

Schweizerische Ärztezeitung

206 Editorial
von Christoph Bosshard
Nur Gewinner

208 Für den Alltag
in der Arztpraxis
**Infos und Videos
über Epilepsie**

234 «Zu guter Letzt»
von Christina Aus der Au
Ethik wird nicht einfacher

7 16. 2. 2022



222 Interprofessionalität
**Welche Vorteile Telemedizin
wirklich hat**



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

 **EMH Media**
SCHWEIZERISCHER ÄRZTEVERLAG
EDITIONS MEDICALES SUISSES

Verlag

Eva Mell, M.A., stellvertretende Chefredaktorin;
 Julia Rippstein, Redaktorin Print und Online;
 Rahel Gutmann, Junior-Redaktorin;
 Eveline Maegli, Redaktionsassistentin

Externe Redaktion

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

Redaktion Ethik

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

Redaktion Medizingeschichte

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

Redaktion Public Health, Epidemiologie, Biostatistik

Prof. Dr. med. Milo Puhan

Redaktion Recht

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

FMH

EDITORIAL: Christoph Bosshard

206 **Nur Gewinner**

207 **Personalien**

Weitere Organisationen und Institutionen

EPILEPSIE-LIGA: Julia Franke

208 **Infos und Videos über Epilepsie**

Nachrufe

210 **In memoriam Peter Hans Dangel (1931–2021)**

Briefe / Mitteilungen

211 **Briefe an die SÄZ**

213 **Facharztprüfung / Mitteilungen**

Wichtige Sicherheitsinformationen

214 **Alecensa® (Alectinib): Warnhinweise und Vorsichtsmassnahmen sowie spezifische Anleitung zur Dosisänderung im Falle einer hämolytischen Anämie**

FMH Services



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

Tribüne

222



THEMA: Andreas Samuel Ebnetter, Thomas Sauter, Annika Achter, Steffen Eychmüller
Einsatz von Telemedizin in der Palliative Care Wir leben in einer komplexen Welt mit komplexen gesundheitlichen Situationen, welche nur mit der Hilfe von interprofessioneller Koordination bewältigt werden können. Die Telemedizin als digitale Kommunikationsform kann helfen, die interprofessionelle Zusammenarbeit zu verbessern. Sie vereinfacht den Austausch im Team sowie mit den Patientinnen und Patienten und deren Angehörigen. Das zeigt sich exemplarisch beim Einsatz der Telemedizin in der Palliative Care.

Kassenzulässig¹

Prostaplant®-F

Sabal WS® 1473 · Urtica WS® 1031

Die überzeugende Lösung mit dem dualen Wirkmechanismus²

Zur Linderung von Beschwerden infolge benigner Prostatahyperplasie¹

Indikation auf Augenhöhe mit Tamsulosin¹

Ohne Beeinträchtigung der Sexualität¹



www.swissmedinfo.ch | www.schwabepharma.ch



Tribüne

225 Spectrum

INTERVIEW MIT JÜRIG LEUPPI: Rahel Gutmann

226 Er fühlt sich nie übers Ohr gehauen

Horizonte

MEDIZINGESCHICHTE: Leander Diener

228 Ärzteschaft und Tierversuche

DU FINDEST DEINEN WEG!: Nadja Pecinska

231 Vorhang auf für den Theaterarzt des Theater Basel

Zu guter Letzt

Christina Aus der Au

234 Ethik wird nicht einfacher



EVE STOCKHAMMER



DIE BESTE PRÄVENTIVMASSNAHME FÜR IHRE PRAXISERÖFFNUNG

Verlangen Sie unsere Druckmuster-Kollektion. Über 9.000 Ärztekunden in der ganzen Schweiz vertrauen uns. Drucksachen, Hygienepapiere und Bürobedarfs-Artikel für Ihren Praxisalltag.

Über 80 Jahre Kompetenz und Vertrauen. Dank hoher Qualität und fairen Preisen freuen wir uns über einen treuen und stets wachsenden Kundenstamm.

SCHMID MOGELSBERG AG

Sonnmatlstrasse 1 • 9122 Mogelsberg

Tel. +41 71 375 60 80 • Fax +41 71 375 60 81

info@schmid-mogelsberg.ch • www.schmid-mogelsberg.ch

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, 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@asmiq.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.vsdruck.ch/>

printed in
switzerland



Titelbild:
© Pop Nukoonrat | Dreamstime.com

Nur Gewinner

Christoph Bosshard

Dr. med., Vizepräsident der FMH, Departementsverantwortlicher DDO



Die Verordnung über die Integrität und Transparenz im Heilmittelbereich VITH (www.fmh.ch/dienstleistungen/recht/vith.cfm) verpflichtet Leistungserbringer seit 1. Januar 2020 zur Weitergabe von allfällig ausgehandelten Rabatten an die Versicherten. Was aber soll die Leistungserbringer motivieren, Rabatte auszuhandeln, welche sie dann gar nicht behalten dürfen? Die Lösung liegt in den erwähnten Bestimmungen des Krankenversicherungsgesetzes (KVG). Diese sehen vor, dass Vergünstigungen gemäss Art. 56 Abs. 3 Bst. b KVG auf vertraglicher Basis nicht mehr vollumfänglich, sondern «mehrheitlich» von den Leistungserbringern und/oder Leistungserbringerorganisationen an die Schuldner der Vergütung weitergegeben werden müssen. Nicht weitergegebene Vergünstigungen müssen zur nachweislichen «Verbesserung der Qualität der Behandlung» der Patienten eingesetzt werden. Nach einer Phase von befristeten Vertragswerken ist es den Vertragspartnern HSK, CSS, Tarifsuisse und FMH gelungen, einen nationalen Vertrag betreffend die nicht vollständige Weitergabe von Vergünstigungen gemäss Art. 56 Abs. 3bis KVG abzu-

Maximal 49 Prozent der erhaltenen Vergünstigungen können für Qualitätsmassnahmen eingesetzt werden.

schliessen. Dieser bietet nun die Möglichkeit, mittels Anschlussverträgen maximal 49 Prozent der erhaltenen Vergünstigungen für Qualitätsmassnahmen einzusetzen. Denn Qualitätsarbeit kostet Geld. Während die Sicherung der notwendigen Qualität impliziter Bestandteil der Leistungserbringung ist, steigen fortwährend die Auflagen betreffend deren Dokumentation und Nachweis. Der Ruf nach Registern zum Beispiel ist allgegenwärtig. Auch wenn diese, vorausgesetzt sie werden richtig betrieben, Mehrwerte generieren, bleibt auf der Kostenseite ein Budgetposten, welcher

bedient werden will. FMH-Empfehlungen und Informationen zu Registern finden Sie hier: www.fmh.ch/themen/qualitaet-saqm/register.cfm. Aber entscheidend ist, was wir denn schliesslich mit den Registerdaten machen. Sie müssen ausgewertet werden und sollen uns schliesslich in der datenbasierten Qualitätsentwicklung unterstützen, also von der Themensetzung

Die Hälfte der Vergünstigungen fliesst zurück an die Versicherer und entlastet somit die Prämienseite.

bei Fortbildungsveranstaltungen bis hin zur Anpassung von Leitlinien und Schulung derselben. Qualitätsarbeit benötigt auch das notwendige Fachwissen und Erfahrung, und diese sind bei unseren Mitgliedern vorhanden. Wenn nun die Finanzierung sichergestellt ist, kann auch die notwendige Zeit investiert werden. Auch die Prämienzahlenden gewinnen, denn die andere Hälfte der Vergünstigungen fliesst zurück an die Versicherer und entlastet somit die Prämienseite. Alle sprechen von der Prämienlast. Mit dem nun erreichten nationalen Vertrag betreffend die nicht vollständige Weitergabe von Vergünstigungen gemäss Art. 56 Abs. 3bis KVG leisten die Vertragspartner einen aktiven Beitrag zur Reduktion der Prämienlast im KVG. Für die FMH ist es zentral, dass nun zuerst die Erfahrungen aus dieser Gesetzesanpassung wie auch die Erfahrungen aus den neuen gesetzlichen Bestimmungen, wie Art. 58 KVG zu Qualität und Wirtschaftlichkeit, und den neuen Zulassungsbestimmungen gemäss Art. 55 KVG zu evaluieren sind, bevor allfällige weitere neue Gesetzesrevisionen wie z.B. eine Zielvorgabe für das Kostenwachstum in der OKP beschlossen würden. Also gibt es nur Gewinner: Die Prämienzahlenden, die Leistungserbringer und am allerwichtigsten: unsere Patientinnen und Patienten. Ich danke allen, welche mitgeholfen haben, diese Lösung zu ermöglichen!

Personalien

Todesfälle / Décès / Decessi

Hans G. Scherrer (1943), † 12.11.2021,
Facharzt für Orthopädische Chirurgie und
Traumatologie des Bewegungsapparates,
8706 Feldmeilen

Christine Karrer (1962), † 21.12.2021,
Fachärztin für Allgemeine Innere Medizin,
4127 Birsfelden

Josef Roggo (1928), † 21.1.2022,
Spécialiste en médecine interne générale,
1908 Riddes

Petra Berger (1966), † 24.1.2022,
Fachärztin für Plastische, Rekonstruktive
und Ästhetische Chirurgie,
DE-88250 Weingarten

Aargauischer Ärzteverband

Zur Aufnahme in den Aargauischen Ärzteverband haben sich angemeldet:

Als ordentlich praktizierende Mitglieder:

Dimitrios Anastasopoulos, Facharzt für
Neurologie, FMH, 5400 Baden, angestellt in
Praxis in Bad Zurzach seit 1. September 2017

Franziska Businger, Fachärztin für Anästhe-
siologie, FMH, 8132 Egg, angestellt in Praxis
in Aarau seit 1. Juli 2021

Martina Gyger, Fachärztin für Gynäkologie
und Geburtshilfe, FMH, 4852 Rothrist, ange-
stellt in Praxis in Zofingen seit 1. Februar 2022

Paul Hartman, Facharzt für Psychiatrie und
Psychotherapie, FMH, 4900 Langenthal,
Praxiseröffnung in Reinach per 1. Januar 2022

Judith Rautenberg, Fachärztin für Kinder- und
Jugendmedizin, 5412 Gebenstorf, angestellt in
Praxis in Windisch seit 1. November 2021

Stéphanie Rosa, Fachärztin für Kinder- und
Jugendmedizin, FMH, 5408 Ennetbaden, an-
gestellt in Praxis in Baden seit 1. Februar 2012

Beatrice Schneider, Fachärztin für Allgemeine
Innere Medizin, 5210 Windisch, Praxiseröff-
nung in Praxisgemeinschaft in Brugg per
1. Januar 2022

Martin Todorov, Praktischer Arzt, FMH,
6247 Schötz, Praxiseröffnung in Praxis-
gemeinschaft in Spreitenbach per
3. Januar 2022

Konstantinos Tyriakidis, Facharzt für
Hämatologie und Facharzt für Medizinische
Onkologie, FMH, 5413 Birmenstorf, Praxis-
eröffnung in Praxisgemeinschaft in Aarau
per 17. Januar 2022

Andrea Wälder, Fachärztin für Psychiatrie
und Psychotherapie, FMH, 5070 Frick, ange-
stellt in Praxis in Frick seit 22. Dezember 2021

Als ausserordentliches Mitglied:

Omar Al-Khalil, Facharzt für Allgemeine
Innere Medizin und Facharzt für Infektio-
logie, FMH, 3006 Bern, angestellt im Departement
Gesundheit und Soziales in Aarau
seit 4. Januar 2022

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

Ärztegesellschaft des Kantons Bern

Ärztlicher Bezirksverein Bern Regio

Zur Aufnahme als ordentliches Mitglied
haben sich angemeldet:

Sarah Cornelia Flückiger, Fachärztin für Uro-
logie, FMH, Ärztezentrum Jegenstorf,
Bernstrasse 12, 3303 Jegenstorf

Melanie Jost, Fachärztin für Kinder- und
Jugendmedizin, FMH, Kapellenstrasse 5,
3011 Bern

Hans-Peter Oehen, Facharzt für Pathologie,
FMH, Worblentalstrasse 32 West, 3063 Ittigen

Natalia Pereira, Fachärztin für Kinder- und Ju-
gendmedizin, FMH, Seftigenstrasse 240, 3084
Wabern

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 allfällige
Einsprachen.

Ärztegesellschaft des Kantons Luzern

Zur Aufnahme in unsere Gesellschaft Sektion Stadt haben sich gemeldet:

Fabian Baumann, Facharzt für Neurochir-
urgie, FMH, Luzerner Kantonsspital LUKS,
Spitalstrasse, 6000 Luzern 16

Non-Merens Haupt, Facharzt für Angiologie
und Facharzt für Allgemeine Innere Medizin,
FMH, Gefässpraxis am Löwenplatz, Zürich-
strasse 5, 6004 Luzern

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:

Jennifer Fahrni, Fachärztin für Angiologie und
Fachärztin für Allgemeine Innere Medizin,
FMH, Herzogstrasse 15, 5000 Aarau

Ute Kerr, Fachärztin für Kinder- und Jugend-
medizin und Fachärztin für Allergologie und
klinische Immunologie, FMH, Schulstrasse 9,
8597 Landschlacht

Antonia Regnier, Fachärztin für Dermatologie
und Venerologie, Mühlepark 1, 8598 Bottig-
hofen

Hilfreiche Antworten für Betroffene und Angehörige

Infos und Videos über Epilepsie

Julia Franke

Dr. phil., Schweizerische Epilepsie-Liga, Zürich

Eine komplexe Erkrankung wie Epilepsie kann Betroffene und ihre Angehörigen schnell überfordern. Deshalb hat die Schweizerische Epilepsie-Liga zehn Erklärvideos lanciert, die leicht verständlich in insgesamt zehn Sprachen über das Thema informieren. Die Videos und Informationsflyer unterstützen die wichtige ärztliche Aufklärungsarbeit. Wichtige Themen für die Praxis sind beispielsweise SUDEP, Kinderwunsch und Covid-19.

Zwanzig Minuten Arztgespräch reichen selten aus, um alle Fragen zu beantworten, die Epilepsiebetroffene und deren Angehörige stellen wollen: Braucht es für jeden Anfall eine Ambulanz? Was könnte die Ursache der Krankheit sein? Kann sie tödlich sein? Ist sie erblich, wie sieht es mit dem Kinderwunsch aus? Darf ich Alkohol trinken? Auto fahren? Gehören Betroffene zur Covid-Risikogruppe?

Die häufige Erkrankung Epilepsie – in der Schweiz gibt es rund 80 000 Betroffene – ist nach wie vor mit alten Vorurteilen behaftet. Zudem betrifft sie das gesamte Umfeld, denn alle Angehörigen, Freunde und Arbeitskolleginnen und -kollegen sollten zumindest wissen, was bei einem Anfall zu tun ist.

Informationsflyer und Kurzvideos

Die inzwischen mehr als zwanzig Informationsflyer der Epilepsie-Liga haben sich bewährt und eignen sich perfekt für den Wartebereich sowie als Ergänzung zum Arztgespräch. Alle Flyer gibt es auf Deutsch und Französisch, die meisten auf Italienisch, einige zudem in wichtigen Migrationssprachen.

Doch nicht alle Patientinnen und Patienten oder Angehörigen sind mit solchen Texten gut bedient. Kognitive Beeinträchtigungen oder schlicht mangelnde Sprach- oder Lesekenntnisse können zu einer Überforderung führen.

Deshalb hat die Epilepsie-Liga animierte Videos produziert. Sie erklären mit einfachen Worten und in bunten Bildern in je rund einer Minute das Wichtigste

rund um Epilepsie. Weil die Schweiz über ihre eigene Mehrsprachigkeit hinaus eine Migrationsgesellschaft ist, sind sie in insgesamt zehn verschiedenen Sprachen verfügbar: Deutsch, Französisch, Italienisch, Englisch, Albanisch, Bosnisch/Kroatisch/Serbisch, Portugiesisch, Tamil, Tigrinya und Türkisch. Zusätzlich lassen sich in allen Sprachversionen Untertitel anwählen.

Persönliche Beratung bleibt zentral

Alle Informationen der Epilepsie-Liga sollen Ärztinnen und Ärzte in ihrer Arbeit unterstützen und können direkte Gespräche nicht ersetzen.

Ein Beispiel dafür ist die Aufklärung über SUDEP, kurz für *Sudden Unexpected Death in Epilepsy*. Ein nächtlicher tonisch-klonischer Anfall kann unerwartet und letztlich unerklärlich zum Tod führen, insbesondere, wenn niemand in der Nähe ist. SUDEP ist selten – etwa einer von 1000 Menschen mit Epilepsie pro Jahr ist betroffen –, aber immer tragisch und unwiederbringlich.

Weil die Schweiz über ihre eigene Mehrsprachigkeit hinaus eine Migrationsgesellschaft ist, sind die Videos in zehn Sprachen verfügbar.

SUDEP kann zwar nicht in jedem Fall verhindert werden, doch gibt es wirksame Schutzmassnahmen, um die Gefahr deutlich zu senken. Dazu gehört die regelmässige Einnahme der Antikonvulsiva, um Anfälle zu verhindern, sowie im Fall häufiger nächtlicher Anfälle ein Alarmsystem. Wichtig ist eine einfühlsame Aufklärung bald nach der Diagnose. Die meisten Betroffenen und Angehörigen wünschen Informationen auch über so heikle Themen wie SUDEP. Der Informationsflyer zum Thema kann das persönliche Gespräch vertiefen und ergänzen.

Zugang zu den Informationsmaterialien

- Erklärvideos (Sprachwechsel auf der Seite ganz oben links): www.epi.ch/videos
- Informationsflyer und weitere Publikationen: www.epi.ch/flyer (ausgewählte Flyer sind ebenfalls in Migrationssprachen verfügbar)
- Vertiefte Informationen für Ärztinnen und Ärzte: www.epi.ch/arzt



In der Schweiz leiden rund 80000 Menschen an Epilepsie.

Kinderwunsch frühzeitig planen

Eine entscheidende Rolle spielen Ärztinnen und Ärzte auch in der Familienplanung epilepsie betroffener Frauen. Bereits die Antibabypille kann Wechselwirkungen mit Antiepileptika hervorrufen.

Eine Schwangerschaft ist in den meisten Fällen problemlos möglich, sollte aber frühzeitig geplant werden. Sinnvoll ist beispielsweise die frühzeitige Einnahme hochdosierter Folsäure (4–5 mg täglich). Weil viele Schwangerschaften ungeplant eintreten, empfiehlt es sich, dass alle betroffenen Frauen im gebärfähigen Alter mit Folsäure vorbeugen. Ist Epilepsie in der Familie häufig oder besteht der Verdacht auf eine erbliche Form, könnte sich eine genetische Abklärung lohnen.

Valproat: Aufklärung entscheidend

Grundsätzlich sollten gebärfähige Mädchen und Frauen keine Behandlung mit dem teratogenen Wirkstoff Valproinsäure (Valproat) beginnen oder weiterführen – bekanntlich führt Valproat, während der Schwangerschaft genommen, dosisabhängig bei rund 4 bis 30% der Kinder zu Fehlbildungen, rund 30 bis 40% der Kinder haben später schwere Entwicklungsstörungen. Die Verschreibung von Valproat an jüngere Frauen lässt sich nur vertreten, wenn wirklich keine der Alternativen hilft. In diesem Fall müssen Ärztin oder Arzt und Patientin jährlich in einem Swissmedic-Formular bestätigen, dass die Risikoaufklärung stattgefunden hat.

Wer Mütter behandelt, die während ihrer Schwangerschaft Valproat genommen haben, sollte diese auf mögliche Nebenwirkungen aufmerksam machen. Entwicklungsstörungen wie intellektuelle Einschränkun-

gen oder Autismus bei Kindern, die vor ihrer Geburt Valproat ausgesetzt waren, sollten unbedingt dem zuständigen Pharmacovigilance-Zentrum gemeldet werden. Auch zum Thema «Kinderwunsch mit Epilepsie» vermittelt ein Erklärvideo das Allerwichtigste; ein Informationsflyer gibt detailliertere Informationen.

Covid-19: Epilepsie erhöht Gefahren nicht

Epilepsiebetroffene gehören nicht automatisch zur Risikogruppe bezüglich Covid-19. Nur wenige Behandlungsmethoden schwächen das Immunsystem und machen damit anfälliger. Dazu gehören Adrenocorticotropin, Steroide und Immuntherapien sowie in geringerem Masse Phenytoin, Phenobarbital oder Primidon. Nach den bisherigen Informationen ist die Gefahr für zusätzliche Anfälle durch Covid-19 für die meisten Epilepsiebetroffenen eher gering.

Eine Impfung ist sinnvoll. Es gibt keine wissenschaftlichen Daten, die darauf hinweisen, dass Epilepsiebetroffene häufiger oder schwerere Nebenwirkungen durch eine Covid-19-Impfung erleiden – das gilt insbesondere auch für epileptische Anfälle.

Jede Impfung kann kurzfristige Erkrankungszeichen wie Kopfschmerzen oder Fieber hervorrufen. Weil Fieber in manchen Fällen epileptische Anfälle auslösen kann, empfehlen wir in diesem Fall, die Körpertemperatur durch Wadenwickel oder fiebersenkende Medikamente zu senken. Wechselwirkungen zwischen den Impfstoffen und Antikonvulsiva sind bisher nicht bekannt.

Die Impfstelle sollte sicherheitshalber über eine vorhandene Epilepsie informiert werden, ebenso wie über bestehende Allergien und Medikamente.

Dieser Artikel basiert auf Informationen und Empfehlungen der Schweizerischen Epilepsie-Liga, verfügbar auf www.epi.ch

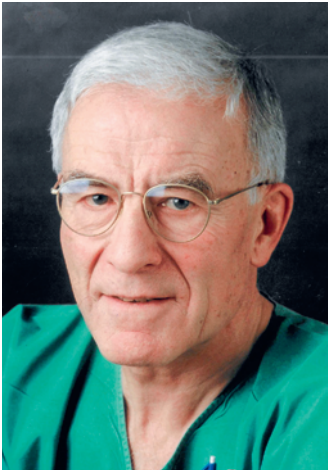
Bildnachweis

Schweizerische Epilepsie-Liga

Das Wichtigste in Kürze

- Die Schweizer Epilepsie-Liga hat zehn animierte Informationsvideos erstellt. Sie erklären mit einfachen Worten und in bunten Bildern in einer Minute das Wichtigste rund um Epilepsie und sind in zehn Sprachen verfügbar.
- Die Videos sowie Informationsflyer der Epilepsie-Liga behandeln Themen wie *Sudden Death in Epilepsy*, Kinderwunsch und Covid-19 und greifen damit häufig gestellte Fragen von Betroffenen auf.
- Die Informationsmaterialien sollen die ärztliche Aufklärungsarbeit unterstützen. Sie können jedoch das direkte Gespräch zwischen Ärztin resp. Arzt und Betroffenen nicht ersetzen.

In memoriam Peter Hans Dangel (1931–2021)



Dr. med. Peter H. Dangel ist am 14.12.2021 nach einem reich erfüllten Leben in seinem 90. Lebensjahr verstorben. Er war der Pionier der Kinderanästhesie und -intensivpflege in der Schweiz und hat die Entwicklung dieser medizinischen Fachgebiete initialisiert und wesentlich geprägt.

Er studierte Medizin in Zürich und Paris. In seiner ersten Anstellung im Spital Samedan arbeitete er während zweier Jahre in Chirurgie, Innerer Medizin und Geburtshilfe.

Anschliessend begann seine Ausbildung in Anästhesie bei Prof. Georg Hossli am Kantonsspital Zürich. Bereits nach sechs Monaten wurde er ins Kantonsspital Aarau ver-

setzt als verantwortlicher Anästhesist! Danach war ein Jahr Innere Medizin im Spital Neumünster in Zürich vorgesehen, allerdings verbrachte er davon vier Monate im Kongo und arbeitete dort als Anästhesist.

1961 wurden ihm dann, nach einem viermonatigen Stage in der Anästhesieabteilung bei Prof. Martin Zindler in Düsseldorf der Aufbau und die Leitung einer Anästhesieabteilung im Kinderspital Zürich übertragen.

Bis zu diesem Zeitpunkt wurden Anästhesien in der Regel von Operationsschwestern, Medizinstudierenden oder chirurgischen Assistentinnen und Assistenten als Äthertropfnarkosen oder Chloroformnarkosen durchgeführt.

Im ersten Jahr führt er selbst oder zusammen mit Operationsschwestern 2500 Narkosen durch, darunter 20 Herzoperationen mit Herz-Lungen-Maschine oder Hypothermie. Innert kurzer Zeit erfolgten wesentliche Fortschritte bezüglich technischer Ausrüstung, Personal und verwendeter Substanzen. Narkosegeräte und Respiratoren wurden angeschafft. Cyclopropan und Halothan ersetzten Äther. Infusionstherapien wurden eingeführt via Venae sectio, später mit peripheren Kanülen und ab 1968 zum Teil mit zentralen Venenkathetern. Die kontinuierliche Überwachung vitaler Funktionen mit präkordialem Stethoskop und später mit EKG und maschineller Blutdruckmessung folgten. Die reine Inhalationsanästhesie wurde allmählich ersetzt und ergänzt durch Lachgas, Opiate, Muskelrelaxantien, Propofol und Nervenblockaden. Ketamin wurde für Notfalleingriffe und Verbrennungsbehand-

lung benutzt. Die isovolämische Hämodilution hat er in den neunziger Jahren angewandt, um Bluttransfusionen zu vermeiden.

Parallel zur Entwicklung der Anästhesie wurde auch eine Intensivbehandlungsabteilung eingerichtet mit Langzeitbeatmung, totaler intravenöser Ernährung, Hirndruckmessung etc. Zusammen mit Prof. Gabriel Duc begann ab 1970 die spezifische intensivmedizinische Behandlung von Neu- und Frühgeborenen mit einer deutlichen Verbesserung der Prognose von Patientinnen und Patienten mit Atemnotsyndrom.

Ein weiterer Meilenstein war die enge Zusammenarbeit mit der Rega. Die Helikopterbasis kam 1971 auf das Dach des Kinderspitals, und sein ärztliches und pflegerisches Personal betreute die pädiatrischen Notfallpatientinnen und -patienten der Rega.

Peter Dangel war manuell in jeder Beziehung äusserst geschickt, und er lehrte seine Fähigkeiten und Kenntnisse unzähligen Assistenz- und Gastärztinnen und -ärzten. Seine wichtigste Aufgabe aber sah er in der Ausbildung des Pflegepersonals. Eine erste Anästhesieschwester bildete er 1961 aus, später folgten regelmässige Ausbildungskurse für Anästhesie- und Intensivpflegepersonal. Seine Schülerinnen bezeichneten sich auch später noch als «Dangelschwestern».

Er war Gründungsmitglied der Schweizerischen Gesellschaft für Intensivmedizin und hat 1995, nach dem Vorbild der *Association of Paediatric Anaesthetists of Great Britain and Ireland*, die Schweizerische Gesellschaft für Kinderanästhesie mitbegründet. Die Schweizerische Gesellschaft für Anästhesie und Reanimation hat ihn zum Ehrenmitglied ernannt.

Bis 1984 hat Peter Dangel die Intensivstation und bis zu seiner Pensionierung 1996 die Anästhesieabteilung geleitet. Er hat den Grundstein für eine Kinderanästhesieabteilung gelegt, welche unter seinen Nachfolgern internationale Grösse und Anerkennung erreicht hat. Wir werden sein Andenken respektvoll bewahren und sprechen seiner Ehefrau und seiner Familie unser aufrichtiges Beileid aus.

*KD Dr. med. Andreas Gerber
Ehemaliger Chefarzt der Abteilung Kinderanästhesie
Universitätskinderkliniken Zürich*

Bildnachweis
E. Dangel

Briefe an die SÄZ

Tierversuch auch wissenschaftlich ungenügend (mit Replik)

Brief zu: Mell E. Das Ende der Labormaus? Schweiz Ärztzeitg. 2022;103(4):116–7.

Die Gegnerinnen und Gegner der Tierversuchsverbotsinitiative behaupteten in ihrem Bericht tatsächlich, dass die Annahme «ein Forschungsverbot bedeutet hätte». Dabei wurde nur eine einzige Forschungsmethode von unzähligen tangiert! Und dazu eine schlechte, da das «Messgerät» ein Tier mit Psyche und Emotionen ist und deshalb immer variierende Resultate ergibt. Damit fehlt das Hauptmerkmal einer guten Forschung, die Reproduzierbarkeit! Wie die meisten Forschenden behauptet auch Marcel Tanner, dass «Tierversuche nötig sind». Sie sagen dies schon seit den ersten Abstimmungen darüber in den 80er Jahren. Wie schon damals ohne irgendwelche Belege. Wir können nun aber

genau das Gegenteil nicht nur behaupten, sondern auch mit rund 100 Quellen der sogenannten Meta-Forschung, oder auch genannt Forschungsmethodik, also jene Forschungsrichtung, die Forschungsmethoden untersucht, belegen. Und sie weisen wissenschaftlich nach, dass Tierversuche als Forschungsmethode grosse Nachteile haben. Wir sollten also Tierversuche nicht nur aus ethischen, sondern auch aus wissenschaftlichen Gründen abschaffen.

Dr. med. Renato Werndli, Eichberg

Replik auf «Tierversuch auch wissenschaftlich ungenügend»

Sehr geehrter Herr Werndli

Die Diskussion rund um Tierversuche ist zweifellos wichtig und wir alle sind der Meinung, insbesondere die Wissenschaft, dass Tierversuche in allen Gebieten auf das minimal nötige reduziert werden müssen und

können. Alternative Forschungsmethoden können sicher den Einsatz von Tierversuchen auf ein Minimum beschränken. In den letzten 20 Jahren wurde dafür sehr viel geleistet. Unter anderem wird das konsequent eingeführte 3R-Prinzip (Replace, Reduce & Refine) weiter bei diesen Anstrengungen helfen.

Ein Totalverbot von Tierversuchen und klinischen Studien ist nicht nur radikal, sondern auch unreflektiert und realitätsfremd. Forschung und Entwicklung neuer Therapien und Präventionsmöglichkeiten werden verhindert und bestehende Therapien werden unterbunden – alles mit direkten und sehr schwerwiegenden Konsequenzen für das Wohlbefinden einer Bevölkerung und der durch das soziale Gewebe getragenen Wirtschaft. Die von Ihnen zitierte Meta-Forschung – wird sie breit und wissenschaftlich korrekt über alle vorliegenden entsprechenden wissenschaftlichen Arbeiten angewendet – zeigt klar das Gegenteil Ihrer Behauptung. Gezielte,

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



ethisch gesicherte Tier- und klinische Versuche sind essenziell, um die komplexen Zusammenhänge in einem lebenden Organismus zu erkennen und neue Therapien zum Wohle unserer Gesellschaft – vor allem auch gerade für die vernachlässigten, armen Bevölkerungsgruppen – effizient und sicher bereitzustellen.

Ohne Tier- und klinische Versuche würde uns heute das Wissen zu vielen chronischen Erkrankungen wie Infektionskrankheiten fehlen. Die Impfstoffentwicklung in Zeiten der Corona-Pandemie ist gerade ein treffendes Beispiel dafür. Wie erläutert, ist die Wissenschaft selbst daran interessiert, Tierversuche auf ein Minimum zu beschränken. Ein totales Verbot von Tier- und klinischen Versuchen ist jedoch ethisch und moralisch verantwortungslos angesichts der zu bewältigenden Gesundheitsprobleme sowie nicht zielführend. Es würde uns in all unseren Anstrengungen für die Gesundheitsentwicklung und damit einer gerechteren Welt zurückwerfen.

Marcel Tanner, Präsident der Akademien der Wissenschaften Schweiz

Anordnungsmodell: Der Fahrplan kann eingehalten werden

Brief zu: Rota F, Traber R, Samimi N, Seifritz E. Wechsel zum Anordnungsmodell: Es gibt noch viel zu tun. Schweiz Ärztsztg. 2021;102(51-52):1720-2.

Im oben genannten Beitrag spricht sich die Autorschaft für die Verschiebung des Anordnungsmodells aus. Wir sind überzeugt, dass am Einführungsstermin 1. Juli 2022 festgehalten werden kann und muss. Die grosse Zahl der Fragen wurde geklärt. Die wenigen offenen Punkte sind auf gutem Weg. Die PsyVerbände gehen die Umsetzung aktiv an, was klar im Interesse der Patientinnen und Patienten liegt. Eine Diskussion um den Zeitpunkt des Inkrafttretens bindet unnötig Ressourcen, vielmehr ist mit gebündelter Kraft an der Einführung zu arbeiten. Dies ist der politische Wille, der auch an der Anhörung der Gesundheitskommission im Oktober 2021 nochmals unterstrichen und im Ständerat am 6. Dezember 2021 bestätigt wurde.

Die Autorschaft warnt vor einer unkontrollierten Mengenausweitung und behauptet, das Behandlungsangebot sei in den Städten bereits ausreichend, allerdings ohne Angabe einer Datengrundlage. Fachleute wissen, wie schwierig es selbst in Städten ist, Therapieplätze zu finden, die über die OKP finanziert werden. Bezüglich der befürchteten Mengenausweitung ist festzuhalten, dass die Kantone mit der angenommenen Motion 20.3914 das Instrument der Zulassungssteuerung in die Hand bekommen.

Zur ebenfalls geäusserten Sorge, der Fachkräftemangel in psychiatrischen Institutionen werde sich weiter verschärfen, ist anzumerken, dass die Anstellungsbedingungen für Psychologinnen und Psychologen in Kliniken endlich durchgängig verbessert werden müssen. Psychologinnen und Psychologen übernehmen bereits während der psychotherapeutischen Weiterbildung in Kliniken Fallführungen und Notfalldienste sowie nach Erlangung der Fachtitel Leitungsfunktionen. Bisher haben Psychologinnen und Psychologen zu meist schlechteren Anstellungsbedingungen die Aufgaben der fehlenden ärztlichen Fachpersonen übernommen.

Weiter wiederholt die Autorschaft ihre Zweifel an der Qualifikation der psychologischen Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten. Hierzu gilt es Folgendes festzuhalten: Die postgraduale psychotherapeutische Weiterbildung dauert 4–6 Jahre und ist vom Umfang her mit der Weiterbildung in Psychiatrie und Psychotherapie vergleichbar. Die klinische Praxis umfasst insgesamt drei Jahre, wovon mindestens ein Jahr in einer SIWF-zertifizierten Institution der Kategorien A oder B zu absolvieren ist. Ausserdem wird bereits im Psychologiestudium eine fundierte Wissens-

basis zu Diagnostik und Behandlung von psychischen Störungen des ganzen Spektrums gelegt. Das Psychologiestudium bereitet zielführend und effizient auf die Weiterbildung und die Berufstätigkeit als Psychotherapeut/in vor. Die Behauptung der Autorschaft, die Qualifikation der psychologischen Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten sei ungenügend, ist angesichts der Inhalte der Aus- und Weiterbildung sowie der Kompetenzen von psychologischen Psychotherapeutinnen und -therapeuten in Kliniken offensichtlich verfehlt.

Schliesslich äussert die Autorschaft Bedenken mit Verweis auf die Kosten des Anordnungsmodells. Es ist erwiesen, dass psychische Erkrankungen mit hohen sozialen Kosten (z.B. durch Frühberentungen) einhergehen und zu häufig nicht früh genug behandelt werden. Dies, obwohl die Wirksamkeit psychiatrisch-psychotherapeutischer Behandlung nachweislich sehr hoch ist. Durch das Anordnungsmodell werden deshalb in keiner Weise unnötige Kosten generiert. Im Gegenteil können Versorgungsengpässe gemildert und hohe Folgekosten verhindert werden.

Markus Steffen, lic. phil., Eidgenössisch anerkannter Psychotherapeut

Yvik Adler, lic. phil., Eidgenössisch anerkannte Psychotherapeutin, Co-Präsidentin der Föderation der Schweizer Psychologinnen und Psychologen (FSP)

Stephan Wenger, dipl. psych., Eidgenössisch anerkannter Psychotherapeut, Co-Präsident der Föderation der Schweizer Psychologinnen und Psychologen (FSP)

Briefe

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

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

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

Mitteilungen

Facharztprüfung

Facharztprüfung zur Erlangung des Facharztstitels für Rheumatologie – mündliche Prüfung

Ort: CAREUM Bildungszentrum,
Gloriastrasse 18, 8006 Zürich

Datum: Donnerstag, 18. August 2022

Anmeldefrist: 13. Mai 2022

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

Essay-Wettbewerb: Premio Pusterla Medizinethik 2022

Das Center for Medical Humanities am Institut für Biomedizinische Ethik und Medizingeschichte der Universität Zürich vergibt im Juni 2022 bereits im fünften Jahr den Essay-Preis *Premio Pusterla Medizinethik*. Der Preis wird vergeben für den besten Essay, der ethische Probleme und Konfliktsituationen in der ärztlichen Praxis und Klinik in literarisch ansprechender Form verarbeitet. Gerade die Covid-Pandemie eröffnet hier eine Fülle von möglichen Themen und Fragen. Teilnehmen können in der Schweiz tätige oder tätig gewesene Ärztinnen und Ärzte, die in ihrem Essay packend und realitätsnah, dabei mit Stil und Formulierungskunst selbst erlebte oder aus dem direkten Umfeld berichtete Fälle aus dem ärztlichen Alltag zu Papier bringen. Dabei soll es sich um Fälle und Geschichten handeln, die moralische Probleme aufwerfen und entsprechende über das Medizinische hinausgehende Überlegungen und Abwägungen erfordern, um so Gedankenanstösse für die Reflexion und Diskussion der ethischen Dimensionen des Arztberufs zu geben.

Der Preis besteht in einer dreitägigen Schreibresidenz im Nietzsche-Haus in Sils Maria, der Möglichkeit eines persönlichen Schreib-

Coachings, einer Jahresmitgliedschaft der Museumsgesellschaft Zürich (inkl. Nutzung des Lesesaals) sowie der Veröffentlichung des prämierten Textes in der Schweizerischen Ärztezeitung.

Der oder die von einer renommierten Fachjury ausgewählte Preisträger oder Preisträgerin wird die Gelegenheit bekommen, im Rahmen einer öffentlichen Abendveranstaltung mit Preisverleihung am Dienstag 14. Juni 2022 im Literaturhaus Zürich den prämierten Text vor Publikum zu präsentieren.

Der Preis ist benannt nach Dr. med. Edio Pusterla, der den Wettbewerb mit einer grosszügigen Zuwendung ermöglicht hat.

Bedingungen:

- Text auf Deutsch
- Textlänge max. 12 000 Zeichen (inkl. Leerzeichen)
- Nur bisher unveröffentlichte Texte zugelassen
- Text als Word-Datei zusammen mit separater Kurzbiographie an [ibme\[at\]ibme.uzh.ch](mailto:ibme[at]ibme.uzh.ch), z.Hd. Tobias Eichinger
- Einsendeschluss: 24. April 2022
- Bisherige Gewinnerinnen resp. Gewinner können nicht am Wettbewerb teilnehmen.

Weitere Informationen: www.ibme.uzh.ch

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.



Alecensa® (Alectinib): Warnhinweise und Vorsichtsmassnahmen sowie spezifische Anleitung zur Dosisänderung im Falle einer hämolytischen Anämie

Roche Pharma (Schweiz) AG möchte Sie in Absprache mit Swissmedic über folgenden Sachverhalt informieren:

Zusammenfassung

- In klinischen Studien und nach der Markteinführung wurden Fälle von hämolytischer Anämie berichtet.
- Eine kürzlich durchgeführte kumulative Analyse von Fällen mit hämolytischer Anämie zeigte, dass eine Dosisänderung von Alecensa® in der Mehrheit der Fälle eine Verbesserung der hämolytischen Anämie bewirkte.
- Die Behandlung mit Alecensa® sollte zunächst unterbrochen und geeignete Labortests sollten eingeleitet werden, wenn die Hämoglobinkonzentration <10 g/dl beträgt und eine hämolytische Anämie vermutet wird.
- Wird eine hämolytische Anämie bestätigt, so sollte die Behandlung mit Alecensa® bis zum Abklingen des Ereignisses unterbrochen und mit einer reduzierten Dosis wieder aufgenommen oder definitiv beendet werden.

Hintergrundinformationen

Alecensa® ist indiziert für die Behandlung von Patienten mit lokal fortgeschrittenem oder metastasiertem ALK-positivem nicht-kleinzelligem Lungenkarzinom (NSCLC).

Meldungen einer hämolytischen Anämie gab es mit geringer Häufigkeit in klinischen Studien sowie nach der Markteinführung.

Eine kürzlich durchgeführte kumulative Analyse von Fällen mit «hämolytischen Erkrankungen» zeigte, dass eine Dosisänderung von Alecensa® in der Mehrheit der Fälle eine Verbesserung der hämolytischen Anämie bewirkte.

Massnahmen und Anweisungen/ Empfehlungen für Fachpersonen

In Anbetracht dieser Beobachtungen gelten folgende Empfehlungen:

- Wenn die Hämoglobinkonzentration <10 g/dl beträgt und eine hämolytische Anämie vermutet wird, sollen die Gabe von Alecensa® unterbrochen und geeignete Laboruntersuchungen veranlasst werden.
- Wird eine hämolytische Anämie bestätigt, so sollte die Behandlung mit Alecensa® bis zum Abklingen des Ereignisses unterbrochen und mit einer reduzierten Dosis

wieder aufgenommen oder definitiv beendet werden. Das Vorgehen bei der Dosisreduktion wird im Abschnitt Dosierung/Anwendung der Fachinformation beschrieben.

Das Nutzen-Risiko-Profil von Alecensa® ist für die zugelassenen Indikationen nach wie vor günstig.

Die Fachinformation wird auf den neuen Stand gebracht, um die obigen Empfehlungen in die Abschnitte «Dosierung/Anwendung» und «Warnhinweise und Vorsichtsmassnahmen» einzufügen.

Meldung unerwünschter Wirkungen

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.

Roche Pharma (Schweiz) AG
Gartenstrasse 9
CH-4052 Basel
Tel. +41 (0)61 715 41 11

Interprofessionalität in der digitalen Kommunikation

Einsatz von Telemedizin in der Palliative Care

Andreas Samuel Ebnetter^a, Thomas Sauter^b, Annika Achter^c, Steffen Eychmüller^d

^a Dr. med., Universitäres Zentrum für Palliative Care, Inselspital Bern, Bern; ^b Prof. Dr. med., Universitäres Notfallzentrum, Inselspital Bern, Bern und Telenotfallmedizin, Universität Bern; ^c Dr. med., Permanence H-FR Meyriez-Murten, H-FR, Meyriez; ^d Prof. Dr. med., Universitäres Zentrum für Palliative Care, Inselspital Bern, Bern

Wir leben in einer komplexen Welt mit komplexen gesundheitlichen Situationen, welche nur mit der Hilfe von interprofessioneller Koordination bewältigt werden können. Die Telemedizin als digitale Kommunikationsform kann helfen, die interprofessionelle Zusammenarbeit zu verbessern. Sie vereinfacht den Austausch im Team sowie mit den Patientinnen und Patienten und deren Angehörigen. Das zeigt sich exemplarisch beim Einsatz der Telemedizin in der Palliative Care.

In einer Welt mit immer komplexeren gesundheitlichen Situationen ist die Interprofessionalität ein wichtiges Element der medizinischen Teamarbeit [1]. Interprofessionalität überspannt nicht nur Fachgebiete und Berufsgruppen, sondern auch verschiedene Sektoren des Gesundheitswesens vom Spital über die ambulante Betreuung bis zur Langzeitpflege.

Die Definition von interprofessioneller Zusammenarbeit ist uneinheitlich [1, 2]. Allen Definitionen gemeinsam ist der Fokus aller beteiligten Berufsgruppen auf ein bestimmtes, gemeinsames Ziel. Davon zu unterscheiden ist die multiprofessionelle Zusammenarbeit, in welcher jede Berufsgruppe die eigenen Ziele verfolgt.

Dynamische Kommunikationsform

Das gemeinsame Ziel ist der wichtigste Aspekt der Interprofessionalität. Die Telemedizin kann einen wichtigen Beitrag dazu leisten, diese patientenzentrierten Ziele in einem partizipativen Vorgehen zu definieren. Die Telemedizin als digitale Gesundheitsintervention ist eine dynamische Kommunikationsform und kann ideal zur Kommunikation und Koordination insbesondere in der interprofessionellen Zusammenarbeit eingesetzt werden. Das elektronische Patientendossier ist im Unterschied dazu eine statische Sammlung von Dokumenten [3].

Verschiedene Studien zur Anwendung der Telemedizin existieren bereits in der Palliative Care [4], bei multimorbiden Patientinnen und Patienten [5, 6], in der Langzeitpflege [7] sowie in der Neurologie und Rehabilitation [8]. Als positiver Effekt zeigt sich in diesen Studien eine Verbesserung der Teamkoordination und -effizienz. Im Langzeitbereich zeigt sich zusätzlich ein Qualitätsgewinn durch den schnelleren Zugang zu Fachspezialistinnen und -spezialisten [7].

Telemedizin in der Palliative Care

Die Telemedizin ist in der Palliative Care, wenn geographische oder andere Barrieren (z.B. Covid-19) bestehen, gut etabliert [9]. Das häufigste Anwendungsfeld ist die virtuelle Visite, also eine Videokonsultation zwischen einer Fachperson und der betroffenen Person oder deren Angehörigen. Trotz der Ausrichtung



Die Telemedizin kann viel zur Kommunikation und Koordination in der interprofessionellen Zusammenarbeit beitragen.

auf eine direkte und persönliche Beziehung ist die virtuelle Visite in der Palliative Care grundsätzlich gut möglich und akzeptiert, und sie zeigt Vorteile in der Kommunikation, Koordination und Stressreduktion bei den Patientinnen und Patienten sowie den Angehörigen [9, 10]. Studien aus Ländern mit einer hohen Ärztedichte und geographisch eher engen Verhältnissen wie der Schweiz fehlen aber bisher [10].

Die virtuelle Visite ist eine bilaterale Form der Kommunikation am Bildschirm. Diese unterscheidet sich von der interprofessionellen Besprechung, welche zwei Teilnehmerkreise haben kann: a) nur Fachpersonen («TEAM/Care-Konferenz», [Tumor-]Boards) oder b) Fachpersonen und Betroffene/Angehörige mit einer aktiven Rolle der Patientinnen und Patienten und der Angehörigen («Rundtischgespräche»).

Digitale interprofessionelle Besprechung

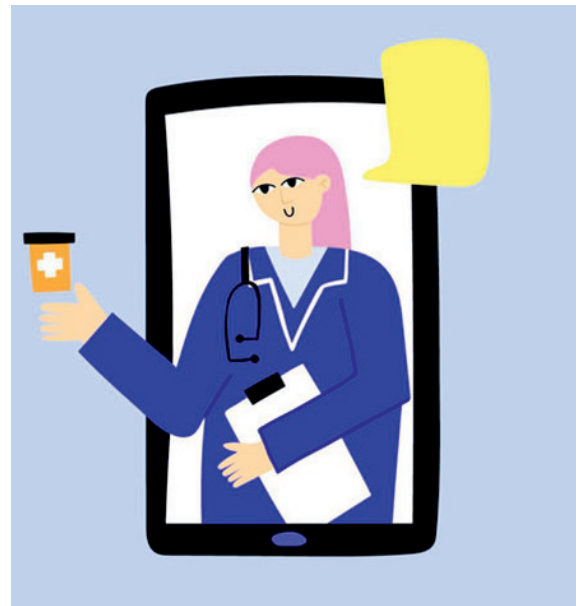
Im Kontext der Behandlung von komplexen, polymorbiden Patientinnen und Patienten und bei der Palliative Care existieren bis jetzt vor allem Care-Konferenzen. Hier zwei Beispiele:

Für die Behandlung von polymorbiden Personen hat die Auswertung einer strukturierten interprofessionellen Besprechung im Sinn eines Rundtischgesprächs

In interprofessionellen Besprechungen können Wissen, Erfahrung und praktische Fähigkeiten ausgetauscht werden.

zwischen Allgemeinärztin resp. -arzt, Patientin resp. Patient und Pflege einerseits und einem Team von verschiedenen Fachpersonen andererseits Vorteile gezeigt: Wissen, Erfahrung und praktische Fähigkeiten können gut ausgetauscht werden. Neben den gemeinsamen Zielen werden realitätsnahe und unmittelbar umsetzbare Informationen weitergegeben. Die traditionelle Konsultation wird so zu einer interprofessionellen Plattform der Zusammenarbeit.

Nicht zu vernachlässigen ist der Lerneffekt für alle Beteiligten [5, 6]. Finanziell zeigen sich ebenfalls Vor-



In der Palliative Care kommt die Telemedizin am häufigsten in Form von virtuellen Visiten zum Einsatz.

teile: Komplexe Situationen interprofessionell zu besprechen und einen gemeinsamen Plan zu erstellen ist kostengünstiger als ein Hospitalisationstag [6]. Als Nachteil dieser Besprechungsform wurde die zeitintensive Vor- und Nachbereitung eingestuft.

In einem kanadischen Modell wurde im Rahmen eines virtuellen Schmerz- und Symptomkontroll-Programmes der Palliative Care ein Online-Rundtischgespräch zwischen einem Patienten, Angehörigen, einem Palliativmediziner sowie weiteren Fachpersonen aus dem interprofessionellen Team organisiert. Vorteile zeigten sich patientenseitig in einer Symptomreduktion (Angst und Appetitlosigkeit) sowie in einer reduzierten Reisezeit und geringeren Kosten. Als Nachteil zeigte sich aus Sicht der Fachpersonen wiederum die aufwendige und komplexe Organisation im Vorfeld [11]. Zeitmangel und mangelnde Flexibilität sind auch in einer anderen Studie teilweise ein Hindernis für interprofessionelle Besprechungen, obwohl der zu erwartende Nutzen positiv eingeschätzt wird [4].

Zur Umsetzung in der Schweiz

Gute Kommunikation und Koordination ist auch im schweizerischen Gesundheitssystem mit der Fragmentierung der Gesundheitssektoren und der hohen Dichte an Fachspezialistinnen und -spezialisten essentiell. Die Telemedizin, insbesondere in Form von digitalen Rundtischgesprächen, kann hier helfen. Für einen routinemässigen Einsatz im interprofessionellen Kontext bedarf es der besonderen Anstrengung, diese Hilfsmittel datenschutzkonform und einfach für

Projekt am Inselspital Bern

Am Inselspital wurde in einer Kooperation der Palliativmedizin und der Telenotfallmedizin an der Universität Bern das epall.ch Projekt (Telemedizin in der Palliative Care) initiiert. Ziel dieses Projektes ist die Beantwortung der Frage, wie die Telemedizin in die komplexe Behandlung von Palliative-Care-Patientinnen und -Patienten integriert werden kann und auf welcher Ebene die Telemedizin hilfreich für die Betroffenen, ihre Angehörigen und das interprofessionelle Team sein kann. Das Projekt kann unter www.epall.ch verfolgt werden.

alle Fachpersonen, Patientinnen und Patienten sowie Angehörigen zugänglich zu machen.

Die technologischen Voraussetzungen sind in der Schweiz gegeben. Die wichtigsten elektronischen Tools funktionieren und genügen den Anforderungen von Daten- und Persönlichkeitsschutz [12]. Die Erfahrung mit digitalen Hilfsmitteln ist in der Schweiz noch beschränkt und diese werden bis jetzt nur limitiert eingesetzt und genutzt [13]. Auch wird im Medizinstudium der Einsatz digitaler Hilfsmittel bisher nur selten vermittelt [14]. Ob und in welchem Umfang sich die Telemedizin der Zukunft etablieren wird, ist noch unklar. Die Corona-Pandemie hat jedoch viele Zielgruppen für mögliche Anwendungen der Telemedizin im Schweizer Gesundheitssystem sensibilisiert.

Verschiedene Faktoren werden für eine erfolgreiche Umsetzung der Telemedizin mitverantwortlich sein. Es muss sich erst zeigen, ob die Erfahrungen aus anderen Ländern mit sehr grossen geographischen Entfernungen zwischen Fachpersonen und Patientinnen und Patienten und Angehörigen auf die Schweiz mit einer vergleichsweise hohen Ärztedichte sowohl in den städtischen Gebieten wie auch den ländlichen Gebieten übertragen werden können. Zu unterscheiden ist wohl auch der Einsatz der Telemedizin einerseits in der Grundversorgung [15] und andererseits in der Notfallversorgung [16].

Die Telemedizin bietet nicht zuletzt in Zeiten der Corona-Pandemie Chancen für eine verbesserte Kommunikation und Koordination. Auch zeigt sich, dass gerade in einer auf die persönliche Kommunikation ausgerichteten Disziplin wie der Palliative Care die Nutzung von digitalen Hilfsmitteln in der interprofessionellen Zusammenarbeit Vorteile haben könnte, insbesondere innerhalb der regionalen medizinischen Netzwerke.

Unsere Zukunft wird digital sein, nutzen wir also die Vorteile der Digitalisierung dafür, uns für das Patientenwohl zu vernetzen: interprofessionell und patientenzentriert.

Danksagung

Das Universitäre Notfallzentrum dankt dem Touring Club Schweiz für die Unterstützung der Telenotfallmedizin an der Universität Bern.

Bildnachweis

Microvone | Dreamstime.com
 Maria Lutskovskaya | Dreamstime.com

andreassamuel.ebnetter[at]
 insel.ch

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 Chancen gibt es? In unserer Schwerpunktserie betrachten wir das Thema aus unterschiedlichen Perspektiven.

Literatur

- Schmitz C, Atzeni G, Berchtold P. Wieso eigentlich interprofessionelle Zusammenarbeit. Schweiz Ärztztg. 2020;101(9):292–3.
- Mahler C, Gutmann T, Karstens S, Joos S. Terminology for interprofessional collaboration: definition and current practice. GMS Z Med Ausbild. 2014;31(4):Doc40.
- WHO. WHO | Classification of digital health interventions v1.0. [Available from:] <http://www.who.int/reproductivehealth/publications/mhealth/classification-digital-health-interventions/en/>
- van Gorp J, van Selm M, van Leeuwen E, Vissers K, Hasselaar J. Teleconsultation for integrated palliative care at home: A qualitative study. Palliative medicine. 2016;30(3):257–69.
- Boeckxstaens P, Brown JB, Reichert SM, Smith CNC, Stewart M, Fortin M. Perspectives of specialists and family physicians in interprofessional teams in caring for patients with multimorbidity: a qualitative study. CMAJ Open. 2020;8(2):E251–E256.
- Pariser P, Pham TT, Brown JB, Stewart M, Charles J. Connecting People With Multimorbidity to Interprofessional Teams Using Telemedicine. Ann Fam Med. 2019;17(Suppl 1):S57–S62.
- Tan AJ, Rusli KD, McKenna L, Tan LL, Liaw SY. Telemedicine experiences and perspectives of healthcare providers in long-term care: A scoping review. J Telemed Telecare. 2021;1357633x211049206.
- Careau E, Vincent C, Noreau L. Assessing interprofessional teamwork in a videoconference-based telerehabilitation setting. J Telemed Telecare. 2008;14(8):427–34.
- Finucane AM, O'Donnell H, Lugton J, Gibson-Watt T, Swenson C, Pagliari C. Digital health interventions in palliative care: a systematic meta-review. NPJ Digit Med. 2021;4(1):64.
- Ebnetter AS, Fliedner M, Trapp D, Ramseier F, Sauter TC, Eychmüller S. Telemedizin in der Palliative Care: Digitale Kommunikation in einem beziehungs-basierten Fachgebiet – ist das sinnvoll? Praxis. 2021;110(15):845–50.
- Watanabe SM, Fairchild A, Pituskin E, Borgersen P, Hanson J, Fassbender K. Improving access to specialist multidisciplinary palliative care consultation for rural cancer patients by videoconferencing: report of a pilot project. Support Care Cancer. 2013;21(4):1201–7.
- FMH. Telemedizin 2021. [Available from:] <https://www.fmh.ch/themen/ehealth/telemedizin.cfm>
- Mettler AC, Piazza L, Michel J, Muller M, Exadaktylos AK, Hautz WE, et al. Use of telehealth and outcomes before a visit to the emergency department: a cross-sectional study on walk-in patients in Switzerland. Swiss Med Wkly. 2021;151:w20543.
- Hautz SC, Hoffmann M, Exadaktylos AK, Hautz WE, Sauter TC. Digital competencies in medical education in Switzerland: an overview of the current situation. GMS J Med Educ. 2020;37(6):Doc62.
- Stücheli B. Als Hausarzt leiste ich Notfalldienst zumindest im Moment noch. Schweiz Ärztztg. 2019;100(29–30):964–5.
- Sauter TC, Hautz WE, Lehmann B, Exadaktylos AK. eNotfallmedizin: Notfallversorgung der Zukunft. Schweiz Ärztztg. 2019;100(49):1683–5.

Neues Modell von SARS-CoV-2

Ein nicht-ansteckendes Modell von SARS-CoV-2 ermöglicht es, das Virus einfacher und sicherer zu untersuchen. Eine Forschungsgruppe unter Leitung des Nobelpreisträgers Charles Rice von der Rockefeller University und Volker Thiel von der Universität Bern und dem Institut für Virologie und Immunologie hat ein Modell von SARS-CoV-2 entwickelt, in dem das Spike-Protein und die «Vermehrungsmaschinerie» des Coronavirus getrennt werden. Die Forschenden haben das Coronavirus-Genom zusammengesetzt und einen genomischen «Bauplan» für das Spike-Protein hergestellt.

Das «spike-loose» Genom kann in einer Zelle alle Schritte des viralen Lebenszyklus durchlaufen. Doch nur wenn das Spike-Gen zugeführt wird, kann die Zelle virenähnliche Partikel mit Spike-Proteinen absondern. Diese Partikel können verwendet werden, um eine Infektion nachzuahmen, ohne selber infektiöse Viruspartikel zu produzieren. Dank des neuen Modells können die Eigenschaften des Spike-Proteins besser untersucht werden und es braucht weniger Vorsichtsmassnahmen im Labor. Ausserdem lässt sich mit dem Modell auch die Wirkung antiviraler Medikamente untersuchen.

(Universität Bern)



© Motortion | Dreamstime.com

Wie das Immunsystem die Darmflora reguliert

Forschende kommen der Antwort darauf näher, wie das Immunsystem die Darmflora von rund 500 bis 1000 Bakterienstämmen im Gleichgewicht hält. Bereits bekannt war, dass Immunglobuline vom Typ A (IgA-Antikörper) dabei wichtig sind. Die meisten IgA-Antikörper sind gegen gutartige Bakterien gerichtet, damit diese keine gesundheitsschädigende Wirkung entfalten. Doch war unklar, wie sie das tun. Eine Forschungsgruppe um Dr. Tim Rollenske und Prof. Andrew Macpherson vom Departement für BioMedical Research der Universität Bern und der Universitätsklinik für Viszerale Chirurgie und Medizin des Inselspitals Bern konnte nun bei Mäusen zeigen, dass IgA-Antikörper die Fitness der gutartigen Bakterien gezielt einschränken können, z.B. bei der Beweglichkeit oder der Aufnahme von Zuckerbausteinen für den Stoffwechsel. Diese Erkenntnisse tragen auch zur Impfstoffentwicklung bei, weil mit diesem Wissen die Vakzine gezielter entwickelt werden können.

(Universität Bern)

Les enfants reconnaissent les émotions malgré les masques

Les enfants reconnaissent les émotions de colère, joie et tristesse malgré le port du masque, selon une étude du CHUV parue dans *JAMA Pediatrics*. Elle a été réalisée dans des garderies de la région lausannoise auprès de 276 enfants entre 3 et 6 ans sans problème de développement traité. Pour ce faire, des photos d'acteurs avec et sans masques exprimant une émotion leur ont été montrés. Deux fois sur trois, les enfants ont réussi à identifier l'émotion exprimée avec précision. Les émotions des visages masqués étaient plus difficiles à détecter, mais dans une faible proportion. (CHUV)



© Myriam Bickle Graz / CHUV

Le gras pour freiner l'apparition du diabète

Le gras pourrait aider à ralentir l'apparition du diabète de type 2, selon une étude de l'Université de Genève. Souvent décriées, les graisses n'aggravaient pas forcément la maladie et pourraient même jouer un rôle protecteur en aidant le pancréas à s'adapter à un excès de sucre. En étudiant les cellules bêta pancréatiques productrices d'insuline, l'équipe de recherche a montré que ces dernières souffraient moins d'un excès de sucre lorsqu'elles avaient auparavant été en présence de gras. En analysant les mécanismes cellulaires à l'œuvre, les scientifiques ont ainsi découvert comment un cycle de stockage et déstockage du gras permettait aux cellules de s'adapter à l'excès de sucre. Ces résultats, parus dans *Diabetologia*, mettent au jour un mécanisme biologique inattendu qui pourrait servir de levier pour retarder l'apparition du diabète de type 2.

(Université de Genève)

Prof. Dr. med. Jörg Leuppi vom Kantonsspital Baselland

Er fühlt sich nie übers Ohr gehauen

Interview: Rahel Gutmann

Junior-Redaktorin der *Schweizerischen Ärztezeitung*

Jörg Leuppi ist Chefarzt der medizinischen Universitätsklinik und *Chief Medical Officer* am Kantonsspital Baselland und klinischer Professor für Innere Medizin an der Universität Basel. Wie kompetitive Forschung an einem Kantonsspital genau funktioniert und wie er die Zusammenarbeit mit der Pharmaindustrie erlebt.

Jörg Leuppi, Sie und Ihr Team arbeiten an einer Studie bei Covid-19-Patientinnen und -Patienten, für die Sie mit einem Pharmaunternehmen zusammenarbeiten.

Worum geht es dabei genau?

Das ist eine spannende Sache. Ein junges deutsches Pharmaunternehmen, *AdVita Lifescience AG* (unterdessen aufgekauft von der Schweizer Firma *Relief Therapeutics AG* in Genf), ist mit einem neuen Produkt auf mich zugekommen, von dem man erhofft, dass es die überschüssige Immunreaktion während einer Covid-19-Erkrankung kontrollieren kann. Es geht dabei um das inhalierbare, lungen-homöostatische, vasoaktive Peptid *Aviptadil*, das synthetisch von mehreren Firmen produziert wird. Wir erwarten von diesem Peptid eine regulierende Wirkung bei Covid-Betroffenen, die ein erhöhtes Risiko für ein akutes Atemnot-Syndrom (ARDS) haben. Gemeinsam mit AdVita haben wir eine Phase-II-Studie geplant. Wir sind auch die Studiensponsoren, also verantwortlich für die Durchführung und das Design der Studie. Die Studie wird in den Kantonsspitalern Schwyz, St.Gallen und bei uns in Basel durchgeföhrt. Ich bin sehr gespannt, was herauskommen wird.

Hier wurden Sie von einem Unternehmen für ein Forschungsprojekt angefragt. Kommt das häufig vor?

Wir beteiligen uns sehr oft an Forschungsprojekten von Pharmaunternehmen. Dabei werden wir als Studienzentrum für ihre Phase-II-, -III- oder -IV-Studie angefragt. Wir agieren dann beispielsweise als Leitzentrum für eine nationale oder internationale Studie. Das bedeutet, wir generieren die Daten im Auftrag des Unternehmens und werden dafür bezahlt. So können wir wiederum eigene Studien querfinanzieren.

Wie erleben Sie die Zusammenarbeit mit der Pharmaindustrie? Als vorteilhaft oder schwierig?

So wie es immer im Leben ist: beides ist möglich. Aber ich empfinde die Zusammenarbeit bisher als vorwie-

Zur Person



Prof. Dr. med. Jörg Leuppi ist spezialisiert auf Allgemeine Innere Medizin und Pneumologie und forscht zu chronisch obstruktiven Lungenkrankheiten sowie zum Management von Covid-19-Erkrankten. Er war stellvertretender Chefarzt Innere Medizin am Universitätsspital Basel, bevor er 2013 ans Kantonsspital Baselland wechselte. Dort ist er als *Chief Medical Officer* und Chefarzt der medizinischen Universitätsklinik tätig. Ausserdem ist er klinischer Professor für Innere Medizin an der Universität Basel.

gend positiv. Wir haben immer wieder die Chance, ganz neue Produkte kennenzulernen und bei Innovationen wirklich an der Front dabei zu sein.

Sie führen auch eigene Forschungsprojekte durch, für die Sie Geldgeber suchen, betreiben also kompetitive Forschung. Was genau heisst das?

Es gibt verschiedene Definitionen von kompetitiver Forschung. Verschiedene Forschungsgruppen können zum gleichen Thema forschen; das kann kompetitiv sein. Hier meinen wir aber mehr, dass wir uns um Geld – seien es Bundesgelder, Stiftungsgelder oder Gelder von einem Unternehmen – bewerben wollen. Wir müssen Studienprotokolle erstellen, die so überzeugend sind, dass sich eine Trägerschaft finden lässt. Um Nationalfonds- und Stiftungsgelder bewerben sich sehr viele Forschungsgruppen mit den unterschiedlichsten Forschungsthemen. Das ist sehr kompetitiv.

Sie finden also ein Thema und stellen Anträge.

Genau. In meiner Forschungsgruppe erarbeiten wir Fragestellungen, die uns interessieren. Es sind klinische Fragestellungen, die wir im Alltag erkennen, die aber noch nicht beantwortet sind. Dann gehen wir auf

Stiftungen oder Unternehmen zu und fragen: Unterstützt ihr unser Vorhaben?

Sie sagen das in einem entspannten Tonfall. Gibt es nicht einen gewissen Erfolgsdruck, wenn Sie finanzielle Unterstützung von einem Unternehmen erhalten?

Da haben Sie recht. Es ist ein Spagat, partnerschaftlich mit der Pharmaindustrie zusammenzuarbeiten und sich trotzdem nicht zu verkaufen. Aber es gibt Fälle, bei denen es einfach ist: Ich leite etwa das Schweizerische Schwere Asthma Register. Das ist ein Register der Schweizerischen Gesellschaft für Pneumologie, für das wir Daten sammeln, die auch in eine internationale Datenbank einfließen. Für diese wichtige nationale Studie erhalten wir Unterstützung von vielen Pharmafirmen wie auch einigen kantonalen Lungeligen.

Sie sind Chefarzt der medizinischen Universitätsklinik und Chief Medical Officer am Kantonsspital Basel-Land. Welche Tätigkeitsfelder müssen Sie abdecken?

Wenn Sie so wollen, habe ich drei Hüte an. Ich bin zu 100 Prozent am Kantonsspital Baselland angestellt; ein Teil meiner Anstellung wird aber von der Universität Basel bezahlt. Dafür engagiere ich mich als strukturierter bzw. klinischer Professor für Innere Medizin an der Universität entsprechend in Lehre

«Durch die Zusammenarbeit mit der Pharmaindustrie haben wir die Chance, ganz neue Produkte kennenzulernen.»

und Forschung. Mit dem universitären «Endowment» habe ich einen Grundstock an Finanzierungsmitteln, um unter anderem zwei Doktoranden anzustellen – eine wichtige Anschubfinanzierung für neue Projekte. Des Weiteren bin ich klinisch verantwortlich für die medizinische Universitätsklinik mit einem entsprechenden Weiterbildungsstatus A in Allgemeiner Innerer Medizin wie auch für die Organisation und Führung der Klinik. Zu guter Letzt bin ich als Chief Medical Officer in der Geschäftsleitung auch für die medizinische Qualität am gesamten Kantonsspital verantwortlich.

Wie bekommen Sie diese Aufgaben unter einen Hut?

Das ist eine gute Frage. Ich brauche dafür ein gutes Team um mich herum, das mir sowohl Führungs- wie auch Organisationsaufgaben abnimmt. Ich habe eine sehr tolle Klinikmanagerin, einen sehr engagierten internistischen Chefarztkollegen sowie eine sehr strukturierte Assistentin. Ich muss gut geführt werden, dann geht es (lacht).

Wie genau setzt sich Ihr Forschungsteam zusammen?

Ich habe eine Forschungsgruppe, in der aktuell etwa 10 bis mindestens 15 Personen in Teilzeit arbeiten. Zum Teil handelt es sich um langfristige Anstellungen wie bei den *study nurses* oder um Promovierende, die für ein halbes Jahr oder ein Jahr da sind. Bei uns arbeiten Ärztinnen und Ärzte, Pharmazeutinnen, Gesundheitswissenschaftlerinnen, Pflegewissenschaftlerinnen und Labormedizinerinnen. Es ist eine sehr heterogene interdisziplinäre Gruppe. Das macht Spass.

Ihre Tätigkeitsfelder sind vielfältig. Gibt es eine Rolle, die Ihnen am besten gefällt?

Ich bin gerne Doktor. Ich hänge sehr an meiner kleinen Sprechstunde am Montagnachmittag. Ich mache sehr gerne Chefvisiten. Mit Studierenden und angehenden Fachärztinnen und Fachärzten Patientengeschichten zu besprechen und dabei auch Untersuchungstechniken zu üben ist mir sehr wichtig. Ich mache gerne vor, wie man Menschen anfasst und untersucht. Doktor sein heisst nicht primär, CT-Aufnahmen zu organisieren und Blutproben ins Labor zu schicken, sondern mit Menschen zu reden und sie zu untersuchen. Das mache ich sehr gerne, ich komme aber zunehmend weniger dazu.

Gibt es eigentlich eine Studie, die Ihnen besonders am Herzen liegt?

Mein Herzblut liegt bei einer Studie zum Einsatz von Cortison im Fall einer akuten Exazerbation bei COPD-Patientinnen und -Patienten. Vor einigen Jahren konnten wir bereits zeigen, dass im Falle einer Exazerbation eine Cortisontherapie von fünf Tagen ausreicht statt der bisherigen 14 Tage. Wenn man die Studie jedoch genau anschaut, kann man vermuten, dass wahrscheinlich drei Tage oder sogar noch weniger reichen könnten. Seit einigen Jahren führen wir mit Hausärztinnen und -ärzten eine vom Nationalfonds gesponserte Studie zu dieser Frage durch. Wir haben aber leider sehr Mühe, dass Patientinnen und Patienten auch rekrutiert und in die Studie eingeschlossen werden.

Das Studienergebnis könnte einen umsichtigen und zurückhaltenden Einsatz von medizinischen Ressourcen fördern. Ein Thema, das Ihnen wichtig ist?

«Smarter medicine» bzw. «less is more» sind Lieblingsthemen von mir. Das bezeichnet die Frage danach, welche Untersuchungen oder Behandlungen wirklich sinnvoll und angebracht sind und welche man weglassen kann. Das müssen wir stets fragen, leben und lehren.

Bildnachweis
KSBL

Schon vor hundert Jahren heiss diskutiert

Ärztenschaft und Tierversuche

Leander Diener

Dr. phil., Universität Zürich, Institut für Biomedizinische Ethik und Medizingeschichte

Vor hundert Jahren kam im Kanton Zürich eine Initiative zum Verbot von Tierversuchen zur Abstimmung. Die Ärzteschaft formierte umgehend Widerstand. Schliesslich ging es hier aus ihrer Sicht um nichts weniger als einen Angriff auf die wissenschaftliche Medizin. Eine historische Reflexion über die politische Positionierung der Ärzteschaft.

Sollen praktizierende Medizinerinnen und Mediziner in der Ausübung ihres Berufs politisch neutral sein, sobald sie rein standespolitisches Terrain verlassen? Ein Beispiel: Der Klimawandel brachte jüngst ein breites Spektrum an Meinungen hervor. Reaktionen reichten vom Plädoyer der FMH-Präsidentin Yvonne Gilli, sich auf standespolitische Themen zu fokussieren und von umweltpolitischen Stellungnahmen abzusehen, bis

vozierten und die Ärzteschaft zu politischem Handeln innerhalb und ausserhalb der medizinischen Praxis verleiteten.

Gerade in den ersten Jahren der SÄZ ab 1920 war die Vivisektion eines der Themen, die Beiträge provozierten.

hin zur Forderung nach mehr umweltpolitischem Engagement der Ärzteschaft oder gar der Forderung nach einer Scientific Task Force «Klima und Biodiversität» [1]. Aber wo sind eigentlich die Grenzen der standespolitischen Themen?

Zum Thema Tierversuche jedenfalls wurde in der *Schweizerischen Ärztezeitung* (SÄZ) keine grosse Diskussion geführt [2]. Dies war nicht immer so. Gerade in den ersten Jahren der Zeitschrift ab 1920 war die Vivisektion eines von mehreren Themen, die Beiträge pro-

Verteidigung der Wissenschaft

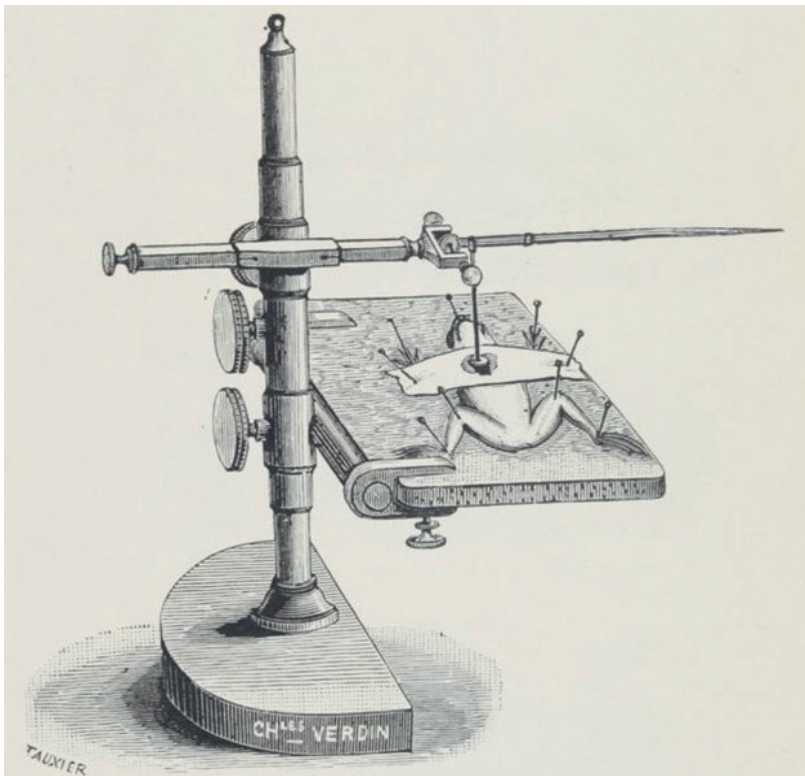
Die Vivisektion gehörte zu mehreren Themen, von denen sich die Ärzteschaft in den frühen 1920er Jahren in Bedrängnis gebracht fühlte. Zunächst einmal war da die gefürchtete «Knechtung des schweizerischen Aertestandes» durch die Sozialversicherungen, eine zentrale Motivation für die Gründung der SÄZ [3]. Ebenso drängend waren verschiedene Angriffe auf die wissenschaftliche Medizin durch Naturheiler, Impfgegner und Antivivisektionisten. Grund zur Sorge gab beispielsweise, dass im Kanton Graubünden im April 1922 eine Initiative zur «Ausübung der giffreien Kräuterheilmethode», die sogenannte Bündner Kurpfuscherinitiative, deutlich angenommen worden war [4].

Eine ähnliche Initiative kam auch in Baselland am 17. August 1924 durch, obwohl die Initiative in einer Abstimmung des Sanitätsrats, des Regierungsrats und einer landrätlichen Kommission keine einzige Ja-Stimme erhalten hatte. Die Initianten forderten eine Besserstellung der Naturheilkunde auf Kosten der wissenschaftlichen Medizin, etwa Positionen in öffentlichen Ämtern und die Gleichstellung von Naturheilpraktikern mit patentierten Ärzten. Die Stimmung war zudem erhitzt, weil der Bundesrat 1923 eine Pockenschutzimpfpflicht beschlossen hatte, im Zuge derer bereits Impfverweigerer gerichtlich verurteilt wurden. Und Impfungen zählten für die Initianten natürlich zu den Heilmethoden, die Gifte verwendeten.

Als 1922 auch noch im Universitätskanton Zürich die lokale Sektion des Weltbundes zur Abschaffung der Vivisektion eine Tierversuchsinitiative einreichte, war das Mass voll. Gegen das «Initiativbegehren für Abschaffung der Vivisektion (Tierfolter)» wurde sofort

Zur Bedeutung des Begriffs Vivisektion

- Der Begriff «Vivisektion» ist eine Zusammensetzung der lateinischen Wörter *sectio* (das Zerschneiden) und *vivi* (des Lebenden). Bis ins 20. Jahrhundert hinein war der Begriff eine Sammelbezeichnung für experimentelle Versuche an Tieren.
- In der Forschung wurde der Begriff im Verlaufe des 20. Jahrhunderts allerdings zunehmend durch den neutraleren Begriff «Tierversuch» (auf Französisch *expérimentation sur les animaux*) ersetzt. Auch in der Gesetzgebung wurde nicht von «Vivisektion» gesprochen.
- Seit dem Ende des 20. Jahrhunderts ist «Vivisektion» überwiegend ein politischer Kampfbegriff, der durch den wörtlichen Hinweis auf den Versuch am lebenden Tier eine emotionale Wirkung erzielt.



Antivivisektionisten stiessen in Physiologielehrbüchern auf brauchbares Material zur Illustration ihrer Flugblätter.

ein hochkarätiges Gegenkomitee gebildet. Es galt, die wissenschaftliche Medizin vor einem empfindlichen Angriff zu verteidigen.

Der Widerstand formiert sich

Auf Initiative des damaligen Dekans der Medizinischen Fakultät der Universität Zürich, Physiologieprofessor Walter Rudolf Hess, fand eine erste konspirative Sitzung im physiologischen Institut statt. Anwesend waren Vertreter von Universität und ETH, von der kantonalen Sanitäts- und Erziehungsdirektion, von der Naturforschenden Gesellschaft Zürich, von der Gesellschaft der Ärzte des Kantons Zürich und der Gesellschaft der Zürcher Tierärzte. Die folgende konzertierte Aktion war beispielhaft: Geplant waren öffentliche Vorträge und Zeitungsartikel, Gutachten über die tatsächlich stattfindenden Tierversuche, Briefe an die Vertreter des Kantonsrats sowie Führungen durch verschiedene Labors. Ausserdem wurden die protestantische und die katholische Kirche über persönliche Kontakte angegangen.

Wissenschaftler im Ausland wurden über ihre Erfahrungen im Kampf gegen Antivivisektionisten befragt, darunter auch ganze Institutionen wie der United States Public Health Service oder die American Medical Association. In den zahlreichen Artikeln, die bald in

Zürcher Zeitungen erschienen, wurden insbesondere die Leistungen der modernen Medizin mit speziellem Fokus auf Infektionskrankheiten beschworen.

Bald übernahm Hans Kern, Stadtrat und Präsident der Demokratischen Partei, den Vorsitz des Komitees. Als Redaktoren amtierten Exponenten der Bauernpartei sowie der Freisinnigen Partei, weitere Parteien sagten ihre Unterstützung für die Abwehraktion zu. Einzig die Kommunistische Partei wollte man nicht dabei haben. Angesichts dieser überparteilichen und institutionellen Allianz war auch die Finanzierung des Wahlkampfs kein Problem: Wenige Monate vor der Abstimmung schoss die Julius Klaus-Stiftung noch mehrere tausend Franken ein, und auch die Firma Hoffmann-La Roche unterstützte den Abwehrkampf finanziell.

Lehren aus dem Abstimmungskampf

Für den Kanton Zürich war die Tierversuchsinitiative von 1924 insofern relevant, als gleichzeitig zwei weitere Initiativen zum Gesundheitswesen vorbereitet wurden: die Naturheilinitiative, die vergleichbare Dinge forderte wie in anderen Kantonen, und die Initiative zu einem neuen Zahntechnikergesetz, das in eine ähnliche Richtung im Bereich der Zahntechnik zielte. Insbesondere in Kombination mit der Naturheilinitiative galten die Vorstösse als Angriffe auf die wissenschaftliche Medizin: «Erfolg oder Misserfolg dieser Initiative [würde] ein wichtiges Präjudiz sein für die folgenden Abstimmungen.» Aus diesem Grund sollten sich alle an der «persönliche[n] Aufklärung des Volkes» beteiligen [5]. Als die Initiative scheiterte, wurde in der SÄZ erleichtert festgestellt: «Der Angriff gegen die wissenschaftliche Heilkunde wurde [...] mit Wucht zurückgewiesen» [6].

In einem Resümee im Anschluss an die Abstimmung von 1924 schrieb Hess: «Als für die Zukunft wichtig er-

In zahlreichen Artikeln wurden die Leistungen der modernen Medizin mit speziellem Fokus auf Infektionskrankheiten beschworen.

achten die Politiker, dass von Seiten der wissenschaftlichen Vertreter auch unabhängig von Propagandanotwendigkeit der Mittelpresse gelegentliche Artikel zur Verfügung gestellt werden, damit das Volk, auch dasjenige auf dem Lande, nicht nur von der Universität hört, wenn es für dieselbe mit Stimme oder Geld eintreten muss» [7]. Passenderweise war in der SÄZ bereits bei der verlorenen Abstimmung in Baselland eine Hypothese aufgestellt worden: Es herrsche eine grundsätzliche «Abneigung gegen 'Gstudierte', darum seien auch

«Gefühlsmomente» wichtiger gewesen als Fakten aus dem politischen Abstimmungskampf [8].

In diesem Sinne rief der Präsident des Zentral-Vorstands Max Fingerhuth anlässlich des Schweizerischen Ärztetags 1925 dazu auf, weiterzukämpfen, weil die abgewehrten und verlorenen Abstimmungen «nur eine Etappe vorstell[en] in der Reihe von Stürmen, welche als Nachkriegswehen gegen Wissenschaft und Medizin erfolgen» würden [9].

Und heute?

Vergleichbare Tierversuchsiniciativen waren auch später stets chancenlos. Dies lag unter anderem am Aktivismus der betroffenen Institutionen und Verbände. In der zweiten Hälfte des 20. Jahrhunderts spielte zunehmend mit, dass Tierversuche für den Standort Schweiz wirtschaftlich und auch wissenschaftlich von grosser Bedeutung waren. Keine der folgenden Initiativen, die ab dem eidgenössischen Tierschutzgesetz von 1978 neu auf nationaler Ebene stattfanden, hatte Erfolg.

Tierversuche waren für den Standort Schweiz wirtschaftlich und auch wissenschaftlich von grosser Bedeutung.

Kurz vor der ersten nationalen Abstimmung über Tierversuche im Jahr 1985 wurde die Durchführung eines thematischen Nationalen Forschungsschwerpunkts durch den Schweizerischen Nationalfonds beschlossen: Ab 1984 beschäftigte sich das Nationale Forschungsprogramm (NFP) 17 mit «Alternativmethoden zum Tierversuch». Dies war vonseiten der Wissenschaft und der Medizin taktisch klug eingefädelt, weil damit indirekt ein Versprechen zur Vermeidung von Tierversuchen kommuniziert wurde – eigentlich ganz im Sinne von Hess und seiner Forderung nach mehr Öffentlichkeitsarbeit durch die Ärzteschaft.

Auch jetzt wieder existiert wie vor 38 Jahren ein entsprechendes NFP: das NFP 79 «Advancing 3R – Tiere, Forschung und Gesellschaft». Die Empfehlung zur

Ablehnung der Volksinitiative «Ja zum Tier und Menschenversuchsverbot», die von der FMH im Juni 2021 anlässlich der Sommersession im Ständerat empfohlen wurde [10], ist daher ein anderes «Nein» als vor hundert Jahren. Es ist nicht mehr eine Verteidigung von Tierversuchen um jeden Preis, sondern signalisiert ein «Ja» zum schrittweisen Übergang zu alternativen Forschungsmethoden.

Gleich geblieben ist allerdings die Frage nach den Dimensionen der ärztlichen Standespolitik, wenn sich politische Stürme über der Wissenschaft und der Medizin zusammenbrauen und es gilt, koordinierte Informations- und Aufklärungsarbeit zu leisten.

Bildnachweis

Dubois R. Leçons de physiologie expérimentale. Paris: G. Carré et C. Naud; 1900, p. 132.

Literatur

- Gilli Y. «Health in all policies», aber nicht «All policies in health». Schweiz Ärztztg. 2021;102(26):868. Aufderegg B. Für mehr Engagement der FMH in der Umweltpolitik. Schweiz Ärztztg. 2021;102(40):1290–2. Martin J. Une Task force fédérale «Climat et biodiversité»? Schweiz Ärztztg. 2021;102(10):362–3.
- Taverna E. Das Tiermodell. Schweiz Ärztztg. 2002;83(25):1331–2. Gruber FP, et al. Tierschutz und Wissenschaft. Schweiz Ärztztg. 2004;85(24):1291–5. Steiger A. Ethische Grundsätze und Richtlinien für Tierversuche. Schweiz Ärztztg. 2006;87(19):832–7. Deutsch M, et al. Tierversuche – immer mehr wissenschaftliche Studien bezweifeln deren Nutzen. Schweiz Ärztztg. 2007;88(31–32):1293–6. Taverna E. Tierversuche. Schweiz Ärztztg. 2012;93(33):1193. Ritter A. «So exotisch sind wir nicht». Schweiz Ärztztg. 2019;100(29–30):998–1000.
- Trüb H. Zum Geleit! Schweiz Ärztztg. 2020;191(1–2):40. Abdruck von 1920.
- Anon. Die bündnerische Initiative der «giftfreien Kräuterheil-methode». Schweiz Ärztztg. 1922;20:176–7.
- «Akten des Gegenkomitès». Staatsarchiv Zürich.
- Anon. Abstimmung über die Antivivisektionsinitiative im Kanton Zürich. Schweiz Ärztztg. 1924;5(4):315.
- «Akten des Gegenkomitès». Staatsarchiv Zürich.
- G. Der Sieg der Kurfischer im Kanton Baselland. Schweiz Ärztztg. 1924;35(5):301–5.
- Fingerhuth M. Ansprache des Präsidenten des Zentral-Vorstandes der Verbindung der Schweizer Aerzte, Dr. M. Fingerhuth, am Schweizerischen Ärztetag 1925. Schweiz Ärztztg. 1925;25:219.
- Sommersession 2021. Gesundheitspolitische Standpunkte und Empfehlungen der FMH. www.fmh.ch/files/pdf25/empfehlungen-der-fmh-sommersession-2021.pdf



Philipp Tschopp «erbt» das Amt des Theaterarztes bei der Praxisübernahme von seinem Vorgänger.

Interview mit Dr. med. Philipp Tschopp, Basel

Vorhang auf für den Theaterarzt des Theater Basel

Nadja Pecinska

Dr. med., Medizijnjournalistin

In dieser Serie werden Medizinerinnen und Mediziner vorgestellt, die aussergewöhnliche Berufsrichtungen eingeschlagen haben. In dieser Ausgabe berichtet Dr. med. Philipp Tschopp über seine Tätigkeit als Theaterarzt am Theater Basel.

Philipp Tschopp, gab es ein bestimmtes Ereignis in Ihrem Leben, das Sie sagen liess: «Ich will zum Theater»?

Nein, eigentlich nicht, es war die Übergabe der Praxis meines Vorgängers an mich, er war 20 Jahre lang Theaterarzt in Basel. Eigentlich wird man nicht Theaterarzt, indem man sagt, «ich will das nun machen», sondern die Aufgabe wird vererbt, wie vom Vater an den Sohn oder von der Mutter an die Tochter. Oder man wird von jemandem, der schon im theaterärztlichen Dienst tätig ist, angefragt, ob man es nicht auch machen möchte.

Wie viel Raum in Ihrem beruflichen Leben nimmt die Arbeit als Theaterarzt ein? Wo sind Sie sonst noch tätig?

Ich bin zu 100% Hausarzt und leite die zwölfköpfige

Gruppenpraxis Socin22 in Basel mit insgesamt vier Ärztinnen und Ärzten. Dann bin ich Verwaltungsratspräsident vom Ärztenetz Nordwest. Und eben Theaterarzt. Ich bin auch die ärztliche Ansprechperson fürs Theater. Letzte Woche haben sie mich angerufen, ein Regisseur komme fast nicht mehr aus seinem Hotelzimmer heraus, ob ich nicht vorbeischauchen könnte. Dann rolle ich den roten Teppich aus und mache das. Das ist etwas, was meinen Alltag «aufpfeffert» und mich zusätzlich motiviert. Wenn mir jemand dankt, weil wegen mir die Vorstellung doch stattfinden oder die Filmszene gedreht werden konnte, dann freut mich das. Für den «Fun»-Teil meines Berufes ist der theaterärztliche Dienst für mich wesentlich, ich mache das aus emotionalen Gründen.

Wie ist der theaterärztliche Dienst organisiert?

Wir sind insgesamt etwa 40 Ärztinnen und Ärzte, die sich alle Vorstellungen teilen. Diese sind wieder in kleinere «Clans» von ca. fünf Leuten unterteilt. Ich zum Beispiel bin immer am Mittwoch im Schauspielhaus und am Freitag auf der grossen Bühne – vorausgesetzt, es findet eine Vorstellung statt. Innerhalb meines «Clans» kann ich dann aber abtauschen, zum Beispiel wenn es sich trifft, dass ich eine Vorstellung schon mehrere Male gesehen habe oder nicht unbedingt ein zweites Mal sehen will – auch das kommt vor. Ich bin im Monat im Schnitt etwa dreimal im Theater, das Maximum ist achtmal; das ist heutzutage aber sehr selten. Früher ist das viel häufiger vorgekommen.

Sind Sie auch bei den Probenprozessen involviert oder nur bei Vorstellungen?

Wir sind nur bei den Vorstellungen im Einsatz. Denn der Theaterarzt hat ja vor allem zwei Aufgaben, erstens, für die Zuschauerinnen und Zuschauer da zu sein, zweitens, für die Schauspielerinnen und Schauspieler, um alles Erdenkliche möglich zu machen, dass eine Vorstellung läuft.

Sie sehen einige Vorstellungen mehrfach. Wie trotzen Sie der Langeweile?

Es gibt Vorstellungen, die ich gerne mehrmals sehe. Da ich auch selbst sehr gerne singe, schaue ich mir eine Oper oft ein zweites Mal an. Auch habe ich gemerkt, dass man sich eigentlich jedes Theaterstück zweimal anschauen sollte. Es ist unglaublich, was man alles verpasst, wenn man eine Inszenierung nur einmal sieht. Aber ich muss ehrlich sein, es gab auch schon Abende, da war ich so müde, da habe ich den ersten Akt einfach verschlafen. Dann gehe ich ein zweites Mal, damit ich den ersten Akt auch noch sehe!

Gibt es eine Inszenierung, die Sie nie vergessen werden? Im positiven wie im negativen Sinn?

Ich bin sehr begeistert vom Ballett. Da gibt es nach meinem Geschmack sehr viel Gutes. Ich erinnere mich aber auch an den *Il Barbiere di Siviglia* von Rossini mit

Maja Boog, wo sie alle als Insekten auf der Bühne waren, das war sehr originell. Das ist mir geblieben. Oder auch Ibsens *John Gabriel Borkman* auf der grossen Bühne mit Birgit Minichmayr und Martin Wuttke, eine Koproduktion mit dem Wiener Burgtheater und den Wiener Festwochen. Eine tolle Vorstellung! Manchmal muss ich richtig staunen, was im Theater möglich ist. Der Mehrwert zu Film und Netflix und Co. ist natürlich schon die Dreidimensionalität, direkt dabei sein zu können und auch mal nass zu werden in der ersten Reihe. Mühe habe ich bei experimentellem Theater. Aber es gibt keine Vorstellung, von der ich sage: «Katastrophal!» Ich kann immer etwas mitnehmen. Es ist wie in meiner Sprechstunde: Es ist immer ein Mensch da, den ich wertfrei betrachte. Ich schaue, was bringt er mir, manchmal viel Tolles, manchmal weniger, manchmal muss ich viel geben. Theater ist da ganz ähnlich.

Was ist der häufigste Notfall, den Sie im Theater betreuen müssen?

Das häufigste ist die vasovagale Synkope, und zwar bei den Zuschauerinnen und Zuschauern. Gerade ältere Leute machen sich einen speziellen Abend, haben vorher vielleicht noch gut gegessen, dann die Wärme des Foyers – plötzlich macht der Kreislauf nicht mehr mit und sie werden ohnmächtig. Es gab mal eine Oper, die startete im Foyer und die Leute mussten eine halbe Stunde stehen. Da waren wir Theaterärztinnen und -ärzte beschäftigt, denn da ist sicher jedes Mal jemand in Ohnmacht gefallen. Normalerweise haben wir aber vielleicht so ein Mal von zehn einen Einsatz, in zwei Dritteln der Fälle bei Zuschauerinnen und Zuschauern.

Was war der dramatischste Unfall, den Sie im Theater erlebt haben?

Das war vor einigen Jahren in der Oper *La Traviata* von Giuseppe Verdi. Da gibt es ein grosses Fest, auf dem auch an Champagner nicht gespart wird. Sie hatten auf der Bühne Kunst-Champagner, und eine Flasche ist im wahrsten Sinne des Wortes explodiert. Da fühlte ich mich wie in Beirut, wenn eine Bombe einschlägt. Ich musste den Sängerinnen und Sängern richtiggehend die Splitter aus den Gesichtern herausoperieren. Zum Glück gab es keine Augenverletzungen und alle sind glimpflich davongekommen, die Vorstellung konnte fortgesetzt werden. Wirklich dramatisch aber war die Situation, als eine Schauspielerin Mitten im Stück auf der Bühne einen Herzstillstand hatte. Da kam der Defibrillator zum Einsatz und die Schauspielerin wurde auf der Bühne wiederbelebt. Das Schönste war, als sie die Augen wieder öffnete. Ich habe später vernommen, dass sie wieder spielt, das ist natürlich grossartig!

Zur Person

Name: Dr. med. Philipp Tschopp

Alter: 57 Jahre

Am Theater Basel tätig seit: 2004

Funktion: Theaterarzt

Ausbildung:

Allgemeine Innere Medizin,

MSc klinische Epidemiologie





Auch einen Herzstillstand auf der Bühne hat Philipp Tschopp schon einmal erlebt.

Sind Sie schon mal auf eine schauspielerische Leistung zu Unfall oder Krankheit reingefallen?

Ja, es ist schon einige Male passiert, dass ich schon fast aufgesprungen bin, weil eine Schauspielerin oder ein Sänger hingefallen ist, bis ich merkte, dass es zur Inszenierung gehört.

Wie verändert das Theater Sie als Arzt?

Das Theater ist eine Bereicherung und für meine Work-Life-Balance sehr wichtig. Es nimmt mich in eine andere Welt, raus aus der sachlichen Sprechstundenrealität. Hier darf ich für einen Moment einfach träumen. Das kann ich mit in den nächsten Tag nehmen, es ist ein emotionaler Mehrwert, etwas, das mich stärkt. Manchmal ist das Theater aber auch wie eine Nachhilfestunde für meine Sprechstunde. Als Hausarzt ist mein Skalpell das Wort, ich muss es genau ansetzen, wie eine *Performance* im Theater. Ich muss mir überlegen, was für ein Satz kommt, er muss stimmen. Ich schaue also im Theater, wie sich ein Autor in bestimmten Situationen ausdrückt oder wie ein emotionaler Konflikt gelöst wird. Das kann ich dann wiederum in meine Praxis mitnehmen.

Wie viel Theater treffen Sie in der Praxis an?

Ich sehe meine Arbeit als Hausarzt sehr spielerisch. Die Praxis ist nicht gerade eine Bühne, aber die Leute kommen und haben immer eine Rolle, ich habe meine Rolle, und dann spielen wir. Der Text ist manchmal klar, der heisst Kopfschmerzen, Arbeitsplatzverlust, hoher Blutdruck. Ich kenne diese Stücke auch schon ein bisschen. Dann schaue ich, was inszeniere ich jetzt zu diesem Stück.

Gehen Sie, neben Ihrer Tätigkeit als Theaterarzt, auch sonst noch ins Theater?

In Basel mache ich das nicht. Privat schaue ich mir an, was auf anderen Bühnen gespielt wird, zum Beispiel mal eine Oper oder eine Ballettvorstellung in Zürich. Da sind alle Tänzerinnen genau gleich gross und genau gleich schlank, das ist ein komplett anderer Ballettstil als hier. Das gefällt mir auch sehr gut.

Ist der Theaterdienst beliebt bei den jüngeren Kolleginnen und Kollegen, und wie sieht die Zukunft aus?

Ich muss ehrlich sagen, es ist schon ein zusätzlicher Aufwand. Ich schwinge mich nach der Praxisarbeit auf mein Fahrrad, rase ins Theater, esse nichts, trinke nichts und gehe direkt in die Vorstellung. Also nein, es ist nicht sehr beliebt. Der Wille, etwas Solidarisches zu tun, nimmt meiner Meinung nach generell ab. Wir machen diese Einsätze wirklich für das Theater. Es ist auch kein bezahlter Job, ich bekomme jedes Mal, wenn ich eingeteilt bin, zwei Plätze, kann also jemanden mitnehmen, und *that's it*; wir Theaterärztinnen und -ärzte sind eigentlich alle Theaterfans.

Sie kennen sicherlich die Ernährungspyramide.

Auf welcher Stufe würden Sie das Theater platzieren?

Sicher nicht bei den Kohlenhydraten. Es ist nicht etwas, das man konsumiert und dann macht es noch dick. Ich siedle es zwischen den Genussmitteln und den Vitaminen an. Etwas, das einen aufrechterhält, aber es hat ganz klar auch einen Luxusaspekt. Eigentlich da, wo die Ernährungspyramide aufhört, beim Cognac und den Zigarren!

Und jetzt zum Schluss, ist ein Theaterbesuch gesundheitsfördernd?

Auf jeden Fall! Das Theater ist einerseits gesellschaftsfördernd, denn meist geht man ja nicht alleine ins Theater, und dadurch friedensstiftend. Andererseits ist das Anschauen und Verarbeiten von Konflikten, das Lachen an sich und das Ausleben von Emotionen unglaublich gesundheitsfördernd. Das Spiel mit der Fantasie ist für uns Menschen eminent wichtig. Man kann an Schönheit teilhaben und sich lebendig fühlen. Theater ist wie Träumen im Wachzustand.

Bildnachweis
Nadja Pecinska

Haben Sie als Mediziner auch einen aussergewöhnlichen Beruf, den Sie unserer Leserschaft gern vorstellen möchten? Dann freuen wir uns auf Ihr E-Mail an: [redaktion.saez\[at\]emh.ch](mailto:redaktion.saez[at]emh.ch)

Ethik wird nicht einfacher

Christina Aus der Au

Prof. Dr. theol., Mitglied der Redaktion Ethik



Nun lebt also der erste Mensch mit einem transplantierten Schweineherz in den USA. Ein Durchbruch für die Wissenschaft, ein Meilenstein, der Beginn einer neuen Ära, Hoffnung für tausende von Menschen, die auf Spenderorgane angewiesen sind – so klingen die Schlagzeilen! Und im Scheinwerferlicht steht neben den Ärztinnen und Ärzten der Patient: der 57-jährige Busfahrer David Bennett, der unter schweren Herzrhythmusstörungen litt und zum Schluss an die Herz-Lungen-Maschine angeschlossen werden musste. Er war so krank, dass er keine Chance hatte, auf die offizielle Transplantationsliste zu kommen. Seine erste Frage sei gewesen: «Werde ich dann grunzen?»

Bennett taugt allerdings schlecht zum strahlenden Helden. Es stellte sich heraus, dass er vor über 30 Jahren wegen einer gewalttätigen Messerattacke zu einer mehrjährigen Haftstrafe verurteilt worden war. Die Familie des damaligen Opfers, das danach im Rollstuhl sass, meldete sich öffentlich zu Wort. Sie hätte sich einen würdigeren Empfänger gewünscht, liess die Schwester verlauten. Ihr Bruder sei nach 19 qualvollen Jahren gestorben, während sein Mörder nun eine zweite Chance erhalten würde.

Fachpersonen aus der Wissenschaft und Ethikerinnen und Ethiker wandten daraufhin ein, dass hier einzig und allein die Krankheitsgeschichte zählen dürfe. «We are not in the business of sorting sinners from saints», zitiert die britische *Daily Mail* den US-amerikanischen Bioethiker Arthur Caplan [1]. Legale Angelegenheiten müssten von medizinischen getrennt bleiben. Aber sind nicht «Sünder und Heilige» Begriffe aus einer anderen Schublade als derjenigen der Juristik? Muss man auch moralische Betrachtungsweisen von den medizinischen strikte trennen?

Nein, natürlich nicht! Dafür haben wir die Medizinethik in den meisten medizinischen Fakultäten und Institutionen etabliert, welche solche Fragen im Umgang mit dem menschlichen Leben und Sterben reflektieren und begleiten. Jedes «heute kann man ...» kann hinterfragt werden mit «... aber soll man auch?».

Doch das mit der Ethik ist so eine Sache. Sie führt kaum je zu einfachen Antworten, sondern kompliziert die Dinge oft erst einmal.

So finde ich beides erst einmal sehr nachvollziehbar, das Entsetzen der Schwester und die ethische Argumentation. Ausgerechnet denjenigen Mann, der so viel Leid über die Familie gebracht hatte, hier zum Helden

hochgejubelt zu sehen muss extrem unfair erscheinen. Hinzu kommt, dass sich diese Familie mit dem Geld, das für diese neunstündige Operation und die intensive Nachbegleitung investiert wird, wohl eine ganz andere Pflege für ihren am Schluss bettlägerigen Sohn und Bruder hätte leisten können.

Aber gleichzeitig würden sich Ärztinnen und Ärzte in des Teufels Küche begeben, wenn sie die moralische Würdigkeit ihrer Patientinnen und Patienten vor der Behandlung beurteilen müssten. Zudem stehen hinter diesem Mann weltweit tausende von verzweifelt auf Spenderorgane hoffenden Patientinnen und Patienten, für die solche Forschung ein Lichtblick bedeutet. Hat je jemand danach gefragt, ob der kleine James Phipps, der 1796 die erste Pockenimpfung erhielt, später auch zu einem anständigen Mitglied der Gesellschaft heranwuchs? Ich bin jedenfalls froh darüber, dass damit der Anfang gemacht war, um Krankheiten wie eben Pocken oder auch Polio auszurotten. Vielleicht ist dieses erste

Das mit der Ethik ist so eine Sache. Sie führt kaum je zu einfachen Antworten.

Schweineherz, das in einem Menschen schlägt, ebenso ein Anfang für eine Zukunft, in der Menschen nicht mehr sterben müssen, weil sie weiter unten auf einer Warteliste stehen. Dann würde in ferner Zukunft die Diskussion um Widerspruchs- oder Zustimmungslösung bei der Organspende vielleicht hinfällig.

Aber dafür bleibt in naher Zukunft die Diskussion um Tier- und Menschenversuche umso brisanter. Das Schweineherz ist nicht einfach von einem einfachen Schwein gespendet worden. Dessen Genom wurde auf den Menschen hin modifiziert, und die Transplantation hat eine Geschichte von Schweineherztransplantationen in Paviane hinter sich. Diese überlebten dann zwischen Tagen und Monaten, je nachdem, wie immunsupprimiert ihr Körper anschliessend gehalten wurde. In den 80er Jahren war es auch einmal noch ein herzkrankes Baby, das seinerseits ein Pavianherz transplantiert erhielt. Sie war nicht die Erste, aber sie lebte anschliessend länger als ihre Vorgänger, nämlich noch drei Wochen. Ist es das das Hoffen und Leiden wert?

Heute kann man – vielleicht. Soll man auch? Wer darf? Wer muss? Was wird daraus? Die Zukunftsdimension der Forschung miteinzubeziehen macht Ethik sicher nicht einfacher. Gerade deswegen bleibt die Diskussion unverzichtbar.

Literatur

- 1 www.dailymail.co.uk/news/article-10399737/Pig-heart-transplant-recipient-stabbed-man-seven-times-1988-leaving-wheelchair-bound.html.

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

