

Schweizerische Ärztezeitung

131 Editorial
von Alexander Zimmer

**IPAG eHealth:
Zusammenschluss von
100 000 Leistungserbringern**

154 Interprofessionalität
im Praxisalltag
Medizinberufe im Wandel

164 «Zu guter Letzt»
von Eva Mell
**Vier Wochen ohne
Plastikeinkäufe**

132 Kernaussagen
zum Arzthaftungsrecht
Sorgfalt ist Pflicht



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



Verlag

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

Externe Redaktion

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

Redaktion Ethik

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

Redaktion Medizingeschichte

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

Redaktion Public Health, Epidemiologie, Biostatistik

Prof. Dr. med. Milo Puhon

Redaktion Recht

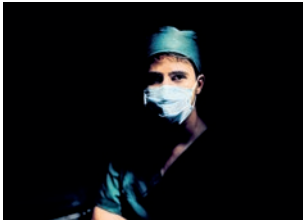
Lic. iur. Gabriela Lang, Rechtsanwältin, Leiterin Abteilung
 Rechtsdienst FMH a.i.

FMH

EDITORIAL: Alexander Zimmer

131 **IPAG eHealth: Zusammenschluss von 100 000 Leistungserbringern**

132



AKTUELL: Iris Herzog-Zwitter

Kernaussagen zum Arzthaftungsrecht Die Rechtsprechung des Bundesgerichts zur ärztlichen Sorgfalt basiert auf einer jahrelangen Rechtsentwicklung. Das Arzthaftungsrecht lebt teilweise von Urteilen, welche vor mehr als 40 Jahren ergangen sind und nach wie vor gültige Rechtspraxis darstellen. Ein Überblick aus Anlass des Freispruchs eines Arztes vom Vorwurf der fahrlässigen Tötung.

137 **Personalien****Briefe / Mitteilungen**138 **Briefe an die SÄZ**139 **Facharztprüfungen / Mitteilungen****Wichtige Sicherheitsinformationen**141 **Diazepam-Mepha® rectal, Mikroklismen (Zulassungs-Nr. 41756)****FMH Services**142 **Stellen und Praxen** (nicht online)

Tribüne

RECHT: Marcel Lanz

150 **Arzt vom Vorwurf der fahrlässigen Tötung freigesprochen**

THEMA: Matthias Scholer

154 **Medizinberufe im Wandel**

Horizonte

STREIFLICHT: Felix Schürch

160 **Eine persönliche Zeitreise**

BUCHBESPRECHUNGEN: Jean Martin

163 **L'apartheid par les yeux d'un enfant**

Zu guter Letzt

Eva Mell

164 **Vier Wochen ohne Plastikeinkäufe**



BENDIMERAD

Impressum

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

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

Anzeigen:
Markus Will, Tel. +41 (0)61 467 85 97,
markus.will@emh.ch
Philipp Lutzer, Tel. +41 (0)61 467 85 05,
philipp.lutzer@emh.ch

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

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

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

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

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

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

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

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

Fall mit den Fachinformationen der
verwendeten Medikamente verglichen
werden.

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

printed in
switzerland



Titelbild:
© amirreza JB / Unsplash

IPAG eHealth: Zusammenschluss von 100 000 Leistungserbringern

Alexander Zimmer

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



Mitten in der dunklen Jahreszeit vor 2021 Jahren wurde eine Lichtgestalt geboren. Ende letzten Jahres erblickte der Verein IPAG eHealth «das Licht der Welt» [1]. Ein Vergleich zwischen diesen beiden Ereignissen wäre natürlich zu hoch gegriffen. Aber es ist durchaus bedeutungsvoll, wenn sich zehn nationale Verbände, die zusammen 100 000 Gesundheitsfachpersonen repräsentieren, zu einem Verein zusammenschliessen. IPAG eHealth steht für die Interprofessionelle Arbeitsgemeinschaft im Bereich eHealth. Die FMH, pharmaSuisse, Physioswiss, SBK, FSP, SVDE, EVS/ASE, ChiroSuisse, SHV, SSO haben sich zum Ziel gesetzt, den elektronischen Datenaustausch zwischen den Leistungserbringern im Gesundheitswesen zu optimieren. Ein nutzenbringender Datenaustausch ist für den Erfolg der Digitalisierung im Gesundheitswesen von zentraler Bedeutung. Nur die Gesundheitsfachpersonen selbst können die Qualitätsansprüche an den Datenaustausch definieren.

Der Verein «IPAG eHealth» entwickelte sich aus der 2014 gegründeten «Interprofessionellen Arbeitsgruppe Elektronisches Patientendossier» (IPAG EPD) heraus. Das damalige Ziel der Verbände war die nutzenbringende Ausgestaltung der Informationen im elektronischen Patientendossier (EPD). Im Folgenden wurden Empfehlungen für die Bereiche der eMedikation, des

Damit die Digitalisierung im Gesundheitswesen erfolgreich wird, müssen die Leistungserbringenden die Entwicklung aktiv mitgestalten.

eÜberweisungsberichts und der eAllergien und Intoleranzen zur Unterstützung von eHealth Suisse erarbeitet [2]. Damit wurden Bund und Kantone Grundlagen für die Einführung eines praxistauglichen EPD vorgelegt. Der IPAG EPD war es dabei stets ein grosses Anliegen, die Interoperabilität zwischen den verschiedenen IT-Systemen, die mit dem EPD kommunizieren müssten, sicherzustellen.

Zwischenzeitlich haben sich die Rahmenbedingungen des EPD geändert. Es wurde zunehmend deutlich, dass das EPD die Erwartungen der Leistungserbringer im Gesundheitswesen nur bedingt erfüllen kann. Das EPD sieht momentan keine gerichtete Kommunikation zwischen den Gesundheitsfachpersonen, geschweige denn eine Prozessunterstützung im interprofessionellen Datenaustausch vor. Es wird also dem Zweck eines dynamischen Datenaustausches zwischen den Leis-

Die IPAG eHealth ist bereit, ihre Verantwortung für einen Erfolg der Digitalisierung im Gesundheitswesen wahrzunehmen.

tungserbringenden und den Patientinnen und Patienten vorerst leider nicht gerecht. Diese Dysfunktionalität muss über EPD-nahe Zusatzdienste aufgefangen werden. Beispielsweise durch einen Zusatzdienst, der den interoperablen Datenaustausch ausserhalb des EPD ermöglicht.

Genau darauf fokussiert sich nun die IPAG eHealth. Damit die Digitalisierung im Gesundheitswesen erfolgreich umgesetzt werden kann, müssen die Leistungserbringenden die Entwicklung der künftigen Systeme aktiv mitgestalten. Nur gemeinsam können sie sie erfolgreich gegenüber der Politik und der Industrie vertreten. Die IPAG eHealth ist bereit, ihre Verantwortung für einen Erfolg der Digitalisierung im Gesundheitswesen wahrzunehmen.

Literatur

- 1 IPAG eHealth. Interprofessionelle Arbeitsgemeinschaft für mehr Effizienz bei der Digitalisierung im Gesundheitswesen gegründet. Medienmitteilung. 3. November 2021. www.fmh.ch/politik-medien/medienmitteilungen.cfm
- 2 Bestehende Austauschformate. ehealthsuisse. <https://www.e-health-suisse.ch/technik-semantik/semantische-interoperabilitaet/austauschformate.html>



[Bundesgericht spricht Arzt vom Vorwurf der fahrlässigen Tötung frei](#)

Kernaussagen zum Arzthaftungsrecht

Iris Herzog-Zwitter

Dr. iur., Rechtsdienst der FMH

Die Rechtsprechung des Bundesgerichts zur ärztlichen Sorgfalt basiert auf einer jahrelangen Rechtsentwicklung. Das Arzthaftungsrecht lebt teilweise von Urteilen, welche vor mehr als 40 Jahren ergangen sind und nach wie vor gültige Rechtspraxis darstellen. Ein Überblick aus Anlass des Freispruchs eines Arztes vom Vorwurf der fahrlässigen Tötung.

Dieser Beitrag nimmt Sie mit auf eine «Tour d'horizon» zu Leiturteilen zum Arzthaftungsrecht, welche bei einem kürzlich ergangenen strafrechtlichen Leiturteil vom Oktober 2021 mündet [1]. Die ärztlichen Sorgfaltspflichten beinhalten die Lege-artis-Behandlung, die ärztliche Aufklärungspflicht und die Dokumentationspflicht.

Ärztliche Aufklärungspflicht

Eines der wichtigsten bundesgerichtlichen Urteile zu den Aufklärungspflichten der Ärztin bzw. des Arztes stammt aus dem Jahre 1991. Im Zentrum der ärztlichen Aufklärungspflicht steht die Wahrnehmung des Selbstbestimmungsrechts durch die Patientin oder den Pa-

[Lesen Sie auch den Artikel «Arzt vom Vorwurf der fahrlässigen Tötung freigesprochen» von Marcel Lanz auf Seite 150.](#)

tienten. Durch die ärztliche Aufklärung wird die erforderliche Entscheidungsgrundlage geschaffen, damit der Patient oder die Patientin in Ausübung des Selbstbestimmungsrechtes «einen sogenannten informed consent» erteilen kann.

Davon ausgehend, dass der ärztliche Heileingriff gemäss Rechtsprechung den Tatbestand der Körperverletzung erfüllt, formulierte das Bundesgericht die Anforderungen an die ärztliche Aufklärungspflicht in diesem Grundsatzurteil wie folgt: *«Ein zu Heilzwecken vorgenommener ärztlicher Eingriff in die körperliche Integrität des Patienten ist widerrechtlich, sofern nicht ein Rechtfertigungsgrund – insbesondere die Einwilligung des ausreichend aufgeklärten Patienten – vorliegt. Da die ärztliche Aufklärungspflicht sowohl dem Schutz der freien Willensbildung des Patienten wie auch dem Schutz seiner körperlichen Integrität dient, besteht im Fall ihrer Verletzung nicht nur eine Ersatzpflicht für immateriellen, sondern auch für anderen Schaden (E. 2)»* [2].

Die ärztliche Aufklärungspflicht dient dem Schutz der freien Willensbildung und dem Schutz der körperlichen Integrität der Patienten.

Im besagten BGE 117 Ib 197 definierte das Bundesgericht den grundsätzlichen Massstab des Ausmasses der Aufklärung. Dies sei auf der einen Seite die vom Arzt oder der Ärztin gestellte Diagnose und andererseits *«die nach den medizinischen Kenntnissen des damaligen Zeitpunktes mit dem Eingriff verbundenen Risiken»*. Unerheblich sei aber, ob die Diagnose rückblickend richtig war. Des Weiteren – so das Bundesgericht – ist der Arzt bzw. die Ärztin verpflichtet, *«den Patienten über Art und Risiken der in Aussicht genommenen Behandlungsmethoden aufzuklären, es sei denn, es handle sich um alltägliche Massnahmen, die keine besondere Gefahr und keine endgültige oder länger dauernde Beeinträchtigung der körperlichen Integrität mit sich bringen»*. Der Patient oder die Patientin soll über den Eingriff oder die Behandlung so weit unterrichtet sein, dass er oder sie die Einwilligung in Kenntnis der Sachlage geben könne. Dennoch dürfe die Aufklärung keinen für seine oder ihre Gesundheit schädlichen Angstzustand hervorrufen.

Ebenso habe der Arzt bzw. die Ärztin *«einen Patienten oder dessen gesetzlichen Vertreter dann nicht in allen Einzelheiten über die Gefahren der geplanten Operation aufzuklären, wenn auf der Hand liegt, dass diesem aufgrund früherer ähnlicher oder gleicher Operationen die einschlägigen Risiken bereits bekannt sein müssen»*. Ein Arzt oder eine Ärztin müsse aber bei *«gewöhnlich mit grossen Risiken verbundenen Operationen, die schwerwiegende Folgen haben können, den Patienten ausführ-*

licher aufklären und informieren, als wenn es sich um einen im allgemeinen unproblematischen Eingriff handelt.»

Ärztliche Dokumentationspflicht

Im Jahr 2015 erging seitens des Bundesgerichts ein weiterer *Leading case*, welcher sich mit den Anforderungen zur ärztlichen Dokumentationspflicht befasste [3]. Demnach müsse aufgezeichnet werden, was aus medizinischer Sicht notwendig und üblich ist [4]. Die Krankengeschichte soll so abgefasst sein, dass der medizinische Behandlungsablauf vollständig und nachvollziehbar dokumentiert ist. Unbestritten gilt die Dokumentation der Krankengeschichte einerseits zur Therapiesicherheit und andererseits zu Beweiszwecken.

Ärztliche Sorgfaltspflicht [5]

Im Oktober 2021 publizierte das Bundesgericht ein Urteil zur strafrechtlichen Verantwortlichkeit eines Arztes [6]. Es ist für die amtliche Sammlung vorgesehen. Das heisst, es ist ein für die Rechtspraxis inhaltlich relevantes Urteil. Das Bundesgericht sprach darin einen Hausarzt vom Vorwurf der fahrlässigen Tötung frei. Seine Patientin war aufgrund der Einnahme eines durch ihn verschriebenen Medikaments an den Folgen eines anaphylaktischen Schocks verstorben. Im Zentrum des Verfahrens stand die Verletzung der ärztlichen Sorgfalt, indem dem Arzt vorgeworfen wurde, er hätte das Cefuroxim bei einer Penicillinallergie nicht verschreiben dürfen. Im gleichen Fall wurde eine Apothekerin vom Obergericht Aargau rechtskräftig im Jahr 2020 der fahrlässigen Tötung schuldig gesprochen. Sie hatte das Antibiotikum ausgehändigt, weil sie den Vermerk der Antibiotikaallergie im Computersystem übersehen hatte [7].

Das Bundesgericht bestätigte im vorliegenden Fall basierend auf den tatsächlichen Feststellungen der Vorinstanz und der gutachterlichen Beurteilung, der Arzt sei den gebotenen Abklärungspflichten und seiner ärztlichen Sorgfaltspflicht insofern hinreichend nachgekommen, als er eine Erstanamnese durchgeführt habe und in einem «persönlichen Gespräch mit der Patientin insbesondere auch die Frage nach einer Antibiotika-Allergie abgeklärt und sie aufgefordert habe, frühere Krankenakten zu bringen». Die Patientin habe ihrem neuen Hausarzt einige ärztliche Unterlagen zur Verfügung gestellt, habe es aber unterlassen, ihm die früheren Krankenunterlagen vollständig zur Verfügung zu stellen. Als diese ausblieben, hakte er bei einer späteren Konsultation, etwa

einen Monat später, nochmals nach und bat seine Patientin, ihm diese Unterlagen «dringend» noch nachzureichen.

Im Zentrum der Beurteilung lag, dass die Patientin anlässlich der Erstkonsultation erklärt hatte, sie werde die Berichte ihrer früheren Hausärztin noch aushändigen. Trotz mehrmaliger Aufforderung durch den Hausarzt holte die Patientin bei ihrer früheren Hausärztin nicht die Unterlagen ein bzw. übermittelte diese nicht dem Hausarzt. Inwieweit hätte der Hausarzt aktiv die früheren Unterlagen direkt bei der vorgehenden Hausärztin einholen müssen? Durfte er sich auf die Zusage seiner Patientin verlassen? Der Hausarzt hatte doch über ein Jahr lang etwa alle zwei Wochen die Patientin behandelt. Diese Häufigkeit bzw. die Anzahl der Behandlungen würde aber – so das Bundesgericht – durch die Tatsache relativiert, «dass die Blutverdünnung eine regelmässige Kontrolle des INR-Werts verlangt». Dies sei jedoch in der Regel im Rahmen einer routinemässigen Konsultation erfolgt.

Das Bundesgericht bestätigte den Freispruch des Arztes vom Vorwurf der fahrlässigen Tötung mangels einer Verletzung der ärztlichen Sorgfalt.

Im besagten Urteil hält das Bundesgericht fest, dass es im Einzelfall dem Arzt obliege, «die richtige Therapie zu wählen und darauf zu achten, dass keine Unverträglichkeiten (Kontraindikation) gegeben sind». Demnach sei entscheidend, «ob die ungünstigste Wirkungsweise (Kontraindikation) bzw. Unverträglichkeit im Zeitpunkt der Applikation erkennbar war oder nicht [...]» [8]. Massgebend ist aber immer der Einzelfall, «namentlich nach der Art des Eingriffs oder der Behandlung, den damit verbundenen Risiken, dem Beurteilungs- und Bewertungsspielraum, der dem Arzt zusteht, sowie den Mitteln und der Dringlichkeit der medizinischen Massnahme. Der Arzt hat die nach den Umständen gebotene und zumutbare Sorgfalt zu beachten. Er hat indes nicht für jene Gefahren und Risiken einzustehen, die immanent mit jeder ärztlichen Handlung und auch mit der Krankheit an sich verbunden sind. Zudem steht dem Arzt sowohl in der Diagnose als auch in der Bestimmung therapeutischer oder anderer Massnahmen oftmals ein gewisser Entscheidungsspielraum zu. Der Arzt verletzt seine Sorgfaltspflichten nur dort, wo er eine Diagnose stellt bzw. eine Therapie oder ein sonstiges Vorgehen wählt, das nach dem allgemeinen fachlichen Wissensstand nicht mehr als vertretbar erscheint und daher den objektivierten Anforderungen der ärztlichen Kunst nicht genügt» [9].

Dieser vorliegende Fall zeigt den Entscheidungsspielraum auf. Das sollte aber nicht heissen, dass ein Arzt entbunden davon ist, die Krankengeschichte zu

vervollständigen, um lege artis die richtige Therapie zu wählen. Im vorliegenden Fall hatte der Hausarzt doch mehrmalig die Patientin dazu aufgefordert, ihm die Unterlagen der vorhergehenden Hausärztin zu übermitteln. Gemäss der bundesgerichtlichen Erläuterungen ergab sich für den Hausarzt – durch die Zusicherung der Patientin, aktiv zu werden – deshalb nicht, selber aktiv werden zu müssen. Aufgrund der Einträge in die Krankengeschichte ist davon auszugehen, dass der Behandlungsablauf zugunsten des Hausarztes rekonstruiert werden konnte.

Inwieweit hätte der Hausarzt aktiv die früheren Unterlagen direkt bei der vorgehenden Hausärztin einholen müssen?

Auf der anderen Seite führten eben der Vermerk der Antibiotikaallergie im Dokumentationssystem der Apothekerin und das Übersehen dieses Vermerks zur strafrechtlichen Verurteilung der Apothekerin. Der interprofessionelle Austausch war durch die unterschiedlichen Dokumentationssysteme nicht gewährleistet. Es zeigt einmal mehr, dass die interprofessionelle Koordination und der Informationsaustausch im Sinne der Patientensicherheit funktionieren muss und ebenso der Patient seine/die Patientin ihre aktive Rolle im Behandlungsprozess wahrzunehmen hat. Dieser Fall zeigt einmal mehr auf, dass es unabdingbar ist, einheitlich definierte Kommunikationskanäle und elektronische Ablagesysteme wie zum Beispiel das EPD im ärztlichen Berufsalltag an der Schnittstelle des interprofessionellen Austausches sowohl im Sinne der Patientensicherheit als auch der Rechtssicherheit der Ärztinnen und Ärzte im Einsatz zu haben [10].

Bildnachweis

Tingey Injury Law Firm / Unsplash

Literatur

- 1 BGer vom 28.10.2021 (6B_727/2020) für amtliche Sammlung vorgesehen.
- 2 BGE 117 Ib 197.
- 3 BGE 141 III 363.
- 4 BGE 141 III 363.
- 5 BGer vom 23.3.2017 (6B_1031/2016): «Der Arzt verletzt seine Pflichten nur dort, wo er eine Diagnose stellt bzw. eine Therapie oder ein sonstiges Vorgehen wählt, das nach dem allgemeinen fachlichen Wissensstand nicht mehr als vertretbar erscheint und daher den objektivierten Anforderungen der ärztlichen Kunst nicht genügt (BGE 134 IV 175 E. 3.2; BGE 130 IV 7 E. 3.3, je mit Hinweisen; vgl. auch 130 I 337 E. 5.3; BGE 133 III 121 E. 3.1; BGE 115 Ib 175 E. 2b).»
- 6 BGer vom 28.10.2021 (6B_727/2020).
- 7 Schuldspruch für Apothekerin, Freispruch für Arzt (aargauerzeitung.ch) (letzter Zugriff vom 17.1.2022).
- 8 Urteil BGer vom 28.10.2021 (6B_727/2020) E. 2.4.2; BGE 130 IV 7 E. 3.3.
- 9 BGE 130 IV 7 E. 3.3.
- 10 www.fmh.ch/files/pdf25/position-der-fmh-zum-epd.pdf (letzter Zugriff vom 17.1.2022). <https://www.fmh.ch/files/pdf25/gutachten-zu-fragen-im-zusammenhang-mit-dem-elektronischen-patientendossier-v1.pdf> (letzter Zugriff vom 17.1.2022).

Personalien

Todesfälle / Décès / Decessi

Gilbert Boudry (1942), † 20.12.2021,
1612 Ecoteaux

Ärztegesellschaft des Kantons Luzern

Zur Aufnahme in unsere Gesellschaft
Sektion Stadt hat sich gemeldet:

Meret Branscheidt, Fachärztin für Neurologie,
Cereneo, Hertensteinstrasse 162, 6353 Weggis

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

Ärztegesellschaft Thurgau

Die Ärztegesellschaft Thurgau informiert
über folgende Neuanmeldungen:

Annika Benischke, Fachärztin für Allgemeine
Innere Medizin, FMH, Dörflistrasse 6,
8572 Berg

Annina Gerber, Praktische Ärztin, FMH,
Froheggstrasse 24, 9545 Wängi

David Schleiermacher, Praktischer Arzt,
Paul-Lincke-Ufer 8, DE-10999 Berlin

Unterwaldner Ärztegesellschaft

Zur Aufnahme in unsere Gesellschaft hat sich
gemeldet:

Torsten Weirauch, Facharzt für Allgemeine
Innere Medizin, Kantonsspital Nidwalden,
Ennetmooserstrasse 19, 6370 Stans

Einsprachen gegen diese Aufnahmen sind
mit Begründung innert 20 Tagen an die Präsi-
dentin der Unterwaldner Ärztegesellschaft,
Dagmar Becker, Mondmattli 3,
6375 Beckenried, zu richten.

Wir veröffentlichen Ihre Inhalte

Die Schweizerische Ärztezeitung veröffentlicht die Anliegen von Organisationen
der Ärzteschaft und weiteren Organisationen. Denn hier erreichen Sie Ihre Zielgruppe.

Mögliche Themen:

- Ärztliche Berufspolitik und Gesundheitspolitik.
- Fragen des Public Health.
- Ökonomische, juristische, ethische, kulturelle
oder andere Themen, die Ärztinnen und Ärzte
betreffen.

Unsere Redaktion prüft gern jeden Beitrag, der
noch nicht in anderen Medien veröffentlicht wurde.



Weitere Informationen
finden Sie unter
saez.ch → Autorenrichtlinien



Briefe an die SÄZ

Zukunft der FMH?

Liebe Kolleginnen und Kollegen

Ich blicke frischpensioniert zurück auf meine 33 Jahre Einzel-Allgemeinpraxis in Zürich. In dieser Zeit hat sich die Ärzte-Landschaft stark verändert: Die Einzelkämpfer werden weniger, die Gruppenpraxen und Ärztezentren nehmen überhand, die Spezialisten überholen die Allgemeinmediziner, die radiologischen Abklärungen gelten mehr als die klinischen Untersuchungen, die Überweisungen werden häufiger, die Digitalisierung schreitet voran, unsere Löhne stagnieren bei zunehmender Administration, immobile Patienten zu Hause und in Altersheimen werden vernachlässigt, viele Ärzte sind für ihre Patienten nicht mehr erreichbar.

Die FMH-Gremien agieren zunehmend eigenständig, die Basis wird nicht mehr mit Urabstimmungen konsultiert. Meiner Meinung braucht es Transparenz bezüglich der Eigeninteressen der FMH-Entscheidungsträger (bei HIN, EPD, DRG, Hausarztmodellen) und den Einbezug der Basis mit einfachen elektronischen Abstimmungen vor vollendeten Tatsachen bei so wichtigen Themen wie Wechsel von TARMED zu TARDOC, elektronischem Patientendossier (mit Kosten und Aufwand für uns), HIN-Verteuerungen, Hausarztmodellen (die den Ärzten viel Auflagen und Arbeit, aber keinen Nutzen gebracht haben), Einschränkungen der Seniorenärzte. Ärzte ohne Teilnahme an Hausarztmodellen wurden von den Krankenkassen stillschweigend von ihren Listen gestrichen.

Und wieso schaut die FMH einfach zu, wenn die Halbprivat- und Privat-Rechnungen unverhältnismässig hoch sind und schliesslich diese wichtigen Versicherungen im VVG zerstört werden, da sich bald niemand mehr diese Prämien leisten kann, sobald man ins «Krankheitsalter» über 60 Jahre wechselt? Dies ist nicht nur ein Problem für die Krankenkassen.

Wieweit sich die FMH für den grossen Anteil der Spitalärzte engagiert, ist mir als Selbständigem nicht bekannt, aber ich befürchte, dass im Spitalsektor einiges aus dem Ruder läuft (immer mehr und schnellere Patientendurchläufe wie am Fließband mit Erschöpfung der beteiligten Ärzte und Pflegenden, im Namen des Profits).

Weshalb die Gesundheitsdirektion Zürich seit etwa 4 Jahren die strengsten Auflagen in der Schweiz für pensionierte Ärzte verordnet hat, ist unklar, solche Auflagen müssten federal und milder geregelt sein, schliesslich haben (FMH-)Politiker keine solchen Altersein-

schränkungen. Enttäuschend ist, dass die AGZ und FMH die rechtliche Beschwerde der Seniorenärzte Zürich nicht unterstützt haben.

Dass unsere diskriminierten «praktischen Ärzte ohne FMH» einen reduzierten TARMED-Tarif haben, ist auch ungerecht, sie leisten dieselbe Arbeit, früher gab es keine solche Tarifspaltung, und nach 5 Jahren Praxis wurden auch Ärzte ohne FMH gleichgestellt.

Liebe Kolleginnen und Kollegen, es gibt auch in Zukunft viel zu tun, packen wir es gemeinsam an, mit Mitsprache unserer Basis! Es darf uns nicht alles glück siii.

*Dr. med. Stephan Meyer,
Unterengstringen*

ANNA und die heilige Familie

Brief zu: Illi M, Hartmann A. Grenzüberschreitung (mit Replik). Schweiz Ärztezg. 2022;103(3):61.

Sehr geehrte ANNA

Mit grossem Vergnügen führe ich mir seit Jahren Ihre Karikaturen zu Gemüte und wollte Ihnen immer wieder dafür danken. Leider kommen Ihre Zeichnungen unterdessen viel zu selten.

Ich hatte mich auch über die beiden queeren heiligen Familien gefreut.

Vor einigen Jahren hatte eine Pfarrerin mal in einem Weihnachtsgottesdienst eine ganz neue Version der Schwangerschaft der heiligen Maria erzählt: Sie könnte auch von einem römischen Legionär vergewaltigt worden sein. Dass Josef sie trotzdem nicht verliess – das wäre dann das grosse Wunder gewesen. Eine sehr berührende Vorstellung in der damaligen und auch heute noch so oft patriarchalen Welt.

Herzlich

Dr. med. Regula Rüst-Walcher, Zürich

Es helfe die künstliche Intelligenz (KI)!

Brief zu: Zimmer A. «Künstliche Intelligenz FOR FUTURE?» Schweiz Ärztezg. 2021;102(42):1352; Hollenstein Sarbach C. Kein Zeitgewinn durch künstliche Intelligenz (mit Replik). Schweiz Ärztezg. 2021;102(46):1527–8.

Als ein dankbarer und begeisterter Benutzer der Digitalisierung im Allgemeinen und in der Medizin im Speziellen las ich mit grossem Interesse sowohl das Editorial von Kollege Zimmer wie den Diskussionsbeitrag dazu von Kollege Hollenstein.

Herr Kollege Zimmer nennt drei Bereiche für den Einsatz der KI im Gesundheitswesen: 1. die schnelle, genauere Interpretation der Bilder (ich würde u.a. auch die EKGs dazu zählen – ohne KI keine Langzeit-EKGs, jetzt noch effizienter mit Smartphones), 2. Verbesserung der Arbeitsverläufe mit weniger Fehlern, 3. Einsicht der Patienten in ihre Daten, die sie zur Verbesserung ihrer Gesundheit nutzen können. Schon die Verwirklichung des 1. Punktes ist ein grosser Erfolg und hat unsere Arbeit, die Behandlung der Patienten, sehr gebessert. Es ist in kleinen Schritten unbemerkt geschehen und ist für uns selbstverständlich geworden.

Herr Kollege Hollenstein moniert in seinem Leserbrief zum Punkt 2, dass die Versprechungen, durch künstliche Intelligenz mehr Zeit für Patienten zu haben, nicht erfüllt sind. Als ein Angehöriger der Generation der Ärztinnen und Ärzte, die, wie er schreibt, «ihre MPA täglich zentnerweise Papier-KGs herumtragen liessen», kann ich ihm mitteilen, dass schon die Abrechnungen über Computer der Ärztekasse nicht nur für uns, unsere MPAs und sogar die Familien eine riesige Erleichterung und Zeitersparnis waren. Unser Sohn, der die «Krankenscheine» eigenhändig wie ein Mönch im Mittelalter ausfüllen half, schlug den Beruf eines Arztes (nicht nur deswegen) aus. Ich kann mit mehreren Memoiren dieser Generation zeigen, dass wir wesentlich weniger freie Zeit hatten, worunter unser Familienleben litt. Ich freue mich, dass es die heutigen Ärztegenerationen anders haben.

Aber warum denn nicht mehr Zeitgewinn durch KI, wie Herr Kollege Hollenstein meint? Bleiben wir bei den Krankengeschichten, die auch Herr Kollege Zimmer erwähnt. Ich hoffe, die Coronaepidemie lehrte uns, notwendige Risiken einzugehen. Es gibt Länder, wie z.B. Dänemark, die schon über ein Jahrzehnt ohne Störungen die elektronischen Krankengeschichten betreiben. Sogar bei uns gibt es Spitalverbände, die gegenseitige Einsicht in ihre Daten ermöglichen. Warum sollte es mit Praxis-KGs nicht gehen?

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.

Die während der Coronaepidemie rege benutzte Telemedizin ist auch ein Kind der KI. Für mich ist unklar, warum der Pflegeroboter unter den gegebenen Umständen (Pflegefachpersonal-Mangel, hochinfektiöse Patienten) nicht zum Durchbruch kam, der nur unnötig aufgehalten, aber nicht verhindert werden kann. Ein wichtiges Gebiet von Anwendung der KI möchte ich noch erwähnen – die diagnosti-

schen und therapeutischen Algorithmen, die auch eine wirksame Methode der Qualitätskontrolle und der Fortbildung sind, auch weil sie dauernd aktualisiert werden. Ihre Anwendung sowohl vonseiten der Ärzte wie der Patientinnen und Patienten kann belohnt werden. Die KI ersetzt die Ärztin und den Arzt, ihren lebendigen direkten Kontakt mit den Patientinnen und Patienten keinesfalls. Mit ihrer Hilfe können jedoch viele ärztliche Aufgaben

die Nichtakademiker übernehmen (Interdisziplinarität). Weltweit herrscht Ärztemangel. Die Verwendung der KI hilft seine Auswirkungen zu mildern. Eher die Schweiz als z.B. Nigeria kann und soll der Verwendung der KI im Gesundheitswesen Bahn brechen. Es ist eine zeitgemässe und wirksame Entwicklungshilfe.

Dr. med. Peter Marko, St. Gallen

Mitteilungen

Facharztprüfungen

Schwerpunktprüfung zur Erlangung des Schwerpunktes Gynäkologische Onkologie zum Facharzttitle Gynäkologie und Geburtshilfe

Datum

wird von den Kandidaten selbständig vereinbart

Ort

Die mündliche Prüfung findet an einem persönlich vereinbarten Termin in der Regel am aktuellen Weiterbildungsort des Kandidaten statt.

Anmeldefrist

für das Herbstsemester 2022:

1. Mai bis 30. Juni 2022, bis 16 Uhr

für das Frühlingsemester 2023:

1. November bis 31. Dezember 2022, bis 16 Uhr

Weitere Informationen finden Sie auf der Website des SIWF unter www.siwf.ch → Weiterbildung → Facharzttitle und Schwerpunkte → Gynäkologie und Geburtshilfe

Schwerpunktprüfung zur Erlangung des Schwerpunktes Reproduktionsmedizin und gynäkologische Endokrinologie zum Facharzttitle Gynäkologie und Geburtshilfe

Datum

wird von den Kandidaten selbständig vereinbart

Ort

Die mündliche Prüfung findet an einem persönlich vereinbarten Termin in der Regel am aktuellen Weiterbildungsort des Kandidaten statt.

Anmeldefrist

für das Herbstsemester 2022:

1. Mai bis 30. Juni 2022, bis 16 Uhr

für das Frühlingsemester 2023:

1. November bis 31. Dezember 2022, bis 16 Uhr

Weitere Informationen finden Sie auf der Website des SIWF unter www.siwf.ch → Weiterbildung → Facharzttitle und Schwerpunkte → Endokrinologie / Diabetologie

Schwerpunktprüfung zur Erlangung des Schwerpunktes Fetomaternal Medizin zum Facharzttitle Gynäkologie und Geburtshilfe

Datum

wird von den Kandidaten selbständig vereinbart

Ort

Die mündliche Prüfung findet an einem persönlich vereinbarten Termin in der Regel am aktuellen Weiterbildungsort des Kandidaten statt.

Anmeldefrist

für das Herbstsemester 2022:

1. Mai bis 30. Juni 2022, bis 16 Uhr

für das Frühlingsemester 2023:

1. November bis 31. Dezember 2022, bis 16 Uhr

Weitere Informationen finden Sie auf der Website des SIWF unter www.siwf.ch → Weiterbildung → Facharzttitle und Schwerpunkte → Gynäkologie und Geburtshilfe

Schwerpunktprüfung zur Erlangung des Schwerpunktes Operative Gynäkologie und Geburtshilfe zum Facharzttitle Gynäkologie und Geburtshilfe

Datum

wird von den Kandidaten selbständig vereinbart

Ort

Die mündliche Prüfung findet an einem persönlich vereinbarten Termin in der Regel am aktuellen Weiterbildungsort des Kandidaten statt.

Anmeldefrist

für das Herbstsemester 2022:

1. Mai bis 30. Juni 2022, bis 16 Uhr

für das Frühlingsemester 2023:

1. November bis 31. Dezember 2022, bis 16 Uhr

Weitere Informationen finden Sie auf der Website des SIWF unter www.siwf.ch → Weiterbildung → Facharzttitle und Schwerpunkte → Gynäkologie und Geburtshilfe

Schwerpunktprüfung zur Erlangung des Schwerpunktes Urogynäkologie zum Facharzttitle Gynäkologie und Geburtshilfe

Datum

wird von den Kandidaten selbständig vereinbart

Ort

Die mündliche Prüfung findet an einem persönlich vereinbarten Termin in der Regel am aktuellen Weiterbildungsort des Kandidaten statt.

Anmeldefrist

für das Herbstsemester 2022:

1. Mai bis 30. Juni 2022, bis 16 Uhr

für das Frühlingssemester 2023:

1. November bis 31. Dezember 2022, bis 16 Uhr

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

Facharztprüfung zur Erlangung des Facharztstitels Gynäkologie und Geburtshilfe

Datum

Schlussexamen 2. Teil: wird von den Kandidaten selbständig vereinbart

Ort

Schlussexamen 2. Teil: Die mündliche Prüfung findet an einem persönlich vereinbarten Termin in der Regel am aktuellen Weiterbildungsort des Kandidaten statt.

Anmeldefrist

Schlussexamen 2. Teil,
für das Herbstsemester 2022:
1. Mai bis 30. Juni 2022, bis 16 Uhr

für das Frühlingssemester 2023:

1. November bis 31. Dezember 2022, bis 16 Uhr

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

Facharztprüfung zur Erlangung des Facharztstitels Endokrinologie / Diabetologie

Datum: Freitag, 11. November 2022

8.30–12.30 Uhr schriftliche Prüfung,
14.00–17.00 Uhr mündliche Prüfungen

Ort: Inselspital Bern

Schriftliche Prüfung: Hörsaal Langhans,
Pathologisches Institut, H 128, Murtenstrasse 31, Eingang 43 A

Mündliche Prüfungen: Ort wird mit der schriftlichen Einladung bekanntgegeben.

Anmeldefrist: 23. September 2022

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

Europäischer Forschungs-Grant der Schweizerischen Gesellschaft für Traumatologie und Versicherungsmedizin SGTV

Zur Förderung der notfallmedizinischen, traumatologischen und versicherungsmedizinischen Forschung vergibt die Schweizerische Gesellschaft für Traumatologie und Versicherungsmedizin SGTV im Jahre 2022 zwei Grants in der Höhe von CHF 1000 für die wissenschaftliche Teilnahme am ESTES- oder EFORT-Kongress 2022.

Folgende Bedingungen müssen erfüllt sein:

1. Erstautor: Alter unter 35 Jahren (Stichtag ist Tag des Referates am Kongress)
2. Facharzt oder in Facharztweiterbildung zum Chirurgen oder Orthopäden
3. Akzeptiertes Abstract (ESTES oder EFORT)
4. Übersicht über wissenschaftliche Aktivitäten (Publikationsliste)
5. CV mit Letter of Intent
6. Kurzbericht über Kongress auf der SGTV-Website
7. Mitgliedschaft SGTV
8. Anstellung in der Schweiz

Bewerberinnen und Bewerber werden gebeten, die Unterlagen **bis zum 28. Februar 2022** an die SGTV-Geschäftsstelle [info\[at\]sgtv.ch](mailto:info[at]sgtv.ch) zu senden.

Aktuelle Themen auf unserer Website

www.saez.ch → Tour d'horizon



Interview mit Natalie Marty und Reto Krapf zum 20-Jahr-Jubiläum des SMF

«Es hat nie an Ideen gefehlt»

Vor 20 Jahren haben Natalie Marty und Reto Krapf das *Swiss Medical Forum* mit viel Herzblut und Engagement mitgegründet. Wir blicken mit ihnen auf diese zwei Jahrzehnte zurück.



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.



Basel, 20. Januar 2022

Diazepam-Mepha[®] rectal, Mikroklismen (Zulassungs-Nr. 41756)

Das Präparat Diazepam-Mepha[®] rectal, Mikroklismen zur Behandlung von Fieberkrämpfen und anderen Krampfstörungen wird im Ausland unter dem Namen Stesolid[®] Rektaltuben vermarktet. In einigen Chargen von Stesolid[®] Rektaltuben wurden im Ausland vereinzelt undichte Tuben entdeckt. Interne Untersuchungen haben gezeigt, dass ein sehr geringes Risiko von undichten Mikroklismen aufgrund von defektem Verpackungsmaterial möglich ist. Ein undichtes Mikroklisma kann dazu führen, dass der Patient keine oder keine vollständige Dosis des Arzneimittels erhält.

In der Schweiz und im Fürstentum Liechtenstein befinden sich folgende Chargen im Markt:

Pharmacode	Produkt	Charge	Verfalldatum
7228462	Diazepam-Mepha [®] rectal 5 mg, Mikroklismen	W2368601	11/2022
7228479	Diazepam-Mepha [®] rectal 10 mg, Mikroklismen	W2369601	12/2022

Aus der Schweiz liegen bisher keine Meldungen zu undichten Mikroklismen vor.

Da aber nicht gänzlich ausgeschlossen werden kann, dass auch in der Schweiz und im Fürstentum Liechtenstein Chargen von diesem Defekt betroffen sein könnten, möchten wir Sie in Absprache mit Swissmedic über folgenden Sachverhalt informieren und um folgendes Vorgehen bitten:

- Instruieren Sie bitte Ihre Patienten, dass sie, wenn nur noch zwei Mikroklismen in der Packung vorhanden sind, die beiden Alufolienbeutel öffnen und die Mikroklismen im Inneren der Alufolienbeutel auf deren Dichtigkeit prüfen, damit im Notfall noch ein intaktes Mikroklisma zur Verfügung steht.
 - Wenn die Mikroklismen dicht sind, können die Alufolienbeutel wieder mit Klebeband verschlossen werden und bei Raumtemperatur unter Berücksichtigung des Verfalldatums drei Monate gelagert und bei Bedarf verwendet werden.
 - Wenn die Mikroklismen undicht erscheinen (z.B. feuchtes Mikroklisma, getrocknete Arzneimittelrückstände), sind sie nicht zur Verwendung geeignet. Die Packungen sind dem Arzt oder Apotheker zur Entsorgung zurückzugeben.

Für die Weiterführung der Therapie soll der Patient sich in diesem Falle an den behandelnden Arzt wenden.

- Falls ein Patient Ihnen ein undichtes Mikroklisma zurückbringt, entsorgen Sie dieses bitte sachgerecht gemäss den gesetzlichen Betäubungsmittelvorgaben. Die Ware darf nicht zurückgesendet werden. Bitte beachten Sie, dass es sich nicht um einen Rückruf handelt.
- Für die sachgemäss entsorgte Ware erhalten Sie eine Gutschrift von Mepha Pharma AG. Bitte senden Sie eine E-Mail an kundendienst@mepha.ch mit Angaben der Anzahl Packungen und der Bestätigung der sachgemässen Entsorgung. Es werden ganze Packungen gutgeschrieben.
- Das Produkt Diazepam-Mepha[®] rectal, Mikroklismen ist nicht mehr lieferbar; Ersatzware kann daher nicht geliefert werden. Ein entsprechendes Alternativprodukt ist auf dem Schweizer Markt erhältlich.
- Da die Wahrscheinlichkeit von undichten Mikroklismen sehr gering ist, darf das Mepha-Produkt unter Berücksichtigung des Verfalldatums weiterhin abgegeben werden.

- Um Ihnen die Kommunikation mit Ihren Patienten zu erleichtern, finden Sie im Anhang ein entsprechendes Informationsblatt. Weitere Exemplare (d/f/i) können auf unserer Webpage unter <https://www.mepha.ch/de-ch/sortiment/heruntergeladen> werden.

Meldungen unerwünschter Arzneimittelwirkungen (UAW)

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

Kontaktangaben und weiterführende Informationen

Bei Fragen stehen Ihnen unser Kundendienst sowie unser Medical-Team gerne zur Verfügung.

Kundendienst

- Per E-Mail: kundendienst@mepha.ch
- Per Telefon: 0800 00 33 88 / 061 705 43 43

Medical-Team, für medizinische Fragen

- Per E-Mail: medizinschweiz@mepha.ch
- Per Telefon: 0800 00 55 88 / 061 705 44 77

Wir entschuldigen uns für die verursachten Unannehmlichkeiten und bedanken uns schon jetzt für Ihre Unterstützung bei den zu ergreifenden Vorsorgemassnahmen.

Mepha Pharma AG | Kirschgartenstrasse 14 |
Postfach | 4010 Basel | Telefon 0800 00 33 88 |
+41 61 705 4343 | kundendienst@mepha.ch |
www.mepha.ch

Sorgfaltspflicht bei der Verschreibung von Medikamenten

Arzt vom Vorwurf der fahrlässigen Tötung freigesprochen

Marcel Lanz

Dr. iur., Rechtsanwalt bei Schärer Rechtsanwälte Aarau

Das Bundesgericht hat einen Arzt vom Vorwurf der fahrlässigen Tötung freigesprochen, der einer Patientin ein Antibiotikum verschrieben hatte, worauf sie wegen einer Antibiotika-Allergie verstarb. Damit äussert sich das Bundesgericht erstmals seit langem zu den Sorgfaltspflichten bei der Verschreibung von Medikamenten durch Ärztinnen und Ärzte. Ein Blick auf das Urteil.

Am 11. Mai 2020 fällte das Aargauer Obergericht zwei Urteile, die sich mit den anwendbaren Sorgfaltspflichten von Ärztinnen und Ärzten resp. Apothekerinnen und Apothekern bei der Abgabe von rezeptpflichtigen Arzneimitteln auseinandersetzen [1]. Das obergerichtliche Urteil, welches eine Apothekerin wegen fahrlässiger Tötung verurteilte, wurde nicht ans Bundesgericht weitergezogen. Jenes gegen den Arzt zogen die Hinterbliebenen ans Bundesgericht weiter, das am 28. Oktober 2021 den Freispruch gegen den Arzt bestätigte [2]. Der vorliegende Beitrag fasst das den Arzt betreffende Urteil zusammen und diskutiert die Begründung des Bundesgerichts.

Ausgangslage

Dem Bundesgerichtsurteil lag folgender Sachverhalt zugrunde: Am 21. Mai 2015 konsultierte die später verstorbene Patientin den beschuldigten Arzt, der zu diesem Zeitpunkt seit rund einem Jahr ihr Hausarzt gewesen war, in dessen Arztpraxis. Anlässlich dieser Konsultation hat der Beschuldigte das Medikament *Cefuroxim* verschrieben, das die Patientin im Anschluss an den Arztbesuch in der Apotheke der ebenfalls angeklagten Apothekerin bezog. Gleichentags ist die Patientin im Kantonsspital Aarau an den Folgen eines durch das Medikament ausgelösten anaphylaktischen Schocks verstorben.

Der Arzt hatte im Rahmen der Erstbehandlung im Jahr 2014 insbesondere die Frage nach einer Antibiotika-Allergie abgeklärt, wobei die Patientin mündlich bestätigt hatte, nicht allergisch auf Antibiotika zu sein. Der Arzt hatte die Patientin in der Folge mehrfach aufgefordert, ihre vollständige Krankengeschichte beizubringen, was die Patientin aber unterlassen hatte.

Strafverfahren eröffnet

Die Staatsanwaltschaft eröffnete ein Strafverfahren und klagte den Arzt und die Apothekerin wegen fahrlässiger Tötung an. Die Staatsanwaltschaft begründete ihre Anklage mit der Tatsache, dass seit Jahren bekannt gewesen sei, dass die Patientin an diversen Allergien gelitten habe, was sich aus dem Austrittsbericht

Das Bundesgericht verwies in seiner Begründung auf das Heilmittelgesetz und auf die Standesregeln der FMH.

eines früheren Spitalaufenthalts, zwei Notfallberichten, dem Ausweis für orale Antikoagulation und dem Eintrag im Computer der Apotheke ergebe. Der beschuldigte Arzt hätte deshalb wissen müssen, dass er ihr das Medikament *Cefuroxim* nicht hätte verschreiben dürfen.

Abgabesystem bei Medikamenten

Im Interesse der Arzneimittelsicherheit und des Patientenschutzes beruht das Abgabesystem im Heilmittelrecht grundsätzlich auf einem zweistufigen System von Verschreibung und Abgabe. Die Abgabe von Heilmitteln an Patientinnen und Patienten soll – abgesehen von Fällen der Selbstdispensation, der Abgabe in Notfällen und der Anwendung an der Patientin oder dem Patienten während der Behandlung – erst nach zweifacher Kontrolle durch Fachpersonen in Anwendung ihrer jeweiligen anerkannten Wissenschaften erfolgen [3]. Die Sorgfaltspflichten von ärztlicher Fachperson und Apothekerin resp. Apotheker sind unabhängig voneinander zu beurteilen; entsprechend dür-

Lesen Sie auch den Artikel «Kernaussagen zum Arzthaftungsrecht» von Iris Herzog-Zwitter auf Seite 132.



Das Abgabesystem für Medikamente beruht auf einem zwei-stufigen System von Verschreibung und Abgabe.

fen beide nicht darauf vertrauen, dass die jeweils andere Person ihre Sorgfaltspflichten vollumfänglich erfüllt hat [4].

Apothekerinnen und Apotheker haben sich grundsätzlich nach den Vorgaben der ärztlichen Verschreibung zu richten. Sie haben sich bei der rezeptaustellenden ärztlichen Fachperson über die Richtigkeit zu vergewissern, wenn sie aufgrund der Umstände an der medizinischen Indikation des verschriebenen Arzneimittels zweifeln müssen [5].

Sorgfaltspflicht bei der Verschreibung

Welcher Sorgfaltsmassstab für Ärztinnen und Ärzte hinsichtlich der Verschreibung gilt, ergibt sich teilweise aus dem Gesetz und teilweise aus wissenschaftlich anerkannten Regeln der Branche. Dazu gehören unter anderem die Standesregeln der FMH [6].

Das Bundesgericht erinnerte in seiner Begründung zunächst an die im Heilmittelgesetz in Art. 26 HMG festgehaltene Sorgfaltspflicht bei der Abgabe von Arzneimitteln. Danach darf ein Arzneimittel nur verschrieben werden, wenn der Ärztin resp. dem Arzt der Gesundheitszustand der Patientin oder des Patienten bekannt ist. Praxis und Lehre folgern daraus, dass der ärztlichen

Fachperson die Vitaldaten, der Gesundheitszustand, Allergien, Arzneimittelunverträglichkeiten sowie das Interaktionspotenzial mit anderen Wirkstoffen aus Arznei- oder Nahrungsmitteln bekannt sein müssen. Die Ärztin resp. der Arzt muss sich dazu in der erforderlichen Zeit ein Bild machen, was der Patientin oder dem Patienten fehlt und welche Therapie geeignet ist [7]. Ferner ging das Bundesgericht auf Art. 11 Abs. 3 der Standesordnung FMH ein, welcher bestimmt, dass das Patientengeheimnis auch gegenüber anderen Ärztinnen und Ärzten gilt. Eine Ausnahme besteht bei der Zusammenarbeit von mehreren ärztlichen Fachpersonen (Konsilien, Überweisung, Einweisung etc.), wo das Einverständnis der Patientin oder des Patienten zur Weitergabe der medizinisch erheblichen Informationen in der Regel vorausgesetzt werden darf [8].

Begründung des Freispruchs

Wie das Obergericht geht das Bundesgericht davon aus, dass der beschuldigte Arzt seiner Sorgfaltspflicht nachgekommen ist. Er habe die Diagnose korrekt gestellt und ein für die Behandlung geeignetes Medikament verschrieben.

Zum Zeitpunkt der Verschreibung hatte er keine Kenntnis von den Spitalberichten, auch kannte er den Hinweis im Computer der Apotheke nicht. Der Arzt hielt es einzig für möglich, dass er im Besitz eines Marcoumarpasses bzw. des Ausweises für orale Antikoagulation gewesen sei, welcher jedoch im konkreten Fall keinen direkten Hinweis auf eine Antibiotika-Allergie enthielt. Der Arzt wusste im Verschreibungszeitpunkt lediglich, dass seine Patientin an einem polyallergischen Asthma und einer Sensibilisierung auf Pollen und Tierhaare litt [9].

Die Patientin machte von ihrem Recht auf informationelle Selbstbestimmung Gebrauch, als sie die Krankenakte nicht herausgab.

Schliesslich untersuchten die Gerichte, ob der Arzt die fehlende Krankenakte ohne Einwilligung der Patientin bei ihrem früheren Hausarzt hätte einholen müssen. Das Obergericht ging davon aus, dass die Patientin von ihrem Recht auf informationelle Selbstbestimmung Gebrauch gemacht habe, da sie die Akten auch nach mehrfacher Aufforderung durch den Arzt diesem nicht zugänglich machte. Sie setze sich damit eigenverantwortlich einem gewissen Risiko aus, nicht optimal behandelt zu werden [10]. Entsprechend liege keine strafrechtlich relevante Sorgfaltspflichtverletzung des Arztes vor, was das Bundesgericht in seinem Urteil bestätigte.

Urteil präzisiert Abklärungspflichten

Bei der Beurteilung des massgebenden Sorgfaltsmassstabs beim Verschreiben von Arzneimitteln ist dem Urteil des Bundesgerichts zuzustimmen. Das Urteil trägt den Gegebenheiten in der Praxis Rechnung. Es streicht die Eigenverantwortung der Patienten gebührend hervor und stellt an den Hausarzt nicht überhöhte Anforderungen, die Krankenakte erhältlich zu machen, wenn ihm die betroffene Patientin diese nicht aushändigt.

Das Heilmittelgesetz verlangt, dass Ärztinnen resp. Ärzte den Gesundheitszustand ihrer Patientinnen und Patienten kennen, bevor sie ein Arzneimittel verschreiben. Welche Kenntnis vorausgesetzt wird, ist nicht abschliessend geregelt, denn die Gerichte gestehen den Fachpersonen einen erheblichen Beurteilungsspielraum zu [11]. Vollkommene Kenntnis des Gesundheitszustands kann zwar nicht verlangt werden, dennoch muss die ärztliche Fachperson im Einzelfall eine Beurteilung unter Beachtung des zu verschreibenden Medikaments, dessen Wirkungen und ihres Kenntnisstands vornehmen [12].

Der vorliegende Entscheid präzisiert die Abklärungspflichten des Arztes und unterstreicht die Mitwirkungsobliegenheit der Patientin, indem er bestätigt, dass sich der Arzt auf mündliche Auskünfte seiner Patientinnen und Patienten zu Allergien verlassen darf.

Nicht zu vergessen: Aufklärungspflicht

Nicht Gegenstand des Verfahrens bildete die Aufklärung der Patientin: Die Anforderungen des Bundesgerichts an die ärztliche Aufklärung sind sehr hoch [13]. Das Bundesgericht verlangt nicht nur die Aufklärung über die Behandlung an sich – also deren Risiken, Verlauf und Kosten –, sondern auch immer die Darstellung des Krankheitsverlaufs *ohne* Behandlung [14].

Nach hier vertretener Auffassung muss der Umstand, dass der Arzt nicht über die vollständige Krankenakte verfügt, in die Aufklärung der Patientin einfließen: Kommt der Arzt wie im vorliegenden Fall zum Schluss, eine Verschreibung sei vertretbar, hat der Arzt die Patientin darüber aufzuklären, dass die Verschreibung ohne Kenntnis der vollständigen Krankenakte erfolgt und sich dadurch das Risiko von unerwünschten Wirkungen erhöht. Sofern der Arzt eine Verschreibung aufgrund ungenügender Kenntnis des Gesundheits-

zustands der Patientin ablehnt, hat er diese über die Risiken einer Nichtbehandlung aufzuklären.

Das Bundesgericht hat sich nach langem zu den Sorgfaltspflichten bei der Verschreibung von Medikamenten durch Ärztinnen und Ärzte geäussert. Der Entscheid, der die Eigenverantwortung der Patientinnen und Patienten hervorstreicht, ist zu begrüssen. Vorsicht scheint in vergleichbaren Fällen dennoch geboten. Es ist sicherzustellen, dass Patientinnen und Patienten vollständig aufgeklärt sind, um die Haftung der behandelnden Ärztin resp. des behandelnden Arztes auszuschliessen.

Bildnachweis

Amanda Jones / Unsplash

Literatur

- 1 OGer SST.2019.115 (Arzt); SST.2019.121 (Apothekerin), beide vom 11.5.2020.
- 2 BGer 6B_727/2020 vom 28.10.2021.
- 3 BGE 142 II 80, E. 2.2.
- 4 BGer 6B_761/2019 vom 9.3.2020, E. 2.4 m.w.H.
- 5 BGE 142 II 80, E. 2.1 f.; 140 II 520, E. 3.2.
- 6 Standerregeln FMH vom 12.12.1996.
- 7 BGer 6B_727/2020 vom 28.10.2021, E. 2.4.1; BGE 142 II 80, E. 2.1, 5.4; BSK-Jaisli, Art. 31 N 47.
- 8 BGer 6B_727/2020 vom 28.10.2021, E. 2.4.3.
- 9 BGer 6B_727/2020 vom 28.10.2021, E. 2.5.
- 10 OGer SST.2019.115, E. 4.2.
- 11 VwGer ZH VB.2014.00340 vom 23.10.2014, E. 5.3.
- 12 KGer NE CPEN.2013.75, E. 7.
- 13 BGE 133 III 121, E. 4.1.2.
- 14 Lanz M. Die Haftung beim medizinischen Einsatz synthetischer Nanopartikel, Diss. Freiburg/Schweiz 2019, N 606 m.w.H.

Das Wichtigste in Kürze

- Das Bundesgericht bestätigt den Freispruch eines Hausarztes, der wegen fahrlässiger Tötung angeklagt worden war. Der Arzt hatte einer Patientin Antibiotika verschrieben, die aufgrund einer Antibiotika-Allergie nach Einnahme des Medikaments verstarb.
- Der Arzt habe seine Sorgfaltspflicht nicht verletzt, da die Patientin ihm trotz Aufforderung ihre Krankenakte nicht aushändigte und mündlich eine Antibiotika-Allergie verneinte.
- Der Entscheid präzisiert die Abklärungspflichten, indem er bestätigt, dass sich ärztliche Fachpersonen auf mündliche Auskünfte von Patientinnen und Patienten zu Allergien verlassen dürfen.
- Der Autor erwähnt ergänzend die Aufklärungspflicht. Ärztinnen und Ärzte müssten in einem solchen Fall erklären, dass die Verschreibung ohne Kenntnis der Krankenakte geschehe, damit eine Haftung ausgeschlossen werden kann.

Interprofessionalität im Praxisalltag

Medizinberufe im Wandel

Matthias ScholerChefredaktor *Schweizerische Ärztezeitung*

Der Fachkräftemangel stellt insbesondere die Versorgung chronisch Kranker und multimorbider Patienten vor grosse Herausforderungen. Ein zentraler Lösungsansatz ist die Integration neuer Berufsgruppen. Auf dem Papier stehen die Konzepte für diese neuen Gesundheitsberufe bereits seit einiger Zeit. Doch wie weit ist die Integration im Alltag fortgeschritten, und welche Hindernisse verlangsamen die Prozesse? Wir haben bei drei Gesundheitsprofis nachgefragt und sie aus ihrem Alltag berichten lassen.

Caroline Fröhli: «Das neue Berufsbild MPK und die damit verbundenen Möglichkeiten ist bei den Ärztinnen und Ärzten noch zu wenig bekannt»

«Der Berufsalltag als Medizinische Praxisassistentin (MPA) gefiel mir schon immer. Mein Wissen erweitern und im Alltag neue Aufgaben übernehmen sind Herausforderungen, denen ich mich schon immer gerne stellte. Als dann die neue Weiterbildung zur Medizinischen Praxiskoordinatorin (MPK) angeboten wurde, zögerte ich nicht lange. Ich absolvierte beide möglichen Ausrichtungen einer MPK: die praxisleitende und die klinische Richtung.

Heute arbeite ich als MPA/MPK-Botschafterin bei der Argomed Ärzte AG. In dieser Funktion habe ich die Aufgabe, ein Netzwerk für engagierte MPA/MPK für praxisrelevante Themen aufzubauen, zu pflegen und

gezielt die Rolle als MPA/MPK zu fördern und zu stärken. Zusätzlich zu dieser spannenden Aufgabe arbeite ich Teilzeit als MPA/MPK in einer Hausarztpraxis. Dort erledige ich alltägliche Arbeiten als MPA und habe nebenbei eine Sprechstunde für rheumatische Erkrankungen mit Vertiefung Osteoporose aufgebaut.

Bei dieser MPK-Sprechstunde berate und begleite ich Patientinnen und Patienten mit folgenden drei Zielen: Erstens die Klärung offener Fragen oder bei einer Neu-diagnose eine adäquate Aufklärung der Patientinnen und Patienten über ihre chronische Krankheit. Häufig war es den Betroffenen während der vorangegangenen Sprechstunde nicht möglich, alle Fragen zu stellen, die ihnen am Herzen liegen, oder sie sind sich nicht sicher, ob sie alles richtig verstanden haben. Das zweite Ziel ist die Förderung des Selbstmanagements. Dabei geht es unter anderem um Aspekte, wie eine Patientin, ein Patient krankheitsbezogene Warnsignale frühzeitig erkennen kann und lernt, bei welchen Anzeichen möglichst rasch eine Arztpraxis aufgesucht werden sollte. Es hat sich gezeigt, dass chronisch kranke Patienten häufig zu lange warten, bis sie ärztliche Hilfe in Anspruch nehmen, und somit eine stationäre Behandlung unausweichlich ist. Drittens führe ich eine Medikamentenkontrolle durch. Werden die verschriebenen Arzneimittel korrekt eingenommen? Bestehen Unklarheiten oder Ängste in Bezug auf mögliche Nebenwirkungen? Immer mit dem übergeordneten Ziel, die Adhärenz der Therapie möglichst hochzuhalten.

Während meiner Sprechstunde ist der behandelnde Arzt unserer Praxis je nach Bedarf ebenfalls anwesend, um gemeinsam die Laborwerte zu besprechen oder



Caroline Fröhli setzt sich aktiv für die Stärkung der Rolle MPA/MPK ein.

zum Beispiel eine neue Dosierung eines Medikaments anzupassen. Dies gehört selbstverständlich nach wie vor in den Aufgabenbereich des Arztes.

Unsere Rheumapatienten und -patientinnen begrüßen das Angebot der MPK-Sprechstunde sehr. Vor allem wird die individuelle Betreuung, der persönliche Austausch und die zur Verfügung gestellte zeitliche Ressource sehr geschätzt.

Leider bestehen in der Umsetzung noch einige Stolpersteine, primär aus regulatorischer Sicht. So ist z.B. die Finanzierung von MPK-Leistungen noch ungenügend geregelt. Erst im Diabetesbereich gibt es für die Abrechnung eine TARMED-Position. Meine Arbeit mit den Rheumapatientinnen und -patienten wird von der Rheumaliga Schweiz über das Projekt 'Kompass' mitfinanziert. Auch besteht noch viel Aufklärungsbedarf: Die unklare Abgeltung und der Ressourcenbedarf, der beim Einsatz einer klinischen MPK entsteht, schrecken bislang viele Praxen ab. Das neue Berufsbild MPK und die damit verbundenen Möglichkeiten sind bei den Ärztinnen und Ärzten noch zu wenig bekannt. Arzt, Ärztin, MPA und MPK sollten ein Team mit klar defi-

nierten Kompetenzen und Schnittstellen bilden, denn so kann das Ressourcenproblem in der Hausarztpraxis entschärft werden. Dank der Delegation gezielter Betreuungsaufgaben an die dafür ausgebildeten MPA/MPK erhält die Ärzteschaft freie Kapazitäten, um weitere Patienten zu betreuen oder andere Aufgaben wahrzunehmen.»

Caroline Fröhli, Medizinische Praxisassistentin (MPA)/ Medizinische Praxiskoordinatorin (MPK) in der Arztpraxis St. Wolfgang und MPA/MPK-Botschafterin bei der Argomed Ärzte AG

MPK: Medizinische Praxisassistentinnen (MPA) haben die Möglichkeit, sich zur Medizinischen Praxiskoordinatorin (MPK) weiterzubilden, wobei zwischen einer praxisleitenden und einer klinischen Ausrichtung unterschieden wird. MPK, die sich für eine klinische Weiterbildung entscheiden, erhalten vertiefte Einblicke in ausgewählte Krankheitsbilder wie Diabetes, COPD oder Wundversorgung. Sie können danach die Beratung und Kontrolle der Langzeitversorgung von stabilen chronisch Kranken innerhalb des Praxissettings übernehmen.

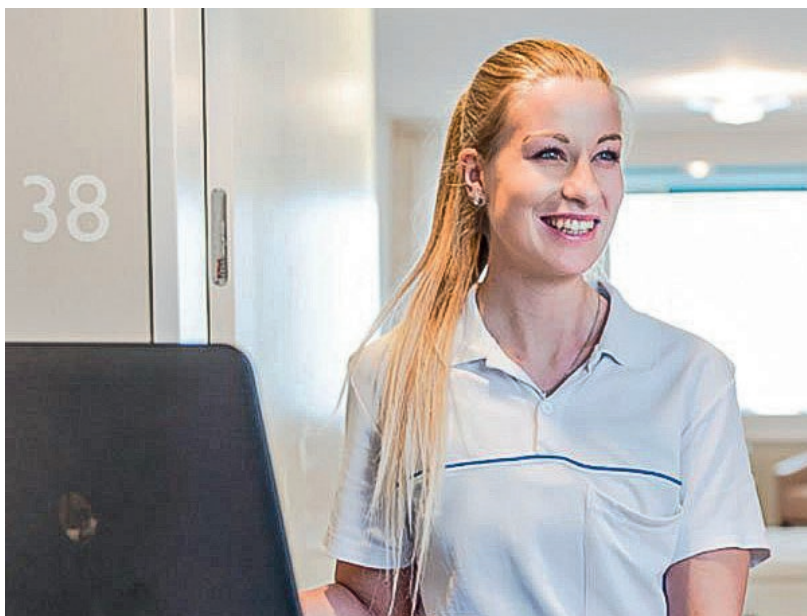
Simone Beck: «Als Klinische Fachspezialistin bin ich Teil des ärztlichen Teams»

«Ich schloss vor etwas mehr als neun Jahren meine Ausbildung zur Physiotherapeutin ab. Als vor bald zwei Jahren eine Stelle für eine Klinische Fachspezialistin hier an der ZuzachCare Rehaklinik Sonnmatt intern ausgeschrieben wurde, habe ich mich erfolgreich darauf beworben und an der ZHAW berufsbegleitend den

Ausbildungsgang 'CAS Klinische Fachspezialistin/Klinischer Fachspezialist' absolviert. Zwischenzeitlich arbeiten bei uns im Haus nun insgesamt vier im englischen Sprachgebrauch als *Physician Assistant* bezeichnete Kolleginnen und Kollegen. Da mir diese Stelle grosse Freude bereitet und ich viel von der breiten Ausbildung profitieren kann, habe ich beschlossen, den Studiengang nun bis zum Abschluss mit einem Master of Advanced Studies (MAS) fortzuführen.

Als Klinische Fachspezialistin bin ich Teil des ärztlichen Teams. Dieses besteht in der Rehaklinik aus dem Chefarzt, zwei Oberärzten und uns vier Klinischen Fachspezialistinnen. Wenn ich Frühdienst habe, beginnt mein typischer Arbeitstag um sieben Uhr mit der Übergabe des Telefons des Arztes, der Ärztin, die Nachtdienst hatte. Sie rapportieren mir dabei allfällige Vorkommnisse, die für uns relevant sind. Die nächste Stunde ist dann für Notfälle, Fragen seitens der Pflege, der administrativen Bearbeitung der aktuellen Ein- und Austritte und das Erstellen und Einreichen von Kostengutsprachen reserviert.

Um 8.15 Uhr findet der Ärzterapport statt. Während diesem berichte ich über die Vorkommnisse während der Nacht und stelle den Ärztinnen und Ärzten die geplanten Eintritte vor. Danach kümmere ich mich um die Austritte. Ich bringe den Patientinnen und Patien-



Interprofessionalität gehört zum Alltag der Klinischen Fachspezialistin Simone Beck.

ten die Austrittsberichte, Verschreibungen und Verordnungen und erkläre ihnen diese im Rahmen eines Austrittsgesprächs.

Um 9 Uhr steht dann die Visite an. Zwei Mal in der Woche mache ich diese alleine. Falls sich dabei medizinische Fragen ergeben, bespreche ich mich nachträglich mit dem Oberarzt. An den Tagen, an denen auch die Ärztinnen und Ärzte mit auf Visite kommen, stelle ich die Patientinnen und Patienten vor und aktualisiere im Nachgang die Patientendokumentation.

Danach kümmere ich mich um die Eintritte. Dazu gehört neben dem Anamnesegespräch und der Evaluation allfälliger Nebenerkrankungen auch eine körperliche Untersuchung. Die Befunde präsentiere ich der Oberärztin, bevor wir den Patienten zusammen besuchen, um allfällige offene Fragen zu klären.

Einmal in der Woche gibt es einen interdisziplinären Rapport mit Vertreterinnen der Physiotherapie, der Pflege, dem Sozialdienst, einer Neuropsychologin und uns vom ärztlichen Dienst. Dabei besprechen wir spezielle Fälle, bei denen eine interdisziplinäre Betreuung während und nach dem Klinikaufenthalt notwendig ist. Für eine gute Patientenbetreuung braucht es schliesslich die Zusammenarbeit aller Disziplinen.

Als Klinische Fachspezialistin Sorge ich für einen reibungslosen Ablauf vom Eintritt bis zum Austritt und stehe den Patientinnen und Patienten als Ansprechpartnerin für sämtliche Fragen rund um ihr Wohlergehen zur Verfügung.

Dass diese Dienstleistung auch vonseiten der Kranken sehr geschätzt wird, zeigt sich in den positiven Rückmeldungen im Rahmen der Patientenbefragungen.

Ich bin überzeugt, dass die Funktion einer Klinischen Fachspezialistin, eines Klinischen Fachspezialisten in Zukunft noch an Bedeutung gewinnen wird, damit die Kommunikation zwischen allen Beteiligten optimal läuft und schnell und effizient reagiert werden kann. Persönlich wünsche ich mir, dass der Beruf künftig dank einem Studiengang bis zur Bachelorstufe auch Interessierten ohne medizinische Vorkenntnisse offensteht und unser Berufsbild rasch an Bekanntheit gewinnt.»

Simone Beck, Klinische Fachspezialistin, ZuzachCare Rehaklinik Sonnmatt, Luzern

Klinische Fachspezialistinnen und -spezialisten (auch Physician Assistant [PA] genannt) übernehmen selbständig delegierte klinisch-medizinische Aufgaben. Zudem können sie während Operationen assistieren. PA arbeiten deshalb typischerweise entweder in chirurgischen Abteilungen grösserer Kliniken oder in spezialisierten Abteilungen bzw. Praxen (z.B. HNO, Ophthalmologie, Urologie). Übrigens: Die Physician-Assistent-Ausbildung hat ihren Ursprung in den Vereinigten Staaten und wird dort als Masterstudium spezifisch für Personen, die einen militärischen Hintergrund im Sanitätsbereich haben, angeboten. Der in der Schweiz angebotene Ausbildungsgang weicht davon deutlich ab.

Michaela Moser: «Die Vielschichtigkeit meines Berufes hat auch seine Schattenseiten»



Die Pflegeexpertin APN CNS Michaela Moser liebt die Vielschichtigkeit ihres Berufes.

«Ich bin seit rund 30 Jahren in der Intensivpflege tätig. Nachdem meine Kinder gross genug waren, entschied ich mich, mein Arbeitspensum wieder zu erhöhen und mein Fachwissen zu vertiefen. So absolvierte ich die Ausbildung zur Erwachsenenbildnerin und war danach während zwölf Jahren als Berufsbildnerin im Bereich der Intensivpflege tätig. Als auf unserer Abteilung eine Pflegeexpertin zu arbeiten begann, welche im Ausland ein Masterstudium der Pflegewissenschaften abgeschlossen hatte, war dies für mich der nächste Wendepunkt. Denn wann immer ich mit dieser Kollegin sprach, diskutierten wir wissenschaftlich fundiert über pflegerische Themen. Eine für mich ganz neue und spannende Dimension. Ich entschloss mich deshalb, im Alter von 47 Jahren ein Pflegestudium mit Masterabschluss zu absolvieren. Diesen Entscheid habe ich nie bereut. Ich gab folglich sogar meine Stelle im Bereich der Berufsbildung zugunsten einer Stelle als Pflegeexpertin

APN CNS auf. Seit fünf Jahren bin ich nun für zwei Intensivstationen zuständig.

Ein Charakteristikum meines Alltags ist, dass man einen sehr hohen Grad an Flexibilität braucht. Am Morgen weiss ich nie, in welchem Bereich meine Expertise am meisten gebraucht wird. Meine Aufgaben umfassen einerseits die Unterstützung der Teams und andererseits Entwicklungsarbeit. An Tagen, an denen ich mich mehr um konzeptionelle Arbeiten kümmere, bin ich trotzdem sicher einmal auf der Station anzutreffen, um mir einen Überblick über die Patientinnen und Patienten auf unserer Abteilung zu verschaffen und um den Pflegenden und der Ärzteschaft die Möglichkeit zu geben, sich mit mir auszutauschen.

Die Ärztinnen und Ärzte kommen häufig auf mich zu, wenn es darum geht, komplexere Fälle auf eine andere Abteilung zu verlegen oder einen Reha-Platz zu suchen. Dabei bilde ich eine Schnittstelle zwischen Intensivstation und den übernehmenden Stationen oder Institutionen.

Die Pflegenden wiederum kommen mit den unterschiedlichsten Themen zu mir. Das können pflegerische oder ethische Fragestellungen sein, aber auch Fragen im Umgang mit Angehörigen. Gemeinsam eruieren wir dann, ob ich eine Aufgabe direkt übernehme oder ob ich die Pflegenden nur berate. Meine Aufgaben reichen somit von Routinearbeiten am Patientenbett bis hin zum Coaching der Teams.

Die Vielschichtigkeit meines Berufes hat auch ihre Schattenseiten. Da dieses Berufsbild in der Schweiz noch wenig bekannt ist, fehlt vielen Pflegenden sowie Ärztinnen und Ärzten das nötige Rollenverständnis, um die Ressourcen einer Pflegeexpertin APN CNS effizient zu nutzen. Wenn ich mit Personen, die im Ausland tätig waren, zusammenarbeite, funktioniert es auf Anhieb besser, da in vielen Ländern die Pflegeexpertin im stationären Bereich bereits gut implemen-

tiert ist. Damit kennen diese Personen das Potenzial einer Pflegeexpertin APN CNS aus eigener Erfahrung und wissen es auszuschöpfen. In der Literatur sind die Aufgaben einer Pflegeexpertin, im Vergleich zum Beispiel zu einer Stationsleitung, eher auf einer Metaebene beschrieben. Deshalb lässt sich auch der direkte Output schwer messen, und es macht es zusätzlich schwierig, unsere Rolle zu erklären.

Interprofessionalität gehört seit langem zum Alltag auf Intensivstationen. Doch wie erfolgreich diese umgesetzt werden kann, hängt schliesslich von den daran beteiligten Menschen und deren Einstellung ab. Wenn man mit Personen zusammenarbeitet, die noch stark hierarchisch strukturiert sind, wird es schwierig. Somit funktioniert es einmal besser, einmal schlechter. Auf alle Fälle sind wir noch weit davon entfernt, sagen zu können, wir hätten eine einheitliche Kultur der Interprofessionalität auf den einzelnen Stationen.»

Michaela Moser, Pflegeexpertin APN CNS,

Solothurner Spitäler AG (Kantonsspital Olten und Bürgerhospital Solothurn)

Bildnachweis

Alle Porträtfotos zVg

APN: Die Ausbildung zur Advanced Practice Nurse (APN) erfolgt über einen Master-Studiengang an einer Fachhochschule oder Universität. Die Grundausrichtung der Ausbildung ist angewandt-wissenschaftlich mit einer hohen Praxisorientierung. Ausgebildete APN planen in Zusammenarbeit mit den Ärztinnen und Ärzten Behandlungen und führen anspruchsvolle medizinische Massnahmen selbständig durch. Zudem leisten sie auf die Betroffenen zugeschnittene, evidenzbasierte Pflege, so dass der Alltag erfolgreich bewältigt werden kann.

Die Ausrichtung der Ausbildung zur APN kann mit verschiedenen Vertiefungsrichtungen auf den angestrebten Tätigkeitsbereich angepasst werden. Dazu zählen beispielsweise: Clinical Nurse Specialist (CNS), Forschung oder Nurse Practitioner (NP).

Schwerpunktserie Interprofessionalität

Die interprofessionelle Zusammenarbeit von Fachpersonen aus verschiedenen Gesundheitsberufen gilt als wichtiges Mittel, um den Herausforderungen im Gesundheitswesen zu begegnen. Aber wie weit ist die Schweiz in diesem Bereich tatsächlich? Welche Hürden und welche Chancen gibt es? In unserer Schwerpunktserie betrachten wir das Thema aus unterschiedlichen Perspektiven.

Von der «Arztgehilfin» zur Medizinischen Praxisassistentin

Eine persönliche Zeitreise

Felix Schürch

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

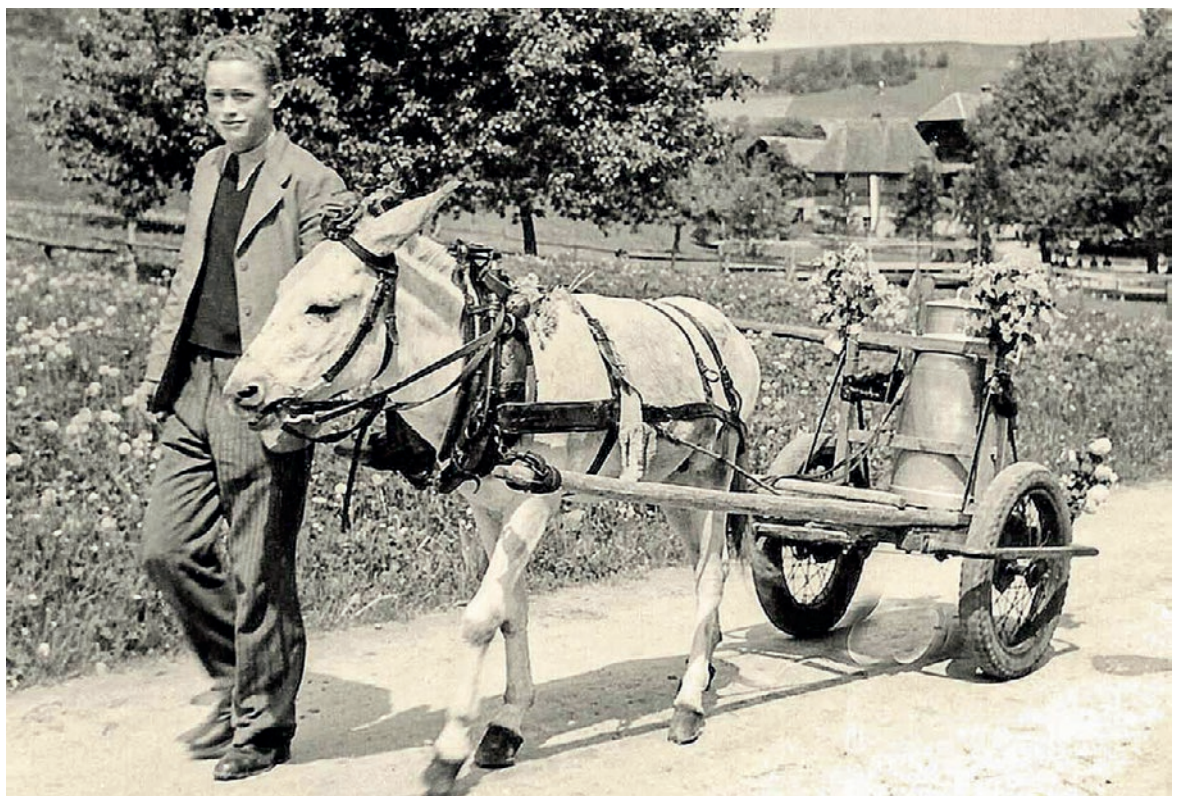
«Hausarzt» und «Medizinische Praxisassistentin» (MPA) gehören zusammen wie «Adam und Eva» oder «Max und Moritz». Ein persönlich gefärbter Rückblick auf die vergangenen sechzig Jahre resümiert die Entwicklungen und Veränderungen, welche diese Berufe neben- und miteinander durchgemacht haben. Und wirft ganz nebenbei einen Blick auf drei Seuchen.

Ich kam in einem Bauerndorf im Luzernischen auf die Welt. Meine Grosseltern, Tanten und Onkel gehörten zum Bauernstand. Mein Vater führte einen «Kolonialwarenladen» mitten im Dorf gerade gegenüber der Dorfkäserei. Damals – vor gut 60 Jahren – brachten die Bauern jeden Morgen und Abend die Milch in die Käserei und machten dann ein paar Einkäufe in Vaters Lebensmittelladen. Es war eine idyllische Kindheit. Aber nicht nur: Ich ging in die fünfte Klasse, als in einigen Ställen die Maul- und Klauenseuche grassierte. Der Viehbestand eines Nachbarn wurde abtransportiert, und ich sah, wie der Bauer, der daneben stand, gegen die Tränen in den Augen ankämpfte. Ich wusste fortan,

was eine Seuche ist, und hatte bereits als Schulbub einen neuen Begriff in meinem Wortschatz: Quarantäne.

Dr. Fuchs und seine «Arztgehilfin»

Für die ganze Talschaft gab es einen Arzt: Dr. Fuchs. Er war zusammen mit der Hebamme im Einsatz, als meine Mutter mich zur Welt brachte. Er versorgte einen Knochenbruch, den ich mir bei einem Sturz mit dem Velo zugezogen hatte. Er zog einen schmerzenden Milchzahn – dank einer kurzen Äthernarkose spürte ich nichts davon. Er war Schularzt und verpasste uns Schulkindern die Impfungen in seiner Praxis.



Vor 60 Jahren brachten die Bauern jeden Morgen und Abend die Milch in die Käserei.



Früher kam es häufig vor, dass die «Frau Doktor» in der Praxis ihres Mannes mithalf.

Der Hausarzt meiner Kinder- und Jugendjahre hatte eine Arztgehilfin: seine Ehefrau. Die Mitarbeit der «Frau Doktor» im Betrieb des Ehemannes war damals keine Seltenheit. Davon berichten die Historikerinnen Elisabeth Joris und Heidi Witzig in *Brave Frauen, aufmüpfige Weiber*. Sie zitieren einen Nachruf aus dem Jahre 1927. Darin wird der unermüdliche Einsatz der verstorbenen Ida Keller-Schoch in der Hausarztpraxis geschildert, den sie unmittelbar nach ihrer Heirat mit dem Dorfarzt geleistet hatte: «Sofort begann die Entschlafene das zu sein was sie immer wieder besonders

Nun heissen die Mitarbeiterinnen nicht mehr «Frau Doktor» oder «Schwester Berta», sondern «Frau Amrein» und «Frau Brunner».

ausgezeichnet: Eine treffliche Stütze ihres Mannes auch in seinem Amte. Man darf mit gutem Gewissen sagen: Sie war eine Doktorsfrau von Gottes Gnaden. Auch äusserlich besass sie hierfür grosses Geschick und reiche Gabe. Wie oft hat sie, wenn der Gatte seiner ausgedehnten Praxis nachging, einen ersten guten Rat erteilt, ein erstes zweckentsprechendes, linderndes Mittel verabfolgt! Im Berufe eines Arztes gibt es viel äussere Dinge, die aber doch alle nötig sind. Die Entschlafene hat ihrem Manne hievon abgenommen, so viel sie konnte» [1]. Wo die Praxis nicht als reiner Familienbetrieb geführt werden konnte, kam der Arbeitsmarkt ins Spiel. Man wählte zum Beispiel im Inserateteil in der *Schweizerischen Ärztezeitung* ein «seriöses, gebildetes Fräulein» aus und stellte dieses als «Gehilfin» ein [2].

Erste Gehversuche als Hausarzt

Anfang der 1980er Jahre schrieb ich mich für das Medizinstudium an der Universität Zürich ein. Früh schon bekam ich Einblick in den Alltag der Hausarztpraxen – als Student, Unterassistent, Assistent sowie bei Praxisvertretungen. Die Mitarbeiterinnen in den Praxen waren nun nicht mehr eine «Frau Doktor», auch nicht eine «Schwester Berta» oder ein «Fräulein Zünd». Die Profis hiessen jetzt «Frau Amrein», «Frau Brunner» oder «Frau Zimmermann». Sie gaben mir Sicherheit und Support, als ich im Wahlstudienjahr die ersten Gehversuche in den Hausarztpraxen machte.

Ich war 1983 im dritten Studienjahr, als der Professor in der Mikrobiologie ganz begeistert von der raschen Entdeckung des Virus berichtete, welches Aids verursacht. Eine Impfung sei nun bloss noch eine Frage von ein paar wenigen Jahren. Die Impfung ist bis heute nicht gekommen. Im persönlichen und beruflichen Umfeld war ich damals jedoch häufig mit HIV und Aids konfrontiert – mit der Seuche Nummer zwei in meinem Leben. Und für die Beratung in der Sprechstunde (und den Privatgebrauch) etablierte sich ein neues Schlagwort in meinem Wortschatz: «Safer Sex».

Die MPA musste bei einer Terminanfrage für einen Aidstest alle ihre kommunikativen Fähigkeiten einsetzen und heikle Fragen stellen: Gab es eine Risikosituation? Wie ist der zeitliche Abstand? Sollte das Dafür und das Dawider nicht zuerst mit dem Arzt besprochen werden? Aids gab es auch im Zusammenhang mit dem intravenösen Drogengebrauch. Im Wartezimmer sasssen Menschen mit Drogenproblemen. Die MPA war zuständig für die Abgabe von Methadon, die Urinproben und den Zahlungseingang für die Arztrechnungen. Sie war für diese Menschen, die damals unter Dauerstress standen, eine zuverlässige und verständnisvolle Ansprechpartnerin.

Neue Ansprüche an die Hausarztpraxis

Wertvolle Fortschritte, fragwürdige Veränderungen und vorübergehende Moden sind in der Medizin eine Tatsache – spürbar auch im Arbeitsalltag der MPA und des Hausarztes. Bei der Antikoagulation beispielsweise kommt man weg von Marcoumar und Sintrom, die regelmässigen Kontrollen des Quick entfallen. Im Zeitalter von «Dr. Google» ist die MPA nicht selten bei der Terminvereinbarung bereits mit einer hausgemachten Diagnose konfrontiert. Die Digitalisierung schreitet voran. Die leicht ausgefranst und immer dicker werdenden Krankengeschichten in Papierform stapeln sich neben dem Computer, auf dessen Festplatte sich

wiederum die PDF-Dateien stapeln [3]. Die Spezialistinnen und Spezialisten bieten hochspezifische Untersuchungen an. Das Praxisteam übernimmt – ähnlich wie die Fluglotsen beim Flugverkehr – die Koordination für den geordneten Ablauf der Untersuchungen und Behandlungen. Gleichzeitig müssen die selten auftretenden, aber potenziell folgenschweren Notfälle rechtzeitig erkannt werden [4].

Einen fortwährenden Wandel gibt es auch in der Natur: Ein neues Virus taucht auf, und im Januar 2020 erklärt die Weltgesundheitsorganisation die Infektionen mit SARS-CoV-2 zur Pandemie. Mit dieser Seuche kommen wieder neue Worte in den Umlauf: «Safer Sex» wird abgelöst durch «Social Distancing». Schneller als gedacht bekommen die Hausarztpraxen in Zürich den Impfstoff, die MPA packen die Aufgabe an, und im Handumdrehen sind in unserer Praxis die Risikopersonen geimpft. Nach getaner Arbeit räumen die MPA die Praxis auf. Ich hole bei Azzurro Pizzas für die ganze Crew und im Coop eine Flasche Rotwein. Statt «Moderna» gibt es nun «Margherita» und zur Feier des Tages ein Glas «Staatsschreiber-Blauburgunder AOC Zürich».

«Arzthelferin» im Weltall

So titelte der *Blick* am 23. Februar 2021 in seiner Online-Ausgabe: *Arzthelferin (29) soll mit SpaceX in den Welt-raum fliegen*. Im September machte die amerikanische «Arzthelferin» Hayley Arceneaux zusammen mit drei anderen Amateurastronauten den Ausflug ins All. Ob das wohl der Tourismus der Zukunft ist?

Eine grosse Zukunft hat auf jeden Fall der Beruf der MPA. Seit den 1990er Jahren ist die Ausbildung in das duale Berufsbildungssystem eingebunden und wird mit einem eidgenössischen Fähigkeitszeugnis abgeschlossen. Regelmässig bilden sich auch Männer zum MPA aus. Und 2015 erhielten die ersten 29 Medizinischen Praxiskoordinatorinnen (MPK) für ihre erfolgreiche Weiterbildung einen eidgenössischen Fachausweis. Als Experte hatte ich Einblick in das hohe Niveau dieser Weiterbildung.

Die Zukunft liegt in den Sternen

Die Zahl der Betriebe in der Landwirtschaft schrumpft, die Käserei in meinem Heimatdorf hat schon vor Jahren den Betrieb eingestellt. Unübersehbar ist auch das Lädelerben. Früher gab es im Dorf noch vier Läden, seit mein Vater den Laden schliessen und ins Altersheim eintreten musste, gibt es nur noch einen.

Die Arztpraxis von Dr. Fuchs existiert nicht mehr: Sein Nachfolger hat mit Kollegen zusammen eine Gruppen-



Heute arbeiten neben der MPA auch medizinische Praxiskoordinatorinnen und -koordinatoren in der Hausarztpraxis.

praxis auf die Beine gestellt. Auf diese Weise kann langfristig die Grundversorgung für die ganze Region aufrechterhalten werden.

Und wie geht es mit meiner Einzelpraxis in Zürich weiter? Die Einzelpraxis liegt nicht im Trend, ja, sie gilt sogar als Auslaufmodell. In meinen Augen zu Unrecht: Im städtischen Umfeld lässt sich auch heute noch eine Einzelpraxis führen. Die Einzelpraxis kann den Patientinnen und Patienten eine vergleichsweise grosse Konstanz in der persönlichen Betreuung durch den Arzt oder die Ärztin und die MPA bieten [5]. Wer weiss, vielleicht gibt es irgendwann wieder eine Trendumkehr. Die Zukunft liegt in den Sternen ...

Dieser Text basiert auf dem Referat «Der Hausarzt und die MPA», gehalten am 50. Davoser Kongress des SVA im Oktober 2021.

Bildnachweis

Ferdy Bernet
Heritage Image Partnership Ltd / Alamy Stock Foto
Felix Schürch

Literatur

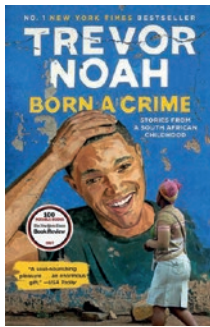
- 1 Joris E, Witzig H. Brave Frauen, aufmüpfige Weiber. Wie sich die Industrialisierung auf Alltag und Lebenszusammenhänge von Frauen auswirkte (1820–1940). Zürich: Chronos; 1995, S. 205–7.
- 2 100 Jahre SÄZ. Gesucht Gräfin, Gehilfin, Dame. Auswahl von Inseraten in SÄZ. Schweiz Ärztztg. 2020;101(45):1514–5.
- 3 Gassner M. Medizin und Alter – die Landarztpraxis zwischen analog und digital. Schweiz Ärztztg. 2018;99(39):1336–8.
- 4 Schürch F. Notfälle in der Hausarztpraxis – Von Allergie bis Zeckenbiss. 2. Aufl. Bern: Hogrefe; 2018, S. 10–4.
- 5 Loeb P. Die Einzelpraxis – wirklich ein Auslaufmodell. PrimaryCare. 2013;13(10):174–6.

La découverte bousculante d'un autre monde

L'apartheid par les yeux d'un enfant

Jean Martin

Dr méd., membre de la rédaction



Trevor Noah
Born a Crime – Stories from a South African childhood

New York: Spiegel and Grau; 2016*

* Traduction française:
Trop noir, trop blanc: Une enfance sud-africaine dans la peau d'un métis.
 Marseille: Hors d'atteinte; 2021

Trevor Noah est né en 1984 d'une mère Xhosa et d'un père suisse. Il fait une carrière de comédien, avec un succès croissant en Afrique du Sud puis au-delà. En 2014, Noah rejoint aux Etats-Unis une émission humoristique très suivie de CNN. Dans cet ouvrage, il raconte sa vie d'enfant dans différents quartiers de Johannesburg, dont Soweto, jusque vers ses vingt ans: «Le 20 février 1984, ma mère entra à l'hôpital pour une césarienne programmée. En froid avec sa famille, enceinte d'un homme qui ne pouvait être vu en sa compagnie, elle était seule. Les médecins lui ouvrirent le ventre et en tirèrent un nouveau-né moitié-blanc moitié-noir qui naissait en violation d'un grand nombre de lois et réglementations. En naissant, j'étais un 'crime'.»

Le jeune Sud-Africain a vécu les dernières années de l'apartheid, en place de 1948 à 1991, politique ségrégationniste qu'il décortique: «Le génie de l'apartheid a été de convaincre les gens qui étaient la très grande majorité de la population de se battre les uns contre les autres. C'était l'*apartheid*. Vous partagez la population en groupes, faites en sorte qu'ils se haïssent et vous pouvez tous les gérer.» Son enfance a été largement marquée par ce régime: «Le fait que j'aie grandi dans un monde gouverné par des femmes n'était pas un accident. L'apartheid me maintenait loin de mon père parce qu'il était blanc mais pour presque tous les enfants dans le quartier de ma grand-mère, il avait aussi éloigné leur père. Leurs pères travaillaient dans une mine au loin quelque part [...] ou étaient en prison ou en exil combattant pour la cause. C'étaient les femmes qui maintenaient la communauté.»

Un parmi beaucoup de faits stupéfiants: s'il a constamment vécu avec sa mère, sa grand-mère, ses cousins et cousines, il se rend compte que, à part la première, tout son entourage le considère comme blanc! A tel point que, alors que Patricia l'a élevé à la dure, avec des châtiments physiques, sa grand-mère et d'autres ne le font jamais, ni ne lui demandent de rendre des services, «parce qu'on ne saurait le faire avec un Blanc». Bien qu'il ait le teint clair, il n'est pas considéré comme des leurs par les Blancs. Physiquement, il ressemble aux *coloured* (métis entre Afrikaners et Noirs), mais leur est totalement étranger.

La foi chrétienne inébranlable de sa mère est une dimension majeure de sa jeune existence. Elle l'emmène chaque dimanche dans trois églises et invoque les

voies du Seigneur dans tout ce qui leur arrive, le bon comme les drames: ainsi, quand elle est enlevée par un chauffeur menaçant, au point qu'elle saute avec les enfants de la voiture en marche, ou quand son mari tire sur elle en la blessant sérieusement, elle dit que c'est la providence qui a bien voulu cela.

Grâce à l'indomptable énergie de Patricia, Trevor peut suivre des écoles d'un niveau convenable pour un Noir. Mais il est dissipé, au bord de la délinquance, passe des jours en prison – sans raison. Il devient spécialiste de la réalisation artisanale clandestine de CD et gagne quelques sous. Le crime est toujours quelque part: «Dans le quartier, même si vous n'êtes pas un criminel endurci, le crime est dans votre vie. Il y a des degrés [...] Le crime a du succès parce qu'il fait une chose que le gouvernement ne fait pas: le crime s'occupe de vous, prend soin (*cares*). Le crime est impliqué dans la communauté, ne fait pas de discrimination.» Il y a là une illustration forte de ce qu'on sait des mafias, en Italie, en Amérique latine: la pègre gagne beaucoup d'argent et en consacre une partie à «arroser» les communautés, aidées au plan matériel mais qui restent perdantes.

Plus que séparatif, ce système est pervers dans une multiplicité des sens possibles. Pourtant, Noah le raconte avec une constante équanimité.

Le plus lourd, pour qui comme moi n'est pas familier de l'apartheid, c'est la description de tous les mécanismes mis en place pour empêcher les non-Blancs de déployer leur potentiel. Bien plus que séparatif, c'est un système pervers dans une multiplicité des sens possibles. Pourtant, Noah le raconte avec une constante équanimité, ses mauvais tours comme les relations familiales et l'école, même la violence omniprésente. Dans sa conclusion: «J'ai grandi dans un monde de violence mais je n'ai jamais été violent. Oui, j'ai fait des bêtises mais je n'ai jamais attaqué personne. Ma mère m'a exposé à un autre monde que celui dans lequel elle avait vécu. J'ai vu que les relations ne sont pas entretenues par la violence mais par l'amour. Quand vous aimez les gens, vous créez un nouveau monde pour eux.»

Pour ma part, j'ai découvert un livre comme on n'en lit pas souvent, à recommander pour ses qualités littéraires, historiques, socio-anthropologiques... humaines.

jean.martin[at]saez.ch

Vier Wochen ohne Plastikeinkäufe

Eva Mell

Stellvertretende Chefredaktorin der *Schweizerischen Ärztezeitung*



Vier Wochen lang plastikfrei einkaufen: Das ist mein neues privates Projekt. Warum? Plastik verschmutzt die Umwelt und kann in den Mägen von Meerestieren landen, die daran sterben. Es zersetzt sich darüber hinaus in immer kleinere Teile, bis wir es in Form von Mikroplastik zum Beispiel über die Ernährung in unsere Körper aufnehmen. Das alles bereitet mir Bauchschmerzen. Deshalb haben meine Familie und ich eine Plastikfastenkur beschlossen. Sie soll erst einmal vier Wochen lang dauern. Das Ziel ist: Gewohnheiten überdenken und Alternativen kennenlernen. Vielleicht schleichen sich ja neue plastikfreie Gewohnheiten ein. Die Spielregeln: Wir dürfen vier Wochen lang nichts kaufen, das aus Plastik besteht oder in Plastik eingepackt ist. Wir dürfen aber verbrauchen, was wir schon haben. An dieser Stelle erwarte ich geradezu, dass Sie schmunzeln und mir – würden wir uns gegenüber sitzen – raten, vor Beginn der vier plastikfreien Wochen einen Grosseinkauf zu tätigen. Genauso reagierten die Menschen, denen ich von meinem Vorhaben erzählt habe. Und ich gebe zu, es ist mehr als ein Zufall, dass ich jetzt, kurz vor Beginn des Experiments, in Plastik verpacktes Toilettenpapier gekauft habe, obwohl das bisherige noch nicht ganz aufgebraucht war.

Ich habe aber auch schon vorbereitend Gutes tun wollen: Auf der Suche nach unverpacktem Käse wählte ich hochmotiviert drei Sorten an der Käsetheke eines nahegelegenen Supermarktes aus. Leider sind die

Die Spielregeln: Wir dürfen vier Wochen lang nichts kaufen, das aus Plastik besteht oder in Plastik eingepackt ist.

grossen Käselaibe allesamt in Frischhaltefolie gehüllt. Nach dem Abschneiden meines Käsestücks schmiss die Verkäuferin die Folie weg und wickelte den Käselaiab in eine neue Plastikhülle. War ich also doch wieder Schuld an Plastikverbrauch. Das ist nicht Sinn der Sache. Wie meine Familie und ich die vier Wochen kulinarisch überleben werden, steht nach diesem Erlebnis noch in den Sternen.

Aber auf eine Ausnahme haben wir uns von Anfang an geeinigt. Medizinische Produkte kaufen wir unab-

hängig von unserer Plastikfastenkur. Denn von Zahnpasta über Pflaster bis zu Tabletten werden wir weiterhin das medizinisch sinnvollste Produkt und nicht das am nachhaltigsten eingepackte kaufen. Man sollte meinen, dass ich als gesunde Redaktorin mit Plastikmüll, der aus medizinischen Notwendigkeiten heraus entsteht, wenig zu tun habe. Aber die Realität sieht anders aus, vor allem in Pandemiezeiten. Ich trage etwa Einwegmasken, die in Plastikverpackungen stecken und aus Kunststoff gefertigt wurden. Auch ohne Pandemie ist mein Plastikmüllberg aus mehr oder weniger medizinischen Gründen gross.

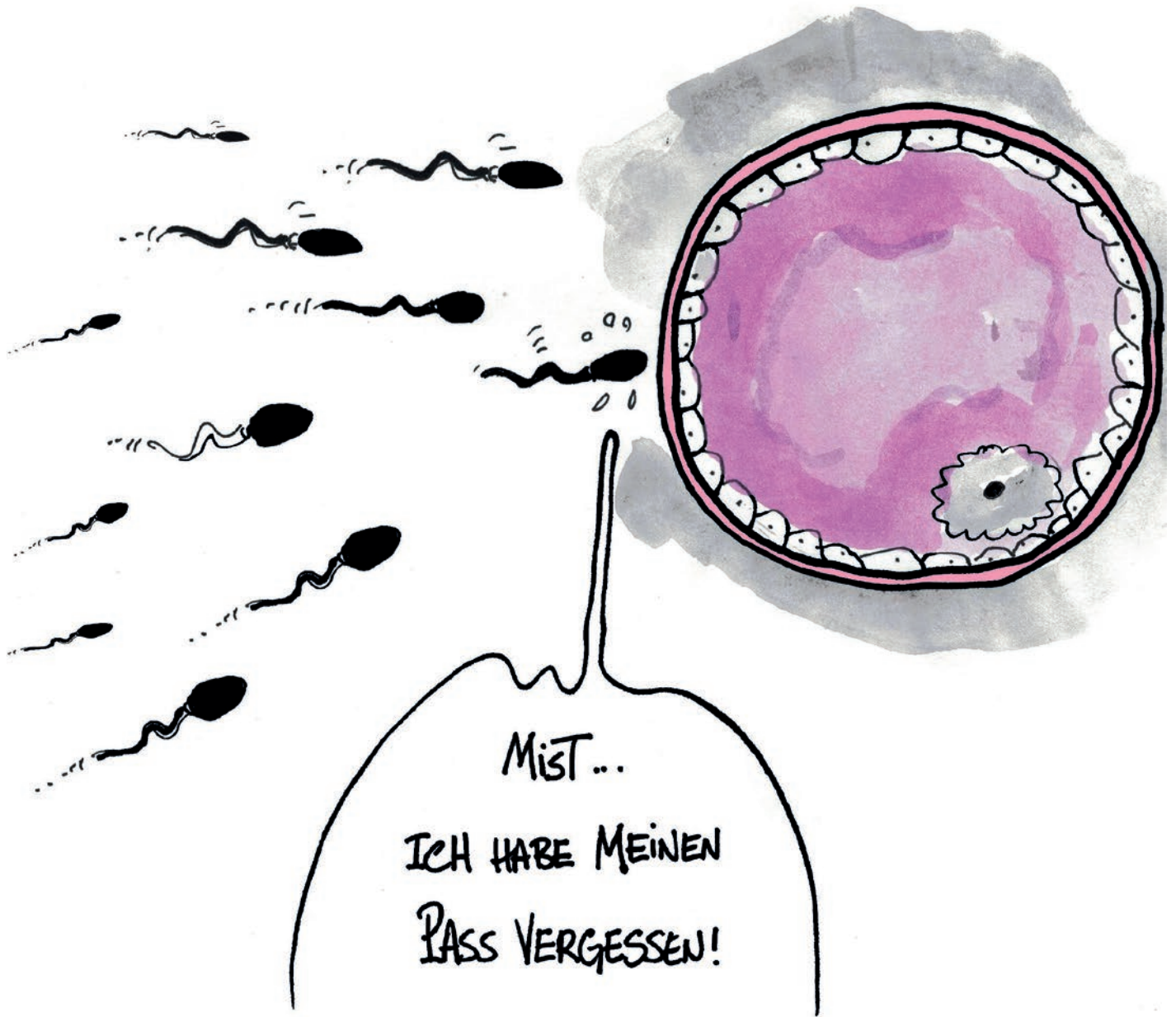
Auf eine Ausnahme haben wir uns von Anfang an geeinigt. Medizinische Produkte kaufen wir unabhängig von unserer Plastikfastenkur.

Er besteht aus vielem, worauf ich nicht verzichten kann (Zahnpastatuben), und manchem, das ich seltener brauche als angenommen (Plastikpackungen mit abgelaufenem Paracetamol und Ibuprofen). Es fühlt sich allerdings für mich als Verbraucherin schwierig an, hier grundlegende Veränderungen zu bewirken.

Bei der Ernährung sehe ich das anders. Im besten Fall kann ich als Konsumentin durch mein geändertes Kaufverhalten oder auch den völligen Verzicht auf manche Lebensmittel das künftige Angebot mitbestimmen. Bei medizinischen Produkten ist das nicht so einfach. Ich möchte meinen Zähnen die beste Zahnpasta nicht vorenthalten. Und ich will im Fall einer Krankheit nicht auf das wirkungsvollste Medikament verzichten, nur weil es in Plastik verpackt ist. Ironischerweise sorgt diese Kompromisslosigkeit bezüglich meiner persönlichen Gesundheit dafür, dass meine Umwelt droht, kränker zu werden – und damit letztlich auch ich.

Doch bevor ich nun in Sorgen über zu viel Plastikmüll im Gesundheitswesen versinke, mache ich mich auf, um eine hoffentlich realistische Herausforderung zu meistern. Ich will plastikfrei verpackten Käse finden. Denn mit vollem Magen lassen sich auch alle anderen Herausforderungen besser angehen.

[eva.mell\[at\]emh.ch](mailto:eva.mell[at]emh.ch)



NÉJMEDDINE.B
10/21