leiden als Männer.

Zwei Komponenten sind daher von besonderer Bedeutung, was die Gendermedizin betrifft: Einerseits das biologische Geschlecht, die Gene, Hormone und körperlichen Geschlechtsmerkmale, andererseits das soziokulturelle Geschlecht. Letzteres wird im medizinischen Alltag eigentlich kaum beachtet, obwohl es deut-

liche Abweichungen zwischen Frauen und Männern gibt, was Gebhard sehr bedauert.

Sie ergänzt: «Vorsorgeuntersuchungen sind bei Männern weniger beliebt. Sie ernähren sich weniger gut und halten sich auch seltener an Therapien oder Medikamentenverordnungen. Das ist auch einer der Hauptgründe, weshalb die vorzeitige Sterblichkeit bei Männern in Europa doppelt so hoch ist wie bei Frauen und Tumorerkrankungen, die nicht die Reproduktionsorgane betreffen, beim 'starken Geschlecht' häufiger vorkommen.»

Herausforderungen anpacken

Unterschiede gibt es grundsätzlich viele. Nicht nur die Muskelmasse und der Wasserhaushalt unterscheiden sich zwischen den Geschlechtern, sondern auch die Darmtätigkeit, was dazu führt, dass Medikamente im weiblichen Darm länger verweilen und es daher öfter zu Überdosierungen kommt.

Auch der Herzinfarkt stelle ein erhebliches Problem dar, da Frauen oft zu spät Hilfe in Anspruch nähmen, weniger schnell eine Therapie erhielten und bei der Behandlung öfter mit Komplikationen zu kämpfen hätten.

Nicht nur die Muskelmasse und der Wasserhaushalt unterscheiden sich zwischen den Geschlechtern, sondern auch die Darmtätigkeit.

ten, betont die Kardiologin und schildert ein Beispiel aus der Praxis: Eine 68-jährige Patientin, deren Tochter pflegebedürftig ist, verspürte abends erstmals ein Druckgefühl auf der Brust begleitet von Bauchschmerzen und Übelkeit. Sie gehörte nicht zu den typischen Risikopatientinnen, litt jedoch unter Stress, wies ein leichtes Übergewicht auf, und die Wechseljahre waren bei ihr vorzeitig eingetreten. Da sie ihre Tochter nicht selbst überlassen wollte, suchte sie erst am folgenden Tag die Notaufnahme auf. Der Notfallarzt entschied, die Patientin in ein Spital mit Herzkatheterlabor zu transferieren, doch sie wurde nicht berücksichtigt, weil die Risikokonstellation nicht vorhanden war und die Indikation nicht eindeutig schien. Erst 30 Stunden nach Beginn der Symptomatik wurde sie in einem Spital untersucht, wobei ein kompletter Verschluss der Vorderwandarterie festgestellt wurde – mit bleibenden Folgen.

«Zwischen 2005 und 2015 wurden in der Kardiologie grosse Fortschritte erzielt in Form von neuen Technologien und verbessertem Material. Während bei Männern ein grösserer Behandlungserfolg festgestellt wurde, stellten sich bei Frauen vermehrt Blutungskomplikationen ein.

Die Gründe hierfür sind bislang unzureichend erforscht. Klar ist jedoch, dass Frauen von den technischen Errungenschaften des letzten Jahrzehnts deutlich weniger profitieren als Männer. Dieser wichtige Aspekt wurde bislang stiefmütterlich behandelt.»

Neben dem biologischen Geschlecht erachtet Gebhard auch den soziokulturellen Hintergrund als besonders wichtig, vor allem in Bezug auf die Kommunikation zwischen Ärztinnen resp. Ärzten und Patientinnen und Patienten. Besonders Frauen würden ausführlich über ihre Symptome sprechen, seien diese psychologischer oder körperlicher Natur.

Lernen im gegenseitigen Austausch

Und noch ein Punkt scheint von zentraler Bedeutung zu sein. «Wenn man bedenkt, dass manche Medizinerinnen und Mediziner ihre Patientinnen und Patienten sehr oft vorzeitig unterbrechen, kann man sich vorstellen, dass eine aufgeregte Frau, die ihre Beschwerden schildern möchte, in dieser kurzen Zeit nicht zu Wort kommen dürfte. Dadurch können wichtige Informationen verpasst und Fehldiagnosen gestellt werden. Bei Männern wiederum gehören Depressionen zu den unterdiagnostizierten Erkrankungen, und das ist auf die Tatsache zurückzuführen, dass diese seltener über ihre Emotionen sprechen», so Gebhard.

Fakt ist: Frauen und Männer haben andere Anforderungen an das Gesundheitssystem. «Der Dialog nimmt daher einen zentralen Platz ein. Beispielsweise zeigen immer mehr Studien, dass Ärztinnen das Schlaganfallrisiko bei Patientinnen richtig einschätzen und männliche Berufskollegen die Situation eher verharmlosen.»



Prof. Dr. med. Cathérine Gebhard sprach über Geschlechtsunterschiede und ihre Bedeutung für die medizinische Praxis.

Es braucht mehr Forschung

Untersuchungen zeigen auch: Das Problem liegt nicht lediglich bei den Patientinnen und Patienten, sondern auch bei den Fachpersonen, denn auch diese reagieren in ihrer Rolle als Mann und Frau entsprechend ihrem soziokulturellen Geschlecht. Aufklärungskampagnen und übergreifende Konzepte zur inhaltlichen und strukturellen Verankerung der geschlechtsspezifischen Medizin an den Schweizer Universitäten drängen sich daher immer mehr auf.

Die zweite Referentin, Prof. Beatrice Beck Schimmer, Direktorin Universitäre Medizin Zürich und Anästhesistin, setzt sich ebenfalls dafür ein, dass im Bereich Gendermedizin vermehrt geforscht wird. Sie betont unter anderem, dass gemäss Studien die periphere Schmerzempfindung bei Frauen grösser ist. Das impliziert entsprechend eine differenzierte Schmerztherapie.

Sie zeigt auch das umgekehrte Phänomen auf: «Über Essstörungen bei Männern wird zudem kaum gesprochen, weil diese stets dem 'schwachen Geschlecht' zugeordnet werden, und das gilt ebenso für die Osteoporose. Hier findet sich der umgekehrte Fall.»

Neue Professur als Chance

Wolle man weiterkommen, benötige man Evidenz, sagt Beck Schimmer mit Nachdruck. Aus diesem Grund sei eine gute Datenlage von grösster Bedeutung. Das Geschlecht werde allerdings bei lediglich zwölf Prozent der Veröffentlichungen erwähnt, was äusserst bedenklich sei. In Amerika sieht die Situation ganz anders aus, da sich die Forschungsinstitution *National Institute of Health* (NIH) dafür ausgesprochen hat, nur noch Forschungs-

aufträge anzunehmen und öffentliche Gelder bereitzustellen, wenn die medizinischen Inhalte dem Geschlechteraspekt Rechnung tragen. «Wir sind gefordert, auch bei Ethikkommissionen und beim Schweizerischen Nationalfonds anzuklopfen und auf die zentrale Bedeutung der Gendermedizin hinzuweisen. Ich spreche mich klar für eine Professur in der Schweiz aus, welche diese Themen angeht und ein entsprechendes Netzwerk aufbaut. Es gilt, viel Überzeugungsarbeit zu leisten, denn es reicht nicht, lediglich Diskussionen zu führen.»

Auch die Fachpersonen reagieren in ihrer Rolle als Mann und Frau entsprechend ihrem soziokulturellen Geschlecht.

Ein solcher Lehrstuhl ist hochschulpolitisch betrachtet wohl mit einer gewissen Brisanz in gesellschaftlicher Hinsicht verbunden, doch besteht der Fokus darin, neue Ansätze in Bezug auf Prävention, Diagnostik und Therapie zu etablieren. Das Thema der Gendermedizin soll auch im Bereich der Lehre und Weiterbildung implementiert werden.

Zusammen mit der Universität Bern hat die Universität Zürich bereits den CAS-Studiengang *Sex- and Gender-Specific Medicine* eingeführt, welcher einem vielfältigen Publikum die Geschlechterunterschiede unter anderem im Bereich der Kardiologie, Rheumatologie, oder Pharmakologie näherbringt.

Geldgeber gesucht

Eine Stiftungsprofessur wäre mit einer grossen Chance verbunden, die Gendermedizin weiter voranzutreiben, sind sich die beiden Referentinnen einig. Die Medizinische Fakultät der Universität Zürich wird diesbezüglich einen Beitrag leisten, doch ist man auch auf externe Geldgeber angewiesen.

Benötigt werden CHF 1,5 Millionen, um besagte Professur die ersten sechs Jahre auf den Weg zu schicken. Zudem ist geplant, ein Women's Health Center am Universitätsspital Zürich (USZ) zu errichten, das über die Professur geleitet werden soll. Geplant wäre eine Spezialsprechstunde für Patientinnen und Patienten, deren Erkrankung zum Beispiel durch derzeitige Leitlinien nicht optimal abgedeckt ist.

«Es ist ein steiniger Weg, doch es handelt sich um ein wichtiges Thema, das nicht zuletzt den Frauen zugutekommt, und diesbezüglich wollen wir Wegbereiterinnen sein – so wie einst die Vorkämpferinnen für das Frauenstimmrecht», meint die Direktorin zum Schluss.



Prof. Dr. med. Beatrice Beck Schimmer fordert mehr Forschung im Bereich Gendermedizin.

Bildnachweis

Titelbild: Olga Chalovskaia | Dreamstime.com
Fotos: Nathalie Zeindler

nzeindler[at]bluewin.ch

... Oscar Franco, Direktor des Instituts für Sozial- und Präventivmedizin der Universität Bern (ISPM)

«Gesundheit erhalten – nicht Krankheit bekämpfen»

Daniel Lüthi

Freier Journalist und Fotograf, Medientrainer, Bern

Der Mann mit der markanten Brille hat etwas Visionäres. Sehr schnell lenkt er die Diskussion in fast philosophische Sphären, wo es um grosse Ambitionen und Konzepte geht, um Ideale, die für ihn konkrete Ziele sind – Grundsätze, die es umzusetzen gilt. Nichts weniger als die Gesundheit des Planeten steht für ihn zur Debatte. «Wir brauchen eine neue Medizin», sagt er in diesem Zusammenhang zum Beispiel.

Vom Patienten zur Population

Schon als Kind in den kolumbianischen Anden habe er den Menschen helfen wollen, erzählt Oscar, wobei es für ihn selbstverständlich ist, dass man sich unter Latino-Affinen beim Vornamen nennt. Zum Geburtstag habe er sich ein Spielzeug-Stethoskop gewünscht, die Berufswahl sei für ihn schon als Dreijähriger klar



gewesen: «Ich wollte Doktor werden, mit grosser Wahrscheinlichkeit Herzchirurg.» Ein Stipendium ermöglichte ihm den Sprung nach Europa, und einen entscheidenden Wechsel innerhalb der Medizin. In Rotterdam sei er von der Idee weggekommen, Individuen helfen zu wollen, immer mehr habe er seinen Fokus von den Patientinnen und Patienten zu ganzen Populationen verschoben. «Ich realisierte, dass ich in den Fächern Epidemiologie und Public Health nicht nur einigen wenigen Menschen pro Tag helfen kann, sondern tausenden, wenn nicht gar Millionen.» Anfänglich habe er deswegen schlecht geträumt und sich Vorwürfe gemacht. «Ich hatte das Gefühl, kein richtiger Arzt mehr zu sein.»

Aber so einer, zu dem er ausgebildet worden war, wollte er nicht mehr sein.

«Medikamente geben und operieren, behandeln und heilen – auch, wenn es dafür oft bereits zu spät war: So habe ich Medizin gelernt.» Mehr und mehr habe er realisiert, dass es besser wäre, Krankheiten zu vermeiden und ihnen auf den Grund zu gehen. Magenschmerzen beispielsweise einfach mit einem Schmerzmittel zu behandeln sei ihm zu einfach geworden, lieber sei er

«Warum beispielsweise werden unsere Kinder in der Schule in Trigonometrie unterrichtet und nicht in gesunder Ernährung?»

Zusammenhängen auf die Spur gekommen, familiären Hintergründen, einem schädlichen Lebensstil. «Aber das ist eine stille Arbeit, die viele möglicherweise als zu simpel oder gar langweilig erachten. Vielleicht hat deshalb die Prävention in unserer Gesellschaft nach wie vor nicht den Stellenwert, der ihr gebührt.»

Vorbeugen statt heilen

Was aber meint Franco mit «neuer Medizin»? «Wir müssen vor allem Gesundheit erhalten – nicht Krankheit bekämpfen. Heutige Ärztinnen und Ärzte wollen eine Diagnose und darauf basierend eine Therapie. Sie wollen ein heutiges Problem möglichst noch heute lösen», erklärt er. Dabei würden sie aber eine Patientin oder einen Patienten nicht als komplexes Wesen und Teil einer Gesellschaft wahrnehmen, «sondern lediglich als eine Ansammlung von Organen und Symptomen. 90 Prozent der wirklichen Probleme bleiben auf diese Weise jedoch ungelöst». Die Gedankenkette «Magenschmerzen–Gastritis–Medikament» beispielsweise greife zu kurz, «die Wurzeln des Problems werden vergessen, sie heissen vielleicht Stress oder Einsamkeit». Den Ursachen auf den Grund gehen wäre also die Devise. Vor allem aber: vorbeugen statt heilen.

Zur Person



Prof. Oscar Franco wurde 1975 in Bucaramanga in Kolumbien geboren. 1998 schloss er in der kolumbianischen Hauptstadt Bogotá sein Medizinstudium ab. Bis 2005 spezialisierte er sich an der Erasmus-Universität Rotterdam in den Niederlanden in klinischer Epidemiologie, Public Health und kardiovaskulären Krankheiten. 2009 bis 2012 lehrte er an der Universität von Cambridge in Grossbritannien am

Departement für Public Health und Primary Care. Nach erneuter Tätigkeit in Rotterdam wurde er 2018 – als erster Nichtberner – Direktor des Instituts für Sozial- und Präventivmedizin (ISPM) der Universität Bern. Dieses Institut feiert gerade sein fünfzigjähriges Bestehen. Oscar Franco ist verheiratet und Vater eines siebenjährigen Sohnes. Bezüglich Wohnort pendelt er zwischen Bern und Leiden in den Niederlanden, wo seine Familie lebt.

Gefragt und gefordert für einen solchen Wandel sind alle Ebenen, ist Oscar Franco überzeugt. «Warum beispielsweise werden unsere Kinder in der Schule in Trigonometrie unterrichtet und nicht in gesunder Ernährung? Was nützt es ihnen zu wissen, welches die Hauptstadt der Türkei ist, wenn sie doch nie nach Ankara reisen werden?» Mit den medizinischen Fakultäten ist das ISPM, sein Institut, immer wieder im Gespräch, damit die Prävention in der Ausbildung der Medizinerinnen und Mediziner endlich das nötige Gewicht erhält. Politikerinnen und Politiker versuchen er und seine Mitarbeitenden zu motivieren, sichere Velwege zu bauen, damit sich die Bevölkerung besser bewegen kann. Die Gesetzgebung bezüglich Tabakwerbung müsse verschärft werden: «Hier hinkt die Schweiz im internationalen Vergleich immer noch hinterher, nach wie vor rauchen hierzulande rund 30 Prozent der Bevölkerung, und die Tabak-Lobby ist zu stark.» Auch sei verstärkt darauf hinzuweisen, dass E-Zigaretten keine Alternative seien.

Bilanz und Blick nach vorn

Ja, die Rauchstopp-Kampagnen: Sie prägten vor 50 Jahren die Anfangszeiten des Instituts für Sozial- und Präventivmedizin ISPM. Es folgten als Schwerpunkte die Vorbeugung von Herz-Kreislauf-Krankheiten und von HIV-Infektionen.

Und heute? Wohin will der Direktor aus Kolumbien mit dem Berner Institut, das sich längst eine internationale Reputation erarbeitet hat? Oscar Franco nennt unter dem Slogan «ISPM 2030» drei Hauptthemen, welche die künftige Arbeit seines Instituts prägen sollen:

Planetary Health, also der Klimawandel und seine Folgen, der demographische Wandel und die altersbedingten Krankheiten – und Infektionskrankheiten inklusive der bedrohlichen Antibiotika-Resistenzen. «Gerade die Corona-Pandemie hat uns dramatisch vor Augen geführt, wie die verschiedenen grossen Bereiche zusammenhängen», sagt Professor Franco. «Hier sehen wir, wie fragil das ganze System ist und dass wir nicht die Herren über alles sind. Lange dachten wir, Wuhan sei weit weg – wir waren arrogant und schlecht vorbereitet.»

Was ist zu tun?

Was die Corona-Pandemie einmal mehr auch klar gemacht habe, seien die sozialen Aspekte von Gesundheit und Krankheit. «In Kolumbien beispielsweise hat Covid bei den Todesopfern zu 90 Prozent die arme Bevölkerung getroffen, und auch in der Schweiz sind schwerkrachtig alte Menschen und Minoritäten die Opfer.» Was also ist konkret zu tun? Diese Frage beschäftigt das ISPM und ihren Direktor immer wieder neu. Obschon viele Erkenntnisse im Grunde ziemlich banal und auch ziemlich alt sind: Möglichst viele Menschen sollten Zugang zu möglichst gesunder Nahrung haben. Möglichst jede Person sollte sich möglichst viel bewegen, möglichst wenig Alkohol trinken und nicht rauchen – und so weiter.

Ist es für einen, der sich mit solchen Selbstverständlichkeiten täglich auseinandersetzt, bisweilen nicht das frustrierende Gefühl von Sisyphus-Arbeit, das sich breitmacht? Wiederum zeigt sich der Visionär: «Wer

«Wir leben länger und länger – aber in einer Welt und einer Gesellschaft, die kränker und kränker werden.»

hätte vor 20 Jahren gedacht, dass ich heute mit meinem Telefon jederzeit gratis eine Bild-und-Ton-Verbindung zu meiner Mutter in Kolumbien herstellen kann?», fragt der Professor mit der markanten Brille und dem direkten Blick. «Wir müssen an unsere Ziele und Träume glauben und für sie kämpfen. Ich tue es nicht mehr für mich, sondern beispielsweise für meinen Sohn, also für die kommende Generation.»

Darüber sprechen – und selbst handeln

Und selbst? Ganz persönlich? Was tut der Professor für Präventivmedizin für seine eigene Gesundheit? Es sei tatsächlich nicht leicht, selbst umzusetzen, was man

propagiere, ja predige, schickt Oscar Franco mit einem Schmunzeln voraus. Mit Rauchen habe er 2002 aufgehört. Aber Sport betreibe er regelmässig erst seit Beginn der Pandemie. Früher habe er ab und zu Fussball gespielt und immer wieder Verletzungen davongetragen. 2019 habe er zusammen mit andern dann im *British Medical Journal* einen Artikel mit dem Fazit publiziert, dass einer mit einem gesunden Lebensstil sein Leben um sieben bis zehn Jahre verlängern könne.

«Wir müssen an unsere Ziele und Träume glauben und für sie kämpfen. Ich tue es für die kommende Generation.»

Er habe dann auch Interviews zum Thema gegeben – und dabei gemerkt, dass er selbst zu wenig für seine Gesundheit tue. «Es reicht eben nicht, es zu wissen und darüber zu sprechen; man muss es auch tun», habe er sich gesagt – und damit begonnen, regelmässig joggen zu gehen.

Volle Tage

Und schon sind wir wieder auf einer übergeordneten Ebene: «Unsere Gesellschaft ist auf Arbeit ausgerichtet, wir haben gar keine Zeit, um etwas für uns zu tun.» Deshalb sei es wichtig, Unternehmen davon zu überzeugen, dass die Produktivität der Mitarbeitenden mit der Anzahl Bürostunden nicht zunehme. Eine Universität in Schweden habe für alle eine Stunde pro Tag vorgesehen (und auch bezahlt), die für körperliche Aktivitäten reserviert gewesen sei, erwähnt er als positives Beispiel. Und fügt eine Zusammenfassung unserer Situation an: «Wir leben länger und länger – aber in einer Welt und einer Gesellschaft, die kränker und kränker werden.»

Jetzt klopft jemand an die Bürotüre und erinnert den Professor relativ ungehalten daran, dass die Teilnehmenden der nächsten Sitzung bereits seit fünf Minuten warten würden. So beeinflusst das eine das andere: Unsere Begegnung hat auch mit Verspätung begonnen, weil die vorhergehende Sitzung etwas länger gedauert hatte. «Siehst du, das ist auch mein Alltag – Meeting nach Meeting nach Meeting», sagt Oscar Franco beim Aufstehen. Diesmal ist seine Aussage offensichtlich nicht nur von Optimismus geprägt.

Es könnten solche Momente sein, die bei ihm heutzutage ab und zu für schlechte Träume sorgen.

Bildnachweis

Fotos: Daniel Lüthi

Rückblick auf Ruth Gattikers Leben (1923–2021)

Enormer Wissensdurst und grosse Selbstdisziplin

Denise Schmid

lic. phil., Historikerin

Fast ein Jahrhundert umspannte ihr Leben. Im Juli 2021 ist Ruth Gattiker, Pionierin der Herzanästhesie und eine der ersten Professorinnen für Medizin an der Universität Zürich, im 99. Lebensjahr gestorben. Ihre Karriere hatte man ihr nicht in die Wiege gelegt, eine aussergewöhnliche Persönlichkeit aber schon.

1923 kam Ruth Gattiker in Zürich zur Welt. Ihre Mutter war Hausfrau, der Vater Ingenieur bei der Maschinenfabrik Oerlikon – eine solide Mittelstandsfamilie. Drei Mal musste sie die Matura machen, weil der Vater dagegen war, dass seine Tochter studieren wollte – und erst noch Medizin. Niemals würde er sich von einer Frau behandeln lassen, meinte er. Dabei unterschätzte er den Durchhaltewillen der Tochter. Nach der Handels- und kantonalen Matura legte sie die eidgenössische 1946 heimlich ab. Danach sah der Vater ein, dass Sekretärin und Hausfrau nicht zu der widerspenstigen jungen Frau passte, die schon als

Teenager beschlossen hatte, dass sie keine Kinder und einen Beruf wollte.

Als ich Ruth Gattiker 2013 bei einem Abendessen an der Universität Zürich kennenlernte, war die Geschichte, dass sie drei Mal die Matura machen musste, etwas vom Ersten, das mir die damals 90-jährige erzählte. Gefolgt vom äusserlich spektakulärsten Moment ihrer Karriere: 1969 war sie für die Anästhesie verantwortlich, als der Herzchirurg Åke Senning am Kantonsspital Zürich die erste Herztransplantation der Schweiz durchführte. Wenn sie das erzählte, schob sie jeweils noch nach, dass es gar keine so besondere Operation gewesen sei. Viel spektakulärer seien die Jahre zuvor gewesen, die Pionierzeit der Herzchirurgie, als Senning und sein Team vieles ausprobierten und so mancher Patient «auf dem Tisch liegen blieb», wie sie es schnörkellos formulierte.



Die 35-jährige Ruth Gattiker (1958). Die Anästhesistin wollte ursprünglich Chirurgin werden (© Milan Schijatschky).

«Eine Frau? Nein, das geht nicht»

Ursprünglich hatte Ruth Gattiker Chirurgin werden wollen. Nach dem Staatsexamen 1952 arbeitete sie zunächst wissenschaftlich an der Universität Lausanne und wechselte dann 1954 an die Schweizerische Pflegeschule mit Frauenspital in Zürich. Die damals einzige Chefchirurgin der Schweiz, Marie Lüscher, war ihre dortige Vorgesetzte. Sie riet ihr von der Chirurgie ab. Gattiker werde in der Männerdomäne keine Aufstiegschancen haben. Anästhesie sei ein neues Fach, da könne sie mehr bewirken. Ein guter Rat. Gattiker wechselte 1958 ans Kantonsspital Zürich und packte die Chance, als man bald darauf den Schweden Åke Senning nach Zürich holte. Als man ihm zur Einarbeitung Anfang 1961 die 37-jährige Ruth Gattiker für einige Monate nach Stockholm sandte, war er alles andere als begeistert. «Eine Frau? Nein, das geht nicht», soll er gerufen haben. Ruth Gattiker liess sich nicht beirren. Neben der Arbeit im Operationssaal stellte sie sich mit ihm in



Ruth Gattiker im Jahr 2016, als ihre Biografie erschien. Die 93-Jährige wurde zu diesem Anlass ins Fernsehen eingeladen (© Oscar Alessio).

Schweden auch in sein Tierlabor und machte die Anästhesie bei Schweinen, während er sich an Koronararterien-Bypass-Operationen versuchte. So verschaffte sie sich Respekt. Senning erkannte schnell, was er an ihr hatte: Energie, Zähigkeit, Mut, Intelligenz und Engagement ohne Wenn und Aber. Die Zusammenarbeit in Zürich entpuppte sich über die Jahre als äusserst erfolgreich. «Er mochte Leute, die nicht vor ihm kuschten», erzählte sie. Åke Senning förderte Ruth Gattiker, sandte sie 1963 in die USA, ermunterte sie, sich zu habilitieren, und sie bezeichnete die 25-jährige Zusammenarbeit mit ihm als die beste Zeit ihres Berufslebens.

Nie auf Titel versessen

Ihre Habilitationsschrift «Anästhesie in der Herzchirurgie» war 1970 die erste Publikation dieser Art in Europa und blieb lange Jahre ein Standardwerk. Gattiker war eine Koryphäe auf ihrem Fachgebiet, Senning bezeichnete sie mal als Weltbeste. 1976 wurde sie mit 53 Jahren Titularprofessorin und endlich auch Leitende Ärztin. Doch wieso blieb sie so lange Oberärztin, obwohl sie längst internationale Anerkennung hatte und ein grösseres Team leitete? Eigentlich hätte ihr auch eine ausserordentliche Professur zugestanden. Hielten ihre Vorgesetzten die kompetente Kollegin lieber klein? Es sieht so aus. Klar ist, dass Ruth Gattiker nie auf Titel versessen war und auch nicht darum kämpfte. Es ging ihr immer um die Sache. Sie brannte für ihr Fach und blieb dabei bescheiden. Frauenrechte oder Ungleichbehandlung aufgrund des Geschlechts interessierten sie nicht. Am Ende setzte sie sich in einem von Männern dominierten Umfeld im Rahmen des damals Möglichen durch.

Als ich ihr 2015 vorschlug, ihre Biografie zu verfassen, reagierte sie zunächst skeptisch. Sie wollte nicht ins

Rampenlicht und auch ihr Privatleben nicht ausbreiten. Aber ein wenig darüber sprechen wollte sie schon. Denn was nach aussen wirkte wie das Leben eines auf den Beruf konzentrierten «Fräulein Doktors», war auch privat erfüllt. In der Chirurgin Marie Lüscher fand Gattiker eine Lebensfreundin, wie sie es bezeichnete. Die beiden verbrachten alle Ferien zusammen, bereisten häufig Italien und Griechenland. Sie hatten ein Rustico im Tessin und bauten 1970 ein Ferienhaus in Davos. 1986 wurde Ruth Gattiker pensioniert. Eigentlich zu früh, wie sie fand. Ihre Energie hätte locker bis 70 gereicht. Bald nach ihrer Pensionierung erkrankte die Freundin an Demenz und starb 1991. Gattiker trauerte, aber ihr Lebenswille, ihre Energie, ihr Wissensdurst blieben ungebrochen. Sie trieb viel Sport, spielte Klavier, reiste, pflegte ihren Freundeskreis, förderte junge Musiktalente und begann mit 72 Jahren noch ein Studium in Musikwissenschaften und Philosophie an der Universität Zürich. Mit 88 Jahren zog sie von Zürich nach Davos und verbrachte dort die letzten zehn Jahre. Doch ihre geliebten Konzert- und Opernbesuche liess sie sich nicht nehmen und reiste mehrmals pro Woche mit dem Zug nach Zürich. Mit ihrer legendären Selbstdisziplin, wozu tägliche Pilatesübungen, die NZZ-Lektüre, Wanderungen und gesunde Ernährung gehörten, hielt sie sich fit. Mittags und abends zwei Gläser Wein gönnte sie sich aber auch.

Ins Fernsehen eingeladen

Als 2016 ihre Biografie *Ruth Gattiker. Pionierin der Herzanästhesie* erschien, lud Kurt Aeschbacher die 93-jährige ins Fernsehen ein. Ein legendärer Auftritt, bei dem sie mit Witz und Schlagfertigkeit glänzte. Danach wunderte und amüsierte es sie, wenn sie von wildfremden Leuten mit dem Satz angesprochen wurde: «Sind Sie nicht die Ärztin aus dem Fernsehen?»

Ruth Gattiker war gradlinig, direkt, mitunter etwas streitlustig, aber auch humorvoll, zuverlässig und geistig rege bis zuletzt. Nachdem die Biografie erschienen war, freundeten wir uns näher an. Ich begleitete sie in den letzten Jahren, genoss den regelmässigen Austausch mit ihr, hatte nie den Eindruck, meine ungewöhnliche Freundin sei eine alte Frau.

Anfang 2021 wurde sie schwächer. Im Juli kam sie ins Spital Davos, dort stellte man fest, dass sie Blut über den Dünndarm verlor. Als klar wurde, dass man ihr medizinisch nicht mehr helfen konnte, verzichtete sie auf weitere Behandlungen und kürzte die letzte Strecke ab. Am 24. Juli schlief sie ein. Damit ging auch ihr letzter Wunsch, im Spital sterben zu können, am Ende ihres langen, reichen, selbstbestimmten Lebens, in Erfüllung.



Prof. Dr. med. Andrea Rubbert-Roth und Prof. Dr. med. Thomas Hügler, Präsident des wissenschaftlichen Komitees der SGR (© SGR).

Kongresspreise der Schweizerischen Gesellschaft für Rheumatologie 2021

Im Rahmen des Jahreskongresses 2021 der Schweizerischen Gesellschaft für Rheumatologie (SGR) hat die SGR die drei am besten bewerteten Abstracts und den besten Case-Report mit dem Kongresspreis 2021 ausgezeichnet. Prof. Dr. med. Andrea Rubbert-Roth vom Kantonsspital St. Gallen erhielt den Preis für das Abstract «*Anti-SI antibodies after vaccination with anti SARS-CoV-2 mRNA vaccines in patients with rheumatoid arthritis differ in magnitude and kinetics from healthy controls: Results from a prospective, observational controlled study*». PhD Stavros Giaglis von der Universität Basel und vom Universitätsspital Basel wurde für sein Abstract «*Plasma Mitochondrial DNA as a Biomarker in the Diagnosis and Follow-up of Systemic Lupus Erythematosus*» ausgezeichnet. Dr. med. Chantal Meier vom Universitätsspital Zürich wurde für das Abstract «*HRCT-based Radiomics for Prediction of Treatment Response in SSc-ILD*» bedacht, und Dr. med. Fabian Lötscher vom Inselspital Bern wurde für den Case-Report «*Genetic double strike: VEXAS and TET2 positive myelodysplastic syndrome in a patient with long-standing refractory auto-inflammatory disease*» ausgezeichnet. Der Preis ist mit je CHF 1000 dotiert.



PhD Stavros Giaglis und Prof. Dr. med. Thomas Hügler, Präsident des wissenschaftlichen Komitees der SGR (© SGR).



Dr. med. Chantal Meier und Prof. Dr. med. Thomas Hügler, Präsident des wissenschaftlichen Komitees der SGR (© SGR).



Dr. med. Fabian Lötscher, Inselspital Bern (© Pascal Gugler / Insel Gruppe AG).



(v.l.n.r.) Cristina Venier, Regional Healthcare Partner, Roche Pharma (Schweiz) AG; Dr. med. Jennifer Amsler, Inselspital Bern; Prof. Dr. med. Daniel Aeberli, Präsident der SGR; Ivan De Martin Del Zotto, Product Manager Inflammation, AMGEN Switzerland AG (© SGR).

Weiterbildungs-Grant für angehende Rheumatologinnen und Rheumatologen 2021

Dr. med. Jennifer Amsler vom Inselspital Bern erhält für ihr Forschungsprojekt «Rolle der Neutrophilen in der Entzündung bei Rheumatoider Arthritis und Arthrose» den Weiterbildungs-Grant für angehende Rheumatologen 2021. Der mit CHF 50 000 dotierte Grant ist dazu bestimmt, angehenden Rheumatologinnen resp. Rheumatologen eine Weiterbildung im Ausland für die Dauer von mindestens sechs Monaten zu ermöglichen. Jennifer Amsler führt ihre Forschungsarbeit an der Universität von Paris durch. Finanziert wird der von der Schweizerischen Gesellschaft für Rheumatologie (SGR) verliehene Grant zur Hälfte von der SGR und je zu einem Viertel von der AMGEN Switzerland AG und der Roche Pharma (Schweiz) AG.



Dr. Emile Simon, président de la Fondation Jean et Linette Warnery, Prof. Delphine Courvoisier, HUG, et Prof. Dr. méd. Daniel Aeberli, président de la Société Suisse de rhumatologie (© SSR).

Prix de recherche Jean et Linette Warnery 2021

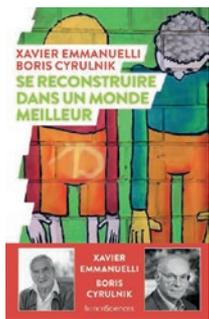
Le prix de recherche en arthrite rhumatoïde récompense un ou plusieurs travaux de recherche clinique ou fondamentale concernant l'arthrite rhumatoïde. Offert par la Fondation Jean et Linette Warnery à Morges, le prix, doté de CHF 60 000, a été décerné par la Société Suisse de Rhumatologie (SSR) à Prof. Delphine Courvoisier, HUG, pour son travail «*The impact of seropositivity on the effectiveness of biologic anti-rheumatic agents: results from a collaboration of 16 registries*».

A propos de l'après-COVID

Le lien et l'amour plutôt que la compétition et l'héroïsme?

Jean Martin

Dr méd., membre de la rédaction



Xavier Emmanuelli
et Boris Cyrulnik
**Se reconstruire dans
un monde meilleur**

Paris:
Ed. HumenSciences;
2021, 176 pages.

À l'occasion de la pandémie, phénomène qui impacte la marche du monde depuis deux ans et qui n'a pas fini de le faire, deux personnalités médicales françaises dialoguent sur ce que cela change et va changer. Xavier Emmanuelli est cofondateur de «Médecins sans frontières», généraliste et intensiviste; il a créé le SAMU social de la Ville de Paris et a été un acteur politique (Secrétaire d'Etat, 1995–1997). Boris Cyrulnik, neuropsychiatre et essayiste, est une figure de la scène intellectuelle française actuelle, traitant de nombreux thèmes psycho-sociologico-sociétaux. Il a notamment rendu familier le concept de résilience. Dès les premières pages, ils plantent le décor – pandémie –, soulignant que la crise du COVID-19 doit servir à repartir de zéro: «Nous ne sommes pas entrés égaux dans cette crise. Certains d'entre nous ont bénéficié de facteurs de protection. D'autres portaient des facteurs de vulnérabilité. Mais tous nous devons tourner la page pour récrire une histoire nouvelle.»

À l'aide de trois formes de résilience, individuelle, sociale et naturelle, il s'agit d'élaborer une dynamique autre. Un aspect important de ce changement (qui parle à l'auteur de la présente recension) est qu'il faut réhabiliter la notion de l'homme sensible de Pascal et s'éloigner de l'homme-machine de Descartes. Avec d'autres, les auteurs appellent à cesser la course folle de la compétition et de la croissance à tout crin... et mettre à la place, comme bases de la vie en communauté, l'amour et le lien social. Un beau programme!

«Nous ne sommes pas entrés égaux dans cette crise [...] Mais tous nous devons tourner la page pour récrire une histoire nouvelle.»

Boris Cyrulnik traite de sujets sur lesquels il écrit: «Un enfant ne devrait pas regarder d'écran avant trois ans, car, dans cette phase préverbale, le petit se pétrifie devant l'image.» Les enfants dont les babysitters sont des écrans éprouvent des difficultés à se socialiser, alors que ceux qui ont écouté, parlé, eu des échanges – et des conflits – avec des êtres humains sont bien mieux préparés. Est évoqué le problème de la pornographie,

notamment sur les réseaux sociaux, auxquels beaucoup d'ados sont exposés très tôt. En tant que généraliste, Xavier Emmanuelli réoriente, lui, son regard de la réponse à l'urgence vers la prévention. Ralentir. Il met aussi l'accent dans les soins sur le temps long de l'accompagnement. Faisant référence, au début de la pandémie, au drame des personnes en maisons de soins, âgées en particulier, qui ont été privées de contact avec leurs proches.

Cet ouvrage est une conjonction et une confrontation intéressantes des contributions de deux médecins aux trajectoires différentes.

Aujourd'hui, «Le monde est le résultat de la violence. C'est elle qui a dessiné les frontières et imposé les [idéologies]. C'est la violence administrative qui a permis la montée des systèmes totalitaires.» Xavier Emmanuelli dénonce la brutalité virile, partie intégrante de nos sociétés qui l'ont érotisée tout en la rendant héroïque. Or, dit Boris Cyrulnik, «l'héroïsme est un signe de pathologie sociale». Voilà une formule qui interpelle. Parmi les défis urgents, ils évoquent aussi le dérèglement du climat, dont le soulagement passe par les alliances et les échanges plutôt que par la concurrence.

Beaucoup autour de nous, y compris de multiples mouvements dans la société civile, sont d'accord avec eux. Mais le fait est que les solutions n'émergent que par bribes et morceaux, à partir de milieux qui ne sont pas parmi les «grands et puissants». On voit de fortes déclarations dans les programmes politiques mais les concrétisations s'avèrent compliquées et lentes.

Cet ouvrage est à la fois une conjonction et une confrontation intéressantes des contributions de deux médecins aux trajectoires bien différentes. Plus de 150 pages de dialogue assorti d'illustrations en noir et blanc, le tout sur un mode quelque peu grinçant, qui correspond bien aux enjeux actuels. En guise de conclusion, je citerais ce passage du livre: «Un être humain accompli se sait mortel et produit quelque chose de particulier: du sens et de l'amour, de la sociabilité et de la transcendance.»

jean.martin[at]saez.ch

«Altwerden ist nichts für Feiglinge»

Christina Aus der Au

Prof. Dr. theol., Mitglied der Redaktion Ethik



Das Zitat im Titel wird vielen zugeschrieben, der deutsche Entertainer Blacky Fuchsberger hat seine Autobiographie so betitelt, der Fussballer Uwe Seeler soll es gesagt haben und ebenso die amerikanische Schauspielerin Bette Davis. Ich kenne es jedenfalls von meiner Schwiegermutter – und sie meint es weder augenzwinkernd noch kokett. Sondern bitterernst.

Unsere Eltern werden alt. Im besten Falle – denn das heisst ja, dass sie nicht jung gestorben sind! Aber damit einher geht die Kehrseite, dass Altwerden anstrengend ist und eine Herausforderung für alle Beteiligten. Körperliche Gebrechen gehen einher mit Vergesslichkeiten, und rundherum wird die Welt kleiner. Alles tut weh beim Aufstehen. Und eigentlich auch noch beim Zubettgehen. Freundinnen und Freunde werden weniger, die Familie ist noch da. Wohl denjenigen, die Freundschaft in der Familie finden. Man schaut bei den Todesanzeigen zuerst aufs Geburtsdatum und erschrickt. Aber es ist nicht eigentlich der Tod, der schreckt. Sondern die Zeit vorher. Das Altwerden.

Das sind nicht die Seniorinnen und Senioren, nicht die *Golden-Agers* mit den freien Terminkalendern und dem finanziellen Sorglos-Polster. Das waren sie vielleicht einmal. Aber jetzt sind sie nur noch alt. Und kämpfen sich durch den Tag. Wenn sie Glück haben, sind sie noch zu zweit. Wenn sie noch mehr Glück haben, dann haben sie es auch gut miteinander. Und mit den Kindern, den Enkeln, den Urenkeln. Die alle ihr eigenes Leben führen. Manchmal kommen sie vorbei. Das ist ein Highlight. Die Welt kommt ins Haus, in die Wohnung. Bringt Lachen mit, Leben, Erzählungen. Und geht wieder. Wann zum nächsten Mal?

Bis dann sind sie alleine, im eigenen Körper, mit den eigenen Gedanken, Erinnerungen, Ängsten. Warten. Und sich dabei durch den nächsten Tag kämpfen. Nichts für Feiglinge.

Es gibt natürlich auch die andern, die bis ins hohe Alter noch fit sind und unternehmungslustig! Aber um die geht es mir hier nicht. Sondern um die Alten und Müden, die nicht mehr mögen. Und es auch realisieren, dass sie nicht mehr mögen.

Da sollte man noch den Mut aufbringen, kein Feigling zu sein? Was hiesse das denn, in diesem Zusammenhang mutig zu sein? Für die Sterbehilfeorganisation Exit bedeutet es, dass sich die Generation, die ein Leben lang gewohnt war, selbstbestimmt zu leben,

«nicht vorschreiben lassen (muss), wie sie zu sterben hat und wieviel Leid sie vorher noch ertragen muss» [1]. Und so wägen sie mutig und nüchtern ab, was sie auf der Plus-Seite noch zu erwarten haben – und was dem auf der Minus-Seite entgegensteht. Dies solle man allerdings tun, so lange man noch «die Willenskraft und den Mut» habe, um diese klare und ehrliche Bilanzierung zu vollziehen, so der ehemalige Exit-Präsident Werner Kriesi [2]. Also bevor man so alt ist, dass man nicht mehr mag.

Das gibt dem Titelgedanken einen ganz neuen Dreh. Wenn man tatsächlich so alt werden muss, dann war man vorher ein Feigling und hat den Zeitpunkt verpasst, Bilanz zu ziehen und danach zu handeln. Wer mutig war, wird dann eben nicht so alt.

Nicht dass ich diesen Gedanken selber nicht auch nachvollziehen könnte! Was sollen sich die Jahre des Lebens noch hinziehen, wenn das Leben in den Jahren verschwunden ist? Würde ich nicht auch einen Abschied mit Paukenschlag einem Abschied auf Raten vorziehen? Ich fühle mich jedenfalls nicht mutig genug für das andere.

Aber wenn ich mir dann überlege, dass sich meine Eltern und Schwiegereltern solche Gedanken machen könnten, dann finde ich das erschreckend. Das hiesse, dass sie uns nicht vertrauen würden, dass wir sie auffangen und tragen. Sie könnten sich nicht darauf verlassen, dass die Familie, aber auch das Gesundheitssystem und die Gesellschaft Raum, Zeit und Nähe aufbringen für Menschen, die nicht mehr mögen. Sie, die Alten und Schwachen, würden verzweifeln an uns Jungen und Starken. Wären nicht wir dann die Feiglinge, die nicht den Mut aufbrächten, die Schwäche derer auszuhalten, die einst für uns stark waren? Die nicht die Energie aufbrächten, die Systeme zu stärken und die Pflegeausbildungen, die Unterstützungsmöglichkeiten und die Alters- und Pflegeheime? Und nicht die Fantasie, demenzfreundliche Gemeinden zu gestalten und Wirtschaft, welche unbezahlte Care-Arbeit miteinschliesst?

Altwerden ist nichts für Feiglinge. Auch nicht das Altwerden derer, die uns lieb sind.

Literatur

- 1 exit.ch/freitodbegleitung/altersfreitod/
- 2 exit.ch/fileadmin/user_upload/freitodbegleitung/altersfreitod/Leiden_am_Alter.pdf

[christina.ausderau\[at\]phtg.ch](mailto:christina.ausderau[at]phtg.ch)

ES IST SCHON RICHTIG, DASS SIE WEGEN
MEINER DIAGNOSE WESENTLICH LÄNGER LEBEN —
ABER IHRE HYPOTHEK ÜBERNEHME ICH TROTZDEM
NICHT !

